

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE MUSICOTERAPIA IMPROVISACIONAL MÚSICO-CENTRADA PARA CRIANÇAS COM AUTISMO

### *MUSIC-CENTERED IMPROVISATIONAL MUSIC THERAPY TREATMENT PROTOCOL FOR CHILDREN WITH AUTISM*

*Marina Freire<sup>1</sup> / Aline Moreira<sup>2</sup> / Arthur Kummer<sup>3</sup>*

104

**Resumo** - O presente trabalho investiga o protocolo de atendimento utilizado para avaliar o desenvolvimento do processo terapêutico de 10 crianças autistas, com idade entre 03 e 06 anos, atendidas em sessões de Musicoterapia Improvisacional, no modelo Músico-centrado, durante um semestre. O objetivo é auxiliar musicoterapeutas no decorrer das sessões a verificar o desenvolvimento do paciente e a propor intervenções assertivas. O protocolo identifica etapas do processo musicoterapêutico, relacionadas com as técnicas de detecção de Fragmentos de Tema Clínico (FTCs), construção de Temas Clínicos (TCs) e consolidação de suas Variações. Os resultados mostram que a maior parte das crianças alcançou três etapas propostas, em uma média estável de sessões. O protocolo pode ser eficaz para pesquisas e prática clínica em Musicoterapia.

**Palavras-Chave:** protocolo de atendimento, musicoterapia improvisacional, musicoterapia músico-centrada, transtorno do espectro do autismo (TEA)

**Abstract** - This work investigates the treatment protocol used to evaluate the development of the therapeutic process of 10 autistic children, aged between 03 and 06 years, attended in Improvisational Music Therapy sessions, on the Music-centered model, during a semester. The goal is to help music therapists in the course of proceedings to verify the development of the patient and to propose assertive interventions. The protocol identifies steps of music therapy process, related to the following techniques: detection of Clinical Theme Fragments (CTFs), construction of Clinical Theme (CTs) and consolidation of its Variations. The results show that most of the children reached three proposed

---

<sup>1</sup> Musicoterapeuta, Mestre em Neurociências Clínicas – Universidade Federal de Minas Gerais. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1301269894536856>

<sup>2</sup> Bacharel em Música – Habilitação em Musicoterapia – Universidade Federal de Minas Gerais. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2506551167425234>

<sup>3</sup> Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5470389577551840>

Os autores têm interesse em pesquisas de eficácia de tratamento e de validação de escalas de avaliação em Autismo e/ou em Musicoterapia. E-mail para correspondência: [marinahf@gmail.com](mailto:marinahf@gmail.com)

steps in a stable average number of sessions. The protocol can be effective for research and clinical practice in Music Therapy.

**Keywords:** treatment protocol, improvisational music therapy, music-centered music therapy, autism spectrum disorder (ASD)

---

## Introdução

105

O autismo, ou Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), é um distúrbio do neurodesenvolvimento que afeta precocemente habilidades de comunicação social e comportamentos. Os sintomas apresentados e os graus de comprometimento são muito variados, podendo-se destacar atraso de fala, agressividade, estereotípias e dificuldade de manutenção de relacionamentos. Estima-se que a incidência na população é de uma em cada 68 pessoas, apresentando maior prevalência no sexo masculino (DDMN-CDC, 2010). Pessoas com TEA demandam acompanhamentos terapêuticos interdisciplinares para amenização dos sintomas e desenvolvimento das habilidades acometidas (BERGER, 2003).

A Musicoterapia Improvisacional aparece nesse contexto como uma possível e ascendente forma de tratamento para essa população. Por ser a abordagem mais recorrente em pesquisas sobre Musicoterapia e TEA, seus estudos indicam aproximação da pesquisa à realidade clínica musicoterapêutica (WIGRAM & GOLD, 2006; GATTINO, 2012). Trabalhando com o paciente de forma ativa, a Musicoterapia Improvisacional busca motivar o engajamento na experiência musical conjunta, estimulando o manuseio de instrumentos, a utilização do corpo e da voz e o diálogo musical, visando, assim, ao desenvolvimento de comunicação e interação (BRUSCIA, 1987).

Thompson e colaboradores (2013), indo ao encontro das investigações de Geretsegger e colaboradores (2012), ressaltam a importância dos métodos improvisacionais flexíveis de Musicoterapia na criação de oportunidades de interação e reciprocidade para crianças com TEA. De fato, são os ganhos na

comunicação e na interação que aparecem com mais frequência nos relatos científicos sobre a eficácia da Musicoterapia Improvisacional no tratamento de crianças com TEA (GATTINO, 2012). Sarapa & Katusic (2012) comprovam que a criação musical através da improvisação pode proporcionar comunicação musical, trazendo melhoras também em outros níveis de comunicação para essa população. Outros resultados relevantes citados na literatura são: melhoras na atenção conjunta e na imitação, bem como diminuição de comportamentos indesejáveis como choro e estereotipias vocais (WIGRAM & GOLD, 2006; KIM et al, 2008; KIM et al 2009).

A improvisação musical também é um recurso terapêutico importante e frequentemente utilizado nos modelos de Musicoterapia Criativa (NORDOFF & ROBBINS, 2007) e de Musicoterapia Músico-centrada (BRANDALISE, 2001). Em ambos, o foco da improvisação está na música e na musicalidade do paciente nas sessões e na experiência conjunta. Visando a sistematizar esse tipo de experiência improvisacional, El-Khoury (2003; 2006) sintetiza as 64 técnicas improvisacionais de Bruscia (1987) e propõe as intervenções em improvisação musical clínica através de seis níveis de interação musical entre paciente e terapeuta, que são denominados: contato, espelhamento, sustentação, encorajamento, diálogo e improvisação livre. O objetivo principal é sempre o fortalecimento do vínculo terapêutico e o desenvolvimento da musicalidade e da expressividade (NORDOFF & ROBBINS, 2007). Vale ressaltar que esses objetivos se relacionam com interação e comunicação, que constituem as áreas mais afetadas pelo TEA, e cujos avanços são os mais descritos na literatura de tratamentos em Musicoterapia Improvisacional.

Partindo de conceitos de Nordoff & Robbins, a Musicoterapia Músico-centrada nomeia os materiais sonoros e pré-musicais dos pacientes como Fragmentos de Temas Clínicos (FTCs), e os contextos musicais constituídos de organização mais formal como Temas Clínicos (TCs) (Brandalise, 2001). Tanto os FTCs como os TCs são entendidos como forças essenciais que representam o potencial de musicalidade e o potencial de melhora do indivíduo (Ibid). No livro que marca a introdução do Músico-centramento no Brasil,

Brandalise (2001) apresenta como objetivo principal desse modelo a detecção de FTCs e TCs. No presente trabalho, no que diz respeito ao TC, o termo “detecção” é substituído por “construção”, no entendimento de que o musicoterapeuta detecta os FTCs e engaja o paciente no fazer musical para juntos criarem, construírem o TC.

A Musicoterapia Improvisacional foi empregada neste estudo fundamentada pelo Modelo Músico-centrado e pelos Níveis de Interação Musical de El-Khoury. A partir de pesquisa, e indo ao encontro da necessidade de maior sistematização do processo musicoterapêutico, é proposto o desenvolvimento de um protocolo de atendimento que relate componentes do processo musicoterapêutico, e que possa ser utilizado tanto em metodologias de pesquisa quanto na prática clínica que compartilhe dos fundamentos aqui proclamados.

De acordo com o *International Dictionary of Music Therapy*, um protocolo é definido como:

As etapas ou componentes de uma intervenção, tratamento, pesquisa clínica ou avaliação em Musicoterapia implementado devido a sua eficácia estabelecida ou antecipada e com base em pesquisas pré-existentes e / ou a prática baseada em evidências. (Kirkland, 2013, p. 103 – tradução nossa)

Seguindo esse conceito, no que diz respeito à pesquisa clínica, Geretsegger e colaboradores (2012) expõem um protocolo de ensaio clínico randomizado que contém o passo a passo da metodologia científica para análise de eficácia da Musicoterapia Improvisacional no tratamento de crianças com TEA, apresentando objetivos e intervenções gerais na descrição do processo clínico improvisacional. Assim como o protocolo de pesquisa, faz-se necessário buscar um protocolo de atendimento mais detalhado e que de alguma forma estruture as sessões, a intervenção musicoterapêutica e o desenvolvimento do paciente ao longo do processo musicoterapêutico.

Devido à heterogeneidade de manifestação dos sintomas e comportamentos no TEA, não se espera um protocolo com estágios fixos. Todavia, o conhecimento de uma média comum e ideal de desenvolvimento ao longo das sessões pode auxiliar o musicoterapeuta (pesquisador ou não) a se orientar e guiar suas intervenções no processo musicoterapêutico em prol de tratamentos eficazes para pessoas com TEA.

## Metodologia

Participaram deste estudo 10 crianças com diagnóstico de TEA e idade entre 03 e 06 anos. Durante um semestre letivo, cada criança foi submetida a 15 sessões individuais e semanais de Musicoterapia Improvisacional Músico-centrada, com 30 minutos de duração cada. Os pais/responsáveis assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido autorizando a participação na pesquisa e a utilização das filmagens das sessões. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE: 03655112.3.0000.5149).

As sessões foram realizadas em uma sala do serviço de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Utilizou-se um tapete desmontável de EVA e os seguintes instrumentos musicais: voz, violão, teclado, flauta doce soprano e instrumentos de percussão de pequeno porte variados. Determinou-se a utilização de canção de início e canção de término de sessão, sendo que a mesma canção foi utilizada em todas as sessões, para todos os pacientes. Resultados de eficácia do tratamento podem ser encontrados em Freire (2014).

Embasando-se nos fundamentos descritos na introdução deste artigo, o processo musicoterapêutico improvisacional foi estruturado em etapas, de acordo com o engajamento musical do paciente em cada sessão e a fase de intervenção em que o musicoterapeuta estava atuando. As etapas da intervenção foram conduzidas empregando os cinco primeiros Níveis de Interação Musical de El-Khoury; contudo, o ponto determinante para designação de cada etapa foi a mudança do foco da experiência musical entre FTC, TC e

Variações de TC. Dessa maneira, foram detectadas quatro etapas: (1) detecção de FTC; (2) criação e manutenção de TC; (3) variações de TC; e (4) novo TC.

Na primeira etapa, ocorrem contato, ambientação e exploração. O musicoterapeuta espera a iniciativa sonora da criança (os FTCs), e intervém musicalmente, convidando o paciente a engajar na atividade musical conjunta. Na segunda etapa, com o engajamento na experiência coativa, o musicoterapeuta sustenta a expressão musical da criança e conduz as improvisações para que juntos construam o TC e para motivar o paciente a manter a comunicação musical e a retomar ao tema. Na terceira etapa, o encorajamento, a manutenção e a ampliação da experiência musical levam terapeuta e/ou paciente a proporem variações do tema, que podem ser incorporadas ao TC, ampliando-o. Uma quarta etapa pode ocorrer, quando não há engajamento do paciente na retomada e ampliação do TC, necessitando a detecção de novos FTCs e consequente construção de novo TC.

Para detectar as etapas em que se localizavam os pacientes ao longo do processo musicoterapêutico, os sujeitos de pesquisa tiveram suas filmagens e anotações de sessões analisadas pela pesquisadora. Foram procedidas somas, médias e desvios-padrão, através do Microsoft Office Excel 2007, a fim de encontrar um panorama geral que permitisse o desenvolvimento do protocolo. Os resultados são apresentados a seguir.

## Resultados

Os sujeitos de pesquisa eram em sua maioria meninos (9:1) e tinham idade entre 03 e 06 anos, com média de 4 anos e 11 meses de idade. Conforme avaliação realizada através da *Childhood Autism Rating Scale*

MUSICOTERAPIA

(CARS)<sup>4</sup>, seis deles apresentavam características autísticas leves a moderadas, enquanto quatro apresentavam características graves.

Como pode ser observado pela Tabela 1, todas as crianças completaram as Etapas 1 e 2 do processo musicoterapêutico; 9 dentre as 10 crianças alcançaram a Etapa 3; e apenas uma criança atingiu a Etapa 4.

TABELA 1: *Etapas do processo musicoterapêutico de cada paciente em cada sessão*  
Legenda: 1=Etapa 1; 2=Etapa 2; 3=Etapa 3

Paciente	Etapa em cada sessão														
	Sessão1	Sessão2	Sessão3	Sessão4	Sessão5	Sessão6	Sessão7	Sessão8	Sessão9	Sessão10	Sessão11	Sessão12	Sessão13	Sessão14	Sessão15
A	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
B	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3
C	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
D	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
E	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
F	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
G	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
H	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
I	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4
J	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	

OBS: a sessão 15 do paciente J não está preenchida devido a falta, tendo o paciente sido atendido por 14 sessões

Através da análise da Tabela 1, pode-se perceber que os pacientes seguiram a estrutura das etapas de forma ordenada, ou seja, todos começaram na Etapa 1 e não pularam etapa. Análise também mostra que as crianças ficaram na Etapa 1 por uma média de 4 sessões, na Etapa 2 por uma média de 6 sessões e na Etapa 3 por uma média de 5 sessões, sempre com desvio padrão de aproximadamente 01 sessão. A contribuição de cada Etapa em relação ao total de pacientes pode ser visto no Gráfico 1. O gráfico também permite visualizar o movimento progressivo resultante das Etapas ao longo das sessões, que apresenta divisores de sessão mais marcados entre as Etapas 1 e 2, e mais variantes entre as Etapas 2 e 3.

<sup>4</sup> A *Childhood Autism Rating Scale (CARS)* é um instrumento de avaliação diagnóstica em Psiquiatria Infantil composto por 15 itens que descrevem comportamentos autísticos com pontuações entre 1 (dentro da normalidade) e 4 (sintomas graves). A pontuação total classifica a criança como não autista (15 a 30 pontos), autista leve a moderado (30 a 36 pontos) ou autista grave (36 a 60 pontos) (PEREIRA *et al*, 2008).

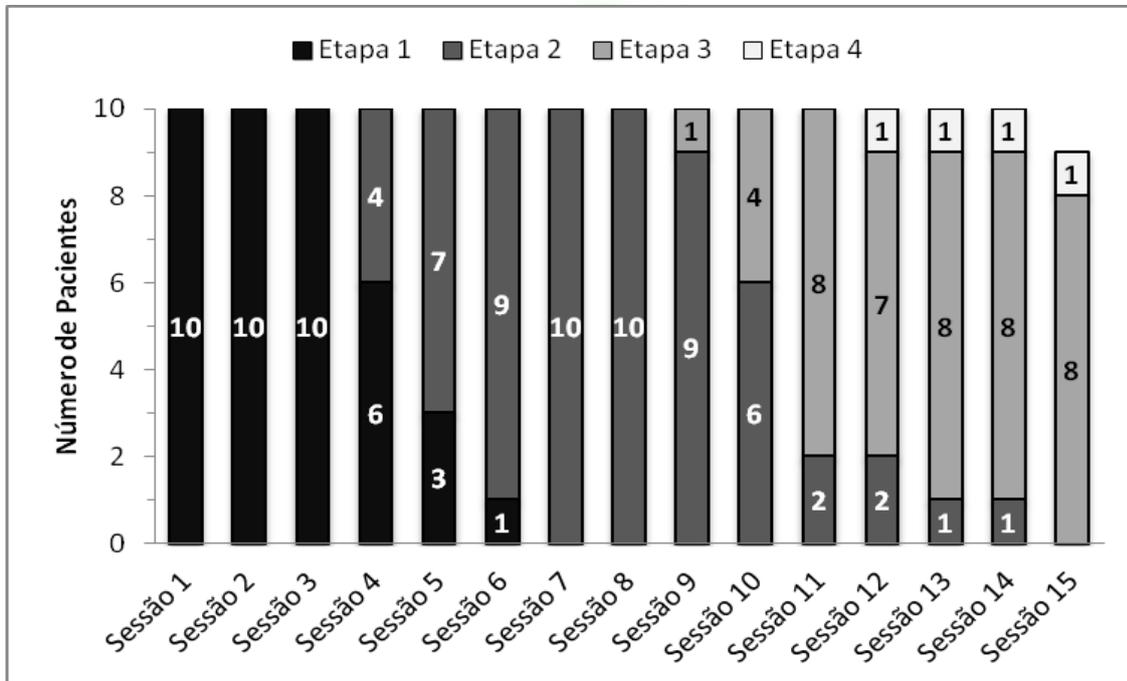


GRÁFICO 1: Total de pacientes por Etapa ao longo das sessões

A partir das análises descritas acima e da metodologia empregada nas sessões, é proposto um protocolo de atendimento do processo musicoterapêutico improvisacional músico-centrado de crianças com TEA (Quadro 1). O protocolo contempla as Etapas 1 a 3, já que a Etapa 4 foi alcançada apenas por um paciente. O protocolo é estruturado a partir do tempo pré-determinado de duração do tratamento, de 15 sessões. Assim, vale ressaltar que a Etapa 3 não necessariamente se finaliza na sessão 15, em caso de continuidade das sessões.

Tempo da Sessão	INTERVENÇÃO - SESSÕES		
0-5 min	Canção de Oi e convite para a criança entrar na sala / tocar os instrumentos		
5-25 min	Etapa 1 (Sessões 01 a 04)	Etapa 2 (Sessões 05 a 10)	Etapa 3 (Sessões 11 a 15)
	Exploração do espaço e dos instrumentos;  iniciativas pré-musicais da criança (FTCs);  início da relação terapêutica.	Engajamento na experiência musical coativa;  construção do TC;  motivação para retomar tema e manter comunicação musical.	Propostas de Variações do TC;  consolidação das Variações e ampliação do TC;  encerramento das sessões.
25-30 min	Canção de Tchau e guardar os instrumentos		

QUADRO 1: *Protocolo de Atendimento em Musicoterapia Improvisacional Música-centrada de crianças com TEA*

## Discussão

Os resultados desta pesquisa apresentam o protocolo que propõe Etapas de intervenção em Musicoterapia Improvisacional Música-centrada e uma média de sessões para cada Etapa. Apesar do pequeno número de sujeitos, os resultados são valiosos e promissores por seu ineditismo, sua base em evidências de eficácia e sua abertura para possibilidades de aprimoramento em futuras pesquisas.

O protocolo permite observar a evolução das crianças atendidas ao longo das sessões, e através dessa observação pode-se sugerir a eficácia da Musicoterapia Improvisacional Música-centrada, mesmo este não sendo o foco

do presente estudo<sup>5</sup>, uma vez que a expansão dos acontecimentos musicais ao longo das Etapas implica em desenvolvimento de habilidades e ampliação de comportamentos por parte do paciente. Por exemplo, a passagem do nível pré-musical exploratório (Etapa 1) para o engajamento na experiência musical coativa (Etapa 2) indica fortalecimento de vínculo terapêutico e desenvolvimento de musicalidade.

Mesmo as crianças que não acompanharam o tempo sugerido pelo protocolo seguiram a sequência das Etapas estruturadas, de forma mais lenta ou mais rápida, o que implica na possibilidade de utilização do protocolo como guia da evolução do processo musicoterapêutico. De acordo com a descrição de cada Etapa e sua média de duração, pode-se inferir que o paciente que demora mais sessões na Etapa 1 tem maior dificuldade para engajar na experiência musical coativa, e que o paciente que demora mais sessões na Etapa 2 tem maior dificuldade de propor Variações de TC ou aceitar propostas de Variações vindas do musicoterapeuta. Por outro lado, o paciente que demora menos na Etapa 1 estaria mais propenso a se engajar na interação e comunicação musicais, e o paciente que passa mais rápido pela Etapa 2 permitiria uma mais rápida consolidação do TC, facilitando com segurança a introdução às Variações.

A ausência da Etapa 4 no protocolo, devido à mesma ausência no processo musicoterapêutico da maioria das crianças, poderia ser explicada pelo comportamento resistivo a mudanças típico do TEA, que demanda a presença rotineira dos mesmos FTCs, TCs ou Variações, em detrimento do uso de materiais sonoros para novos TCs. O musicoterapeuta pode usar essa característica a favor do processo terapêutico nas intervenções musicais, incentivando a criança a manter a interação e a comunicação musical ao retomar sempre o mesmo TC (Etapa 2). Contudo, se a Etapa 4 for alcançada por uma criança, o protocolo proposto pode continuar a ser utilizado, uma vez que essa etapa corresponde ao recomeço do processo de construção do TC (Etapas 1 e 2), estendendo o protocolo a novas sessões.

---

<sup>5</sup> Para estudo de eficácia, ver Freire (2014).

Em Musicoterapia Músico-centrada, Brandalise (2001) aponta uma média de 6 sessões para detecção de FTCs ou TCs. As crianças deste estudo demoraram até 6 sessões, porém em uma média de 4 sessões. Podem-se levantar futuras discussões sobre a diferença de duração na primeira Etapa, principalmente com relação ao público atendido (idade, patologia) e às experiências musicais utilizadas (improvisação ou outras). Outro ponto que pode ser levantado a partir de Brandalise (2001) são os conceitos de *turning points* e *platôs* do processo musicoterapêutico músico-centrado. Trazendo esses conceitos para o protocolo apresentado, os *turning points* corresponderiam às sessões limítrofes entre as Etapas, enquanto os *platôs* constituiriam as sessões que se mantêm ao longo de uma Etapa.

Como já citado, este protocolo não está acabado. Pelo contrário, é uma proposta que visa a fomentar discussões e levantar ideias que venham no sentido de aprimorar os resultados aqui apresentados e aperfeiçoar o atendimento musicoterapêutico de pessoas com TEA. Será útil para o campo das evidências científicas em Musicoterapia se futuras pesquisas puderem ser realizadas com maior número de sujeitos, além de verificar correlação entre a duração das Etapas para cada paciente e seu comprometimento nos sintomas de TEA. Outros estudos podem também investigar a aplicação deste protocolo no tratamento de outras populações (outras idades e outros diagnósticos).

Este trabalho apresenta grande relevância para a Musicoterapia no âmbito da pesquisa, como um protocolo de investigação, e no âmbito clínico, como protocolo de atendimento. No campo científico, levanta a importância de ensaios clínicos com rigor metodológico e reprodutibilidade, a fim de se comprovar a eficácia do tratamento musicoterapêutico. Na prática clínica, permite sistematização das sessões e reflexão do musicoterapeuta sobre o andamento do processo. Dessa maneira, o conhecimento das técnicas aqui discutidas e das Etapas propostas é extremamente útil para que o musicoterapeuta possa tomar decisões e fazer uso de intervenções de forma consciente ao longo do processo musicoterapêutico, independente da abordagem utilizada.

## **Conclusão**

O processo musicoterapêutico improvisacional músico-centrado pode se valer de protocolo apropriado para atendimento de crianças com TEA. O protocolo pode ser dividido em etapas de acordo com a intervenção e o comportamento musical do paciente ao longo das sessões.

A evolução de Etapas compreende uma média de sessões definida, o que proporciona uma diretriz para o processo musicoterapêutico da criança com TEA e permite avaliar sua evolução terapêutica. Os resultados demonstraram que as crianças migraram de uma Etapa para outra sem pular degraus, o que reforça uma continuidade saudável no desenvolvimento.

São necessárias mais pesquisas para que o protocolo aqui apresentado seja testado em maior escala e para que outros protocolos sejam desenvolvidos, uma vez que o uso de protocolos devidamente analisados é de suma importância para auxílio de pesquisas e da prática clínica em Musicoterapia.

## **Órgão financiador**

CAPES

## **Agradecimento**

Ao Musicoterapeuta Professor Renato Tocantins Sampaio – Projeto de Extensão Clínica de Musicoterapia da Escola de Música da UFMG – Curso de Bacharelado em Música com Habilitação em Musicoterapia da UFMG

## **Referências**

BERGER, D. S. **Music Therapy, Sensory Integration and the Autistic child**. 2. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd, 2003, 255p.

BRANDALISE, A. **Musicoterapia músico-centrada: Linda – 120 sessões.** São Paulo: Apontamentos, 2001, 86p.

BRUSCIA, K. E. **Improvisational Models of Music Therapy.** Springfield: Charles C. Thomas Publishers, 1987, 590p.

DEVELOPMENTAL DISABILITIES MONITORING NETWORK (DDMN); CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Surveillance Year 2010: prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States. **MMWR Surveill Summ**, v. 63, n. 2, p. 1-21, 2014.

116

EL-KHOURI, R. N. **Music Therapy Education and Training: a study of the development of music skills for students within undergraduate music therapy programmes in Brazil.** 137f. 2003. Dissertação (Master of Arts) – Anglia Polytechnic University, Cambridge, 2003.

EL-KHOURI, R. N. **Uma Leitura Junguiana do Procedimento da Improvisação Musical Clínica em Musicoterapia.** 63f. 2006. Monografia (Especialização em Psicologia Analítica Junguiana) – Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2006.

FREIRE, M. H. **Efeitos da Musicoterapia Improvisacional no Tratamento de Crianças com TEA.** 74f. 2014. Dissertação (Mestrado em Neurociências) – Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, 2014.

GATTINO, G. **Musicoterapia aplicada à avaliação da comunicação não verbal de crianças com transtornos do espectro autista: revisão sistemática e estudo de validação.** 180f. 2012. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRS, Porto Alegre, 2012.

GERETSEGGER, M.; HOLCK, U.; GOLD, C. Randomised controlled trial of improvisational music therapy's effectiveness for children with autism spectrum disorders (TIME-A): study protocol. **BMC Pediatrics**, v. 12, n. 2, 2012.

MUSICOTERAPIA

KIM, J.; WIGRAN, T.; GOLD, C. The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: A Randomized Controlled Study. **J Autism Dev Disord**, v. 38, p. 1758–1766, 2008.

KIM, J.; WIGRAN, T.; GOLD, C. Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. **Autism SAGE Publications and The National Autistic Society**, v. 13, n. 4. p. 389-409, 2009.

KIRKLAND, K. **International Dictionary of Music Therapy**. New York: Routledge, 2013. p.103.

NORDOFF, P.; ROBBINS, C. **Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship**. 2. Gilsum: Barcelona Publishers, 2007. 516p.

PEREIRA, A.; RIESGO, R. S.; WAGNER, M. B. Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 6, p. 487-494, 2008.

THOMPSON, G. A.; MCFERRAN, K. S.; GOLD, C. Family-centred music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: a randomized controlled study. **Child Care Health Dev**, v. 40, n. 6, p. 840–852, 2013.

SARAPA, K. B., & KATUSIC, A. H. Application of music therapy in children with autistic spectrum disorder/Primjena muzikoterapije kod djece s poremećajem iz autisticnog spektra. **Revija za Rehabilitacijska Istraživanja**, v. 48, n. 2, p. 124-129, 2012.

WIGRAM, T., GOLD, C. Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence. **Child Care Health Dev**, v. 32, n. 5, p. 535–542, 2006.

Recebido em 25/04/2015  
Aprovado em 17/06/2015

MUSICOTERAPIA