

**Do treinamento de habilidades ao ser-com-o-outro-na-música:
duas formas de abordar o desenvolvimento de processos
comunicativos com crianças e adolescentes autistas em Musicoterapia**

From skills development to being-with-the-other-in-music:
two approaches to the development of communication processes with autistic
children and teenagers in Music Therapy

De la formación de habilidades al ser-con-el-otro-en-la-música:
dos formas de abordar el desarrollo de procesos comunicativos con niños y
adolescentes autistas en Musicoterapia

Renato Tocantins Sampaio

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG/Brasil)

renatots@musica.ufmg.br

<https://orcid.org/0000-0002-4384-6669>

RESUMO

Este artigo aborda duas formas de conceber e trabalhar com a experiência musical na Musicoterapia com crianças e adolescentes autistas. A partir de duas vinhetas clínicas, são apresentadas reflexões sobre como a experiência musical compartilhada pode ser mediada ou conduzida para alcançar o desenvolvimento de processos comunicacionais com pessoas autistas. Alguns conceitos da Musicoterapia, em especial da Musicoterapia Comunitária, das Neurociências, da Gestalt-terapia, dos Estudos da Deficiência e da Biologia do Conhecer são utilizados como fundamentos para o estabelecimento de um mosaico teórico que possibilita compreender o contexto e as situações clínicas, desvelando percursos clínicos possíveis nos atendimentos musicoterapêuticos.

* Sobre o autor ver página 472.



PALAVRAS-CHAVE: Musicoterapia; Experiência Musical Compartilhada; Comunicação; Autismo.

ABSTRACT

This article addresses two ways of conceiving and working with the musical experience in Music Therapy with autistic children and adolescents. From two clinical vignettes, reflections are presented on how the shared musical experience can be mediated or conducted to achieve the development of communicational processes with autistic people. Some concepts of Music Therapy, especially Community Music Therapy, Neurosciences, Gestalt Therapy, Disability Studies and the Biology of Knowing are used as foundations for stablishing a theoretical mosaic that makes it possible to understand the clinic context and situations, revealing possible clinical paths in music therapy.

KEYWORDS: *Music Therapy; Shared Musical Experience; Communication; Autism.*

RESUMEN

Este artículo aborda dos formas de concebir y trabajar la experiencia musical en Musicoterapia con niños y adolescentes autistas. A partir de dos viñetas clínicas, se presentan reflexiones sobre cómo se puede mediar o conducir la experiencia musical compartida para lograr el desarrollo de procesos de comunicación con personas autistas. Se utilizan algunos conceptos de la Musicoterapia, especialmente la Musicoterapia Comunitaria, las Neurociencias, la Terapia Gestalt, los Estudios de la Discapacidad y la Biología del Saber, como fundamentos para el establecimiento de un mosaico teórico que permita comprender el contexto y las situaciones clínicas, revelando posibles caminos clínicos en musicoterapia.

PALABRAS CLAVE: *Musicoterapia; Experiencia Musical Compartida; Comunicación; Autismo.*

1 Introdução

Na última década, vem sendo consolidada uma área de estudo, que tem sido denominada por alguns pesquisadores como Biomusicologia, que afirma que a musicalidade é um traço humano, natural e espontaneamente ativado, baseado e constrangido pela Biologia e, portanto, pela Cognição, desenvolvida por meio das vivências pessoais na sociedade e, deste modo, a Música será um constructo social e cultural baseado na musicalidade (GINGRAS et al., 2015; HONING et al., 2015; PERETZ, 2006). Honing e colaboradores (2015) descrevem pelo menos quatro comportamentos musicais universais, ou seja, que todas as pessoas apresentam, independente

de formação musical específica e até mesmo das diferenças culturais em termos de estruturação musical ou mesmo do modo como aquela comunidade tem seus usos e funções¹ da música: cantar, batucar, sincronizar ritmicamente e dançar. Estes autores descrevem ainda mecanismos perceptivos e cognitivos básicos sob a forma de módulos cognitivos que estariam relacionados a percepção de alturas e pulsações, codificação tonal da altura, codificação métrica do ritmo, etc. Por sua vez, Tan e colaboradores (2014) informam que os elementos ambientais (incluindo a cultura) influenciam o desenvolvimento das habilidades musicais individuais e favoreçam as diferentes características dos produtos musicais culturais, e tais elementos têm sido alvo de muitos estudos. No entanto, a literatura científica sobre as bases genéticas da musicalidade, embora promissora², ainda é incipiente.

Trevarthen (2009) descreve que, historicamente, a música vem sendo compreendida de dois modos: em uma concepção psicofísica, como uma “coisa”, que, portanto, pode ser medida, partida em partes, analisada, quantificada etc.; e, numa concepção psicobiológica, como uma ação e como um fenômeno da experiência humana. Neste sentido, Zuckerkandl (1976), afirma que a música não é um fenômeno do mundo interno do ser humano. Ela não é algo do mundo interno projetado no externo. Ela é um fenômeno que existe no mundo, não sendo imaginada, mas sim percebida e vivenciada. Utilizando uma terminologia gestáltica, a música é um fenômeno humano que acontece em um campo co-construído eu-outro e/ou eu-mundo.

Vale ressaltar que, musicar (fazer música)

não é uma ação restrita a pessoas que se dedicaram longas horas de estudo para aprender a cantar ou a tocar um instrumento musical e o fazem com virtuosismo. Todos aqueles que se relacionam com a música, ou, indo além, se relacionam com outras pessoas na experiência musical, estão “musicando”, independentemente do nível de habilidade musical e do desempenho de sua performance musical. Para além dos aspectos de desenvolvimento de habilidades individuais, a prática musical também pode auxiliar na formação de laços sociais, no estabelecimento de novos modos de contato e de comunicação com outras pessoas (SAMPAIO, 2021b, p. 369).

¹ Merriam (2006) diferencia “uso”, enquanto a situação em que a música é empregada na ação humana, de “função”, que diz respeito às razões pela qual a música é utilizada daquele modo, ou seja, qual objetivo pretende-se alcançar com aquela ação.

² Segundo Tan e colaboradores (2014), estudos têm descrito a implicação de alguns cromossomos em comportamentos musicais, como o cromossomo 4 em atividades de canto e percepção musical, mais especificamente na detecção de alturas em relação ao contorno melódico, e certos *loci* do cromossomo 8q na detecção de alturas, em relação ao “ouvido absoluto”. Ainda, o gene AVPR1A, localizado no cromossomo 12q, tem sido implicado na memória musical, para citar alguns poucos exemplos.

A partir da definição oficial de Musicoterapia da Federação Mundial de Musicoterapia publicada em 1996 (WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY, 1996) e dos textos de Barcellos (2004a, 2009, 2016), Bruscia (1987, 1998, 2014) e Sampaio (2002a, 2002b, 2015, 2018, 2021a), podemos considerar que a Musicoterapia é uma modalidade terapêutica na qual uma pessoa que necessita de ajuda para melhorar, manter, restaurar ou otimizar sua saúde (um cliente) se engaja em experiências musicais compartilhadas com um profissional especificamente treinado e habilitado (um musicoterapeuta) em um processo clínico individual ou grupal, de modo a ampliar sua consciência sobre si mesma, seu contexto e suas relações e promover as mudanças necessárias para manter-se ajustada criativamente no mundo, seguindo seu fluxo de desenvolvimento biopsicossocialespiritual.

Stige (2010) descreve cinco modos ou estilos de participação na experiência musical em Musicoterapia, podendo ir desde não ocorrer participação, a ser uma participação silenciosa (estar na atividade musical de modo somente receptivo), uma participação convencional (musicar de modo esperado dentro do idioma musical e dos hábitos culturais daquela comunidade, fazendo parte da ação, mas não se destacando), uma participação aventureira (onde o musicar se destaca, mas não chega a cruzar limites), ou uma participação excêntrica (onde o musicar cruza limites, extrapola convenções, desterritorializando e reterritorializando modos de ação e de relação). É importante ressaltar que não há um juízo de valor ou um modo certo ou errado de participar da experiência musical, mas que cabe ao Musicoterapeuta perceber e compreender o estilo de participação de cada cliente na experiência musical que está sendo compartilhada naquele momento e naquele campo relacional (naquele aqui-agora) para ter mais clareza quanto a suas possíveis intervenções terapêuticas naquela situação.

Tendo por base diversos estudos sobre a música em diferentes culturas, o antropólogo cultural e etnomusicólogo Alan Merriam (2006) descreveu 10 funções da música: Função do Prazer Estético; Função de Expressão Emocional; Função de Divertimento ou Entretenimento; Função de Comunicação; Função de Representação Simbólica; Função de Reação Física; Função de Impor Conformidade às Normas Sociais; Função de Validação das Instituições Sociais e dos Rituais Religiosos; Função de Contribuição para a Continuidade e Estabilidade da Cultura; e, Função para a Integração da Sociedade. Estas funções, em maior ou menor grau, estariam

todas presentes nas culturas estudadas e, por extensão, poder-se-ia supor que estariam presentes em todas as culturas humanas.

Ao tratarmos de Comunicação, vale lembrar que há autores com definições bem divergentes e, por muitas vezes, incompatíveis sobre o que é comunicação, indo desde interação social por meio de mensagens até todos os procedimentos por meio dos quais uma mente pode afetar outra (SANTAELLA, 2001). Na *Biologia do Conhecer* (MATURANA; MAGRO; PAREDES, 2001; MATURANA; VARELA, 2011) descarta-se a noção de linguagem como representação do mundo, e concebe-se a comunicação entre dois organismos como uma coordenação consensual de ações entre eles. Tal concepção vale tanto para organismos mais simples, sem um sistema nervoso desenvolvido, até aqueles organismos com sistemas nervosos complexos, como os primatas e os seres humanos. A linguagem, por sua vez, consiste em um comportamento aprendido, que tem uma base biológica, mas que só é possível a partir da experiência na interação social dentro de uma cultura, no qual há uma coordenação de coordenação de ações, ou seja, a uma coordenação consensual de comportamentos de coordenações consensuais de comportamentos. Consenso, neste contexto, não corresponde a um acordo ou a uma coincidência na ação sobre algo, nem uma explicitação da coordenação de ação à qual se faz referência. Consenso sinaliza o resultado de estar junto, o resultado de interagir de modo recursivo, como um ajuste co-construído que vai sendo encontrado no desenrolar dos acontecimentos.

Voltando aos usos e funções da música, Merriam (2006) não descreve especificamente o uso da música para promoção de Saúde, mas em Musicoterapia, diversas destas funções por ele descritas poderiam ser vivenciadas no contexto de uma relação terapêutica para alcançar objetivos terapêuticos. Por exemplo, a função de reação física é utilizada em experiências musicais de música e movimento como um modo de estimular a ação motora e guiá-la em um trabalho de estimulação da coordenação motora ou de reabilitação motora (NASCIMENTO, 2009; THAUT, 2014; TOMAINO, 2014, dentre outros). A função de integração na sociedade, por sua vez, é posta em jogo quando em Musicoterapia busca-se favorecer o contato interpessoal e a melhora da qualidade das relações sociais, estando presente em trabalhos com uma ampla gama de populações (CHAGAS, 2016; STIGE et al., 2010; TOFFOLO; TOFFOLO, 2011, dentre outros).

Porém, como descrevem Bruscia (2014) e Barcellos (2016), dentre tantos outros musicoterapeutas, nem todos os usos da música com o objetivo de promover saúde podem ser considerados como Musicoterapia. Por ser uma

terapia, o processo exige, no mínimo, a presença de duas pessoas, o “cliente” que precisa de ajuda para manter, recuperar, melhorar ou otimizar sua saúde, e o “terapeuta”, profissional qualificado para prestar tal tipo de ajuda (BARCELLOS, 2016; BRUSCIA, 2014). Deste modo, é impossível haver “autoterapia”. Além disso, a mera presença da música não define o processo de ajuda como Musicoterapia. É necessário que a música seja mais do que um recurso para, por exemplo, facilitar um determinado conteúdo emocional vir à tona, para ser posteriormente trabalhado de modo verbal segundo as técnicas psicoterapêuticas (de uso exclusivo dos Psicólogos) (BARCELLOS, 2016). Em Musicoterapia, o conteúdo será abordado e trabalhado segundo técnicas musicoterapêuticas usando o discurso musical no âmbito de uma experiência musical compartilhada (SAMPAIO, 2021b). Assim, faz-se necessário compreender que podemos ter basicamente duas categorias: os efeitos benéficos da prática musical para a Saúde e o uso intencional da música para promoção de Saúde. E, dentro desta última categoria, temos ainda de compreender a diferença entre o uso da Música como recurso terapêutico e a Musicoterapia propriamente dita (SAMPAIO, 2021b).

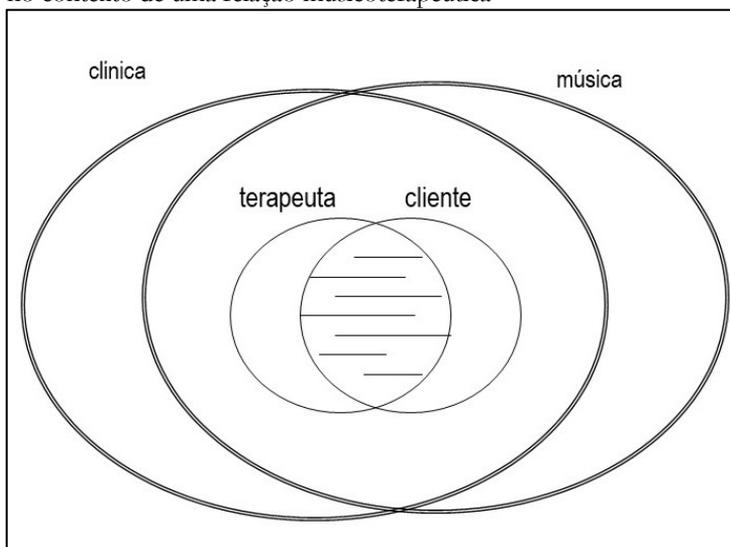
Minha forma de conceber e praticar a Musicoterapia é fortemente influenciada por estudos teóricos e práticas das áreas da Musicoterapia, da Semiótica, das Neurociências, do Humanismo-Existencialismo, da Gestalt-terapia e da Música (SAMPAIO, 2007a, 2018, 2021a). Por exemplo, tendo como base este enquadre teórico, considero Saúde como um processo no qual o organismo (ser vivo em sua totalidade) vai atualizando suas potências, intencionalmente escolhendo caminhos e, assim, se mantendo ajustado ao meio para sobreviver com o mínimo de sofrimento possível (SAMPAIO, 2007a). Neste percurso, o desenvolvimento não é uma meta, mas sim uma consequência do estar vivendo saudavelmente. Isto é, o ser humano não se desenvolve para melhorar sua condição de vida, ele se desenvolve como resultado de viver saudavelmente, o que, por sua vez, lhe permite mais opções em termos de trajetórias de vida.

Saúde e doença não são dois estados disjuntos, mas sim modos de estar sendo no mundo (BRUSCIA, 2014). Uma pessoa está sendo saudável quando tem consciência sobre si e sobre as relações que estabelece com os outros no mundo e, a partir desta consciência, escolhe percursos de ação adequados às suas necessidades e condições, incluindo a condição de ser-no-mundo-com-o-outro como parte integrante e essencial da existência (FRAZÃO, 2007; ZINKER, 2001). É importante ainda ressaltar que ao fazer escolhas, no sentido existencial, estou expressando e vivenciando minhas

intenções, meu futuro desejado (para mim, para os outros e para o mundo) (SARTRE, 2014).

No processo de interação com o outro, principalmente no processo terapêutico, deve-se ter abertura para uma relação dialógica, estabelecendo uma relação de escuta, de acolhimento, de validação, de encontro íntegro (GINGER; GINGER, 1995; PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997; YONTEF, 1998; ZINKER, 2007). No caso da Musicoterapia como modalidade terapêutica, vale ressaltar que não há uma negação dos processos comunicacionais por meio da fala e de outros modos usuais de comunicação, mas prioriza-se o diálogo por meio do discurso musical (SAMPAIO, 2002b, 2007b) justamente devido às características distintas do ser-com-o-outro-na-música em relação às relações cotidianas (PAVLICEVIC, 1999; SAMPAIO, 2021a; SCHAPIRA, 2002; STIGE, 2012) e aos encontros baseados na comunicação verbal falada.

Figura 1. Representação esquemática do ser-com-o-outro-na-música no contexto de uma relação musicoterapêutica



Fonte: Adaptado de Sampaio (SAMPAIO, 2007b)

A Figura 1 apresenta uma representação esquemática do encontro entre cliente e terapeuta em um campo relacional que corresponde à intersecção do campo da Clínica com o campo da Música. Deste modo, diversas forças são postas em jogo, tanto de um, como de outro território, cabendo ao terapeuta estar atento aos efeitos delas e auxiliar o cliente a

encontrar o melhor modo possível de se engajar na experiência musical compartilhada de modo a promover as condições para as mudanças adequadas para sua Otimização de Saúde (SAMPALIO, 2007a, 2015, 2021a).

Ao analisar improvisação musicais que ocorreram em processo musicoterapêuticos conduzidos com base em uma perspectiva musicocentrada³, Aigen afirma que

Improvisações clínicas musicoterapêuticas foram estudadas em termos do estabelecimento de uma linguagem mutualmente compreendida entre dois ou mais indivíduos (RUUD, 1986; AIGEN, 1991). O que nós podemos observar nestes estudos clínicos relatados – em alguns mais que em outros – parece ir além desta conceitualização e requer que nós consideremos o processo de terapia mais completamente como o estabelecimento de um mundo mutualmente experienciado. Eu faço esta caracterização global porque, na análise das sessões, pudemos observar conquistas dos clientes que não pareciam ser possíveis fora da música: alguns dos clientes pareceram ser capazes de trabalhar seus conflitos internos perversivos, outros funcionaram na música sem se restringirem às barreiras impostas sobre eles em situações não musicais, novos sistemas de valores e autoimagens foram criados, a música foi utilizada de um modo que parece paradoxal qual descrito verbalmente. Portanto, em muitas dimensões, quando entraram nestas sessões, estes indivíduos realmente parecem ter entrado em novas experiências caracterizadas por sua linguagem, sistemas de valores, epistemologia, sistema de crenças espirituais e metafísico próprios (AIGEN, 1998, p. 266, tradução nossa)⁴.

Tenho atuado na área de neurodesenvolvimento há mais de vinte e cinco anos incluindo pessoas autistas em várias faixas etárias, com condições leves ou severas, com ou sem comorbidades, com diferentes níveis de habilidades cognitivas e comunicacionais, em consultório particular e em

³ Na perspectiva musicocentrada de Musicoterapia, o processo terapêutico ocorre por meio da música e na música (BRANDALISE, 2001, 2015). A experiência criativa, ela mesma, pode facilitar a mudança terapêutica sem a necessidade de tradução (e discussão) para um outro meio de expressão, por exemplo o verbal (AIGEN, 2005). Se e quando ocorrem, as explorações verbais em terapia são secundárias à experiência musical (BRUSCIA, 1987, 1998).

⁴ Clinical music therapy improvisations have been looked at in terms of the establishment of a mutually understood language between two or more individuals (Ruud, 1986; Aigen, 1991). What we see in the clinical studies under discussion – some much more than others – appears to go beyond this conceptualization and requires that we consider the process of therapy more completely as the establishment of a mutually experienced world. I take this global characterization because in the analysis of these sessions we see client achievements which do not seem possible outside the music: some of the clients seemed able to work through pervasive inner conflicts; others functioned in music unfettered by the barriers imposed on them in nonmusic situations; new value systems and self-images were created, and music was used in a way that seems paradoxical when described verbally. Thus in many dimensions, when entering their sessions these individuals did seem to be stepping into a novel experiential realm characterized by its own language, value system, epistemology, spiritual belief system, and metaphysic. (AIGEN, 1998, p. 266)

instituições, trabalhando “sozinho” ou em equipe multidisciplinar, e até mesmo transdisciplinar. Cabe destacar que o atendimento musicoterapêutico a pessoas autistas esteve presente em maior ou menor grau em diversas pesquisas e trabalhos que publiquei individualmente ou com colegas (ANDRE et al., 2018; BARBOSA et al., 2018; FONSECA et al., 2017; FREIRE et al., 2019, 2014, 2021; SAMPAIO, 2000, 2002b, 2015, 2021a; SAMPAIO; LOUREIRO; GOMES, 2015, dentre outros).

Na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental (DSM-5) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado como um transtorno do neurodesenvolvimento de início precoce e curso crônico, não degenerativo, com impacto heterogêneo em várias áreas do desenvolvimento. Segundo o DSM5, as pessoas autistas apresentam

[...] déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Considerando que os sintomas mudam com o desenvolvimento, podendo ser mascarados por mecanismos compensatórios, os critérios diagnósticos podem ser preenchidos com base em informações retrospectivas, embora a apresentação atual deva causar prejuízo significativo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 31–32).

Todavia, compreendo o autismo como uma condição de ser-no-mundo na qual, devido a suas características neurodivergentes, há uma forma de se relacionar com o outro diferente da apresentada por pessoas com desenvolvimento típico⁵. Nem melhor, nem pior, somente diferente. E, a partir destas singularidades, pais, cuidadores, terapeutas e/ou educadores, devem auxiliar a pessoa autista a ser-no-mundo do modo mais pleno possível e lhe auxiliar a encontrar os melhores percursos de desenvolvimento dentro de uma perspectiva não-capacitista⁶ (SAMPALIO, 2021a).

⁵ Devido ao escopo deste artigo, não será possível descrever com maior profundidade minha concepção de autismo a partir de uma interface da Musicoterapia, das Neurociências, da Gestalt-terapia e dos Estudos sobre Deficiência. Sugiro, então, a leitura do texto “Compreensões Gestálticas sobre o Autismo: Implicações para a Prática Clínica” (SAMPALIO, 2021a).

⁶ Segundo Ivanovich e Gesser, o capacitismo pode ser descrito como “uma atitude que diferencia e desvaloriza as pessoas com deficiência por meio da avaliação da capacidade corporal e/ou cognitiva” (2020,

Em Musicoterapia, descrevi duas formas de atuar: a primeira, mais focal e diretiva, voltada para o desenvolvimento de uma habilidade específica; e, a segunda, mas abrangente, aberta e tendendo a um equilíbrio entre diretividade e não-diretividade, voltada ao desenvolvimento global (SAMPAIO, 2000). A seguir, apresento duas vinhetas clínicas para exemplificar estas duas formas de atuar.

2 Vinheta Clínica 1

Marcos era uma criança de 3 anos de idade com Síndrome de Down e Autismo quando chegou para atendimento musicoterapêutico em um projeto de extensão de uma universidade pública. Não falava, evitava contato visual, levava constantemente a mão e objetos ao seu alcance à boca, o que ocasionava intensa sialorreia (falta de controle na produção de saliva, e, principalmente, da contenção da saliva na boca). Era muito carinhoso, se aninhando facilmente no colo de pessoas conhecidas. Não era avesso ao toque e não rejeitava contato físico. Não apresentava nem hetero, nem autoagressividade.

No começo do processo musicoterapêutico, foi acordado entre o musicoterapeuta e a família um trabalho com o corpo, almejando a compreensão e a nomeação de partes do corpo, bem como melhora de seu andar e da função manual de pegar objetos e manipulá-los e a estimulação para a produção vocal, almejando a produção de vocalizações, se possível, associadas a intenções comunicativas (chamar alguém, expressar emoções, demonstrar que quer algo etc.). Tais objetivos gerais se desdobravam em objetivos musicoterapêuticos, dentre outros, tais como: ampliar o tempo de participação na experiência musical compartilhada de forma ativa, tocando e/ou vocalizando/cantando; durante as experiências de re-criação de canção de ação e atividade diversas de música e movimento, apontar partes do corpo ou explorar os movimentos de partes do corpo mencionados na canção; manter contato físico e contato visual durante a experiência musical compartilhada; e, explorar diferentes modos de deslocamento pelo espaço a partir de estímulos musicais variados, por exemplo, com diferenças de compasso e de andamento.

p. 2). Segundo tais autoras, práticas capacitistas geralmente envolvem o ideal de uma corponormatividade compulsória, que almeja corpos iguais como base para a uniformidade, resultando em uma desvalorização de formas de ser-no-mundo ontologicamente periféricas.

Marcos explorava os instrumentos musicais disponíveis na Sala de Musicoterapia, interagia em algumas canções de ação⁷ e jogos musicais envolvendo a nomeação de partes do corpo e a produção de movimentos específicos etc. Após aproximadamente 3 meses de atendimento, a mãe de Marcos mencionou que tinha conversado com a terapeuta ocupacional e com a psicóloga que o atendiam sobre ela sentir falta de Marcos interagir mais com outras pessoas que não fossem os terapeutas e seus familiares próximos. O pai de Marcos era Pastor em uma igreja e muitas vezes a mãe acompanhava os cultos com Marcos, mas ele apresentava dificuldade em interagir com os frequentadores da Igreja, mesmo com algumas pessoas com quem havia um contato mais próximo, que chegavam a frequentar sua casa socialmente. Após conversas com a mãe e algumas reuniões com a terapeuta ocupacional, foi decidido que tentaríamos introduzir no processo musicoterapêutico um trabalho de treinamento de alguns gestos sociais, e um dos primeiros gestos escolhidos foi “dar tchau”.

Compus então a “Canção do Aceno” (Figura 2) e, por meio de uma parceria com um projeto de extensão do Curso de Engenharia Mecânica da universidade, foi construída uma “traquitana sonora”⁸ que consistia em uma “máquina do Tchau”. Marcos inseria a mão em uma luva e, ao fazer movimento de balançar as mãos para um lado e para o outro, acionava uma alavanca que, de um lado, tocava um tambor e, do outro, uma espécie de sino. Além disso, o movimento também acionava a figura de uma personagem infantil, cujo desenho Marcos gostava, que “dava tchau”. Trabalhamos com a canção do aceno, ora isoladamente, cantando e fazendo a movimentação sugerida pela canção, ora em conjunto com a “Máquina do Tchau”.

⁷ Canções de ação são canções que descrevem, sugerem ou podem ser associadas a movimentos corporais específicos de modo que, na experiência musical compartilhada, espera-se que tais movimentos sejam realizados.

⁸ Nome dado pela equipe do projeto do curso de Engenharia Mecânica aos objetos construídos que, embora não fossem caracterizados como instrumentos musicais, quando manipulados, podiam gerar sons.

Figura 2. Canção do Aceno.

Canção do Aceno
Renato Sampaio

Pa - ra'um la - do, pa - ra'o ou - tro As mão - zi - nhas a - gi - tar Pa - ra'um
la - do, pa - ra'o ou - tro Um a - ce - no eu vou dar
Tchau, tchau, tchau, tchau Se - ma - na que vem tem mais...
Tchau, tchau, tchau, tchau Es - pe - ro que fi - que'em paz.

Para um lado, para o outro
As mãozinhas agitar
Para um lado, para o outro
Um aceno eu vou dar

Tchau, tchau, tchau, tchau
Semana que vem tem mais...
Tchau, tchau, tchau, tchau
Espero que fique em paz.

Fonte: Arquivo pessoal do autor.

A Canção do Aceno foi utilizada para treinar o movimento manual para “dar tchau” e, após aprendida por Marcos, foi também utilizada como uma *Goodbye Song*⁹. Inicialmente foram ensinados a Marcos de modo separado a letra, os aspectos melódicos da canção e o movimento de dar tchau (aceno para um lado e para o outro). Posteriormente, estes elementos foram integrados e a eles foi adicionado o movimento ritmado da mão para dar o tchau. O movimento com a mão para um lado ou para o outro era feito, na maior parte da canção, de modo sincronizado com o primeiro tempo de cada compasso, com exceção dos trechos “Tchau, tchau, tchau, tchau” e “fique em paz”, nos quais o movimento da mão era feito de modo sincronizado com o pulso musical.

A Canção do Aceno foi composta com base em alguns princípios bem definidos. Apresenta uma estrutura musical simples, dentro de um “idioma” musical tonal familiar à Marcos, mas que permite variações e complexificações harmônicas, de forma, de compasso / andamento, de arranjo e de diversos

⁹ Canção ou atividade musical utilizada para demarcar o encerramento da Sessão de Musicoterapia (NORDOFF; ROBBINS; MARCUS, 2007).

outros elementos musicais. Ainda, a canção apresenta coerência e coesão musicais internas, com bastante redundância para auxiliar na organização da forma musical e favorecer previsibilidade. Os motivos melódicos e rítmicos são adequados à capacidade de produção vocal de uma criança da idade de Marcos e o texto está relacionado ao contexto da sua vida social. Por exemplo, a expressão “fique em paz” era utilizada por seu pai para se despedir dos fiéis ao final do culto.

Neste trabalho de desenvolvimento da habilidade de dar tchau, outras canções de ação também foram utilizadas com o objetivo de dar mais consciência sobre as mãos e explorar vários modos de usá-las. Após alguns meses, Marcos passou a dar tchau para pessoas conhecidas e desconhecidas nas situações sociais que vivia, e isto pareceu melhorar a aceitação de sua condição pela família e pela comunidade na qual estava inserido.

3 Vinheta Clínica 2

Conheci Saulo (nome fictício), um adolescente autista, quando ele tinha recém completado 16 anos. Saulo apresentava muitas dificuldades na interação social, com interesses restritos e apresentava diversas estereotípias, como balançar o corpo para frente e para trás, movimentos com os dedos de ambas as mãos (de tocar os polegares nos demais dedos), configurações manuais com dedos entrelaçados, bater palmas estaladas, bater o pé direito com força no chão, entre outros. Não falava, mas parecia compreender consignas e comandos verbais simples e, algumas vezes os atendia. Sua produção vocal se limitava a sonorizações como “brrrrrr”, “shhhhh” e similares, e a eventuais glissandos ascendentes entre si³ e la⁴. Sua voz durante os glissandos era forte, encorpada e bem projetada.

Frequentava diariamente uma clínica-escola para crianças e jovens com alterações severas no desenvolvimento na qual comecei a atuar como Musicoterapeuta. Ficava na instituição nos períodos da manhã e da tarde, alternando entre atendimentos terapêuticos e processos educacionais mais direcionados a Atividades de Vida Diária e Atividades de Vida Prática. Com quase 1,85m de altura, estrutura óssea larga e um pouco obeso, quando o conheci, brinquei com sua família que ele tinha um porte físico entre um jogador de futebol americano e um lutador de sumô. Saulo era muito forte, mas tinha um comportamento bastante dócil e carinhoso. Porém, devido à sua força, seu tamanho e a uma não adequação do seu modo de expressão, muitas vezes machucava as pessoas, por exemplo, ao dar tapas no rosto das pessoas

como uma forma de fazer carinho. Apesar de não ser possível, na época, avaliar se Saulo possuía ou não deficiência intelectual, seu comportamento muitas vezes era similar ao de crianças pequenas, por volta de 3 a 5 anos de idade. Eu tinha a impressão de que não havia déficit intelectual, mas que, talvez devido ao severo comprometimento autístico, seu desenvolvimento emocional e social estava defasado em relação a sua idade cronológica.

Nas duas primeiras sessões, ofereci a Saulo um conjunto de estímulos sonoros para ver a quais e como ele reagia. Cantei canções populares e coloquei gravações de canções que a família disse que escutavam em casa, fiz improvisações vocais e/ou instrumentais tentando sonorizar os movimentos que Saulo fazia ou tentando “espelhar” o que eu estava inferindo sobre o seu estado emocional. Ofereci o violão e alguns instrumentos de percussão para que Saulo os explorasse (tátil e sonoramente). Também improvisei canções sobre a família e conhecidos de Saulo (pai, mãe, irmã, tia, professora e um “colega de sala”) associando a mostrar fotos destas pessoas, mas não obtive uma participação efetiva de Saulo na atividade. Na maior parte do tempo, Saulo mantinha-se sentado ao meu lado, mas evitava estar de frente para mim. Durante os estímulos musicais que propus, algumas vezes balançava o corpo para frente e para trás, batia palmas ou fazia as sonorizações com “br” ou “sh”. Muito ocasionalmente lançava olhares de relance para os instrumentos musicais, mas não buscava ou sustentava contato visual comigo, fechando os olhos ou virando a cabeça em outra direção. Depois de algum tempo dos estímulos sonoros, pegava minha mão, apontava para a porta com a outra mão e fazia um glissando ascendente (usualmente entre si3 e la4, ou com uma extensão um pouco menor). Compreendi tais vocalizações de glissando associadas ao pegar minha mão e apontar para a porta como tendo um intuito comunicativo, como um pedido para terminarmos a sessão e eu o levasse de volta a “sua sala de aula”. Nas duas primeiras sessões, após algumas repetições destes glissandos e do apontar para a porta, eu realmente encerrei a sessão e o levei para a “sua sala”, como um modo de reconhecer e validar sua expressão e seu desejo.

Após reuniões com outros membros da equipe da instituição, tracei como objetivos musicoterapêuticos iniciais: ampliar a sua consciência sobre o seu corpo e sua voz, bem como sobre a minha presença e sobre a possibilidade de estabelecer contato e interação na experiência musical; explorar o uso de instrumentos musicais para tocar em conjunto; explorar e, se possível, ampliar sua produção vocal, que poderiam levar a possíveis melhoras de processos comunicativos vocais. Na terceira sessão, então, tentei uma estrutura de sessão

diferente e estratégias para estabelecer contato diferentes. Quando fui buscá-lo em “sua sala”, o levei para a sala de Musicoterapia cantando uma *Hello Song*¹⁰ improvisada na qual o convidava verbalmente para estar comigo em uma experiência musical compartilhada. Durante o início do percurso, Saulo parecia não estar prestando atenção no meu canto, mas, quando parei de cantar subitamente, Saulo se virou em minha direção demonstrando ter percebido a interrupção da canção. Voltei a cantar e, ao longo do caminho, parei novamente de cantar de modo súbito, e Saulo, voltou novamente a olhar em minha direção. Percebi então que Saulo estava, neste momento, interagindo comigo na experiência musical, mas de modo silencioso, utilizando aqui a terminologia de Stige (2010) sobre os estilos de participação. Ainda, notei que ao usar a técnica provocativa musical (BARCELLOS, 2016), Saulo buscava o contato visual comigo solicitando a continuidade da canção. Quando chegamos na sala, Saulo ficou andando aleatoriamente pelo espaço e tentei fazer uma improvisação ao teclado refletindo harmonicamente uma sensação de estar perdido, de não conseguir ter uma referência, de demarcar ou estabelecer o “seu espaço”. Saulo ocasionalmente olhava pra mim e, num determinado momento, começou a fazer os glissandos ascendentes. Inicialmente tentei incorporar os glissandos no que eu estava tocando no teclado, mas, como isso pareceu não ter efeito de alterar a qualidade da interação ou do estado emocional de Saulo, abandonei o teclado e fui andar com Saulo pelo espaço, imitando suas vocalizações típicas (“br” e “sh” principalmente) e seus glissandos. Praticamente o tempo todo desta sessão foi, então, uma grande improvisação vocal onde eu me aproximei musicalmente da produção sonora e da movimentação corporal de Saulo para tentar o contato e a interação. Ocasionalmente, Saulo parecia perceber a minha produção vocal, pois parava de andar e me olhava por alguns poucos segundos, voltando a caminhar logo em seguida. Nestes momentos, eu tentava andar ao seu lado ou a sua frente, produzindo as vocalizações e tentando incorporar gestos corporais diversos com os braços e com a cabeça a cada vocalização. Após um longo período desta interação musical, avisei verbalmente a Saulo que a nossa sessão estava chegando ao fim, cantei para ele uma *Goodbye Song* improvisada, sobre nossa sessão estar terminando, e aguardei ele fazer o gesto de apontar para a porta e emitir o glissando para efetivamente encerrar a sessão.

¹⁰ Canção ou atividade musical utilizada para demarcar o início da Sessão de Musicoterapia (NORDOFF; ROBBINS; MARCUS, 2007).

Nas sessões seguintes, uma estrutura similar de experiências musicais foi realizada, com mais variações nos meus movimentos corporais, nas minhas vocalizações e eu tentando também interagir mais fisicamente com Saulo. Na sexta sessão, após algum tempo deste andar pela sala e vocalizar, Saulo me empurrou em direção à parede, quase me esmagando com o peso de seu corpo, e começou a me dar cabeçadas. Porém, não percebi aquilo como um gesto de agressividade, mas com uma busca de contato físico e de interação comigo, embora ele tenha me machucado e entortado meus óculos com suas cabeçadas. A partir das sessões seguintes, fiquei mais atento para não ser pego de surpresa e ser espremido novamente contra a parede, me esquivando fisicamente nas ocasiões em que Saulo tentava repetir tais gestos, e tentando demonstrar a Saulo outras possibilidades de contato físico e interação como abraços, andar de mãos dadas etc.

Após mais algumas sessões, Saulo começou a fazer os glissandos logo que chegávamos à Sala de Musicoterapia e iniciamos uma nova fase do processo, no qual eu ia explorando possibilidades sonoras com estes glissandos, aumentando e diminuindo a sua extensão de altura, brincando com a intensidade sonora (forte, fraco, do forte ao fraco, do fraco ao forte etc.) e, principalmente, com a direção melódica destes glissandos. Ora fazia glissandos ascendentes, ora descendentes, combinações diversas de ascendentes e descendentes, glissandos ascendentes que posteriormente se transformavam em uma nota longa no agudo etc. Comecei também a propor variações de duração, entre emissões vocais de sons longos (normalmente sob a forma de glissandos) e sons curtos (em *stacatto*). Aos poucos, Saulo foi percebendo estas explorações sonoras, parecendo apreciar algumas delas e até expressando diversão (por meio de sorrisos e de uma expressão facial mais aberta) em alguns momentos. Em um curto período de tempo, estas explorações sonoras começaram a aparecer espontaneamente em outras situações, principalmente com a professora, que, a partir de minha orientação, também começou a brincar com as vocalizações em glissandos, interagindo vocalmente com Saulo.

Após alguns poucos meses, Saulo foi espontaneamente estabelecendo padrões de comunicação para tais explorações sonoras. Dois glissandos ascendentes se transformou numa expressão comunicativa de alegria ou prazer. Um glissando ascendente servia para chamar alguém ou para mostrar algo. Um glissando descendente curto era para mostrar que estava prestes a interagir fisicamente, por exemplo dando um abraço (mas ainda, ocasionalmente, cabeçadas e tapas) e assim por diante. No processo com Saulo, após vários meses de trabalho, não chegamos a uma produção de fala,

mas conseguimos alcançar expressões sonoras associadas a intenções comunicativas bem delimitadas. E quando isso foi incorporado por sua família e por sua professora, a qualidade de interação social de Saulo melhorou consideravelmente, houve diminuição do tempo das estereotípias, melhora no aprendizado de atividades de vida prática e aumento significativo do tempo de contato visual (olhar nos olhos do outro) e de compartilhamento de foco atencional.

4 Algumas reflexões sobre os atendimentos musicoterapêuticos relatados

No processo terapêutico de Saulo, apresentado na segunda vinheta clínica, podemos observar que mesmo havendo objetivos musicoterapêuticos traçados em acordo com a equipe de terapeutas e com a diretoria clínica da instituição, havia grande liberdade para desenvolver as experiências musicais compartilhadas de acordo com o que Saulo ia apresentando enquanto interesses, intenções comunicativas, qualidade das relações estabelecidas etc. A partir de improvisação livre com exploração de motivos musicais inicialmente sugeridos por Saulo, foi surgindo, por meio de repetições e variações, um conjunto de signos musicais que poderiam ser entendidos como um processo de construção de vocabulário. É importante ressaltar que tal vocabulário musical não está atrelado a uma relação significante-significado específica¹¹, como podemos encontrar em um vocabulário verbal em uma língua falada/escrita, mas sim a um conjunto de sons e silêncios que vão ganhando algumas configurações e, por meio da diferença e repetição, vão formando um conjunto de pequenas estruturas musicais reconhecíveis. Saulo, espontaneamente, num terceiro momento começou a atribuir significados específicos para alguns destes signos musicais.

Ao longo de minha prática clínica, verifiquei que com muitos clientes houve um percurso semelhante, então propus na minha dissertação de mestrado (SAMPAIO, 2002b) uma descrição deste processo como apresentado na representação esquemática da Figura 3. Logicamente, este processo nem sempre precisa ir progressivamente da exploração ao diálogo,

¹¹ Segundo Costa, no discurso musical “[...] não existe a relação de denotação, logo não existe o par significante-significado denotativo. Guiraud-Caladou propõe o termo musicante para o significante musical, que é fundamentalmente distinto do verbal, por não fazer referência a conceitos ou não denotar significados” (COSTA, 1989, p. 64). Para um aprofundamento desta questão, sugiro a leitura dos textos de Costa (1989), Costa e Vianna (1985), e, principalmente, de Sampaio (2002b)

podendo haver várias “idas e voltas” entre os três estágios ao longo do percurso clínico.

Figura 3. Representação esquemática do processo de desenvolvimento de linguagem musical ao longo do processo clínico



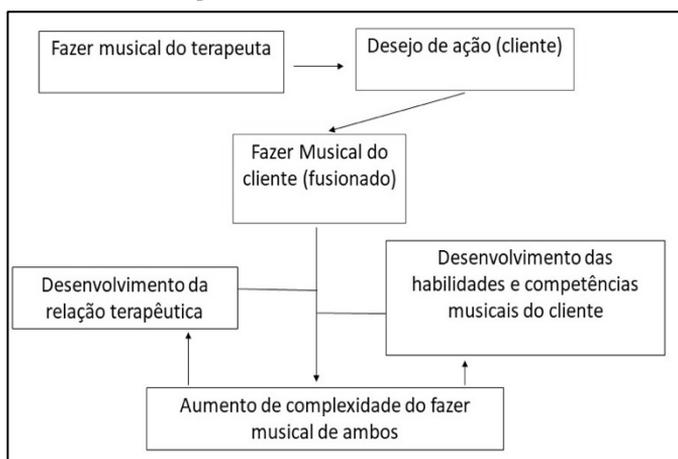
musicoterapêutico.

Fonte: Adaptado de Sampaio (2002b).

Mas, como isso pode influenciar no desenvolvimento global do cliente? Barcellos (BARCELLOS, 2004b, 2009) descreve que, em muitas ocasiões, o fazer musical do musicoterapeuta deve se ajustar aos parâmetros musicais da produção musical do cliente, não somente pareando andamento, tessitura, tonalidade e/ou outros parâmetros musicais, mas indo mais além, repetindo e explorando variações do que o cliente produz. O fazer musical (ou musicar) do terapeuta desperta o desejo de ação do cliente e eles se encontram em uma fazer musical fusionado¹². Ao longo do processo terapêutico, a relação terapêutica se desenvolve, bem como o cliente vai também desenvolvendo habilidades e competências musicais e não musicais. Assim, chega-se a um amento da complexidade do fazer musical na experiência musical compartilhada que, por sua vez, irá estimular novos modos de relação terapêuticas e mais desenvolvimento de habilidades e competências dos clientes (Figura 4).

¹² Para Bruscia (1987), estar fusionado na música implica que as produções musicais do terapeuta e do cliente estão separadas (não são exatamente iguais), mas convergem para criar unidade e uniformidade. Os elementos musicais são mais similares que diferentes, e, frequentemente, síncronos. A figura pode se distinguir do fundo, porém se relaciona e coincide com ele.

Figura 4. Representação esquemática do desenvolvimento do discurso musical e da relação terapêutica ao longo do processo clínico musicoterapêutico.



Fonte: Adaptado de Sampaio (2002b).

Por sua vez, o atendimento descrito na Vinheta Clínica 1 consiste em um momento do processo terapêutico onde, em determinado momento, foi acordado com a família o foco no desenvolvimento de uma habilidade específica, não devido à absoluta necessidade desta habilidade em si mesma, mas pelo que o processo de comunicação poderia ganhar ao haver a melhora da interação social de Marcos naquelas situações. É importante ressaltar que não houve a intenção de uma intervenção capacitista, mas algo do tipo “pensar globalmente e agir localmente”, uma vez que o processo terapêutico com Marcos estava inserido em uma perspectiva de inclusão social, considerando um modelo mais social de deficiência.

Os dois casos relatados exemplificam os dois modos de pensar e trabalhar com pessoas autistas. O primeiro, mais focado no desenvolvimento de habilidades específicas e, o segundo, mais amplo e abrangente em termos de favorecimento do desenvolvimento global. No entanto, os dois casos convergem para o desenvolvimento de processos comunicativos na experiência musical compartilhada. Na Vinheta 1, podem ser observadas intervenções musicoterapêuticas diretas e focadas em processos comunicativos, mais especificamente o “dar tchau”, mas, na Vinheta 2, o processo de desenvolvimento da comunicação se confunde com o próprio processo terapêutico, no sentido de conscientização de si, do outro e do mundo, de favorecimento da interação e, por extensão, de processos

comunicacionais nos quais vão sendo feitas escolhas e realizadas ações, que demonstram intenções, recuperando o fluxo comunicacional e o próprio fluxo de ser-no-mundo. Vale ressaltar que estes dois modos de trabalho não são necessariamente excludentes.

No processo de Saulo, podem ser observados estilos de participação variados, indo de uma eventual não participação em alguns momentos, passando pela participação silenciosa, pela participação convencional e pela participação aventureira na experiência musical compartilhada. Até mesmo o momento em que ele me esmagava na parede e me dava cabeçadas poderia ser lido como uma participação excêntrica, no qual uma intenção de demonstração de carinho encontra um modo de expressão e de execução não adequados, pois Saulo me machucou. Segundo Stige (2010), os vários estilos de participação podem se tornar parte da co-criação de um espaço social mais inclusivo, quando integrados os rituais de interação social. Favorecer uma amplitude participativa, dando possibilidades e validando escolhas, implica em haver espaço para interação e integração social para muito além da conformidade a modos pré-concebidos e/ou pré-determinados de ser-no-mundo.

Há um processo de negociação para a criação deste campo co-construído, onde a escuta atenta e acolhedora por parte do terapeuta, mas também do cliente, é imprescindível para a qualidade da relação dialógica. E esta negociação não precisa ser verbal. Na musicoterapia, de fato, ela pode ocorrer por meio do musicar, de realizar ações musicais, que, quando inseridos em um contexto de experiência musical compartilhada, pode gerar coordenações consensuais de comportamentos (comunicação) e, a partir da recursividade, coordenações consensuais de coordenações consensuais de comportamentos (linguagem).

5 Considerações finais

Este artigo partiu do desenho de um mosaico teórico e da breve descrição de dois casos clínicos para refletir sobre o desenvolvimento de processos comunicativos em música durante processos musicoterapêuticos com pessoas autistas. Ainda, busca sugerir a relação entre tais processos comunicacionais com o desenvolvimento global do ser humano e com a co-construção de uma comunidade mais inclusiva.

[...] no Autismo, enquanto condição neurodiversa e não uma doença, podemos supor que as experiências de insucesso da vivência plena de seu potencial de vir-a-ser são aumentadas pelas condições autísticas de interesses reduzidos, ritualismo, déficits atencionais etc. Há que se prover um ambiente ainda mais rico em estímulo (no sentido mais qualitativo de estímulos cuidadosos e adequados para a singularidade de cada pessoa, que quantitativos) a fim de propiciar o melhor desenvolvimento possível, algo como o que Ari Rehfeld denomina como “desencurtamento de mundo” (SAMPAIO, 2021a, p. 60–61).

Desencurtar o mundo pressupõe criar oportunidades de interação e favorecer oportunidades para o desenvolvimento, a partir da retirada ou diminuição de barreiras que dificultem ou impeçam o pleno vir-a-ser de cada pessoa (REHFELD, 2013), seja ela autista ou não autista. Quando vivenciada com integridade e inteireza, a experiência musical compartilhada em musicoterapia possibilita haver uma variedade de modos de ser-no-mundo construindo relações que, em níveis variados, implicam em sentidos compartilhados sobre os acontecimentos (STIGE, 2010). Portanto, para criar uma comunidade inclusiva de fato, não devemos pensar em termos de conformidades de modos de existir no mundo, mas sim em termos de criar espaço para variados modos de existir, incluindo variados modos de participação nos processos interativos.

Na Musicoterapia, ao adotarmos uma perspectiva de desencurtamento de mundo aliada à valorização de uma amplitude participativa, podemos acolher e valorizar o fazer musical de nossos clientes e, então, favorecermos contato e interação na experiência musical compartilhada, sem necessariamente dirigir o fazer musical dos clientes para se adequarem a esta ou aquela expectativa. Deste modo, oportunizamos uma unidade de ser-com-o-outro-na-música, sem que haja necessariamente uniformidade.

REFERÊNCIAS

- AIGEN, K. **Paths of Development in Nordoff-Robbins Music Therapy**. Gilsum: Barcelona, 1998.
- AIGEN, K. **Music-centered music therapy**. Gilsum: Barcelona, 2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

- ANDRE, A. M. et al. Análise psicométrica das Escalas Nordoff-Robbins como instrumento de avaliação no tratamento musicoterapêutico de crianças autistas em acompanhamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). **Per Musi**, v.2018, p.1–12, 2018.
- BARBOSA, A. D. et al. A não adesão de pais de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo em Grupo de Musicoterapia: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v.24, p.26–44, 2018.
- BARCELLOS, L. R. M. **Musicoterapia: Alguns Escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004a.
- BARCELLOS, L. R. M. Musicalidade Clínica. In: **Musicoterapia: Alguns Escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004b. p.67–84.
- BARCELLOS, L. R. M. **A Música como Metáfora em Musicoterapia**. Tese (Doutorado em Música) - Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009.
- BARCELLOS, L. R. M. **Quaternos de Musicoterapia e Coda**. Dallas: Barcelona, 2016.
- BRANDALISE, A. **Musicoterapia Músico-Centrada**. São Paulo: Apontamentos, 2001.
- BRANDALISE, A. Music-Centered Music Therapy. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v.19, p.52–65, 2015.
- BRUSCIA, K. E. **Improvisational Models of Music Therapy**. Springfield: Charles C. Thomas, 1987.
- BRUSCIA, K. E. An Introduction to Music Psychotherapy. In: **The Dynamics of Music Psychotherapy**. Gilsum: Barcelona, 1998. p.1–15.
- BRUSCIA, K. E. **Defining Music Therapy**. 3.ed. University Park: Barcelona, 2014.
- CHAGAS, M. Comunidade em Musicoterapia: Construindo Coletivos. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v.21, p.117–139, 2016.
- COSTA, C. M. **O Despertar para o Outro: Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1989.
- COSTA, C. M.; VIANNA, M. N. DE S. Música – uma linguagem terapêutica para psicóticos. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação de Psiquiatria da América Latina**, v.7, n.27, p.163–167, 1985.
- FONSECA, E. H. P. et al. Musicoterapia, Autismo e Son-Rise: um estudo exploratório através de entrevista. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v.19, p.198–205, 2017.

FRAZÃO, L. M. Doença, Saúde e Cura. In: D'ACRI, G.; LIMA, P.; ORGLER, S. (Eds.). **Dicionário de Gestalt-terapia “Gestaltês”**. São Paulo: Summus, 2007. p.70–72.

FREIRE, M. et al. Validação da Escala de Desenvolvimento Musical de Crianças com Autismo (DEMUCA): análise semântica, interexaminadores, consistência interna e confiabilidade externa. **OPUS**, v.25, n.3, p.158, 2019.

FREIRE, M. H. et al. Effects of improvisational music therapy on the treatment of preschool children with autism. **Approaches Music Therapy & Special Music Education**, v.6, p.143, 2014.

FREIRE, M. H. et al. Musicoterapia Improvisacional Musicocentrada e Crianças com Autismo: Relações entre Desenvolvimento Musical, Ganhos Terapêuticos e a Teoria da Musicalidade Comunicativa. **Musica Hodie**, v.21, p.1–31, 2021.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt: uma terapia do contato**. 4.ed. São Paulo: Summus, 1995.

GINGRAS, B. et al. Defining the biological bases of individual differences in musicality. **Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences**, v.370, n.1664, p.20140092–20140092, 2015.

HONING, H. et al. Without it no music: cognition, biology and evolution of musicality. **Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences**, v.370, n.1664, p. 20140088, 2015.

IVANOVICH, A. C. F.; GESSER, M. Disability and ableism: correction of bodies and production of (a)political persons. **Quaderns de Psicologia**, v.22, n.3, p.e1618, 2020.

MATURANA, H. R.; MAGRO, C.; PAREDES, V. **Cognição, Ciência e Vida Cotidiana**. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Palas Athena, 2011.

MERRIAM, A. P. **The anthropology of music**. 6. paperback print ed. Evanston: Northwestern University Press, 2006.

NASCIMENTO, M. (ED.). **Musicoterapia e a Reabilitação do Paciente Neurológico**. São Paulo: Memnon, 2009.

NORDOFF, P.; ROBBINS, C.; MARCUS, D. **Creative Music Therapy: a guide to fostering clinical musicianship**. Gilsum: Barcelona, 2007.

PAVLICEVIC, M. **Music therapy: intimate notes**. London: Jessica Kingsley, 1999.

PERETZ, I. The nature of music from a biological perspective. **Cognition**, v.100, n.1, p.1–32, 2006.

PERLS, F. S.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. 2.ed. São Paulo: Summus, 1997.

REHFELD, A. Fenomenologia e Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Eds.). **Gestalt-terapia: Fundamentos Epistemológicos e Influências Filosóficas**. Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas. São Paulo: Summus, 2013. p.12–15.

SAMPAIO, R. T. Musicoterapia. In: CASA DO AUTISTA (Ed.). **Autismo: Orientação para Pais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p.19.

SAMPAIO, R. T. Música e Comunicação: Reflexões sobre a Biologia do Conhecer e a Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v.6, p.39–51, 2002a.

SAMPAIO, R. T. **Novas Perspectivas de Comunicação em Musicoterapia**. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Semiótica)—São Paulo: PUC-SP, 2002b.

SAMPAIO, R. T. **Música e Comunicação em Musicoterapia: um percurso de pesquisa**. VII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia... Anais... In: VII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA. São Paulo: APEMESP, 2007a.

SAMPAIO, R. T. **Considerações sobre a Linguagem na Prática Clínica Musicoterapêutica numa Abordagem Gestáltica**. XVII Encontro Nacional da ANPPOM... Anais... In: XVII ENCONTRO NACIONAL DA ANPPOM. São Paulo: Instituto de Artes - UNESP, 2007b.

SAMPAIO, R. T. **Avaliação da Sincronia Rítmica em crianças com Transtorno do Espectro do Autismo em Atendimento Musicoterapêutico**. Tese (Doutorado em Neurociências)—Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

SAMPAIO, R. T. Renato Tocantins Sampaio (autobiography). In: MAHONEY, J. F. (Ed.). **The Lives of Music of Music Therapists: Profiles in Creativity**. Dallas: Barcelona, 2018. v.3, p.376–386.

SAMPAIO, R. T. **Compreensões Gestálticas sobre o Autismo: implicações para a prática clínica**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial—Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2021a.

SAMPAIO, R. T. Música e Inclusão Escolar. In: SOARES, Â. M. et al. (Eds.). **Caminhos da Aprendizagem e Inclusão: entretecendo múltiplos saberes**. Volume III. Belo Horizonte: Artesã, 2021b. p.355–376.

SAMPAIO, R. T.; LOUREIRO, C. M. V.; GOMES, C. M. A. A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo: uma abordagem informada pelas neurociências para a prática clínica. **Per Musi**, n.32, p.137–170, 2015.

SANTAELLA, L. **Comunicação E Pesquisa**. São Paulo: Hacker, 2001.

SARTRE, J. P. **O Existencialismo é um Humanismo**. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

SCHAPIRA, D. **Musicoterapia: facetas de lo inefable**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2002.

STIGE, B. Musical Participation, Social Space and Everyday Ritual. In: STIGE, B. et al. (Eds.). **Where Music Helps: Community Music Therapy in Action and Reflection**. Ashgate popular and folk music series. Farnham: Ashgate, 2010. v.125–147.

STIGE, B. et al. (EDS.). **Where Music Helps: Community Music Therapy in Action and Reflection**. Farnham: Ashgate, 2010.

STIGE, B. Health Musicking: A perspective on Music and Health as Action and Performance. In: MACDONALD, R. A. R.; KREUTZ, G.; MITCHELL, L. (Eds.). **Music, health, and wellbeing**. Oxford: Oxford University Press, 2012. p.183–195.

TAN, Y. T. et al. The genetic basis of music ability. **Frontiers in Psychology**, v.5, 2014.

THAUT, C. P. Patterned Sensory Enhancement (PSE). In: THAUT, M.; HOEMBERG, V. (Eds.). **Handbook of neurologic music therapy**. New York: Oxford University Press, 2014. p.106–115.

TOFFOLO, M. R.; TOFFOLO, M. R. Pisando o palco: um resultado da Musicoterapia com pacientes adultos cegos. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v.11, p.163–185, 2011.

TOMAINO, C. M. Usando Estimulação Auditiva Rítmica para Reabilitação. In: DREHER, S. C.; MAYER, G. C. T. (Eds.). **Musicoterapia Neurológica: evocando as vozes do silêncio**. São Leopoldo: Faculdades EST, 2014. p.7–34.

TREVARTHEN, C. Human biochronology: on the source and functions of ‘musicality’. In: HAAS, R.; BRANDES, V. (Eds.). **Music that works: Contributions of Biology, Neurophysiology, Psychology, Sociology, Medicine and Musicology**. Viena: Springer, 2009. p.221–265.

WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY. Definição de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v.2, p.4, 1996.

YONTEF, G. M. **Processo, Diálogo e Awareness: Ensaio em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1998.

ZINKER, J. C. **A Busca da Elegância em Psicoterapia: uma abordagem gestáltica com casais, famílias e sistemas íntimos**. São Paulo: Summus, 2001.

ZINKER, J. C. **Processo Criativo em Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 2007.

ZUCKERKANDL, V. **Sound and Symbol: Man the Musician**. v.2. Princeton: Princeton University Press, 1976.

Recebido em 27 de junho de 2022.

Aceito em 7 de novembro de 2022.

Publicado em 31 de julho de 2023.

SOBRE O AUTOR

Renato Tocantins Sampaio é Bacharel em Musicoterapia, Licenciado em Música, e Doutor em Neurociências. Desde 2010, é Professor de Musicoterapia na Universidade Federal de Minas Gerais, onde atua na Graduação em Música e em Musicoterapia, na Especialização em Transtorno do Espectro do Autismo, no Programa de Pós-Graduação em Música e no Programa de Pós-Graduação em Neurociências. Coordena o Projeto de Extensão Musicoterapia nos Distúrbios do Neurodesenvolvimento que oferece atendimentos musicoterapêuticos gratuitos a pessoas autistas e a outras populações clínicas. Foi Presidente do Comitê Latino-Americano de Musicoterapia e Representante da América Latina junto à Diretoria da Federação Mundial de Musicoterapia.