
A IMPROVISAÇÃO MUSICAL NO TRABALHO DE MUSICOTERAPIA COM UM PACIENTE NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Musical improvisation in Music Therapy work with a patient in Autistic Spectrum Disorder: experience report

A improvisación musical em el trabajo musicoterapéutico con um paciente con Transtorno del Espectro Autista: informe de experiencia

Elisa Cristina Sousa Inácio¹

Resumo - O presente artigo propõe uma reflexão sobre o trabalho da musicoterapia com pessoas no Transtorno do Espectro Autista (TEA) mediante a análise dos aspectos envolvidos nos atendimentos realizados como uma criança com TEA. A intervenção terapêutica se deu através da musicoterapia interativa e a abordagem de improvisação musical delineou a estrutura dos atendimentos. Tendo por referência os aspectos apresentados na anamnese realizada com os responsáveis, as observações realizadas nos primeiros atendimentos e os ganhos obtidos ao longo do processo, as conclusões indicam uma evolução significativa no engajamento do paciente, na capacidade de expressão emocional e na integração entre o corpo e a música, sugerindo a eficácia da abordagem terapêutica empregada.

Palavras chave: musicoterapia, autismo, desenvolvimento, improvisação, linguagem.

Abstract – This article proposes a reflection on the work of music therapy with people with autism spectrum disorder (ASD) by analyzing the aspects involved in the care provided to a child with ASD. The therapeutic intervention took place through interactive music therapy, and the musical improvisation approach outlined the structure of the sessions. With reference to the aspects presented in the anamnesis carried out with the guardians, the observations made during the first sessions and the gains made throughout the process, the conclusions indicate a significant evolution in the patient's engagement, capacity for emotional expression and integration between the body and music, suggesting the effectiveness of the therapeutic approach employed.

Keywords: music therapy, autism, development, improvisation, language.

Resumen - Este artículo propone una reflexión sobre el trabajo de musicoterapia con personas con trastorno del espectro autista (TEA) analizando los aspectos implicados en la atención prestada a un niño con TEA. La intervención terapéutica se llevó a cabo a través de musicoterapia interactiva, y el enfoque de improvisación musical delineó la estructura de las sesiones. A partir de los aspectos presentados en la anamnesis realizada con los cuidadores, las observaciones realizadas durante las primeras sesiones y los logros obtenidos a lo largo del proceso, las conclusiones indican una evolución significativa en el compromiso del paciente, la

¹Graduada em Musicoterapia (FMU). <http://lattes.cnpq.br/2595150011251124>
e-mail mt.eliss.inacio@gmail.com

capacidad de expresión emocional y la integración entre el cuerpo y la música, sugiriendo la eficacia de la bordaje terapêutico empleado.

Palabras clave: musicoterapia, autismo, desarrollo, improvisación, lenguaje.

1 - Introdução

O autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por afetar a tríade: comunicação, interação social e repertório de atividades e interesses (Mandy & Skuse, 2008). Visando demonstrar as contribuições da Musicoterapia no Transtorno do Espectro Autista (TEA), apresentaremos uma definição de TEA firmada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), além dos conceitos estabelecidos pelos precursores no estudo do espectro. Explanaremos um caso clínico para, a partir do mesmo, discutir como a Musicoterapia pode contribuir para promover o desenvolvimento ou fornecer suporte à saúde física, psicoemocional e psicossocial através da música ou de atividades musicais, atingindo assim o bem-estar dos pacientes (Bruscia, 1989, p.29).

Klin (2006) descreve que pessoas com autismo têm propensão a se manifestar com uma linguagem menos flexível, apresentando dificuldades para iniciar e manter uma conversação, além da não compreensão de conceitos abstratos. Sendo assim, a comunicação não acontece de forma convencional, de modo que o indivíduo pode se utilizar de palavras sem contexto, tendo também limitações no campo gestual.

1.1. Definição - Transtorno do neurodesenvolvimento

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2019) o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é definido como um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado, na sua síntese, pela dificuldade na comunicação e interação social e pelo comportamento restritivo ou repetitivo; possui gravidade e apresentação variáveis; tem caráter permanente. Apesar disso, o diagnóstico precoce é essencial para melhora do prognóstico, amenizando os sintomas e permitindo uma melhor qualidade de vida para os indivíduos. Na maioria dos pacientes, os sintomas são identificados entre 12 e 24 meses de idade. Entretanto, o diagnóstico só é fechado a partir dos 4 ou 5 anos de idade. As características presentes no TEA limitam ou prejudicam o funcionamento diário dos indivíduos com esse distúrbio (APA, 2014, p.52).

O transtorno do espectro autista caracteriza-se por 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. (APA, 2014, p. 31).

Atualmente o TEA é classificado no (DSM-5, 2014, p.54) com níveis de suporte de acordo com o reconhecimento da sintomatologia presente no contexto, considerando o nível ou apoio necessário para proporcionar qualidade de vida ao indivíduo:

Nível 1 (exigindo apoio)

Comunicação social - na ausência de apoio os déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis; dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a abertura sociais dos outros; pode apresentar interesse reduzido por interações sociais.

Comportamentos restritivos e repetitivos - inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos; dificuldade paratrocicar de atividade e problemas para organização e planejamento são obstáculos a independência.

Nível 2 (exigindo apoio substancial)

Comunicação social - déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não-verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação para dar início à interação social e respostas reduzidas ou anormais para a abertura social que partem dos outros.

Comportamentos restritivos e repetitivos - inflexibilidade do comportamento; dificuldade de lidar com a mudança ou outro comportamento restritivo; traços repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos; sofrimento e traço ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.

Nível 3 (exigindo apoio muito substancial)

Comunicação social - déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não-verbal causam prejuízos graves de funcionamento; grande limitação em dar início à interação social e resposta mínima a abertura social que partem dos outros.

Comportamentos restritivos e repetitivos - inflexibilidade de comportamento; extrema dificuldade em lidar com mudanças; outros comportamentos restritivos e repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas; grande sofrimento e/ou dificuldade para mudar o foco ou as ações. (DSM-5, 2014, p.54).

O termo "autismo" foi usado pela primeira vez em 1911 por Eugen Bleuler, para caracterizar os déficits na comunicação, referindo-se a pacientes psiquiátricos retraídos. Leo Kanner² (1943) definiu o autismo infantil como Distúrbio Autístico do Contato Afetivo com características específicas, como perturbações nas relações afetivas (mencionado como solidão autística extrema), déficits na comunicação, falta de habilidade no uso da linguagem, potenciais cognitivos preservados e comportamentos ritualísticos.

Kanner realizou um estudo com onze crianças que apresentavam dificuldades de interação, possuíam sensibilidade a estímulos, não se adequavam facilmente a mudanças e repetiam de forma mecânica sons e palavras que ouviam (fenômeno que hoje é conhecido como ecolalia). Uma das proposições apresentadas no estudo de Kanner afirma que a causa deste transtorno está relacionada aos neurônios espelho, localizados em áreas do córtex parietal inferior (responsável por atividades relacionadas a movimentos e percepção), lobo parietal, sulco temporal superior e na ínsula (regiões responsáveis pela capacidade de compreensão, empatia e linguagem). Esses neurônios, que seriam escassos no TEA, têm como principal característica a imitação imediata ou espelhada de uma atividade relacionando-os a interações sociais, percepção do outro e empatia (Rizzolatti et al., 2004).

²Leo Kanner - em 1938, o psiquiatra austríaco radicado nos Estados Unidos recebeu em seu consultório o que ficou conhecido como "caso 1" de autismo. Com 5 anos, Donald Triaplett foi descrito como tendo um comportamento "fora dos padrões" para as crianças da mesma idade. Kanner se interessou pelo caso e logo conseguiu reunir outras dez crianças com a mesma condição.

1.2. Definindo a tríade que compõe o diagnóstico

Em 1979, Lorna Wing³ estabeleceu critérios que definem o padrão de comportamento do autismo, incluindo dificuldades na: interação social, comunicação, imaginação e interesses, comportamentos restritos. Essa variação pode ocorrer desde a deficiência intelectual até a inteligência acima da média.

Pontos a serem considerados para compreender e avaliar o indivíduo que está no TEA, segundo Wing (1991):

Comunicação - têm dificuldade em estabelecer uma comunicação recíproca e em compreender a mesma. Como mencionado anteriormente, em casos em que há expressão através da fala, é comum a presença da ecolalia. Isso ocorre pelo fascínio pelas palavras ou sons levando a repeti-los de forma mecânica ou monótona. No entanto, não necessariamente com o objetivo de uma comunicação correspondente.

Imaginação - tem dificuldade com o abstrato, ou seja, a compreensão de figuras de linguagem, humor ou até mesmo duplo sentido. Essas estruturas complexas são de difícil compreensão para eles. Consequentemente, brincadeiras simbólicas ou imitativas se tornam inacessíveis devido à não identificação desse código.

Socialização - os vínculos sociais podem ser seletivos e há falta de reciprocidade emocional. Isso ocorre porque têm déficits na identificação das emoções alheias. Além disso, há dificuldade em iniciar ou manter uma interação em uma conversa, sendo comum a presença de isolamento em alguns casos.

1.3. Condução terapêutica do autismo: musicoterapia no TEA

Uma das definições da Musicoterapia é apresentada pela *Australian Association for Music Therapy* (1998) no livro do Bruscia (2016) é "a utilização planejada da música para se atingir objetivos terapêuticos com crianças e adultos que têm necessidades especiais decorrentes de problemas sociais, emocionais, físicos ou intelectuais". Edwards (2016) considera tratar-se de uma ferramenta terapêutica pertinente nos cuidados do desenvolvimento de pessoas com autismo, pois contribui de

³Lorna Wing - psiquiatra inglesa é um dos nomes mais importantes na história dos estudos sobre autismo. Estudando o assunto desde os anos 1970, ela desenvolveu a ideia do autismo como espectro, se manifestando em condições e graus variados. Mãe de uma criança autista, ela defendeu uma nova visão social para os autistas e suas famílias e fundou a NationalAutistic Society (NAS) no Reino Unido.

forma gradual na comunicação e na socialização, muitas vezes, de forma multidisciplinar. Considera que o tratamento musicoterapêutico busca o desenvolvimento e/ou restauração de funções e potenciais de um indivíduo através da música.

Em musicoterapia, os potenciais são desenvolvidos no decorrer do processo terapêutico dentro da relação paciente-terapeuta e guiados por experiências musicais. Utiliza-se a improvisação musical, a composição musical, a recriação de canções e a audição musical (Araujo et al., 2014). Oferecem-se oportunidades de autoexpressão e de experiências criativas; buscam-se desenvolver as capacidades que o indivíduo já possui ao possibilitar experiências de comunicação e interação entre pares, ao usar, prioritariamente, um discurso não verbal, sendo muitas vezes importante mediador de apoio para um discurso verbal (Bruscia, 2016).

O Modelo Benenzon de Musicoterapia foi utilizado como base teórica dos atendimentos. A escolha se deu por ser uma abordagem pautada no entendimento da música como comunicação não verbal (Benenzon, 1987). Dentro desta perspectiva, a estratégia principal de intervenção é o método de improvisação no qual o musicoterapeuta, através das experiências musicais vividas com o paciente, busca fornecer a abertura de canais de comunicação. Desta forma, a improvisação (sonora, musical e corporal) é colocada ao paciente como possibilidade de ponte para o verbal, uma manifestação criativa na busca de respostas mais saudáveis perante a sua condição (Wigram & Gold, 2006; Bruscia, 2016).

Com pacientes com TEA, os processos de imitação em música podem estar relacionados com os neurônios-espelho, que, por sua vez, estão associados à ação e à observação de outro indivíduo (Rocha; Boggio, 2013). O sistema humano de neurônios-espelho pode se ativar em situações musicais, como em ações motoras instigadas pela previsibilidade de uma frase musical e na troca de experiências entre músicos e ouvintes (Molnar-Szakcs, I., & Overy, 2006)

Quando descrevemos a musicoterapia aplicada ao autismo, percebemos que ela ajuda na promoção da interação social, da comunicação verbal e não verbal em camadas que se integram, tornando-se pré-requisitos para se atingir a comunicação. São consideradas como camadas: o contato visual, a imitação gestual e vocal, a intenção

comunicativa, a interação e a compreensão auditiva e verbal. Desta forma oportuniza-se qualidade de vida ao participante que está dentro do espectro.

2. Caso clínico com o paciente X

O paciente X (sexo masculino, 3 anos e diagnóstico de TEA moderado) recebeu sessões semanais durante um ano⁴ com duração de 45 minutos cada. O processo musicoterapêutico foi conduzido seguindo as seguintes etapas: preenchimento do termo de consentimento e livre esclarecimento, entrevista inicial, ficha de identificação do paciente e anamnese, avaliação inicial, plano de atendimento, sessões musicoterapêuticas e devolutiva. Ao final do primeiro semestre se realizou uma avaliação para a devolutiva e a verificação de evoluções levou a novos objetivos terapêuticos.

A partir das informações apresentadas pelos responsáveis e dos dados coletados na avaliação inicial, observações livres e estratégicas foram conduzidas para construir o planejamento dos atendimentos, tendo por base as facetas da experiência musical e fundamentando-se especialmente na improvisação. De acordo com Bruscia (2016), as facetas da experiência musical referem-se às diversas formas pelas quais as pessoas podem se envolver com a música, ou seja, fisicamente, emocional, menta, relacional e espiritual. Elas incluem a vivência do som, onde os elementos musicais como ritmo e melodia são explorados; a criação musical, que envolve a improvisação ou composição de novas músicas; a reprodução musical, que consiste em tocar ou cantar músicas já existentes; e a escuta musical, em que a música é ouvida e apreciada. Além disso, o movimento e a dança permitem a expressão corporal em resposta à música, e a discussão sobre a música envolve a reflexão e o processamento das experiências musicais. Essas facetas abrangem uma ampla gama de interações com a música, que podem ser usadas de forma terapêutica ou recreativa.

Buscou-se trabalhar o corpo possibilitando que o paciente tivesse contato com sonoridades, movimentos e gestos que fizessem sentido para ele. A partir de então, o som poderia proporcionar gratificação, utilizando a faceta física da experiência através da amplitude, intensidade e frequência sonora. Também foram consideradas as facetas emocionais para facilitar a expressão. Tudo isso teve como base estrutural a

⁴Considerando-se 2 semestres na jornada acadêmica do curso de Graduação em Musicoterapia (FMU), sob supervisão clínica semanal.

improvisação musical que permitiu a exposição do eu físico, emocional e dos sentimentos conforme descrito.

A maneira como um indivíduo seleciona cada som, manipula cada elemento musical e organiza cada processo musical é uma manifestação inconfundível de sua singularidade. Essa singularidade é facilmente apreendida pelo improvisador, pois a improvisação confere formas palpáveis aos seus impulsos, ideias e sentimentos, trazendo o conteúdo do seu mundo subjetivo interno para a realidade externa (Bruscia, 1987, p. 561).

Na anamnese, os genitores informaram que buscaram a musicoterapia por indicação médica. Estavam preocupados com a atual condição de X, que não mantinha comunicação verbal. Em alguns momentos muito pontuais, fazia vocalizações e estava sempre muito agitado, realizando movimentos repetitivos com frequência, além de ter dificuldades de socialização, não interagindo com outras crianças nem compartilhando objetos. Segundo os genitores, ouvir a palavra "não" era algo amplamente aversivo para X, o que definiram como "resistência a lidar com limites". O contato visual também era restrito e furtivo.

Quando o paciente X iniciou o acompanhamento na clínica de musicoterapia, estava em processo de investigação diagnóstica. Kandel (2014) descreve que "o autismo deve ser detectável antes de a criança atingir os 3 anos de idade. Ele ocorre em todos os países, culturas e grupos socioeconômicos" (Kandel, 2014, p. 1243). Os médicos firmaram o diagnóstico de CID F84 para o paciente X, com base nos resultados do processo de investigação, caracterizando autismo nível 2 de suporte. Esse nível de autismo é compatível com as características observadas no paciente, uma vez que pessoas no espectro autista podem não demonstrar esforço ou habilidade em compartilhar a alegria por eventos positivos, têm dificuldade em expressar interesses e conquistas, e geralmente não iniciam interações com os outros por meio de gestos, como apontar ou mostrar objetos de interesse, características da chamada atenção conjunta (Dalgarrondo, 2019).

2.2 Observações iniciais

Nos encontros de observação inicial, foi possível perceber que X interagiu com os instrumentos de forma intensa e acentuada. A relação e interação aconteciam através das baquetas do xilofone como um objeto mediador. Os movimentos eram repetitivos e estereotipados, não permitindo que a terapeuta interagisse com os instrumentos. Parecia criar um território, definindo claramente "seu espaço" e "meu espaço".

O paciente X não permanecia sentado passando um período da sessão correndo ao redor do setting posicionado no centro da sala. Os instrumentos e objetos extramusicais estavam dispostos em um círculo. Posteriormente espalhava todos os instrumentos e elementos pelo setting recusava-se a juntá-los no final da sessão. Ao tentar jogar objetos e lançá-los pela janela X recebeu orientações da profissional para não executar aquela ação. Demonstrou nervosismo chorou muito e ficou agitado. Em um momento repetido desta situação, a música "Pode Viver a Sua Vida" (autoria de Toninho Ferreira) foi apresentada com a intenção de acalmá-lo (a partir de informação trazida pela responsável), atingindo o objetivo.

2.3 Desenvolvimento do processo

Nos atendimentos posteriores às observações, a intervenção foi estruturada. O processo teve duração de um ano, com avaliações e reavaliações semestrais. O tratamento foi baseado nas facetas da experiência musical (Bruscia, 2016), especificamente na experiência de improvisação musical. A faceta física foi abordada com o propósito de trabalhar com o corpo, engajando a significação. Isso foi alcançado com a dança e jogos musicais como o "Corre, Cotia". Nas facetas emocional e mental, X explorou impulsos como jogar e arremessar objetos como a bola para liberar energias emocionais por meio da ludicidade. Nas sessões X começava de forma observadora se ambientando. Na maior parte do tempo corria e explorava o *setting* e demonstrava interesse específico pela garrafa sonora. Conforme os encontros prosseguiram, ele passou a interagir com os instrumentos usando as baquetas. X buscava acolhimento de forma recorrente chegando a deitar no colo da terapeuta em momentos específicos.

A técnica de empatia foi usada como estratégia terapêutica espelhando as ações do paciente. A profissional permanecia de pé, permitindo ao paciente interagir com as propostas de forma a construir autonomia.

A profissional percebeu a importância da sincronização para o processo de vinculação do paciente. Na técnica da sincronização o terapeuta prioriza a velocidade dos gestos para sincronizar os movimentos entre eles. A sincronização pode ser alcançada em diversos níveis de precisão. Quando se sincroniza o terapeuta pode tentar encaixar-se em muitos aspectos da resposta do paciente, ou apenas em algumas dimensões (Bruscia, 1999).

Tendo em vista o movimento de liderança das propostas exercido pelo paciente a narração criativa foi introduzida nas sessões como ferramenta de suporte. Esta narrativa declarava as ações do paciente no tempo presente.

Ao longo do processo o paciente X foi desenvolvendo uma abertura através da comunicação não verbal. Um ambiente sonoro lúdico foi construído e as interações aconteceram por meio da narrativa musical, jogos musicais e parlendas. Essas ferramentas tornaram possível compreender o ISO⁵ (Identidade Sonora) do paciente X. A compreensão dos espaços pertencentes a ele, além de construir um caminho no qual ele pudesse se reconhecer permitiu que ele ganhasse confiança para compartilhar os instrumentos, escolher o que tocar e dar à profissional, indicações do que gostaria que fosse tocado (Benenzon 2011, p.67).

Com o passar dos encontros o paciente X criou vocalizações e começou a acompanhar os gestos da terapeuta ao caminhar ou se sentar pela sala enquanto cantava. Ele foi se desprendendo das baquetas e passou a utilizar as próprias mãos para tocar.

2.4 Resultados

Ao final de um ano, durante a devolutiva, apresentamos o processo realizado de forma aprofundada aos responsáveis, destacando os pontos de evolução. O papel da musicoterapia no desenvolvimento do paciente foi reafirmado. Passamos por duas definições a respeito dessa prática e, a partir disso, discorreu-se sobre o processo. As técnicas utilizadas, as respostas negativas e positivas fornecidas por ele. Em seguida,

ISO - é o conjunto de energias sonoras, acústicas e de movimento que pertencem a um indivíduo e o caracterizam. (...) 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 (Benenzon 2011, p.67).

abriu-se espaço para que a mãe do paciente X se manifestar. Ela expressou os sentimentos de forma evidente, destacando que ele está "mais feliz" e calmo, imitando suas ações, brincando com outras crianças, sentando-se para comer, compartilhando os alimentos e compartilhando objetos como por exemplo os brinquedos.

Os resultados apresentados foram: o paciente X desenvolveu confiança e auto regulação; melhorou suas formas de se relacionar no setting começou a reconhecer, a participar e propor ideias, criou vocalizações acompanhadas pela terapeuta; diferenciou começo, meio e fim e como reflexo em casa passou a comer sentado; criou movimentos dentro de sua expressão corporal a apontar para os objetos de seu interesse; passou a tocar todos os instrumentos com as mãos, abandonou o objeto mediador sem apresentar resistência às diferentes texturas dos instrumentos musicais.

Dessa forma, a partir de nossa análise, a improvisação musical não apenas facilitou a expressão física e emocional do paciente, mas também permitiu uma maior conexão entre seu mundo interno e a realidade externa, respeitando sua singularidade. Ao explorar essas facetas da experiência musical, a terapia promoveu um espaço de autoconhecimento e desenvolvimento, no qual o paciente pôde se expressar de maneira espontânea e autêntica. Esse processo, fundamentado nas facetas física e emocional, revelou-se essencial para a integração do corpo e das emoções, abrindo caminho para novas formas de interação, ou seja, a abertura de canais de comunicação e crescimento pessoal.

3. Considerações finais

Este artigo se aproxima da atuação do musicoterapeuta na clínica com a observação e reflexão do processo do paciente X, suas etapas e avanços. Ao lidar com o público TEA, a(o) musicoterapeuta pode criar um espaço lúdico e expressivo para propiciar o desenvolvimento global do indivíduo. Sendo este um espaço criativo imerso nas variadas facetas da experiência musical possibilita a expressão da individualidade. A música, considerada um canal de interação e confiança, potencializou o acolhimento e o tempo necessário para o desenvolvimento das relações intrapessoais / intramusicais e interpessoais / intermusicais inerentes ao vínculo terapêutico.

É importante observar que o tema possui fontes de exploração diversas dadas às diferentes abordagens existentes dentro da Musicoterapia. Este artigo se ateu na

abordagem do Modelo Benenzon que tem por premissa de trabalho a experiência da improvisação musical.

4. Referências

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. Acesso em: 19 set. 2024.
- Araujo, G. A. de., Gattino, G. S., Leite, J. C. L., & Schuler-Faccini, L. (2014). O tratamento musicoterapêutico aplicado à comunicação verbal e não verbal em crianças com deficiências múltiplas em um ensaio controlado randomizado. *Brazilian Journal of Music Therapy*. Disponível em: <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/228>. Acesso em: 19 set. 2024.
- Benenzon, R. (1987). *O autismo, a família, a instituição e a musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Benenzon, R. (2011). *Musicoterapia – De la teoría a la práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of musictherapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers.
- Bruscia, K. E. (1999). *Sesenta y cuatro técnicas clínicas en modelos de improvisación en musicoterapia* (V. G. Agruparte, Trad.).
- Bruscia, K. E. (2016). *Definindo musicoterapia* (M. Leopoldino, Trad., 3ª ed.). Dallas, TX: Barcelona Publishers. Disponível em: <https://www.barcelonapublishers.com>. Acesso em: 19 set. 2024.
- Dalgalarondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Edwards, J. (2016). *The Oxford Handbook of Music Therapy*. Oxford University Press.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kandel, E. R. (2014). *Princípios de neurociências*. McGraw Hill Education, Artmed.
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(S1), S3-S11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000500002. Acesso em: 24 jun. 2017.
- Mandy, W. P., & Skuse, D. H. (2008). Research review: What is the association between the social-communication element of autism and repetitive interests, behaviours, and activities? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 795-808.
- Molnar-Szacs, I., & Overy, K. (2006). Music and Mirror neurons: From motion to ‘e’motion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 1(3), 235-241. <https://doi.org/10.1093/scan/ns1029>
- Rocha, V. C.; Boggio, P.S. (2013). A música por uma ótica Neurocientífica. *Per mus* (27) Jun 2013 <https://doi.org/10.1590/S1517-75992013000100012>

- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169-192. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230>
- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). (2019). *Manual de orientação: Transtorno do espectro do autismo* (Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, N. 5).
- Wigram, T., & Gold, C. (2006). Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: Clinical application and research evidence. *Child: Care, Health and Development*, 32(5), 535-542. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00615.x>
- Wigram, T. (2002). *Indications in music therapy: Evidence from assessment that can identify the expectations of music therapy as a treatment for autism and psychosis*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wing, L. (1991). The relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism. In U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger syndrome* (pp. 93-121). Cambridge University Press.