



# REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA

Uma publicação da  
União Brasileira das Associações de  
Musicoterapia

ANO XV NÚMERO 15 / 2013

# MUSICOTERAPIA

## **Revista Brasileira de Musicoterapia**

Os Direitos Autorais para artigos publicados nesta revista são do(s) autor (res) de cada artigo, contudo, com direitos de primeira publicação cedidos à revista. As opiniões emitidas são de responsabilidade dos autores. A reprodução de quaisquer conteúdos dos textos pressupõe a citação obrigatória da fonte.

### **União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM)**

Associação de Profissionais e Estudantes de MT do Estado de SP (APEMESP),  
Associação de Musicoterapia do Paraná (AMT-PR), Associação de Musicoterapia do  
Rio Grande do Sul (AMT-RS), Associação Goiana de Musicoterapia (SGMT),  
Associação de Musicoterapia do Piauí (AMT-PI), Associação de Musicoterapia do  
Estado do Rio de Janeiro (AMT-RJ), Associação Baiana de Musicoterapia (ASBAMT),  
Associação Gaúcha de Musicoterapia (AGAMUSI), Associação de Musicoterapia do  
Distrito Federal (AMT-DF), Associação de Musicoterapia de Minas Gerais (AMT-MG),  
Associação de Musicoterapia no Nordeste (AMTNE).

### **Secretariado da UBAM (Gestão 2012-2014)**

Magali Ferreira Pinto Dias (secretária geral)  
Camila Siqueira Gouvêa Acosta Gonçalves (1a. secretária)  
Evelize Monteiro Querino (2a. secretária)

## Conselho Editorial

André Brandalise Mattos (Universidade de Ribeirão Preto e Georgia College); Claudia Zanini (Universidade Federal de Goiás); Debbie Carroll (UQÀM- Université du Québec à Montréal); Diego Schapira (Universidad de Buenos Aires e Universidad del Salvador); Jonia Maria Dozza Messagi (Faculdade de Artes do Paraná) ; Juanita Eslava (Universidad Nacional de Colombia); Leomara Craveiro de Sá (Universidade Federal de Goiás); Leonardo Mendes Cunha (Faculdades Integradas Olga Mettig); Lilian Coelho (Faculdade Paulista de Artes, Escola Superior de Ciências da Saúde e Faculdade Integradas Olga Mettig); Marcia Maria Cirigliano da Silva (Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário); Marco Antonio Carvalho Santos (Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fundação Oswaldo Cruz - Ministério da Saúde); Maria Helena Bezerra Cavalcanti Rockenbach (Pontifícia Universidade Católica); Maristela Smith (Faculdades Metropolitanas Unidas); Marly Chagas (Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário); Martha Sampaio Vianna Negreiros (Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro); Rosemyriam Cunha (Faculdade de Artes do Paraná); Sandra Rocha do Nascimento (Universidade Federal de Goiás).

3

## Editora Geral

Noemi Nascimento Ansay  
(Faculdade de Artes do Paraná)

## Comissão Editorial

Sheila Volpi ; Mariana Arruda; Clara Marcia Piazzetta e Gustavo Gattino

Revista Brasileira de Musicoterapia / União Brasileira das Associações  
Musicoterapia. – v. 1, n. 1, (1996). – Curitiba, Ano XV, n 15, (2013)

Semestral  
Resumo em português e inglês  
ISSN 2316-994X

1. Musicoterapia – Periódicos. I. União Brasileira das Associações de  
Musicoterapia.

CDD 615.85154 18. ed.

## SUMÁRIO

1- EDITORIAL.....	5
2- <b>EFFECTS OF MUSIC IMPROVISATION IN MUSIC THERAPY: SYSTEMATIC REVIEW</b> - Gustavo Schulz Gattino, Débora Gusmão Melo, Alda Sousa, Jorge Sequeiros, Mário Bernardes Wagner e Lavínia Schüler Faccini.....	6
3- <b>MUSICOTERAPIA APLICADA À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA): UMA REVISÃO SISTEMÁTICA</b> - Andre Brandalise.....	28
4- <b>EDUCADOR-TERAPEUTA – OS BENEFÍCIOS DO OLHAR DO ESPECIALISTA EM MUSICOTERAPIA NA EDUCAÇÃO MUSICAL</b> - Daniele Torres de Almeida e Ana Maria Caramujo Pires de Campos.....	43
5- <b>A INFLUÊNCIA DA MÚSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA</b> - Douglas Nogueira Santos, Hérica Correa de Pontes, Juliana Rodrigues Soares e Adriana Leite Martins.....	57
6- <b>A MÚSICA COMO AGENTE FACILITADOR NO PROCESSO DA REABILITAÇÃO AUDITIVA: TRANSDISCIPLINARIDADE ENTRE MUSICOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA-</b> Gláucia Tomaz Marques Pereira e Larissa Aparecida Teixeira Chaves.....	69
7- <b>MUSICOTERAPIA E A REABILITAÇÃO: ESTUDO PILOTO COM PACIENTE ACOMETIDO DE TRAUMA ORTOPÉDICO</b> - Nathalya de Carvalho Avelino.....	80
8- <b>MUSICOTERAPIA E CUIDADO HUMANO: A MÚSICA E A REABILITAÇÃO DE PESSOAS QUE FAZEM USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS</b> - Sandro Santos da Rosa, Júlio César Adam e Laura Franch Schmidt da Silva.....	97
9- <b>PRÁTICAS MUSICOTERAPÊUTICAS EM GRUPO: PLANEJAR PARA INTERVIR</b> - Fernanda Valetin, Leomara Craveiro de Sá e Elizabeth Esperidião.....	118

## EDITORIAL

É com grande satisfação que apresentamos o volume nº 15 da Revista Brasileira de Musicoterapia. Neste semestre tivemos um aumento significativo no número de artigos enviados para revista, o que também significou um grande empenho por parte da comissão editorial e pareceristas na avaliação e organização desse volume.

Nossa revista em seu 17º ano permanece firme em seu propósito de ser um periódico comprometido na divulgação dos trabalhos da musicoterapia no Brasil e em outros países, para tanto, desejamos no próximo ano publicar os artigos em português e inglês, além de buscar uma melhor pontuação na classificação do Qualis.

Agradecemos a todos os colaboradores: autores, pareceristas, comissão editorial, associações de musicoterapia e secretariado da UBAM pelo apoio e trabalho em equipe.

Noemi Nascimento Ansay  
Editora Geral da Revista

# MUSICOTERAPIA

## EFFECTS OF MUSIC IMPROVISATION IN MUSIC THERAPY: SYSTEMATIC REVIEW

*Gustavo Schulz Gattino<sup>1</sup>, Débora Gusmão Melo<sup>2</sup>, Alda Sousa<sup>3</sup>, Jorge Sequeiros<sup>4</sup>, Mário Bernardes Wagner,<sup>5</sup> Lavínia Schüler Faccini<sup>6</sup>*

---

**Abstract** - The effects of different music experiences have been presented in several systematic reviews. On the other hand, musical improvisation, one of the major musical experiences in music therapy has not yet been addressed in systematic reviews. The aim of this article is to conduct a systematic review to evaluate the effectiveness of musical improvisation in music therapy randomized controlled trials (RCTs). Altogether, it was found 10 studies, 85 outcomes and 50 of these (58.82 %) were statistically significant ( $P < 0.05$ ). The studies reviewed presented a good (not perfect) standard of excellence in terms of methodological quality (average of 3.9 on a scale of 1 to 5) evaluated by Jadad Scale (instrument of methodological quality). Owing to the absence of similar research questions, it was not possible to calculate the meta-analysis estimative. Therefore, further studies with higher methodological quality, greater quality of data and similar research questions are needed to define the role of musical improvisation in music therapy according to RCTs.

**Keywords:** music therapy, music improvisation, randomized controlled trials

---

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, (PPGSCA) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (UFRGS), Brazil. Email: [gustavogattino@yahoo.com.br](mailto:gustavogattino@yahoo.com.br).

<sup>2</sup> Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brazil. Email: [dgmelo@ufscar.br](mailto:dgmelo@ufscar.br).

<sup>3</sup> Instituto de Biologia Molecular e Celular (ICBAS), Universidade do Porto (UP), Porto, Portugal Email: [absousa@icbas.up.pt](mailto:absousa@icbas.up.pt)

<sup>4</sup> ICBAS, UP, Porto, Portugal Email: [jsequeir@ibmc.up.pt](mailto:jsequeir@ibmc.up.pt).

<sup>5</sup> PPGSCA, UFRGS, Brazil. Email: [mariowagner@mwc.com.br](mailto:mariowagner@mwc.com.br).

<sup>6</sup> PPGSCA, UFRGS, Brazil. Email: [lavinia.faccini@ufrgs.br](mailto:lavinia.faccini@ufrgs.br).

## INTRODUCTION

The effects of different music experiences have been presented in several systematic reviews (CHAN et al., 2011; IRONS et al., 2010; MOSSLER et al., 2011). Some of these reviews present results of specific interventions such as singing and listening to music, for example (CHAN et al., 2011; Irons et al., 2010). Irons et al. evaluated the effect of singing in children and adults with cystic fibrosis (IRONS et al., 2010). However, this study did not present enough evidence about the benefits of such intervention. The studies of musical listening show more compelling results. Chan et al found that listening to music reduces depressive behaviors (CHAN et al., 2011).

On the other hand, musical improvisation, one of the major musical Interventions in music therapy (AIGEN, 2009;), has not yet been addressed in systematic reviews. Musical improvisation can be defined as the free music-making using the voice, movements, or musical instruments (BERKOWITZ & ANSARI, 2010).

In cognitive terms, improvisation is characterized as a process of spontaneous generation, selection and implementation of new auditory-motor sequences (BERKOWITZ & ANSARI, 2010). Improvisation is linked to creativity because in order to create music it is necessary to explore and experiment with different sounds (BIASUTTI & FREZZA, 2009). At the same time, improvisation involves analytical processes as it uses logical reasoning for combining sounds (BIASUTTI & FREZZA, 2009). In this sense, musical improvisation is characterized by a complex activity that utilizes elements of creativity, spontaneity, and also logical reasoning and planning.

There are several ways of using improvisation in music therapy and they can be broadly divided into two categories: structured improvisation and free improvisation (BERKOWITZ & ANSARI, 2010). In structured improvisation, the individual receives some guidance for his musical play (use of specific notes or

rhythms, for example). In free improvisation, the individual structures the rhythmic, melodic or harmonic elements in a free way.

Music therapy uses musical improvisation as the center of many approaches (WIGRAM, 2004). For this reason, music therapists are the professionals that make most empirical use of musical improvisation in their therapeutic practice. This musical experience is the focus of Nordoff-Robbins approach (also known as creative music therapy), and of Analytical approach (also known as Juliette Alvin approach) (WIGRAM, 2004).

Most articles dealing with the effects of musical improvisation in music therapy are theoretical studies, case studies and quasi-experimental studies (KIM et al., 2008). However, there are a limited number of randomized controlled trials (RCTs) on this subject (KIM et al., 2008). Moreover, there is none systematic review about music improvisation in music therapy. For this reason, the objective of this article is to conduct a systematic review to evaluate the effectiveness of musical improvisation in music therapy RCTs. It is believed that musical improvisation in music therapy can have beneficial results in the same way as systematic reviews about musical listening.

## METHOD

This research is a systematic review without meta-analysis. The investigation was structured based on PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions (LIBERATI et al., 2009).

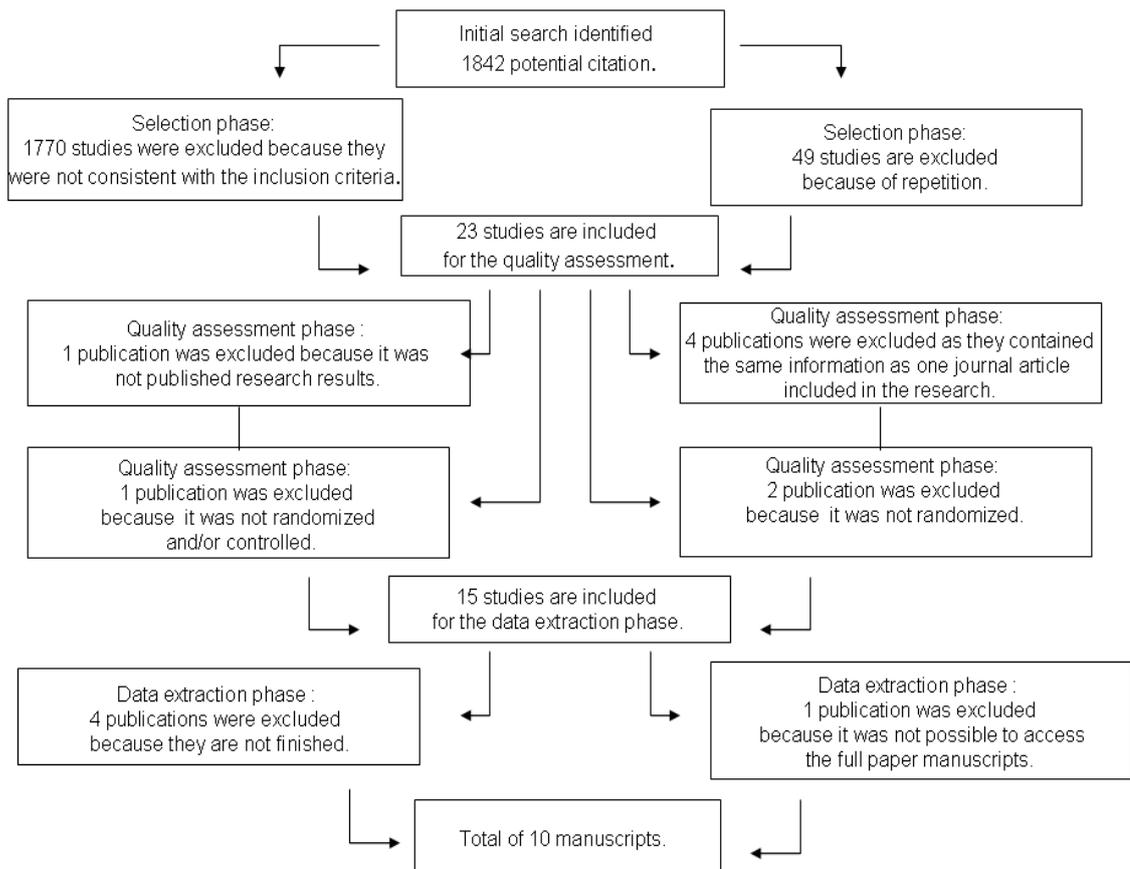
### **Inclusion criteria and filtering process**

It was sought randomized controlled trials where musical improvisation was used as a primary or secondary model of intervention in music therapy compared with a control group. There was no restriction on age, outcomes or type of pathology in the inclusion criteria. Publications were chosen between the

years 1989 through September 2013 in the following databases: CAIRSS for Music, CINAHL, ClinicalTrials.gov, the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Current Controlled Trials, LILACS, MEDLINE, National Research Register, NIH CRISP, Proquest Digital Dissertations, PsycINFO, Science Citation Index, and SCOPUS. The search in these 12 databases was restricted to the English language. The descriptors in the databases used were: "music therapy" and "improvisation", "music therapy" and "improvisational" or "music therapy" and "randomized controlled trials".

The organization of this systematic review was divided into the following phases: references search, selection of manuscript, quality assessment of publications, and extraction of research data. Figure 1 shows the process of filtering articles:

**Figure 1. Filtering process of manuscripts**



## **Selection data, quality assessment and data analysis**

Randomized controlled trials were selected independently by two authors and included those which used improvisation as a main or secondary form of intervention. For quality assessment, the same authors independently assessed the methodological quality of the manuscripts. Disagreements were solved through discussion. The Jadad Scale instrument of methodological quality (OLIVO et al., 2008) was used in order to evaluate all randomized controlled trials included here. Data extraction was carried out by a reviewer, using a standardized coding and these were validated by a second reviewer. The information obtained from each study were: study characteristics (eg, language of publication, country, funding), the characteristics of the study population, description of intervention and comparisons (type of music, method of administration, for example), statistical analysis, outcome measures, assessment instruments and results.

10

### **Statistical analysis**

The selected data was presented by mean difference, effect size, relative risk and odds ratio. The statistics of effect size, relative risk and odds ratio was described as measures of association (evaluating clinical relevance). The number necessary to treat (NNT) was the impact measure evaluated. Statistical significance considered for all outcomes was  $P < 0.05$ .

## **RESULTS**

Table 1 describes results of the data analysis. The selected descriptors found a total of 1842 references, and only 15 manuscripts remained after reading the title and abstracts of these publications. These manuscripts were read in their totality and analyzed according to the inclusion criteria. We selected thus a total of 10 publications (ALBORNOZ, 2011; CARR et al., 2012;

ERKKILA et al., 2011; FACHNER et al., 2013; GOLD et al., 2013; GOODING, 2011; KIM et al., 2008; 2009; RICKSON, 2006; VIANNA et al., 2011) : Studies came from: Brazil (n=1) (VIANNA et al., 2011), Finland and Norway (n=2) (ERKKILA et al., 2011; FACHNER, 2013), South Korea, Norway and Denmark (KIM et al., 2008, 2009) (n=2), New Zealand (n=1) (RICKSON, 2006), United Kingdom (n=1) (CARR et al., 2012), United States (n=1) (GOODING, 2011), Venezuela (n=1) (ALBORNOZ, 2011) and one multicenter study (GOLD et al., 2013). Five out of the ten publications were conducted through international collaboration (ERKKILA et al., 2011; FARCHNER, 2011; GOLD et al., 2013; KIM et al., 2008; 2009).

The total number of participants in all studies was n=489, with an average of n= 48,9 participants per study. Four studies had only male participants (ALBORNOZ, 2011; KIM et al., 2008, 2009; RICKSON, 2006) and one only women participants (VIANNA et al., 2011). As presented in table 1, clinical context was the most prevalent care setting. This factor is directly related to the population served in the studies.

## OUTCOME MEASURES

### **Emotional symptoms: depression symptoms, anxiety symptoms, self-esteem, motivation and vitality behaviors**

Depression studies were examined in four studies (ALBORNOZ, 2011; CARR et al., 2012; ERKKILA et al., 2011; FACHNER et al., 2013). Both studies presented positive results in different scales for depression and negative symptoms. Anxiety symptoms were evaluated in two studies (ERKKILA et al., 2011 and FACHNER et al., 2013) People with unipolar depression receiving music therapy plus standard care (ERKKILA et al., 2011) showed greater improvement than those receiving standard care only in anxiety symptoms in HADS-A scores. In other study of this same project, Fachner et al. (2013) found

that pre/post increased Frontal Midline Theta (FMT) and decreased HADS-A scores ( $r = .42$ ,  $P < 0,05$ ) indicate reduced anxiety after music therapy. Self-esteem behaviors were studied in one study (GOLD et al., 2013), but without positive results. Gold et al. (2013) found positive results for motivation and vitality.

### **Social skills: social-emotional aspects, social behaviors and social communication behaviors**

12

Social-emotional aspects were examined in two studies (GOLD et al., 2013; KIM et al., 2009). Gold et al. (2013) analyzed in adults with non-organic mental disorders and low therapy motivation social avoidance through music and affect regulation (SANS), but a positive result was not found. Kim et al. (2009) studied in children with autism spectrum disorders in events of 'joy, emotional synchronicity, compliant response, initiation of engagement and no response behaviors. All outcomes were statistically significant. Social behaviors were evaluated in 3 studies (GOLD et al., 2013; GOODING, 2011; KIM et al., 2009). In all studies it was found positive results in social behaviors and competences. The study of Kim et al. (2008) evaluated social-communication skills in children with autism and found that music therapy was more effective joint attention behaviors and non-verbal social communication skills in children than play with toys.

### **Clinical global impressions**

Two studies analyzed general functioning symptoms according to General Assessment of Functioning Scale (GAF) , by the Brief Symptoms Inventory (BSI-18) and by the Clinical Global Impressions Scale (CGI-S) (ERKKILA et al., 2011 and GOLD et al., 2013). Both studies found positive results (in CGI-S and GAF scale).

### **Post-traumatic stress symptoms**

The study of Carr et al. (2012) evaluated post-traumatic symptoms by the Impact of Events Scale Revised (IES-R). Treatment-group patients experienced a significant reduction in severity of Post-traumatic Stress disorder symptoms.

13

### **Motor Skills**

Rickson (2006) examined hyperactive motor behaviors in children with attention deficit hyperactivity disorder. No statistical difference was found between the impact of the contrasting approaches as measured by a Synchronized Tapping Task (STH) and the parent and teacher versions of Conners' Rating Scales Restless-Impulsive (R-I) and Hyperactive-Impulsive (H-I) subscales.

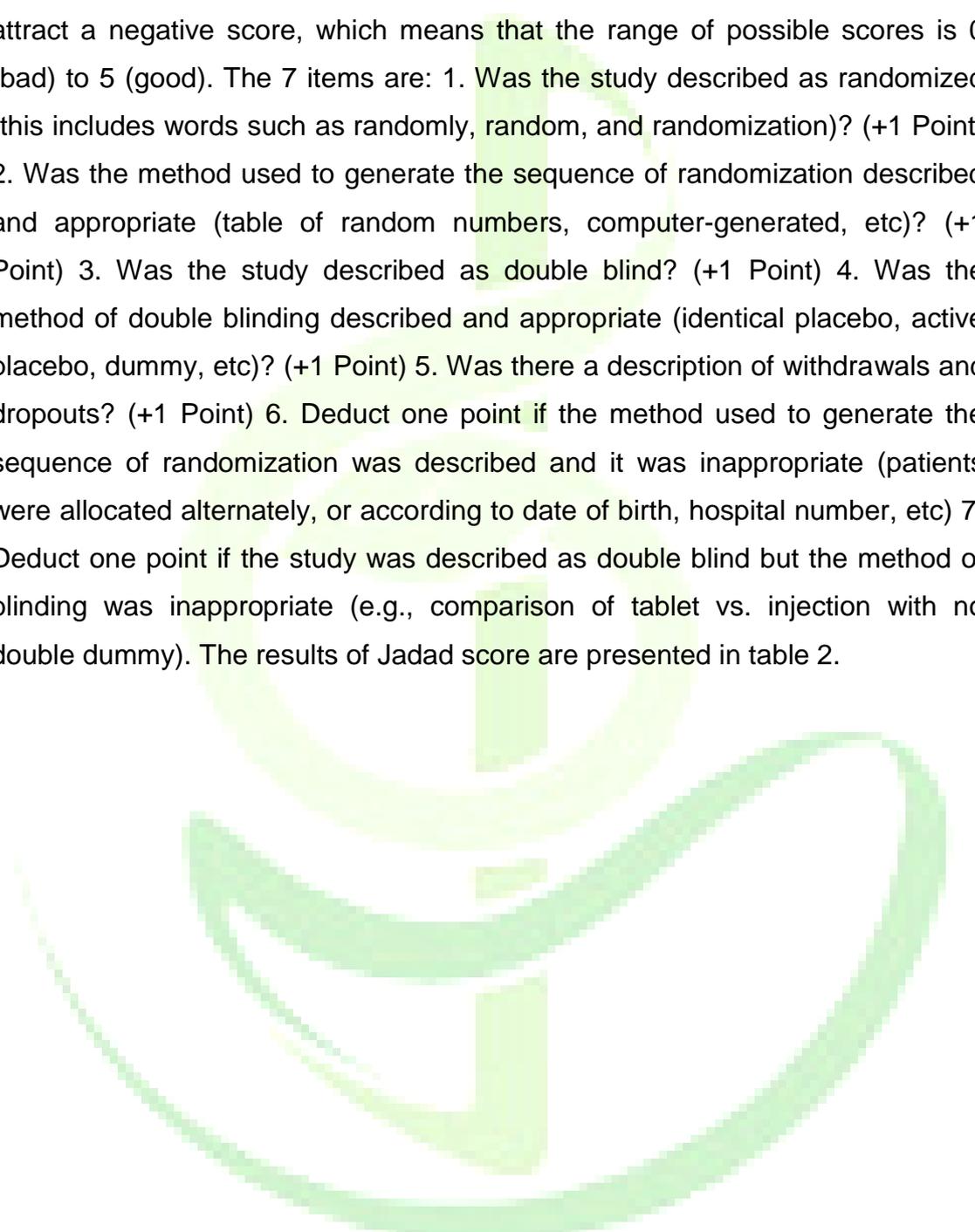
### **Breastfeeding rates**

Vianna et al. (2011) examined breastfeeding rates in mothers of premature infants. Breastfeeding was significantly more frequent in the music therapy group at the first follow-up visit.

### **Quality of included studies**

Study quality was measured by the instrument of methodological analysis Jadad Scale (OLIVO et al., 2008). This instrument has a range of scores between 1 (worst) to 5 (best) for randomized controlled trials. The parameters evaluated were: randomization (2 points), blinding (2 points) and counting of drop-outs.(1 point). The randomization and blinding items have two points because an extra point is added in the scoring if these methods are described

adequately. There are 7 items that are analyzed in Jadad scale. The last 2 attract a negative score, which means that the range of possible scores is 0 (bad) to 5 (good). The 7 items are: 1. Was the study described as randomized (this includes words such as randomly, random, and randomization)? (+1 Point) 2. Was the method used to generate the sequence of randomization described and appropriate (table of random numbers, computer-generated, etc)? (+1 Point) 3. Was the study described as double blind? (+1 Point) 4. Was the method of double blinding described and appropriate (identical placebo, active placebo, dummy, etc)? (+1 Point) 5. Was there a description of withdrawals and dropouts? (+1 Point) 6. Deduct one point if the method used to generate the sequence of randomization was described and it was inappropriate (patients were allocated alternately, or according to date of birth, hospital number, etc) 7. Deduct one point if the study was described as double blind but the method of blinding was inappropriate (e.g., comparison of tablet vs. injection with no double dummy). The results of Jadad score are presented in table 2.



MUSICOTERAPIA

**Table 1. Main results of selected publications**

AUTHOR	METHOD	SETTING	PARTICIPANTS	INTERVENTION	OUTCOMES	RESULTS
1. Albornoz (2011)	RCT (2 Groups) Randomization was achieved using a computerized randomization table and variable block randomization	Clinical setting	Substance abuse patients in abstinence (24 male, aged 16-60)	<p>Experimental group: free group improvisation and discussion sessions, once weekly for three months, 2 hours each one, total of 12 sessions and standard care.</p> <p>Control group: standard care. Individual psychotherapy, group psychotherapy (emotional and cognitive-behavioral groups), family and couple groups, and morning groups conducted by advanced patients, pharmacotherapy, recreational, social and sport activities, special activities, general medical care, and social work assistance.</p>	Beck Depression Inventory (BDI) and Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) at baseline and after intervention.	Results showed that both groups were equally matched on all pre-test measures. As for post-test measures, significant differences were found between the groups on HRSD but not the BDI. The experimental group was significantly less depressed after treatment than the control group, as measured by the HRSD. Improvisational music therapy led to statistically significant greater improvements in psychologist-rated depression (HRSD) when compared with the regular treatment program alone. P<0.05 in 1 of 2 outcomes.
2. Carr et al. (2012)	RCT – (2 groups) Randomization method was not given	Clinical setting	Patients with post-traumatic stress disorder (PTSD, n=16,7 male, 9 women, aged 18-65)	<p>Experimental group: structured group improvisation, 10 sessions in 10 weeks (1 hour per session)</p> <p>Control group: wait-list (10 weeks).</p>	Impact of Events Scale Revised (IES-R) and Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	Treatment-group patients experienced a significant reduction in severity of PTSD symptoms (-20.18; 95% confidence interval [CI]: [-31.23, -9.12]) and a marginally significant reduction in depression (-11.92; 95%CI: [-24.05, 0.21]) at 10 weeks from baseline. P<0.05 in 12 of 15 outcomes.

<p>3. Erkkila et al. (2011)</p>	<p>RCT (2 Groups) Participants were randomized using simple randomization with a 10:7 ratio of standard care to music therapy</p>	<p>Clinical setting</p>	<p>Unipolar depression patients ( n=79, 17 male, 62 women, aged 35.65 ± 9.75)</p>	<p>Experimental group: Free individual improvisation and discussion sessions, bi-weekly, 60 minutes each one, total of 20 sessions and standard care.</p> <hr/> <p>Control intervention: standard care. Short-term psychotherapy intervention (5–6 individual sessions) conducted by nurses specially trained in depression, medication (antidepressants) and psychiatric counseling (appointments for advice, follow-up and support when needed). The use of medication was reported.</p>	<p>Montgomery–Asberg Depression Rating Scale(MADRS ), Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety (HADS-A), - Global Assessment of Functioning (GAF) scores, Ronto Alexithymia Scale (RAS) and Health-related quality of life survey –at baseline, 3 months (after intervention) and at 6 months.</p>	<p>Participants receiving music therapy plus standard care showed greater improvement than those receiving standard care only in depression symptoms (mean difference 4.65, 95% CI 0.59 to 8.70), anxiety symptoms (1.82, 95% CI 0.09 to 3.55) and general functioning (74.58, 95% CI 78.93 to 70.24) at 3-month follow-up. The response rate was significantly higher for the music therapy plus standard care group than for the standard care only group (odds ratio 2.96, 95% CI 1.01 to 9.02). P&lt;0.05 in 3 of 8 outcomes.</p>
-------------------------------------	---	-------------------------	---	--	---	---

4. Fachner et al. (2013)	RCT (2 Groups) Participants were randomized using simple randomization with a 10:7 ratio of standard care to music therapy	Clinical setting	Unipolar depression patients ( n=79, 17 male, 62 women, aged 35.65 ± 9.75)	<p>Experimental group: Free individual improvisation and discussion sessions, bi-weekly, 60 minutes each one, total of 20 sessions and standard care.</p> <p>Control intervention: standard care. Short-term psychotherapy intervention (5–6 individual sessions) conducted by nurses specially trained in depression, medication (antidepressants) and psychiatric counseling (appointments for advice, follow-up and support when needed). The use of medication was reported.</p>	<p>Correlations between Montgomery–Asberg Depression Rating Scale(MADRS ), Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety (HADS-A), and Frontal alpha asymmetry (FAA) and Frontal midline theta (FMT) measures.</p> <p>Pre/post topographic changes.</p>	<p>After 3 month of MT, lasting changes in resting EEG were observed, i.e., significant absolute power increases at left fronto-temporal alpha, but most distinct for theta (also at left fronto-central and right temporo-parietal leads). P&lt;0.05 in 7 of 8 outcomes.</p>
5. Gold et al (2013)	RCT (2 Groups) Participants were randomized by block size and stratification by diagnosis and treatment center	Clinical setting	Adults with non-organic mental disorders and low therapy motivation (n=144, 75 male, 52 women, aged 33.99±11.33)	<p>Experimental group: 3 months of structured, biweekly individual, resource-oriented Music therapy plus treatment as usual (TAU)</p> <p>Control group: treatment as usual (TAU)</p>	<p>Negative symptoms (SANS), General symptoms (BSI-18) Functioning (GAF), Clinical global impressions (CGI-S), Activity and engagement in music (IIM A&amp;E), Social avoidance through music (IIM SA), Motivation for change (URICA), Motivation (SANS) Self-efficacy (GSE), Self-esteem (RSE), Vitality (SF-36), Affect regulation (SANS), Relational competencies , Social relationships (self; Q-LES-Q), Social relationships (observer; SANS)</p>	<p>MT was superior to TAU for total negative symptoms (SANS, d = 0.54, p &lt; 0.001) as well as functioning, clinical global impressions, social avoidance through music, and vitality (all p &lt; 0.01). P&lt;0.05 in 10 of 30 outcomes.</p>

6. Gooding (2011)	RCT - (2 Groups) Randomization method was not given	After-school setting	Normal children and children with behavioral or social problems (n=20, 8 male, 12 women)	Experimental group: structured individual improvisation, once weekly, 45 minutes each one, total of 5 sessions.  Control group: wait-list (5 weeks).	Subject self-reported social functioning using the Social Skills Assessment- Elementary Age, Staff Social Competence Ratings via the Home and Community Social Behavior Scales, Behavior Scales-Social Competence and Antisocial Subscales at pre-test and post test. Behavioral observations of on- task social behavior of the experimental group during treatment.	Results indicated no significant differences for staff ratings of participants' social competence or antisocial behaviors pre and post music therapy intervention. However, a significant improvement from pre to post treatment in experimental subject self-ratings of social functioning was found, as well as a significant improvement in on-task behavior for the experimental group during music therapy sessions. P<0.05 in 2 of 4 outcomes.
7. Kim et al (2008)	RCT - 3 group repeated measures design Randomization method was not given	Clinical setting	Autistic children patients (n=10 male, aged 3-5)	Structured and free individual improvisation.	Pervasive Developmental Disorder Behavior Inventory-C, Early Social Communication Scales at pre-test and post-test. Applied behavior analysis of gaze and turn-taking at sessions 1, 4, 8 and 12.	The overall results indicated that improvisational music therapy was more effective at facilitating joint attention behaviors and non-verbal social communication skills in children than play. Session analysis showed significantly more and lengthier events of eye contact and turn-taking in improvisational music therapy than play sessions. P<0.05 in 3 of 4 outcomes.
8. Kim et al (2009)	RCT - 3 group repeated measures design Randomization method was not given	Clinical setting	Autistic children patients (n=10 male, aged 3-5)	Experimental group: structured and free individual improvisation, once weekly sessions, 30 minutes each one, total of 12 sessions.  Control group: play sessions with toys, once weekly sessions, 30 minutes each one, total of 12 sessions.	Applied behavior analysis: events of 'joy, emotional synchronicity, compliant response, initiation of engagement and no response behaviors in the children at sessions 1, 4, 8 and 12.	In response to the therapist's interpersonal demands, compliant (positive) responses were observed more in music therapy than in toy play sessions, and 'no responses' were twice as frequent in toy play sessions as in music therapy sessions. P<0.05 in 6 of 6 outcomes.

9. Rickson (2006)	RCT - (3 Groups) Randomization method was not given	School setting	Attention deficit hyperactivity disorder patients (13 male, aged 11-16)	<p>Experimental group 1: structured group improvisation, 8 sessions in 10 weeks (length of sessions was not described).</p> <p>Experimental group 2: instructional music therapy approach, 8 sessions in 10 weeks (length of sessions was not described).</p> <p>Control group: wait-list (10 weeks).</p>	Synchronised Tapping Task (STH) and the parent and teacher versions of Conners' Rating Scales, Restless-Impulsive(R-I) and Hyperactive-Impulsive(H-I) subscales at pre-test and post-test intervention.	No statistical difference was found between the impact of the contrasting approaches as measured by a Synchronized Tapping Task (STH) and the parent and teacher versions of Conners' Rating Scales Restless-Impulsive (R-I) and Hyperactive-Impulsive (H-I) subscales. $P < 0.05$ in 4 of 4 outcomes.
10. Vianna (2011)	RCT - (2 Groups) subjects were randomized in a 1:1 Block randomization was used, with eight subjects (four for each arm).	Clinical setting	Mothers of premature infants with a birth weight $\leq 1,750$ g (n=94, aged 12-40)	<p>Experimental group : group music therapy, three times a week (60 minutes per session), during 3 weeks.</p> <p>Control group : usual care during hospital admission and follow-up visits.</p>	Any breastfeeding /Non-breastfeeding ratio at first follow-up visit, 30-day follow-up visit and 60-day follow-up visit.	Breastfeeding was significantly more frequent in the music therapy group at the first follow-up visit [relative risk (RR) = 1.26; 95% confidence interval (95%CI) = 1.01-1.57; $p = 0.03$ ; number needed to treat (NNT) = 5.6]. $P < 0.05$ in 2 of 4 outcomes.

**Table 2. Jadad score of the ten publications included**

Study	Randomization	Blinding	Counting of participants	Total Score
1. Albornoz (2011)	2	0	1	3
2. Carr et al. (2012)	1	1	1	3
3. Erkkila et al. (2011)	2	2	1	5
4. Fachner et al. (2013)	2	2	1	5
5. Gold et al. (2013)	2	2	1	5
6. Gooding (2011)	1	1	1	3
7. Kim et al (2008)	1	2	1	4
8. Kim et al (2009)	1	2	1	4
9. Rickson (2006)	1	0	1	2
10. Vianna et al. (2011)	2	2	1	5

**Interventions effects (comparison: music therapy versus "placebo" therapy)**

Altogether, it was found 10 studies, 85 outcomes and 50 of these were statistically significant (58.82%). Analyzing the effects of interventions, according to the association statistics, it found the following results:

Depression symptoms: treatment with music improvisation in music therapy presented better results than placebo therapy (ALBORNOSZ, 2011; CARR et al., 2012; ERKKILA et al., 2011; FACHNER et al., 2013). Two studies presented effect size statistics for this outcome. Erkkila et al. (2011) found an effect size of  $d=0.65$  (confidence interval was not informed by authors). In the same study the response rate was significantly higher for the music therapy plus standard care group than for the standard care only group (odds ratio 2.96, 95% CI 1.01 to 9.02). Gold et al. (2013) verified one effect size for negative symptoms (SANS) of  $d=-0.54$  ( $-0.84, -0.24$ ) (excluding 10 participants) and  $d=-0.38$  ( $-0.7, -0.06$ ) (including all participants).

Motivation and vitality behaviors: Gold et al. (2013) verified that music improvisation in music therapy was more effective than standard care and found an effect size of  $d=-0.54$  ( $-1.01, -0.06$ ) for motivation (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS) and  $d= -0.67$  ( $0.18, 1.16$ ) for vitality (SF-36 scale).

Social skills: different social skills had positive effect in comparison with placebo therapy. The studies of Kim et al. (2008) and Gold et al. (2013) describe values of effect sizes. Gold et al. (2013) found an effect size for Social avoidance through music of  $d=0.53$  ( $-0.92, -0.15$ ),  $d=0.53$  ( $-0.92, -0.15$ ) for affect regulation (SANS) and  $d=-0.35$  ( $-0.64, -0.06$ ) for Social relationships (observer; SANS). Kim et al. (2008) found an effect size of  $d = 0.97$  (95% CI ranging from 0.20 to 1.74) for joint attention in the Early Social Communication Scale.

Clinical global impressions: Erkkila et al. (2011) and Gold et al, (2013) verified that music improvisation in music therapy was more effective than standard care in Functioning (GAF)  $d=-0.64$  ( $0.21, 1.06$ ) (excluding 10 participants) and  $d= -0.45$  ( $0.03, 0.86$ ) (including all participants), and in Clinical Global Impressions (CGI-S)  $d=-0.91$  ( $-1.33, -0.5$ ).

Breastfeeding rate: Vianna et al. (2011) verified that were breastfeeding was significantly more frequent in the music therapy group at the first follow-up visit [relative risk (RR) = 1.26; 95% confidence interval (95%CI) = 1.01-1.57; P = 0.03; number needed to treat (NNT) = 5.6]. Moreover, this group showed higher breastfeeding rates at the moment of infant discharge (RR = 1.22; 95%CI = 0.99-1.51; P = 0.06; NNT = 6.3), and at days 30 and 60 after discharge (RR = 1.21; 95%CI = 0.73-5.6; P = 0.13 and RR = 1.28; 95%CI = 0.95-1.71; P = 0.09, respectively), but those results were not statistically significant.

## DISCUSSION

Of the ten studies included, the majority points to the greater benefits of improvisation in relation to the control treatment, 50 of the 87 outcomes

assessed (58.82%) were statistically significant. However, 37 of 85 outcomes (41.18%) were not significant and cannot be disregarded. All studies presented positive outcomes for improvisation in relation to the control treatment. This is an interesting factor, because studies ranged in population and age group. The proportion of positive outcomes is smaller than that presented in the study of musical listening in people with depression as pointed out by Chan et al. (2011), a non music therapy study,. However, the population of Chan's review is much more homogeneous than the present review. Musical improvisation showed favorable results in both the individual and group modality. The same was found with free improvisation and structured improvisation. Due to these findings, it is not possible to determine whether the type of improvisation or the type of care influences the treatment results.

Improvisation in music therapy presented satisfactory results for two specific groups of pathologies: developmental disorders (KIM et al., 2008;2009; RICKSON, 2006) and for adult mental disorders (ALBORNOZ, 2011; ERKKILA et al., 2011, Carr et al., 2012, FACHNER et al., 2013; GOLD et al., 2013), especially with regard to symptoms of depression and social competences. Noteworthy is the high prevalence of improvement in social interaction and mood-related outcomes. This can be explained by the ability of improvisation to facilitate the interaction between different pairs, and enable self-expression. which helps especially in mood disorders (PAVLICEVIC, 2000). From the results obtained here, we cannot exclude that improvisation achieved these desired goals, since improvisation is more effective for most of these outcomes. In neither study did the evaluation of improvisation use physiological parameters, as noted in other reviews about the musical effect of different interventions.

The studies reviewed presented a good (not perfect) standard of excellence in terms of methodological quality (average of 3.9 on a scale of 1 to 5). The majority of manuscripts presented clear methodological procedures of randomization, blinding and counting of participants' quality which contributed to the results. One of the 10 studies (CARR et al., 2012) mentioned the use of the

CONSORT statement (international guideline to conduct RCTs) (MOHER et al., 2011).

Our present review assessed the influence of musical improvisation in music therapy from the gold standard of designs in quantitative studies that are the randomized controlled trials and focused more on the intervention music experience rather than on the pathology. This could be a limitation to this study. The diagnostic heterogeneity might interfere with the correct interpretation of results (CHAN et al., 2011). There is no way of knowing, for example, if the effect of musical improvisation is dependent on the specific pathology.

The unique common assessment used by different studies was the Global Assessment Functioning Scale (GAF) (ERKKILA et al., 2011 and GOLD et al., 2013). In both use of this assessment, improvisation in music therapy was effective in comparison with control group for adult mental disorders. It could be important finding, because can indicates that music improvisation in music therapy is a interesting musical experience for global changes in adult with mental disorders. However, this is association need more studies to be confirmed.

In future revisions it will be important to include not only studies that evaluated behavioral aspects, but also physiological parameters (DILEO, 2006). The effects of music on physiological parameters have been reported in other systematic reviews. Therefore, it is relevant to verify whether this effect is manifested in the same way in musical improvisation.

Within the 10 studies analyzed was not possible to conduct a meta-analysis, because the studies presented categorically different research questions for the 85 evaluated outcomes. Meta-analysis is important for systematic reviews, because allows that results can be generalized to a larger population, precision and accuracy of estimates can be improved as more data is used and estimate the intervention effectiveness for specific research questions. Thus, new RCTs with similar research questions (using music improvisation) will increase the possibilities of meta-analysis estimative in future systematic reviews (LIBERATI et al., 2009).

The results of this review reflect the current stage of transformation in the quantitative study of musical interventions in music therapy. Most of the included studies were published in the last 4 years. This shows that there is concern that recent results show the therapeutic use of music according to health standards based on evidence. For many years the descriptions of the effects were centered on case studies and empirical results. Therefore, it is expected that in coming years the number of RCTs with better methodological quality and with more homogeneous outcomes increases for a better assessment of the effects of this intervention.

## CONCLUSIONS

Musical improvisation in music therapy proved to be effective in 58.82% of the outcomes when compared with a control situation. Although this result is significant, one must consider that more than 41.18% of results were not favorable. Due to the absence of meta-analysis calculation, it was not possible to estimate the effectiveness of this intervention for specific research questions. Thus, new RCTs with similar research questions (using music improvisation) will be necessary for meta-analysis estimative in the next systematic reviews. Therefore, further studies with higher methodological quality, greater quality of data and similar research questions are needed to define the role of musical improvisation in music therapy according to RCTs.

MUSICOTERAPIA

## REFERENCES

AIGEN, K. Verticality and containment in song and improvisation: an application of schema theory to Nordoff-Robbins music therapy. **J Music Ther**, v. 46, n. 3, p. 238-67, Fall 2009. ISSN 0022-2917 (Print) 0022-2917 (Linking).

ALBORNOZ, Y. The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomized controlled trial **Nordic Journal of Music Therapy**, v. 20, n. 3, p. 208-224, 2011.

BERKOWITZ, A. L.; ANSARI, D. Expertise-related deactivation of the right temporoparietal junction during musical improvisation. **Neuroimage**, v. 49, n. 1, p. 712-719, Jan 1 2010. ISSN 1053-8119. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000272031700069 >.

BIASUTTI, M.; FREZZA, L. Dimensions of Music Improvisation. **Creativity Research Journal**, v. 21, n. 2-3, p. 232-242, 2009 2009. ISSN 1040-0419. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000265647000008 >.

CARR, C. et al. Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder--an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. **Psychol Psychother**, v. 85, n. 2, p. 179-202, Jun 2012. ISSN 1476-0835.

CHAN, M. F.; WONG, Z. Y.; THAYALA, N. V. The effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults: a systematic review. In: (Ed.). **Complement Ther Med**. Scotland: 2011 Elsevier Ltd, v.19, 2011. p.332-48. ISBN 1873-6963 (Electronic) 0965-2299 (Linking).

DILEO, C. Effects of music and music therapy on medical patients: a meta-analysis of the research and implications for the future. **J Soc Integr Oncol**, v. 4, n. 2, p. 67-70, Spring 2006. ISSN 1715-894X (Print) 1715-894X (Linking)

ERKKILA, J. et al. Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. **Br J Psychiatry**, v. 199, n. 2, p. 132-9, Aug 2011. ISSN 1472-1465 (Electronic) 0007-1250 (Linking).

FACHNER, J.; GOLD, C.; ERKKILA, J. Music therapy modulates fronto-temporal activity in rest-EEG in depressed clients. **Brain Topogr**, v. 26, n. 2, p. 338-54, Apr 2013. ISSN 0896-0267.

GOLD, C. et al. Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: multicentre randomised controlled trial. **Psychother Psychosom**, v. 82, n. 5, p. 319-31, 2013. ISSN 0033-3190.

GOODING, L. F. The effect of a music therapy social skills training program on improving social competence in children and adolescents with social skills deficits. **J Music Ther**, v. 48, n. 4, p. 440-62, Winter 2011. ISSN 0022-2917 (Print) 0022-2917.

IRONS, J. Y.; KENNY, D. T.; CHANG, A. B. Singing for children and adults with bronchiectasis. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 2, p. CD007729, 2010a. ISSN 1469-493X (Electronic) 1361-6137 (Linking).

KIM, J.; WIGRAM, T.; GOLD, C. The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children: a randomized controlled study. **J Autism Dev Disord**, v. 38, n. 9, p. 1758-66, Oct 2008. ISSN 0162-3257 (Print).

\_\_\_\_\_. Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. **Autism**, v. 13, n. 4, p. 389-409, Jul 2009. ISSN 1362-3613 (Print) 1362-3613 (Linking).

LIBERATI, A.; ALTMAN, D.G.; TETZLAFF, J.; MULROW, C.; GÖTZSCHE, P. C.; IOANNIDIS, J. P. A.; CLARKE, M.; DEVEREAUX, P. J.; KLEIJNEN, J.; MOHER, D.. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. **British Medical Journal**, v.339 , Jul 2009.

LIMB, C. J.; BRAUN, A. R. Neural Substrates of Spontaneous Musical Performance: An fMRI Study of Jazz Improvisation. **Plos One**, v. 3, n. 2, Feb 27 2008. ISSN 1932-6203. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000260586500023 >.

MOHER, D. et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **Int J Surg**, Oct 12 2011. ISSN 1743-9159 (Electronic) 1743-9159 (Linking).

MOSSLER, K. et al. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 12, p. CD004025, 2011. ISSN 1469-493X (Electronic) 1361-6137 (Linking).

OLIVO, S. A. et al. Scales to assess the quality of randomized controlled trials: a systematic review. **Phys Ther**, v. 88, n. 2, p. 156-75, Feb 2008. ISSN 0031-9023 (Print) 0031-9023 (Linking).

PAVLICEVIC, M. Improvisation in music therapy: human communication in sound. **J Music Ther**, v. 37, n. 4, p. 269-85, Winter 2000. ISSN 0022-2917 (Print) 0022-2917 (Linking).

RICKSON, D. J. Instructional and improvisational models of music therapy with adolescents who have attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a

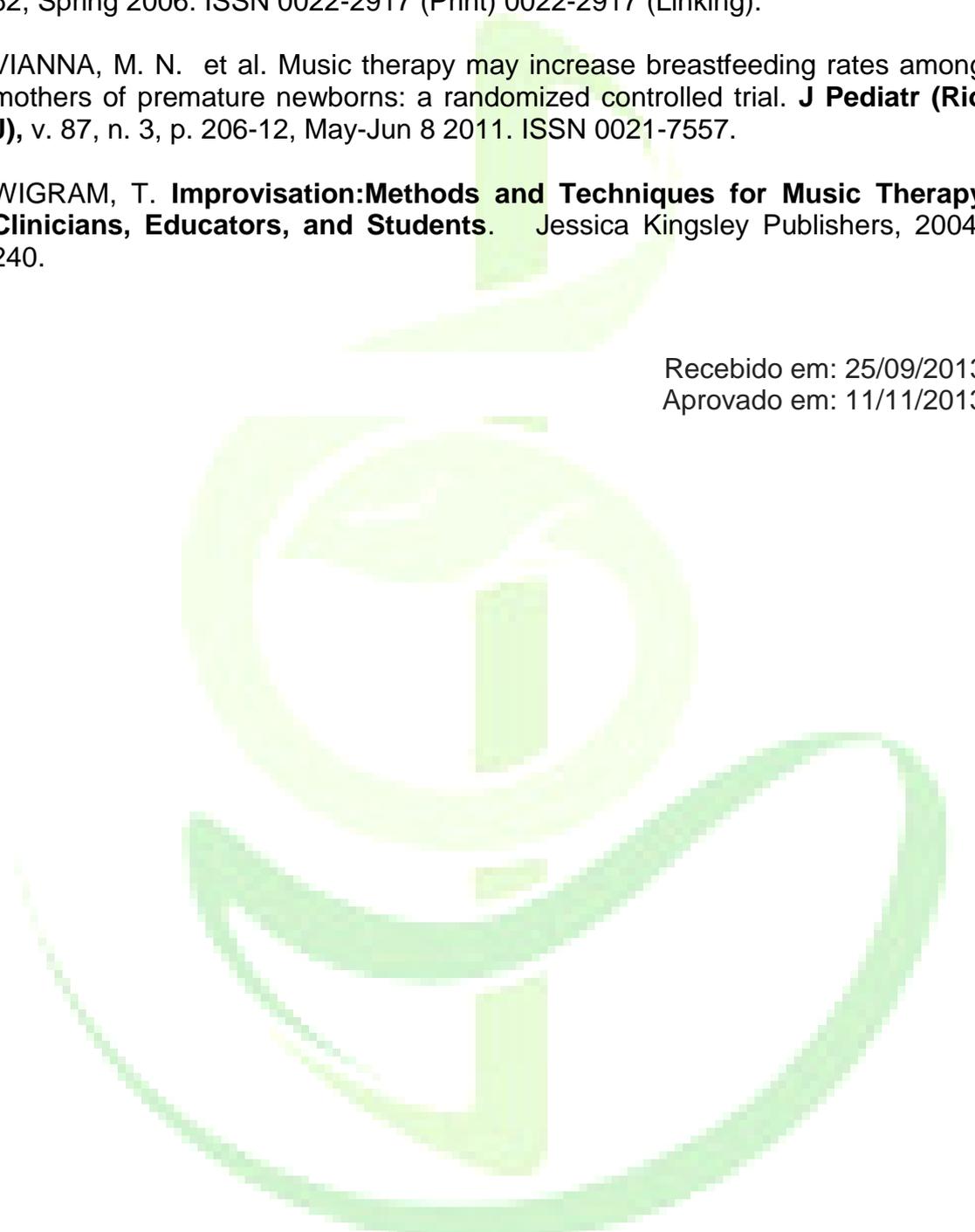
comparison of the effects on motor impulsivity. **J Music Ther**, v. 43, n. 1, p. 39-62, Spring 2006. ISSN 0022-2917 (Print) 0022-2917 (Linking).

VIANNA, M. N. et al. Music therapy may increase breastfeeding rates among mothers of premature newborns: a randomized controlled trial. **J Pediatr (Rio J)**, v. 87, n. 3, p. 206-12, May-Jun 8 2011. ISSN 0021-7557.

WIGRAM, T. **Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students.** Jessica Kingsley Publishers, 2004. 240.

27

Recebido em: 25/09/2013  
Aprovado em: 11/11/2013



MUSICOTERAPIA

## MUSICOTERAPIA APLICADA À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA): UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

MUSIC THERAPY APPLIED TO PEOPLE WITH AUTISM SPECTRUM  
DISORDER: A SYSTEMATIC REVIEW

André Brandalise<sup>7</sup>

28

**Resumo** - Este estudo visa apresentar e discutir resultados obtidos a partir de uma revisão sistemática sobre a aplicação da música, por musicoterapeuta, com pessoas com transtorno do espectro do autismo (TEA). A revisão implicou a utilização de importantes fontes da musicoterapia mundial. O artigo apresenta tipos de aplicação e resultados com características bastante diversificadas e demonstra evidências de que há eficiência na aplicação da música com esta população bem como que é área que vem sendo cada vez mais investigada no mundo.

**Palavras-Chave:** Música, Musicoterapia, Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

**Abstract** - This study aims to present and discuss the results of a systematic review on the application of music with people with autistic spectrum disorder (ASD). The review examined important music therapy sources. The review shows diversity in terms of the use of music therapy methods, types of music and interventions, and demonstrates evidences of the benefits of the application of music with this population and verifies that this is an area with strong concentration of practices and studies.

**Keywords:** Music, Music Therapy, Autistic Spectrum Disorder (ASD).

---

<sup>7</sup> Bacharel em música (UFRGS, RS), especialista em musicoterapia (CBM-RJ) e mestre em musicoterapia (NYU, EUA). Atualmente cursa o programa de PhD em musicoterapia da Temple University (EUA) onde foi bolsista por dois anos como professor-assistente. Brandalise é diretor-fundador do Centro Gaúcho de Musicoterapia (POA, RS). É autor dos livros “Musicoterapia Músico-centrada” (2001) e “I Jornada Brasileira sobre Musicoterapia Músico-centrada” (2003).

## Introdução

No início do século 20, em um estágio que Rosenberg (2011) chama de pré-científico, algumas crianças eram denominadas *enfants fadas* (crianças fadas, em francês). De acordo com a história, estas crianças fadas eram aquelas que, por estes seres, eram deixadas aos cuidados de famílias em lugar de seus filhos e filhas. Na cultura irlandesa as crianças raptadas eram chamadas de *changeling*. Elas eram substituídas, então, por uma “criança de personalidade desconhecida”. Este rapto propositalmente ocorria quando a criança era ainda muito jovem assim o objetivo era o de não ser notado pela mãe. No entanto, as mães percebiam que a criança ali deixada era diferente de seu filho(a). A “nova” criança apresentava comportamentos mais agressivos e era mais distante física e emocionalmente. Na Escócia, de acordo com Rosenberg, estas crianças eram chamadas de *sithbeire*. Na Suécia eram chamadas de *borthything* e, na Noruega, de *skiptungr*. Apesar das diferenças culturais, estas histórias parecem ilustrar a tentativa de se encontrar uma explicação sobre crianças que passavam a demonstrar um curso atípico de desenvolvimento.

A palavra autismo vem do grego *autos* e significa *self*. O termo foi criado em 1911 pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler (1950) que estudava os sintomas de esquizofrenia em adultos. A história oficial acerca da condição, no entanto, inicia quando Leo Kanner publica, em 1943, seu artigo *The Nervous Child* (a criança nervosa). Este artigo é o resultado de um estudo que Kanner realizou com 11 crianças, oito meninos e três meninas com idades entre 2 e 4 anos. O autor observou características comuns em todas elas e disse que tais características apontavam para a descoberta de uma síndrome singular que até então não havia sido reportada e que parecia ser rara.

O instrumento mais amplamente utilizado para diagnosticar a desordem é o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). A nova versão do manual (2013) denomina a condição como transtorno do espectro do autismo (TEA) e não mais inclui a síndrome de Asperger e os transtornos do

desenvolvimento pervasivos – não especificados de outra forma. TEA é atualmente entendido como uma desordem neurológica que se manifesta antes dos três anos de idade e é quatro vezes mais prevalente em meninos do que em meninas. De acordo com centros de controle e prevenção de doenças norte-americanos, há um milhão e meio de pessoas com TEA somente nos Estados Unidos. Uma a cada 150 crianças nascem com a síndrome. Entre as características do TEA estão o prejuízo na interação social, prejuízo na comunicação e comportamento atípico tendendo a ser restrito e repetitivo. A causa do transtorno ainda não foi descoberta.

Nos últimos anos, o cenário no Brasil tem modificado drasticamente. Houve época em que pais de crianças com autismo poderiam sofrer constrangimento ao levar, por exemplo, seus filhos a uma praça pois poderiam notar o desconforto de outros pais e até mesmo a retirada de crianças de espaços onde seus filhos brincavam. Atualmente a tendência tem sido a de pais com filhos com autismo entenderem que a exposição de seus filhos a diferentes espaços públicos é uma forma importante de estímulo social e de comportamento. O autismo atualmente está sendo mais amplamente divulgado pela mídia. Recentemente, a presidenta Dilma Rousseff aprovou uma nova lei (chamada “Lei Berenice Piana,” número 12.764/12) que garante a pessoas que portam esta condição seus direitos a tratamentos especializados e obriga o Estado e instituições privadas a oferecer acesso à educação e ao trabalho. Também, baseado nesta lei, escolas e planos de saúde passam a não poder rejeitar as inscrições de pessoas com autismo.

Programas terapêuticos e educacionais dedicados a pessoas com transtorno do espectro do autismo são necessários. Musicoterapia tem sido uma das modalidades terapêuticas bastante utilizadas no tratamento desta população visando o estímulo e a melhora em várias áreas de desenvolvimento. Este artigo propõem uma revisão sistemática da literatura visando examinar e discutir o que vem sendo realizado em musicoterapia com esta população.

## Revisão sistemática acerca da utilização da musicoterapia com pessoas com transtorno do espectro do autismo (TEA)

Os objetivos desta revisão foram:

1. identificar trabalhos clínicos e de pesquisa aplicando musicoterapia com pessoas com transtorno do espectro do autismo (TEA).
2. examinar como musicoterapia tem sido aplicada no tratamento desta população. Verificar métodos de musicoterapia e tipos de intervenção sendo utilizados com esta população (ativa, recreativa e receptiva).
3. verificar os resultados obtidos a partir da intervenção da musicoterapia com a pessoa com TEA.
4. verificar modelos e *designs* de pesquisa que são utilizados no estudo da musicoterapia com esta população.

31

### METODOLOGIA

#### Critérios de inclusão

#### Tipos de estudo e participantes

Trabalhos clínicos e de pesquisa que geraram resultados clínicos, conduzidos por musicoterapeutas, foram incluídos. A busca se deu através de reconhecidos periódicos científicos e livros relacionados à área que apresentaram intervenções e resultados na aplicação da música, por musicoterapeutas, com pessoas com TEA.

#### Métodos de busca

Uma busca eletrônica foi realizada nos seguintes periódicos:

1. *Journal of Music Therapy* (AMTA, de 1964 até o presente)
2. *Music Therapy* (de 1981 a 1996)
3. *Nordic Journal of Music Therapy* (de 2000 até o presente)
4. *Music Therapy Perspectives* (de 1982 a 2011)
5. *The Arts in Psychotherapy* (de 1980 até o presente)
6. *Voices* (de 2001 até o presente)

Musicoterapeutas brasileiros, argentinos, colombianos, uruguaios e chilenos foram contatados com o objetivo de auxiliarem na busca por artigos e/ou livros sobre o tema estudado. Teses de doutorado também foram

verificadas. Foi realizada uma pesquisa manual nos periódicos *British Journal of Music Therapy* (de 1991 até o presente), *Music Therapy* (de 1981 a 1995) e Revista Brasileira de Musicoterapia (de 1996 até o presente).

Associações de Musicoterapia e instituições também foram consultadas com o objetivo de auxiliarem a identificar clínicos e/ou estudiosos da área (União Brasileira de Musicoterapia e ADIM, Argentina). Estudos foram aceitos em português, espanhol, inglês e francês.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### **Musicoterapia com pessoas com TEA: Onde está sendo realizada e quais têm sido os resultados?**

Musicoterapia tem sido aplicada com pessoas com TEA desde 1960. A literatura demonstra que a aplicação da música com esta população, realizada por profissionais musicoterapeutas, pode promover diminuição de crises comportamentais (GOLDSTEIN, 1964), diminuição de resistência ao tratamento (GOLDSTEIN, 1964), melhoras nos relacionamentos interpessoais (GOLDSTEIN, 1964; STEVENS & CLARK, 1969; NORDOFF & ROBBINS, 1977; BRANDALISE, 1998, TURRY & MARCUS, 2003; KERN & ALDRIDGE, 2006; FINNINGAN & STARR, 2010; SPOSITO & CUNHA, 2013), aquisição de liberdade expressiva (NORDOFF & ROBBINS, 1971), aquisição de melhora vocal (NORDOFF & ROBBINS, 1971), melhora na comunicação (NORDOFF & ROBBINS, 1971; SAPERSTON, 1973; EDGERTON, 1994, BRANDALISE, 1998), aquisição de confiança verbal e vocal (NORDOFF & ROBBINS, 1977; TURRY & MARCUS, 2003), aquisição de formas de ordem rítmica (NORDOFF & ROBBINS, 1977; SPOSITO & CUNHA, 2013), melhora na produção da fala (HOLAND & JUHRS, 1974; LIM, 2010), mutualidade (AIGEN, 1998, TURRY & MARCUS, 2003), experiência musical (AIGEN, 1998; TURRY & MARCUS, 2003), habilidades musicais (AIGEN, 1998, BOSO et al., 2007; SPOSITO & CUNHA, 2013) e desenvolvimento do *self* (AIGEN, 1998; TURRY & MARCUS, 2003).

Foram também identificados focos de estudo em áreas tais como *survey* acerca do trabalho de musicoterapia com autismo (NELSON; ANDERSON; GONZALES, 1984), formas de analisar a produção musical clínica (AIGEN, 1997), desenvolvimento de abordagem de musicoterapia (BRANDALISE, 1998), estudo relacionado à dinâmica de tratamento musicoterápico (CRAVEIRO, 2001), estudo relacionado à inclusão de aparelhagens eletro-eletrônicas no tratamento da pessoa com autismo (BARCELLOS, 2004), meta-análises (WHIPPLE, 2004; GOLD et al., 2010), co-terapia (TURRY; MARCUS, 2005); revisão bibliográfica (STEELE, 2005), desenvolvimento e testagem de instrumentos de avaliação (WALWORTH, 2007; CARPENTE, 2009; LIM, 2010b), história da musicoterapia relacionada ao autismo (RESCHKE-HERNÁNDEZ, 2011), revisão sistemática da literatura (GOLD; WIGRAM; ELEFANT, 2010; GATTINO, 2012) e estudos de validação de instrumento de avaliação (GATTINO, 2012).

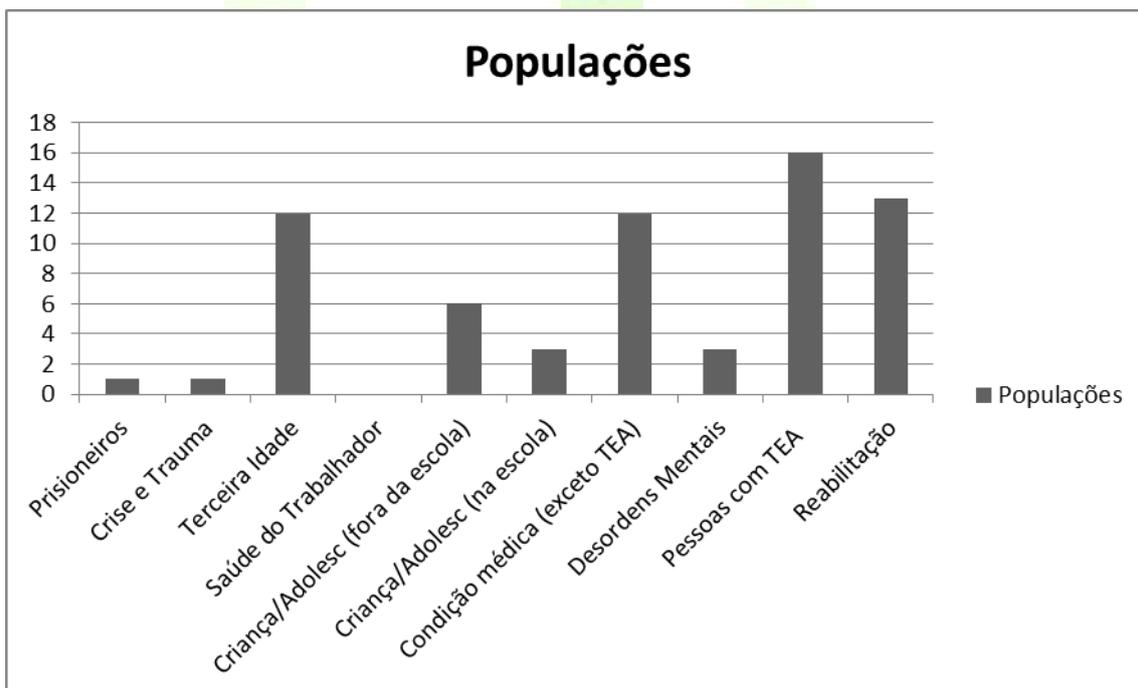
Há pesquisa e trabalhos clínicos com pessoas com TEA sendo realizados nas Américas do Sul e Norte, Europa, Ásia e Oceania. A revisão sistemática detectou artigos e livros sobre o tema escritos por autores em várias partes do mundo: Estados Unidos (18 estudos), Canadá (dois estudos), Brasil (um estudo), Argentina (um estudo), Itália (um estudo) e Coreia (um estudo). A revisão no periódico eletrônico norueguês *Voices* demonstrou que o interesse na aplicação da musicoterapia com pessoas com TEA é bastante ampla. Há também musicoterapia sendo aplicada com esta população em países como Bolívia, Chile e Uruguai (América do Sul); Antígua e Barbados e Martinica (Caribe); Finlândia, Dinamarca, Holanda, Latvia, Hungria, Alemanha, Espanha, Portugal, Chipre, Bélgica e Reino Unido (Europa); Nova Zelândia (Oceania); Turquia, Catar, Irã, Kazaquistão, Taiwan e Bahrain (Ásia). A pesquisa não identificou trabalhos sendo realizados na África.

Apesar da atenção que atualmente vem sendo direcionada ao estudo com esta população, as publicações sobre a aplicação da música com pessoas com TEA, realizadas por musicoterapeutas, são relativamente recentes. A frequência de publicações sobre o tema começou a aumentar somente nos

últimos 20 anos. O *Journal of Music Therapy*, relevante publicação do campo da musicoterapia, publicou somente sete artigos no período de 1964 (ano da fundação do periódico) a 1990. Este dado indica uma média de somente um artigo publicado a cada 4 anos (3.7 anos). Porém, de 1991 a 2012 esta média aumentou para um artigo sendo publicado a cada 2 anos.

Esta revisão recebeu *feedbacks* de alguns países da América do sul confirmando a realização de trabalhos clínicos sendo desenvolvidos com a população dom TEA, no entanto, há falta de publicação. Em pesquisa recente, realizada pelo autor deste artigo com clínicos brasileiros, foi constatado que a área mais investida atualmente pela musicoterapia clínica brasileira é justamente a do tratamento com pessoas com TEA (Figura 1). A maioria dos respondentes (16) reportaram estar trabalhando com esta população (23.8% dos participantes).

**Figura 1.** Populações atendidas pelo musicoterapeuta clínico brasileiro.



Números à esquerda correspondem à quantidade de respondentes.

O resultado da pesquisa demonstrou que há um significativo investimento no tratamento de musicoterapia com pessoas com TEA no Brasil. No entanto, mesmo o país tendo um periódico especializado em musicoterapia,

as publicações sobre o tema são ainda poucas (BRANDALISE, 1998; CRAVEIRO, 2001; BARCELLOS, 2004; GATTINO et al., 2011; GATTINO, 2012; SPOSITO & CUNHA, 2013).

### **Musicoterapia e o TEA: Como está sendo utilizada?**

A tendência em termos da utilização da musicoterapia no tratamento com a pessoa com TEA parece ser a da diversificação. Há diversas abordagens sendo utilizadas, diversos tipos de métodos de musicoterapia sendo utilizados, tipos de música e de objetivos terapêuticos sendo propostos. Este dado é importante pois atualmente a informação acerca de música, musicoterapia, saúde e autismo é muito mais abrangente.

Entre os musicoterapeutas pioneiros, que dirigiram atenção ao trabalho com pessoas com TEA, a utilização terapêutica da técnica de improvisação musical foi a principal escolha em termos de tipos de intervenção (SAPERSTON, 1973; NORDOFF, 1974, NORDOFF & ROBBINS, 1971, 1977; ALVIN & WARWICK, 1978). É ainda técnica muito utilizada no trabalho com esta população. Dez estudos mencionaram seu uso no tratamento da pessoa com autismo (GOLDSTEIN, 1964; NORDOFF & ROBBINS, 1971; SAPERSTON, 1973; NORDOFF & ROBBINS, 1977; EDGERTON, 1994; AIGEN, 1995; BRANDALISE, 1998; AIGEN, 1998; TURRY & MARCUS, 2003; KIM; WIGRAM; GOLD, 2008).

Outra tendência ocorreu acerca da utilização clínica da forma canção no tratamento da pessoa com TEA. Vinte estudos reportaram seu uso (GOLDSTEIN, 1964; STEVEN & CLARK, 1969; NORDOFF & ROBBINS, 1971; MAHLBERG, 1973; NORDOFF & ROBBINS, 1977; EDGERTON, 1994; AIGEN, 1995; BUDAY, 1995; BRANDALISE, 1998; AIGEN, 1998; TURRY & MARCUS, 2003; BOSO et al., 2007; KERN et al., 2007, 2007b; KIM; WIGRAM, GOLD, 2008; KATAGIRI, 2009; FINNIGAN & STARR, 2010; GATTINO et al., 2011; LIM, 2010; SPOSITO & CUNHA, 2013). Dezenove estudos mencionaram a utilização de instrumentos musicais (GOLDSTEIN, 1964; STEVEN & CLARK,

1969; NORDOFF & ROBBINS, 1971; MAHLBERG, 1973; SAPERSTON, 1973; HOLLAND & JUHRS, 1974; NORDOFF & ROBBINS, 1977; EDGERTON, 1994; AIGEN, 1995; BUDAY, 1995; BRANDALISE, 1998; AIGEN, 1998; BRONNWEILL, 2002; TURRY & MARCUS, 2003; BOSO et al., 2007; KIM; WIGRAM; GOLD, 2008; FINNIGAN & STARR, 2010; GATTINO et al., 2011; SPOSITO & CUNHA, 2013); um estudo reportou a utilização terapêutica de palmas (MAHLBERG, 1973), um estudo relatou a utilização receptiva de fitas contendo mensagens gravadas (BENZON, 1987), um estudo reportou o uso de dança e movimento corporal (GOLDSTEIN, 1964), um estudo utilizou música ambiente (KERN & ALDRIDGE, 2006), um estudo usou o Método Tomatis (CORBETT; SHICKMAN; FERRER, 2008) e finalmente, um estudo mencionou a utilização de vídeos musicais no tratamento da pessoa com TEA (LIM, 2010).

No que diz respeito a apoio a familiares, Benenzon (1987) e Woodward (2004) foram os únicos autores que dedicaram maior atenção ao tema. Benenzon escreveu um capítulo de seu livro discutindo a integração entre terapeutas, crianças com autismo e familiares.

### **Características das intervenções musicais e análises musicais nos estudos e trabalhos clínicos com pessoas com TEA**

Musicoterapeutas demonstraram estar utilizando os três principais métodos de musicoterapia no tratamento com esta população: receptivo, criativo e recreativo. Em contraste com os achados da revisão sistemática, realizada pelo autor deste artigo com grupos de músico-psicoterapia, musicoterapeutas que trabalham com pessoas com TEA estão utilizando a técnica de improvisação com menor frequência do que os profissionais que trabalham com músico-psicoterapia com grupos (37,5% versus 50%).

Da mesma forma que os clínicos que trabalham com músico-psicoterapia com grupos, os profissionais que estão clinicando com pessoas com TEA não estão investindo valor de avaliação à análise da produção musical do(s) paciente(s). Aigen (1997) e Nordoff & Robbins (1971, 1977)

foram autores que incluíram análise musical como um dos instrumentos analíticos em suas pesquisas e acompanhamentos de processos musicoterapêuticos.

### **Tipos de pesquisa e *designs* sendo aplicados no estudo da aplicação da música com esta população**

Foram identificados treze estudos que utilizaram um *design* quantitativo de investigação. Entre eles, 38% foram ensaios clínicos randomizados (ECRs). Estudos envolvendo música e autismo, dos anos 60 até os 80, apresentaram tendência de focar avaliação do tratamento via observação clínica. A partir dos anos 90 *designs* quantitativos, qualitativos e mistos começaram a ser implementados na investigação da musicoterapia com esta população.

37

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A revisão sistemática comprova que há importante interesse e investimento sendo direcionados ao trabalho clínico e à pesquisa acerca da utilização da música e da musicoterapia com a população com transtorno do espectro do autismo (TEA). Apesar da heterogeneidade dos resultados, encontrados via análise de artigos e livros, a revisão demonstrou que, através de perspectivas quantitativas, qualitativas e mistas há evidências de vários benefícios acerca da aplicação da música com a pessoa portadora desta condição.

## **REFERÊNCIAS**

AIGEN, Kenneth. **Here We Are in Music: One Year with Adolescent Creative Music Therapy**. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1997.

AIGEN, Kenneth. **Paths of Development in Nordoff-Robbins Music Therapy**. Gilsum, NH: Barcelona, 1998.

American Psychiatry Association (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (4th ed.), Text Revision. Washington, DC, 2000.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Autismo: Aparelhagens Eletroeletrônicas como Elementos Iatrogênicos**. In L. R. M. Barcellos (Ed.). *Musicoterapia: Alguns Escritos* (pp. 119-128), Rio de Janeiro, RJ: Enelivros, 2004.

BENENZON, Rolando O. **O Autismo, a Família, a Instituição e a Musicoterapia**. Rio de Janeiro, RJ: Enelivros, 1987.

BLEULER, Eugen. **Dementia Praecox; or, The Group of Schizophrenias**. Monograph series on schizophrenia, no. 1. New York: International Universities Press, 1950.

BOSO, Marianna, EMANUELE, Enzo, MINAZZI, Vera, ABBAMONTE, Marta & POLITI, Pierluigi. **Effect of Long-term Interactive Music Therapy on Behavior Profile and Musical Skills in Young Adults with Severe Autism**. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(7), 709-712, 2007.

BRANDALISE, André. **Approach “Brandalise” de Musicoterapia (Carta de canções)**. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 4, 1998.

BROWN, Sandra. M. K. **Autism and Music Therapy—is Change Possible, and Why Music?** *British Journal of Music Therapy*, 8, (1), 15–25, 1994.

BUDAY, Evelyn M. **The effects of sign and spoken words taught with music on sign and speech imitation by children with autism**. *Journal of Music Therapy*, 32(3), 189-202, 1995.

CARPENTE, John. **Contributions of Nordoff-Robbins music therapy within developmental, individual-differences, relationship based (DIR)/Floortime framework to the treatment of children with autism: four case studies**. Unpublished doctoral dissertation, Temple University, PA, 2009.

CORBETT, Blythe. A., SHICKMAN, Kathryn & FERRER, Emilio. **Brief report: The effects of Tomatis sound therapy on language in children with autism**. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 562-566, 2008.

CRAVEIRO, Leomara. **Musicoterapia e autismo: um “setting” em rizoma**. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 5, 73-80, 2001.

EDGERTON, Cindy L. **The effect of improvisational music therapy on the communicative behaviors of autistic children**. *Journal of Music Therapy*, 31, (1), 31–62, 1994.

FINNIGAN, Emily & STARR, Elizabeth. **Increasing social responsiveness in a child with autism: a comparison of music and non-music interventions.** *Sage Publications and the National Autistic Society*, 14(4), 321-348, 2010.

GADBERRY, Anita L. **A survey of the use of aided augmentative and alternative communication during music therapy sessions with persons with autism spectrum disorders.** *Journal of Music Therapy*, 48(1), 74-89, 2011.

GATTINO, Gustavo Schulz; RIESGO, Rudimar dos Santos; LONGO, Dãnae; LEITE, Julio Cesar Loguercio & FACCINI, Lavina Schuler. **Effects of relational music therapy on communication of children with autism: a randomized controlled study.** *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(2), 142-154, 2011.

GATTINO, Gustavo Schulz. **Musicoterapia Aplicada à Avaliação da Comunicação não Verbal de Crianças com Transtorno do Espectro Autista: Revisão Sistemática e Estudo de Validação.** UFRGS, Porto Alegre, 2012.

GOLD, Christian, WIGRAM, Tony & ELEFANT, Cochavit. **Music Therapy for autistic spectrum disorder (Cochrane review).** *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 2010.

GOLDSTEIN, Carol. **Music and creative arts therapy for an autistic child.** *Journal of Music Therapy*, 1(4), 135-138, 1964.

HOLLANDER, Fred M. & JUHRS, Patricia D. **Orff-Schulwerk, an defective treatment tool with autistic children.** *Journal of Music Therapy*, 11(1), 1974.

KANNER, Leo. **Autistic disturbances of affective contact.** *Nervous Child*, 2, 217-250, 1943.

KAPLAN, Ronna. **Music therapy, sensory integration and the autistic child.** *Music Therapy Perspectives*, 22(1), 56, 2004.

KAPLAN, Ronna S. & STEELE, Anita Louise. **An analysis of music therapy program goals and outcomes for clients with diagnoses on the autistic spectrum.** *The Journal of Music Therapy*, 42, (1) 2–19, 2005.

KATAGIRI, June. **The effect of background music and song texts on the emotional understanding of children with autism.** *Journal of Music Therapy*, XLVI(1), 15-31, 2009.

KERN, Petra & ALDRIDGE, David. **Using embedded music therapy interventions to support outdoor play of young children with autism in an inclusive community-based child care program.** *Journal of Music Therapy*, XLIII(4), 270-294, 2006.

KERN, Petra, WAKEFORD, Linn. & ALDRIDGE, David. **Improving the performance of a young child with autism during self-care tasks using embedded song intervention: a case study.** *Music Therapy Perspectives*, 25(1), 43, 2007.

KERN, Petra, WOLERY, M. & ALDRIDGE, David. **Use of songs to promote independence in morning greeting routines for young children with autism.** *Journal of Autism Dev. Disorder*, 37, 1264-1271, 2007b.

KIM, Jinah, WIGRAM, Tony, & GOLD, Christian. **The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children: A randomized controlled study.** *Journal of Autism Dev. Disorder*, 38, 1758-1766, 2008.

LIM, Hayoung A. **Effect of “developmental speech and language training through music” on speech production in children with autism spectrum disorders.** *Journal of Music Therapy*, XLVII(1), 2-26, 2010.

LIM, Hayoung A. **Use of music in the applied behavior analysis verbal behavior approach for children with autism spectrum disorders.** *Music Therapy Perspectives*, 28(2), 95, 2010b.

MAHLBERG, Mavis. **Music therapy in the treatment of an autistic child.** *Journal of Music Therapy*, X, 189-193, 1973.

NELSON, David L., ANDERSON, Virginia G. & GONZALES, Anna D. **Music activities as therapy for children with autism and other pervasive developmental disorders.** *Journal of Music Therapy*, 21(3), 100-116, 1984.

NORDOFF, Paul; ROBBINS, Clive. **Therapy in music for handicapped children.** London: Victor Gollancz, Ltd, 1971.

NORDOFF, Paul & ROBBINS, Clive. **Creative music therapy.** New York, NY: John Day Company, 1977.

RESCHKE-HERNÁNDEZ, Alaine E. **History of music therapy treatment interventions for children with autism.** *Journal of Music Therapy*, 48(2), 169-207, 2011.

ROBARTS, Jacqueline. **Music therapy for children with autism.** In Trevarthen, Colwyn; Aitken, Kenneth J.; Papoudi, Despina & Roberts, Jacqueline (Eds.), *Children with autism: Diagnosis and intervention to meet their needs* (pp. 134-160). London: Jessica Kingsley Publishers, 1996.

ROSENBERG, Raymond. **História do autismo no mundo.** In J. S. Schwartzman; C. A. Araújo (Ed.), *Transtornos do espectro do autismo*. São Paulo: Memnon, 2011.

SAPERSTON, Bruce. **The use of music establishing communication with an autistic mentally retarded child.** *Journal of Music Therapy*, 10, 184–188, 1973.

SCHWARTZMAN, José Salomão. **História do autismo no mundo.** In J. S. Schwartzman; C. A. Araújo (Ed.), *Transtornos do espectro do autismo*. São Paulo: Memnon, 2011.

SPOSITO, Mariângela da Silva & CUNHA, Rosemyriam. **Musicoterapia para Angel: Autismo, ritmo e um espaço-tempo de ser.** *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 14, 2013.

STEVENS, Emily & CLARK, Frank. Music therapy in the treatment of autistic children. *Journal of Music Therapy*, 6, 93–104, 1969.

TURRY, Alan & MARCUS, David. **Using the Nordoff-Robbins approach to music therapy with adults diagnosed with autism.** In D. Weiner & L. Oxford (Eds.) *Action therapy with families and groups: Using creative arts improvisation in clinical practice* (pp. 197-228). Washington, DC: American Psychological Association, 2003.

TURRY, Alan & MARCUS, David. **Teamwork: Therapist and co-therapist in the Nordoff-Robbins approach to music therapy.** *Music Therapy Perspectives*, 23(1), 53-69, 2005.

WALWORTH, Darcy D. **The use of music therapy within the SCERTS model for children with autism spectrum disorder.** *Journal of Music Therapy*, XLIV(1), 2-22, 2007.

WALWORTH, Darcy D., REGISTER, Dena & ENGEL, Judy Nguyen. **Using the SCERTS model assessment tool to identify music therapy goals for clients with autism spectrum disorder.** *Journal of Music Therapy*, XLVI(3), 204-216, 2009.

WHIPPLE, Jennifer. **Music in intervention for children and adolescents with autism: A meta-analysis.** *Journal of Music Therapy*, 41, (2), 9–106, 2004.

WIMPORY, Dawn, CHADWICK, Paul & NASH, Susan. **Brief report: Musical interaction therapy-therapeutic play for children with autism: An evaluative case study with two-year follow-up.** *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, (5), 541–552, 1995.

WIMPORY, Dawn & NASH, Susan. **Musical interaction therapy-therapeutic play for children with autism.** *Child Language Teaching and Therapy*, 15, (1), 17–28, 1999.

WOODWARD, Alpha. **Music therapy for autistic children and their families: a creative spectrum.** [\*British Journal of Music Therapy\*](#), 18, (1), 8–14, 2004.

Recebido em: 12/08/2013  
Aprovado em: 30/11/2013



MUSICOTERAPIA

## EDUCADOR-TERAPEUTA – OS BENEFÍCIOS DO OLHAR DO ESPECIALISTA EM MUSICOTERAPIA NA EDUCAÇÃO MUSICAL

EDUCATOR-THERAPIST - THE BENEFITS OF THE LOOK OF SPECIALIST MUSIC THERAPY IN MUSIC EDUCATION

*Daniele Torres de Almeida<sup>8</sup>, Ana Maria Caramujo Pires de Campos<sup>9</sup>*  
(FMU - SP)

43

**Resumo** - O presente artigo intitulado "Educador-terapeuta – os benefícios do olhar do especialista em Musicoterapia na Educação Musical" tem uma abordagem reflexiva sobre a educação musical, a relação entre o educador e o(s) aluno(s) e a importância da valorização do indivíduo no processo de ensino/aprendizagem, enfatizando seu potencial criativo, considerando que a musicalidade está presente em todos os seres humanos e pode ser utilizada para gerar bem-estar e promover a inserção desse aluno(s) no contexto social.

**Palavras-Chave:** educação musical, saúde e musicoterapia

**Abstract** - This article titled "Educator-therapist - the benefits of the look of specialist music therapy in Music Education" has a reflective approach to music education, the relationship between the educator and the (s) student (s) and the importance of valuing the individual in teaching / learning, emphasizing their creative potential, considering that the musicality is present in all human beings and can be used to generate well-being and promote the inclusion of such student (s) in the social context.

**Keywords:** music education, health and music therapy

---

<sup>8</sup> Professora de Música formada em Licenciatura Plena em Educação Artística com Habilitação em Música – Faculdade Paulista de Artes; Especialista em Musicoterapia pós-graduada – FMU. Acesso ao CV: <http://lattes.cnpq.br/3936150510451315>

<sup>9</sup> Professora da Graduação e Pós-Graduação de Musicoterapia FMU. Mestre em Ciências Médicas – Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (2012). Especialista em Psicoterapia Junguiana da UNIP. Magíster no Modelo Benenzon (2010). Especialista em Mt - FPA (2002). Especialista em Psicologia Clínica pelo CRP - Psicóloga IUP (julho de 1983). Especialista em Psicoterapia de Orientação Junguiana coligada à Abordagem Corporal (Sedes Sapientiae, 1993). Acesso ao CV: <http://lattes.cnpq.br/9948414430217978>

## Introdução

“A música é, em primeiro lugar, uma contribuição para o alargamento da consciência e para a modificação do homem e da sociedade.”  
(KOELLREUTTER 1997, P.72)

A autora deste artigo, por ser educadora musical há 20 anos e ministrar aulas de piano e musicalização infantil em escolas de música e educação básica, interessou-se em ampliar seus conhecimentos com a musicoterapia, buscando especialização nessa área.

Inicialmente, as aulas aplicadas pela autora eram embasadas em metodologias tradicionais, muito embora não concordasse plenamente com a forma que os conceitos musicais eram transmitidos. Em razão desse desconforto, preocupou-se em encontrar outras metodologias e conceitos pedagógicos. Entre eles identificou-se com a visão construtivista da música, apresentada pela educadora Maria Teresa Alencar de Brito, pesquisadora atuante, grande incentivadora dessa busca.

A metodologia e os conceitos pedagógicos construtivistas trouxeram um novo olhar para esse aprendizado. Por meio da construção do conhecimento realizado pelo educando, o aluno passa a ser visto como um agente ativo e não como um ser passivo que recebe e absorve o que lhe é ensinado. Ferreiro (2013), pedagoga musical e psicóloga argentina construtivista, salienta que cada salto cognitivo depende de uma assimilação e de uma reacomodação dos esquemas internos, que necessariamente levam tempo. É por utilizar esses esquemas internos e não simplesmente repetir o que ouvem, que as crianças interpretam o ensino recebido.

No texto, *Cenas Musicais I - a música do sombra*, Brito (2013, s.p.) diz que,

Com as crianças, importa garantir a possibilidade de exercitarem sua relação com o mundo. Através dos sons podem expressar seu modo de perceber, sentir, pensar... Podem vivenciar questões significativas, importantes em sua vida, já que a música é linguagem que torna sonora nossa própria Forma - quem somos, como percebemos, como sentimos.

Fazendo música somos mágicos, intuitivos, emocionais. Somos racionais e intelectuais. Presentificamo-nos por inteiro, numa vivência simbólica profunda e integradora. Com crianças, basta conhecê-las e respeitá-las: respeitar sua percepção, sua cultura e as características próprias de cada fase de seu desenvolvimento, sua realidade, seu contexto social. (BRITO 2013, s.p).

Brito (2003), propõe a formação integral da criança e destaca que o fazer musical ocorre "por meio de dois eixos - a criação e a reprodução - que garantem três possibilidades de ação: a interpretação, a improvisação e a composição".

Em musicoterapia a improvisação, a composição, a interpretação são técnicas utilizadas no processo terapêutico.

Na música, há quatro tipos distintos de experiências. São elas: improvisar, re-criar (ou executar), compor e escutar. Cada um desses tipos de experiência musical possui suas próprias características particulares e cada uma delas é definida por seus processos específicos de engajamento. Cada tipo envolve um conjunto de comportamentos sensório-motores distinto, requer diferentes tipos de habilidades perceptivas e cognitivas, evoca diferentes tipos de emoções e engaja em um processo interpessoal diferente. Em função disso, cada tipo também tem seus próprios potenciais e aplicações terapêuticas. (BRUSCIA, 2000, p. 121)

Essas experiências musicais são ferramentas fundamentais que levam ao desenvolvimento do processo musicoterapêutico, bem como para o aprendizado significativo do educando.

Brito (2001), em seu livro: Koellreutter educador: o humano como objetivo da educação musical, refere à importância da música para o humano como um ser pleno, integral não dissociado, levando em conta sua inserção no contexto social.

A autora deste artigo, desde que entrou em contato com esses educadores, ampliou significativamente sua forma de ensinar e aprender música. Assim, passou a ter como objetivo principal a relação entre o humano e a música, mais do que a preocupação em ensinar somente os conteúdos puramente técnicos.

Simultaneamente, a essas reflexões a autora entra em contato com a musicoterapia aplicada de uma perspectiva científica, inicialmente através de leituras e depois com o curso de pós-graduação em musicoterapia, que abriu horizontes para uma educação musical mais integrada.

A musicoterapia por ser híbrida e envolver várias áreas do conhecimento (ciência, arte e educação) possui uma diversidade de aplicações, objetivos, métodos e orientações teóricas, sendo certo que influenciada por diferenças culturais encontra-se em processo de formação. Por esse motivo muitas, são as definições para musicoterapia. Segue a que mais se aproxima da proposta deste artigo:

Musicoterapia é a utilização estruturada da música como processo criativo para desenvolver e manter o máximo potencial humano. A musicoterapia é utilizada com sucesso nas seguintes áreas: social, motora, desenvolvimento da comunicação, aquisição de conhecimentos escolares e manejo do comportamento. Utilizando objetivos reeducativos, a musicoterapia auxilia a promover o funcionamento ótimo através de uma grande variedade de experiências (BRUSCIA, 2000, p.280).

A educação musical com o olhar musicoterapêutico tem a intenção de promover a saúde do aluno de forma preventiva, acolhendo e atendendo as necessidades específicas de forma individual, surgindo assim a figura do educador-terapeuta. Profissional que necessita de capacitação para lidar com as diversidades e trabalhar o aprendizado musical como possibilidade de cuidado e desenvolvimento humano.

A autora a partir da experiência empírica, pesquisa bibliográfica e dos estudos aprofundados na especialização passa a ter uma nova visão sobre o educar musicalmente. Assim emergiu uma atitude mais cuidadosa, mais individualizada, interagindo de forma criativa e dinâmica com cada um dos seus alunos, levando em conta suas especificidades. Nesse sentido, o olhar musicoterapêutico traz uma visão do humano no seu aspecto criativo.

A criatividade está presente em todo ser humano, é preciso proporcionar oportunidades para seu desenvolvimento. Para Fonterrada (2008, p.133), “o corpo expressa a música, mas também se transforma em ouvido,

transmutando-se na própria música”. Desta forma, a criação advém dos movimentos corporais, associados ao ritmo e a melodia, colocando a música não como algo externo, mas pertencente ao ser.

Outros educadores musicais, além de Brito, Koellreutter e Fonterrada, citados anteriormente, como: Gainza, (2013); Orff, (1935); Schafer, (1997); Dalcroze, (1965); desenvolveram estudos sobre a importância da vivência musical, valorizando a experimentação, o improviso, a invenção, além da interpretação.

Esse improviso, essa experimentação no contexto educacional, podem proporcionar ao aluno a comunicação com seu *self* – eu interior – termo utilizado por Nordoff-Robbins na musicoterapia criativa.

Comunicando-se com seu *self*, o aluno manifesta a individualidade daquele *self*, que segundo Robbins (2013) é:

a vontade diretiva interior, sua capacidade para afirmar ou expressar a si mesmo ou comunicar seus potenciais à medida que eles se manifestam, e suas propensões inerentes. De modo que na resposta da criança, nós experimentamos junto com o *self*, o ser-dentro-do-*self*. E é no ser-dentro-do-*self* que vive o potencial de desenvolvimento criativo. (ROBBINS, 2013).

Para Robbins, toda criança ou nesse caso, aluno, tem dentro do *self*, sua *music child*, que responde as experiências musicais encontrando nela significado e atração, recordando a música e apreciando algumas formas de experiência musical.

Esta musicalidade individual é inata a toda criança, mesmo que exista uma deficiência, e reflete uma sensibilidade universal para a música e seus vários elementos.

Para que sua musicalidade atue, o aluno deve estar aberto a experimentar a si mesmo, aos outros e ao mundo ao redor dele e assim desenvolver suas capacidades receptivas, cognitivas e expressivas.

A musicalidade é inerente ao ser humano. Assim basta ao educador apresentar e estimular o verdadeiro aprendizado musical, para que desenvolva essa sensibilidade em relação ao universo sonoro da criança. Para que isso

ocorra é necessário que o educador perceba que ensinar música vai além das fronteiras das habilidades musicais.

A música não só organiza e disciplina, como também abre canais de comunicação. Segundo Benenzon (2011, p. 38) uma das funções da música e da musicoterapia é abrir canais de comunicação para que haja uma expressão corpóreo-sonoro-musical integrada entre terapeuta-paciente, assim como educador/terapeuta e aluno/paciente e vice-versa. Dessa forma, para o educador, há de se observar e interagir com o aluno inicialmente, a partir do repertório musical que ele traz. Essa música que está presente dentro do seu *self* constitui o que Benenzon (2011, P.67) denomina: Princípio de Identidade Sonora (ISO). Ele define esse conceito totalmente dinâmico como a existência de um som ou conjunto de sons ou de fenômenos acústicos e de movimentos internos, que caracterizam ou individualizam cada ser humano (BENZON, 1988, p. 34).

Para Benenzon (2011, p.67) o princípio de ISO se encontra em perpétuo movimento dentro do inconsciente do homem, estruturando-se com o transcorrer do tempo. É um elemento que possui potencializadas todas as forças das percepções passadas e presentes. Por isso, na terapia e na educação o verdadeiro ato de comunicação se estabelece quando se reconhecem e diferenciam o ISO do musicoterapeuta/educador e o ISO do aluno/paciente.

ISO é o conjunto de energias sonoras, acústicas e de movimento que pertencem a um indivíduo e o caracterizam. Este movimento constante está formado pelas energias sonoras herdadas através das estruturas genéticas, pelas vivências vibracionais, gravitacionais e sonoras durante a vida uterina e por todas as experiências analógicas (não verbais) desde o nascimento até a idade adulta. Isto acabaria por criar uma identidade corpórea-sonora-musical que caracterizará a esse indivíduo em particular e o diferenciará de todos os outros (BENZON 2011, p.67).

O educador deve estar sempre atento às mudanças que ocorrem nesse princípio de ISO e, assim, dialogar com seu aluno de forma significativa,

seja um aluno sem deficiência física, psíquica, mental ou com necessidades especiais.

Quando o aluno apresenta dificuldades no aspecto afetivo/emocional ou com necessidades especiais pode-se lançar mão também da musicoterapia criativa, proposta por Nordoff-Robbins, que propõe em sua abordagem o importante conceito de *condition child*, no qual está encapsulada a *music child*. Essa condição em que a criança/aluno se encontra está relacionada à personalidade desenvolvida de acordo com as experiências vividas em decorrência das dificuldades ou das deficiências apresentadas. Esse *self* é representado simbolicamente por uma forma desigual e irregular.

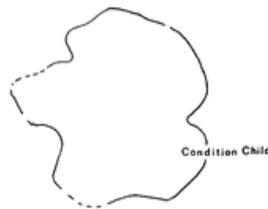


Figura 1: *Condition Child* (ROBBINS, 2013)

Pela experiência musical o aluno desenvolve um novo núcleo encoberto de um *self* que será nutrido, encorajado, desafiado, sustentado, questionado, nesse caso, pelo educador-terapeuta e começa a tomar uma individualidade além dos limites prévios de sua função, além da barreira do comportamento da *condition child*.



Figura 2: O Velho Self e Novo Self (ROBBINS, 2013)

Esse núcleo, após o crescimento dessa interatividade e inter-relação criança e educador-terapeuta se expande, criando assim um novo self e a

antiga *condition child* se torna o velho *self*. À medida que essa criança/aluno fortaleça essa nova condição, novas percepções substituirão as velhas reações e essa nova sensação do *self* a fará confiante para uma nova vida. Para que esse trabalho possa ser desenvolvido temos que ter clareza sobre o papel do educador musical com esse olhar terapêutico em sala de aula.

A autora tem como proposta desenvolver uma metodologia de ensino da educação musical a partir da identidade sonora do aluno. Assim, propõe inicialmente uma testificação musical a partir da exploração do instrumento a ser aprendido, assim como o levantamento das suas preferências musicais e do seu repertório, com a finalidade de desenhar um perfil mais próximo da sua identidade sonora, permitindo uma abordagem preventiva ou auxiliar no que tange aos aspectos relacionados à saúde do aluno.

Para tanto, procura acrescentar atividades que estimulem a percepção sonora do aluno relacionada ao seu contexto social, ou seja, partindo da percepção do seu universo sonoro, promovendo uma interação com os sons externos mediante o diálogo e a contextualização. Dessa forma, permite ao aluno o aprimoramento e o desenvolvimento de seus conhecimentos musicais, bem como de suas capacidades sensório-motoras, sensório-mentais e espirituais, tornando-se assim um ser não dissociado, mas em busca da plenitude.

Em entrevista à revista Nova Escola, almejando elucidar o objetivo educacional da música no currículo escolar, explica Gainza (2013):

Dar a todos os estudantes a oportunidade de compreender e expressar a linguagem musical e, ao mesmo tempo, fomentar o desenvolvimento da sensibilidade e da capacidade de articulação de crianças e jovens por meio da prática musical ativa. (GAINZA, 2013).

É importante salientar que as diferenças entre educação e terapia estão principalmente em sua finalidade

[...] na educação, adquirir conhecimento e habilidades é o objetivo primário, enquanto na terapia é apenas um meio de alcançar a saúde, [...] a educação, enfoca a aquisição de conhecimento e de habilidades

por seu próprio benefício, enquanto a terapia trabalha para abordar os déficits educacionais ou os problemas da aprendizagem que afetam diretamente a saúde e o bem estar da pessoa (BRUSCIA, 2000, p.184)

Sobretudo, os meios utilizados pelas duas áreas para atingir seu objetivo demonstram que há uma cooperação recíproca entre as áreas. O educador se utiliza de elementos da musicoterapia para auxiliar no processo de aprendizagem e o musicoterapeuta se utiliza de elementos da educação musical como coadjuvante no processo terapêutico.

Gainza (2013) levanta uma reflexão sobre o papel do educador e do musicoterapeuta:

a diferença fundamental que existe entre um educador e um musicoterapeuta é que ao último lhe interessa curar. Deveríamos perguntar primeiro: O que é curar? (Na realidade, deveríamos começar por definir a fundo estes termos...) e ao educador deveria lhe perguntar: O que lhe interessa ensinar? O que se faz quando um aluno manifesta dificuldades que lhe impedem aprender? (GAINZA, 2013).

O que ensinar? Como agir frente às dificuldades manifestadas pelo aluno? Nesse contexto, Passarini (2012, p.142) propôs o termo Educação Musical Terapêutica

Trata-se de uma prática onde o aprendizado musical e o processo terapêutico caminham juntos, no mesmo nível de importância, considerando que o desenvolvimento humano integral é o objetivo primário; onde técnicas da educação musical e da musicoterapia se complementam; onde relação terapeuta-paciente equipara-se à relação professor-aluno considerando que o sujeito aprende sentindo e sente aprendendo, ou seja, o aprendizado é norteado pelo afeto e vice-versa; onde cada sujeito é considerado em sua singularidade, independentemente de ter ou não algum tipo de deficiência. (PASSARINI, 2012, p.142)

Para ilustrar esse estudo reflexivo exposto acima, a autora apresenta situações vivenciadas com alguns alunos ao longo de sua trajetória como

educadora musical que a levaram a estes questionamentos e a busca de uma transformação na prática educacional.

L.F. iniciou o estudo de piano com 11 anos. Diagnosticado com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), desde o primeiro encontro com o instrumento mostrou-se muito interessado em explorar as possibilidades sonoras do piano. Em momentos de reflexão, análise, aprendizagem sobre determinadas melodias e também sobre teoria sua dificuldade em concentrar-se era notória. No entanto, quando executava a melodia no piano sua atenção era plena. Parece que a música primeiro se construía em sua mente, depois ele buscava as notas desejadas no instrumento. Suas composições sempre foram muito elaboradas para seu conhecimento teórico. Surpreendentemente isso se deve a sua criatividade, qualidade esta muitas vezes não percebida por pais e professores.

Em contrapartida, a leitura musical com seus sinais e símbolos não eram relevantes para ele. Aprender música significava interagir com os sons e não com símbolos no papel. Respeitar sua forma de comunicação com a música que aflorava dentro do seu *self* foi fundamental para que ele percebesse outras linguagens musicais e procurasse novas formas de comunicação.

Deste modo, ampliando seu conhecimento musical, L.F. modificou sua percepção em relação a si, ao outro e ao contexto social que se encontrava inserido, tornando-se mais confiante para enfrentar novos desafios.

A.N. estava com 6 anos quando a autora o conheceu. Aluno do 1º ano do ensino fundamental, não conseguia se relacionar com as outras crianças do seu grupo. No decorrer das aulas de musicalização discutia com os amigos e soltava gritos e urros intensos. As crianças ficavam assustadas e se afastavam dele.

Sua relação com as sonoridades trabalhadas em aula eram instáveis. Ora causavam-lhe sorrisos, ora caretas e reclamações. Em uma atividade proposta com uma canção de ninar italiana, A.N. ficou muito agitado e se negou a participar da proposta sugerida. Respeitando seu momento, após a

atividade foi chamado para conversar. Foi sugerido que ele desenha-se o que o afligia e ele concordou. Em seu desenho sua mãe aparecia distante e pequena com seu irmão no colo e ele estava com uma expressão triste rodeado de crianças.

Em outra aula A.N. pediu papel e lápis e perguntou se podia desenhar enquanto ouvia outra canção, agora em hebraico, pois fazia parte do programa de música de outros países. Dessa vez ele ilustrou sua antiga casa com seus pais e antigos amigos, vizinhos que hoje estão longe. Seu descontrole em aula havia amenizado, mas em outros momentos na escola continuava muito agressivo. Seus desenhos e seu comportamento foram relatados a coordenadora.

Após reunir a equipe de educadores que atuavam com A.N., seus pais foram chamados e aconselhados a procurarem um apoio terapêutico para ele e a família. Infelizmente, após essa fala seus pais pediram sua transferência da escola.

Este fato mostra a responsabilidade que o educador e a instituição escolar têm em relação ao aluno e como a fala deve ser cuidadosa ao encaminhar para um acompanhamento terapêutico. A interpretação dos fatos não cabe ao educador ou a instituição, os relatos devem ser descritivos e a procura por auxílio deve partir da família.

Para finalizar, a autora fará uma explanação sobre uma atividade desenvolvida com crianças de 5 a 7 anos nas aulas de musicalização infantil.

A proposta era criar uma história sonorizada, onde os personagens seriam representados por instrumentos específicos selecionados previamente. Após a escolha do tema as crianças começaram a compor a história: “Era uma vez uma lagosta que vivia no mar....”

Cada criança expôs sua ideia que era discutida e adotada ou não pelo grupo que organizadamente selecionava os acontecimentos e sua disposição. Posteriormente foram escolhidos os instrumentos que representariam cada personagem e acontecimentos sonoros. Para finalizar, os alunos decidiram improvisar uma melodia feita por todos os instrumentos da história. Depois de

experimentar possibilidades sonoras e interpretar algumas vezes a história, o grupo decidiu registrar a atividade e ilustrar os personagens.

O objetivo dessa proposta era permitir que cada criança contribuísse com sua musicalidade natural, explorando, criando, experimentando e ampliando seu universo sonoro e assim se apropriando dos conceitos musicais envolvidos, de forma vivencial, aprendendo-sentindo e sentindo-aprendendo, considerando a singularidade de cada aluno e valorizando sua identidade sonora.

As atividades descritas acima (autorizadas pela instituição responsável onde as aulas foram ministradas) mostram a preocupação com o desenvolvimento integral dos alunos em relação às sonoridades e à música. Mesmo buscando esse olhar cuidadoso como educadora musical é importante salientar que, somente, após essa especialização algumas percepções intuitivas tornaram-se claras e fundamentadas. Dessa forma, tornou-se possível a adoção de estratégias conscientes orientadas pelo olhar terapêutico.

### **Considerações finais**

A partir da formação como especialista em musicoterapia a autora pôde constatar a reafirmação da importância de se levar em conta a musicalidade inerente ao humano, suas preferências sonoro-musicais e seu repertório para um aprendizado mais efetivo.

Por conseguinte, a especialidade em pauta trouxe o embasamento teórico-prático almejado para que fosse possível observar as transformações e o desenvolvimento dos alunos por meio da música e das experiências sonoras em sala de aula.

Sendo assim, a formação como especialista em musicoterapia permite criar uma nova metodologia de trabalho como educador-terapeuta trazendo um olhar mais cuidadoso para o aluno, propondo um trabalho preventivo, não confundindo seu papel com o do musicoterapeuta, pois não cabe ao educador

tratar ou diagnosticar. Entretanto, um professor com um olhar ampliado e uma compreensão sobre o aprendizado musical irá partir da identidade sonora do aluno, tornando-o mais significativo.

Quanto ao desenvolvimento humano integral, este reflete o objetivo primário, fazendo com que o foco da Educação Musical tenha uma abordagem terapêutica e assim se possa trabalhar com a singularidade do aluno, utilizando conceitos e técnicas de Nordoff-Robbins, Benenzon, Bruscia, entre outros.

Por fim, a comunicação com o mundo sonoro do aluno a partir do vínculo estabelecido entre aluno/paciente e educador/terapeuta permite uma proposta de desenvolvimento dos conceitos musicais e do aprendizado instrumental propriamente dito, de forma lúdica e eficiente, pois a musicalidade natural da criança é ativada e se expressa de acordo com todo o potencial existente.

## Referências

BENENZON, R. **Teoria da Musicoterapia: Contribuição ao conhecimento não verbal**. São Paulo: Summus editorial, 1988.

BENENZON, R. O. **Musicoterapia – De la teoría a la práctica**. Buenos Aires: Paidós, 2011.

BRITO, T. A. **A música na educação infantil: proposta para formação integral da criança**. São Paulo: Peirópolis, 2003.

BRITO T. A. **Cenas Musicais I a música do sombra**. Disponível em: [http://www.atravez.org.br/ceem\\_1/sombra.htm](http://www.atravez.org.br/ceem_1/sombra.htm). Acesso em: 31 maio 2013.

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

DALCROZE É. J. **Le Rythme, la Musique et L'Éducation**. Lausanne: Editions Foetisch, 1965.

FERREIRO, E. A estudiosa que revolucionou a alfabetização - **Revista Nova Escola**. Disponível em: <http://revistaescola.abril.com.br/lingua->

portuguesa/alfabetizacao-inicial/estudiosa-revolucionou-alfabetizacao-423543.shtml Acesso em: 20 de agosto 2013.

FONTEERRADA M. T. O. **De tramas e fios – um ensaio sobre música e educação.** São Paulo: Unesp, 2008.

GAINZA V. H. **Construyendo con Sonidos - Conciencia y creatividad en la educación musical.** Argentina: Lumen, 2013.

GAINZA, V. H. Entrevista com especialista argentina Violeta Hemsy de Gainza sobre a importância da formação específica dos professores de música em Educação. **Revista Nova Escola.** Disponível em: <http://revistaescola.abril.com.br/arte/pratica-pedagogica/violeta-hemsy-gainza-fala-educacao-musical-627226.shtml?page=1> Acesso em: 30 de maio 2013.

KOELLREUTTER, H.-J. “Sobre o valor e o desvalor da obra musical.” In: **Educação Musical: Cadernos de estudo, nº6**, organização de Carlos Kater. Belo Horizonte: Atravez/EMUFMG/FEA/FAPEMIG, 1997, pp. 69-78.

ORFF, C. **Método Orff-Schulwerk.** Alemanha: Schott Music, 1935.

PASSARINI, L.; AOKI T.; PREARO P.; ANDRADE A. Anais – XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia: **A educação musical no desenvolvimento da criança: trilhas da musicoterapia preventiva.** 2012.

ROBBINS, C. e ROBBINS, C. **Auto-Comunicação em Musicoterapia Criativa:** In Case Studies in Music Therapy. Tradução: Gregório Pereira de Queiroz. Material disponibilizado em aula pela professora Ana Maria Caramujo (2013).

SHAFFER R. M. **A afinação do mundo.** São Paulo: Unesp, 1997.

Recebido em: 12/09/2013

Aprovado em: 05/11/2013

MUSICOTERAPIA

## A INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE INFLUENCE OF MUSIC THERAPY IN THE TREATMENT OF CHILDREN  
WITH CEREBRAL PALSY - AN EXPERIENCE REPORT

*Douglas Nogueira Santos<sup>10</sup>, Hérica Correa Leonel de Pontes<sup>11</sup>, Juliana  
Rodrigues Soares<sup>12</sup>, Adriana Leite Martins<sup>13</sup>*

57

**Resumo** - A Paralisia Cerebral é uma patologia que acomete milhares de indivíduos no mundo inteiro e diversas formas de tratamento são estudados visando o melhor desenvolvimento dessas crianças. A Musicoterapia surge como uma dessas modalidades de tratamento, pois se trata de uma forma de expressão que desperta interesse nas crianças agindo no Sistema Nervoso Central trazendo benefícios sistêmicos, diminuindo a ansiedade, a dor e melhorando sua interação com o fisioterapeuta. Este estudo refere-se a um relato de experiência clínica após tratamento fisioterapêutico desenvolvido pelos alunos do último ano do curso de Graduação em Fisioterapia das Faculdades Integradas do Vale do Ribeira associado à musicoterapia, realizado em duas crianças portadoras de paralisia cerebral após 13 sessões. Os ritmos e as classes musicais utilizadas como recurso auxiliar foram selecionados pelo fisioterapeuta docente e supervisor. Pode-se observar neste estudo que a musicoterapia facilitou a interação e participação das crianças ao tratamento facilitando a reabilitação neurológica.

**Palavras-chave:** musicoterapia, paralisia cerebral, reabilitação

**Abstract** - Cerebral palsy is a condition that affects thousands of individuals worldwide and various forms of treatment are studied aiming the best development of these children. Music therapy emerges as one of these treatment modalities, because it is a form of expression that arouses interest in children acting in the central nervous system bringing systemic benefits, reducing anxiety, pain and improving their interaction with the physiotherapist. This study refers to a report of clinical experience after physical therapy,

<sup>10</sup> Discente em Fisioterapia pela Faculdades Integradas do Vale do Ribeira (FIVR) – Registro/SP. e-mail: [douglasnogsan@hotmail.com](mailto:douglasnogsan@hotmail.com), <http://lattes.cnpq.br/3493469835055239>

<sup>11</sup> Discente em Fisioterapia pela Faculdades Integradas do Vale do Ribeira (FIVR) – Registro/SP. e-mail: [hericafisioterapia@hotmail.com](mailto:hericafisioterapia@hotmail.com),

<sup>12</sup> Discente em Fisioterapia pela Faculdades Integradas do Vale do Ribeira (FIVR) – Registro/SP. e-mail: [julianarodriguessoares@hotmail.com](mailto:julianarodriguessoares@hotmail.com)

<sup>13</sup> Orientadora e Professora do curso de Fisioterapia na Faculdades Integradas do Vale do Ribeira (FIVR) Registro/SP. e-mail: [drlica.fisio@hotmail.com](mailto:drlica.fisio@hotmail.com)  
<http://lattes.cnpq.br/8413996964233270>

developed by students of the final year of Undergraduate Physiotherapy Integrated Colleges Ribeira Valley associated with music therapy, performed in two children with cerebral palsy after 13 sessions. The rhythms and musical classes used as an aid were selected by the physiotherapist and teacher supervisor. It can be observed in this study that music therapy facilitated interaction and participation of children to treatment facilitating neurological rehabilitation.

**Keywords:** music therapy, cerebral palsy, rehabilitation

---

## Introdução

As doenças neurológicas são as principais causas tanto de incapacidades físicas quanto de cognitivas no mundo. São vários os graus de comprometimento que vão de uma incapacidade de mover-se a déficits intelectuais severos. Dentre esses problemas as que mais acometem crianças são as paralisias cerebrais que englobam um conjunto de patologias não especificadas ou de difícil diagnóstico. Em geral todas apresentarão déficits cognitivos que influenciarão na velocidade com que essa criança irá alcançar o desenvolvimento neuropsicomotor (MARANHÃO, 2005).

A musicoterapia parte da utilização de diversos sons e músicas como ferramentas de intervenção reeducativas e terapêuticas. A música incide no ser humano tanto em seus processos fisiológicos como psicológicos, já que não é possível encontrar a linha divisória entre ambas que estão estreitamente inter-relacionadas (PRIETO, 1999, p.141). Desta maneira a utilização da musicoterapia no tratamento de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor objetiva facilitar o aprendizado e desenvolvimento através da interação com a música.

Diante do contexto, o presente estudo tem como objetivo demonstrar a influência da musicoterapia na reabilitação neurológica pediátrica, bem como, demonstrar os efeitos da música sobre a criança com alguma deficiência, através de observações provenientes do atendimento em pacientes com

paralisia cerebral em estágio curricular obrigatório em Fisioterapia Pediátrica do curso de Graduação em Fisioterapia das Faculdades Integradas do Vale do Ribeira – FVR – UNISEPE em que foi utilizado à música no tratamento fisioterapêutico.

## Desenvolvimento

Para Maranhão (2005), a Paralisia Cerebral (PC) é uma doença não progressiva que compromete os movimentos e a postura. Apresenta múltiplas etiologias, que resultam em lesão do Sistema Nervoso Central (SNC). Elas ocorrem em estágios iniciais do desenvolvimento do encéfalo, levando a um comprometimento motor da criança. O quadro clínico varia amplamente desde uma leve monoplegia com capacidade intelectual normal até espasticidade intensa de todo o corpo associada a retardo mental.

Crianças com PC, muitas vezes, podem desenvolver fraqueza muscular, dificuldades no controle entre as musculaturas agonista e antagonista, restrição da amplitude de movimento, alterações de tônus e de sensibilidade, que podem limitar a participação das mesmas em diferentes ambientes, incluindo domiciliar e escolar. Existem diversos elementos que limitam a aquisição motora na criança com paralisia cerebral, todos estes podem atuar em conjunto determinando esta limitação. Incluem aqui elementos como a motivação do paciente, a influência dos familiares, além da área e extensão da lesão. (MELLO, 2012).

A neuroplasticidade é capacidade que o sistema nervoso tem de se organizar frente a algum acontecimento novo criando através da repetição o aprendizado de uma nova tarefa. Um paciente com bom nível cognitivo poderá realizar uma determinada tarefa com maior facilidade que um paciente com um nível cognitivo baixo. Segundo Oliveira *et al* (2000), o nível cognitivo do paciente neurológico é importante no processo terapêutico e este pode ou não estar afetado pela lesão. Certamente, os indivíduos com menor déficit cognitivo, respondem de maneira mais adequada à terapia, por manterem sua

esfera de funcionamento intelectual preservada. A cognição também pode ser usada como técnica terapêutica. Por exemplo, a prática mental de uma habilidade física tem sido utilizada para facilitar o desempenho de uma rotina já aprendida e para a aquisição de uma habilidade motora.

Com isso um déficit cognitivo poderá ser determinante para o desenvolvimento físico do paciente com paralisia cerebral, que a partir de seu entendimento poderá tentar realizar as tarefas e exercícios determinados pelo fisioterapeuta. Para Maranhão (2005), o retardo mental está presente em aproximadamente dois terços dos pacientes com PC podendo em outros ocorrer deficiência de aprendizado. Alterações de atenção são especialmente comuns em crianças sem retardo mental, enquanto algumas com deficiência intelectual, ocasionalmente, sofrem alterações do comportamento. Quanto maior for a capacidade de entendimento do paciente, maior poderá ser seu desenvolvimento.

A fisioterapia tem como objetivo a inibição da atividade reflexa anormal para normalizar o tônus muscular e facilitar o movimento normal, com isso haverá uma melhora da força, da flexibilidade, da amplitude de movimento, dos padrões de movimento e, em geral, das capacidades motoras básicas para a mobilidade funcional. As metas de um programa de reabilitação são reduzir a incapacidade e otimizar a função, assim a fisioterapia constitui uma modalidade de tratamento indispensável na recuperação de pacientes com Paralisia Cerebral. (LEITE, 2004).

A musicoterapia utiliza a música e/ou seus elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) produzidos pelo musicoterapeuta, em um processo estruturado com o intuito de facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e a organização (física, emocional, mental, social e cognitiva). Desse modo, é possível desenvolver potencialidades e/ ou recuperar funções do indivíduo de forma que ele alcance melhor integração interpessoal e, conseqüentemente, conquiste melhor qualidade de vida. Pode, ainda, ser definida como a utilização da música de forma científica com objetivos terapêuticos voltados para a

prevenção e/ou a restauração da saúde física, mental e emocional (BRADSHAWET, 2012).

Segundo Hatem *et al* (2006), a ação da música na função autonômica causa uma estimulação da pituitária, resultando na liberação de endorfina (opióide natural), diminuindo a dor e levando os pacientes que recebem musicoterapia reduzirem potencialmente a necessidade de analgésicos. Parece ocorrer também uma diminuição da liberação de catecolaminas, o que poderia explicar a redução na frequência cardíaca (FC) e na pressão arterial (PA). Outro fenômeno bastante importante nesta retomada da ação musical na saúde é a ansiedade. Ela ocorre de 70 a 87% de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI) ou submetidos a qualquer tipo de tratamento constante e é comumente associada com agentes estressantes, como o estado de doença e a hospitalização, além de ser aumentada significativamente se relacionada ao próprio indivíduo e no que concerne aos agravos do coração. Assim, sabe-se que a musicoterapia alivia além da dor de causa física, a dor de causa emocional agindo em parâmetros hemodinâmicos, como FC, PA, temperatura, que facilitam o relaxamento do paciente com regularização do ritmo respiratório, relaxamento muscular e melhora do sono.

Ainda sim, a música traz efeitos favoráveis em diferentes situações clínicas, influenciando variações fisiológicas e variações dos parâmetros bioquímicos, assim como, alterações na saúde emocional e sensibilidade à dor (ZANINI, 2009). Em seu estudo com pacientes com danos cerebrais, Rojas (2011), relata que o processamento da música é modular. Ao escutar uma canção se gera um “input acústico” (entrada acústica), que corresponde as aferências rítmicas, tonais, líricas, etc., próprias de uma canção. Este “input acústico” ingressa em nosso cérebro por via sensorial, para ser processado por um módulo geral de análise musical. Os principais elementos desta análise se realizam mediante módulos específicos.

Alguns estudos realizados mediante tomografia e ressonância magnética cerebral funcional evidenciam que múltiplas regiões subcorticais incluindo o núcleo accumbens, a área tegmental ventral (ATV) e o hipotálamo se ativam ao

escutar passivamente música. Outras regiões corticais envolvidas no processamento emocional musical são o córtex orbitofrontal, o córtex cingular anterior e a ínsula. De grande importância para a compreensão do efeito ansiolítico da musicoterapia são as vias mesolímbicas dopaminérgicas, que nascem na ATV e se projetam até o núcleo accumbens. A liberação de dopamina neste nível gera respostas de reforço positivo e recompensa, tal e como foi evidenciado na fisiopatologia das condutas aditivas e do consumo de substâncias psicoativas. A estimulação do núcleo accumbens também gera respostas hedônicas, mediadas por opióides endógenos, agindo no controle da dor. De modo geral, a música age diretamente sobre o SNC beneficiando o organismo de forma geral, trazendo benefícios fisiológicos sistêmicos e emocionais.

### **Relato de experiência**

Foram registradas neste estudo as observações feitas durante o estágio curricular supervisionado na área de Neurologia Pediátrica realizados por acadêmicos do último período do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas do Vale do Ribeira – FVR – UNISEPE, situada no Município de Registro/SP nos moldes estabelecidos pelo convênio firmado entre a mesma e a Associação de Pais e Amigos de Excepcionais - APAE do Município de Sete Barras/SP. O estágio curricular supervisionado é uma atividade que permite a aplicação dos conhecimentos teóricos por meio da vivência em situações reais do exercício da profissão, tendo uma complementação do ensino e da aprendizagem. O estágio fornece a oportunidade necessária para que se adquira a segurança para atender o paciente de maneira adequada, aprendendo a cada dia a se portar com ética e profissionalismo, a ter discernimento diante de situações que não eram esperadas, e se tornar um profissional apto para atender pacientes neurológicos.

O estágio em Fisioterapia Pediátrica consiste na avaliação e no tratamento específico de pacientes pediátricos portadores de doenças e disfunções neurológicas visando uma melhora do seu quadro clínico e qualidade de vida de acordo com suas necessidades. Os atendimentos foram realizados nos períodos de 06 de março a 26 de abril de 2012, às terças e quintas-feiras das 8:00hs às 12:00hs sob supervisão docente. Cada sessão tinha duração média de uma hora e foram realizadas duas vezes por semana, totalizando ao final do tratamento 13 sessões em cada paciente.

As observações dos efeitos da musicoterapia foram realizadas em duas crianças atendidas nesse serviço. As duas com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral (PC). G. G. F., 7 anos, com diagnóstico fisioterapêutico de diparesia espástica e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com as seguintes características clínicas: alteração de tônus sendo classificado como coreoatetose, presença reflexo patológico RTL (reflexo tônico labiríntico), reflexos primitivos como Reação Positiva de Suporte e Reação de Marcha Automática, encurtamento muscular de flexores de cotovelo, tríceps sural e isquiotibiais bilateralmente, escoliose em C (tóraco-lombar) com concavidade à direita, controle de tronco parcial, dificuldade nos movimentos de pinça e coordenação motora fina. Pelas características clínicas essa criança apresenta idade motora de aproximadamente sete meses. Além do paciente T. C. G., 8 anos, com diagnóstico fisioterapêutico de tetraparesia e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor apresenta características clínicas como: alteração de tônus sendo classificado como coreoatetose, apresentando o reflexo patológico RTCS (reflexo tônico cervical simétrico), reflexos primitivos em idade inapropriada como RTCA (reflexo tônico cervical assimétrico), encurtamento de tríceps sural, extensores de punho, abdutores de ombro e flexores de ombro bilateralmente. Escoliose em S (tóraco-lombar) com gibosidade à direita, subluxação de cotovelo bilateralmente, hipotrofia e déficit de força muscular generalizada, controle parcial de cabeça e nenhum controle de tronco. As reações de proteção com os membros superiores, de equilíbrio e

endireitamento estão ausentes. Pelas características clínicas essa criança possui idade motora de aproximadamente três meses.

O tratamento fisioterapêutico proposto envolveu alongamentos e mobilizações articulares para minimizar encurtamentos e prevenir deformidades, adequação de tônus muscular, exercícios ativos para melhorar força muscular e controle motor, treino de equilíbrio e das reações de proteção e endireitamento, exercícios de correção postural e posicionamento para minimizar o grau de escoliose e estimulação das fases do desenvolvimento motor normal. Nas duas primeiras sessões não foi utilizado nenhum recurso lúdico musical. Observou que T. C. G., não respondia aos estímulos apresentando apenas choros durante a sessão. G. G. F., era mais ativo, mas não colaborava com a terapia e chamava pelo pai durante o atendimento. Após a 3ª sessão durante os atendimentos foi implantado o recurso da musicoterapia. Inicialmente foram oferecidas músicas de diversos ritmos e classes musicais e foi observado dentre essas, quais eram as preferidas de cada criança. Essa preferência foi observada através das respostas motoras corporais e faciais que ficavam mais evidentes durante a música que elas mais gostavam. A partir disso, em todas as sessões foi utilizado o recurso da musicoterapia durante os atendimentos. Apesar do uso da música como um recurso auxiliar no processo de reabilitação, a elaboração do tratamento, bem como a seleção dos ritmos e classes musicais foi realizada apenas pelo fisioterapeuta docente e supervisor de estágio e não contamos com as orientações de um profissional Musicoterapeuta em função da instituição onde foi desenvolvida esta atividade, não possuir este profissional em sua equipe.

Com a utilização da música através do uso de um aparelho de som foi possível estimular as crianças a atingirem alguns objetivos propostos no tratamento como retificação cervical, controle de tronco, lateralização da cabeça, preensão palmar, buscar objeto com olhos e com as mãos, entre outros. Através da música foram inseridas propostas de exercícios que contemplavam os objetivos terapêuticos. G. G. F., passou a se comportar melhor e colaborar com o tratamento, obedecendo nossos comandos e

interagindo mais. T. C. G., ficou mais calma durante a sessão, diminuindo choro e algumas vezes mais atenta a terapia, percebemos que diversas vezes a mesma procurava o som do aparelho com os olhos.

Ao final do tratamento proposto os responsáveis legais pelas crianças atendidas assinaram uma autorização para a divulgação dos resultados deste relato de experiência.

## Resultados e discussão

Os resultados deste relato de experiência demonstraram que a musicoterapia realmente interfere na reabilitação pediátrica, assim como descrito por Cortê *et al* (2008), a música pode ter efeitos benéficos nos mais variados casos patológicos. A música se apresenta como uma importante ferramenta no que diz respeito ao tratamento da dor, assim como foi observado com um dos nossos pacientes em que houve uma grande diminuição no choro durante a execução dos exercícios de alongamento muscular, em concordância Hatem e Mattos (2006) relatam em seus estudos, que a musicoterapia promove uma diminuição da percepção da dor. O outro paciente se mostrava agitado e pouco colaborativo até a implementação da música. Para Zanini *et al* (2008), a música age num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização, razões que poderiam explicar a mudança de comportamento dessa criança.

Nesse relato de experiência observou-se que com o uso da música as crianças se tornaram mais tranquilas o que é explicado por Rojas (2011), que relata que a música é uma ferramenta útil para reduzir a resposta fisiológica ao stress e aos níveis de ansiedade. Observou-se também a melhora da comunicação de um dos pacientes que se limitava a pronunciar poucas palavras e que após o recurso da musicoterapia começou a cantar trechos da música, resultados concomitantes ao descrito no estudo de Perez e Remón (2011), que observou que com a musicoterapia os sujeitos da sua pesquisa começaram a apresentar um vocabulário mais amplo, menos dificuldade para a

pronúncia de fonemas, melhor integração das palavras para formar orações e expressar desejos.

Ainda, para Rojas (2011), há evidências atuais que nos permitem compreender que a música gera mudanças genéticas, bioquímicas, estruturais e funcionais a escala cerebral, que se transmitem ao resto do corpo ao modificar variáveis fisiológicas como a frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial. Segundo Borella e Sacchelli (2008), a plasticidade cerebral que é o aprendizado de determinada atividade ou somente a prática da mesma, desde que não seja simples repetição de movimentos, induz mudanças plásticas e dinâmicas do Sistema Nervoso Central (SNC). Isto porque o treinamento motor pode promover neurogênese, sinaptogênese, angiogênese, modulação pré e pós-sináptica entre outros, e todos esses podem contribuir para resultados positivos na recuperação em resposta a esse treinamento, tais alterações beneficiam a plasticidade cerebral e potencializam as chances de recuperação dessas crianças.

Para Perez e Remón (2011), a música tem um efeito positivo sobre o sistema nervoso, ao ativar as vias neurológicas que resultam em uma melhora da capacidade intelectual e a aprendizagem melhorando também a aquisição de conhecimentos, habilidades e capacidades de forma mais amena, em concordância com este estudo, nossos resultados demonstraram que as crianças participaram mais ativamente do tratamento e alcançaram com mais facilidade os objetivos terapêuticos propostos demonstrando uma melhora nos itens abordados acima.

### **Considerações finais**

Os achados deste relato de experiência demonstram que a música exerce efeitos favoráveis sobre a reabilitação neurológica em crianças com paralisia cerebral. Foram encontrados efeitos diversos da música sobre o SNC tais como, a diminuição da ansiedade, melhora do relacionamento

fisioterapeuta-paciente, maior interação do paciente ao tratamento, melhora na conquista dos objetivos terapêuticos, melhora na aprendizagem de tarefas e na fala do paciente. Todos esses resultados se mostram favoráveis ao uso da música como modalidade de tratamento sendo uma atividade de baixo custo e de fácil manuseio que acaba por trazer uma diversidade de benefícios físicos e fisiológicos para os pacientes com paralisia cerebral. No entanto, novas pesquisas se tornam necessárias para aumentar a confiabilidade do estudo e adquirir mais conhecimentos relacionados à área.

## REFERÊNCIAS

BORELLA, M.P.; SACCHELLI, T.; **Os Efeitos da Prática de Atividades Motoras Sobre a Neuroplasticidade.** Revista de Neurociências. São Paulo-SP, 2009.

BRADSHAW, D.H.; DONALDSON, G.W.; JACOBSON, R.C.; NAKAMURA, Y.; CHAPMAN, C.R. **Individual Differences in the Effects of Music Engagement on Responses to Painful Stimulation.** The Journal of the Pain. Salt Lake City, 2012.

CORTÊ, B.; NETO, P. **L.A Musicoterapia na Doença de Parkinson.** Cienc.Saúde colet. São Paulo, 2008.

HATEM, T.P.; LIRA, P.I.C.; MATTOS, S.S.; **Efeito Terapêutico da Música em Crianças em Pós Operatório de Cirurgia Cardíaca.** Jornal de Pediatria. Porto Alegre-RS, 2006.

LEITE, J.M.R.S.; PRADO, G.F.; **Paralisia Cerebral Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos** 2004.

LEVI-MONTALCINI, R. **Neurological Disorders: Public Health Challenges.** Chapter 2. Geneva: World Health Organization, 2006.

MANSUR, S.S.; NETO, F.R. **Desenvolvimento Neuropsicomotor de Lactentes Desnutridos.** Revista Brasileira de Fisioterapia. São Carlos-SP, 2006.

MARANHÃO, M.V.M.; **Anestesia e Paralisia Cerebral.** Artigo de Revisão Revista Brasileira de Anestesiologia. Campinas – SP, 2005.

MELLO, R.; ICHISATO, S.M.T.; MARCON, S.S.; **Percepção da Família Quanto à Doença e ao Cuidado Fisioterapêutico de Pessoas com Paralisia Cerebral.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília – DF, 2012.

OLIVEIRA, C. E. N. de; SALINA, M. E.; ANNUNCIATO, N. F. **Fatores Ambientais que Influenciam a Plasticidade do SNC.** 8 f. Artigo de Revisão Universidade do Grande ABC. Santo André-SP, 2000.

PÉREZ, E. P.; REMÓN, Y. P.; **Musicoterapia Aplicada a Niños com Síndrome de Down.** Revista Cubana de Pediatría. Ciudad de La Habana, 2011.

PRIETO, A. **Niños y Niñas con Parálisis Cerebral.** Madrid: Narcea S.A, 1999.

ROJAS, J. M. O.; **Efecto Ansiolítico de La Musicoterapia: Aspectos Neurobiológicos y Cognoscitivos del Procesamiento Musical.** Revista Colombiana de Psiquiatria. Bogotá, 2011.

ROTTA, N.T. **Paralisia Cerebral, Novas Perspectivas Terapêuticas.** Jornal de Pediatría 2002

ZANINI, C.R.O.; JARDIM, P. C. B. V.; SALGADO, C. M.; NUNES, M. C.; URZÊDA, F. L.; CARVALHO, M. V. C.; PEREIRA, D. A.; JARDIM, T. S. V.; SOUZA, W. K. S. B.; **O Efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida e na Pressão Arterial do Paciente Hipertenso.** Revista Brasileira de Cardiologia. São Paulo, 2009.

Recebido em: 14/09/2013  
Aprovado em: 05/11/2013

MUSICOTERAPIA

## A MÚSICA COMO AGENTE FACILITADOR NO PROCESSO DA REABILITAÇÃO AUDITIVA: TRANSDISCIPLINARIDADE ENTRE MUSICOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

MUSIC AS FACILITATOR AGENT OF THE REHABILITATION PROCESS HEARING:  
TRANSDISCIPLINARITY BETWEEN MUSIC THERAPY AND SPEECH THERAPY

*Gláucia Tomaz Marques Pereira<sup>14</sup>, Larissa Aparecida Teixeira Chaves<sup>15</sup>*

69

**Resumo** - O presente trabalho foi desenvolvido no Centro de Reabilitação e Atenção à Saúde Auditiva da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Anápolis, Goiás. Foram selecionadas seis crianças com deficiência auditiva para participar do atendimento em grupo de Musicoterapia e Fonoaudiologia – atuação transdisciplinar – com objetivo de desenvolver as habilidades auditivas. No processo de fazer e produzir música na Musicoterapia e dentro do padrão de estímulos fonoaudiológicos, observou-se que os grupos têm alcançado, além da aquisição das habilidades auditivas, maior interação social, melhora na vocalização, maior precisão na tentativa de articulação, melhora na atenção auditiva e aumento da motivação para participar da terapia.

**Palavras-Chave:** música, musicoterapia, deficiência auditiva, fonoaudiologia

**Abstract** - This work was developed at the Center for Rehabilitation and Hearing Health Care of the Association of Parents and Friends of Exceptional of the Anapolis, Goiás. We selected six children with hearing disabilities to participate in group care Music Therapy and Speech Therapy-transdisciplinary action-aiming to develop auditory skills. In the process of making and producing music in Music Therapy and standard stimuli within the Speech Therapy, we found that the groups have reached beyond the acquisition of auditory skills, greater social interaction, improved vocalization and attempt to articulate with greater precision, improved in auditory attention and increased motivation to participate in therapy.

**Keywords:** music, music therapy, hearing impairment, speech therapy

<sup>14</sup> Especialista em Artes pelas Faculdades Integradas de Jacarepaguá, bacharel em Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás. Musicoterapeuta da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Anápolis, Goiás, atuando nas áreas da Neurologia, Educação Especial, Deficiência Auditiva e Deficiência Intelectual. Email: gltomazmt@hotmail.com

<sup>15</sup> Bacharel em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Fonoaudióloga da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Anápolis, Goiás e do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, ambos na área da Reabilitação Auditiva. Email: lariatchaves@hotmail.com

## Introdução

O CRASA<sup>16</sup> é uma unidade credenciada pelo Ministério da Saúde, com objetivo de oferecer à população com deficiência auditiva todo o atendimento especializado para que o paciente alcance uma melhor qualidade de vida.

Os Serviços em Saúde Auditiva, habilitados pelo Ministério da Saúde para o tratamento e reabilitação de pessoas com deficiência auditiva, devem garantir o melhor uso possível de seu resíduo auditivo. Para tanto, esses serviços devem oferecer um processo de reabilitação que garanta desde a seleção e adaptação do tipo e características tecnológicas do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) adequados, o acompanhamento e monitoramento audiológico da perda auditiva e da amplificação, até a terapia fonoaudiológica para o desenvolvimento das habilidades auditivas e linguagem do usuário. A unidade presta ainda atendimento especializado por intermédio de equipe interdisciplinar, nas áreas de estimulação e reabilitação a pessoas com deficiência intelectual e/ou física aproveitando suas potencialidades e promovendo sua integração à vida comunitária.

O setor de Reabilitação Auditiva atende crianças e adolescentes, que apresentem dificuldades de comunicação decorrentes da perda auditiva, usuários de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI) ou Implantes Cocleares (IC), com objetivo de aperfeiçoar a máxima utilização de seus resíduos auditivos e estimular o desenvolvimento da linguagem oral.

A reabilitação/habilitação prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. As estratégias de ações são planejadas e estabelecidas a partir das necessidades particulares de cada indivíduo, de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade.

Neste sentido, a troca de experiências e de conhecimentos de várias áreas é de fundamental importância para a qualificação das práticas clínicas e

---

<sup>16</sup>Centro de Reabilitação e Atenção à Saúde Auditiva da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Anápolis, Goiás.

para escolha de aspectos primordiais a serem trabalhados em cada fase da reabilitação.

Portanto, observando a necessidade de um trabalho que proporcionasse ferramentas importantes para a percepção do som, atenção, integração, socialização e apoio no desenvolvimento da linguagem foi iniciado, em fevereiro de 2013, um trabalho de Fonoaudiologia e Musicoterapia, no modelo de atuação transdisciplinar, para grupo de crianças com deficiência auditiva. No trabalho transdisciplinar, “os diferentes profissionais, após o estabelecimento de objetivos comuns e investigações sobre o modo de atuação de cada um, trabalham juntos numa mesma sessão com o paciente” (VON BARANOW, 1999, p. 52).

### Os grupos

A fonoaudióloga do setor de Reabilitação Auditiva selecionou as crianças que apresentavam um menor empenho na participação das atividades da terapia fonoaudiológica individual<sup>17</sup> e maior dificuldade no desenvolvimento de suas habilidades auditivas. Após a seleção dos participantes, musicoterapeuta e fonoaudióloga traçaram o plano de atuação, considerando a necessidade de cada criança, separando-as em dois grupos.

O primeiro grupo foi composto por pacientes deficientes auditivos sensorio-neurais de grau profundo bilaterais usuários de implante coclear, composto por dois meninos e uma menina na faixa etária entre cinco e sete anos de idade cronológica e entre sete meses a cerca de um ano e meio de idade auditiva cerebral com uso do IC. Vale ressaltar que antes de usarem IC, esses pacientes já eram usuários de AASI.

O segundo grupo foi formado por duas meninas e um menino também com perda auditiva sensorio-neural de grau profundo bilateral, entre cinco e

---

<sup>17</sup>É importante salientar que os pacientes inseridos nas atividades de grupo da Musicoterapia participavam do atendimento individual de Fonoaudiologia.

dez anos de idade cronológica e entre um ano e seis meses a três anos de idade cerebral auditiva, fazendo uso apenas de AASI's.

Os atendimentos foram estruturados e aconteceram em dias distintos, durante trinta minutos na sala de Musicoterapia. Nas sessões foram trabalhadas as habilidades auditivas a partir das experiências musicoterápicas da re-criação, audição e improvisação musical. As terapeutas – conforme a competência de cada área de atuação – utilizaram recursos visuais e instrumentos sonoros. O plano de trabalho pela equipe terapêutica foi revisto semanalmente e estruturado conforme as respostas apresentadas nos atendimentos, considerando que os indivíduos com deficiência auditiva têm maior facilidade de captar traços sonoros para discriminar palavras, principalmente por características de entonação, ritmo e melodia.

## **Musicoterapia e fonoaudiologia no processo da reabilitação auditiva**

### Uma visão geral

Crianças com perdas auditivas, particularmente os portadores das neurosensoriais, podem ter prejudicado o desenvolvimento das vias neurais auditivas, comprometendo diretamente a aquisição normal da linguagem.

O treino das habilidades auditivas ou o treino auditivo para o desenvolvimento da percepção auditiva e da linguagem é o processo utilizado para reabilitar a criança com deficiência auditiva. Para estabelecer a eficácia desse processo, é necessário o auxílio de um dispositivo eletrônico de amplificação sonora, sendo que este possibilita funcionalidade à sensação auditiva, e então a criança pode adquirir os quesitos para aprender a ouvir e conseqüentemente, desenvolver a linguagem oral. É necessário algum tempo de experiência sonora com esses dispositivos, seja ele AASI ou IC, para que a criança adquira adequadamente a percepção de fala e aquisição de linguagem (SCARANELLO, 2005).

Os resultados da terapia dependem de estimulação adequada. A experiencição sonora ativa reforça as vias neurais específicas, fato importante que vai interferir na plasticidade funcional do sistema nervoso central. Avanços da neurociência cognitiva demonstram que existem períodos críticos e a possibilidade das ligações sinápticas para aquisição das habilidades auditivas, portanto, tanto a plasticidade quanto a maturação são dependentes da estimulação (ibid). Nesse sentido o processo terapêutico com a criança implantada deve pretender “conduzí-la ao significado dos sons que escuta, associando-os a sua fonte sonora. Conforme este desenvolvimento acontece, a criança ficará cada vez mais confiante na sua via sensorial auditiva” (HILGENBERG et al, 2013).

Portanto, é nessa etapa do desenvolvimento que as crianças necessitam de atividades estruturadas para promover o desenvolvimento auditivo. É possível manipular de alguma forma, a entrada de som que recebem para desenvolver bem suas habilidades auditivas e a percepção da fala. Nesse primeiro momento, o trabalho concentra-se no desenvolvimento auditivo nas áreas de atenção ao som, resposta condicionada relacionada à repetição dos estímulos auditivos que estão sendo oferecidos e início de discriminação por pista puramente auditiva, trabalho esse que vai sendo complementado pelo uso da fala dirigida às crianças e orientada pelo princípio da conexão entre a percepção e produção de fala (FURMANSKI, 2010).

A música e os elementos musicais são ferramentas que facilitam esse processo. Deficientes auditivos pré-linguais vêm melhorando, com o apoio da Musicoterapia, seus índices de percepção de fala, mesmo tendo sido aparelhadas após o tempo indicado pela literatura (entre seis e dezoito meses de vida), tempo onde as vias auditivas estão passando por um intenso processo de maturação.

A Musicoterapia é uma forma terapêutica distinta que se apóia nas experiências musicais como agente de intervenção. Conforme Bruscia (2000: p.25), os vários tipos de experiência musical dão ao cliente oportunidades de “desenvolver relações multifacetadas internas do self e entre este e seus vários

universos sonoros”. Para o deficiente auditivo em processo de reabilitação auditiva, o universo sonoro é fundamental para desenvolver as habilidades auditivas. Nesse caso, atividades musicais possibilitam compreender, internalizar e vivenciar a vibração do corpo, a intensidade musical (*molto pianíssimo, piano, mezzo-piano, mezzo forte, forte, fortissimo*), a altura (grave, médio, agudo), a duração do som, a textura musical (monofonia, polifonia, homofonia), a pulsação rítmica, a dinâmica musical (*sforzando, crescendo, diminuendo*), o reconhecimento de timbres instrumentais e da própria voz no canto, o contorno melódico, a harmonia, a localização sonora, o estabelecimento do ritmo – importante para fala e o canto –, a percepção do corpo, a relação tempo e espaço.

A Musicoterapia promove a interação do cliente-música, é organizada no tempo, sistemática, processual, possibilitando um espaço de acolhimento e expressão, fornecendo ferramentas para aquisição da aprendizagem e organização interna (ibid).

Na musicoterapia utilizamos esses efeitos que a música pode produzir nos seres humanos nos níveis físico, mental, emocional, e também no social, atuando como um facilitador da expressão humana, dos movimentos e sentimentos, promovendo alterações que levem a um aprendizado, uma mobilização e uma organização interna que permitam ao indivíduo evoluir em sua busca, seja ela qual for (VON BARANOW, 1999, p. 10).

### **Habilidades Auditivas e a Música**

O indivíduo com deficiência auditiva precisa adquirir habilidades auditivas específicas para o processo de reabilitação. Da aquisição das habilidades auditivas, Scaranello (2005), as nomeia como sendo: detecção, discriminação, reconhecimento (identificação) e compreensão. Essas habilidades são acompanhadas de atenção e memória auditiva, fundamentais para o desenvolvimento da função auditiva. A autora descreve o significado de cada função, portanto, nesse trabalho utilizaremos essas fontes para co-

relacionar com a prática musical, justificando a importância da música no processo terapêutico da reabilitação auditiva:

A *detecção* pode ser entendida enquanto a habilidade de perceber a presença e ausência do som. Relacionada com a música, entende-se o silêncio/pausa musical como ausência de som e a música como a presença do som.

A *discriminação* pode ser descrita enquanto a apresentação de respostas diferenciais diante de características específicas do estímulo sonoro. Diferenciar dois ou mais estímulos. Nas atividades musicais esta habilidade pode ser desenvolvida através da percepção do timbre dos instrumentos para diferenciá-los, ou quando a melodia é utilizada para que o indivíduo diferencie canções relacionadas aos elementos de uma determinada categoria – ex.: diferenciar o “au” e o “miau” presentes, sucessivamente, nas canções infantis “Atirei o Pau no Gato” e “Cão Amigo” – e/ou das mudanças de intensidade ou dinâmica musical.

O *reconhecimento* auditivo vai depender do contato do indivíduo com o evento. Habilidade de identificar o som e a fonte sonora com capacidade de classificar ou nomear o que ouviu. Musicalmente, um exemplo dessa habilidade seria identificar o som do violão, apontar e nomear o instrumento.

A *compreensão* pode ser descrita pelo estabelecimento de relações entre o estímulo sonoro produzido, outros eventos do ambiente e o próprio comportamento. Essas relações têm as propriedades de reflexividade, simetria e transitividade. Relacionada com a música, essa é a capacidade de compreender as variedades sonoras, tais como identificar uma melodia como sendo de determinada canção, entendendo a ordem e dando a resposta relacionada.

A *memória* auditiva pode ser descrita pelas relações de controle do comportamento de um organismo por estímulos sonoros que já não estão presentes. Todos os processos anteriores descritos das particulares musicais fazem parte do processo de aquisição de memória auditiva, isto é, ouvir,

identificar, perceber as variáveis sonoras, dinâmica, intensidade, timbre, duração, isto é, evocar a resposta mesmo após o término da terapia.

## Habilidades Auditivas e a Musicoterapia

Nos grupos, as habilidades auditivas foram trabalhadas paulatinamente, pois o processo considerou a necessidade de estabelecimento de vínculo terapêutico, principalmente com a musicoterapeuta, a interação grupal, as experiências musicoterápicas da improvisação, re-criação e audição musical.

A improvisação musical, segundo Bruscia (2000), é a experiência em que o paciente faz música tocando ou cantando, sozinho ou em grupo. No projeto, inicialmente foram trabalhados o conhecimento e re-conhecimento dos instrumentos musicais, tais como, violão, guiso, metalofone, teclado, caxixi; estimulando a que os participantes tocassem livremente e interagissem com os outros integrantes do grupo e terapeutas. As crianças demonstraram prazer no fazer musical, e sempre solicitaram tocar os instrumentos musicais durante as atividades propostas.

A re-criação musical é a experiência em que o paciente aprende ou executa músicas instrumentais ou vocais ou reproduções de qualquer tipo musical apresentada como modelo (BRUSCIA, 2000). No projeto, a re-criação musical foi experienciada através do canto de canções infantis aliado à repetição das habilidades fonológicas adquiridas – “oi” para saudação, “tchau” para despedir, além dos sons onomatopéicos: au, piu, mu, miau, bibi/bruum; sílabas e consoantes: “la”, “v” – avião. Nesse processo foram trabalhadas: melodia – percepção, identificação –, sequência e dinâmica rítmica da canção, percepção do momento de cantar com o outro e entonação da canção a partir do contorno melódico. Na Musicoterapia, o ato de cantar, se torna um veículo auto-expressivo. Para Queiroz (2003), a auto-expressão advinda do cantar promove a comunicação, integração do indivíduo com ele mesmo e com o outro.

O treino da habilidade auditiva da detecção associada à localização sonora foi trabalhado a partir da experiência receptiva, a audição musical. Para Bruscia(2000), o paciente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade. No projeto, as crianças foram estimuladas a ouvir a canção, sem a utilização da pista auditiva, ação relacionada com a detecção. A mesma experiência foi utilizada na habilidade da discriminação, quando o indivíduo foi solicitado a identificar a canção cantada, repetindo a canção após ouvir. Da mesma forma, a habilidade de reconhecimento sonoro aconteceu quando a criança foi solicitada a reconhecer o som que estava sendo proposto na atividade.

Diante disso, é importante ressaltar que, em uma mesma atividade, várias habilidades auditivas podem ser trabalhadas simultaneamente, dependendo do nível auditivo em que o grupo se encontra.

## Resultados

Os integrantes dos grupos apresentaram respostas importantes no processo de reabilitação. Inicialmente, alguns se apresentaram inibidos com o novo *setting* e com as novas interações sociais. Contudo, rapidamente demonstraram interesse pelo processo, interagindo adequadamente com os instrumentos musicais, com o grupo e com as terapeutas.

Em relação às crianças que apresentavam maior resistência no processo de reabilitação auditiva fonoaudiológica individual, observou-se maior interesse nas atividades propostas, melhora no vínculo com a terapeuta e diminuição da resistência no processo terapêutico.

Em alguns casos, relatos da equipe terapêutica e da família afirmam a notoriedade da mudança comportamental das crianças, apresentando maior motivação em participar das terapias, alegria e interesse nas atividades propostas.

## Considerações finais

Este trabalho explica sobre início do projeto transdisciplinar entre Musicoterapia e Fonoaudiologia no processo da Reabilitação Auditiva, e apesar de ter iniciado há pouco tempo já reflete mudanças significativas no processo terapêutico das crianças inseridas no grupo.

A música apresenta elementos importantes que se cruzam com as necessidades de aquisição auditiva, seja dentro dos padrões rítmicos – relacionados ao ritmo da fala; do contorno melódico – relacionado à entonação da fala; e, percepções de altura, intensidade, duração, frequência – importantes no processo de ouvir e falar.

A Musicoterapia é uma experiência que promove a expressividade. A partir das experiências musicoterápicas a criança pode vivenciar as estratégias esperadas para aquisição de habilidades auditivas.

Finalmente, observa-se além da aquisição das habilidades auditivas, maior interação social, melhora na vocalização e na tentativa de articulação com maior precisão, melhora na atenção auditiva e aumento da motivação para participar da terapia.

## Referências

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

FURMANSKI, H. F. Intervenção Precoce em Crianças com Perda Auditiva... Elas necessitam de terapia?. 2010. In: **PHONAK LIFE IS ON**. Disponível em: [http://www.phonak.com/content/dam/phonak/b2b/Events/conf\\_chairman/12-pt/hilda\\_furmanski\\_portuguese.pdf](http://www.phonak.com/content/dam/phonak/b2b/Events/conf_chairman/12-pt/hilda_furmanski_portuguese.pdf). Acesso em 20/03/2013.

HILGENBERG, A. M. S, CALDAS, F. F., MELO, T. M. et al. Reabilitação Auditiva e Implante Coclear Bilateral em Criança com Paralisia Cerebral. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, vol. 04, número 01, ano 2013, p. 1710-1724.

QUEIROZ, G. J. P. **Aspectos da Musicalidade e da Música de Paul Nordoff e suas implicações na prática da clínica musicoterapêutica.** São Paulo: Apontamentos, 2003.

SCARANELLO, C. A. Reabilitação Auditiva pós Implante Coclear. **Revista Médica**, vol. 38, número 3/4, Julho-Dezembro, 2005.

VON BARANOW, A. L. **Musicoterapia: uma visão geral.** Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

Recebido em: 10/09/2013

Aprovado em: 05/11/2013

## MUSICOTERAPIA E A REABILITAÇÃO: ESTUDO PILOTO COM PACIENTE ACOMETIDO DE TRAUMA ORTOPÉDICO

MUSIC THERAPY AND REHABILITATION: PILOT STUDY WITH TRAUMA  
ORTHOPEDIC AFFECTED PATIENT

*Nathalya de Carvalho Avelino<sup>18</sup>, (UEPA)*

80

**Resumo** - A musicoterapia é uma área de atuação em expansão no Brasil e no mundo. O propósito dessa pesquisa é investigar sobre a musicoterapia na reabilitação, e mais especificamente no tratamento de fratura do rádio e verificar as formas de uso dos instrumentos musicais e da música na reabilitação de pacientes traumatológicos. Para tanto, analisar-se-á como são usados os instrumentos musicais na reabilitação. Para dar visibilidade a essa questão, verificaremos alguns benefícios do seu uso no tratamento de pacientes com fratura de punho. A metodologia utilizada nessa pesquisa foi o estudo de caso, onde através de observação direta foram analisados itens que possibilitassem o alcance dos objetivos propostos. Para realização deste trabalho, foi selecionado apenas um paciente, o que possibilitou maior concentração no objeto de estudo. Em todas as sessões um fisioterapeuta esteve presente para emitir os laudos clínicos com a evolução do paciente. Conclui-se pela eficiência da utilização da musicoterapia e de instrumentos musicais, visto que, no decorrer de dez sessões, houve ganho do movimento de punho, através do uso dos referidos instrumentos e da música.

**Palavras-Chave:** musicoterapia, reabilitação, punho, instrumentos musicais

**Abstract** - Music therapy is an area of operation growth in the Brazil and worldwide. The purpose of this research is to investigate about music therapy in rehabilitation, and more specifically in the treatment of fracture of the radio and check the different uses of musical instruments and music in the rehabilitation of patients traumatológicos. To do so, it will examine how musical instruments are used in rehabilitation. To give visibility to this issue, we find some benefits of its use in the treatment of patients with wrist fracture. The methodology used in this research was the case study, where through direct observation were analyzed items that would make it possible to achieve the proposed objectives. For this study, only one patient was selected, allowing greater concentration on the object of study. In all sessions the therapist was present to issue reports with the clinical evolution of the patient. It is concluded that utilization efficiency of music therapy, musical instruments, since, during ten sessions, there was a gain of movement of the wrist, through the use of such instruments and music.

**Keywords:** music therapy, rehabilitation, fist, musical instruments

<sup>18</sup> Mestre em Bioengenharia pela UNICASTELO (SP), Especialista em Musicoterapia pelo CBM-CEU (RJ), Graduada e docente do Curso de Licenciatura Plena em Música da UEPA. Link: <http://lattes.cnpq.br/0311024456612122>. E-mail: [nathalyaavelino@yahoo.com.br](mailto:nathalyaavelino@yahoo.com.br)

## Introdução

Nos dias atuais a música tem sido objeto de discussões no que tange a área da saúde. Sacks (2003), Levitin (2010), Nascimento (2009) apontam altos índices de pacientes que alcançam melhora no quadro clínico e, em alguns casos, até a cura.

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (1996) a musicoterapia tem a seguinte definição:

É a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo no intuito de alcançar melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento. (FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA, Hamburgo, 1996)

Além da linguagem falada, nós humanos, somos uma espécie musical, que assume muitas formas. Todos nós (com pouquíssimas exceções) somos capazes de perceber música, tons, timbres, intervalos em notas, contornos melódicos, harmonia e talvez no nível mais fundamental, ritmo. Integramos tudo isso e “construímos” a música na mente usando muitas partes do cérebro (SACKS, 2007, p. 10). E a essa apreciação estrutural, em grande medida inconsciente, adiciona-se uma reação muitas vezes intensa e profundamente emocional. “A inexprimível profundidade da música”, escreveu Schopenhauer (*apud* SACKS, 2007), “tão fácil de entender e, no entanto tão inexplicável, deve-se ao fato de que ela reproduz todas as emoções do mais íntimo do nosso ser”.

Um caso de reabilitação com o uso da música, conhecido em nível nacional, é do cantor Hebert Vianna, vocalista da banda Paralamas do Sucesso, que ficou em coma devido a um acidente de ultraleve. Após receber

alta do hospital onde ficou internado por 44 dias, o cantor iniciou tratamento de reabilitação das funções motoras dos membros superiores, que antes, durante e após o tratamento surpreendeu a todos com a lucidez e força de vontade. Conta, através de uma entrevista, a neuropsicóloga Lúcia Willadino Braga, que “a lesão cerebral só o fez ter um pequeno tremor, um tremor de ação, assim quando ele vai abotoar um botão, treme um pouquinho, mas quando pega a guitarra, não treme nada”. Herbert teve uma lesão no lobo temporal direito que afetou a memória recente, que prejudica a lembrança de situações significativas. “É impressionante como a arte musical dele permaneceu intacta”, comenta o também integrante dos Paralamas, João Barone, em entrevista ao programa Fantástico (22/09/2002).

De acordo com Nascimento (2009), o processamento musical distribui-se por todo o cérebro, podendo assim ser usado para reduzir a ansiedade do paciente antes e durante cirurgias ou outros procedimentos médicos, facilitar a anestesia e intensificar os efeitos analgésicos das medicações. Além disso, a musicoterapia é capaz de ajudar pacientes que foram debilitados por doenças, lesões ou traumas, a readquirirem os níveis anteriores de funcionamento ou adaptação na extensão possível.

A musicoterapia na reabilitação é um tema muito extenso para se esgotar em um artigo científico. Portanto, este assunto será delimitado em musicoterapia na reabilitação de paciente traumatológico de punho, podendo assim traçar objetivos mais direcionados para se obter os resultados esperados.

### **Musicoterapia e Reabilitação**

A musicoterapia é uma forma de tratamento que utiliza a música para ajudar no tratamento de problemas, tanto de ordem física quanto de ordem emocional ou mental. Portanto, é conceituada como instrumento utilizado por um profissional qualificado para trazer uma transformação no quadro clínico ou bem estar do ser humano. Várias pesquisas abordam a eficácia da musicoterapia na reabilitação a partir de adaptações de jogos eletrônicos,

instrumentos e atividades musicais às necessidades do paciente em tratamento de recuperação motora e funcional. (LIMA, 2004; CORRÊA, 2011; CORRÊA, ASSIS, NASCIMENTO, LOPES, 2008; SCHNEIDER, et al, 2007).

A inter-relação da música e medicina é tão antiga quanto à existência das duas. No século XVII, filósofos, médicos e escritores deram prosseguimento a esta ideia. E no século XVIII médicos concentraram-se nos propósitos curativos da música fundamentando mais cientificamente suas observações e resultados, graças a investigações sobre os efeitos fisiológicos específicos da música no batimento cardíaco e na circulação, bem como da influencia da música nas emoções. O século dezenove foi especialmente importante na história da música e medicina em virtude do grande número de médicos convencidos do papel da música na recuperação de problemas mentais e emocionais. (BRÉSCIA, 2003, p. 49).

Hoje em dia existem casos nos quais médicos e musicistas estão retomando este diálogo entre a medicina e a música. Segundo Merritt (*apud* BRÉSCIA, 2003), na tentativa de compreender a dor e como esta pode ser aliviada, muitos pesquisadores da medicina moderna estão agora experimentando terapias alternativas, que incluem não só a música, mas também a visualização guiada, a hipnose e diferentes medicações que lidam com a dor encarada como uma experiência total. A dor e a música são “processadas nas mesmas regiões do cérebro – o tálamo e o sistema límbico – considerados o centro das emoções, sensações e sentimentos” (PETERSEN, 2007, p. 72). Com isso, a atenção na dor é desviada para a música, o que facilita as atividades, pois o paciente, sem perceber, faz os mesmos esforços dos exercícios fisioterápicos, sem que sinta tanta dor e/ou *stress*.

Na musicoterapia, a música não é tida como fim, mas como meio para alcançar objetivos terapêuticos através do profissional qualificado. Por isso, a música não é um “curativo” eficaz em si mesmo, mas seus efeitos terapêuticos resultam de uma aplicação profissional, metodológica ou sistemática da música sob alguma forma (RUUD, 1990, p.14).

Merritt (*apud* BRÉSCIA 2003) constata o uso da música em hospitais, tanto antes das cirurgias como durante e após estas, com resultados surpreendentes que traduzem pressão sanguínea e pulso mais baixos, menos

dor e ansiedade, sinais vitais mais estáveis, menos necessidade de medicação para controle da dor, bem como de anestésico. A música ameniza o sentimento de medo da recuperação pós-cirúrgica, através de vínculos associados entre música e paciente, que usado pelo terapeuta de forma correta, pode alterar sensações de bem-estar, bem como de readaptação.

Altshuler (1954) indica a música como um importante fator na vida emocional, cultural, intelectual e espiritual das pessoas, portanto quando se trata de musicoterapia torna-se importante ressaltar igualmente a importância de todos os elementos da música, inclusive o ritmo, pois entra intimamente no problema da musicoterapia. O homem é essencialmente um ser rítmico. Há ritmo na respiração, nos batimentos cardíacos, na fala, na marcha, etc. Os hemisférios cerebrais estão num perpétuo estado de oscilação rítmica – dia e noite. O autor ressalta ainda que até o abrir e fechar das pálpebras causa uma mudança no ritmo cerebral, e estas ondas cerebrais ficam diferentes em alguns estados emocionais como febre, infecções e certas condições como epilepsia.

Várias estruturas cerebrais, como o hipotálamo, o tálamo e o cerebelo, em adição aos hemisférios cerebrais, além do encéfalo, tomam parte não apenas na metamorfose do som e do ritmo em música, mas também dando conteúdos emocionais e mentais a isso. A compreensão da anatomia e fisiologia destas estruturas é, portanto indispensável. O hipotálamo exerce influência sobre tais processos fisiológicos como metabolismo, sono, ritmo, etc. Ele está conectado via caminhos nervosos com o tálamo e, através deste, com outros centros cerebrais. Pode se ver, então, como a música pode influenciar o corpo, isto é, via tálamo e hipotálamo. (ALTSHULER, 1954)

Conhecer nossa reação à música é de grande importância. Ignorar o poder da música e seus efeitos profundos pode não só ser prejudicial como perigoso (MERRITT, 1990 *apud* BRESCIA, 2003 p. 39).

# MUSICOTERAPIA

## **Funções dos instrumentos musicais na recuperação do movimento de punho de um paciente com lesão traumatológica**

“A mão é um órgão de preensão e movimentos delicados, assim como um órgão sensorial de discriminação. O objetivo principal de todo membro superior é colocar a mão em uma posição adequada para seu funcionamento” (PEREIRA, MELLO, SILVA, 2001, p. 224).

Pacientes vítimas de fraturas da extremidade distal do rádio são freqüentemente encaminhados para centro de reabilitação. Geralmente, essas fraturas são produzidas por quedas sobre a mão. “O punho é uma articulação extremamente móvel” (FREITAS, 2006, p. 140) e é utilizado na maioria das atividades do dia-a-dia.

Segundo Freitas (2006) A reabilitação funcional após as fraturas distais do rádio dá continuidade ao tratamento ortopédico. Após a retirada da imobilização, a ênfase é o ganho de amplitude dos movimentos do punho e antebraço e na recuperação da força e função do membro superior acometido.

O que serão abordados são as formas de uso dos instrumentos musicais e da música na reabilitação através de uma experiência vivenciada. Cabe ressaltar que cada paciente tem seu tempo e seu modo de agir, portanto, a avaliação e adaptação aos instrumentos específicos a serem trabalhados, deve ser feita com cada paciente, individualmente.

Os instrumentos utilizados foram: escaleta, pratos, pandeiro, triângulo, reco-reco, clavas, castanholas e também foi usado o aparelho de mp3.

Para promover a reintegração das atividades do dia-a-dia, torna-se importante traçar alguns objetivos com o paciente.

No caso em estudo, o paciente é cozinheiro e sofreu uma queda com extensão de punho, seguido por 30 dias de imobilização mais cirurgia de redução, com adição de pinos de fixação, seguido de mais 44 dias de imobilização. Ao verificar que o paciente não aceitava fazer o tratamento por medo de fraturar o punho novamente, a fisioterapeuta responsável solicitou atendimento musicoterápico. O objetivo do paciente era conseguir guardar

pratos no armário com altura maior que ele, lavar panos de prato e mexer a comida, pois são atividades rotineiras no que tange a sua profissão. Essas habilidades estavam impossibilitadas para ele devido a lesão de punho afetar a mecânica da mão.

Para tanto, foram analisadas quais músicas o paciente mais gostava, pois de acordo com a pesquisa realizada pela Universidade de Maryland, nos Estados Unidos (STRINGUETO, 2013), comprova que o indivíduo que ouve as suas músicas preferidas tem impactos positivos no coração. O motivo mais provável, segundo especialistas, é que devido o estímulo musical ocorre a liberação de substâncias que protegem a região coronariana como o óxido nítrico, que dilata os vasos e reduz a formação de coágulos. Mas os efeitos musicais afetam primeiramente o cérebro e em seguida o coração, aumentando, no organismo, a sensação de prazer com a liberação da endorfina e da serotonina, regulando a frequência cardíaca. “O ato de ouvir música começa nas estruturas subcorticais – os núcleos cocleares, o tronco cerebral, o cerebelo – e em seguida avança para o córtex auditivo de ambos os lados do cérebro”. (LEVITIN, 2010, p. 100).

Após o episódio de queda o paciente fica com o punho imobilizado por 4 a 6 semanas. Quando o aparelho gessado é removido, o paciente frequentemente não usa a mão, temendo uma nova queda e refratura, o que o torna dependente e deprimido. O paciente em estudo não conseguia realizar as atividades da fisioterapia, pois dizia ter medo de quebrar o punho novamente e sentia muita dor. Para isso, as atividades musicoterapêuticas com instrumentos musicais foram propostas, pois promovem o uso do membro, além de trabalhar movimentos coordenados, reforço muscular e ainda estimular a função proprioceptiva do membro. “O paciente é capaz de monitorizar seu desempenho, sob orientação do terapeuta, enfocando os objetivos da atividade e evitando movimentos de substituição e dor”. (FREITAS, 2006, p. 150)

Foram selecionadas músicas de preferência do paciente, e os exercícios feitos com os instrumentos seguiam o ritmo da música, facilitando

assim, o envolvimento do paciente com o instrumento e a música desviando assim sua atenção da dor.

A partir desse ponto, será abordado, o instrumento, sua função, forma de tocar, forma adaptada para o tratamento e ganhos obtidos através da musicoterapia com cada instrumento.

As funções e técnicas foram adaptadas à condição física do paciente, bem como a utilização das formas convencionais do uso de tais instrumentos, podendo assim traçar uma ligação da música como possibilidade terapêutica. Segundo Tangarife (2008), a música não é só pensamento e emoção, é também uma atividade, uma fruição, um prazer, um movimento de forma única e singular. A música educa, e o significado do acontecer musical dentro da musicoterapia poderá ser aprendido, decodificado e analisado através de uma leitura musicoterápica.

#### Escaleta

A escaleta utilizada no tratamento de fratura de punho direito, através da musicoterapia, foi o instrumento escolhido, pois tem a possibilidade de realizar diferentes movimentos na extensão de dedos. Ao perceber a dificuldade do paciente em abrir a mão e esticar os dedos, foi explicado e exemplificado ao mesmo o mapeamento das notas na escaleta, sendo assim o paciente também foi instruído acerca dos intervalos. Após a explanação foi proposto ao paciente, tocar intervalos de 3ª (Notas Dó e Mi), com os dedos indicador e anelar, e depois com os dedos polegar, médio e mínimo. Depois desta atividade, e de acordo com a movimentação que o paciente foi ganhando, foi pedido que tocasse uma 8ª (Dó 1 e Dó 2) usando os dedos polegar e mínimo. E após o alcance desses movimentos o paciente tocava com todos os dedos, sendo o polegar para a nota Dó, o indicador para a nota Ré, o médio para nota Mi, o anelar para nota Fá e o mínimo para a nota Sol. Para ganho deste movimento foram realizadas 3 sessões de 40 min cada.

A expressão de felicidade e bem-estar do paciente se manifestou a partir do momento em que ele percebe a evolução de seus movimentos. Ao mesmo tempo não sentia dor, o que elimina o medo e a tensão.

No terceiro dia de prática do referido exercício, o paciente executou a escala de dó, utilizando todos os dedos, e para comprovar a contribuição da música na melhora do quadro clínico, foi proposto e ensinado ao paciente a música Asa Branca de Luis Gonzaga, que no final da sessão tocou para os fisioterapeutas da clínica.

### Pratos

No tratamento com musicoterapia, o prato musical, foi utilizado em 9 sessões com o objetivo de ganhar movimentos do braço. Para isso, o paciente toca uma vez o par de pratos, e depois levanta apenas o braço lesionado para adquirir movimento.

Este exercício proporciona ao paciente a possibilidade de conseguir guardar os pratos no armário, então após os exercícios musicoterápicos, a fisioterapeuta mediu o ganho de movimentação do braço, e em cada sessão foi averiguado o ganho de 4 cm de altura.

### Reco-reco

O reco-reco na musicoterapia é utilizado com objetivo de aumentar a sensibilidade da pele, do músculo, etc. Essa vibração age como o choque usado na Terapia por Ondas de Choque, na qual “é realizada através de ondas sonoras de alta energia que são focadas na região a ser tratada e através de sua pressão realiza quebra de calcificações, regenerando a circulação local e melhorando as inflamações crônicas” (ARRUDA, 2013). Durante a movimentação das mãos ao tocar o instrumento, ondas sonoras são expedidas para a pele, fazendo com que esse instrumento atue com a mesma função das Ondas de Choque.

## Maracas

A maraca teve por função trabalhar a supinação<sup>19</sup> e a pronação<sup>20</sup>. Para esse movimento, o paciente necessita alcançar e bater em um lado e outro da maca ou da mesa.

## Domroo

Nas sessões de musicoterapia, o domroo era utilizado com o objetivo de exercitar a flexão<sup>21</sup> e a extensão<sup>22</sup>. Para o paciente com este tipo de fratura, há dificuldade de conseguir bater as duas bolinhas de madeira no “tambor”, pois requer movimentos extensos do punho, e devido as lesões, os pacientes acometidos de fratura de rádio sentem dificuldade ao realizar os movimentos através desse instrumento, porém entendem que ao conseguir fazer com que as bolinhas percutam de maneira correta no tambor, significa também que há evolução de movimentação do punho.

## Triângulo

Na reabilitação através da musicoterapia, tocar triângulo, além de adestrar a pinça, que é um movimento que permite pegar objetos pequenos, como caneta, colher, etc, utilizando os dedos polegar e indicador, também tem a mesma função do reco-reco: emitir ondas vibratórias que produzem choque

## Clavas

As clavas são executadas de uma maneira simples, onde para emitir som, basta bater uma na outra. Na musicoterapia, as clavas são usadas com o

<sup>19</sup> É o movimento de rotação do antebraço, deixando a palma da mão direcionada para cima.

<sup>20</sup> É o movimento de rotação do antebraço, deixando a palma da mão direcionada para baixo.

<sup>21</sup> É o movimento de aproximação da palma da mão com a parte anterior do antebraço.

<sup>22</sup> É o movimento oposto à flexão.

objetivo de obter força e extensão de punho, o som é emitido apenas uma vez, e depois a intenção é forçar até conseguir encostar a clava na mesa, na maca, ou em qualquer lugar que o exercício esteja sendo realizado.

### Campanella de mão e de pulso

Os dois instrumentos também são acessórios do naipe de percussão. A campanella de mão tem a mesma função da maraca, ao exercitar a extensão do braço no movimento de bater na mão do musicoterapeuta.

Já a campanella de pulso, na musicoterapia, é fixada entre os dedos e a palma da mão, e os movimentos solicitados, são que o paciente acompanhe a música que está ouvindo, batendo na mesa, que é uma atividade simples do dia-a-dia de várias pessoas, mas está entre as mais importantes no ganho do movimento de extensão do paciente.

### Discussão e análise dos resultados

Na análise de resultados serão discutidos os ganhos de extensão, flexão, pronação e supinação. Para tanto, as referências de mobilidade, sem lesões, de acordo com Delamarche, Dufor, Multon (2006, p. 238) são as seguintes: A **extensão** e a **flexão** se efetuam em torno de  $85^{\circ}$ , e a **pronação** e **supinação** movimentam-se no eixo de  $165^{\circ}$ .

A medição foi realizada através do goniômetro universal<sup>23</sup>, por fisioterapeutas que acompanharam as sessões de musicoterapia.

---

<sup>23</sup> Instrumento que mede a amplitude de movimento (ADM).

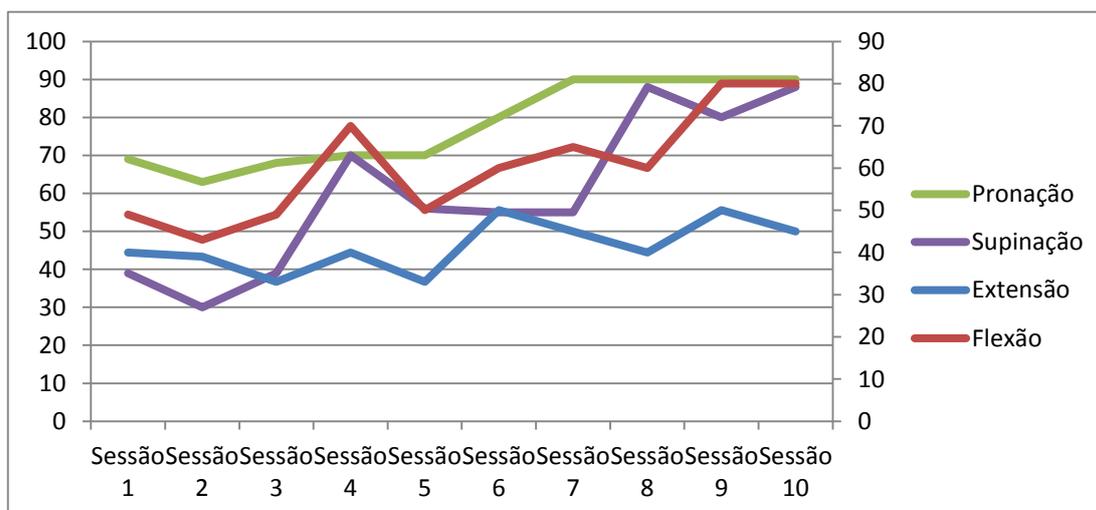


Gráfico 1 – Ganho de Amplitude de Movimento

Como mostra o gráfico 1, todas as mobilidades obtiveram resultados positivos. Porém, a extensão foi a menos alcançada, pois como se pode observar no item anterior, apenas a clava e campanella de pulso, tinham função de ganho de extensão e de força, logo a extensão foi menos exercitada.

Na primeira sessão houve um avanço plausível após a sessão de musicoterapia, e foi a partir deste resultado, que o estudo foi sugerido, pois havia hipóteses claras e visíveis acerca do benefício da musicoterapia no tratamento de fratura de punho. A tabela a seguir mostra todos os dados da primeira sessão, antes e depois da aplicação da musicoterapia.

Mobilidade	Antes da Musicoterapia	Depois da Musicoterapia
Extensão	23°	41°
Flexão	25°	43°
Pronação	40°	60°
Supinação	29°	39°

Tabela 1 – Ganhos na Primeira Sessão

Constata-se neste paciente que os exercícios realizados com instrumentos musicais, apuraram resultados imediatos. Porém, estimou-se para este estudo, o número de 10 sessões, com os objetivos do paciente traçados.

Ao final do tratamento não foi possível ao paciente readquirir 100% das mobilidades, mas as metas terapêuticas, focadas nas atividades do dia-a-dia, como guardar os pratos, lavar pano e mexer a comida, foram alcançadas. Ressalta-se que ao final do estudo todas essas funcionalidades estavam restauradas, possibilitando ao paciente retornar a sua rotina, e continuar o tratamento através da fisioterapia para que alcance a recuperação total.

### **Considerações finais**

Os resultados obtidos neste estudo sugerem que a musicoterapia atua de forma favorável no tratamento de patologias de cunho ortopédico. A redução do período de tratamento e o bem-estar do paciente durante as sessões são características encontradas no caso analisado.

Os instrumentos musicais utilizados no estudo tiveram suas funções recriadas e constatou-se a importância dos mesmos na reabilitação de punho com fratura radial, tornando-os equipamentos importantes nesse tipo de tratamento, onde musicoterapia e fisioterapia unem-se em busca de novos métodos, através de uma equipe multidisciplinar, com tarefas específicas de cada área, mas com objetivos semelhantes.

Os resultados deste estudo mostram a eficácia da música e dos instrumentos musicais na aceleração do tratamento de paciente com lesão de cunho traumatológico, diminuindo o tempo de espera para retornar a rotina do dia-a-dia. A partir das referências de Delamarche, Dufor, Multon, verifica-se que ao final do tratamento musicoterápico houve ganho de 52% de extensão, 94% de flexão, 54% de pronação e de 53% de supinação. Ou seja, todas as mobilidades foram trabalhadas e tiveram resultados positivos, permitindo assim dizer que os instrumentos musicais utilizados neste estudo, são ativos no processo de reabilitação.

Para esse tipo de tratamento, não há como estipular a quantidade de sessões ou de tempo, pois cada paciente tem sua peculiaridade. Sendo assim, o estudo foi realizado com o intuito de comprovar a eficácia da musicoterapia no tratamento de paciente com fratura traumatológica no período de 10 sessões. Sabe-se que em um tratamento clínico de musicoterapia, o paciente junto ao terapeuta dispõe-se de tempo necessário para obter metas traçadas, e os objetivos delineados nesse caso foram alcançados no período das sessões previstas, possibilitando ao paciente a recuperação de movimentos essenciais do seu dia-a-dia.

Com isso, finaliza-se este estudo considerando que a musicoterapia, além de reabilitar, proporciona sensações de prazer e alívio da dor, pois após o início da musicoterapia, o paciente não demonstrou medo e nem tristeza, alegando não perceber o tempo passar quando estava na sessão de musicoterapia.

A pesquisa, aprovada pelo CEP da Unicastelo-SP, obedeceu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras quanto aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos em relação à autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, não estigmatização, confidencialidade, privacidade, voluntariedade equidade, garantindo segurança e anonimato ao sujeito participante da pesquisa.

## Referências

ALTSHULER, Ira. The past, presente and future of musical therapy. In: PODOLSKY, Edward. **Music Therapy**. New York: Philosophical Library, 1954. Trad. Marcus Marcello Porto Leopoldino.

ARRUDA, Oyama. **Terapia por ondas de choque**. Disponível em: <http://www.terapiaporondasdechoque.com>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2013.

BENENZON, Rolando O. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

\_\_\_\_\_. **Teoria da Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1988.

BRÉSCIA, Vera Pessagno. **Educação Musical: Bases Psicológicas e Ação Preventiva**. Campinas/SP: Átomo, 2003.

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

CORRÊA, Ana Grasielle Dionisio. **Realidade aumentada musical para reabilitação: um estudo de caso em musicoterapia**. Tese. 2011. (Doutorado em Ciências). Escola Politécnica de São Paulo.

CORRÊA, Ana Grasielle Dionisio; ASSIS, Gilda Aparecida de; NASCIMENTO, Marilena do; LOPES, Roseli de Deus. GenVirtual: um Jogo Musical para Reabilitação de Indivíduos com Necessidades Especiais. **Revista Brasileira de Informática na Educação**. vol 16. n. 1, 2008, p 9 – 17.

DELAMARCHE, Paul; DUFOR, Michel; MULTON, Franck. **Anatomia, Fisiologia e Biomecânica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FANTISTICO. **A volta de Herbert Vianna**. Disponível em: <http://g1.globo.com/busca/?q=Herbert%20Viana&sct=Fant%C3%A1stico&st=F>. Acesso em: 06 janeiro 2013.

FREITAS, Paula Pardini. **Reabilitação da Mão**. Ed. Rev. e At. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

LEÃO, Izabel. **Acordes para aliviar a dor**. Disponível em: <http://www.usp.br/jorusp/arquivo/2001/jusp566/caderno/pesquisa03>. Acesso em: 02 de janeiro 2013.

LEINIG, Clotilde Espínola. **Tratado de Musicoterapia**. São Paulo: Sobral, 1977.

LEVITIN, Daniel J. **A música no seu cérebro**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2010.

LIMA, Liberatori Velasques. **O papel da musicoterapia em uma equipe técnica de reabilitação**. Monografia. 2004. (Especialização em Psicopedagogia). Universidade Candido Mendes.

NASCIMENTO, Marilena do (coord.). **Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico**. São Paulo: Mennon, 2009.

PEREIRA, Cláudia Fonseca; MELLO, Simone Lino; SILVA, Ronaldo Felício. Reabilitação da Mão. *In: Medicina da Reabilitação*. Ed. 3. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001.

**Música como melhor medicamento.** Disponível em: <http://www.digistencil.com/cmnap/musicoterapia>. Acesso em: 30 de dezembro de 2012.

**Música e medicina.** Disponível em: <http://ram.uol.com.br/materia.asp?id=402>. Acesso em: 23 de dezembro de 2012.

**Musicoterapia: auxiliando no tratamento da dor.** Disponível em: <http://www.ineti.med.br/portugues/psicologia/txt/musicoterapia1.html>. Acesso em: 30 de dezembro de 2012.

NISENBAUM, Esther. **Prática de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1990.

PETERSEN, Elisabeth Martins. Musicoterapia e oncologia em unidade hospitalar especializada. *In: BARCELLOS, Lia Rejane Mendes (Org). Vozes da Musicoterapia Brasileira*. São Paulo: Apontamentos, 2007, p 71 - 79.

PIPARI, Miriam. **Musicoterapia.** Disponível em: <http://medicinaholisticalternativa.jimdo.com/home-portugu%C3%AAs/musicoterapia>. Acesso em: 20 de dezembro de 2012.

**Revista Brasileira de Musicoterapia.** União Brasileira de Associações de Musicoterapia. Ano I, n. 2, 1996.

RUUD, Even. **Caminhos da Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1990.

SACKS, Oliver. **Com uma perna só**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SACKS, Oliver. **Alucinações Musicais: relatos sobre a música e o cérebro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SANTOS, Claudia Soares dos. **Musicoterapia: Instrumento de Reabilitação**. [http://www.portaldafisioterapia.com/?pg=topico\\_musicoterapia](http://www.portaldafisioterapia.com/?pg=topico_musicoterapia). Acesso em: 30 de dezembro de 2012.

SANTOS, Cláudia Soares dos; TORRENS, Melissa de Macedo; LOBATO, Ana Maria Ribeiro. **Musicoterapia em Fisioterapia**. Revista Físio Lógica. vol.1. n.3, 2006.

SCHNEIDER, S.; SCHÖNLE, P. W; ALTENMÜLLER, E; MUNTE, T. F. Usando instrumentos musicais para melhorar a recuperação motora habilidade depois de um derrame. **Journal of Neurology**. Out. 2007, v. 254 , Issue 10 , p 1339-1346.

STRINGUETO, Kátia. **Música para o coração.** Disponível em: [http://saude.abril.com.br/edicoes/0308/bem\\_estar/conteudo\\_422145.shtml](http://saude.abril.com.br/edicoes/0308/bem_estar/conteudo_422145.shtml). Acesso em: 15 de fevereiro de 2013.

TANGARIFE, Ana Sheila. Educação musical, educação especial e musicoterapia. In: COSTA, Clarice Moura (Org.). **Musicoterapia no Rio de Janeiro: Novos rumos.** Rio de Janeiro: Editora CBM, 2008, p 48 – 62.

Recebido em 04/09/2013  
Aprovado em 05/11/2013



MUSICOTERAPIA

**MUSICOTERAPIA E CUIDADO HUMANO: A MÚSICA E A REABILITAÇÃO  
DE PESSOAS QUE FAZEM USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS**

MUSIC THERAPY AND HUMAN CARE: THE MUSIC AND REHABILITATION  
OF PEOPLE WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

*Sandro Santos da Rosa\** (EST/RS), *Júlio César Adam\*\** (PUC/RS), *Laura  
Franch Schmidt da Silva\*\*\** (EST/RS),

97

---

**Resumo** - A carência de pesquisas teóricas e práticas no âmbito da musicoterapia, que atentem para a complexidade da demanda na reabilitação de pessoas acometidas pelo abuso de substâncias, é o principal motivador para a elaboração deste trabalho. Sendo metodologicamente provindo de pesquisa bibliográfica, o escrito é dividido em três momentos. O primeiro investiga de que maneira o uso abusivo de substâncias psicoativas arraigou-se como um dos principais problemas da sociedade atual e de que forma o uso de substâncias está culturalmente relacionado às artes, especificamente a música. A identificação das vias rituais pelas quais acontece a *trans-significação do real* pelo ser humano, é executada no segundo momento. Questões relacionadas às linguagens e às formas pelas quais o ser humano “sai” da realidade, as quais intermediam suas buscas existenciais, são o cerne dessa parte. O terceiro e último momento avista a natureza comunicacional e organizacional da música, para uma formulação epistemológica que contemple a demanda concernente à prática clínica musicoterapêutica na reabilitação de pessoas acometidas pelo abuso de substâncias. Identifica-se nessa parte que a sessão musicoterapêutica é uma prática salutar de *trans-significação* do devir humano.  
**Palavras-chave:** Musicoterapia 1. música 2. uso abusivo de substâncias psicoativas 3. trans-significação do real 4.

---

\* Doutorando em Teologia pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdades EST de São Leopoldo - Bolsista da CAPES – entidade governamental brasileira de incentivo à pesquisa científica e à formação de recursos humanos. Mestre em Teologia – Bolsista CNPq (2013) e Bacharel em Musicoterapia (2009) pela mesma instituição de ensino. Membro da Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul (AMT-RS). Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/5930109035153631>. E-mail: sandromusik@hotmail.com

\*\* Pós-Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Filosofia da PUC/RS - PROCAD/CAPES (2011-2012). Doutor em Teologia pela Universidade de Hamburgo, Alemanha. Bacharel em Teologia pela Faculdades EST de São Leopoldo, onde leciona atualmente. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/1768006061329443>. E-mail: [julio3@est.edu.br](mailto:julio3@est.edu.br)

\*\*\* Doutora em Teologia pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdades EST de São Leopoldo (1999), onde atualmente é coordenadora do curso de Licenciatura em Música. Mestre em Música pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1991). Possui Licenciatura em Música pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (1979). Membro da Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/6858886305291005>. E-mail: [laura@est.edu.br](mailto:laura@est.edu.br)

**Abstract** - The lack of theoretical and practical researches in Music Therapy, which focuses on the complexity of the demand in rehabilitation of people affected by the abuse of substances, is the main motivator for the development of this work. Methodologically based on a bibliographical search, this dissertation is divided into three parts. The first investigates how the abuse of psychoactive substances rooted itself as one of the main problems of the current society and how the use of substances is culturally related to the arts, specifically music. The second part identifies the ritual paths, in which the trans-signification of what is real happens. Issues related to language and ways the human being uses to leave reality, which mediate their existential quest, are the core of this part. The third and last part addresses the communicational and organizational nature of the music, in order to build an epistemological concept that considers the demand regarding to the clinical music therapy practice in rehabilitation of people affected by the abuse of substances. In this part, we identify that the Music Therapy session is a healthy practice of trans-signification of becoming human.

**Keywords:** Music therapy 1. music 2. abuse of psychoactive substances 3. trans-signification of what is real 4.

---

## Introdução

Este escrito é um extrato da dissertação de mestrado intitulada “Musicoterapia e cuidado humano: a música e a reabilitação de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas”<sup>24</sup>, concebida no Programa de Pós-Graduação da Faculdade EST de São Leopoldo (Rio grande do Sul – Brasil). Não se trata de uma pesquisa empírica, e sim, de uma pesquisa teórica motivada pelos seguintes pressupostos: 1) a oportunidade (por parte do musicoterapeuta pesquisador) de poder fazer estágio clínico musicoterapêutico durante o bacharelado em Musicoterapia, no período de dois anos, com pessoas em reabilitação, em instituição psiquiátrica, pelo abuso de substâncias psicoativas; 2) durante os estudos no Mestrado Acadêmico em Teologia da Faculdade EST surgiram *flashes* de que o uso abusivo de substâncias psicoativas poderia ser um efeito colateral da “mega” sociedade atual. Esse efeito enquanto problema de saúde e segurança pública agravou-se no

---

<sup>24</sup> Orientada pelo professor Dr. Júlio César Adam e co-orientada pela professora Dra. Laura Franch Schmidt da Silva, a pesquisa serviu para obtenção do grau de Mestre em Teologia ao Musicoterapeuta Sandro Santos da Rosa.

presente período histórico. Essa premissa prevê que pesquisas nessa área são de grande relevância social; 3) a escuridão epistemológica que envolve o uso e a funcionalidade da música como ferramenta terapêutica na reabilitação de pessoas acometidas pela referida patologia; 5) a percepção de que o abuso de psicoativos pode ser uma frequente fuga de uma realidade insuportável, assim como também podem ser as artes, a religião e as práticas rituais religiosas, bem como, a própria sessão musicoterapêutica.

Conforme motivos (problemas) interessantes e instigantes foram emergindo, começou-se a aventar de que tanto a droga, quanto a arte e a religião assemelham-se por levar o ser humano a um estado psíquico alterado – a uma *trans-significação* do real. De que maneira? Qual é a linguagem cognitiva que existe por detrás das práticas que *trans-significam* o real? Fenomenologicamente, por que o ser humano parece não viver sem algum tipo de busca, seja no âmbito das drogas, da religião ou das artes? O que assemelha e o que distingue as diferentes buscas humanas?

Por intermédio de três partes, o escrito realizará reflexões que rodeiem os questionamentos proferidos acima. Metodologicamente, o trabalho será embasado por pesquisa bibliográfica e de artigos publicados na internet, que correspondam às demandas acima suscitadas. Obras que não correspondem às demandas reflexivas propostas não farão parte da reflexão. Num primeiro momento, o trabalho tratará do uso abusivo de substâncias, das nuances pessoais e sociais do uso de drogas. Na parte intermediária serão delineados preceitos básicos que se referem aos ritos humanos, suas estruturas sociais e seus efeitos práticos. Ademais, campear-se-á aspectos fundamentais que fazem do enredo do rito um “ordenador” em potencial da vida humana.

O macro objetivo do presente trabalho buscará ser alcançado na terceira e última parte, que procurará compreender as vias pelas quais a música atua como forma de comportamento humano, para em consequência disso, verificar de que maneira ela – a música – pode corresponder às expectativas terapêuticas junto a pessoas em reabilitação pelo uso abusivo de substâncias psicoativas. A partir de uma abordagem musicoterapêutica,

investigar-se-á o processo pelo qual o comportamento patológico de pessoas em reabilitação – pelo abuso de psicoativos – pode ser modificado por intermédio de intervenções musicais. O eixo da reflexão que se procurará estruturar no trabalho buscará subsídios na seguinte prerrogativa: a música enquanto comportamento humano é uma atividade concreta que ressignifica e reconfigura o *status* patológico de pessoas em tratamento pelo abuso de psicoativos. A principal tese para essa prerrogativa, sendo conseqüentemente a de maior importância epistemológica, não apenas para a Musicoterapia, mas também para outras áreas que utilizam da música, é de que a música é eficaz não *apenas* pelo que exprime e significa, mas porque ela própria opera uma mudança de forma real e não simbólica nas pessoas que com ela interagem.

Entretentes, o trabalho conta com a premissa de que a intervenção musicoterapêutica com pessoas em reabilitação pelo abuso de psicoativos é *per si* um “cuidado humano” (cuidado: do latim *Cogitare* – que significa reflexão, pensar, planejamento com o ser humano). Aventa-se que toda abordagem musicoterapêutica é – ou deveria ser – “cuidado humano”. Essa premissa é o que conduz a reflexão do trabalho musicoterapêutico e é, entretentes, o que fortalece o compromisso da Musicoterapia com as Ciências Humanas – leia-se – ser humano.

### **O USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: SUAS NUANCES E A RELAÇÃO COM A MÚSICA**

Historicamente, segundo Lima e Azevedo (2011), constata-se a propensão do ser humano ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Essas vão desde produtos de origem natural até aqueles produzidos em laboratório, dessa forma, o ser humano sempre buscou modificar o humor, a percepção e as sensações por meio de substâncias, com finalidades culturais, relaxantes ou simplesmente recreacionais. O uso de substâncias sempre esteve ligado à produção intelectual, principalmente, às produções artísticas poéticas e musicais.

Costa (2011), baseado na Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. No CID 10 (2008), considera-se uso abusivo, a auto-administração contínua e recorrente de substâncias lícitas como o álcool, ou ilícitas, como a *cannabis*, a cocaína, o *crack*, e o *ecstasy* entre outras, que resultam em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo do consumo da droga. A característica essencial da dependência de substância pelo indivíduo é constatada pela presença de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos.

No CID-10 (2008) o abuso e dependência de substâncias encontram-se classificados como F10-19 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa – referindo-se aos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que tem em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas prescritas ou não por um médico. Identificar a presença da substância psicoativa torna-se possível através de informações fornecidas pelo próprio indivíduo, pelas análises de sangue e de outros líquidos corporais, por sintomas físicos e psicológicos característicos, pelos sinais e os comportamentos clínicos, e outras evidências tais como as drogas achadas com o paciente e os relatos de terceiros bem informados (DSM-IV, 1995, p. 171).

Segundo o DSM-IV (1995), o uso de determinadas substâncias ilícitas pelo indivíduo tem por objetivo lhe promover uma sensação de bem estar e alívio de suas tensões. Configura-se como patológico, quando se faz uso abusivo de substâncias psicoativas, no qual o indivíduo não consegue viver sem o aporte dessas. Os sintomas podem variar de pessoa para pessoa, sendo os mais comuns a ansiedade, dificuldades para manter atenção e para manter-se concentrado. A situação na qual o indivíduo encontra disposição ao uso *abusivo* de substâncias é caracterizada como *crise*, não fosse assim, ele faria uso moderado, não estabelecendo a dependência e uso compulsivo, e

sim, podendo fazer a escolha do momento do uso. A situação, na qual o ser humano não consegue encontrar soluções para resolver seus problemas, imprimindo-lhe um sentimento de impotência, faz com que ele possa inclinar-se buscando e “encontrando” nas substâncias psicoativas a alternativa para aliviar suas tensões. Dessa maneira, considera-se que a patologia não estrutura-se no simples uso de substâncias, mas sim, no abuso.

Frente a uma situação de crise (pessoal e/ou social), apresentam-se duas alternativas que estão associadas à resiliência individual para lidar com a cena. Consta-se que, (a) enquanto uns dispõem de recursos pessoais para resolver problemas, (b) outros não encontram em si habilidades e competências para solucionar questões relacionadas à crise. Com uma sequência de frustrações estabelece-se o estado de sofrimento. A partir desses dados, é plausível a reflexão de que nem todas as pessoas que se encontram em vulnerabilidade necessariamente farão uso *abusivo* de substâncias, mas por serem socialmente *sofredoras* (crise), encontram-se mais propensas ao uso *abusivo* de substâncias. Ressalta-se que parte dos indivíduos acometidos pela patologia em questão não sofrem de nenhum tipo de problema político-social, mas sim, de cunho pessoal e comportamental (ERIKSON, 1976, p. 129).

No senso comum, encontra-se presente uma ligação entre o consumo de substâncias psicoativas e a apreciação ou fazer musical. As substâncias psicoativas estavam presentes na produção musical de vários artistas consagrados internacionalmente, como Janis Joplin, Jimi Hendrix, Kurt Cobain, e recentemente, Amy Winehouse – entre outros, os quais sofreram as consequências do uso abusivo (TORO, 2000, p. 221). O Brasil também perdeu artistas que faziam uso abusivo de substâncias psicoativas, entre eles, podemos incluir Elis Regina Carvalho que morreu de overdose ao consumir doses de uísque e depois cocaína. Outro influente artista brasileiro que teve sua morte por consequência do uso abusivo de substâncias é Raul Seixas, que morreu de pancreatite aguda pelo uso abusivo do álcool (JOVEM PAN, 2012).

Pode-se explicar a relação de gêneros e “tribos musicais” com o uso de determinadas substâncias. A exemplo disso, o Rock e seus derivados

(Heavy Metal, Punk Rock, Hard Core, entre outros) denunciam em suas músicas uma ligação com várias substâncias psicoativas, entre elas, a cocaína, a maconha, o álcool e, numa realidade não comum no Brasil, a heroína, que é usada em maior quantidade na América do Norte e Europa. Também há ligação entre o Reggae e a maconha, talvez pelo motivo de que Bob Marley, o artista mais influente do gênero, tenha sido consumidor ativo da substância (JOVEM PAN, 2012). É possível identificar também a ligação da música eletrônica e o *ecstasy*. Evidencia-se essa relação pelas frequentes reportagens que noticiam o uso e o tráfico dessa substância nas *Raves*. Na música especificamente brasileira evidencia-se a ligação do samba com a cachaça e a cerveja, bem como da Bossa Nova com o consumo do uísque.

Tratando-se da apologia, há um século a música popular brasileira aborda o assunto com “escracho”. Em si, o texto musicado traz o lícito e o ilícito e é cantado em todos os contextos. Evidências disso estão em canções, tais como: “Puro êxtase” (Guto Goff/Murício Barros), “Eu bebo sim” (Luiz Antonio/Luiz Vieira), “Lama” (Paulo Marques/Aylce Chavez), “Moda da pinga” (Ochelsis Laureano/Raul Torres), “Veneno da lata” (Fernanda Abreu/Will Mowat), “Malandragem dá um tempo” (Bezerra da Silva), “Como vovó já dizia” (Raul Seixas/Paulo Coelho), “O mal é o que sai da boca do homem” (Galvão/Baby Consuelo/Pepeu Gomes), “Lança perfume” (Rita Lee/Roberto de Carvalho), “A cocaína” (José Barbosa da Silva, o Sinhô) (WHIPLASH, 2012).

É evidente que a sociedade aceita a música em todos os contextos, por conseguinte, a experiência da intervenção clínica musicoterapêutica em instituição de tratamento, com indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, revela que o(a) musicoterapeuta é aceito pelas pessoas em reabilitação, pois, o paciente antes de identificar um terapeuta, “enxerga” um músico – um parceiro. Esse acolhimento por parte do(a) paciente parece gerar uma relação de “cumplicidade” na busca pela reabilitação.

Partindo de um preceito do filósofo Nietzsche no qual “o som é o meio mais importante para se desembaraçar da individualidade” (NIETZSCHE (1869-70) apud DIAS, 2005, p. 43), observa-se que, ao interagir “socialmente”

numa sessão (paciente(s), musicoterapeuta, música, espaço físico), onde a música representa o conflito do paciente, esse se encontra junto ao terapeuta para resolver o conflito promovido pela experiência musical (RADOCY; BOYLE, 2003, p. 35). Dessa forma, Yalom (2006) propõe que o terapeuta olhe pela janela do “outro”, vendo o mundo como seu paciente o vê. Tal processo possibilita que o terapeuta esteja com o paciente, no mesmo plano, no mesmo nível, na mesma vivência, na mesma música, isento de hierarquias.

O(a) paciente escolhe as canções para serem executadas na sessão. Acredita-se que elas revelam a identidade, o conflito, as relações interpessoais, a dificuldade de conviver com a abstinência, a distância do meio sociocultural entre outros conteúdos velados pela estrutura da linguagem musical. Entrementes, aventa-se que a experiência musical, na sessão musicoterapêutica, é um recorte metafórico da realidade existencial do paciente.

## **RITO: UMA ANTIESTRUTURA DA REALIDADE**

Nesta parte procurar-se-á buscar em outros campos epistemológicos, como o da religião, da antropologia, da filosofia (jamais vinculados à prática musicoterapêutica no que se refere à reabilitação pelo abuso de substâncias), uma prática cultural que o ser humano busca como artifício para dar continuidade ao devir: o rito.

Victor Turner (1974) compreende que o rito é uma *antiestrutura* à *estrutura* hierárquica de posições político-jurídico-econômicas. Essa *antiestrutura* se dá no reconhecimento simbólico de que “um vínculo social generalizado [...] deixou de existir” (TURNER, 1974, p. 118). Como destaca Rivière (1996, p. 43): “O rito parece eficaz não pelo que exprime e significa, mas porque ele próprio opera uma mudança de forma real e não simbólica”. A partir desse momento o presente escrito buscará vislumbrar que o uso abusivo de substâncias psicoativas é uma forma de *communitas* que se estabelece

como *antiestrutura* à *estrutura* hierárquica de posições político-jurídico-econômicas.

Victor Turner (1974, p. 169) identifica que movimentos comunitários e tribais como os dos *hippies*, a exemplo, buscam “uma experiência transformadora que vai até as raízes do ser de cada pessoa e encontra nessas raízes algo profundamente comunal e compartilhado”. O autor denomina esse tipo de organização como *communitas*, na qual, o “*Nós essencial* [o grupo] tem caráter liminar (transcendente), pois a duração implica institucionalização e repetição, enquanto a comunidade [...] é sempre completamente única e, por conseguinte, socialmente transitória” (TURNER, 1974, p. 167).

A partir da análise de Turner, relacionada à cultura *hippie*, é possível que se faça a associação de sua teoria à outra forma de *communitas*, ou seja, à outra forma de comunhão entre os seres, que muitas vezes “surge onde não existe estrutura social” (TURNER, 1974, p. 154), ademais, as “tribos” que são formadas motivadas pelo uso de psicoativos. Qualquer tipo de *antiestrutura* à estrutura social é uma *communitas*. A *communitas*, como propõe Turner, se estrutura a partir de uma ausência de estrutura, entretanto, surge a partir de um total desligamento da estrutura social – que aqui pode ser chamada de realidade – a experiência onde o sol queima, o morango é doce e a cachaça é amarga.

Vislumbra-se que o uso de substâncias psicoativas é um tipo de *communitas*, pois, como fora explicitado na parte inicial, reúne pessoas em “tribos” que representam, a certo modo, *antiestruturas* sociais. A maximização desse tipo de *communitas* (do uso de psicoativos) e o exagero de sua estrutura é que levam a manifestações patológicas. As “tribos” juvenis, mencionadas na parte anterior, são especificamente delimitadas por estilo de vestimenta, gíria, gênero musical que se “curte” e tipo de droga que os membros de cada “tribo” usam (exemplo: maconha/*reggae* e *ecstasy/dance*). O exagero desse tipo de *communitas*, ou seja, o *abuso* de substâncias psicoativas, nada mais é que uma ação *antiestrutural* na sua forma patológica.

O processo ritual na sua forma real e não simbólica, como propõe Rivière (1996), é aqui identificado nos agrupamentos de usuários de psicoativos, sejam nas *raves*, nas ruas (*cracolândias*), ou qualquer lugar. Nesse processo ritual, pessoas compartilham da mesma experiência como forma de criarem uma sociedade à parte e *antiestrutura* à *estrutura* hierárquica de posições político-jurídico-econômicas. O fato pernicioso deste tipo de *antiestrutura* se configura a partir do momento que determinados indivíduos não fazem apenas o *uso* de determinadas substâncias para a “expansão” do pensamento, mas, *abusam* das substâncias. O uso de psicoativos que para muitos auxilia no processo de criação (existencial ou artística), como indicou a primeira parte deste artigo, acaba por danificar fisicamente, psicologicamente e moralmente determinadas pessoas, por terem essas, ultrapassado a fronteira que separa o *uso* do *abuso*.

Ultrapassar as leis do tempo do relógio (e anestesiá-las a elas), de uma sociedade moderna geradora de vulnerabilidades indignas – consequentes de uma alta produtividade tecnológica nos quais os não capacitados são excluídos – são uma provável maneira encontrada por milhões de indivíduos do mundo inteiro para que possam suportar seus “fardos” (METTE, 2010, p. 69-81). Esses indivíduos, por conseguinte, são presas fáceis da economia das substâncias psicoativas. É evidente que a *antiestrutura* psicoativa é uma fuga que “serve” para que o indivíduo suporte física e mentalmente uma realidade que, motivada por qualquer ordem (psicológica, física, social), é sofrível, “sem graça”, “chata” e “insuportável”. Pode ser também a *antiestrutura* psicoativa, uma fuga da realidade. Essa fuga oferece uma “sempre nova” percepção prazerosa da própria realidade. É importante a reiteração de que, de maneira geral, enquanto *uso*, essa prática é inóxia. Entretanto, o *abuso* de substâncias comumente é nocivo e leva à morte.

MUSICOTERAPIA

## A SESSÃO MUSICOTERAPÊUTICA: PRÁTICA SALUTAR DE TRANS-SIGNIFICAÇÃO DO DEVR HUMANO

Entende-se com *prática salutar de trans-significação do devir humano*, o seguinte: desde os primórdios o ser humano buscou a *liminaridade*<sup>25</sup> por intermédio de práticas religiosas, rituais e artísticas, que pudessem levá-lo a um transe “semi-hipnótico” (HINDLEY, 1981, p. 06), no qual, o simbolismo age como motivo fundamental para a elucidação e reelaboração do processo do devir. Essas práticas servem para que o ser humano se religue à vida, à natureza, ao *éthos*, ou seja, a tudo aquilo que confere sentido à existência. A *prática salutar de trans-significação do devir humano* pode também ser compreendida como “fuga” da realidade que visa compreensões do passado e reelaboração do futuro, sendo, de maneira geral, inóxias e reveladoras de “verdades”<sup>26</sup> escondidas, ou, não visíveis no cotidiano.

A música sempre ocupou um lugar de destaque naquilo que aqui fora entendido como *prática salutar de trans-significação do devir humano*. Mas, afinal, de que maneira se pode investigar e cogitar o motivo, se é que isso é possível, da presença da música como forma integradora do *ser humano*, do *ser cultural*, do *ser religioso*, do *ser terapêutico*, do *ser communitas*, do *ser liminar*?

Silva (2012, p. 04) compreende que a música “possui signos e símbolos que codificam a existência humana em uma linguagem espaço-temporal” que pode ser mapeada em uma partitura. A propósito dessa afirmação, Terrin (2004, p. 269) afirma: “A música sempre funcionou como ‘recheio’ do âmbito ritual, e, a seu modo, foi um ‘sinal’ de extrema importância para se estabelecer o tempo e até o espaço da celebração do rito”. Mas, como

---

<sup>25</sup> Lugar de retiro da estrutura social em seu modo político-jurídico-econômico. “Período de exame dos valores e axiomas centrais da cultura em que ocorre”.(TURNER, 1974, p. 202).

<sup>26</sup> Não se entrará, neste escrito, no mérito do que é ou não *verdade*, mas, neste texto *verdade* se refere às buscas existenciais humanas, em outros termos, se refere à busca daquilo que ajuda o ser humano qualificar harmonicamente a vivência com seus pares e com a natureza, ademais, com o mundo como um todo.

isso acontece fenomenologicamente no processo ritual ou numa sessão musicoterapêutica?

Uma perspectiva da dinâmica funcional da ação musical é compreendida por Silva (2012) da seguinte forma:

A música é uma construção social, portanto é uma linguagem simbólica construída por silêncios e sons/ruídos que gera uma ilusão de movimento, movimentos que não são visíveis, mas que são dados ao ouvido em vez de à visão. Quando ouvimos música ao que nos referimos como “movimento”, necessariamente o espaço ocupado por nós não se movimenta. A duração musical “movimenta” uma imagem interna de um tempo experimentado, uma passagem da vida que sentimos à medida que as expectativas se tornam [musicalmente] agora e agora (SILVA, 2012, p. 05).

108

A partir da interação com a música, tocando ou ouvindo interativamente, o ser humano é levado a um tempo virtual e desconexo do tempo percebido pelos acontecimentos reais. Na interatividade musical, segundo Silva (2012), o tempo real é suspenso pela música ao passo que essa se oferece como um equivalente e substituo.

Verificou-se que o uso abusivo de substâncias psicoativas pode ser compreendido como *communitas*, a qual, sendo *antiestrutura* à estrutura social, busca num estado *liminar* provocado pelo transe psicoativo, uma trans-significação da realidade. Como as práticas sociais comumente são *communitas* antiestruturais a outras *communitas*, se propõe que a sessão musicoterapêutica, por compreender em sua formulação a relação entre pessoas e depender de um estado *liminar* para que seus objetivos sejam alcançados, é uma *communitas* antiestrutural à anunciada *communitas* patológica protagonizada por indivíduos que fazem abuso de psicoativos. Aventa-se, então, que enquanto a trans-significação do real promovida pelo uso de psicoativos se revela falsa quando passado o efeito psicoativo, a trans-significação provocada na interatividade de pessoas com a música, na sessão musicoterapêutica, desencadeia um processo catártico – uma experiência de mudança – de elaboração e reelaboração prática/concreta do devir humano.

Compreende-se aqui, que o estado *liminar* (transe), numa intervenção musicoterapêutica, é promovido pela fusão simbólica de elementos artísticos musicais. Essa presunção parece inquestionável, pois, já fora esboçado neste escrito, que no rito a fase *liminar* é alcançada por intermédio de significações simbólicas, sendo a música, como sugere Terrin: “capaz de determinar a essência mesma do fato ritual; assim, propõe-se sozinha como a zona-limítrofe e de eficácia do rito” (TERRIN, 2004, p. 269). O estado *liminar*, numa intervenção musicoterapêutica, ascende o ser humano a um campo significativo daquilo que as palavras não podem ou não precisam expressar.

Susanne Langer (2004, p. 238) concebe que a música não preenche “a função real do significado, que requer conteúdos permanentes”. O conteúdo musical não gera significância (que remeta a outra coisa) *convencional* entre as pessoas que dele fazem uso (tocando, apreciando, lendo uma partitura), como a palavra “bola”. Langer complementa que na música “a adjudicação de um em vez de outro significado possível para cada forma [musical] nunca é feita de maneira explícita. A música portanto, é ‘Forma Significante’, no sentido peculiar de ‘significante’” que pode ser apenas apreendido, sentido, mas não definido. Para Langer “tal significação é implícita, mas não convencionalmente fixada” (LANGER, 2004, p. 238).

Pelas razões mencionadas, a presente pesquisa vê a sessão musicoterapêutica como uma forma de *communitas* humana, onde os seres se integram e transformam a realidade em busca de um novo devir. Turner (1974) compreende que a *communitas* tem um aspecto de potencialidade – de dar poder aos fracos. As relações entre os seres, na *communitas*, são geradoras de símbolos e de metáforas que unificam e, conseqüentemente, fortificam os participantes de um grupo em estado *liminar*. A arte e a religião, a exemplo, são produtos da *communitas*. O autor esboça:

MUSICOTERAPIA

Os profetas e os artistas tendem a ser pessoas liminares ou marginais, “fronteiriços que se esforçam com veemente sinceridade por libertar-se dos clichês ligados às incumbências da posição social e à representação de papéis, e entrar em

relações vitais com os outros [seres humanos], de fato ou na imaginação (TURNER, 1974, p. 155).

Thayer Gaston (1968, p. 46) afirma: “O poder da música é maior em situações grupais”. Para o autor, a música “proporciona um conjunto estruturado de componentes sensoriais, motores emocionais e sociais, para os quais, ou para sua maior parte, os participantes se unem” (GASTON, 1968, p. 47). Verificou-se na clínica musicoterapêutica, com a população acometida pelo abuso de psicoativos, o poder integrador da música. Na interatividade musicoterapêutica, pacientes e terapeuta, “trabalham”, através da música, no mesmo plano de ação. A sincronia promovida pela natureza ordenada (rítmica) da música é geradora da experiência de “pertencimento”. O(a) paciente na interatividade musical grupal, “passa” a pertencer não apenas a um grupo de “confinamento” (para a reabilitação), mas, a um grupo de produção – de criação – a exemplo dos mais variados grupos sociais que estão do lado externo à instituição de reabilitação. Sobre a experiência da sessão musicoterapêutica em grupo, Gaston (1968, p. 47) diz: “[A música] unifica o grupo para a ação comum e é esta maneira de agrupar-se o que suscita ou muda muitas das condutas que têm lugar fora das atividades musicais”. O autor afirma também: “A atividade musical é uma forma de coesão social, de acercamento” (GASTON, 1968, p. 44). Compreende-se assim, que a intervenção musicoterapêutica é capaz de auxiliar os pacientes na readaptação à sociedade.

Na sessão musicoterapêutica, o(a) paciente, e não apenas o(a) terapeuta, são “artistas”. Ambos, em suas produções através da música, vislumbram por momentos o extraordinário potencial do ser humano ainda não exteriorizado e fixado pelo(a) paciente na estrutura social. A pessoa que faz uso abusivo de psicoativos não percebe que possui qualquer potencial que não seja o promovido pelas substâncias psicoativas – que numa administração abusiva pode levar à morte. Postula-se com isso, que a sensação de potência promovida pela droga (em caso de uso abusivo) é uma falsa percepção, pois a pessoa está de fato sendo acometida por um problema de saúde que, se não

tratado, como qualquer outra patologia, poderá agravar seu estado de saúde levando-a à morte.

A sessão musicoterapêutica, a exemplo da prática ritual, atua como forma de dar poder aos fracos. Na sessão musicoterapêutica, o(a) paciente, ao fazer parte de uma *communitas* terapêutica junto ao(à) terapeuta e outros(as) pacientes,<sup>27</sup> e, conseqüentemente, ao atingir o estado *liminar* no *fazer* musical, abre em si uma janela de conteúdos “ocultados” nele e dele mesmo, num processo cognitivo de autoconhecimento, de conhecimento de suas potencialidades, apuradas por intermédio do conteúdo musical. Esse conteúdo, através de seus elementos como o tom, a melodia, o tempo, o ritmo, reivindica e exige dos participantes uma “precisão surpreendente” (GASTON, 1968, p. 44). A música não apenas evoca sentimentos através de seus significantes, mas, é a partir de seu próprio conteúdo que se resolvem as tensões. Silva (2012) analisa:

A vida é sempre uma textura densa (polifônica [e polissêmica]), um ciclo de tensões adversárias e, como cada uma delas é uma medida de tempo elas não coincidem [são relativas umas às outras]. Nossa experiência temporal, de tempo vivido, se esfacela em elementos incomensuráveis que não podem ser percebidos todos em conjunto como formas nítidas. A música constrói na mente uma ilusão no espaço ou no tempo. O tempo musical tem forma e organização, volume e partes distinguíveis (SILVA, 2012, p. 06).

A experiência organizacional e criativa promovida pela música (por seu conteúdo ser organizado ritmicamente em tempo e espaço determinados) é concebida por este escrito como essência da sessão musicoterapêutica, ademais, é a *prática salutar de trans-significação do devir humano*. Talvez essa presunção ajude na compreensão do motivo pelo qual a música comumente faz parte das práticas rituais religiosas. Gaston (1968) comenta:

---

<sup>27</sup> A atividade em grupo é geralmente o tipo de atendimento com a população com a patologia referida. A prática musicoterapêutica em instituição de reabilitação revelou que as atividades terapêuticas são comumente realizadas em grupo, para que se potencialize a capacidade do paciente no que condiz à relação com o outro e com a sociedade.

Um dos mais claros e evidentes usos da música se dá na religião. Entre uma e outra existe uma coincidência muito surpreendente. [...] Alguns propósitos dos ofícios religiosos e das funções musicais são muito similares. Têm o poder [organizacional] de unir as pessoas. Tanto a religião como a música cumprem sua mais elevada função quando são atividades grupais (GASTON, 1968, p. 42-43).

Com a passagem acima novamente se confirma a função de *communitas (antiestrutura)* promovida tanto pelo rito quanto pela interação do ser humano com a música. A relação de proximidade entre os dois campos de ação humana, a música e o rito, parecem, fenomenologicamente, atuarem pelo mesmo viés semântico, o da representação não das coisas externas ao ser humano, mas do seu âmago – do seu interior.

Silva (2012, p. 08) propõe: “A expressão musical é uma forma simbólica de se revelar novos significados. [...] A cada nova execução, re-criação musical, há uma nova música” e, conseqüentemente, uma nova expressão – um novo ser (efeito catártico).

Com isso, aventa-se que: durante a atividade musicoterapêutica, na interação do(a) paciente com a música, ocorre a homogeneização de significados emocionais e existenciais interiores do(a) paciente. Cabe ao(à) terapeuta fazer uma leitura da linguagem musical – dos significantes musicais que revelam a “linguagem interna” – emocional do(a) paciente, para que na continuidade clínica musicoterapêutica, possam ser retomados e deliberadamente reintroduzidos na cena terapêutica. Terapeuticamente, objetiva-se com isso, por intermédio de experiências concretas de inter-relação humana através da música, como a execução re-criativa de canções, improvisação ou composição, que o(a) paciente *per si* possa reconfigurar e ressignificar de maneira organizada e deliberada suas emoções e ações.

A experiência organizacional promovida pela música desencadeia no(a) paciente o sentimento de potencialidade, de capacidade, de *ser* parte de um grupo criativo (paciente(s) terapeuta) – sem precisar estar sob efeito de substâncias psicoativas. Ao simples fato de trocar de instrumento com outro(a)

paciente ou musicoterapeuta, procedimento esse comum em sessões musicoterapêuticas, o(a) paciente vive a experiência da generosidade – do compartilhamento. A sessão musicoterapêutica, como forma de *communitas* que é, dá poder aos fracos. A interatividade musical “descobre” no(a) paciente seu poder intelectual, afetivo e psicomotor. Esse poder não é da substância psicoativa – não é transitório. O poder “descoberto” é perene e é do(a) paciente. Mas afinal, qual é a resultante epistemológica da reflexão até o presente momento percorrida?

Retomando, Rivière (1996, p. 43) destaca: “O rito parece eficaz não pelo que exprime e significa, mas porque ele próprio opera uma mudança de forma real e não simbólica”. Gaston (1968), de maneira semelhante, postula que a música é realidade estruturada. O autor compreende que: “Todos os sentidos [aguçados pela música] nos fazem conhecer aspectos da realidade. Ouvir um acorde não é menos real que cheirar uma rosa, ver um por do sol, degustar uma maçã, ou sentir o impacto quando chocamos com uma parede” (GASTON, 1968, p. 44). Enquanto forma de inter-relação afetiva, “[a música] unifica o grupo para a ação comum e é esta maneira de agrupar-se o que suscita ou muda muitas das condutas que têm lugar fora das atividades musicais” (GASTON, 1968, p. 47). Conclui-se, entretanto, que a música é eficaz não apenas pelo que exprime e significa, mas por que ela própria, por intermédio de intervenções musicoterapêuticas, opera também uma mudança de forma real e não simbólica.

A sessão musicoterapêutica é uma *communitas* que descobre poder no fraco. Não obstante, este escrito vislumbra que a sessão musicoterapêutica promovida pela “linguagem musical”, que é estruturada pelo ritmo, melodia, contraponto e harmonia, é experiência concreta de devir humano, ao passo que a estrutura musical e as propriedades da música (altura, duração, intensidade e timbre) carregam consigo uma “forma significante” que metaforiza as associações entre os indivíduos, e outrossim, a associação do ser humano com o mundo e com a vida como um todo.

Com base em Silva (2012), alcança-se a seguinte reflexão: o tempo só pode ser percebido com a relatividade entre os acontecimentos. O ritmo é movimento, continuidade em tempo e espaços definidos. O ritmo acentua os acontecimentos, qualifica os espaços, e conseqüentemente, situa no tempo. Sem o ritmo não existe vida – nem continuidade – tampouco um devir. A melodia é o sujeito, que na sua individualidade encontra no contraponto – na convivência – na voz do Outro – o encontro com o Outro, sua única maneira de *vir a ser* Sujeito – de *vir a ser communitas*. O contraponto é a relação do Sujeito com o Outro – a alteridade. A harmonia é a relação dos indivíduos em uma sociedade, com todas as concordâncias e discordâncias que fazem parte do *devir* da existência. A harmonia é a constante tensão e o conseqüente repouso pela qual as sociedades, seus princípios éticos e morais, suas crenças, seus costumes e valores, mudam e se transformam.

### Considerações finais

Na interação musical as essências (crenças, costumes, tudo que é estruturado por determinada cultura) vêm à tona. Fenomenologicamente, a interatividade artístico-musical promove no ser humano o processo catártico da experiência musical – o evocar, o expurgar, o sentir, o expressar. Na medida em que o ser humano progride em tempo e espaço determinado pela música, reelabora simbolicamente, em estado *liminar*, seu devir. As tramas simbólicas evocadas pelos significantes musicais na interação do ser humano com a música são, nessa abordagem, o “corpo caloso” musical do sentido. Esse é formado, por um lado, por aspectos do cotidiano e por outro, pelos aspectos emocionais interiores da pessoa. O “corpo caloso” musical faz a intermediação entre as coisas reais que organicamente acontecem no cotidiano, com aquelas das emoções. Ademais, como o “corpo caloso” do cérebro, o “corpo caloso” musical busca e intercruza aspectos de ambos os lados – do hemisfério objetivo (externo ao indivíduo) e do hemisfério subjetivo/emocional (interior),

entrelaçando-os. Assim se dá o sentido, a significação da existência e a projeção do devir do(a) paciente.

É importante a consideração de que, tanto no processo ritual, quanto na sessão musicoterapêutica, as ações são deliberativamente articuladas por um(a) líder ou líderes. No processo ritual, a pessoa que delibera os elementos litúrgicos é o(a) líder espiritual (pastor(a), padre, cacique, pai e mãe de santo, ministro(a), etc.). Na sessão musicoterapêutica, quem delibera os elementos terapêuticos a serem trabalhados, os quais aparecem por intermédio da execução musical do paciente, é o musicoterapeuta(s). As atividades devem ser, em ambos os processos, cadenciadas pela pessoa que exerce a liderança. O(a) líder tem responsabilidade na dinamização dos conteúdos da *communitas*. O estado *liminar* da *communitas* depende da continuidade dos conteúdos trabalhados, das tensões e relaxamentos, das acentuações rítmicas, da ideia de início, meio e fim. É do(a) líder a responsabilidade de iniciar e finalizar o processo *liminar*. A música, comumente é utilizada como forma de organização e demarcação espaço-temporal do processo ritual. Em musicoterapia, a música é (ou deveria ser) o todo da atividade terapêutica.

Contudo, entender a profundidade e a idiossincrasia de cada ser humano em relação à música, que frente a uma sociedade pulsante reivindicada pela demanda do nosso tempo não consegue adequar-se aos sistemas impostos, muitas vezes, desde o nascimento (família distante, falta de atenção, pobreza, violência sexual, entre outros problemas), é imprescindível para que haja inserção ou reinserção sócio-cultural. Então, enfatiza-se que, através e a partir da cultura musical de cada indivíduo, é possível – talvez – inseri-lo nas características comportamentais saudáveis de determinada sociedade. O *ethos* desfragmentado de um sujeito pode ser restabelecido por intervenções que compreendam e levem em consideração o sentido organizacional e integrador da música, bem como seu poder cultural – imprescindível para a vida humana. Dessa forma, propõe-se que músicos, musicoterapeutas, educadores musicais, antropólogos, teólogos, sociólogos, filósofos, psicólogos, entre outros estudiosos das mais variadas áreas, atentem

para a importância da música na constituição da humanidade, para que possam melhor usá-la em busca do bem estar das pessoas, principalmente aquelas em estado vulnerável.

## REFERÊNCIAS

116

CID 10 – **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão – Versão 2008.

COSTA, Humberto. **A política do ministério da saúde**. Disponível em: <[http://www.almg.gov.br/eventos/imagens/politica\\_ministerio\\_saude.pdf](http://www.almg.gov.br/eventos/imagens/politica_ministerio_saude.pdf)>. Acesso em: 11 de abril de 2011.

DIAS, Rosa Maria. **Nietzsche e a música**. São Paulo: Discurso Editorial; Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2005.

DSM IV – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Dayse Batista. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ERIKSON, Erik H. **Identidade, juventude e crise**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

GASTON, E. Thayer. et al. **Tratado de Musicoterapia**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1968.

HINDLEY, Geoffrey. **Instrumentos musicais**. São Paulo: Melhoramentos, 1981.

JOVEM PAN. Disponível em: <<http://jovempanfm.virgula.uol.com.br/musica/especial/?especial=689>>. Acesso em: 01 ago. 2012.

LANGER, Susanne K. **Filosofia em nova chave**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

LIMA, Elson S.; AZEVEDO, Renata Cruz S. (Orgs). **Programa de prevenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas na Unicamp.** Disponível em: <<http://www.prdu.unicamp.br/vivamais/Projeto.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2011.

METTE, Norbert. Exclusão, um desafio prático-teológico e pastoral. In: **Estudos Teológicos.** São Leopoldo, v. 50, n. 1, p.69-81, jan./jun. 2010.

RADOCY, Rudolf E.; BOYLE, David J. **Psychological foundations of musical behavior.** 4 ed. Springfield, Illinois: Charles C Thomas/Publisher, Ltd, 2003.

RIVIÈRE, Claude. **Os ritos profanos.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SILVA, Laura F. S. da. **Musicoterapia, música e cognição.** São Leopoldo. Texto apresentado em palestra concedida no IV Fórum de Musicoterapia da Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul – AMT-RS, 26 mai. 2012.

TERRIN, Aldo Natale. **O rito: antropologia e fenomenologia da ritualidade.** Tradução de José Maria de Almeida. São Paulo: Paulus, 2004.

TORO, Mariano Betés de. **Fundamentos de musicoterapia.** Madrid: Ediciones Morata, 2000.

TURNER, Victor W. **O processo ritual: estrutura e antiestrutura.** Petrópolis: Vozes, 1974.

WHIPLASH. **Ranking comentado das 10 melhores músicas que fazem apologia,** selecionadas por UOL Música. Disponível em: <http://whiplash.net/materias/melhores/013350-jeffersonairplane.html>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

YALOM, Irvin D., **Os desafios da terapia.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

Recebido em 15/09/2013  
Aprovado em 11/11/2013

## PRÁTICAS MUSICOTERAPÊUTICAS EM GRUPO: PLANEJAR PARA INTERVIR

GROUP MUSIC THERAPEUTIC PRACTICES: PLANNING TO INTERVENE

*Fernanda Valentin (UFG)<sup>28</sup>, Leomara Craveiro de Sá (UFG)<sup>29</sup>, Elizabeth Esperidião (UFG)<sup>30</sup>*

118

**Resumo** - Este artigo tem por objetivo refletir sobre aspectos relacionados ao planejamento de intervenções grupais em musicoterapia. São várias as expressões, os comportamentos e as relações que se entrelaçam, possibilitando que os integrantes do grupo revivam recortes de experiências de vida que constituem elementos significativos para a escuta e análise musicoterapêuticas. O planejamento das intervenções é etapa básica para a assertividade da proposta a ser empreendida pelo musicoterapeuta, em razão da complexidade dos fenômenos inerentes a qualquer grupo, e aqueles específicos às experiências musicais. Planejar ajuda a manter o foco na intervenção, favorece a efetividade da ação, minimiza possíveis riscos, além de contribuir para a avaliação dos resultados, sempre tendo em vista o cumprimento das questões éticas.

**Palavras-chave:** Musicoterapia. Planejamento. Intervenções Grupais.

**Abstract:** This article is a reflection on aspects related to the planning of group interventions in music therapy. Various expressions, behaviors and relationships are intertwined, providing members of the group to revive excerpts of life experiences that constitute significant elements for music therapeutic listening and analyzing. The intervention planning is a basic step for the assertiveness of the proposal to be undertaken by the music therapist, due to

---

<sup>28</sup> Mestre em Música e Bacharel em Musicoterapia - UFG. Especialização em Terapia de Casais e Famílias – PUC-Go. Professora do Curso de Graduação em Musicoterapia - UFG. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Musicoterapia - NEPAM/CNPq. <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4138799U6>

<sup>29</sup> Doutora em Comunicação e Semiótica -PUC/SP; Musicoterapeuta com Especializações em Psicologia Transpessoal e Musicoterapia em Saúde Mental; Bacharel em Música; Professora aposentada/UFG; Membro do NEPAM/CNPq. <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4708886E6>

<sup>30</sup> Doutora em Enfermagem; Graduada em Enfermagem e Psicologia. Professora Adjunta Faculdade de Enfermagem - UFG. Membro permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Membro do Grupo de Estudos em Gestão e Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem. <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4706360T2>

the complexity of the phenomena inherent to any group, and those that are specific to the musical experiences. Planning helps to keep the focus on the intervention, favors the effectiveness of the action, minimizes potential risks, and contributes to the evaluation of results, always having in mind the compliance of ethical issues.

**Keywords:** Music Therapy. Planning. Group Interventions.

---

## Introdução

Independente da área de atuação, a tendência natural do ser humano é começar a desenvolver ações sem antes fazer um planejamento. Entretanto, isto pode comprometer o resultado final, além de ocasionar perda de tempo na execução da tarefa proposta. Um dos principais argumentos contra o planejamento é que ele limita a liberdade e transforma a vida em um processo mecânico (BARBOSA, 2004). Tal compreensão é, na verdade, um equívoco, especialmente quando se trata de ações a serem empreendidas junto a seres humanos. Qualquer que seja o contexto, é necessário que o mesmo seja cuidadosamente avaliado antes de qualquer intervenção.

O planejamento é um processo no qual se identifica aonde se quer chegar (uma situação ou um estado), da forma mais adequada possível, considerando-se, sobretudo, aspectos éticos. Ele tem a função de uma bússola, norteando e indicando caminhos: o que fazer, como, onde, quando, quanto, para quem, por que e por quem. Dessa forma, “o planejamento não diz respeito a decisões futuras, mas às implicações futuras de decisões presentes” (DRUCKER, 1962, p.131).

Para Bruscia (2000), não planejar pode levar à perda do foco e à impossibilidade de avaliar resultados. O autor defende que a musicoterapia trata-se de uma ciência, uma terapêutica com metas e objetivos bem definidos, temporalmente organizados, com uma metodologia e um corpo de conhecimento composto por variedade de teorias e contínua pesquisa. É, portanto, uma profissão que possui padrões clínicos e éticos que orientam e

regulam a conduta dos profissionais musicoterapeutas. Nesta perspectiva, é apresentada uma reflexão sobre alguns aspectos inerentes ao planejamento de intervenções grupais em musicoterapia. Não se trata de um manual de planejamento, mas sim de indicadores para auxiliar no manejo grupal.

## **ATENDIMENTOS MUSICOTERAPÊUTICOS EM GRUPO**

120

O grupo configura-se como uma experiência histórica, que se constrói num determinado espaço e tempo, fruto de relações. Nele apresentam-se aspectos gerais da sociedade e aspectos pessoais, vivência subjetiva e realidade objetiva. O grupo caracteriza-se por relações de interdependência. Assim, a atividade grupal tem a dimensão externa relacionada com a sociedade e/ou outros grupos, e a interna, vinculada aos membros do próprio grupo (MARTINS, 2007). Em graus e modalidades diferentes, todos os membros de um grupo buscam um objetivo comum que motiva sua participação no grupo. As pessoas que se reúnem em torno de um mesmo desígnio estabelecem múltiplos intercâmbios entre si. Por natureza, todo grupo apresenta um dinamismo que lhe é próprio: tem seus problemas, dificuldades, fracassos, sucessos e alegrias. No interior de um grupo, as relações entre os membros evoluem constantemente (AUBRY E SAINT-ARNAUD, 1978; FREIRE, 1992).

Independentemente do contexto terapêutico, o planejamento é etapa fundamental para a assertividade da proposta a ser empreendida. E quando se trata de atendimentos musicoterapêuticos em grupo, além dos elementos que naturalmente são considerados na leitura da dinâmica do grupo, a necessidade de planejamento e sistematização aumenta devido à multiplicidade e complexidade dos componentes presentes no discurso musical. São várias expressões (sonoras e não sonoras), comportamentos e relacionamentos que se entrelaçam, se interpenetram, proporcionando aos integrantes do grupo reviver, no âmbito terapêutico, recortes de experiências de vida com suas nuances.

Considerando-se este panorama, somado à ampla aplicabilidade de práticas musicoterapêuticas em instituições públicas e privadas, nas mais diferentes áreas, torna-se premente atentar para a pluralidade de questões relativas ao manejo grupal, especialmente quanto à sua dinâmica e seus processos internos (CRAVEIRO E ESPERIDIÃO, 2004).

Refletir sobre a importância do planejamento na prática musicoterapêutica em contextos grupais implica em atentar para: a) necessidades e características do grupo; b) estrutura da sessão; c) escolha de técnicas; d) preparação do *setting*; e) registros dos conteúdos expressos no contexto grupal em consonância com a escuta e análise musicoterapêuticas.

Nos contextos musicoterapêuticos a música aparece como fio condutor. Entretanto, a orientação teórica do musicoterapeuta, suas competências e afinidades quanto às escolhas previstas na condução do grupo são indicadores para um bom planejamento. Além disso, há que se considerar os seguintes elementos (Figura 1):

a) organização temporal e espacial: situar-se diante de um espaço físico, percebendo a relação de proximidade de coisas entre si, relacionando ações a uma determinada dimensão de tempo, onde sucessões de acontecimentos (sequencialidade) e de intervalos de tempo (duração) são fundamentais. Observar a coesão e a coerência entre as atividades, de modo que não se dispersem em distintas direções. Manter uma linha ininterrupta que integre gradualmente as distintas atividades desde a primeira até a última, de modo que nada fique jogado ao acaso; b) corpo teórico: fundamentar em teorias da área da Musicoterapia, que incluem naturalmente princípios tanto sobre música quanto terapia. Sempre dinâmico, o corpo teórico é nutrido pela prática que agrega constantemente novas técnicas e métodos (BARCELLOS, 2004); c) musicalidade clínica: prever trabalhar com liberdade criativa, espontaneidade, intuição, musicalidade, compromisso e intenção clínica (BRANDALISE, 2003); d) flexibilidade: capacidade de adaptar-se às mudanças, ser capaz de aceitar e compreender que o grupo trata-se de um organismo vivo, dinâmico e mutável; e) sistematização: mais do que organizar dados, planejar envolve uma postura

metodológica, em que se considera um conjunto de práticas e conceitos que propiciam a reflexão e a reelaboração do pensamento. Significa construir categorias, fazer, analisar e aprimorar o fazer; f) precisão e objetividade: é necessário prever a existência de uma comunicação eficaz entre o coordenador do grupo e os participantes. Consignas claras, precisas e objetivas evitam compreensões errôneas.



**Figura 1** – Elementos Essenciais do Planejamento Musicoterapêutico

## AS ETAPAS DE UM PLANEJAMENTO

A etapa inicial consiste no levantamento de dados, que visa responder à seguinte questão “Que grupo é este?”. Todas essas informações serão artefatos essenciais para as próximas fases que dizem respeito à escuta das demandas do grupo, as quais irão se evidenciando no decorrer do processo grupal.

As informações colhidas e analisadas favorecem a compreensão do musicoterapeuta quanto: a) as necessidades do grupo: compreender a demanda do grupo, qual a queixa principal, ou, em alguns casos, com qual finalidade o serviço foi solicitado/contratado; b) ao perfil do grupo: coletar informações sobre os participantes (idade, gênero, grau de instrução, condições socioeconômicas, diagnósticos clínicos, outras formas de

tratamento, compreensão, vivências musicais anteriores e motivação para o tratamento musicoterapêutico). Mediante esses dados, os grupos podem ser classificados em homogêneo (com muitos traços semelhantes), ou heterogêneo (com um alto grau de diferenciação entre os participantes); c) ao contexto em que o grupo está inserido: social, educacional, organizacional, clínico, hospitalar. Nota-se que em cada um desses há características próprias que precisam ser identificadas; d) as fases de desenvolvimento do grupo: identificar em qual fase o grupo se encontra e ajudar o grupo a caminhar em direção ao seu objetivo, propiciando crescimento aos seus membros. Schutz (1974) categoriza três fases: 1) inclusão: fase de estruturação do grupo, em que cada um dos seus integrantes procura se posicionar no grupo e estabelecer seus limites de participação e pertencimento ao grupo; 2) controle: necessidade de exercer influência, controle e autoridade; 3) abertura: os membros do grupo procuram satisfazer suas necessidades emocionais. O ciclo inclusão-controle-abertura pode repetir-se várias vezes durante a vida de um grupo, independente de sua duração. Algumas vezes essas fases não podem ser nitidamente distinguidas, pois os componentes do grupo não se encontram todos na mesma etapa ao mesmo tempo, ao procurar satisfazer suas necessidades, de acordo com seu ritmo pessoal.

## **OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS**

Os dados sobre o grupo auxiliam o musicoterapeuta a levantar possíveis significados, mesmo que estes sejam provisórios. Nesse aspecto, procura-se identificar a lacuna existente entre a situação atual e a situação desejada, estabelecendo os objetivos a serem alcançados.

## **ESTRUTURAÇÃO DA SESSÃO MUSICOTERAPÊUTICA**

Na estruturação considera-se as etapas anteriores, isto é, o levantamento de dados e a elaboração dos objetivos. Recomenda-se que seja

elaborada por escrito, devidamente planejada, com detalhamento das técnicas a serem utilizadas, recursos materiais e duração de cada etapa. As etapas principais para a estruturação de uma sessão musicoterapêutica divide-se em acolhimento, aquecimento, desenvolvimento e fechamento.

No início, o acolhimento aos participantes propicia um clima favorável para o início dos trabalhos. Na etapa denominada aquecimento, oportuniza-se aos participantes sentirem-se prontos para as etapas seguintes. Esse é um período de preparação e criação, em que o terapeuta decide como conduzirá a sessão, caso haja a necessidade de algumas alterações baseadas na escuta do grupo, seja validando o que foi planejado ou adequando ao contexto surgido naquele momento (BORCZON, 1996).

O aquecimento, portanto, se estabelece através de ações preparatórias, a fim de impulsionar os participantes ao movimento, seja interno ou externo, podendo ser inespecífico ou específico. O inespecífico estimula o participante a preparar o corpo e/ou sentidos para melhor perceber a si próprio, o outro, o espaço, enfim, o ambiente que o rodeia, enquanto que o aquecimento específico é feito na mesma modalidade na qual vai ser a atividade: um aquecimento com voz para uma proposta que vai priorizar a voz na atividade, por exemplo (BARCELLOS, 2004).

Estando o grupo devidamente aquecido para a proposta, passa-se para a etapa denominada desenvolvimento, ocasião em que as técnicas são aplicadas de acordo com os objetivos previamente estabelecidos. Em sequência, o musicoterapeuta conduz a sessão para o momento de elaboração dos conteúdos expressos, a etapa nomeada processamento. Aqui, o musicoterapeuta articula um diálogo entre os participantes, fundamentando-se na escuta musicoterapêutica. Oportuniza-se dar e receber feedback, e ainda emergir *insights*.

Depois de cumpridas tais etapas, é primordial encerrar a sessão com alguma técnica que objetive preparar o grupo para o término, ressaltando os aspectos principais que foram vivenciados naquele encontro (BORCZON, 1996).

## ESCOLHA, CRIAÇÃO E ADAPTAÇÃO DE TÉCNICAS

Uma técnica é um recurso. Em si mesma ela não significa nada, é neutra. Para que uma técnica tenha algum sentido, “requer pelo menos dois elementos: uma teoria na qual se fundamente e uma finalidade para a qual aponte” (MONTEIRO, 1993, p. 122).

A escolha da técnica precisa ser norteada, principalmente, pela teoria escolhida, pelos objetivos, número de participantes e recursos disponíveis. Tais recursos devem estar relacionados à estrutura física, às condições do ambiente e às competências do profissional que irá utilizá-los. É inegável que o musicoterapeuta deve ter domínio no manuseio dos recursos e técnicas escolhidos, o que requer arte, preparo e experiência. Também a necessidade do grupo é um dos quesitos a ser avaliado.

Além das diversas técnicas específicas da Musicoterapia, a literatura dispõe de vastas indicações específicas de técnicas para contextos grupais, desenvolvimento de dinâmicas de grupo que podem ser apropriadas pelos musicoterapeutas fazendo adaptações e complementações necessárias ao contexto da Musicoterapia.

Vale ressaltar, entretanto, os devidos cuidados quanto às escolhas das técnicas e suas aplicabilidades. No geral, evitar técnicas que ridicularizam ou que geram polêmica, que causam constrangimentos, e sirvam de instrumento de manipulação. É necessário especial atenção para técnicas que envolvam corpo e toque, pois podem, ao invés de facilitar a intervenção, trazer obstáculos ao que se pretende alcançar. Recomenda-se nunca utilizar a técnica pela técnica, uma vez que fazê-lo pode trazer prejuízos consideráveis às pessoas e ao processo do grupo (ZITTA, 2009; GRAMIGNA, 1995).

# MUSICOTERAPIA

## A PREPARAÇÃO DO *SETTING*

A preparação do *setting* envolve o ambiente físico, bem como, os recursos humanos e materiais. Em relação ao ambiente físico, é importante atentar para as dimensões do espaço escolhido de acordo com o número de participantes. Salas muito grandes para um número pequeno de pessoas podem gerar dispersão, sensação de insegurança e não pertencimento (falta de coesão). Ao contrário, salas muito pequenas para um número grande de pessoas podem restringir a livre expressão corporal. Dessa forma, o espaço ideal é aquele que proporcione segurança, aconchego e privacidade, isto é, constitui-se num lugar de encontro. Decoração sóbria, com poucos estímulos visuais, para que os estímulos sonoros mereçam atenção. Evitar elementos chocantes ou produtores de atritos do ponto de vista cultural, moral ou religioso contribui para um bom desenvolvimento da ação planejada. Lugares abertos e que proporcionem contato com a natureza também podem ser um opção interessante, desde que não prejudiquem a liberdade de expressão do grupo (BENENZON, 1985; BARCELLOS, 1999; RIBEIRO, 1994).

Os recursos humanos são as pessoas que estão envolvidas na execução da ação planejada: coordenadores do grupo, assistentes, observadores, técnicos de filmagem, fotógrafos etc. O número de pessoas envolvidas está diretamente ligado ao número de participantes e grau de complexidade das ações planejadas. Yalom (2006) salienta a importância do relacionamento entre os observadores, o grupo e os terapeutas do grupo. O autor defende que, independente do formato utilizado, todos os membros do grupo devem ser informados sobre a presença da equipe e seu propósito.

Os recursos materiais são os elementos necessários para a execução das técnicas propostas e podem ser os mais variados possíveis: colchonetes, instrumentos musicais, aparelho de som, CD's, objetos sonoros e tantos outros - bolas, balões, lenços, sucata etc. - que possam favorecer a criatividade, o momento do grupo e os objetivos a serem alcançados. Eles devem ser cuidadosamente escolhidos e preparados, pois revelam o comprometimento do

terapeuta com o grupo. Em situações em que o musicoterapeuta decidir utilizar músicas gravadas, é relevante que faça uma rigorosa seleção, considerando vários critérios: estruturação das distintas variáveis musicais na obra selecionada - gênero, estilo musical, texto, arranjo e instrumentação empregados na interpretação; contexto social em que a obra musical foi composta; contexto social em que a obra musical tem-se apresentado na atualidade.

### **O QUE OBSERVAR EM UM GRUPO?**

Os fenômenos grupais acontecem em três níveis interdependentes e atuantes: o intrapessoal, o interpessoal e o grupal, sendo que alguns deles são passíveis de observação direta, outros não. Entretanto, a interdependência é algo real e sempre irá existir, uma vez que o que ocorre com uma pessoa interfere nas outras pessoas e no grupo, e vice-versa (MOSCOVICI, 2008).

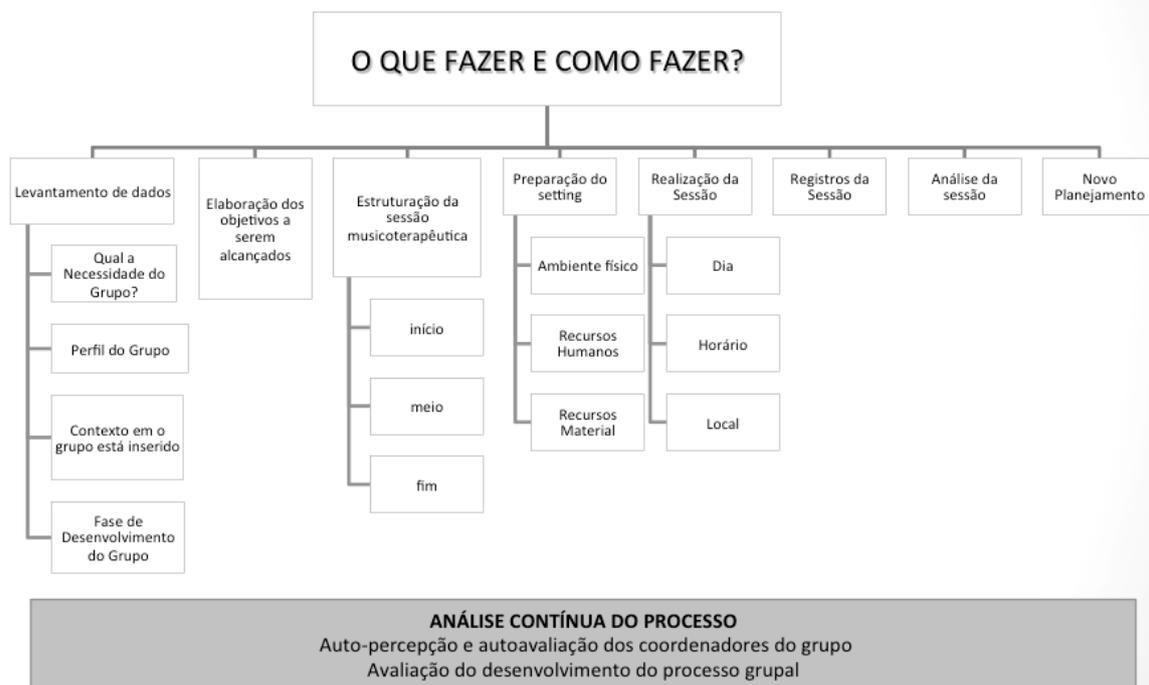
A prática da observação depende de treino e de se criar um hábito. Tal prática mantém um estreito vínculo com a escuta musicoterapêutica, sendo importante que o observador também seja musicoterapeuta. Em se tratando de grupo, pode-se ter um observador interno, participante e/ou um observador externo. Tal ação pode ser auxiliada por diferentes formas de registro, tais como: anotações breves, relatórios, gráficos, partituras convencionais e não convencionais, gravações em áudio e/ou vídeo etc. Por meio desses recursos o musicoterapeuta consegue perceber questões que passariam despercebidas e que podem ser extremamente importantes no momento da análise musicoterapêutica. Esta é composta da análise do material musical veiculado pelo grupo, seus processos de produção, a movimentação de cada participante em relação aos outros participantes e ao grupo como um todo, à música e ao musicoterapeuta. Além da produção do grupo, também, o que for trazido pelo musicoterapeuta é passível de análise (BARCELLOS, 2007).

O sentido dessas produções sonoro-musicais não se apresenta, em todas as ocasiões, de uma forma clara e transparente e não se encerra em

uma única possibilidade ou direção. Captar esta pluralidade de caminhos na relação sonoro-musical implica numa atitude vivencial de abertura, mas também, numa consideração teórico-vivencial capaz de abranger com a maior riqueza possível este movimento de desabrochar do grupo.

Considera-se, por fim, que em uma análise do processo grupal jamais deve ser realizada isolando as colocações de um participante do grupo, mas sempre a partir do contexto do grupo, dentro daquela situação terapêutica.

## Como planejar uma sessão em grupo



**Figura 2 - Etapas do Planejamento Musicoterapêutico: o que fazer e como fazer?**

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, ressalta-se que planejar intervenções em Musicoterapia não significa limitar a liberdade, ou mesmo transformar a prática musicoterapêutica em algo mecânico, inflexível. É imprescindível que o

musicoterapeuta tenha flexibilidade e espontaneidade na condução da atividade grupal e um abrangente preparo para o manejo grupal.

Planejar, na realidade, ajuda a ter uma visão ampliada da intervenção, do que e de como será implementado, aumentando os benefícios dessa modalidade de atendimento, além de favorecer a efetividade da ação, minimizando os possíveis riscos. Não planejar, na área terapêutica, implica no descumprimento de questões éticas, na perda de foco do tratamento e na impossibilidade de avaliar os resultados. O sucesso do andamento do grupo depende, primeiramente, de um bom planejamento e da postura profissional do coordenador de grupo.

Portanto, como destacado em toda a extensão deste artigo, toda e qualquer intervenção musicoterapêutica não deve ser aplicada de forma indiscriminada, mas sim atentando para as especificidades de cada grupo e dos contextos em que estão inseridos.

Frente a tantas reflexões, emerge um questionamento que nos inquieta: se o ato de planejar é tão importante, porque alguns terapeutas ainda resistem em aceitar e fazer uso deste recurso?

## REFERÊNCIAS

AUBRY J.M.; SAINT-ARNAUD Y. **Dinâmica de grupo**. 6 ed. São Paulo: Loyola, 1978.

BARBOSA, C. **A tríade do tempo**: a revolução da produtividade pessoal. Rio de Janeiro, Elsevier, 2004.

BARCELLOS, L.R. Mecanismos de Atuação do Musicoterapeuta: Ações, Reações e Inações. In: **Anais do V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**, Rio de Janeiro, 2004a.

\_\_\_\_\_. Musicoterapia – **alguns escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004b.

\_\_\_\_\_. Análise Musicoterápica: Da recepção à produção musical do paciente – Um caminho para a compreensão de sua história. Apostila do Curso ministrado na Estação Eki Musicoterapia, São Paulo, 2007.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de Musicoterapia 4**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

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

BORCZON, R.M. The Music Therapy Group: Structure and Techniques. In: Borczon, R.M. **Music Therapy: Group Vignettes**. Barcelona Publishers, U.S.A., 1996

BRANDALISE, André (org). I Jornada Brasileira de Musicoterapia Musico-Centrada. São Paulo: Apontamentos, 2003. p. 9 -28

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

CRAVEIRO DE SÁ, L. & ESPERIDIÃO, E. Dinâmica do Relacionamento Humano em Musicoterapia: uma experiência interdisciplinar. In: **VI Fórum Paulista de Musicoterapia**. Resumo: CD-ROM, São Paulo, 2004.

DRUCKER, P. F. **Práticas de administração de empresas**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1962.

FREIRE, M. O que é um grupo? In: Grossi, E.P. **Paixão de aprender**. Petropolis: Editora Vozes, 1992.

GRAMIGNA, M.R.M. **Jogos de empresa e técnicas vivenciais**. São Paulo: Makron Books; 1995.

MARTINS, S.T.F. Psicologia social e processo grupal: a coerência entre fazer, pensar sentir em Sívila Lane. **Psicol. Soc.** [online]. 2007, vol.19, n.spe2, pp. 76-80. ISSN 1807-0310. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000500022>.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo** – 17 ed.- Rio de Janeiro: José Olympio, 2008

MONTEIRO, R.F. (Org.) **Técnicas Fundamentais do Psicodrama**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

\_\_\_\_\_. **Psicoterapia grupo analítico** -Teoria e técnica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SCHUTZ, W. C. **O prazer: expansão da consciência humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

YALOM. I. **Psicoterapia de grupo**. Trad.: Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ZITTA, C. **Organização de eventos:** da ideia à realidade. Brasília: Editora Senac-DF, 2009.

Recebido em 25/09/2013  
Aprovado em 05/11/2013

131



MUSICOTERAPIA