

A MUSICOTERAPIA APLICADA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS DE PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edynnrony Mesquita dos Santos¹

Ana Maria Souza²

Thaciana Araujo Da Silva³

RESUMO

A musicoterapia é uma área em significativa ascensão no Brasil e tem se tornado uma possibilidade no tratamento de pessoas com o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). O presente artigo apresenta um relato de experiência ocorrida em uma Clínica de tratamento de Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Estado do Pará. O objetivo é compreender como a musicoterapia pode contribuir para a aquisição de Habilidades Sociais (HS) em pacientes com TEA. A pesquisa é de cunho qualitativo e está fundamentada em autoridades nas áreas de TEA: Del Prette e Del Prette (2005), Bruscia (2016) e Ferreira (2018), em Psicologia das Habilidades Sociais na Infância; e Pahalen (1947) e Bohumil (1996), na Teoria da Música. Na clínica os pacientes têm atendimento individualizado com aplicação da Análise de Comportamento Aplicada (ABA) e, em grupo, após serem avaliados e considerados aptos à categoria de Habilidades Sociais (HS). Nesta pesquisa, os pacientes tiveram seus nomes e imagens preservados. A partir deste estudo, considera-se que a musicoterapia pode ser uma especialidade importante para a promoção da saúde e qualidade de vida para os indivíduos com TEA, sobretudo para a aquisição de habilidades que vão auxiliá-los na convivência cotidiana e em coletividade.

Palavras- chave: Musicoterapia, Transtorno do Espectro do Autismo, Habilidades Sociais.

EXPERIENCE REPORT: THE MUSIC THERAPY APPLIED TO THE DEVELOPMENT OF PEOPLE'S WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER SOCIAL SKILLS

¹ Musicoterapeuta com prática em Estimulação Precoce e Habilidades Sociais. Pós-graduado em Pesquisa em Música pela Universidade do Estado do Pará. Educador musical (UEPA, 2018). Atua dentro da pedagogia vocal treinando vozes para o canto. E-mail: edyronysantos@gmail.com

² Doutora em Música, na área de Educação Musical (UFBA,2015) com estágio doutoral em TUFTS University (BO), Mestrado em Música, área de Educação Musical (UFBA,2000). Bacharel em Administração de empresas pelo Centro de Estudos Superiores do Estado do Pará (1980), Especialista em Fundamentos da Linguagem Musical (UEPA,1995). Atualmente é professora e Coordenadora do Curso de Licenciatura em Música da UEPA, Port. n.948-21. Professora aposentada da Escola de Música da UFPA, onde foi regente fundador a do Grupo Vocal Vox Brasilis (1993-2005) e Cantores Contemporâneos desde 1988. Regente do Madrigal da UEPA desde 2016. Tem experiência na área de Artes, com ênfase em Música, atuando principalmente nos seguintes temas: canto coral, educação musical, expressão corporal e produção musical. Pós-graduanda em Regência Coral pela UFBA.E-mail: anni.belem2017@gmail.com

³ Psicóloga (UFPA- 2010) e Musicoterapeuta (CENSUPEG-2016). Especialista em Psicologia Educacional (UEPA-2018). Especialista em Intervenções Precoce no Autismo (CBI- 2021).Mestre (2014) e Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento (2021), pelo Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento (Universidade Federal do Pará -UFPA). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia do Desenvolvimento Humano, Análise do Comportamento Aplicada. E-mail: thacianaaraujo@yahoo.com.br

ABSTRACT

Music therapy is a area on the rise in Brazil and has become a possibility in the treatment of people with Autism Spectrum Disorder (ASD). This article presents an experience report that occurred in an Autism Spectrum Disorder (ASD) treatment clinic in the State of Pará. The objective is to understand how music therapy can contribute to the acquisition of Social Skills (SH) in patients with ASD. The research is of a qualitative nature and is based on authorities in the areas of ASD: Del Prette and Del Prette (2005), Bruscia (2016) and Ferreira (2018), in Psychology of Social Skills in Childhood; and Pahalen (1947) and Bohumil (1996), in Theory of Music. In the clinical space, patients receive individualized care with the application of Applied Behavior Analysis (ABA) and, in a group, after being evaluated and considered suitable for the category of Social Skills (HS). In this research, the patients had their names and images preserved. From this study, it is considered that music therapy can be a important specialty for the health promotion and quality of life for individuals with ASD, especially for the acquisition of skills that will help them in everyday life and in community.

Keywords: Music therapy. Autism Spectrum Disorder. Social Skills.

Data de submissão: 15.04.2022

Data de aprovação: 18.10.2022

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Musicoterapia tem sua difusão mais recente em relação a outras áreas terapêuticas, como Terapia Ocupacional, Psicologia e Fonoaudiologia, tendo à frente diversos pesquisadores e teóricos, a saber: Benenson (1985); Bruscia (1989); Franzoi *et al.* (2016); Sampaio *et al.* (2015); Ghasemtabar *et al.* (2015); e Geretsegger *et al.* (2014). Ela começa a ganhar espaço, de forma sistemática, após a 2ª guerra mundial, quando perceberam que a recuperação dos soldados enfermos era catalisada com o uso de música em seus tratamentos. Hoje, a musicoterapia é uma especialidade presente em diversos países. Em alguns, com grandes avanços e conquistas na sua regulamentação e, em outros, ainda a caminho para seu reconhecimento e sua regularização. Pesquisas científicas têm mostrado o impacto da musicoterapia sobre o ser humano, bem como matérias de sites e canais de comunicação. Muitas destas apontam para um grande benefício à comunidade com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), por estimular as áreas nas quais as pessoas com TEA possuem seus déficits.

Considerando o exposto e a pouca publicação de comprovação e relatos de experiência sobre o tema, surge um questionamento: A música pode contribuir para a aquisição de habilidades sociais em pacientes com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)?

Esta pesquisa, portanto, justifica-se pela ascensão dessa área científica no Brasil e mais recentemente no Estado do Pará, onde a música é empregada como ferramenta alternativa no tratamento de pessoas com o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Este pesquisador objetiva compreender como a musicoterapia pode contribuir para a aquisição de Habilidades Sociais (HS) em pacientes com TEA.

Trata-se de um relato de experiência realizada em uma instituição especializada no tratamento de pessoas com TEA no Estado do Pará. Logo, este trabalho é descritivo e qualitativo. Segundo UFJF, (S/A, S/P.):

O relato de experiência é um texto que descreve precisamente uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para sua área de atuação. É a descrição que um autor ou uma equipe fazem de uma vivência profissional tida como exitosa ou

não, mas que contribua com a discussão, a troca e a proposição de ideias para a melhoria do cuidado na saúde (UFJF, S/A, S/P.).

Os resultados ora apresentados devem-se à oportunidade de se realizar o estágio na referida instituição, onde a musicoterapia foi implantada pela primeira vez, na modalidade de Habilidades Sociais. Sendo assim, apresentar-se-á uma breve ambientação sobre a temática, decorrente de uma pesquisa bibliográfica sobre TEA, Habilidades Sociais, Música e Musicoterapia e, após uma relação de musicoterapia e autismo, descrever-se-á como acontece o circuito multidisciplinar na modalidade de Habilidades Sociais nas sessões de musicoterapia na clínica, seu objetivo e materiais. Finalmente, relatar-se-á a contribuição da musicoterapia nas habilidades sociais de dois pacientes.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais – DSM-5, já teve diversas nomenclaturas, tais como: Autismo precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global de desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância. Atualmente, conforme o referido manual é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldade na interação social, comunicação e comportamentos repetitivos e restritos. Essas são as três características de suma importância para o diagnóstico (INSTITUTO NEUROSABER, 2020).

O TEA 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 TEA requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (DSM-5, 2014, p. 31).

O diagnóstico é feito com a observação clínica e, de acordo com Silva e Mulick (2009), para o indivíduo ser diagnosticado com TEA, ele deve se enquadrar em uma lista de critérios comportamentais. Já se tem um grande avanço na identificação precoce e no diagnóstico do TEA, porém, no Brasil, muitas crianças continuam com diagnósticos inadequados ou nem mesmo possuem, permanecendo sem este por muito tempo (SILVA; MULICK, 2009).

O TEA, nos últimos 50 anos, passou de um transtorno raro e restrito para um fato bem divulgado, pesquisado e defendido por pesquisas. Atualmente, sabe-se que o Autismo pode variar de um grau leve ao grave, podendo haver indivíduos que requerem um cuidado vitalício (LORD C. *et al.* 2018). Entretanto, alguns podem alcançar uma vida independente. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), uma em cada 160 crianças possuem o TEA. As evidências do transtorno começam na infância, cujas condições já podem ser percebidas nos primeiros cinco anos de vida e a tendência é se estenderem até a vida adulta. Outras condições como a epilepsia, depressão, ansiedade e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDHA) podem vir somadas ao TEA (OPAS/OMS, 2017).

É muito importante que a sociedade e o poder público promovam o reconhecimento dessa classe, e auxiliem os pais a desenvolverem uma consciência de que a intervenção precoce e a aceitação desta condição amenizam consideravelmente o impacto do TEA na rotina familiar e, conseqüentemente, ajudam o indivíduo a ter uma qualidade de vida melhor.

Para uma boa intervenção, o ambiente físico, social e atitudinais precisam ser acessíveis, inclusivos e de apoio, pois pessoas com TEA, muitas vezes, são estigmatizados, seus direitos não são atendidos e têm seus acessos a serviços de forma inadequada (OPAS/OMS, 2017).

Alguns genitores passam por um período de negação do diagnóstico do(a) filho(a), pois a visão idealizada e sonhada por toda a família acaba sendo frustrada pela desconfiança de a criança possuir TEA ou pelo próprio diagnóstico dado pelo profissional. Sendo assim, a intervenção precoce não é realizada, o que poderia amenizar as consequências da síndrome e trazer uma melhor qualidade de vida o quanto antes, tanto na vida pessoal quanto na vida escolar, haja vista os obstáculos que a comunidade TEA enfrenta na realidade escolar, seja por falta da elaboração de currículo com atividades adequadas e funcionais, sejam por não haver professores qualificados para atender tais demandas.

O diagnóstico é dado pelo médico especializado na área como neuropediatra ou psiquiatra. O TEA não está fisicamente exposto em nosso organismo, de forma que exames confirmem sua presença por imagem. Por isso é realizado com base na análise do comportamento juntamente com informações obtidas por cuidadores e pais. Lord (2018) afirma que:

Embora os indivíduos com TEA sejam muito diferentes uns dos outros, o transtorno é caracterizado por recursos essenciais em duas áreas: comunicação social e restrita e comportamentos repetitivos sensório-motores independentemente da cultura, raça, etnia ou grupo socioeconômico. O TEA resulta do desenvolvimento cerebral alterado e da reorganização neural (LORD *et al.*, 2018, p. 2).

O CID-10 nos traz a classificação de Autismo como um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento e detalha os distúrbios com quadro autístico: (1) Autismo Atípico: Há o comprometimento grave e global do desenvolvimento da interação social, comunicação verbal e não verbal. Presença de estereotípias de comportamentos, interesses e atividades; (2) Transtorno de Rett: A sua causa é desconhecida e há a presença da deficiência mental. Sua presença, até o momento, é relatada apenas em indivíduos do sexo feminino. Após um período de funcionamento normal nos primeiros meses de vida, um desenvolvimento progressivo de déficits específicos vai se manifestando. O desenvolvimento da Linguagem expressiva e receptiva é prejudicada, bem como grave deficiência psicomotora, além da probabilidade da incidência de convulsões; (3) Síndrome de Asperger: O fato de não haver a presença da deficiência mental, atraso cognitivo e prejuízo considerável da linguagem, o difere do autismo clássico. A criança se torna solitária, apesar de não possuir um retraimento peculiar autístico. Desenvolve interesses específicos em alguns campos, modos de pensamentos, rígidos e imutáveis a outras ideias; (4) Transtorno desintegrativo da infância: Mais raro que o autismo com síndrome de Rett e é acompanhada da deficiência mental. Tem sua incidência predominantemente no sexo masculino. “É uma regressão pronunciada em múltiplas áreas do funcionamento, após um período de pelo menos 2 anos (até antes dos dez) de desenvolvimento aparentemente normal” (BAPTISTA; ROSA, 2002, p. 46 *apud* CUNHA, 2017).

Os serviços de intervenção na instituição são diversos e abrangem áreas, como: Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia e Arteterapia. Outro serviço de intervenção que colabora na qualidade de vida de indivíduos com TEA é a Musicoterapia, tanto na modalidade de Estimulação precoce, quanto nas Habilidades Sociais (HS). Neste estudo, os relatos e o foco estão voltados para as HS.

1.2 HABILIDADES SOCIAIS

As Habilidades Sociais (HS) na vida do ser humano são construídas ao longo da vida. Sendo o TEA um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldade na interação social e comunicação, o indivíduo com TEA é privado de todos os benefícios que a interação social pode oferecer ao ser humano. Por isso, a importância dessa modalidade de terapia no tratamento do TEA.

A modalidade HS objetiva oportunizar aos pacientes vivências e trocas de novas aprendizagens e o aperfeiçoamento das competências sociais para promover melhor qualidade de vida, melhor convívio em sociedade e estimular a consciência coletiva, enfim, é essencial para a construção das competências sociais. As Habilidades Sociais

[...] são um constructo, inferido das relações funcionais entre as respostas de duas ou mais pessoas em interação, onde as respostas de uma delas são antecedentes ou consequentes para as da outra, de forma dinâmica ou alternada no processo interativo (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2010, p.106).

Não se devem confundir Habilidades Sociais com Competências Sociais. Aquelas contribuem para estas. Por isso, é importante elencar uma definição de competência social. Zilma e Almir Del Prette (2005) definem a competência social como algo relacionado aos efeitos de um desempenho social que articula, comunica, relaciona pensamentos, sentimentos e ações em função de objetivos pessoais e de demandas da situação e da cultura de grupo social, gerando consequências positivas para o indivíduo e para sua relação com o outro.

1.3 MÚSICA

Sem dúvida, a música é tão antiga quanta a humanidade, pois já nutre sua existência na realidade há muitas eras. Há registro de possíveis práticas musicais em pintura rupestres que datam de 60.000-a.C.-500 d.C. (KINDERSLEY, 2014). A Música é “todo o processo relacionado à organização e à estruturação de unidades sonoras, seja em seus aspectos temporais (ritmo), seja na sucessão de alturas (melodias) ou na organização vertical harmônica ou timbrística dos sons” (MUSZKAT, *et al.* 2000, p.70). Para o Professor Bohumil Med, “música é a arte de combinar sons simultânea e sucessivamente, com ordem, equilíbrio e proporção dentro do tempo” (BOHUMIL, 1996, p. 90). O autor ainda define os seguintes componentes da música: (1) Melodia: É a disposição de sons em ordem sucessiva, ou seja, em uma direção horizontal. (2) Harmonia: É a disposição de sons em ordem simultânea, ou seja, ordem vertical. (3) Rítmo: Temos os sons que constituem a melodia e a harmonia dispostos em uma ordem e proporção. Ainda, uma concepção relevante para o entendimento geral é a de som em Bohumil (1996):

SOM é a sensação produzida no ouvido pelas vibrações de corpos elásticos. Uma vibração põe em movimento o ar na forma de ondas sonoras que se propagam em todas as direções simultaneamente. Estas atingem a membrana do tímpano fazendo-a vibrar. Transformadas em impulsos nervosos, as vibrações são transmitidas ao cérebro que as identifica como tipos diferentes de sons. Consequentemente, o som só é decodificado através do cérebro (BOHUMIL, 1996, p.11).

Podemos, então, imaginar a importância e influência que a música exercia sobre o homem primitivo, uma vez que este dispunha de poucas palavras. Apenas o que poderia ser visto é que possuía nome. Sendo assim, a música poderia servir para comunicar e exteriorizar sentimentos, os instintos belicosos, o júbilo, a tristeza, a crença em poderes supremos e a vontade de dançar. A música é parte da vida humana desde o acalanto até a elegia fúnebre, dos rituais até a cura dos enfermos pela melodia e pelo ritmo. Acerca do poder da música, Pahlen (1965) cita que:

Podem ser encontrados nos tempos históricos e até na atualidade interessantes exemplos do seu poder. Davi toca harpa para afugentar os maus pensamentos do rei Saul. Farinelli, com o auxílio da música, cura a terrível melancolia de Felipe V. Timóteo provoca, por meio de certa melancolia, fúria de Alexandre, o Grande, e acalma-o por meio de outra. Os sacerdotes celtas educam o povo com a música; somente eles conseguem abrandar os costumes selvagens (PAHLEN, 1965, p.14).

A música sempre caminhou ao lado da história e está presente em todo tipo de estado emocional que o ser humano – primitivo, medieval ou contemporâneo, já experimentara em sua vida particular ou coletiva. Ainda sobre a ação da música sobre o ser humano, Kurt Pahlen acentua:

A música age sobre o indivíduo e a massa; encontra-se não somente na história das revoluções senão nas posições de guerra. A música é, nas mãos dos homens, um feitiço; o seu efeito se estende desde o despertar dos mais baixos instintos, desde a concentração devotada até a perda da consciência que parece embriaguez, desde a veneração religiosa até a mais brutal sensualidade (PAHLEN, 1965. p.15).

Definir a música é uma tarefa difícil, pois há muitas definições em torno do assunto que conversam entre si e que se divergem. O filósofo e escritor Francês J.J. Rousseau (1712 - 1778) elucida que música é “a arte de reunir sons de forma agradável ao ouvido” (FOSTER, 2010). Entretanto, como pensar assim a respeito dos acordes dissonantes e efeitos com ruídos de uma trilha musical de um filme? Schafer (1992) descreve uma narrativa, na qual, em sala de aula, questiona seus alunos com a seguinte pergunta: “O que é música?”. Esta, em meio a outras respostas, destacou-se: “Música é som agradável aos ouvidos”. Então o professor Schafer sugeriu que todos tocassem uma nota qualquer que lhe viessem a mente. Pediu aos cantores para que, juntos, gritassem em uma frequência constante, pois este efeito iria para uma cena de filme de horror de Alfred Hitckcock. Após o resultado, Schafer discorreu:

Agora, ninguém tem qualquer dúvida para decidir se esse som foi agradável ao ouvido, com certeza, não foi. Porém, como som, ele serviu perfeitamente a nossa proposta. Considero que foi um som musical porque era a trilha sonora (“musical”) que nos foi pedida para o filme. Mas, se é assim, o que aconteceu com a nossa definição de música Som agradável ao ouvido? (SCHAFFER, 1992. p.29).

Por sua vez, Forster (2010) nos apresenta as diversas definições de música e autores citados pelo musicólogo Roland de Candé em seu livro “História Universal da Música”. Definições como a do filósofo e Lexicólogo Francê Littré (1801 - 1881): “ciência ou emprego dos sons ditos racionais, isto é, que entram numa hierarquia chamada escala”. Entretanto, contrasta com situações como a dos batuques africanos e as músicas modernas na quais podem não haver uma escala ou pelo menos uma não definida. O sentido de música para Roland de Candé é imanente à mesma. Portanto, constatamos que tudo o que nos parece música é

um complexo sonoro, sem significação nem referência exterior (a linguagem não é música, mesmo nas línguas “em tons”); fruto de uma atividade projetiva, mais ou menos projetiva, mais ou menos consciente: um “artefato” (não há música “natural”, nem puramente aleatória); uma organização comunicável: ela associa um organizador-emissor (músico ativo, compositor-intérprete) a um receptor (ouvinte) por um conjunto de convenções que permite uma interpretação comum do “sentido” da organização sonora. No mínimo, a atividade projetiva vai ser percebida como tal, porque, se o agregado de som parece natural, só pode ser qualificada de música por metáfora (música de um riacho). Em suma, a música parece ter sido, até hoje, a ação de agregar sons em função de um projeto comunicável, sem referência a uma

realidade exterior. Ou então: a música é a comunicação de um agregado de sons organizados, agregados não significantes, mas coletivamente interpretável” (CANDÉ, 2001, p. 13-14 *apud* FORSTER, 2010).

Para encerramos essa discussão acerca da definição da música, deixo-vos a música na concepção de Kurt Pahlen: “A música é um fenômeno acústico para o prosaico; um problema de melodia, harmonia e ritmo para o teórico; e o desdobrar das asas da alma, o despertar e a realização de todos os sonhos e anseios de quem verdadeiramente a ama [...]” (PAHLEN, 1965, p.16).

1.4 MUSICOTERAPIA

A Musicoterapia possui aspectos na sua prática, tais como: a abordagem e os objetivos a serem alcançados. E o profissional que irá aplicá-la deve ser graduado ou especialista na área. Este profissional precisa ter domínio técnico musical, seja em um instrumento, seja no canto, improvisando, compondo e até mesmo recriando algum produto musical já existente. Além disso, o profissional precisa saber acolher, dançar, trabalhar o gestual com o paciente, adaptar instrumentos, a depender da patologia que o indivíduo tiver. Por fim, o musicoterapeuta necessita, em alguns momentos, ficar em silêncio e ter uma escuta ativa, isto é, está atento e sentir o que o cliente precisa. O profissional não guia o paciente, ele acompanha. O musicoterapeuta se utiliza de todos os aspectos musicais e suas propriedades para fazer o cliente ou paciente atingir o processo terapêutico.

Como definição de musicoterapia, podemos citar a de Kenneth E. Bruscia, professor Emérito de musicoterapia da *Temple University* e um dos autores mais importantes da área, além de suas redefinições relatadas na 3ª edição de seu livro “Definindo musicoterapia”. A definição de 1989 acentua que “A musicoterapia é um processo sistemático de intervenção onde o terapeuta ajuda o cliente alcançar a saúde, usando de experiências musicais e das relações desenvolvidas através destas como forças dinâmicas de transformações” (BRUSCIA, 2016, p.1 ou 20). Muitos receberam esta definição de forma negativa e outros, de forma positiva. Os inconformados depreenderam uma delimitação desnecessária sobre quem eles são, enquanto os entusiasmados reconheceram uma trégua na constante análise da atuação de um musicoterapeuta. (BRUSCIA, 2016).

Bruscia oferece uma nova definição em 1998, segundo a qual

Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção onde o terapeuta ajuda o cliente a promover a saúde, usando de experiências musicais e das relações desenvolvidas através destas como forças dinâmicas de transformação (BRUSCIA 2016, p. 2 ou 21).

Apesar de apenas uma palavra ter sido alterada: “alcançar” por “promover”, o autor evidencia uma nova forma de pensar a musicoterapia na nova edição de seu livro. Encontram-se muitas definições de outros autores, porém não esgotaremos este assunto neste trabalho.

A definição da Federação Mundial de Musicoterapia explicita que musicoterapia é o uso profissional da música e de seus elementos como uma intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que busca otimizar sua qualidade de vida e melhorar sua saúde e bem-estar físico, social, comunicacional, emocional, intelectual e espiritual. A pesquisa, a prática profissional, o ensino e a formação clínica em musicoterapia são baseados em padrões profissionais de acordo com contextos culturais, sociais e políticos (WFMT, 2011).

A musicoterapia tem como fim a promoção da saúde do cliente ou paciente e pode atuar em diversos setores. Ela se utiliza do estímulo sensorial, sobretudo a audição, seja para o tratamento, seja para a intervenção em qualquer necessidade que o paciente ou cliente venha

apresentar, objetivando a melhora da qualidade de vida em todos os seus aspectos, em quaisquer faixas etárias, abrangendo mulheres em gestação e até o trabalho com idosos (FERREIRA *et al.*, 2018).

A primeira etapa da musicoterapia é a triagem, em que há uma conversa com o responsável do paciente ou com o próprio paciente que procurou os referidos serviços. Assim, o profissional começa a conhecer quem é a pessoa que o procurou. No momento seguinte, aplicamos a ficha musicoterápica para a coleta de dados sonoros musicais de forma detalhada que ajudará o profissional a traçar planos terapêuticos e ter uma melhor abordagem na prática terapêutica. “Com a testificação musicoterapêutica, se completa a ficha musicoterapêutica e se tem elementos suficientes para dar início ao trabalho, tendo já alguns aspectos delineados com relação ao paciente” (BARCELLOS, 2016. p. 205 *apud* CHAGAS, 2017).

Durante as vivências musicoterapêuticas, objetivamos diversos aspectos do desenvolvimento humano, tais como: cognição; atenção compartilhada; afeto; resposta a comandos; resposta ao ouvir o próprio nome; coordenação motora; motricidade fina e grossa; motricidade oral; comunicação; trabalho em equipe; formas de se expressar, comunicar, e, sobretudo, habilidade sociais (identificar emoções de si próprio e de outras crianças, expressividade emocional, autocontrole emocional, expressar empatia, fazer amizades, etc.). Esta é muito importante para a socialização e um desenvolvimento saudável com considerável redução dos problemas psicológicos na infância (timidez, fobia social, depressão, etc.). Essas habilidades são instrumentos que facilitam a convivência da criança em ambientes como família, creche, vizinhança, grupos de amigos e escolas. (SILVA, *et al.*, 2013).

1.5 MÚSICA, MUSICOTERAPIA, HABILIDADES SOCIAIS E O TEA

A partir da década de 40, aparecem os primeiros relatos acerca de que a musicoterapia estava sendo direcionada a indivíduos com TEA por Kanner e Asperger. (Bergmann, 2015). Na literatura, verificamos que muitos estudos têm sugerido o uso da musicoterapia na promoção de saúde no tratamento de indivíduos com TEA, a saber, Alvins (1978), Benezon (1985) e Brandalise (2001).

Podemos levantar a questão quanto aos critérios de avaliação acerca das melhorias restritas ao âmbito do olhar subjetivo, porém, há um grande movimento na musicoterapia mundial trabalhando para melhorar a sua prática e baseando-se mais em evidências e que tenha uma observação mais independente e objetiva (SAMPAIO, 2015). Entretanto, muito trabalho substancial foi feito e ainda está sendo realizado para verificar as evidências sobre o papel que a musicoterapia pode desempenhar. Além disso, podemos considerar a grande quantidade de casos, relatórios e pesquisas, o alto potencial da música no tratamento e na educação deste grupo que já estão registrados. Além disso, há afirmações e resultados em pesquisas de que a musicoterapia pode contribuir para a adaptação social de crianças com TEA (GERETSEGGER *et al.* 2014a *apud* BERGMANN, 2015). Resultados baseados em pesquisas no tratamento de TEA mostram ganhos na socialização, atenção, verbalização, aprimoração do sensório-motor, bem como ganhos na autoexpressão (AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION, 2010).

O trabalho com TEA voltado para interação social, comunicação, comportamentos restritos, questões sensoriais, motora e emocionais, podem ser combinadas com certas qualidades musicais e perceptivas (BERGMANN, 2015), considerando que crianças com TEA em suas habilidades sociais se mostram menos propensas a iniciar uma interação social, em diálogos, pois autistas tendem a falar cada vez menos e tentam encerrar a conversa. Para aqueles que tentam estabelecer uma interação social, os autistas demonstram menos simpatia e interesses (GHASEMTABAR *et al.*, 2015).

Em um trabalho clínico musicoterapêutico, deve-se, quase sempre, inicialmente convidar o paciente a participar da experiência musical e, a partir daí, construir, desconstruir e reconstruir um território musical. O musicoterapeuta deve tomar atitudes diretas no intuito de chamar a atenção do paciente para o estímulo sonoro e utilizar este para estabelecer uma nova forma de comunicação. A partir do elo de comunicação musical estabelecido, um processo de coordenação consensuais do fazer musical, as habilidades musicais e não musicais do paciente vão se desenvolvendo (SAMPAIO *apud* SAMPAIO *et al.*, 2015).

Segundo Istvan Malnar e Heaton (2012), estudos de neurociência mostram que a música, pelo seu potencial terapêutico, pode contribuir para o reconhecimento de emoções nas relações sociais por parte dos indivíduos com TEA. Uma vez que estes possuem dificuldades na comunicação, verbal ou não verbal, as dificuldades na identificação de emoções em uma conversa, essenciais para interações sociais saudáveis, podem ser amenizadas. Os dados coletados desses estudos revelam que a música ativa regiões cerebrais, como amígdala, córtex orbitofrontal medial e córtex cingulado anterior – estruturas que implicam o processamento e a regulação das emoções (MALNAR SZACAKS; HEATON, 2012). Dados comportamentais coletados demonstraram que o grupo de indivíduos com TEA, assim como os neurotípicos do grupo controle identificaram as emoções contidas em trechos musicais. Ou seja, não houve diferença entre o grupo de indivíduos atípicos e típicos. A capacidade do autista reconhecer características expressiva da música e das intenções vocais podem ser estendidas para a fala. (MALNAR SZACAKS; HEATON, 2012).

A música pode ser utilizada para desenvolver diversos aspectos do desenvolvimento humano, por exemplo, a fala. O córtex auditivo secundário, responsável pelo processamento da fala, é comprometido em indivíduos com TEA. Sendo o córtex auditivo primário estimulado pela música, pode-se estimulá-lo para desempenhar esse papel do processamento da fala (SAMSON *et al.* 2010 *apud* GONÇALVES, 2018). Além disso, comportamentos comunicativos essenciais para uma interação saudável, como: atenção compartilhada conjunta, contato visual e troca de turno. Estes são aspectos presentes em um fazer musical e são trabalhados em um processo musicoterapêutico para a comunidade autista (GERETSEGGER *et al.*, 2014).

A música não somente pode eliciar emoções, mas também mobilizar processos cognitivos complexos como atenção dividida e sustentada, memória, controle de impulso, planejamento, execução e controle de ações motoras, entre outros. Em várias destas funções, um bom desempenho pode ser alcançado por meio da prática nas atividades musicais sociais cotidianas, enquanto um desempenho diferenciado na execução de instrumentos e outras práticas musicais avançadas necessitam de treinamento específico prolongado (SAMPAIO *et al.*, 2015, p. 147).

O musicoterapeuta ainda pode utilizar o método da improvisação para oportunizar aos indivíduos com TEA vivenciarem a estruturação e combinações com flexibilidade e moderação no processo improvisativo, contribuindo-se assim para que os pacientes encontrem maneiras de lidar com situações não previsíveis e que representam um desafio para eles (WIGRAM *apud* GERETSEGGER, 2014).

2 RESULTADOS

2.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA E FUNCIONAMENTO

O departamento de Habilidade Sociais (HS) é uma modalidade de terapia no qual os pacientes são organizados em grupos de até 5 membros e estes são submetidos a um circuito com uma equipe multiprofissional, constituída das seguintes especialidades: Psicopedagogia,

Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Musicoterapia. Antes de ingressar na instituição, o paciente é submetido a uma avaliação mediante uma escala pelo profissional qualificado. Após esse processo, o paciente pode ser encaminhado para o departamento com intervenção e Análise do Comportamento Aplicada (ABA), onde terá atendimento individualizado. Passado um tempo no processo terapêutico, o profissional faz uma nova análise para verificar se o paciente pode seguir para a próxima etapa: Habilidades Sociais (HS). Entretanto, a depender do grau, da idade e da situação atual do indivíduo, este pode ir diretamente para terapia na modalidade HS.

O circuito com a equipe multidisciplinar da modalidade de Habilidades Sociais da Clínica funciona em dois turnos: o primeiro é pela manhã com início às 7 horas e término às 13 horas; e o segundo turno tem início às 14 horas da tarde e término às 20 horas da noite. Durante esse período, cada grupo, composto de, no máximo 6 pacientes por grupo, permanece por 3 horas para completar o circuito terapêutico.

A sessão de Musicoterapia possui uma equipe composta por uma musicoterapeuta e 6 estagiários, sendo 2 acadêmicos de pedagogia e 3 acadêmicos de musicoterapia. A sessão tem a duração de 30 minutos para cada grupo e possui uma rotina a ser seguida. Sempre quando um grupo inicia a sessão, a equipe de musicoterapia os recebe com uma canção de acolhimento. Em seguida, realiza-se a vivência musical com os objetivos a serem alcançados para serem trabalhadas as demandas de cada indivíduo. Em outro momento, realiza-se a canção de despedida. Essa rotina ajuda o paciente a entender que há tarefas a serem cumpridas naquele lugar com início, meio e fim, e que tornará a voltar na próxima semana. Tanto a canção de acolhimento quanto a de despedida possuem elementos de comportamento, vocabulário ou ideais para serem reproduzidos no cotidiano, ou seja, formas de se cumprimentar, atos que demonstram empatia e formas ideais de despedidas.

Os instrumentos utilizados são custeados pela própria instituição, por meio de uma lista elaborada pela própria musicoterapeuta. Os materiais disponíveis, atualmente, para a equipe são: 2 ukulelês, 4 pandeiros, 2 violões, 2 afoxés, 2 triângulos, de 3 a 5 ganzás, 3 reco-recos de metal, 1 bumbo, 2 tambores, 1 repique, 1 triângulo, 1 escaleta, 1 par de pratos percussivos, 2 pares de clavas, 1 metalofone e 2 castanholas, além de outros materiais, embora não musicais, que podem ser utilizados em uma vivência musicoterapêutica a depender dos objetivos.

2.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Para salvaguardar a privacidade dos pacientes, adotaremos aqui: Paciente A e Paciente B. O Paciente A chegou com dificuldades para processar perguntas, entender comandos, dificuldades de entender ideias, conceitos, de expressar o que sente e de estabelecer relações interpessoais. Dentro do setting terapêutico, o A desenvolveu um vínculo forte com os outros membros do grupo, bem como reverberou práticas de bons hábitos: saudação adequada, empatia e despedida adequada ao final das sessões.

Ao chegar ao *setting* terapêutico, o Paciente A estendia a mão para os membros do grupo, sendo novo membro ou não, dizendo: “boa tarde, tudo bem com você?”. Em seguida, era orientado a oferecer um instrumento para o outro tocar junto ao grupo. Com isso, o A estabeleceu um vínculo de amizade com um grupo que possuía uma rotina, fazendo-o se sentir incluso.

Sobre o “fazer amizade” nas habilidades sociais, Silva (2013) revela que é uma das habilidades mais facilmente compreendidas pelos pacientes. A autora afirma haver evidências de que as crianças que não têm amigos, ou pelo menos um que seja o “mais próximo”, corre sérios riscos de sofrer problemas psicológicos.

Fazer amizades envolve um conjunto de comportamentos relacionados ao compartilhar, tais como: ouvir o outro sobre questões pessoais e manter segredo informações confidenciais; falar de si mesmo; oferece ajuda e pedir ajuda em situações de dificuldades; manter contato por diversos meios de recados, e-mail, telefone, etc. (SILVA, *et al*, 2013, p. 8).

O Paciente A apresenta um forte histórico de apreciação musical. A partir da análise da ficha musicoterapêutica do Paciente A, nota-se que seus pais têm o hábito de levá-lo, desde a primeira infância, aos shows de cantores, como de Ana Carolina, Djavan, Seu Jorge, e possui um acervo de DVDs com grandes nomes da música mundial, tais como: Michel Jackson e Fred Mercury. O Paciente A desenvolveu um canto com uma voz considerável para os parâmetros da técnica vocal. Com isso, o musicoterapeuta, ao ter acesso a essas informações, começou a incentivá-lo a cantar enquanto todos tocavam seus instrumentos. A partir daí, o Paciente A passou a cantar em todas as sessões, sendo aplaudido pelos membros do grupo e pelos profissionais.

O Paciente A encontrou uma forma de autoexpressão, de se sentir valorizado pelo seu canto e de se sentir parte de um grupo. Em uma das sessões, o Paciente A foi questionado acerca de uma música preferida e novamente lhe foi perguntado se conhecia a canção “é isso aí”, na versão de S. Jorge e Ana Carolina. O paciente A cantou a música inteira juntamente com o estagiário que o acompanhava no violão. Com isso, o Paciente A adquiriu a capacidade de autoexpressão pela música. Foi um dos ganhos que os responsáveis do paciente relataram. O paciente A canta em todas as sessões e, em cada uma, ganha mais confiança, resultando em letras improvisadas. O envolvimento e a autoconfiança do paciente foi tanta que no início de 2021, o Paciente A chegou a participar do 1º show de TEAlentos do Estado do Pará, quando cantou as canções que sempre compartilhava nas sessões de musicoterapia. Atualmente, sua família pretende inscrevê-lo em aulas de música.

O Paciente B chegou com um quadro de agressividade grave e era sempre um ponto de conversa entre os terapeutas na tentativa de melhorar a abordagem. Em todas as áreas, o B manifestou um quadro agressivo, exceto nas sessões de musicoterapia. Nesta, o Paciente B era direcionado ao setting terapêutico e respondia positivamente à canção: “Boa tarde, como vai você?”. A musicoterapeuta e os estagiários cantavam, com o acompanhamento do violão, o modelo que a equipe esperava que o paciente respondesse. Em seguida e após diversas repetições, parávamos e ficávamos em silêncio esperando a resposta do B. Ele era remetido ao modelo dado anteriormente e respondia “Legal”, “Estou bem”, ou “Feliz”. Percebemos, também, que poderíamos utilizar o violão como um reforçador positivo, pois, ao longo das sessões, era o instrumento mais solicitado pelo Paciente B. Sempre que o Paciente B focava em algo não direcionado à vivência musicoterapêutica, não dizíamos “não”, porém colocávamos outra opção como uma ideia boa: “que tal fazermos isso”, “Seria legal começarmos a tocar ou fazer isso?”, entre outras estratégias para substituir o “não”, a fim de prepará-lo para começar a receber esse termo sem lhe provocar uma possível desorganização.

O Paciente B já não demonstra sinais de agressão há um ano. Recentemente começou a receber aulas de violão em casa, houve uma diminuição nas estereotípias, começou a dialogar com outros membros do grupo e a comemorar suas conquistas nas vivências musicoterapêuticas, como: bater palmas, gritar com alegria e expressão de felicidade, além de tolerar a troca de turno e a espera.

Percebemos que o Paciente B começou a identificar emoções, tanto as suas quanto as dos outros. Isso dá ao indivíduo a capacidade de compreender o ambiente social e o que é esperado dele em diversos momentos e nas várias situações. Em uma determinada sessão, o Paciente B disse se sentir muito triste quando perde o controle e agride alguém. Outros ganhos das habilidades sociais que podemos citar em relação ao Paciente B é a capacidade de autocontrole, a qual envolve acalmar-se e controlar o próprio humor, bem como aprender a

lidar com os próprios negativos, positivos, frustrações e demonstrando um espírito esportivo (SILVA, *et al.*, 2013).

Para alguns, a ideia de autocontrole pode se opor à visão romântica de deixar a criança fazer tudo o que ela quer, que um dia ela se autorregulará. Trata-se de um engano, pois sugere que o ser humano é impermeável à influência do ambiente, que depende somente da sua vontade. Não é assim. O ser humano em geral, e a criança em particular, pode se comportar de maneira que não gostaria devido à influência do ambiente. Vivemos hoje em uma sociedade multipluralista que busca nos induzir para diferentes estilos de vida, muitas vezes contrários aos nossos valores. É justamente o autocontrole que possibilitará nossas melhores escolhas. (SILVA, *et al.*, 2013, p.9).

Um aspecto importante que foi e é abordado dentro da sessão de musicoterapia é a troca de turno e o compartilhar. Quando temos apenas um instrumento passando de mão em mão para que cada um espere a sua vez de experimentar e fazer música. Trabalhamos aquele instrumento que ainda não está em suas mãos e que deve esperar a sua vez chegar. Quando o instrumento chega em suas mãos, o Paciente B o experimenta naquele momento, porém reconhece que logo terá que compartilhar com o amigo ao lado, e assim lhe repassa o instrumento.

O Paciente B continua, atualmente, em suas sessões de musicoterapia na Instituição e, ao realizar o circuito multidisciplinar, não tem apresentado sinais de alteração de humor ou de agressão durante as terapias.

Após, 1 ano de estágio. Foi possível constatar que ambos os pacientes apresentaram traços da habilidade de empatia, uma vez que, em algumas vivências musicoterapêuticas, os pacientes A e B demonstraram, em suas afirmações, o que leva uma pessoa a sentir-se triste em uma relação social, quais atitudes devem ser tomadas, caso eles causem um constrangimento, por exemplo: pedir desculpas. Em uma determinada sessão, o paciente B afirmou ficar muito triste quando machuca alguém. Outra evidência que mostra esse olhar mais sensível com relação ao outro, é o fato deles, em suas estadas na clínica, cumprimentarem, de forma adequada, os terapeutas e colegas nos corredores da clínica, bem como, em uma determinada vivência, chamada “roda dos sentimentos”, os pacientes demonstrarem a compreensão de tristeza, alegria, medo e tédio através da música e das expressões faciais. Esta habilidade está ligada à capacidade de compreender os sentimentos do outro em situações e se colocar no lugar dele (SILVA, *et al.*, 2013). Ambos estão sendo mais claros ao expressar o que estão sentindo durante as sessões e respondem aos comandos com um tempo menor entre o estímulo e a resposta. A cada três anos, a musicoterapeuta elabora um documento discorrendo sobre o processo terapêutico de cada paciente, cuja avaliação musicoterapêutica é baseada na *Individualised Music Therapy Assessment* (IMTA) ou Perfil de Avaliação Individual em Musicoterapia.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Respondendo questão “A musicoterapia pode contribuir para a aquisição de habilidades sociais em pacientes com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)” o musicoterapeuta, ao utilizar a música com a devida técnica e conhecimentos da musicoterapia, pode estimular certos aspectos da vida social aplicando a musicoterapia, uma vez que a música possui o poder de aglutinar pessoas e reuni-las para poderem desfrutá-la, seja ouvindo-a, cantando-a ou tocando-a em grupo. Fazer música em grupo “acarreta a comunicação expressiva que integra as pessoas” (BARBU-IURASCU, 2010 Apud CUNHA, 2019). Esta integração não se dá apenas quando todos tocam a mesma coisa juntos e ao mesmo tempo, essa comunicação pode mostrar contradições, ações contrárias, uns tocam,

outros ouvem e outros se desinteressam e posteriormente despertam interesse, assim como pode haver ações totalmente organizadas, uníssonas e harmoniosas entre si (CUNHA, 2010). Essas ações geram oportunidades para que os indivíduos desfrutem de novas aprendizagens e possibilitam trocas diversas entre eles, bem como correção de comportamentos inadequados. Além disso, as práticas trazem resultados significativos nas relações sócio musicais.

Este relato de experiência foi uma metodologia que permitiu vivenciar os acontecimentos desses fenômenos, uma vez que, enquanto pesquisador, pesquisar a própria prática impõe desafios e oportunidades de aperfeiçoamento. Com o olhar crítico, podem-se rever equívocos no período de estágio, gerir ansiedades e experimentar. Tudo isso foi essencial para o crescimento profissional na musicoterapia. Além disso, oportunizou-se que os estagiários vivenciassem, em tempo real, o que conheceram na teoria em aula da especialização.

Uma das limitações encontradas para a pesquisa bibliográfica é o fato de haver pouco material na literatura científica acerca de Habilidades Sociais voltadas para musicoterapia, porém, com os materiais de HS direcionadas a outras especialidades, e com a prática musico terapêutica no estágio, foi possível verificar as potencialidades da musicoterapia e, conseqüentemente, contribuir para os estudos das HS.

Espera-se que este trabalho contribua com a literatura científica no Brasil e que seja material para fomentar questionamentos e pesquisas na área da música e musicoterapia, uma vez que esta pode atuar em diversos segmentos, pois detém inúmeras possibilidades a serem exploradas.

REFERÊNCIAS

ALVIN, J. **Music Therapy for the Autistic Child**. London: Oxford University Press. 1978.

AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION. (2010). **Autism spectrum disorders: Music therapy research and evidence based practice support**. Acesso em: 01 de out de 2022. Disponível em: https://www.musictherapy.org/assets/1/7/bib_autism10.pdf.

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

BERGMANN, Thomas. **Music Therapy for People with Autism Spectrum Disorder**. Oxford Handbooks on line. Jane Edward. 2015. Acesso em: 02 de out de 2021. Disponível em: 10.1093/oxfordhb/9780199639755.013.35.

BRANDALISE, A. “Approach Brandalise de Musicoterapia – Carta de Canções”. **Revista Brasileira de Musicoterapia**. 1998. n.4, p.41-55.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia**. 3 ed. Barcelona Published; Contexto: 2016. 384p.

CHAGAS, Marly. A Musicoterapia e o homem construído por fora. A subjetividade contemporânea. In: IX Encontro Nacional de Estudantes de Musicoterapia (ENEMT). Edição Especial. 2017, Goiânia. **Anais do XVII ENPEMT e IX ENEMT**. Revista Brasileira de Musicoterapia, 2017. p. 44-52.

BRUSCIA, Kenneth E. Sesenta y cuatro técnicas clínicas. **Modelos de Improvisación em Modelos de Improvisación em Musicoterapia**. Vitória-Gasteiz: Agruparte, 1999. Ca Musicoterapia p. 25, p. 385-411

DEL PRETTE, Zilda A.P.; DEL PRETTE, Almir. **Psicologia das Habilidades Sociais na infância**: Teoria e prática. 2ª Edição: Editora Vozes, 2005.

FERREIRA, Rhainara L; LOUREIRO, Cybelle M.; TUPINÁ, Paulo. **Musicoterapia na UFMG no atendimento a bebês prematuro de alto risco do Hospital Sofia Feldman**. 4º Nas Nuvens, UFMG, 1 a 7 de Dez 2018.

FORSTER, S. **Música e Humilhação, uma visão através das ações de indenização por Dano Moral**. Dissertação (mestrado em Educação Arte e História da cultura), Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo. p. 274. 2010.

GERETSEGGER M, Elefant C, Mössler KA, Gold C. **Music therapy for people with autism spectrum disorder**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD004381. DOI: 10.1002/14651858.CD004381.pub3. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004381.pub3/epdf/full>.

GHASEMTABAR SN, Hosseini M, Fayyaz I, Arab S, Naghashian H, Poudineh Z. **Music therapy**: An effective approach in improving social skills of children with autism. Adv Biomed Res. 2015 Jul 27;4:157. doi: 10.4103/2277-9175.161584. PMID: 26380242; PMCID: PMC4550953.

GONÇALVES, Camila S. G.; GARCIA, P.M.; SAKAI, F. A. **Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo**: Dados, Princípios, e Procedimentos da Teoria, da Prática e da Pesquisa Musicoterapêutica. Paraná: AMT-PR, 2018. Acesso em: 19 de set de 2021. Disponível em: <https://www.tjpr.jus.br/documents/12836924/0/Musicoterapia+TJ.07112018.pdf/cdf4105d-36ce-6865-4152-544e5914753f>.

MOLNAR-SZAKACS I Heaton P. **Music**: a unique window into the world of autism. Ann N Y Acad Sci. 2012 Apr;1252:318-24. doi: 10.1111/j.1749-6632.2012.06465.x. PMID: 22524374.

MUSICOTERAPIA E AUTISMO. Letícia Tanelli. Clia Psicologia. Streaming. 35min e 17segs. Youtube. Clia psicologia Saude e Educação. 2019. Acesso em: 17 de out de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gYRBDj9ZTWs>.

PAHLEN, K. **História Universal da Música**. Trad. A. Della Nina. 5 ed. São Paulo: Edições Melhoramento, 1965. Original de 1947.

ROCHA, Viviane Cristina da; BOGGIO, Paulo Sérgio. **A música por uma óptica neurocientífica**. Per musi, Belo Horizonte, n. 27, p. 132-140, June 2013. Acesso em: 25 de abr de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-75992013000100012>.

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

SAMPAIO, Renato Tocantins, Loureiro, Cybelle Maria Veiga e Gomes, Cristiano Mauro Assis. **A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo**: uma abordagem informada pelas neurociências para a prática clínica. Per Musi [online]. 2015, n. 32. Acesso

em: 19 de set de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/permusi2015b3205>. SILVA, A.P.C. *et al.* Brincando e Aprendendo Habilidades Sociais. Jundiaí. 2013.