



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Musicoterapia em Oncologia

Gonçalo Pedro Proença Esgalhado de Sousa Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Luís Themudo Barata

Covilhã, junho de 2017

Agradecimentos

Ao meu orientador, Dr. Themudo Barata, agradeço o apoio e motivação na realização desta Tese de Mestrado.

A todos os elementos da biblioteca do Centro Hospitalar Cova da Beira, pela ajuda indispensável na obtenção de bibliografia necessária à realização desta tese.

Aos meus pais, pelo apoio incansável e inabalável ao longo deste percurso, por nunca desistirem e estarem sempre presentes, pela motivação constante, e por todos os sacrifícios que fizeram para tornar possível este momento.

À minha família, pela motivação e apoio constante.

A todos os meus colegas, que partilharam este curso comigo e o tornaram repleto de experiências e momentos inesquecíveis e me permitem levar memórias e amizades para o resto da vida.

À Tuna-MUs - Tuna Médica da Universidade da Beira Interior, por todas as amizades e momentos partilhados nestes anos e por mostrar que a música pode ter um papel na vida de todos nós, unindo pessoas, por mais diferentes que sejam.

Prefácio

“If we were a medical school, and you were here as a med student practicing appendectomies, you’d take your work very seriously because you would imagine that some night at 2 AM someone is going to waltz into your emergency room and you’re going to have to save their life. Well, my friends, someday at 8 PM someone is going to walk into your concert hall and bring you a mind that is confused, a heart that is overwhelmed, a soul that is weary. Whether they go out whole again will depend partly on how well you do our craft...”

(Karl Paulnack, Director of Music Division and member of the piano faculty, Boston University)

“Art is how we decorate space; Music is how we decorate time.”

(autor desconhecido)

“Music expresses that which cannot be said and on which it is impossible to be silent.”

(Victor Hugo)

Resumo

Nesta tese é explorada a temática da musicoterapia e a possibilidade de esta ter um efeito positivo nos doentes oncológicos. É abordada a história da musicoterapia, desde os primórdios da civilização até à sociedade moderna. São analisados o funcionamento das sessões de musicoterapia e o papel do musicoterapeuta. No que diz respeito à oncologia, apresentam-se vários temas em discussão: demografia e mortalidade da doença oncológica, sintomas de cancro e efeitos secundários da terapia, respetivamente, e é avaliado o efeito que a música pode ter na qualidade de vida, sobejamente afetada pela doença oncológica.

Palavras-chave

Musicoterapia; oncologia; dor; ansiedade; qualidade de vida; náuseas.

Abstract

This work explores the thematic of music therapy and the possibility of a positive effect on the cancer patients. The history of music therapy is explored, from the very beginning of civilization to modern society. The way a music therapy session is conducted and the very role of the music therapist is analysed. In the oncology section, there are several issues to be discussed: the demographics and mortality of cancer, the symptoms and adverse effects of cancer and its therapy, respectively, and the effect that music can have on the patient's quality of life, sorely affected by the disease.

Keywords

Music therapy; oncology; anxiety; pain; quality of life; nausea.

Índice

AGRADECIMENTOS	III
PREFÁCIO	V
RESUMO	VII
PALAVRAS-CHAVE	VII
ABSTRACT	IX
KEYWORDS	IX
ÍNDICE	XI
LISTA DE TABELAS	XIV
CAPÍTULO I - MUSICOTERAPIA	1
1.1 - MUSICOTERAPIA	2
1.1.1 - HISTÓRIA DA MUSICOTERAPIA	3
1.1.2 - ESTADO ATUAL DO DESENVOLVIMENTO DA MUSICOTERAPIA	4
1.2 - DEFINIÇÃO MODERNA	6
1.3 - PRINCÍPIOS BÁSICOS DA MUSICOTERAPIA	8
1.4 - POTENCIAL DA MÚSICA NUM CONTEXTO MUSICO TERAPÊUTICO	10
1.5 - A FUNÇÃO DA MÚSICA	11
1.5 - ORGANIZAÇÃO DAS SESSÕES DE MUSICOTERAPIA	17
1.5.1 - METODOLOGIA	17
1.5.2 - MUSICOTERAPIA E EDUCAÇÃO MUSICAL	18
1.5.3 - EFEITOS E QUALIDADES DA MÚSICA	18
1.6 - ORIENTAÇÕES FUNDAMENTAIS DA MUSICOTERAPIA	22
1.6.1 - APLICAÇÃO	22
1.7 - PRECAUÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES	23
CAPÍTULO II - ONCOLOGIA	24
2.1 - ONCOLOGIA	25
CAPÍTULO III - DISCUSSÃO	30
3.1 - RESULTADOS	31
CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES	35

4.1 - CONCLUSÃO	36
<u>CAPÍTULO V – GLOSSÁRIO MUSICAL</u>	<u>37</u>
5.1 - GLOSSÁRIO MUSICAL	38
<u>CAPÍTULO VI – BIBLIOGRAFIA</u>	<u>41</u>
6.1 – BIBLIOGRAFIA	42

Lista de Tabelas

<u>TABELA 1 - MÚSICA COMO TERAPIA VS. MÚSICA EM TERAPIA</u>	13
<u>TABELA 2 - MÚSICA RELAXANTE VS. MÚSICA EXCITANTE</u>	15
<u>TABELA 3 - EDUCAÇÃO MUSICAL VS. MUSICOTERAPIA</u>	18
<u>TABELA 4 - INCIDÊNCIA DE CANCRO EM 2014</u>	26
<u>TABELA 5 - MORTALIDADE DE CANCRO EM 2014</u>	26
<u>TABELA 6 - CINCO PRINCIPAIS LOCAIS DE TUMOR CAUSADORES DE MORTE, POR IDADE E SEXO</u>	27

Capítulo I - Musicoterapia

1.1 - Musicoterapia

O som encontra-se em tudo o que rodeia o Homem, está presente em todos os momentos da vida, e sente-se esta presença constante na importância que lhe atribuímos. A música evoca emoções, memórias, proporciona momentos de beleza únicos, que dificilmente outra arte consegue alcançar. ^(1,2)

É extremamente fácil reconhecer melodias como “alegres” ou “tristes”, “motivadoras” ou “deprimidas”, associando-se estados anímicos a diversas músicas, de diferentes tipos e períodos. Através destas associações, é possível utilizar a musicoterapia como método de prevenção e/ou redução de problemas de saúde. ⁽²⁾

A musicoterapia tem raízes na antiguidade, contudo apenas desde o século XX foi utilizada e definida como um ramo da medicina. O esquema básico da musicoterapia assenta em três pilares: (i) interação positiva entre o doente e outros seres, (ii) autoestima e (iii) utilização do ritmo como gerador de energia. A musicoterapia promove o desenvolvimento da autoestima, potenciando ao mesmo tempo a autoconfiança, a autorrealização e a segurança do doente em si mesmo. O ritmo, elemento constante em qualquer música, é o estímulo orientador de processos psicomotores que promovem e estimulam a execução de determinados movimentos. A aprendizagem de cada um e a própria experiência determinam e classificam cada música como “boa” ou “má”. Por essa mesma razão a utilização de diferentes escalas e modos (maior, menor, pentatónica, cigana, por exemplo) afeta psicologicamente cada um, com predominância para o fator aprendizagem sobre o fator estrutura (pela repetição da audição ou pela informação dada pelos antepassados). Esta transmissão de informação de geração para geração é de extrema importância, uma vez que as experiências de cada um (positivas e negativas) são passadas por quem interpreta a música para os seus ouvintes. ⁽³⁻⁵⁾

1.1.1 - História da Musicoterapia

Desde os primórdios da humanidade o som acompanha a caminhada do ser humano pela História. Além de acompanhar o Homem em sociedade, acompanha também o percurso individual de cada pessoa, já que o som faz parte da vida de cada um, desde o nascimento até à morte. ^(2,4,5)

A utilização de música como agente terapêutico não é nova. A música é utilizada desde tempos imemoriais como estímulos para a cura de diversas doenças e problemas, tanto mentais, como físicos. Há registos da utilização de música como “medicamento” na antiga Suméria e Babilónia, pelo povo Hebreu, em rituais xamanísticos em África, entre outros. ^(5,6)

Na Grécia antiga encontram-se algumas bases para a musicoterapia, nomeadamente nos trabalhos de Pitágoras, Platão e Aristóteles. A música encontrava-se presente em todos os momentos na Grécia, influenciava grandemente a sociedade, encontrando-se música incorporada em todos os aspetos da vida diária, desde os rituais religiosos às cerimónias privadas e aos eventos públicos. A música era utilizada de uma forma completa, isto é, incluindo voz, instrumentos e até dança. Para além dos diferentes tipos de música (*dithyramb*, *hymenaeus*, *skólion*, *epinikia*) e dos seus efeitos na sociedade, a música tinha também um importante papel educativo. A partir desta função nasceu a teoria de que a música tinha a capacidade de influenciar o carácter de cada um. ^(6,7)

Muitas teorias iniciais limitavam-se a associar determinadas características a um tipo de música. ⁽⁷⁾

Pintar, um músico e poeta, associou ao modo dórico uma grande solenidade. ⁽⁷⁾

Dámon, um filósofo de Atenas, desenvolveu a primeira Teoria musical do *ethos* (*ethos* pode ser traduzido como carácter, descrevendo crenças e ideais; é também utilizada para descrever o poder que a música tem para influenciar emoções, comportamentos e mesmo a moral). Ele nomeou e catalogou um conjunto de escalas modais, descrevendo as notas, ritmos e qualidades, elogiando e condenando também diversos ritmos e tempos. ^(7,8)

A sua maior crença era de que a música e a dança tinham origem na alma. No seu tratado, postula que a música cria emoções e padrões na alma, e que estas são o espelho da qualidade da música. Por esta razão, Dámon acreditava que a música devia inspirar coragem, moderação e justiça. Através da imitação, estas características iriam aparecer na alma, e produzir as mesmas qualidades que a música inspirava em quem tocava, ouvia ou cantava. ^(7,8)

Platão também acreditava fortemente nesta teoria da imitação. Tal como Dámon, acreditava que o ritmo e a melodia eram o que mais penetrava na alma. Esta penetração ocorria por imitação - a música imitava as qualidades do indivíduo que estava a ser representado. Estando a música e a alma em sintonia, com movimentos tão semelhantes, a alma desenvolvia as qualidades da música a que estava exposta. ^(7,8)

Aristóteles, por sua vez, defendia também fortemente a teoria da imitação, mas não limitava a sua utilização à educação. Para Aristóteles, a música tinha indicação para educação, entretenimento e purga de emoções, a chamada *catarse*. ^(7,8)

Com base nestas teorias, cada música era composta com um objetivo definido, o de criar um determinado estado de ânimo, ou uma característica. ^(7,8)

Aristides Quintiliano, um teórico da música grega, escreveu um tratado, “Sobre a música”, no qual, entre outros assuntos, aborda os grupos de composições existentes: ^(7,8)

- *systaltike*: composições musicais que produzem um efeito depressivo ou que despertam sentimentos dolorosos;
- *diastaltike*: composições musicais que elevam o espírito;
- *besikastike*: composições musicais que acalmam o espírito.

A Teoria Modal grega é fundamental na musicoterapia. Esta considera que os três elementos básicos da música (melodia, harmonia e ritmo) exercem determinados efeitos sobre a parte fisiológica, emocional, espiritual e sobre a força de vontade do homem. ^(7,8)

1.1.2 - Estado atual do desenvolvimento da musicoterapia

A musicoterapia tem vindo a ser utilizada como forma de tratamento para diversas situações desde os primórdios da humanidade. No entanto, com a evolução da farmacoterapia a musicoterapia foi posta de lado pela sociedade moderna, só sendo investigada e desenvolvida de novo no século XX. ⁽⁵⁾

Os Estados Unidos da América foram o primeiro país a impulsionar este ramo particular da medicina, através da criação da *National Society for Musical Therapeutics* em 1903 por Eva Augusta Vescelius. Em 1941 foi fundada a *National Foundation of Music Therapy* por Harriet Ayer Seymour. Estas duas organizações contribuíram para a criação dos primeiros livros e tratados sobre musicoterapia. Em 1950 apareceu a *National Association for Music Therapy*, responsável por desenvolver leis e regras para esta prática, bem como pesquisa e treino clínico nesta área. Esta organização durou até 1997. ^(5,9)

Na década de 1940, foi criado o primeiro curso certificado de musicoterapia na Universidade de Michigan. ^(5,9)

Atualmente existem dezenas de organizações e associações de profissionais musicoterapeutas, sendo que a *American Music Therapy Association* representa musicoterapeutas americanos e de mais de 30 países. Fundada em 1985, a *World Federation for Music Therapy*, é uma organização profissional mundial que agrupa praticantes de musicoterapia de todo o mundo. Na Europa, existe a *European Music Therapy Confederation*, fundada em 1991. Tem o objetivo de ser um fórum de troca de conhecimento de musicoterapia na Europa, para desenvolver ao máximo esta prática. ^(5,9-11)

Em Portugal foi criada em 1996 a Associação Portuguesa de Musicoterapia, com a missão de reunir os profissionais desta disciplina e promover o desenvolvimento da musicoterapia no nosso país. ⁽¹²⁾

1.2 - Definição Moderna

A definição de musicoterapia tem vindo a variar ao longo dos anos, registando-se algumas diferenças consoante o autor e a organização.

O congresso mundial de musicoterapia em 1974 definiu-a como “técnica terapêutica que utiliza a música em todas as suas formas, com participação ativa ou passiva por parte do paciente”. De acordo com a *World Federation of Music Therapy*, a musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos constituintes (ritmo, melodia e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado, com um paciente ou grupo, num processo destinado a facilitar e promover a comunicação, relacionamento, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia procura desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele alcance uma melhor qualidade de vida através da prevenção, reabilitação ou tratamento. ^(5,11)

No que diz respeito à origem da palavra, “musicoterapia” tem raízes gregas, significando “tratamento médico através da música”. A palavra é dividida em dois componentes, *musike* (arte das musas) e “terapia” (tratamento médico). ⁽⁵⁾

Para Thayer Gaston, um dos pioneiros da musicoterapia e professor na Universidade de Kansas, a musicoterapia era assim definida: “Música é a ciência ou a arte de reunir ou executar combinações inteligíveis de sons de forma organizada e estruturada com uma gama de infinita variedade de expressão, dependendo da relação dos seus diversos fatores componentes (ritmo, melodia, volume e qualidade tonal). Terapia é a técnica como pode ser utilizada a música para provocar mudanças nas pessoas que a escutam ou executam”. ^(13,14)

No entanto, a musicoterapia vai mais longe do que a definição dada por Gaston. Na visão da *American Music Therapy Association* (AMTA) musicoterapia é “o uso da música na obtenção de objetivos terapêuticos: a restauração, manutenção e aumento da saúde tanto física como mental. É também a aplicação científica da música, dirigida pelo terapeuta num contexto terapêutico para provocar mudanças no comportamento. Estas mudanças facilitam à pessoa o tratamento que deve receber a fim de que possa compreender-se melhor a si mesma e ao seu mundo para poder ajustar-se melhor e mais adequadamente à sociedade”. Nesta prática há investigação científica nos campos de: (a) música (antropológico, sociológico, psicológico, histórico e folclórico), (b) terapêutico (biológico, neurofisiológico, médico e psiquiátrico) ou (c) musico terapêutica (efeitos da música sobre o ser humano, efetividade da musicoterapia nos diferentes quadros clínicos, etc.). Sem investigação científica é impossível dar creditação e sustentabilidade à musicoterapia; mas, por outro lado, a própria questão da investigação e utilização científica da música pressupõe que nem toda a atividade musical é terapêutica; isto

é algo que faz sentido, uma vez que a personalidade, experiência pessoal e gosto de cada um é essencial para obter o efeito que a música produz em cada pessoa. ^(5,6,9,13,15)

No entender de Bruscia “A musicoterapia é um processo sistemático de intervenções durante as quais o terapeuta ajuda o doente a promover a sua saúde, através de experiências musicais e da relação que se forma entre os dois.” Nesta definição, vendo a musicoterapia como um processo, este tem forçosamente que ser constituído por diversas etapas: informação sobre as perturbações a tratar, traçado de objetivos, tratamentos, avaliação, seguimento e finalização do tratamento. ⁽⁶⁾

Outra possível definição é a de Poch. Esta postulava que a musicoterapia podia ser definida como “a aplicação científica da arte da música e da dança como finalidade terapêutica, para prevenir, restaurar e acrescentar a saúde (tanto física como mental e psíquica do ser humano), através da ação do musicoterapeuta. Com a utilização do termo “arte da música”, entende-se que apenas a música que seja arte pode ajudar o ser humano, através do seu conteúdo emocional e intelectual; porque o que ajuda cada pessoa é a resposta emocional que a música pode despoletar. A música utilizada não se limita a grandes compositores ou a determinados tipos de música, englobando todos os géneros de música e todos os períodos. A emoção que a música transparece não se prende com o passado, pois são utilizadas músicas atuais e/ou antigas, sendo que o único requisito é o de gerar uma resposta através dos sentimentos que a música desperta, levando assim a uma resposta terapêutica, individualizada para cada um. ^(6,16)

A música é composta por sons, mas o todo é mais do que a soma das partes: a música é uma linguagem por direito próprio, é arte. A junção de acordes, melodia, ritmo e emoção é que transforma um conjunto de sons numa obra musical, em arte, passível de criar estados de espírito, de criar e alterar emoções. De acordo com Bruscia, a musicoterapia é um processo sistemático que supõe “empatia, intimidade, comunicação, influência recíproca (entre terapeuta e paciente) e relação como rol terapêutico”. ^(6,16)

1.3 - Princípios Básicos da Musicoterapia

As principais influências na musicoterapia têm origem na Grécia e em Altshuler, havendo também contribuições de outros musicoterapeutas, como Poch. ^(7,16,17)

Vinda da Grécia, a teoria do *ethos*, já antes citada, refere-se à capacidade que a música tem de provocar estados de ânimo e/ou emoções. ⁽⁷⁾

Com origem na Rússia, mais concretamente em Ira Altshuler, há diversas contribuições. Este considerava o organismo como um todo, não havendo separação entre corpo e mente. Como tal, ambos se podiam influenciar reciprocamente. ⁽¹⁷⁾

O Dr. Altshuler considerava também que a música e as artes sempre foram consideradas tradicionalmente como contribuições importantes para uma homeostasia social, intelectual, estética e espiritual, como um padrão auto-curativo perfeitamente operante e existente. A música tem no ritmo um elemento de repetição, que ajuda o homem por um lado a manter vivos os seus instintos, expressando diretamente as suas necessidades. Por outro lado, a melodia ajuda o homem a libertar-se desta agressividade. Para além disso, o cérebro e o sistema nervoso central parecem mostrar uma grande afinidade pela ordem, organização. Como tal, sendo a música também uma construção ordenada e lógica, é expectável que facilmente tenha efeito no ser humano. ⁽¹⁷⁻²⁰⁾

Altshuler defendia também o princípio de *Iso* (igual em grego). Provou que usando música idêntica ao estado de espírito do paciente se facilitava a resposta emocional e mental do mesmo. Este princípio constitui a base da estratégia a seguir pelo especialista, para contactar com o doente, e para estabelecer a relação terapeuta-paciente - o paciente deve ser visto como um ser semelhante, igual a nós e a quem tentamos ajudar, nunca dominar. O paciente deve ser sempre abordado com profundo respeito para se poder iniciar o processo terapêutico. Os pacientes depressivos mostravam uma melhor resposta à música triste, mais lenta, enquanto que os pacientes maníacos ou em estado de exaltação e euforia reagiam melhor com música alegre e mexida. Estas descobertas aplicam-se também a pessoas saudáveis em estados de tristeza ou alegria, agitação, cansaço, etc. No entanto, isto não deve ser considerado uma regra a seguir com todos os pacientes. O musicoterapeuta, através da sua relação com os pacientes e das informações dadas por estes, deve estabelecer a ordem e conteúdo de cada sessão. O ponto-chave neste princípio é que o paciente tenha contacto com um tipo de música que provoque um estado de ânimo o mais semelhante possível com o seu. ⁽¹⁷⁾

No entender de Poch, todos os indivíduos procuram na música aquilo que carecem num determinado momento (Princípio da Compensação). Se nos sentimos cansados, queremos algo que nos faça sentir relaxados; se nos encontramos tristes, queremos música alegre, mexida,

que traga animação à nossa vida... De um modo geral, aquilo que nos falta tentamos encontrar na música, procuramos um apoio para o quotidiano. ⁽¹⁶⁾

1.4 - Potencial da Música num Contexto Musico terapêutico

A atividade musical é uma experiência individual e coletiva que mistura na sua realização corpo, mente e espírito. Participar numa experiência musical provoca uma série de processos neurofisiológicos e psicológicos identificáveis e desenvolve atitudes motoras, perçetivas e cognitivas que ativam processos afetivos e de socialização. A qualidade integradora da experiência musical leva a que numa mesma atividade musical aconteçam simultaneamente diferentes processos de perceção e execução: ^(3,21,22)

- Sensoriais: ouvir, reconhecer e discriminar sons e/ou música;
- Motoras: executar instrumentos, dançar;
- Emocionais: expressar estados de espírito e/ou sentimentos;
- Cognitivas: atenção, concentração, memória, análise;
- Sociais: participação em atividades musicais coletivas.

Contrariamente ao expectável, a música por si só não é terapêutica. O que transforma a música em terapia são os musicoterapeutas com a aplicação profissional e sistemática das diversas possibilidades e experiências que a música oferece: o musicoterapeuta é um especialista que “entende”, “pensa” e “fala” em música. Conhece profundamente a estrutura do material com que trabalha, adequando-o às características patológicas de cada paciente. ⁽²³⁾

Para poder enquadrar uma atividade musical dentro da metodologia de trabalho da musicoterapia é necessário estabelecer uma série de passos metodológicos dentro de um contexto de trabalho musico terapêutico, o qual contempla a “atitude terapêutica” do musicoterapeuta no seu trabalho, no encontro entre a “música do paciente”, a “música do musicoterapeuta” e a “música de ambos” numa experiência musical partilhada, de modo a que se consiga tirar o máximo proveito dessa junção. ^(5,23)

Em musicoterapia utiliza-se a música para trabalhar objetivos não musicais através da participação do paciente em experiências musicais, dentro de um plano de trabalho sistemático e organizado que implica a utilização de métodos e técnicas específicos de trabalho e avaliação. ^(5,23)

1.5 - A Função da Música

Ao longo do século XX os diferentes métodos e técnicas de musicoterapia foram desenvolvidos, foi feita investigação, e criaram-se modelos teóricos para servirem de base e organização dos princípios metodológicos da musicoterapia. Os modelos e técnicas usados atualmente relacionam-se com diferentes orientações terapêuticas e educativas. Em 1999, no IX Congresso Mundial de Musicoterapia foram reconhecidos cinco principais modelos de trabalho: Modelo Behaviorista, Modelo Analítico, Modelo Nordoff-Robbins, Modelo GIM (*Guided Imagery and Music*) e Modelo Benezon. Estes diferentes modelos utilizam estratégias e técnicas diferentes, todos fundamentados por teoria, prática e investigação. ^(5,6,13)

O “Modelo Behaviorista” aparece no final da década de 60 e início da década de 70, pelas mãos de Clifford Madsen, com a publicação do livro *“Research in Music Behaviour. Modifying Music Behaviour in Classroom”*. De acordo com este modelo a música é um operador condicionante que reforça o comportamento alterado, sendo que o impacto da música é observável e mensurável e uma relação de causa-efeito é estabelecida entre a música e o comportamento. A musicoterapia neste modelo usa a análise behaviorista e propõe programas individuais de tratamento para encontrar as necessidades das pessoas a que se destina. ^(5,6,13)

O “Modelo Analítico” tem origem no início da década de 60 através do *Intertherapy-group*, que foi a fundação para a Musicoterapia Analítica. Mary Priestley é considerada a fundadora desta teoria e publicou o livro *“Music Therapy in Action”* em 1975; este livro é visto como a base do modelo. Neste modelo, a música é utilizada como ferramenta criativa, com a qual o paciente explora a sua própria vida e que o capacita com os meios necessários ao seu crescimento pessoal. Neste modelo a música improvisada, utilizada pelo musicoterapeuta e paciente, é analisada. ^(5,6,13)

O “Modelo Nordoff Robbins” foi criado no fim da década de 70, nos anos 1976-1977. Outro nome para este modelo é Musicoterapia Criativa e de Improvisação, uma vez que este consiste na improvisação musical entre o paciente e o terapeuta com diversos instrumentos musicais, incluindo a voz. Esta criação e improviso tem em conta as possibilidades do paciente, as suas condições neurológicas e as suas funções vitais. A musicoterapia criativa é um acontecimento interpessoal que tem em conta não só o tipo de paciente tratado, mas também a personalidade do terapeuta, havendo deste modo uma improvisação bilateral, participando tanto o doente como o terapeuta. ^(5,6,13)

O “Modelo GIM” constitui-se no início da década de 70. Em 1972 é fundado o *Institute for Consciousness and Music* por Helen Bonny, local de formação de musicoterapeutas neste modelo. Este trabalha com o seguinte princípio: a possibilidade de a música provocar sinestesia

e estados alterados da consciência; ou nas palavras da fundadora “a utilização da música para alcançar níveis extraordinários da consciência humana”. ^(5,6,13)

O “Modelo Benenzon” tem o seu início na década de 60. No ano de 1965 os médicos Rolando Benenzon e Bernaldo de Quirós criaram uma comissão de estudo de musicoterapia na Argentina, criando-se como consequência da mesma a carreira de musicoterapeuta. Este método faz parte de um grupo de métodos e técnicas de psicoterapias não verbais. O método Benenzon é um tipo de terapia que utiliza elementos corporais-sonoros-não verbais com o objetivo de desenvolver, processar, analisar e reforçar uma relação entre o terapeuta e o doente (ou grupo de doentes) com o propósito de alcançar o bem-estar do doente. Isto é alcançado através de um reforço do “Ego”, mediante atuação sobre a Identidade Sonora, representada por sons, energias acústicas e motoras que caracterizam cada indivíduo. ^(5,6,13)

A música é utilizada em cada caso com objetivos diferentes, de modo a conseguir alcançar os objetivos terapêuticos pré-determinados. De acordo com Even Ruud, a música cumpre quatro funções principais na musicoterapia contemporânea: ⁽²⁴⁾

- Estímulo que pode melhorar o desenvolvimento motor e/ou cognitivo;
- Favorecer a expressão de sentimentos (é uma linguagem não verbal frequentemente considerada como uma linguagem emocional, capaz de se ligar a ideias e emoções profundas e reprimidas);
- Estimular o pensamento e a reflexão sobre a situação da vida de um indivíduo, podendo ajudar na autorrealização pessoal;
- Funcionar como um meio e forma de comunicação.

Estas diferentes funções da música em musicoterapia resumem e diferenciam a sua utilização nos diferentes modelos de trabalho. É adequado aqui citar Bruscia, na sua distinção entre o uso da música como terapia e em terapia. ^(6,25-27)

Tabela 1 - *Música como terapia vs. Música em Terapia* (6,25-27)

Música em Musicoterapia	
Música como terapia	Música em Terapia
A música serve como estímulo primário ou o meio para a mudança terapêutica no paciente	A música não é o estímulo primário ou o único recurso utilizado para facilitar a mudança terapêutica
A ênfase centra-se na relação do paciente com a música e é a que leva ao contacto terapêutico processando as suas necessidades diretamente com e através dela	A música é um guia, um facilitador ou uma ponte entre o terapeuta e o paciente para conduzir a terapia, ou para levar o paciente a um contacto terapêutico consigo mesmo
A música utiliza-se como um marco para que o paciente identifique, explore e/ou aprenda as opções terapêuticas adequadas. Utiliza-se para agir diretamente a nível corporal, sensitivo, afetivo, cognitivo ou comportamental	A música oferece a sua ajuda ao processo e à relação terapêutica. Utiliza-se só ou em combinação com outra modalidade de tratamento ou artística
A relação com a música que se desenvolve entre o musicoterapeuta e o paciente serve para estimular e dar suporte intramusical e interpessoal ao desenvolvimento da terapia	A relação que se desenvolve entre o paciente e a música serve para estimular e dar apoio às relações interpessoais
O terapeuta tem um papel ativo e participa na experiência musical	O papel do terapeuta pode variar e não ser musicalmente ativo
O terapeuta converte-se num guia, facilitador ou ponte que conduz o paciente a um contacto terapêutico com a música	A música é um guia, um facilitador ou uma ponte entre o terapeuta e o paciente para conduzir à terapia
A música utiliza-se como terapia quando o paciente é inacessível por meio da intervenção verbal; necessita do contexto ou pretexto da música para interagir, comunicar ou relacionar-se com outra pessoa; pode alcançar os objetivos da terapia diretamente por meio da música com ou sem apoio de terapia verbal	A música utiliza-se em terapia quando o paciente não é acessível com a intervenção musical; necessita verbalizar as suas perceções e pode fazê-lo; necessita resolver problemas de comunicação por meios verbais e musicais; pode alcançar os objetivos terapêuticos mais diretamente com outros meios ou trabalhando verbalmente, para além da música

Os princípios que sustentam a utilização da música na musicoterapia fundamentam-se na observação da influência que a música tem no indivíduo, a qual provoca uma série de respostas específicas que se expressam nas áreas de manifestação do comportamento: sensitivo-motor, afetivo-emocional, cognitivo-comportamental, socio-comunicacional e musical. (5,21,22)

Diversos estudos explicam quais são os elementos estruturais que a música possui e convertem um conjunto de estímulos sonoros organizados como música em estímulos capazes de incidir e influenciar o comportamento do indivíduo. Para se determinar estas características submetem-se as qualidades do som (intensidade, duração, altura e timbre) e dos elementos constitutivos da música (ritmo, melodia, harmonia, dinâmica, instrumentação) a uma análise. A combinação destes mesmos elementos numa obra só resulta num produto musical, com determinadas características, que são analisadas tendo em consideração os seguintes aspetos: (5,6)

- Desenhos e estruturas rítmico-melódicas - harmonia, intervalos predominantes, cadências, tonalidades, etc.;

- Forma musical, orquestração, tipos de instrumento utilizados, textura dos mesmos;
- Género instrumental - vocal, misto, eletrónico, presença ou não de letra, estilo musical.

Em função das características musicais específicas, as respostas mais comuns do indivíduo à música são principalmente as seguintes: ^(18-23,27)

- Respostas fisiológicas: frequência cardíaca, frequência respiratória, sudorese, tensão muscular, secreção hormonal, etc.;
- Respostas neurológicas: excitação de diferentes áreas do córtex cerebral, sistema límbico, cerebelo, sistema nervoso autónomo;
- Respostas psico-emocionais: atenção, motivação, memória, participação em atividades, grau de comunicação.

Os resultados destes estudos mostram que existe uma série de características musicais gerais. Estes determinam que os diferentes estímulos musicais provocam um ou outro tipo de resposta (relaxamento-excitação). ^(6,13,15)

Tabela 2 - *Música Relaxante vs. Música Excitante* (6,13,15)

Características Musicais	
Música Relaxante	Música Excitante
<p>Mantém-se de forma estável ou com muito pouca variação os:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elementos dinâmicos: volume, intensidade, <i>crescendos</i> e <i>diminuendos</i> graduais, acentos esporádicos ou pouco marcados • Elementos agógicos: tempo estável, mudanças graduais de tempo ou ritmo, carácter tranquilo. Tempo <i>moderatto</i> e velocidade tranquilizadora (entre 72-90 pulsações por minuto). O estímulo compassa-se com o batimento cardíaco - resposta fisiológica - (estimula-se mas tranquiliza-se a seguir). As estruturas métricas ternárias podem ser mais relaxantes ao acompanharem o movimento respiratório. • Elementos formais: forma e estrutura definida, repetição do material musical com linhas melódicas, harmonias e cadências previsíveis, estabilidade harmónica e melódica com mudanças graduais. Melodias com intervalos de terceiras, quintas, oitavas, sextas, cadências perfeitas, esquemas harmónicos I-V, resolução cadencial que cria equilíbrio. Textura musical com timbre e instrumentação agradáveis, com pautas que dão a sensação de continuidade musical, criando segurança, e de poder prever ou antecipar o estímulo sonoro que se segue. 	<p>Observam-se mudanças imprevisíveis ou rápidas em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elementos dinâmicos: volume, intensidade, contraste de <i>crescendos</i> e <i>diminuendos</i>, acentos inesperados • Elementos agógicos: mudanças de tempo, tempo rápido e marcado, <i>accelerandos</i> e <i>retardandos</i>, tempo <i>rubatto</i>, cortes ou silêncios inesperados e carácter enérgico. Tempo rápido (a partir de 120 pulsações por minuto). Estímulos com muita variação rítmica provocam aumento da frequência cardíaca. As estruturas métricas binárias tendem ao movimento e ao balanceio, a marcha. • Elementos formais: falta de estrutura ou forma musical definida, variações significativas na textura da música, timbres e instrumentação áspera, desagradável, dissonante. Alterações harmónicas marcadas, dinâmicas inesperadas, cadências imprevistas, variações de altura descontínuas e muito marcadas, que geram tensão e insegurança. Melodia com saltos e variações de intervalos excessivas, sem conexão. Frequências muito agudas ou graves que saturam a percepção e estimulam diferentes órgãos e partes do corpo.

A música estimulante ou excitante é aquela que aumenta a energia física, induz a atividade muscular, estimula os músculos estriados, as emoções e a reação subcortical no Homem. Tem como base elementos como ritmos fortes, volumes, cacofonia e sons separados. A música sedativa ou relaxante é habitualmente de tipo melódico, contínuo, sem elementos de percussão ou ritmo fortes. O resultado final é sossego e induz respostas de natureza intelectual e contemplativa, suplantando as respostas físicas. (6,13,15)

Apesar de existirem estas características, a literatura reconhece que as respostas à música são individuais; as condições socioculturais e a história pessoal modificam a percepção e respostas à música: perante o mesmo estímulo dois indivíduos podem responder de formas completamente diferentes, entrando em campo diversos fatores, como formação musical, o gosto de cada um, as preferências musicais, a predisposição de cada um ao receber o estímulo sonoro, o contexto

em que é recebido o estímulo, a presença ou ausência de patologia, a educação e meio sociocultural, entre outros. ^(6,13,15,21)

1.5 - Organização das Sessões de Musicoterapia

De acordo com as “*Standards of Clinical Practice*” da *American Music Therapy Association*:

O musicoterapeuta registado segue procedimentos gerais, os quais incluem receber o paciente (por parte de um médico ou psicólogo clínico), a avaliação clínica (processo que determina o nível de funcionamento do paciente no momento de começar o tratamento), a planificação do tratamento e traçado de objetivos, a execução do tratamento, a elaboração da documentação e a finalização do tratamento. ⁽²⁸⁾

1.5.1 - Metodologia

Existem dois métodos gerais básicos, passivos ou recetivos e ativos ou criativos. A denominação de “ativo” ou “passivo” corresponde ao facto de implicar uma ação externa (por exemplo, tocar um instrumento ou cantar) ou interna (de escutar, imaginar ou sentir). No entanto, isto não é verdadeiramente consensual, já que a ação interna do ouvinte pode ser tanto ou mais criativa que a externa, sendo que a ação criativa interna é a base de qualquer forma de criação externa. ^(3,5,6,23,25-27)

Uma sessão de musicoterapia é personalizada, sendo, portanto, variável; há, no entanto, um padrão. ^(3,5,6,23,25-27)

Uma sessão de musicoterapia vai mais além do que a simples audição de música; inicia-se com diálogo entre musicoterapeuta e paciente, com o intuito de saber o estado de espírito do mesmo, evolução em termos psicológicos e físicos, a predisposição para o estilo de música a ser preparado e para o próprio estilo de sessão. Posteriormente, e dependendo da avaliação do musicoterapeuta, a sessão pode ser continuada com audição de música gravada ou ao vivo, improvisação pelo paciente e/ou musicoterapeuta, interpretação de peças já existentes, técnicas de relaxamento com música ou mesmo dança. Na improvisação e interpretação podem ser usados diversos instrumentos, desde voz até percussão e incluindo qualquer instrumento com que o paciente se sinta à vontade. No fim, haverá nova conversa entre musicoterapeuta e doente, analisando-se o trabalho da sessão e o efeito que esta teve no doente. A família é convidada também a ser parte integrante do processo, dialogando também com o musicoterapeuta, de modo a conseguir o melhor apoio possível para quem frequenta as sessões. ^(3,5,6,23,25-27)

1.5.2 - Musicoterapia e Educação Musical

É importante realçar a diferença entre musicoterapia e educação musical, uma vez que são muitos os textos de musicoterapia que se referem a uma frequente errada interpretação de musicoterapia como uma forma de ensino musical em relação com o contexto educativo. ⁽⁶⁾

Tabela 3 - Educação Musical vs. Musicoterapia ⁽⁶⁾

	Educação Musical	Musicoterapia
Utilização da Música	A música como aprendizagem instrumental	A música como mediadora para produzir mudanças
Processo	Fechado, sistemático e instrutivo baseado num currículo	Aberto, experimental, interativo, sistemático e evolutivo
Conteúdos	Temáticos e descritos num currículo	Dinâmicos e criados no processo
Objetivos	Generalistas, universalistas	Particulares e biográficos
Avaliação	Não considera valorizações iniciais e avalia linearmente a todos por igual	Considera uma valorização inicial e avalia segundo os objetivos dinâmicos prefixados na valorização
Enquadramento	Convencional	Especializado
Relação	Professor-aluno O professor administrador dos conteúdos ou motivador da experiência de aprendizagem	Musicoterapeuta-paciente(s) Aliança terapêutica de ajuda. Os conteúdos estão no paciente.

Há, no entanto, algumas semelhanças entre musicoterapia e educação musical. Ambas utilizam a música como elemento de trabalho fundamental, estabelecem uma relação interpessoal e confiam em objetivos e num processo sistemático que se pode avaliar.

1.5.3 - Efeitos e Qualidades da Música

Foram realizados variados estudos para descobrir e demonstrar os efeitos fisiológicos da música.

Efeitos Bioquímicos: a música atua sobre a bioquímica do nosso organismo, positiva ou negativamente, de acordo com o tipo de música ouvido. A música sedativa pode estimular a libertação de hormonas, tais como as endorfinas, que por sua vez atuam sobre recetores específicos no cérebro e sobre neurotransmissores, que podem levar ao alívio da dor. ^(18-23,27,30)

Efeitos Fisiológicos: a música afeta a pressão arterial, a frequência cardíaca e o funcionamento do músculo cardíaco. O tipo de música não é a variável mais importante, mas sim o interesse do ouvinte pela música que está a ouvir ou o fato de gostar ou não da música. O efeito da música sobre a frequência cardíaca não é consensual, havendo estudos que indicam que música estimulante tende a aumentar a frequência cardíaca, tendo a música sedativa o efeito oposto;

contudo, encontramos outros estudos que indicam haver aumento do ritmo cardíaco com qualquer tipo de música. Esta aceleração da frequência cardíaca está relacionada com a altura tonal, com o aumento da complexidade dos elementos musicais da composição e com o tempo. A diminuição da frequência cardíaca estará relacionada com a resolução do conflito musical, com um tempo lento, cadências perfeitas e movimentos harmônicos lentos. A frequência cardíaca acelera com o aumento do som e decresce com a diminuição do tempo. Uma música estimulante tende a aumentar a respiração, tendo o efeito inverso uma música sedativa. A tonalidade, a melodia e o ritmo também afetam respostas da pele. O nível de condutância da pele pode acostumar-se tanto à música como ao ruído. A interrupção ou aceleração desta mesma condutância está relacionada com o tempo, altura tonal e com o aumento da complexidade da composição musical. Esta mesma habituação pode ser interrompida com o aumento da altura tonal e com a aceleração do tempo. A diminuição do nível de condutância da pele relaciona-se com a resolução musical do conflito expresso mediante um tempo lento, cadências finais e movimentos harmônicos lentos. ^(18-23, 27,29,30)

Respostas musculares e motoras: a música estimulante aumenta a atividade muscular, enquanto que a música sedativa possui efeitos relaxantes. O ato de escutar música equivale a uma exposição de múltiplos estímulos sensoriais, tendo uma grande variedade de efeitos possíveis em diversos órgãos. Uma música estimulante pode induzir o reflexo pupilar da luz. Uma música sedativa pode provocar fortes contrações peristálticas no estômago e ser, portanto, de grande ajuda em algumas patologias do foro digestivo. Por outro lado, música muito excitante pode produzir espasmos gástricos, inclusive indigestão. Música calma pode ajudar crianças autistas a movimentarem-se e a abandonar o seu isolamento. A atividade física em pacientes esquizofrênicos é aumentada através de tambores. É possível a ocorrência de ataques epiléticos com música muito rítmica ou de elevado volume. Os dedos também se mexem mecanicamente ao ritmo da música e de acordo com a emoção que ela desperta. A música pode ter também um papel muito importante na resistência à dor. ^(11,18-20,30)

Respostas cerebrais: a música possui um ainda desconhecido modo de atuar na ativação dos neurónios que agem no relaxamento da tensão muscular, na variação do pulso e na evocação de recordações antigas, os quais estão diretamente relacionados com o número de neurónios ativados na experiência. As ondas Alfa produzem-se frequentemente num estado de quietude e relaxamento; a música pode induzir este estado. As ondas Teta podem ser observadas em estados de alta criatividade e na audição musical. ^(15,18,20,22,30)

Efeitos psicológicos: a música atua sobre o sistema nervoso central e pode produzir efeitos sedativos, estimulantes, deprimentes, de alegria, etc. Através da música podemos ser inspirados a despertar, evocar, provocar, fortalecer ou desenvolver qualquer tipo de sentimento ou emoção. A capacidade de atenção sustentada pode ser desenvolvida através do uso da música; pode também ajudar na reflexão, desenvolvimento da memória e criatividade

e estimular a imaginação. A música pode também ser uma fonte de prazer, devido à constante variação de sons musicais. A utilização do contraponto é uma grande ajuda no desenvolvimento da inteligência, uma vez que força o músico a seguir diversos raciocínios simultaneamente (diferentes vozes da composição musical). A música facilita ainda o processo de aprendizagem devido à ativação de um grande número de neurónios. ⁽³⁰⁾

Efeitos sociais: a música é um fenómeno sociológico desde há muito tempo, é um agente de socialização, ajuda a formar coesão dentro de um grupo e a levar cada pessoa a expressar-se. A música é mesmo a arte que melhor ajuda a provocar e expressar estados emocionais. ⁽³⁰⁾

Efeitos espirituais: desde tempos imemoriais que a música tem sido utilizada em virtualmente todas as religiões e crenças devido à sua capacidade de sugerir sentimentos sobrenaturais e espirituais que ajudam o ser humano a sobrepor-se ao vazio, à solidão, ao medo... a música ajuda na procura de um sentido para a vida, para a própria existência e a descobrir um contacto com o divino. ^(5,19)

A emoção está na base de todas as teorias que tratam dos fundamentos terapêuticos da música. Algumas defendem que a música afeta primeiramente a parte somática do ser humano, sendo depois transformada em emoção. Outras defendem o oposto, isto é, a emoção é desencadeada pela música, influenciando posteriormente a parte somática. Não havendo consenso, o fato é que a música (tal como outras artes) possui a habilidade de apelar em simultâneo a vários níveis da personalidade, sendo possível verificar a existência de padrões intelectuais, emocionais e corporais ao mesmo tempo. ^(18,20,21)

Hanslick afirma que “a música atua sobre o nosso estado emocional com maior intensidade e mais rapidamente que qualquer outra das Belas Artes; umas poucas notas musicais podem comover-nos, quando um poema não o conseguiria fazer senão após uma longa leitura ou uma pintura só após uma longa contemplação. A ação do som é mais imediata, poderosa e direta. As artes visuais tratam de persuadir-nos, mas a música toma-nos de surpresa. Estas características de poder sobre os nossos sentimentos são mais vividamente percebidas quando nos encontramos num estado de exaltação ou depressão fora do normal”. ⁽³¹⁾

Nesta citação vemos a razão de a música ser tão eficaz em pacientes psiquiátricos como em indivíduos sem patologia psiquiátrica, mas em circunstâncias de crise ou anormais.

Através das obras de arte, o ser humano pode compreender melhor a sua própria realidade. Segundo Langer, a música “é formulação e representação de emoções, estados de ânimo, tensões e resoluções mentais. Dado que as formas do sentimento humanos são muito mais congruentes em relação às formas musicais que em relação às da linguagem, a música pode revelar-nos a natureza dos sentimentos com mais detalhe e verdade do que a linguagem.” Desta

forma, a música é crucial para ajudar pessoas com carência ou problemas de linguagem, uma vez que a própria música é uma forma simbólica de linguagem: “Porque a música na sua mais alta expressão, é claramente uma forma simbólica”, dito também por Langer. Diz também que é possível projetarmo-nos na música que escutamos ou interpretamos, dado o seu significado subjetivo e a capacidade de ter um conteúdo ambivalente. A música consegue expressar sentimentos opostos num muito curto espaço de tempo, ou mesmo em simultâneo, algo que não está ao alcance das restantes Belas Artes. ^(13,15)

Continuando nesta diferença entre a música e as restantes artes, André Michel postula que: ⁽¹⁶⁾

- A música é a arte do tempo. A música ocorre num tempo determinado e deixa de ser no mesmo instante, numa constante chamada de atenção;
- A música pela sua estrutura é de ordem pré-lógica. É por esta razão que a música pode ser percebida pelas crianças com grandes atrasos, por doentes mentais, doentes em estado de coma, etc.;
- A música é a linguagem das nossas emoções e sentimentos. Por isto pode ser de grande ajuda para pacientes com problemas ou carências emocionais.

Estas características da música tornam-na muito adequada como terapia em problemas físicos, neurológicos e psíquicos.

1.6 - Orientações Fundamentais da Musicoterapia

Orientação Comportamental: é definida como a utilização da música como reforço eventual ou estímulo sugerido, para incrementar ou modificar comportamentos adaptativos e extinguir comportamentos mal-adaptados. Isto supõe que a música é utilizada como um estímulo dirigido desde o exterior, que pode modelar o comportamento das pessoas. ^(5,13)

Orientação Psicodinâmica: define-se como a utilização da música no tratamento, reabilitação, educação e treino de adultos e crianças que sofrem desordens físicas, mentais ou emocionais. Esta orientação confia na consequência do “insight” que se produz no espaço potencial-criativo e nas relações interpessoais e intrapessoais que evoluem através dele. A música é utilizada como um elemento intermediário que precisa de ser interpretado conscientemente e utilizado em terapia. ^(5,13)

Orientação Humanística: o principal modelo humanista é o de Nordoff-Robbins. Utiliza a música num contexto de improvisação criativa para conseguir respostas musicais, através das quais se desenvolvem as potencialidades expressivas e comunicativas inatas que os seres humanos possuem. A música é utilizada como terapia. ^(5,13)

1.6.1 - Aplicação

O campo de atuação da musicoterapia é muito amplo, sendo benéfico para qualquer faixa etária, desde bebés (incluindo vida intrauterina) até idosos.

Os países que se têm aplicado mais para desenvolver e investigar sobre os benefícios da musicoterapia são os Estados Unidos da América, França, Alemanha, Noruega, Inglaterra, Itália e Argentina, onde o uso da música em terapia é mais comum. ⁽⁴⁻⁶⁾

No que diz respeito às patologias, é de destacar o trabalho feito em pacientes portadores de deficiências físicas, tais como paralisia e distrofia muscular. Deficiências sensoriais e síndromes genéticas também são alvo da musicoterapia. O controlo da dor, distúrbios neurológicos e psiquiátricos são também patologias que conseguem ter um grande benefício da musicoterapia, nomeadamente doença de Alzheimer, depressão, esquizofrenias, autismo, perturbação de stress pós-traumática, entre outras. ⁽⁶⁾

1.7 - Precauções e Contraindicações

Nada é perfeito, e mesmo algo aparentemente tão simples e inócuo como a música pode ter efeitos prejudiciais. ^(5,6,15)

Grande parte da música atual carece de um elemento melódico, que puxe ao sentimento e à emoção. É baseada apenas no ritmo e volume, na distorção de sons. Estas características, ao invés de provocarem uma melhoria no ouvinte, levam a uma deterioração do equilíbrio emocional e da personalidade. ^(5,6,15,25)

Em determinados casos a música produz alegria e estimula o movimento intensivo, mas como em tudo, o abuso pode ser prejudicial, criar desequilíbrios e efeitos negativos. Casos mais flagrantes serão os da música eletrônica, cujos efeitos são imprevisíveis, podendo mesmo ser alucinogénia em algumas deficiências mentais. Outra condição rara causada pela música é a epilepsia musicogénica, caracterizada pela ocorrência de convulsões provocadas pela audição de música. ^(18,25)

A prática vocal ou de um instrumento deve ser instigada, mas não em excesso. Este excesso pode levar a ansiedade e cefaleias, entre outros sintomas de stress, principalmente em crianças que sejam submetidas a esforços que ultrapassem as suas capacidades. ⁽³²⁾

Capítulo II - Oncologia

2.1 - Oncologia

Oncologia é uma disciplina que lida com uma grande variedade de tumores benignos e malignos, com a sua prevenção, diagnóstico e tratamento. Podem aparecer em diversos órgãos e sistemas, com sintomas extremamente variados, mas na sua gênese está a mesma base - proliferação desregulada de células. ⁽³³⁾

A sobrevivência de um paciente com cancro tem aumentado muito nas últimas décadas, através de melhorias na prevenção, diagnóstico precoce e no próprio tratamento. No entanto, um diagnóstico de cancro é sempre uma experiência traumatizante para quem o recebe. Independentemente do prognóstico, o diagnóstico de cancro traz consigo alterações na própria imagem que o doente tem de si e no seu papel na sociedade. O prognóstico de um indivíduo diagnosticado com cancro do pâncreas é igual ao de um doente com estenose aórtica com os primeiros sintomas de falência cardíaca (aproximadamente 8 meses). No entanto, o doente cardíaco procede com a sua vida sem grandes alterações, mantendo-se funcional, e não alterando a sua autoimagem: continua a ser uma pessoa intacta, mas apenas com uma parte a funcionar inadequadamente, um órgão doente. Por outro lado, na patologia oncológica há uma visão completamente alterada. Para além de o paciente ter uma experiência alterada de si próprio, a sociedade também vê um indivíduo diagnosticado com cancro de uma forma diferente. O doente é atacado por uma patologia que pode estar em qualquer parte do corpo; cada dor, cada queixa e cada sintoma pode ter um significado drástico. Deixa de haver controlo sobre a interação entre células e órgãos. No cancro não há só falência da função especializada de cada célula; as próprias células tumorais competem com células normais pela sobrevivência, mutando-se para ganhar vantagem sobre as células saudáveis. Uma consequência psicológica desta patologia é que o doente sente que perdeu o controlo do seu corpo, que este o está a trair; o paciente sente-se todo ele afetado, não apenas uma pequena parte de si (ou do seu corpo). ^(22,25,27,33)

É difícil quantificar com precisão a prevalência e incidência de patologia tumoral, dada a ausência de registos a nível mundial. No entanto, é possível fazer estimativas. A patologia oncológica afeta ambos os sexos, e todas as faixas etárias, havendo alguns tumores mais comuns num determinado sexo e em determinada faixa etária, como apresentado nas tabelas abaixo.

⁽³³⁾

Tabela 4 - Incidência de cancro em 2014 ⁽³³⁾

Distribuição de incidência e morte por cancro em 2014

Masculino			Feminino		
Incidência de Cancro					
Local	%	Número	Local	%	Número
Próstata	27	233000	Mama	29	232670
Pulmão	14	116000	Pulmão	13	108210
Colorretal	8	71830	Colorretal	8	65000
Bexiga	7	56390	Endometrial	6	52630
Melanoma	5	43890	Tiróide	6	47790
Rim	4	39140	Linfoma	4	32530
Linfoma	4	38270	Melanoma	4	32210
Cavidade Oral	4	30220	Rim	3	24780
Leucemia	4	30100	Pâncreas	3	22890
Fígado	3	24600	Leucemia	3	22280
Outros	20	171780	Outros	21	169330
Total	100	855220	Total	100	810320

Tabela 5 - Mortalidade de cancro em 2014 ⁽³³⁾

Distribuição de incidência e morte por cancro em 2014

Masculino			Feminino		
Local	%	Número	Local	%	Número
Mortes por Cancro					
Pulmão	28	86930	Pulmão	26	72330
Próstata	10	29480	Mama	15	40000
Colorretal	8	26270	Colorretal	9	24040
Pâncreas	7	20170	Pâncreas	7	19420
Fígado	5	15870	Ovário	5	14270
Leucemia	5	14040	Leucemia	4	10050
Esófago	4	12450	Endometrial	3	8590
Bexiga	4	11170	Linfoma	3	8520
Linfoma	3	10470	Fígado	3	7130
Rim	3	8900	SNC	2	6230
Outros	23	74260	Outros	23	65130
Total	100	310010	Total	100	275710

Tabela 6 - Cinco principais locais de tumor causadores de morte, por idade e sexo ⁽³³⁾

5 principais locais de tumor causadores de morte, por idade e sexo

Posição	Sexo	Idade, em anos					
		Todas as Idades	<20	20-39	40-59	60-79	>80
1	M	Pulmão	Leucemia	Leucemia	Pulmão	Pulmão	Pulmão
	F	Pulmão	Leucemia	Mama	Mama	Pulmão	Pulmão
2	M	Próstata	SNC	SNC	Colorretal	Colorretal	Próstata
	F	Mama	SNC	Cérvix	Pulmão	Mama	Mama
3	M	Colorretal	Osteossarcoma	Colorretal	Fígado	Próstata	Colorretal
	F	Colorretal	Osteossarcoma	Leucemia	Colorretal	Colorretal	Colorretal
4	M	Pâncreas	Sarcoma tecidos moles	Linfoma	Pâncreas	Pâncreas	Bexiga
	F	Pâncreas	Sarcoma tecidos moles	Colorretal	Ovário	Pâncreas	Pâncreas
5	M	Fígado	Linfoma	Pulmão	Esófago	Fígado	Pâncreas
	F	Ovário	Fígado	SNC	Pâncreas	Ovário	Linfoma

O diagnóstico é histológico, sendo necessário fazer biópsia do tecido invasivo para a sua confirmação. ⁽³³⁾

A confirmação deste diagnóstico traz consigo alterações importantes na vida do doente, como já indicado, e esta condição deve ser seguida por uma equipa multidisciplinar, incluindo oncologistas, imagiologistas, cirurgiões, farmacêuticos, enfermeiros, profissionais de reabilitação, psicólogos, entre outros, para poder lidar com qualquer tipo de situação, e instituir a melhor terapêutica possível, tanto para o cancro como para a perceção que o doente tem de si próprio e da situação. ⁽³³⁾

Esta terapia é um dos motivos de angústia para o doente, para além dos sintomas do próprio cancro e da alteração da perceção que o doente tem de si mesmo. ⁽³³⁾

A terapia em si é extremamente agressiva, consistindo na generalidade das vezes em quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia. ⁽³³⁾

Estas terapias são tóxicas, sendo necessário lidar com as complicações da terapia e da doença oncológica. Os efeitos secundários mais comuns são náuseas, vômitos, neutropenia e mielossupressão. ⁽³³⁾

Essencial para o sucesso da terapia oncológica é o sucesso do tratamento de suporte. Ausência do controlo dos sintomas do cancro e da terapia é a principal razão para abandono do tratamento. Este tratamento de suporte é também essencial para a manutenção da qualidade de vida do doente, uma vez que mesmo que a vida não possa ser prolongada, a qualidade de

vida deve ser preservada. Um lema para oncologia pode ser curar às vezes, prolongar a vida frequentemente e confortar sempre. ⁽³³⁾

Dor é o sintoma mais comum: 25-50% dos pacientes apresentam dor no momento do diagnóstico, 33% têm dor derivada do tratamento e 75% têm dor com a progressão da doença. Esta dor pode ter diversas causas. Em aproximadamente 70% dos casos, a dor é causada pelo tumor propriamente dito - invasão de osso, nervos, vasos sanguíneos, entre outros. Em 20% dos casos, a dor é causada por procedimentos cirúrgicos ou invasivos, lesões por radiação (mucosite, enterite, lesões da medula espinal ou plexo) ou lesões da quimioterapia (mucosite, neuropatia periférica, flebite, necrose asséptica da cabeça do fêmur induzida por esteroides). Em 10% dos casos, a dor não está relacionada com o cancro ou o tratamento. ⁽³³⁾

A dor requiere investigação metódica da história da dor, localização, tipo de dor, características temporais, fatores paliativos e intensidade. Deve ser revista a história oncológica e médica, assim como a história pessoal e social e o exame físico completo. A condição clínica é dinâmica, sendo necessário reavaliar frequentemente. A terapia analgésica não deve ser interrompida enquanto a causa da dor é investigada. ⁽³³⁾

Há diversas ferramentas para lidar com a dor, sendo que a grande maioria (85%) consegue analgesia com terapia farmacológica. Há outras modalidades, incluindo terapia antitumoral, técnicas neuroestimuladoras, analgesia regional ou procedimentos neuroablativos, que alcançam ausência de dor em aproximadamente 12% dos doentes. Sendo assim, um número muito diminuto de doentes vai ter alívio inadequado da dor se forem tomadas as medidas apropriadas. ⁽³³⁾

A emese no paciente oncológico é normalmente causada pela quimioterapia e a gravidade da mesma pode ser prevista pelos fármacos utilizados. Existem 3 tipos, de acordo com o *timing* em que o vômito se apresenta. Emese aguda (a mais comum, ocorre entre as primeiras 24h de tratamento), emese tardia (1-7 dias após o tratamento) e emese antecipatória (ocorre antes da administração do fármaco, funcionando como resposta condicionada ao aspeto e cheiro da medicação). ⁽³³⁾

Tal como na dor, a terapia deve ser personalizada a cada situação. Há vários fármacos que podem ser utilizados, em doses diversas: como por exemplo, a proclorperazina, a dexametasona ou o ondansetron. A emese é mais fácil de prevenir do que de aliviar, ocorrendo o mesmo que na dor. ⁽³³⁾

Tanto a terapia como o cancro em si têm outras reações adversas e sintomas, respetivamente. No entanto, para os propósitos deste trabalho, estes são os que têm mais relevância avaliar, uma vez que são situações que afetam muito a qualidade de vida do doente, para além do

próprio diagnóstico da doença oncológica. O suporte psicossocial é de extrema importância também, uma vez que muitos doentes sofrem de ansiedade e medo nos tratamentos, algo perfeitamente justificável, considerando a situação, e que não pode ser ignorado. É neste campo, de apoio psicossocial e na qualidade de vida do doente que a musicoterapia pode intervir e ter um papel importante. ⁽³³⁾

Capítulo III - Discussão

3.1 - Resultados

A medicina integradora (MI) é um campo novo, evoluindo da Medicina Complementar e Alternativa (MCA). A MCA é um conjunto de sistemas, práticas e produtos diversos de saúde, que por norma não são considerados parte da medicina convencional, e cuja validade científica é limitada. A MI, por sua vez, tem o objetivo de combinar as terapias convencionais com as da MCA que têm evidência científica de alta qualidade no que diz respeito à segurança e eficácia. Neste sentido, a utilização de musicoterapia no alívio da dor e náuseas, abstraindo o doente da situação grave em que se encontra, com o grande intuito de melhorar a qualidade de vida, tem sido alvo de diversos estudos. Estes mesmos estudos têm tido resultados bastante promissores, apesar da pouca uniformidade que apresentam. Nestes estudos é utilizada tanto a música como terapia como a música em terapia, e são utilizados diversos métodos, desde a simples audição de música a sessões personalizadas de musicoterapia (música personalizada a cada doente, audição e criação de música por cada doente, utilização de instrumentos variados ou voz, apoio à família, entre outros), havendo assim diversas variáveis não controladas, mas apresentando bons resultados na mesma. ^(19,22,25,34)

Num estudo realizado em 2006 por Gallagher et al., foi observado um grupo de 200 doentes em cuidados paliativos. A musicoterapia melhorou os índices de movimentos corporais, expressões faciais, humor, dor, dispneia, reduzindo também a ansiedade. ⁽³⁰⁾

A avaliação de uma única sessão de musicoterapia no controlo da ansiedade foi positiva, revelando uma diminuição significativa da ansiedade no grupo que recebeu a musicoterapia. Houve também redução na dor, cansaço e sonolência (Horne-Thompson & Grocke, 2008). ⁽³⁰⁾

Em mulheres com cancro da mama e cervical a receber quimioterapia foi testado o uso de musicoterapia durante 20 minutos, 2 vezes por dia, durante 3 dias. Os resultados foram promissores, levando a uma diminuição da dor, ansiedade, medo e frequência cardíaca e um aumento do relaxamento (Kaliyaperumal & Subash, 2010; Ferrer, 2007; Lin et al., 2011). ⁽³⁰⁾

Um ensaio com uma população de 70 mulheres com cancro da mama metastizado revelou os efeitos da musicoterapia no imediato e a longo prazo no que diz respeito à qualidade de vida e ao stress. Após apenas 3 sessões lideradas por um musicoterapeuta, eram visíveis melhorias no conforto, felicidade, frequência cardíaca e relaxamento, isto é, registava-se um benefício na qualidade de vida das doentes. A longo prazo não foram observadas diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo de musicoterapia (Hanser et al., 2006). ⁽³⁰⁾

Num estudo realizado na população oncológica pediátrica, houve melhoria significativa no relaxamento com a utilização da música, mesmo utilizando música desconhecida e com níveis previamente altos de bem-estar e baixos de stress (Kemperet al, 2008). ⁽³⁰⁾

Zimmerman et al. em 1989 decidiram testar a eficácia da música no controlo da dor, seguindo o raciocínio de que a dor na patologia oncológica é influenciada em parte pelo humor e por fatores emocionais. Os resultados deste estudo indicam que ouvir música com sugestão positiva tem influência no controlo da dor. As pontuações na escala MPQ (*McGill Pain Questionnaire*) foram todas melhoradas no grupo de música, sendo a única exceção a PPI (*Present Pain Intensity*). A pontuação na escala VAS (*Visual Analogue Scale*) também foi substancialmente melhor no grupo que ouviu música, levando, portanto, à conclusão de que a música leva a uma diminuição global da experiência dolorosa. Este estudo focou-se apenas na dor crónica relacionada com a patologia oncológica, não procurando encontrar qualquer relação com dor aguda. ⁽³⁰⁾

No estudo realizado por Ratcliff et al. em 2013, foi avaliada a eficácia da musicoterapia em pacientes cujo tratamento para cancro consistiu em transplante de células estaminais. Os resultados a curto prazo foram bons, havendo uma diminuição da perturbação do humor quando comparado com o início do estudo. Nos resultados a médio prazo (1 mês após o fim das sessões), foi reportado um aumento na alegria dos doentes, bem como no relaxamento. Os resultados a longo prazo deste estudo não revelaram um efeito significativo no controlo de dor, humor, ansiedade, depressão, qualidade de vida, entre outros. ⁽³⁰⁾

Dois estudos não randomizados suportam a hipótese de a musicoterapia ser benéfica em pacientes oncológicos pediátricos. No estudo realizado por Barrera et al. (2002), a musicoterapia interativa reduziu a dor e a ansiedade nas crianças, facilitando também o contato com as mesmas. No estudo de O'Callaghan et al. (2007), conduzido numa sala de espera de radioterapia, também foi reportada uma diminuição de stress e um aumento na comunicação com as crianças. ⁽³⁰⁾

Em estudos randomizados, como no de Bufalini (2009), foi identificada uma diminuição na ansiedade e um aumento da colaboração nas crianças que efetuaram procedimentos dolorosos (punção lombar, aspiração de medula óssea, biópsia de medula óssea e cateterização arterial). Também no estudo realizado por Caprilli et al. (2007) foi visto que havia menor grau de dor e stress causado por punção venosa após a utilização de musicoterapia. Apesar de este estudo não ter sido realizado em pacientes oncológicos, é mais uma prova de que a musicoterapia pode ser importante no alheamento de procedimentos dolorosos, diminuindo assim a ansiedade, o stress e a dor. ⁽³⁰⁾

Diversos ensaios randomizados focaram-se na questão da ansiedade nos pacientes oncológicos. A ansiedade em 9 destes estudos foi medida através da escala *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory - State Anxiety* (STAI-S) (Binns-Turner 2008; Bufalini 2009; Bulfone 2009; Danhauer 2010; Harper 2001; Kwekkeboom 2003; Smith 2001; Straw 1991; Wan 2009), 1 utilizou a mesma escala, mas numa versão curta (Nguyen 2010) e 6 estudos utilizaram outras escalas para

identificar um valor médio de ansiedade (escalas numéricas e visuais) (Cai 2001; Cassileth 2003; Ferrer 2005; Hanser 2006; Li 2004; Zhao 2008). Os estudos que utilizaram o formulário STAI-S completo reportaram uma diminuição significativa da ansiedade nos participantes que receberam musicoterapia combinada com os procedimentos médicos usuais, quando comparados com os que não receberam musicoterapia. Os estudos que utilizaram outras escalas que não o formulário STAI-S completo também identificaram um efeito redutor da música sobre a ansiedade. ⁽³⁰⁾

Os estudos que incidiram na depressão associada ao cancro (Cai 2001; Cassileth 2003; Clark 2006; Hanser 2006; Wan 2009) não encontraram uma correlação entre a utilização da musicoterapia e uma melhoria no estado depressivo. ⁽³⁰⁾

Um estudo procurou investigar a relação da música com a imagem que o paciente tem de si próprio após o diagnóstico de cancro (Allen 2010). As sessões de musicoterapia tiveram um resultado muito positivo, quando comparadas com sessões de grupo de terapia comportamental. ⁽³⁰⁾

A estimativa de 3 ensaios (Beck 1989; Cassileth 2003; Duocastella 1999) indica que a utilização de musicoterapia pode ter efeitos positivos no humor dos doentes oncológicos, sendo que estes resultados foram consistentes nos 3 estudos. ⁽³⁰⁾

Diversos estudos compararam o efeito da musicoterapia na dor quando comparada com terapia convencional (Binns-Turner 2008; Clark 2006; Danhauer 2010; Huang 2006; Kwekkeboom 2003; Nguyen 2010; Wan 2009). Os dados de Binns-Turner, Danhauer, Huang, Kwekkeboom, Nguyen e Wan não encontraram evidências de um efeito da música na redução da dor. No entanto, o estudo de Kwekkeboom comparou os efeitos de audição de música, cassetes e terapia convencional na dor e ansiedade, e chegou à conclusão que os participantes não gostavam da utilização de auriculares, uma vez que estes os impediam de ouvir os cirurgiões, levando assim ao aumento de ansiedade, e possivelmente a um aumento da perceção da dor. Com esta informação, e excluindo os dados relacionados com auriculares, é possível constatar que há um efeito moderado na perceção da dor nos participantes. Clark concluiu no seu estudo que a música tinha um efeito na moderação da dor superior ao da terapia convencional. ⁽³⁰⁾

No estudo da qualidade de vida, há 4 estudos relevantes (Burns 2001; Hanser 2006; Hilliard 2003; Xie 2001). Análise dos estudos de Burns, Hilliard e Xie resultou num efeito significativo nos estudos de Burns e Hilliard, sendo que o estudo de Xie demonstrou um efeito benéfico muito superior quando comparado com os outros 2. O estudo de Cohen em 1988 mostrou um efeito benéfico forte no que diz respeito à musicoterapia na qualidade de vida. O estudo de Hanser demonstrou um aumento da qualidade de vida, mas sem diferença estatística significativa. ⁽³⁰⁾

Capítulo IV - Conclusões

4.1 - Conclusão

O cancro é uma patologia que preocupa toda a população, não só devido à sua crescente incidência, mas sobretudo devido ao sofrimento psicológico, emocional e físico. É uma patologia cujo diagnóstico acarreta uma grande mudança na maneira como o doente encara a vida, afetando-a sobremaneira. É neste sentido que se procuram diversas maneiras de lidar com esta patologia, sendo a musicoterapia uma delas.

A análise de todos estes estudos indica que a musicoterapia e intervenções médicas com música podem ter um efeito benéfico na ansiedade nos doentes oncológicos. Apesar de o impacto ter sido diferente nos diversos estudos, todos eles indicam dados que suportam esta hipótese.

No que diz respeito ao humor, os vários ensaios analisados apontam para um efeito benéfico neste ponto, apesar de não ter sido encontrada uma relação com a utilização da musicoterapia e a depressão. ⁽³⁰⁾

Nos efeitos físicos, a dor foi o mais estudado. Há indicações de que a música pode ter um efeito moderado na regulação e controlo da dor. ⁽³⁰⁾

Na qualidade de vida, é notório que há alguma melhoria, uma vez que tanto a dor como a ansiedade estão muito relacionadas com esta característica, e foi visto que estes parâmetros podem ser influenciados positivamente pela música, concluindo-se que a música pode ter também um efeito benéfico na qualidade de vida dos doentes oncológicos. ⁽³⁰⁾

É necessário ter em atenção as condições oferecidas aos doentes. Um dos estudos indicou que a utilização de auriculares é até prejudicial, provocando o aumento dos níveis de ansiedade. ⁽³⁰⁾

As sessões de musicoterapia devem ser planeadas com cuidado e personalizadas, de modo a conseguirem oferecer ao doente um aumento da qualidade de vida, com melhorias na dor e ansiedade, por exemplo, ao invés de piorarem a já frágil condição do doente, tanto física como psicologicamente.

O futuro parece ser promissor para a área da musicoterapia, no entanto, devem ser feitos mais estudos, com mais controlo e uniformização das variáveis, tais como a duração das sessões de musicoterapia e a presença ou não de um musicoterapeuta.

Assim sendo, constata-se que a musicoterapia obtém o efeito pretendido, melhorando a qualidade de vida dos doentes, diminuindo as suas queixas álgicas e de ansiedade, e melhorando também o seu estado de humor.

Capítulo V - Glossário Musical

5.1 - Glossário Musical

Accelerando - Italiano. Literalmente acelerando; gradualmente tornar o tempo mais rápido.
(35)

Acorde(s) - Qualquer combinação simultânea de notas, normalmente não menos de 3. São a base da harmonia. (35)

Adágio - Italiano. Designa um andamento lento. (35)

Agógica - Um adjetivo que indica uma variação da acentuação requisitada pela natureza de uma frase musical, em vez de pela pulsação regular do tempo. Num sentido mais vasto, cobre todos os conceitos relacionados com a expressividade musical, como por exemplo *rallentando*, *accelerando*, *rubato*, etc. (35)

Allegro - Italiano. Andamento rápido, leve, alegre, vivo. (35)

Andante - Italiano. Significa “andando”, um andamento moderado, sem pressa. Designa um andamento entre o adágio e o allegro. (35)

Baixo - Voz masculina mais grave. Nota mais grave de um acorde. Registo mais grave de uma música. Numa família de instrumentos o de registo mais grave (flauta baixo, clarinete baixo).
(35)

Barítono - Voz masculina cujo alcance se encontra entre a voz de baixo e a voz de tenor. (35)

Cadência - Qualquer progressão melódica ou harmónica que se associa ao término uma composição, secção ou frase musical. As mais comuns são cadência perfeita, cadência interrompida, cadência imperfeita e cadência plagal. (35)

Composição/Obra Musical - Peça original de música feita para repetidas execuções (em oposição à música de improvisação em que cada performance é única). A música pode ser preservada na memória ou através de um sistema de escrita e/ou notações. As composições podem ser feitas para voz, assim como para instrumentos musicais. (35)

Concerto - Obra para um ou mais instrumentos e orquestra. (35)

Contralto - Voz feminina de registo mais grave. (35)

Contraponto - Música com várias vozes independentes e autónomas. A arte, única à música, de combinar duas ou mais linhas melódicas de forma compreensível, dando à peça uma dimensão harmónica vertical, além da dimensão melódica horizontal que cada voz possui. O termo significa “ponto contra ponto”, “nota contra nota”. (35)

Crescendo - Aumento progressivo da intensidade do som de uma parte da música. (35)

Diminuendo - Italiano. Diminuição progressiva da intensidade do som de uma parte da música.
(35)

Dinâmica - Conjunto de variações na intensidade de uma peça musical, por exemplo *forte*, *piano*, *crescendo*. (35)

Dithyramb - Grego. Música em honra do deus Dionísio. No contexto moderno refere-se a uma obra de carácter violento e apaixonado. ⁽³⁵⁾

Epinikia - Grego. Poesia escrita para celebração de vitórias, cantada por um coro. ⁽³⁵⁾

Forte - Instrução para tocar com grande intensidade de som, “forte”. ⁽³⁵⁾

Frase Musical - Pequena secção da composição para onde a música tende a fluir naturalmente. ⁽³⁵⁾

Harmonia - A sonoridade simultânea (combinação) de notas, dando origem à música vertical, contrastando com a horizontal (melodia). ⁽³⁵⁾

Hymenaeus - Latim. Música composta para um casamento. ⁽³⁵⁾

Intensidade (do som) - Qualidade do som que se prende com a energia utilizada pelo intérprete e a amplitude da vibração sonora, com sons mais fracos ou mais fortes. ⁽³⁵⁾

Intervalo - A distância entre 2 notas é denominada “intervalo” e é expressa de uma forma numérica. Entre 2 notas consecutivas o intervalo é de 2ª, seguindo-se 3ª, 4ª, etc. Podem ser perfeitos, maiores, menores, diminutos ou aumentados. ⁽³⁵⁾

Melodia - Uma sucessão de notas, variando em altura, com uma forma e organização reconhecível. Música horizontal, pois as notas são ouvidas consecutivamente. ⁽³⁵⁾

Moderatto - Italiano. Andamento moderado. ⁽³⁵⁾

Modos - Nomes para cada uma das maneiras de ordenar uma escala, tais como modo maior (sugere um estado de alegria, euforia) e menor (sugere um estado de tristeza, melancolia). ⁽³⁵⁾

Pauta - Conjunto de 5 linhas paralelas e equidistantes com 4 espaços entre elas onde se escrevem os sinais musicais. ⁽³⁵⁾

Pentatónica (escala) - Escala de 5 notas comumente utilizada em música popular (escocesa, chinesa, entre outras). ⁽³⁵⁾

Piano - Oposto de forte. Instrução para tocar com pouca intensidade de som, “piano”. ⁽³⁵⁾

Retardando - Italiano. Diminuição gradual do andamento. ⁽³⁵⁾

Ritmo - Componente fundamental da música, relacionada com a organização dos sons e silêncios e respetiva duração. ⁽³⁵⁾

Rubatto (tempo) - Italiano. Acelerar ou desacelerar ligeiramente o tempo de uma peça, à vontade do solista ou maestro. ⁽³⁵⁾

Skólion - Grego. Música cantada por convidados em banquetes na Grécia Antiga. ⁽³⁵⁾

Som - Efeito produzido nos órgãos auditivos pelas vibrações mecânicas de um meio elástico (ar ou água) no âmbito da frequência da audição humana. Caracteriza-se por 4 propriedades: ⁽³⁵⁾

Duração - é o prolongamento do som no tempo. A duração do som é indicada pela figura musical e compasso.

Intensidade - Grau de força que se imprime a um som.

Altura - Propriedade do som ser grave ou agudo (consoante a frequência).

Timbre - “Cor” ou característica do som que permite distinguir um instrumento ou voz, mesmo quando tocam/cantam notas iguais.

Soprano - Voz feminina mais aguda. Numa família de instrumentos o de registo mais agudo (saxofone soprano, por exemplo). ⁽³⁵⁾

Tempo - Unidade de duração dentro de um compasso. ⁽³⁵⁾

Tenor - Voz masculina mais aguda, com exceção de falsete. Numa família de instrumentos o de registo intermédio (saxofone tenor, por exemplo). ⁽³⁵⁾

Tonalidade - Conjunto de princípios que governam a organização harmónica e melódica da obra musical, segundo conceitos como consonância, escalas e cadências. ⁽³⁵⁾

Capítulo VI - Bibliografia

6.1 - Bibliografia

1. Sutton J. Defining and re-defining music and music therapy. *Br J Music Ther.* 2004;18(1):2-3.
2. Holmes D. Music therapy 's breakthrough act. *Lancet Neurol.* 2012;11(6):486-487.
3. Rykov MH. Experiencing music therapy cancer support. *J Health Psychol.* 2008;13(2):190-200.
4. Bonde LO. The current state of music therapy theory? *Nord J Music Ther.* 2015;24(2):167-175.
5. Aigen K. *The Study of Music Therapy: Current Issues and Concepts.* 1st ed. New York, NY: Routledge; 2014. 281 p.
6. Bruscia KE. *Defining Music Therapy.* 2nd ed. University Park, PA: Barcelona Publishers; 2014. 391 p.
7. Gurgel A. Roots and Theories of the Doctrine of Ethos. *J Chem Inf Model.* 2003;53(9):1689-1699.
8. Monro DB. *The Modes of Ancient Greek Music.* 1st ed. Oxford: Clarendon Press; 1894. 145 p.
9. AMTA. Definition and Quotes about Music Therapy | Definition and Quotes about Music Therapy | American Music Therapy Association (AMTA) (Internet). 2017. Available from: <https://www.musictherapy.org/about/quotes/>
10. Andaur KU. About EMTC (Internet). Available from: <http://www.emtc-eu.com/about-emtc/>
11. WFMT. About WFMT (Internet). 2008. Available from: <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
12. APMT. APMT (Internet). 2015. Available from: <https://www.apmtmusicoterapia.com/>
13. Kirkland K. *International Dictionary of Music Therapy.* 1st ed. New York, NY: Routledge; 2013. 180 p.
14. Gaston ET. *Music in Therapy.* 1st ed. New York, NY: Macmillan; 1968. 490 p.
15. Hallam S, Cross I, Thaut M. *The Oxford Handbook of Music Psychology.* 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2016. 976 p.
16. Poch Blasco S. *Compendio de Musicoterapia (Vol. I).* 1st ed. Barcelona: Herder; 1998. 384 p.
17. Altshuler IM. *Music therapy: Retrospect and perspective.* 1st ed. 1952. 18 p.
18. Boso M, Politi P, Barale F, Emanuele E. Neurophysiology and neurobiology of the musical experience. *Funct Neurol.* 2006;21(4):187-191.
19. Poder TG, Lemieux R. How Effective Are Spiritual Care and Body Manipulation Therapies in Pediatric Oncology? A Systematic Review of the Literature. *Glob J Health Sci.* 2014;6(2):112-127.
20. Thaut MH. The Future of Music in Therapy and Medicine. *Ann N Y Acad Sci.*

- 2005;1060:303-308.
21. Zimmerman L, Pozehl B, Duncan K, Schmitz R. Effects of Music in Patients Who Had Chronic Cancer Pain. *West J Nurs Res.* 1989;11(3):298-309.
 22. Mayden KD. Mind-Body Therapies: Evidence and Implications in Advanced Oncology Practice. *J Adv Pract Oncol.* 2012;3(6):357-373.
 23. Stanczyk MM. Music therapy in supportive cancer care. *Reports Pract Oncol Radiother.* 2011;16:170-172.
 24. Ruud E. *Music Therapy: A Perspective from the Humanities.* 1st ed. Gilsum, N.H.: Barcelona Publishers; 2010. 209 p.
 25. Daykin N, Bunt L, McClean S. Music and healing in cancer care: A survey of supportive care providers. *Arts Psychother.* 2006;33:402-413.
 26. Bradt J, Potvin N, Kesslick A, Shim M, Radl D, Schriver E, et al. The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study. *Support Care Cancer.* 2015;23:1261-1271.
 27. Archie P, Bruera E, Cohen L. Music-based interventions in palliative cancer care: A review of quantitative studies and neurobiological literature. *Support Care Cancer.* 2013;21(9):2609-2624.
 28. AMTA. Quality of Service, Music Therapy Standards | AMTA Standards of Practice | American Music Therapy Association (AMTA) (Internet). 1998. Available from: <https://www.musictherapy.org/about/standards/%0A>
 29. Loomba RS, Shah PH, Chandrasekar S, Arora R, Molnar J. Effects of music on systolic blood pressure , diastolic blood pressure , and heart rate : a meta-analysis. *Indian Heart J.* 2012;64(3):309-13.
 30. Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(8):1-100.
 31. Hanslick E, Cohen G. *The Beautiful in Music: A Contribution to the Revisal of Musical Aesthetics.* 1st ed. New York, NY: Liberal Arts Press; 1957. 176 p.
 32. Kemper KJ, Hamilton CA, McLean TW, Lovato J. Impact of music on pediatric oncology outpatients. *Pediatr Res.* 2008;64(1):105-109.
 33. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 19th ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2015. 3984 p.
 34. Rosenthal DS, Dean-Clower E. *Integrative Medicine in Hematology/Oncology: Benefits, Ethical Considerations, and Controversies.* 2010;(617):491-497.
 35. Kennedy M, Bourne J. *The Concise Oxford Dictionary of Music.* 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2007. 2435 p.