

**VERONIQUE DE OLIVEIRA LIMA**

**Desenvolvimento de um protocolo de musicoterapia para um grupo  
de pacientes adultos internados visando melhoria do bem-estar e  
redução do estresse**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de Doutor em Ciências

Programa de Ciências Médicas  
Área de Concentração: Distúrbios do  
Crescimento Celular, Hemodinâmicos e da  
Homeostasia

Orientadora: Profa. Dra. Berenice Bilharinho de  
Mendonça

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13 de outubro de 2011. A versão original  
está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo  
2022**

**VERONIQUE DE OLIVEIRA LIMA**

**Desenvolvimento de um protocolo de musicoterapia para um grupo  
de pacientes adultos internados visando melhoria do bem-estar e  
redução do estresse**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de Doutor em Ciências

Programa de Ciências Médicas  
Área de Concentração: Distúrbios do  
Crescimento Celular, Hemodinâmicos e da  
Homeostasia

Orientadora: Profa. Dra. Berenice Bilharinho de  
Mendonça

**São Paulo  
2022**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Lima, Veronique de Oliveira  
Desenvolvimento de um protocolo de musicoterapia  
para um grupo de pacientes adultos internados  
visando melhoria do bem-estar e redução do estresse  
/ Veronique de Oliveira Lima. -- São Paulo, 2022.  
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.  
Programa de Ciências Médicas. Área de  
Concentração: Distúrbios do Crescimento Celular,  
Hemodinâmicos e da Hemostasia.  
Orientadora: Berenice Bilharinho de Mendonça.

Descritores: 1.Musicoterapia 2.Sessão única  
3.Ansiedade 4.Depressão 5.Estresse 6.Adulto  
hospitalizado 7.Endocrinopatias

USP/FM/DBD-290/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

## **AGRADECIMENTOS**

À Dra. Berenice Bilharinho de Mendonça, pela dedicação, incentivo e pela confiança.

À Dra. Marlene Inácio, pela ajuda com a interpretação dos desenhos.

Ao Dr. Vinicius Nahime, pela calma contagiante e ajuda com a estatística.

Dra. Izabel Rios, pela ajuda com a parte qualitativa e apoio.

Dra. Sorahia Domenice, por estar sempre presente.

À Nilda Oliveira, pela ajuda com o processo de aquisição da bolsa.

À Divisão de Endocrinologia do Hospital das Clínicas.

A todos os participantes desta pesquisa.

À minha filha Isabella pela ajuda técnica.

Ao meu marido Ricardo pelo apoio incondicional.

À minha família pelo incentivo.

À CAPES.

## NORMATIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação: Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP. Coordenado por Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro; Elaborado por Maria Claudia Pestana, Maria Cristina Cavarette Dziabas, Eliana Maria Garcia, Maria de Fátima do Santos, Maria Marta Nascimento, Suely Campos Cardoso. 3 ed. São Paulo: SIBi/USP, 2016.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

## RESUMO

Lima VO. *Desenvolvimento de um protocolo de musicoterapia para um grupo de pacientes adultos internados visando melhoria do bem-estar e redução do estresse* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

**Introdução:** A hospitalização pode gerar estresse, ansiedade e levar à depressão. A musicoterapia tem sido utilizada em ambientes hospitalares para promover o bem-estar do paciente. No entanto, pesquisas escassas examinaram grupos heterogêneos usando o formato de sessão única. Este ensaio clínico controlado teve como objetivo comparar os efeitos de três métodos de musicoterapia de sessão única na redução da ansiedade, depressão e estresse em pacientes adultos hospitalizados com diversas endocrinopatias. **Métodos:** Os participantes (n = 222) foram distribuídos de modo não randomizado em três grupos experimentais de musicoterapia (composicional, songwriting e receptiva) e um grupo controle. Os instrumentos utilizados foram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS; pré e pós-teste), cortisol salivar (pós-teste), questionário e entrevista. **Resultados:** Os grupos experimentais apresentaram diminuição estatisticamente significativa para os escores da HADS ( $p < 0,05$ ) em relação ao grupo controle. Os participantes dos grupos experimentais relataram uma melhora qualitativa no bem-estar. Não houve diferenças estatisticamente significativas no cortisol salivar pós-teste no final da tarde entre os grupos experimental e controle, entretanto, os valores médios de cortisol nos grupos experimentais foram inferiores aos apresentados pelo grupo controle. **Conclusão:** As intervenções *single-session* de musicoterapia, principalmente a musicoterapia receptiva, tiveram impacto positivo na redução da ansiedade e depressão em um grupo heterogêneo de pacientes internados com endocrinopatias.

**Descritores:** Musicoterapia; Sessão única; Ansiedade; Depressão; Estresse; Adulto hospitalizado; Endocrinopatias.

## ABSTRACT

Lima VO. *Development of a music therapy protocol for a group of hospitalized adult patients aiming the improvement of well-being and reduction of stress* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2022.

**Background:** Hospitalization can generate stress and anxiety and lead to depression. Music therapy has been used in hospital environments to promote patient well-being. However, scarce research has examined heterogeneous groups using the single-session format. This controlled clinical trial aimed to compare the effects of three methods of single session music therapy on reducing anxiety, depression, and stress in hospitalized adult patients with diverse endocrinopathies. **Methods:** Participants (n = 222) were non-randomized distributed into three experimental music therapy groups (compositional, songwriting, and receptive) and a control group. The instruments used were the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; pre-and post-test), salivary cortisol (post-test), questionnaire and interview. **Results:** The experimental groups presented a statistically significant decrease for the HADS scores ( $p < 0.05$ ) compared with the control group. Participants in the experimental groups reported a qualitative improvement in well-being. There were no statistically significant differences in post-test late afternoon salivary cortisol between experimental and control groups, however the average values of cortisol in the experimental groups were lower than those presented in the control group. **Conclusion:** Single-session music therapy interventions, mainly the receptive method, had a positive impact on reducing anxiety and depression in a heterogeneous group of hospitalized patients with endocrinopathies

**Descriptors:** Music therapy; Single session; Anxiety; Depression; Stress; Hospitalized adult; Endocrinopathies.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características das músicas.....	43
Tabela 2 - Distribuição das endocrinopatias nos grupos de MT e grupo controle .....	47
Tabela 3 - Comparação dos níveis de cortisol salivar entre os grupos .....	48
Tabela 4 - Escore HADS nos períodos pré e pós-intervenção.....	49
Tabela 5 - Resultados do escore de ansiedade no teste HADS nos pacientes e controles.....	50
Tabela 6 - Resultados do escore de depressão no teste HADS nos pacientes e controles .....	51
Tabela 7 - Comparação entre o número de pacientes com ansiedade e depressão antes e após intervenção nos grupos de MT e controle .....	52
Tabela 8 - Aspectos negativos da hospitalização relativos ao ambiente.....	77
Tabela 9 - Aspectos negativos gerais da hospitalização citados pelos pacientes.....	78
Tabela 10 - Aspectos positivos gerais da hospitalização citados pelos pacientes .....	79



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos pacientes nos grupos .....	36
Figura 2 - Fluxograma .....	39

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das categorias analíticas do estudo .....	54
Quadro 2 - Conteúdo verificado nos comentários (questionário) relativos à cada categoria analítica .....	55
Quadro 3 - Conteúdo verificado nas narrativas relativos à cada categoria analítica .	56

## LISTA DE DESENHOS

Desenho 1 - Enrico, paciente com 38,7 anos, diagnóstico de neoplasia endócrina múltipla tipo I .....	74
Desenho 2 - Alan, paciente com 57,2 anos, diagnóstico de neurofibromatose familiar .....	75
Desenho 3 - Márcia, paciente com 75,5 anos, diagnóstico de bócio multinodular atóxico, hiperparatireoidismo primário sintomático .....	76

# SUMÁRIO

**Lista de Tabelas**  
**Lista de Figuras**  
**Lista de Quadros**  
**Lista de Desenhos**  
**Resumo**  
**Abstract**

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1.	Tema.....	14
1.2.	Problema e hipótese .....	14
1.3.	Justificativa.....	15
1.4.	Musicoterapia, Humanização, Práticas Integrativas e complementares ....	17
1.5.	Ansiedade .....	18
1.6.	Depressão.....	19
1.7.	Hospitalização, ansiedade e depressão .....	20
<b>2.</b>	<b>MUSICOTERAPIA.....</b>	<b>22</b>
2.1.	O que é a Musicoterapia .....	22
2.2.	Breve contextualização histórica .....	22
2.3.	Musicoterapia, o brincar e a intersubjetividade.....	27
2.4.	Abordagens em musicoterapia.....	28
2.4.1.	Musicoterapia ativa.....	28
2.4.2.	Musicoterapia songwriting, criação de letras.....	29
2.4.3.	Musicoterapia composicional, criação de músicas.....	29
2.4.4.	A musicoterapia receptiva.....	29
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>33</b>
<b>4.</b>	<b>PACIENTES E MÉTODOS .....</b>	<b>34</b>
4.1.	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	34
4.2.	Método .....	34
4.3.	Participantes .....	35
4.4.	Mensuração .....	36
4.4.1.	Dados quantitativos .....	36
4.4.2.	Dados qualitativos .....	37
4.5.	Sessões de musicoterapia .....	38
4.5.1.	Musicoterapia songwriting (criação de letras de músicas) .....	39

4.5.2.	Musicoterapia composicional (criação de músicas) .....	40
4.6.	Musicoterapia receptiva (audição de músicas) .....	41
4.7.	Características das músicas .....	43
4.8.	Análise estatística .....	46
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>47</b>
5.1.	Resultados quantitativos .....	47
5.1.1.	Características gerais do grupo .....	47
5.1.2.	Análise dos níveis do cortisol salivar .....	48
5.1.3.	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) .....	48
5.2.	Resultados qualitativos .....	52
5.2.1.	Questionário .....	52
5.3.	Entrevista .....	53
5.4.	A musicoterapia como cuidado .....	53
5.4.1.	Efeitos terapêuticos .....	57
5.4.2.	Bem-estar .....	61
5.4.3.	Realce da identidade .....	64
5.4.4.	Reconexão com a família .....	68
5.4.5.	Efeito Lúdico .....	70
5.5.	Músicas e sensações .....	73
5.6.	Interpretação dos Desenhos .....	73
5.7.	Aspectos negativos da hospitalização .....	76
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>80</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>87</b>
<b>ANEXOS</b>	.....	<b>88</b>
ANEXO A	- Parecer Consubstanciado do CEP .....	88
ANEXO B	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Grupo Experimental .....	90
ANEXO C	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo Controle .....	92
ANEXO D	- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) .....	94
ANEXO E	- Questionário .....	95
ANEXO F	- Entrevista .....	96
ANEXO G	- Declarações dos pacientes .....	97
<b>REFERÊNCIAS</b>	.....	<b>101</b>

# 1. INTRODUÇÃO

---

## 1.1. Tema

Esse trabalho pretendeu avaliar os possíveis benefícios da musicoterapia, comparando 3 protocolos de musicoterapia desenvolvidos para grupos esporádicos de pacientes adultos internados na enfermaria da Divisão de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. O grupo se caracterizou pela não homogeneidade de diagnósticos e pela variabilidade dos participantes e o objetivo da criação de 3 protocolos foi determinar a melhor abordagem para esse tipo de grupo. Os 3 protocolos de musicoterapia foram: musicoterapia songwriting (criação de letra para uma música), musicoterapia composicional (criação de música) e musicoterapia receptiva (audição de músicas). Pela comparação destes grupos com um grupo controle (pacientes internados não expostos às sessões de musicoterapia) pudemos avaliar o impacto dos protocolos utilizados no bem-estar e na redução do estresse dos pacientes internados e verificar qual deles se mostrou mais eficaz.

## 1.2. Problema e hipótese

A hospitalização é um evento que pode ser considerado como gerador de ansiedade e estresse (Kotrotsiou et al., 2001; Vasques, 2011; Medinas-Amorós et al., 2012).

Apesar do tempo de hospitalização ter diminuído em muitos setores, o impacto negativo desta nos pacientes ainda é uma realidade. Atenuar esses efeitos ainda é um desafio para a humanização no ambiente hospitalar (Lamego; Deslandes; Moreira, 2005; Mesquita, 2015).

Na enfermaria da Divisão de Endocrinologia são internadas pessoas com diferentes diagnósticos, sendo que a maior parte permanece internada por um breve período de tempo, que em média varia de 5,9 a 8,2 dias, caracterizando-se como um setor de alta rotatividade.

Antes do início dessa pesquisa foi realizado um projeto piloto<sup>1</sup> no qual ocorreram sessões de musicoterapia em grupo com múltiplas abordagens em sessão única com os pacientes internados; nesse período observamos que dependendo dos

---

<sup>1</sup> Esse projeto ocorreu de agosto de 2015 a outubro de 2017, no total foram realizadas 77 sessões com 371 participantes.

componentes do grupo algumas abordagens foram mais aceitas do que outras. Como medir este efeito e identificar o tipo de musicoterapia ideal para este grupo de pacientes?

Nosso desafio foi desenvolver e comparar três protocolos de musicoterapia de grupo em sessão única que pudessem contribuir para a redução do estresse e melhora do bem-estar durante a internação.

### **1.3. Justificativa**

Durante o período de hospitalização o bem-estar do paciente é fundamental e reações emocionais como raiva e inconformismo trazem prejuízos e dificultam a adesão ao tratamento (Pascoal, 2009). A musicoterapia vem sendo utilizada no ambiente hospitalar em prol do bem-estar dos pacientes e diminuição do estresse (Bauer et al., 2010; Koelsch et al., 2011; Shin; Kim, 2011; Lima et al., 2015), da ansiedade (Chlan, 1998; Horne-Thompson; Grocke, 2008; Dogan et al., 2011; Lin et al., 2011; Shin; Kim, 2011) e da dor (Kulkarni, 2012; Gutgsell et al, 2013). A musicoterapia também afeta positivamente o humor do paciente, melhorando a interação entre esse e a equipe de saúde (Silverman, 2003).

Numa visão humanizada, ações que visam o bem-estar do paciente são extremamente importantes, tendo em vista que um dos principais conceitos da humanização é a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão (Ministério da Saúde, 2004).

É importante observar que as sessões de musicoterapia possibilitam aos pacientes compartilhar da mesma realidade da hospitalização, buscando a valorização dos aspectos subjetivos que envolvem a internação. É um momento no qual os pacientes, com uso da música, têm a oportunidade de resgatar suas autonomias, de conhecerem-se uns aos outros e, conseqüentemente, de criar uma rede de apoio entre eles. Esse fato pode ser bastante importante no contexto hospitalar, pois muitas vezes os horários de visitas são restritos e existe um grande número de pacientes provenientes de outras cidades. Como consequência direta deste fato, estes permanecem sozinhos durante todo ou grande parte do período de hospitalização.

A musicoterapia tem sido bastante utilizada na saúde com resultados positivos (Trape, 2014; Auto, 2015), porém, ainda há poucas pesquisas com grupos

heterogêneos em relação ao diagnóstico utilizando musicoterapia em sessão única. A maioria das pesquisas com musicoterapia realizadas em hospitais é formada por um mesmo grupo de pacientes que frequenta as sessões por um período que varia de 5 a 52 sessões (Ashida, 2000; Boso, 2007; Ulrich, 2007; Dickerson, 2012; Robb, 2014; Eren, 2015; Mendes, 2015).

A sessão única consagrada pelo termo *single-session*, proveniente da psicoterapia, é comum em situações de grandes catástrofes e emergências, situações humanitárias, nas quais somente um atendimento terapêutico é possível. Devido ao contexto no qual surgiu, a *single-session* precisa ser capaz de trazer grandes benefícios, uma vez que não há possibilidade de outros atendimentos (Paul; Van Ommeren, 2013).

Fredenburg e Silverman (2014) relacionaram o efeito da musicoterapia *single-session* com a redução da fadiga em pacientes oncológicos internados em uma unidade de transplante de medula. Mason e Silverman (2014) verificaram o efeito da musicoterapia *single-session* em pacientes oncológicos no pós-operatório em sessões individuais com redução da ansiedade e tensão.

A maioria das pesquisas realizadas até o momento com uso da musicoterapia *single-session* são aplicadas em grupos homogêneos do ponto de vista do diagnóstico.

Entretanto, na prática, os grupos de musicoterapia hospitalar incluem todos os pacientes internados com vários diagnósticos, sendo esta uma atividade programada que acontece em determinado dia e local respeitando o grau de funcionalidade dos pacientes (Silverman, 2015).

Silverman (2015) é um dos principais musicoterapeutas da atualidade a realizar pesquisas com grupos de pacientes com diferentes diagnósticos na área de saúde mental. Em um de seus estudos observou o efeito da musicoterapia *single-session* em um grupo de pacientes psiquiátricos de diferentes diagnósticos (Silverman, 2011). Em pesquisa mais recente, o mesmo autor trabalhou com grupos de pacientes em unidades de desintoxicação, analisando letras de músicas conhecidas. Apesar de não serem significativas as diferenças entre o grupo experimental e controle (sem música), o grupo experimental apresentou uma melhora em relação à síndrome de abstinência quando comparado ao controle (Silverman, 2016).



Tendo em vista a escassez de pesquisas com grupos heterogêneos, decidimos realizar essa pesquisa com musicoterapia *single-session* na Unidade de Endocrinologia. Esse estudo pretende verificar os efeitos da MT *single-session* na ansiedade, depressão, estresse e bem-estar dos pacientes adultos hospitalizados nesse setor, a maioria desses com doenças crônicas. Segundo Clarke (2009) pacientes com doenças crônicas têm maior prevalência de depressão e ansiedade quando comparados à população em geral.

#### **1.4. Musicoterapia, Humanização, Práticas Integrativas e complementares**

Na década de 1980 houve uma tendência a agrupar todos os profissionais de arte-terapias em uma única categoria e a denominar os procedimentos que efetuavam como “alternativos”. Isso significava que os tratamentos oferecidos por estes profissionais eram realizados como substitutos a tratamentos farmacológicos ou utilizados como uma segunda opção, ou seja, quando a medicina tradicional não estivesse mais oferecendo resultados (Lima, 2015).

Algum tempo depois o termo “tratamento alternativo” foi substituído pelo termo “tratamento complementar”, sendo que atualmente no Brasil o termo utilizado é “Práticas Integrativas e Complementares”.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) aprovada em 2006. Inicialmente a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) contemplava diretrizes e responsabilidade institucionais para a oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/ acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, além de formar observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. A partir de 2017 a PNPIC foi ampliada, incluindo também a musicoterapia, assim como outras 13 práticas terapêuticas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexologia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (Ministério da Saúde, 2018).

A área da PNPIC no SUS contempla sistemas de saúde complexos e recursos terapêuticos (Ministério da Saúde, 2018), denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/ alternativa (MT/MCA) (World Health Organization, 2002).

Esses sistemas e recursos buscam estimular os mecanismos naturais para prevenção de agravos e na recuperação da saúde, fazendo uso de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e com a sociedade. Outros pontos importantes são: a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano. (Ministério da Saúde, 2015).

Essas práticas “ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde” (Ministério da Saúde, 2018).

Atualmente a musicoterapia no Brasil está incluída no serviço 134 (Recurso Terapêutico), sendo classificada como “Práticas Expressivas”, código 008 (Ministério da Saúde, 2018).

A humanização na área da saúde tem como objetivo criar melhores condições para os usuários e trabalhadores desse setor. A Política Nacional de Humanização (PNH) possui cinco diretrizes: acolhimento, gestão democrática, clínica ampliada, valorização do trabalho e garantia dos direitos dos usuários. As Práticas Integrativas e Complementares estão inseridas na clínica ampliada, que valoriza não somente a parte física do corpo, mas também as dimensões sociais e subjetivas (Petry et al., 2017).

Desse modo a Musicoterapia é reconhecida atualmente como uma das PICS inserida na PNH. É importante citar que a música tem influência sobre as áreas motoras, sendo utilizada também em processos de reabilitação (Raglio, 2015), essa é uma técnica que requer um treinamento específico, sendo denominada musicoterapia neurológica. Esta é baseada na neurociência e consiste em vinte técnicas aplicadas para treinamento e reabilitação de áreas lesionadas do cérebro, com terapia motora, reabilitação da fala e da linguagem e treinamento cognitivo (Thaut; Hoemberg, 2014).

## **1.5. Ansiedade**

A ansiedade é uma sensação desagradável muito comum em vários momentos e situações da vida, podendo constituir uma resposta fisiológica normal, seja comportamental como psicológica, em frente a condições objetivamente difíceis ou não-usuais, permitindo a ativação de iniciativas e comportamentos úteis à adaptação

(Marcenaro; Bucca, 2009). Segundo o DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura sendo bastante associada com tensão muscular, comportamentos de cautela, esquiva e vigilância, para preparação do enfrentamento do perigo futuro.

A ansiedade é considerada patológica quando perturba o funcionamento psíquico de modo a limitar a capacidade de adaptação do indivíduo (Marcenaro; Bucca, 2009). A ansiedade patológica se manifesta sem a existência de causas externas. Se caracteriza pela presença de sensações de alta intensidade que causam sofrimento intenso e de maior duração, que pode gerar comportamentos de defesa, que por sua vez, começam a interferir na vida dessas pessoas, tornando-se um fator limitante, por exemplo com comportamentos excessivos de evitar situações consideradas potencialmente perigosas ou criação de rituais. Geralmente é acompanhada de manifestações somáticas, como hiperventilação, taquicardia, dores de cabeça, elevação da pressão arterial, tremores, entre outras (Marcenaro; Bucca, 2009). Assim, os transtornos de ansiedade se diferenciam da ansiedade adaptativa por serem excessivos ou persistirem por períodos muito longos. A ansiedade provisória geralmente é induzida por estresse - DSM-V (American Psychiatric Association, 2014).

## **1.6. Depressão**

Os transtornos de humor são caracterizados pela presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são as causas que dão origem ao transtorno, os aspectos de duração e o momento. É muito importante determinar a diferença entre a tristeza e o luto em relação a um episódio depressivo maior. A tristeza e o luto podem causar grande sofrimento, mas geralmente não provocam um episódio de transtorno depressivo maior - DSM-V (American Psychiatric Association, 2014).

O distúrbio depressivo afeta 4,4% da população mundial (World Health Organization, 2017) comprometendo seriamente a pessoa, com grande impacto negativo no trabalho, na vida familiar e social. Comporta também uma grande taxa de mortalidade, sendo responsável por um crescimento da mortalidade relacionada a um maior risco de acidentes, abuso de substâncias e desenvolvimento de sintomas

psicossomáticos (Gabrielli, 2009). Também é importante citar que a depressão é o problema de saúde mental que mais leva ao suicídio, sendo este uma das principais causas de morte entre jovens adultos. Muitos fatores contribuem para o início e a evolução da depressão, sendo a presença de uma doença física grave um deles (Organização Mundial da Saúde, 2002).

### **1.7. Hospitalização, ansiedade e depressão**

A ansiedade e a depressão são estados emocionais que afetam um grande número de pessoas hospitalizadas. Influenciam negativamente na aderência ao tratamento, na evolução da doença e no processo de recuperação (Anguiano et al., 2017). A hospitalização, a dor e os procedimentos diagnósticos podem gerar irritabilidade. O fato de estar doente pode causar ou piorar estados de irritabilidade no paciente, sendo que a irritabilidade também pode estar relacionada com a depressão (Fava, 1987).

O ambiente hospitalar também aumenta a probabilidade de aparecimento da ansiedade nos enfermos (Delfini, 2009). Durante o período de hospitalização o paciente pode sentir ansiedade quando, de alguma maneira, percebe o ambiente hospitalar como hostil e ameaçador. Também é comum o paciente apresentar sinais de depressão, sendo que a própria enfermidade pode causar a depressão, ou em outros casos pode contribuir para um agravamento do quadro, dependendo da doença e dos sintomas associados (Anguiano et al., 2017).

Esses sintomas de ansiedade e/ou depressão são agravados pelo fato do paciente estar longe de sua família, de sua casa e do seu cotidiano (Tavares; Pawlowytsch, 2013; Anguiano et al., 2017). O isolamento social, a mobilidade reduzida e a gravidade da doença também são fatores que contribuem para o aumento da ansiedade e da depressão durante o período de hospitalização (AlBekairy, 2017).

A ansiedade e a depressão além de dificultarem o enfrentamento de uma enfermidade também podem ter um impacto negativo no tratamento, com agravamento das condições físicas e aumento do número de dias no leito (Lecrubier, 2001).

Esses estados emocionais podem não ser detectados pelos médicos, devido à curta duração das visitas e também à pouca privacidade dos locais onde as conversas entre paciente e médico acontecem, própria do ambiente hospitalar. É necessário

também considerar que alguns médicos não possuem habilidade para administrar as emoções dos pacientes, preferindo não questionar a respeito destas. Por outro lado, muitos pacientes também não reconhecem os sintomas da ansiedade e da depressão, julgando que estes sentimentos são naturais e que fazem parte da sua enfermidade. Desse modo, não consideram que precisem de ajuda e não procuram um tratamento para lidar com essas emoções. Assim a depressão pode facilmente passar despercebida à equipe de saúde, pacientes e famílias (Ziegelstein, 2005; Vilchis-Aguila et al., 2010).

## 2. MUSICOTERAPIA

---

### 2.1. O que é a Musicoterapia

A Federação Mundial de Musicoterapia - World Federation of Music Therapy (2011, p. 1, tradução nossa) define a musicoterapia como:

A Musicoterapia é o uso profissional da música e ou um dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) como intervenção em âmbito médico, educativo e cotidiano, trabalhando com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, buscando otimizar qualidade de vida e melhorar o bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual e espiritual. A pesquisa, a prática, a educação e a formação clínica em musicoterapia seguem padrões profissionais e são baseadas no contexto cultural, social e político.

### 2.2. Breve contextualização histórica

A relação entre música e saúde existe desde a antiguidade e nas mais diversas culturas. Se por um lado existiram muitas anedotas, por outro lado também existiram muitas tentativas sérias de validar o uso terapêutico da música. Junto com o desenvolvimento da medicina houve um reconhecimento da necessidade de se tratar também dos aspectos psicológicos do paciente. Com essa convicção o músico inglês Canon Harford (1832-1906), realizou vários experimentos com pacientes utilizando a música de modo terapêutico, publicando os resultados em revistas médicas, como *The Lancet*, e da área musical, como *The magazine of music*. Sua hipótese era de que a música poderia diminuir a dor e a ansiedade. Ele criou e treinou um grupo de músicos e cantores, chamado *The Guild of St Cecilia*, com o intuito de viajar por Londres, atendendo pacientes hospitalizados, sempre a pedido dos médicos locais. Para Harford era essencial que nesses atendimentos os músicos não tivessem nenhum contato com os pacientes, ficando atrás de uma cortina ou em uma sala vizinha. Ele inovou ao utilizar o telefone, transmitindo sua música a mais de um hospital ao mesmo tempo. Após uma publicação de relatos de pacientes na *The British Medical Journal* em 1891, ele teve uma resposta bastante cética da mídia e admitiu não ter informações suficientes para tirar conclusões sobre esses relatos, entre eles uma paciente depressiva afirmou ter falado pela primeira vez após semanas depois

de ouvir a música do grupo de Harford. O trabalho com o Guild continuou por vários anos, encerrando as atividades após o falecimento de Harford em 1906 (Tyler, 2001).

Após a morte de Harford uma publicação da área médica reconheceu alguns aspectos de seu trabalho utilizando a música com pacientes, como por exemplo para acalmá-los, mas duvidava que esta pudesse ser reconhecida como forma de tratamento. Apesar disso os conceitos principais do trabalho de Harford sobreviveram e influenciaram as definições atuais da musicoterapia, podendo ser resumidos nos itens:

- a) a música tem o poder de afetar o paciente fisicamente e emocionalmente;
- b) a música é uma forma efetiva de tratamento, devendo ser utilizada em conjunto com o tratamento médico;
- c) a cooperação entre os músicos profissionais e os médicos é muito importante;
- d) o treinamento para esse trabalho é essencial;
- e) a eficácia deve ser estabelecida pela validação sistemática e se faz necessária a publicação dos resultados das pesquisas (Tyler, 2001).

Após a criação do fonógrafo em 1877 as músicas passaram a ser utilizadas regularmente nos hospitais, como entretenimento e como efeito sedativo. O médico Evan O'Neil relatou o uso da música com fonógrafo na sala de cirurgia, para acalmar os pacientes, e no período pós-operatório (Kane, 1914). Assim rapidamente a música passou a ser utilizada em outras áreas, como odontologia, obstetrícia e ginecologia, com resultados semelhantes. Duas teorias sustentam esses resultados, a do princípio de que estímulos sensoriais que entram pelo SNC neutralizam outros estímulos como por exemplo da dor e do medo (Gatewood<sup>2</sup>, 1921 apud Taylor, 1981); e a observação de que a música exerce influência no humor dos pacientes, trazendo conforto e diminuindo a ansiedade.

O interesse pelo uso da música nos hospitais americanos aumentou e, conseqüentemente, surgiram vários cursos nessa área. Durante a II Guerra Mundial o trabalho de levar música para os soldados ingleses foi visto como vital para a moral das tropas, e com o fim da guerra foi criado o *The Council for Music in Hospitals* por Sylvia Lindsay. As crianças com doenças crônicas que as obrigava a passar muito

---

<sup>2</sup>Gatewood EL. The psychology of music in relation to anesthesia. American Journal of Surgery, Anesthesia Supplement. 1921; 35:47-50.

tempo hospitalizadas foram também bastante beneficiadas com o uso da música nos hospitais. A musicista francesa Juliette Alvin também desenvolveu um trabalho com pacientes nos hospitais da Inglaterra e em 1958 criou a primeira organização de musicoterapia, tornando-se uma das figuras mais importantes da área, o que culminou na criação do primeiro curso de musicoterapia em Londres em 1968 (Tyler, 2001).

Nesse mesmo período Sigmund Freud trazia novas ideias no campo da psicanálise: o uso da livre associação, a questão do inconsciente e a interpretação dos sonhos. A técnica de Freud era baseada na relação terapêutica entre o analista e o paciente, ele e seus seguidores trabalhavam individualmente com seus clientes particulares. Foram dois psicanalistas ingleses S.H. Foulkes e W.R. Bion, que desenvolveram um trabalho completamente diferente, trabalhando com grupos de pacientes em hospitais militares. Durante o período da Segunda Guerra muitos soldados retornaram com problemas físicos e emocionais, assim esses psicanalistas, trabalhando em diferentes hospitais, atenderam esses soldados, formando os chamados grupos de psicoterapia, nos quais as questões desses pacientes eram trabalhadas, com o psicanalista sendo o facilitador. Esses grupos passaram a existir em muitos hospitais psiquiátricos, sendo reconhecidos como uma forma de tratamento, juntamente com o tratamento convencional (Foulkes, 1975).

Esse fato foi muito importante para o desenvolvimento da musicoterapia, pois nesse período havia muitos músicos trabalhando nos hospitais, então, por volta de 1950 tiveram contato com essa nova abordagem da psicanálise. Relacionando as ideias da psicanálise com seus trabalhos com a música, esses músicos fizeram uma conexão entre música e psique, passando a se auto denominar musicoterapeutas e fundaram a *Society for Music Therapy and Remedial Music*, que iniciou a oferecer palestras e treinamentos na área. Desse modo os estudantes de musicoterapia passaram a trabalhar com o equivalente musical à livre associação, a improvisação atonal, na qual o processo de criação é mais importante do que o produto final, não sendo requerido dos pacientes hospitalizados nenhuma aptidão musical para participar desse tipo de abordagem de musicoterapia. Nesse tipo de improviso tudo é espontâneo. Outro ponto de enorme importância foi o fato de que a partir desse momento a relação entre o musicoterapeuta e o paciente passou a ser vista como parte do processo terapêutico, completamente diferente do que ocorria com o grupo de Harford, no qual os músicos eram mantidos afastados dos pacientes (Tyler, 2001).



Outros dois pioneiros da musicoterapia que utilizaram o improviso livre foram Paul Nordoff e Clive Robins. Eles trabalharam na Inglaterra e nos EUA com crianças com necessidades especiais, individualmente e em grupos. Realizaram pesquisas sobre musicoterapia e autismo e demonstraram que a musicoterapia improvisacional trazia mudanças que impactaram positivamente na vida diária desses pacientes. Eles retornaram à Inglaterra em 1974, onde criaram o primeiro curso de treinamento em musicoterapia improvisacional, criado para músicos com excelentes habilidades ao piano. Em 1976 existiam dois cursos profissionalizantes de musicoterapia na Inglaterra, um em Guildhall e outro criado por Nordoff e Robbins, ambos cursos ofereciam ao final um diploma de pós-graduação (Tyler,2001).

Após a conclusão do curso os musicoterapeutas eram empregados pelo Serviço Nacional de Saúde, Departamento de Educação ou Serviços Sociais. Nesse momento ainda não existia um reconhecimento oficial da profissão, no entanto ainda em 1976 foi criada a *Association of Professional Music Therapists* (APMT), que passou a representar a profissão, culminando no reconhecimento da musicoterapia como carreira em 1982, com cursos que continham grades curriculares semelhantes aos outros cursos da área da saúde. Conforme a profissão foi se estabelecendo mais cursos foram surgindo e o número de musicoterapeutas foi crescendo. Atualmente nos EUA a maioria dos cursos de musicoterapia é de graduação, seguido por um período de estágio. Na Europa a maioria dos cursos é de pós-graduação, tendo como pré-requisito a graduação em música ou curso equivalente. O alto nível de conhecimento musical e a competência em um instrumento são essenciais para a admissão nos cursos de musicoterapia. Apesar das grades curriculares serem bastante diferentes entre os cursos, os conteúdos básicos principais constam em todos eles, como por exemplo aulas de improvisação, treinamento vocal, metodologia da pesquisa científica, dissertação final, entre outros (Tyler, 2001).

No Brasil o surgimento da musicoterapia tem laços estreitos com a educação musical, que migrou para a educação especial e para instituições de saúde, transformando-se em musicoterapia. Em 1938 Liddy Mignone assumiu a direção do Conservatório Brasileiro de Música (CBM) no Rio de Janeiro. Ela acreditava que a educação musical deveria focar no desenvolvimento integral da criança e não em uma vocação musical; seu trabalho se baseou na criatividade e no brincar, sendo ela a

pioneira na criação de grupos de musicalização inclusivos, que uniam crianças “normais” e com deficiência (Costa, 2019).

A pedido da Dra. Nise da Silveira, psiquiatra responsável pela terapia ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional, Liddy indicou Ruth Loureiro Parames como professora de música para trabalhar com os pacientes da Dra. Nise. Em 1955 Ruth foi contratada como técnica em musicoterapia, mas como não existia esse cargo, ela foi efetivada como professora de educação especial, sendo Nise sua orientadora e supervisora. Outras musicoterapeutas também foram muito importantes nesse período, como Dóris Hoyer de Carvalho, que em 1957 começou a trabalhar na Sociedade Pestalozzi, local que se tornou muito importante para os estágios de musicoterapia, Cecília Conde, que de 1936 a 1966 atuou na Casa das Palmeiras (centro psiquiátrico dirigido pela Dra. Nise) e Gabriele Souza e Silva que em 1964 iniciou um trabalho de musicoterapia em reabilitação na Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), fato esse muito importante pois nessa associação o musicoterapeuta fazia parte da equipe (Costa, 2019).

Em 1972 surgiu o primeiro curso de musicoterapia do Brasil, que recebeu 45 estudantes e foi coordenado por Ruth. Após o início do curso outras instituições de saúde começaram a receber estagiários de musicoterapia, o IPUB (Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, atual UFRJ), o Hospital Central do Exército e o Hospital da Aeronáutica, sendo que em 1985 três musicoterapeutas foram contratadas pelo Regime Jurídico da União, fato importantíssimo, pois assim foi criado oficialmente o cargo de musicoterapeuta na aeronáutica (Costa, 2019).

Em 1968 Ruth foi convidada a apresentar o trabalho que desenvolvia na Pestalozzi na Argentina, onde existiam as Jornadas de Musicoterapia e uma escola de musicoterapia, fundada por Rolando Benenzón. No seu retorno foi criada a Associação Brasileira de Musicoterapia (ABMT), que teve como patrono Liddy Mignone. Em 1970 essa associação praticamente desapareceu, sendo refundada em 1973 por Cecília, Dóris e Gabriele, que haviam se unido em 1972 para a criação do curso de musicoterapia. A ABMT teve papel muito importante na promoção de eventos, criação de cursos e palestras, na luta pela regulamentação da profissão e pela união das várias associações de musicoterapia do Brasil. Em 1974 o I Encontro Brasileiro de Musicoterapia reuniu cerca de 200 participantes do Brasil e do mundo. Após tentativas frustradas de regulamentação da profissão as associações se

dividiram e a ABMT tornou-se a Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro (AMTRJ), culminando na criação da União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM), sendo sua primeira presidenta Marly Chagas. A AMTRJ foi responsável pelo aumento das oportunidades de trabalho na área de musicoterapia, como por exemplo a criação do cargo de musicoterapeuta nos setores públicos. Em 1997 nova tentativa para regularizar a profissão foi feita, mas sem sucesso (Costa, 2019).

Em 1999 foi decidido no Rio de Janeiro que a musicoterapia seria incluída nos CAPS, sendo inserida no concurso que ocorreu em 2001. Entretanto, somente em 2011 esse fato passou a vigorar em todo o Brasil, com a inclusão da musicoterapia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Vitor, 2012).

Como consequência da reforma psiquiátrica e dos resultados positivos de inúmeras pesquisas houve uma ampliação dos locais de trabalho do musicoterapeuta, antes restrito à reabilitação, deficiência intelectual, saúde mental e psiquiatria. Surgiram novas áreas e espaços de atuação (ruas, praças, salas de espera, escolas, domicílios, entrevistas, terapeutas de referência etc.) e novas ferramentas tecnológicas, tanto para prática quanto para avaliação dos processos terapêuticos (Barcellos, 2013).

Atualmente existe um número crescente de pesquisas buscando comprovar a efetividade da musicoterapia, fato também gerado pela necessidade de se justificar os gastos com esse serviço. Apesar dos avanços a musicoterapia ainda é vista com ceticismo por alguns e continua lutando para ser aceita como uma intervenção séria.

### **2.3. Musicoterapia, o brincar e a intersubjetividade**

Para realização desse trabalho nos baseamos nos conceitos de intersubjetividade dos seguintes autores: Donald Winnicott (1896-1971), pediatra e psicanalista inglês e Daniel Stern (1934-2012), psiquiatra e psicanalista americano. Apesar desses autores serem de diferentes épocas, eles nos trazem definições de intersubjetividade que dialogam em grande harmonia com a teoria da musicoterapia.

Para Stern (2004) a intersubjetividade é uma condição humana, um sistema primário de motivação que busca o outro, para dividir, no sentido de compartilhar, mesmas experiências. A existência da intersubjetividade define o contexto psicológico no qual a relação terapêutica acontece. Stern (2004) também acredita em um espaço

de compartilhamento, entendendo o processo terapêutico como o processo de regulação do campo da subjetividade entre terapeuta e paciente.

Quando durante as relações se criam conexões intersubjetivas, cria-se um mundo particular, o que Stern (2004) chamou de espaço intersubjetivo, ao que Winnicott (1975), por sua vez, denominou de espaço potencial, ou espaço transicional. A musicoterapia, como ação terapêutica, acontece nessa área intermediária da intersubjetividade, do brincar, que como pudemos observar é de suma importância para o grupo. As experiências musicais nessa orientação intersubjetiva ajudam o grupo a criar significados e a refletir sobre eles. A constante presença da música na vida do ser humano também se deve ao fato da música ter a possibilidade de desempenhar a função de objeto transicional (Nutti, 2008).

## **2.4. Abordagens em musicoterapia**

A musicoterapia pode ser ativa ou receptiva. Na musicoterapia ativa o participante é envolvido em atividades que se relacionam diretamente com o fazer musical, como por exemplo: tocar, cantar, compor letras ou músicas, improvisar, enquanto, que na musicoterapia receptiva os participantes ouvem músicas. Nesse trabalho utilizamos dois protocolos de musicoterapia ativa e um protocolo de musicoterapia receptiva, descritas a seguir.

### **2.4.1. Musicoterapia ativa**

Nas experiências de musicoterapia ativa, que envolvem a composição, o musicoterapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais. De acordo com Bruscia (1998) entre os principais objetivos dessa abordagem estão:

- a) promover a exploração dos temas terapêuticos
- b) estabelecer uma comunicação não-verbal criando uma ponte para a comunicação verbal
- c) oferecer um meio de autoexpressão
- d) explorar aspectos do eu em relação aos outros
- e) desenvolver a capacidade de relação interpessoal
- f) desenvolver a criatividade, a liberdade de expressão, a espontaneidade e o aspecto lúdico.

Em dois dos grupos de musicoterapia dessa pesquisa utilizamos a musicoterapia ativa, sendo um grupo de criação de letras (musicoterapia songwriting) e outro de criação de músicas (musicoterapia composicional).

#### **2.4.2. Musicoterapia songwriting, criação de letras**

A musicoterapia songwriting é uma técnica psicoterápica muito utilizada com pacientes psiquiátricos sendo bastante eficiente em engajá-los rapidamente na atividade e gerar interação entre eles (Silverman, 2003). Nessa prática os participantes trabalham com uma letra de música que pode ser escolhida pelo cliente ou pelo musicoterapeuta.

Durante a sessão os participantes são convidados a alterar algumas palavras do texto de música já existente, ou a criar uma letra inteiramente nova para uma melodia já conhecida.

#### **2.4.3. Musicoterapia composicional, criação de músicas**

A composição em musicoterapia consiste na criação de uma música instrumental e/ou vocal pelos participantes do grupo. Os clientes compõem uma música original recebendo ajuda e assistência do musicoterapeuta, que dá as instruções necessárias, propondo uma ideia que pode ser musical ou não, por exemplo uma imagem ou história, ou propondo uma estrutura que será a base da composição. Desse modo as ideias são discutidas pelo grupo e projetadas musicalmente (Bruscia, 1998).

#### **2.4.4. A musicoterapia receptiva**

Durante as sessões de musicoterapia receptiva os participantes escutam músicas e respondem a essa experiência com palavras, gestos, desenhos ou permanecendo em silêncio. O material musical a ser proposto pode ser uma gravação ou a música pode ser executada “ao vivo”, com uso de diferentes estilos musicais (Bruscia, 1998).

Para Bruscia (1998) alguns dos principais objetivos terapêuticos da musicoterapia são: promover a receptividade, estimular ou relaxar uma pessoa, evocar aspectos afetivos e experiências, explorar ideias e pensamentos, provocar imagens e fantasias, facilitar a conexão do indivíduo com o grupo.

Já para o psiquiatra e musicoterapeuta Manarolo (2006) a intervenção da musicoterapia receptiva tem como foco o acolhimento do paciente e a criação de uma aliança terapêutica. Isso ocorre por meio da solicitação de um engajamento na atividade, que favorece uma maior aproximação de si próprio e um conhecimento do próprio mundo interno, abrindo novos canais de comunicação.

É muito importante destacar o fato de que o candidato à musicoterapia receptiva deve possuir algumas características fundamentais, sem as quais os objetivos terapêuticos não serão alcançados com esse tipo de abordagem. O cliente deverá ser capaz de permanecer atento enquanto escuta a música, ser capaz de se comunicar verbalmente, possuir uma mínima capacidade de introjeção e de elaboração, ser capaz de permanecer sentado durante a sessão e possuir sensibilidade pessoal à expressão sonora musical (Bruscia 1998; Manarolo, 2006).

O modelo mais importante e conhecido de musicoterapia receptiva é o de Helen Lindquist Bonny, denominado *Bonny Method of Guided Imagery and Music* (BMGIM). O método original GIM é uma investigação do inconsciente centrada na música. Os programas clássicos de GIM têm duração de 90-120 minutos sendo compostos por 3 a 8 músicas, sendo estas organizadas de modo a dar suporte ao participante, proporcionando experiências relacionadas com várias necessidades destes, baseadas no apoio incondicional e realizadas em um ambiente seguro.

A sessão é organizada em 4 etapas:

- a) prelúdio, com duração de 15 a 20 minutos, é o ponto de partida;
- b) indução, relaxamento e foco, 2 a 7 minutos;
- c) viagem musical, 30 a 50 minutos;
- d) poslúdio, 15 a 30 minutos, final da sessão. Neste momento o cliente será guiado de volta ao estado de consciência normal, sendo encorajado a transformar sua experiência em uma modalidade diferente, por exemplo desenho, escultura, poema seguido de uma breve conversa. As imagens que surgem nesse processo são consideradas metáforas de questões dos clientes, sendo uma oportunidade de contar episódios de vida por um meio simbólico, reconfigurando emoções ligadas a estes. O musicoterapeuta deve guiar o cliente na desconstrução de antigos “roteiros de vida” e estimulá-lo na criação de novos (Wigram et al, 2002).

Segundo Postacchini (2013) a musicoterapia receptiva em grupo é indicada em um número restrito de casos. O *setting* desse tipo de musicoterapia é muito específico e, de acordo com este autor, raramente será uma sala de musicoterapia, sendo mais comum que esse tipo de abordagem se desenvolva na casa dos pacientes ou em hospitais, onde essas pessoas se encontram em processo de recuperação. Este autor (Postacchini, 2013), afirma que nesse tipo de abordagem a flexibilidade por parte do musicoterapeuta é indispensável para a criação do vínculo terapêutico, pois é necessário aceitar uma série de condições impostas pelas condições de saúde do paciente.

Por outro lado, para Manarolo (2006) a musicoterapia receptiva pode ser indicada para todas as idades, adolescentes, adultos e idosos. Ele explica que a experiência de isolamento se relaciona com sensações de vazio e de falta e que indivíduos que experimentam esse tipo de sensação anseiam por uma relação terapêutica reconfortante, mas frequentemente não toleram um certo grau de frustração implícito em uma relação mediada verbalmente, como em uma terapia psicoterápica.

Para essas pessoas, escutar músicas pode ajudar a criar e a desenvolver as condições afetivas necessárias para a instauração de uma aliança terapêutica e de um processo de elaboração psíquica (Escande; De Langhe, 1993<sup>3</sup> apud Manarolo, 2006).

Em relação à estrutura das sessões, Postacchini (2013) propõe uma estrutura da sessão organizada em três momentos: proposta inicial e discussão verbal, experiência musical e verbalização final. Geralmente a escuta musical dura cerca de meia hora/ quarenta minutos e durante esse período os pacientes são convidados a buscar uma posição cômoda para escutar a música, o próprio corpo e os pensamentos.

A segunda parte, da experiência musical, é subdividida em três partes. Na primeira parte é utilizado um material musical de baixa complexidade formal, com função tranquilizadora, na segunda parte geralmente são apresentadas músicas com uma estrutura formal mais incerta, esta parte Postacchini (2013) chama de “o coração

---

<sup>3</sup> Escande M, De Langhe M. L'utilisation de l'écoute musicale en psychothérapie individuelle: question de méthode, d'analyse su processus, d'indications et de terminaison. La Revue de Musicothérapie. 1993;13(2).

da intervenção”, essa escuta tem como objetivo levar o participante à uma reflexão. Na terceira parte geralmente são escutadas músicas com função reparadora, com intuito de restabelecer o equilíbrio inicial que possa ter sido afetado pela parte central da sessão.

Na parte final da sessão existe o espaço para a verbalização, onde cada participante pode se expressar, contando sobre as próprias experiências durante o processo (Postacchini, 2013). Ainda segundo esse autor, o papel do terapeuta na parte final é o de “favorecer a expressão, de fazer algumas pontuações, no caso de observações parecidas ou opostas, e de fazer circular a comunicação entre todos os participantes” (Postacchini, 2013).

É importante observar que as intervenções de musicoterapia possibilitam aos pacientes a oportunidade de compartilhar da mesma realidade da hospitalização, buscando a valorização dos aspectos subjetivos que envolvem a internação, sendo um momento no qual os pacientes, com uso da música, têm a oportunidade de resgatar suas autonomias (por meio do poder de decisão nas atividades da sessão), de conhecerem-se uns aos outros e, conseqüentemente, criar uma rede de apoio entre eles. A criação de programas de intervenção com musicoterapia pode ajudar os pacientes a lidar com emoções negativas durante a hospitalização.



### 3. OBJETIVOS

---

Os objetivos deste trabalho foram:

- a) Desenvolver protocolos de musicoterapia *single-session* para um grupo de pacientes com diferentes endocrinopatias internados na enfermaria da endocrinologia;
- b) Avaliar se as sessões de musicoterapia *single-session* têm influência na redução da ansiedade, depressão e estresse desses pacientes quando comparados ao grupo controle;
- c) Comparar o efeito de três protocolos de musicoterapia no bem-estar dos pacientes internados.

## 4. PACIENTES E MÉTODOS

---

### 4.1. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, cujos modelos encontram-se nos Anexos B e C deste trabalho. O projeto desta pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq), em 13/12/2017, sob o protocolo de número 2.433.642 (Anexo A).

### 4.2. Método

A musicoterapia provoca manifestações físicas e psicológicas (Raglio, 2015). Por conseguinte, neste estudo, optou-se por um desenho metodológico que pudesse apreender fenômenos de natureza objetiva e subjetiva, assim como a percepção dos pacientes, em relação ao objetivo supracitado. Deste modo, utilizamos técnicas de metodologia de pesquisa quantitativa e qualitativa, compondo um modelo de estudo do tipo misto.

Os pacientes foram distribuídos em 4 grupos: 3 experimentais e um grupo controle constituído por pacientes internados não participantes da sessão de musicoterapia.

Os grupos experimentais foram:

- a) grupo de musicoterapia songwriting – criação de letra de música
- b) grupo de musicoterapia composicional – criação de música
- c) grupo de musicoterapia receptiva – audição de música.

Todos os protocolos foram desenvolvidos pela pesquisadora durante o período de trabalho com o grupo piloto. Os protocolos foram baseados em diferentes abordagens de musicoterapia. É muito importante observar que os protocolos propostos foram criados especialmente para a realidade destes pacientes, adaptando estas técnicas para este grupo de adultos hospitalizados.

Toda semana os pacientes internados foram convidados a participar da pesquisa na seguinte ordem: nas três primeiras semanas os pacientes foram para o grupo experimental (musicoterapia) e na semana consecutiva para o grupo controle.

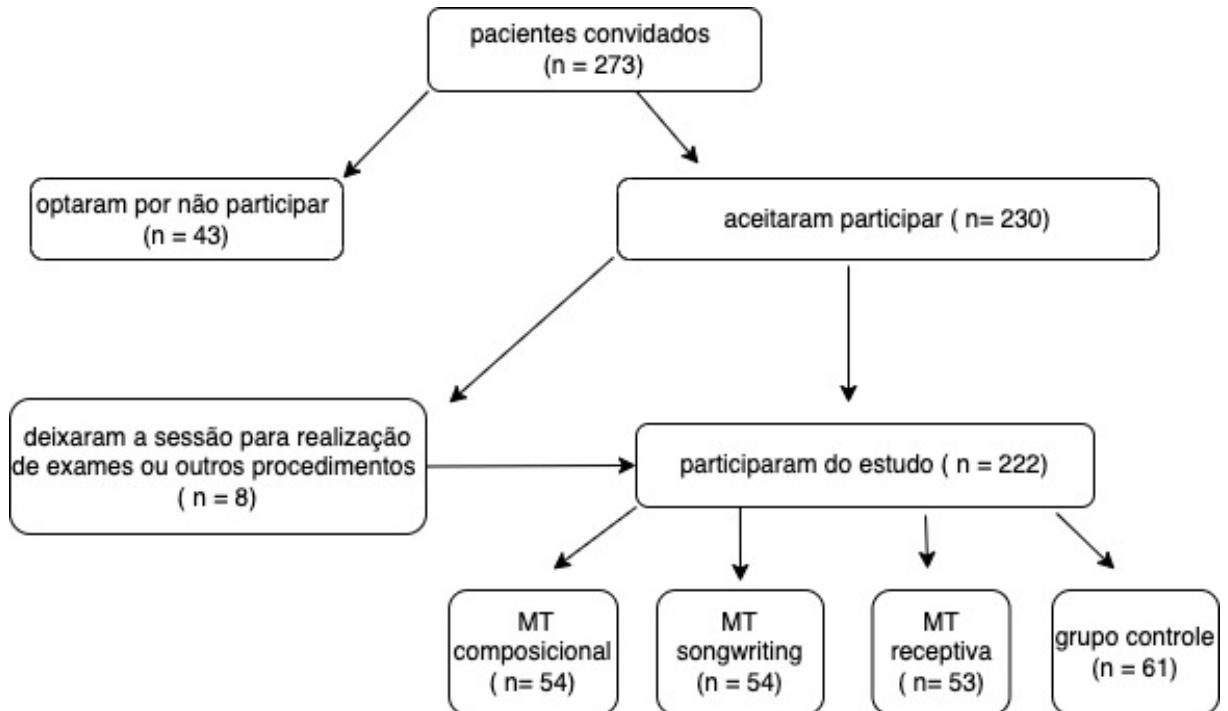
Lembrando que o grupo experimental a cada semana participava de uma sessão de musicoterapia com protocolos diferentes. Na primeira semana foi utilizado o protocolo de musicoterapia songwriting (criação de letras de músicas), na segunda o de musicoterapia composicional (criação de músicas), na terceira o de musicoterapia receptiva e na quarta semana ocorreu o grupo controle e assim consecutivamente. O grupo controle foi um grupo-cego, no qual os pacientes internados não participaram da sessão de musicoterapia, mas foram convidados a participar de uma pesquisa sobre estresse durante a hospitalização, sendo assim avaliados quanto ao estresse e bem-estar no período de internação. Os participantes desse grupo não foram informados de que era um grupo controle, receberam a informação de que era uma pesquisa sobre hospitalização e estresse, conforme podemos ler no termo de consentimento em anexo.

Os grupos, experimental e controle, foram formados por pacientes sem alterações cognitivas, que não estavam com fortes dores, que não tinham se submetido à cirurgia no mesmo dia e que apresentavam condições de deambulação.

#### **4.3. Participantes**

Convidamos 273 pacientes adultos a participar desta pesquisa, com idade a partir de 18 anos, internados na enfermaria do setor de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), 43 optaram por não participar e 8 precisaram deixar a sessão para procedimentos médicos. Dessa forma 222 pacientes aceitaram participar das sessões de musicoterapia e tiveram seus dados analisados (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição dos pacientes nos grupos



#### 4.4. Mensuração

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- a) Dosagem do cortisol salivar (18h)
- b) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*)
- c) Questionário
- d) Entrevista

##### 4.4.1. Dados quantitativos

##### 4.4.1.1. Dosagem dos níveis do cortisol salivar

O cortisol é um biomarcador que permite medir de modo objetivo o estresse, que envolve fatores físicos e psicológicos. Optamos pela coleta do cortisol salivar por ser um exame não invasivo e indolor. Foi colhida uma amostra de saliva às 18h às

segundas-feiras. Esse horário coincidiu com o final das sessões de musicoterapia no caso dos grupos experimentais.

Para a coleta foi utilizado um salivette, que consiste em um pequeno tubo de plástico com um pedaço de algodão dentro. Os pacientes foram instruídos a abrir o tubo, colocar o algodão diretamente na boca e mastigá-lo por 3 minutos, após isso recolocar o algodão no tubo, fechar a tampa e entregar para a pesquisadora.

As dosagens do cortisol salivar foram feitas por eletroquimioluminescência, método automatizado utilizando-se o kit comercial Salivette®, da marca Roche (Basiléia, Suíça).

#### **4.4.1.2. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)**

Esta escala foi validada no Brasil em 1995 (Botega et al., 1995). Possui 14 questões de múltipla escolha, compondo-se de duas subescalas de sete itens cada, sete voltados para avaliar a ansiedade e sete para avaliar a depressão (Marcolino, 2007). A pontuação total em cada subescala vai de zero a 21 pontos. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala (Anexo D).

Foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith (1983) recomendados para ambas as subescalas: “HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade  $\geq 9$ ; HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão  $\geq 9$ ” (Marcolino, 2007, p. 54).

A escala tem por objetivo detectar leves transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos. É curta, podendo ser respondida rapidamente, de fácil entendimento, sendo solicitado ao paciente que a responda baseado em como se sentiu durante a última semana (Botega et al., 1995).

A primeira escala *HADS* foi preenchida um pouco antes das sessões de musicoterapia na segunda-feira e a segunda escala foi preenchida na alta ou em até sete dias após a sessão de musicoterapia (intervalo de 1 a 7 dias).

#### **4.4.2. Dados qualitativos**

##### **4.4.2.1. Questionário**

O questionário possui três itens, duas perguntas fechadas e um item no qual o paciente poderá fazer comentários livres sobre as sessões (Anexo E). O questionário foi respondido sem identificação do paciente após a sessão de musicoterapia na ausência do musicoterapeuta.

#### **4.4.2.2. Entrevista**

A pesquisadora desenvolveu um roteiro para a entrevista (Anexo F), que foi aplicado após as sessões de musicoterapia. De cada grupo entrevistamos somente um paciente devido às restrições de tempo decorrentes da rotina hospitalar. Para a entrevista foi escolhido o participante que demonstrou boa capacidade de comunicação verbal, para que pudéssemos extrair da melhor maneira as impressões subjetivas da sessão de musicoterapia. Todas as entrevistas foram registradas em áudio e posteriormente transcritas. Esse material foi utilizado para a análise qualitativa.

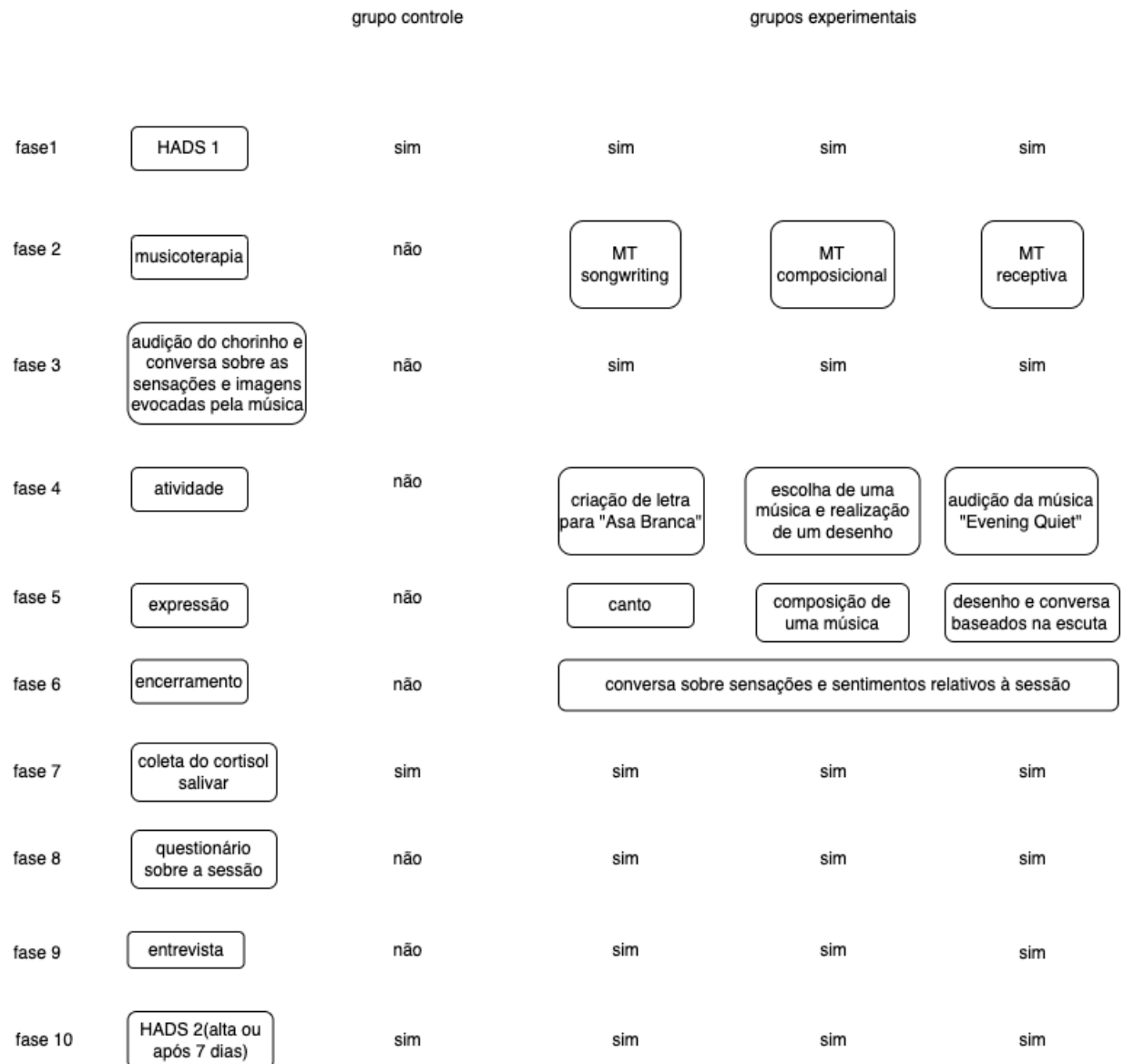
#### **4.5. Sessões de musicoterapia**

As sessões de musicoterapia aconteceram todas as segundas-feiras no período da tarde, das 17 às 18h, consistindo em atividades nas quais os pacientes foram convidados a participar ativamente.

Os materiais utilizados foram os seguintes: material sonoro gravado, músicas sugeridas pela pesquisadora, instrumentos musicais (mini ganzá, guizo, triângulo, agogô, reco-reco, xilofone, tambor e miniteclado), folhas de sulfite, lápis e giz de cera.

Todas as sessões de musicoterapia iniciaram com a escuta de um chorinho, sendo que em seguida cada abordagem se desenvolveu de modo diverso, como poderemos observar a seguir (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma



#### 4.5.1. Musicoterapia songwriting (criação de letras de músicas)

Consistiu na criação de uma letra para uma melodia já definida, Asa Branca. Essa abordagem possibilita a reflexão sobre questões relativas à hospitalização e a busca em conjunto por meios de como lidar melhor com elas. Silverman (2015) utiliza muito esse método e têm aplicado com frequência em suas pesquisas, porém com uso do blues, o qual substituímos pelo baião, por ser mais próximo da nossa realidade.

No início da sessão todos se apresentavam brevemente e em seguida ouviam um chorinho. O objetivo com essa escolha foi o de criar uma sensação de familiaridade no início da sessão, uma vez que o chorinho é um gênero bem próximo do brasileiro, sendo considerado uma manifestação maior de nossa música popular instrumental e o mais importante gênero instrumental brasileiro, segundo o pesquisador de música brasileira, Jairo Severiano (Rizzi, 2016). A música ouvida foi “Papagaio embriagado”, de Mário Mascarenhas<sup>4</sup>. Após a audição cada paciente relatou quais sensações e/ou imagens foram trazidas pela música. Essa primeira etapa pretendeu colocar os participantes em contato com suas próprias sensações.

Em seguida foi pedido aos participantes que falassem sobre suas sensações, sentimentos, englobando aspectos negativos e positivos que se relacionavam com a experiência de cada um da hospitalização. É então, criada uma lista com os aspectos negativos e positivos, sensações agradáveis e desagradáveis, expostas pelo grupo.

A seguir, os pacientes foram convidados a escrever uma nova letra para a música Asa Branca (L. Gonzaga). Os dois primeiros versos eram sobre os aspectos negativos. O terceiro e quarto versos se basearam nos aspectos positivos da hospitalização.

Quando a letra estava completa todos cantaram juntos a nova versão criada pelo grupo.

Ao final da sessão os participantes falaram sobre como foi para eles participar dessa atividade de musicoterapia. A cópia da letra foi entregue aos participantes no mesmo dia e, ao final do projeto, uma lista com os pontos negativos ligados ao ambiente hospitalar foi encaminhada ao Núcleo e Científico de Humanização (NTH-HCFMUSP).

#### **4.5.2. Musicoterapia composicional (criação de músicas)**

No início da sessão todos se apresentavam brevemente e em seguida ouviam um chorinho. Após a audição cada paciente relatou quais sensações e/ou imagens foram trazidas por essa música. Essa primeira etapa pretendeu colocar os participantes em contato com suas próprias sensações.

---

<sup>4</sup> MASCARENHAS M. Papagaio embriagado. In: Kanji R. Não tem choro: chorando com amigos. São Paulo: Paulus; 2019. CD Faixa 6 (2min 24).



Em seguida os pacientes foram divididos em dois grupos. Cada grupo escolheu uma música em segredo, ou seja, sem que o outro grupo soubesse qual era a música escolhida. Cada grupo então realizou um desenho baseado na música escolhida, sendo que este poderia ser baseado somente em uma parte da música, por exemplo só no refrão ou na sensação geral trazida pela música. Após finalizados os desenhos estes eram trocados entre os grupos.

A partir desse momento cada grupo criou uma segunda música baseada nesse desenho, podendo escolher entre os vários instrumentos que estavam sobre a mesa. Os grupos também puderam utilizar as próprias vozes e outros sons que estivessem à disposição. Se faz necessário frisar que o objetivo não era o de descobrir qual era a primeira música em questão, mas sim criar uma composição própria, em conjunto, baseada num desenho realizado pelo outro grupo. A primeira música escolhida serviu somente como elemento facilitador para o desenho. Quando os grupos finalizaram suas músicas, apresentavam sua composição para o outro grupo, tocando e depois explicando sobre como interpretaram o desenho e o transformaram em som.

Essa abordagem, envolvendo o paciente num processo de criação, teve como principal objetivo estimular a sua autonomia, de modo que ele passasse de sujeito a autor das ações.

Após essa atividade todos foram convidados a expressar seus sentimentos sobre essa atividade e como se sentiram durante a sessão de musicoterapia de modo geral.

#### **4.6. Musicoterapia receptiva (audição de músicas)**

No início da sessão todos se apresentavam brevemente e em seguida ouviam um chorinho. Após a audição cada paciente relatou quais sensações e/ou imagens foram trazidas pela música. Essa primeira etapa pretendeu colocar os participantes em contato com suas próprias sensações.

Em seguida todos foram convidados a ouvir uma nova música com o objetivo de fazer uma "viagem musical" em suas mentes.

Ao som da música *Evening quiet*, de autoria de Lanfranco Perini<sup>5</sup>, com duração de 2'45", os participantes foram convidados a fechar os olhos e a se deixarem

---

<sup>5</sup> Perini L., Spaccazocchi M. *Noi e la musica 1*. Mercatello sul Metauro: Progetti Sonori; 2009. Volume 1, *Evening quiet*; CD. Faixa 24 (2min 45).

transportar para um local agradável e as luzes eram apagadas, a fim de facilitar essa viagem imaginária. Após o fim da música todos abriam os olhos devagar e as luzes eram acesas. Cada participante fazia então um desenho baseado nessa experiência. Quando todos finalizavam o desenho, relatavam para o grupo suas experiências com a viagem musical.

Ao final da sessão os participantes foram convidados a expressar suas sensações sobre essa atividade de musicoterapia.

Nesse projeto algumas modificações foram feitas em relação à estrutura proposta por Postacchini (2013) (apresentadas no Capítulo 1), buscando uma melhor adaptação à realidade do paciente assim como à rotina da instituição.

A primeira alteração foi a duração da parte da escuta musical, foram utilizadas somente duas músicas de curta duração. Isso se explica por dois motivos. O primeiro motivo foi o respeito às condições físicas e mentais dos pacientes hospitalizados. Estes pacientes tinham, de modo geral, problemas sérios de saúde, sendo submetidos a muitos exames e procedimentos, muitos dos quais invasivos e até dolorosos. Tendo consciência do estado de debilidade física e psicológica no qual os pacientes poderiam estar, propor uma escuta musical de trinta minutos seguidos seria excessivo.

O segundo motivo foi a agenda da unidade, para se encaixar na rotina a sessão nessa enfermaria poderia durar somente uma hora, para não atrapalhar o funcionamento da instituição, com horários precisos de exames, administração de remédios, refeições e horários dos turnos da equipe.

Tendo isto em mente a duração da sessão foi de 60 minutos.

Na primeira parte ocorria a apresentação verbal da proposta, seguida da primeira escuta, que teve como função ser uma ponte para a segunda parte. A primeira experiência musical foi sempre bem leve, com uso de uma música curta, de conteúdo cultural bem próximo dos pacientes, com intenção de favorecer esse primeiro contato, essa escuta foi seguida de uma breve verbalização. Na segunda parte a musicoterapeuta anunciava a próxima experiência de escuta, um pouco mais longa, que era seguida de um desenho, ou representação gráfica, termo que utilizamos frequentemente para evitar um bloqueio decorrente da autocensura dos pacientes, que com uma preocupação estética geralmente afirmavam que “não

possuíam habilidades artísticas para desenhar”. Essa parte era seguida da verbalização. Na terceira e última parte ocorreu a verbalização final.

#### 4.7. Características das músicas

Se faz necessária uma breve análise das músicas utilizadas para que possamos ter maior compreensão dos aspectos musicais que podem ter influenciado positivamente no bem-estar desses pacientes.

Para nos ajudar nessa tarefa utilizamos o *Music Characterization System* (Rossetti, 2014) que considera aspectos musicais e extramusicais de cada composição escolhida. O *Music Characterization System* (MCS) consiste em uma lista de 16 aspectos a serem analisados, 12 de elementos musicais e 4 de elementos descritivos não musicais. Para cada elemento é atribuído um número de 1 a 5, sendo 1 o mais baixo, menos ativo e o 5 o mais alto ou mais ativo. Por exemplo, para tessitura (nota mais grave até a nota mais aguda da música) o número 1 seria equivalente a uma música com extensão de uma oitava na região do Dó central (região da voz humana) e o 5 para uma composição que excede as 4 oitavas da região central do piano (Tabela 1).

Tabela 1 - Características das músicas

Elementos musicais	Papagaio embriagado	<i>Evening quiet</i>
Tessitura	2	4
Intensidade	3	2
Mudanças	1	2
Tempo	3	1
Harmonia (simplicidade/ complexidade)	2	2
Volume aparente	2	3
Ritmo (simplicidade/ complexidade)	2	1
Contorno melódico	4	2
Dissonância	2	1
Timbre	2	1
Estrutura	1	1
Previsibilidade	2	2

A primeira música tocada durante todas as sessões de musicoterapia (Papagaio embriagado) permanece na extensão de duas oitavas, o que segundo Rossetti (2014) fornece um senso de segurança, já que o 1 seria relativo à tessitura de uma oitava. O item *intensidade* se refere a uma combinação de vários elementos entre eles volume (*forte/fraco*), ritmo, complexidade harmônica e movimento. A harmonia em música se refere às relações de encadeamento de sons simultâneos, de modo a combinar um acorde com o precedente e com o que virá depois (Scholes, 1964). Essa peça é bastante rítmica e movimentada, no entanto não transmite uma sensação de grande volume. Assim pode ser classificada como média em intensidade.

Em relação ao parâmetro *mudanças*, essa música apresenta poucas variações, mantendo sempre os mesmos elementos. O tempo é em torno de 90 bpm (batidas por minuto). Apesar do pulso (batida constante na música) não ser muito rápido, o aparecimento constante de semicolcheias (figura musical de tempo) durante a música dá uma sensação de animação, mas sem agitação, sem desespero. Sua harmonia é bem simples, porém utiliza outros acordes além da tônica e dominante. Os acordes têm uma função dependendo do contexto musical no qual aparecem, tônica, dominante, subdominante são algumas funções dentro da harmonia. O volume aparente percebido é baixo e o ritmo bastante constante com figuras de 4 semicolcheias agrupadas. O contorno da melodia é constituído por saltos constantes, sendo que a melodia inicia com saltos de oitavas. Saltos são notas que não são vizinhas, por exemplo dó e fá, ao contrário de dó e ré que são vizinhos e, portanto, chamados de graus conjuntos. Durante a música, grandes saltos se mesclam com menores. Por exemplo dó e si pode ser chamado de um salto grande, já que apresenta uma distância de 7 notas entre os sons (dó, ré, mi, fá, sol, lá, si) enquanto o salto dó e mi é considerado pequeno, com uma distância de somente 3 notas (dó, ré, mi). Não é uma música marcada por grandes dissonâncias, mas é repleta de acordes com sétimas, não possui cromatismos, podendo ser classificada como baixa tensão. Dissonâncias são intervalos considerados instáveis, que geram a tensão, falta de repouso, enquanto a consonância são intervalos considerados estáveis, fato que se relaciona com as ondas sonoras (Scholes, 1964). Os timbres não são metálicos, pois apesar de ser um “chorinho”, música tipicamente tocada com flauta transversal, essa gravação foi feita com um traverso, que é uma flauta transversal barroca, de madeira que possui um timbre bem mais aveludado e doce do que uma flauta moderna.

A estrutura da música é bem simples, uma forma ABA, sendo bastante previsível, apresentando somente uma pequena surpresa no início da parte B. De modo simplificado podemos dizer que para cada melodia atribuímos uma letra, aqui o tema inicial chamamos de A, depois ouvimos um novo tema que chamamos de B e ao final ouvimos o mesmo tema inicial A. É uma música ritmicamente animada.

A segunda música, utilizada somente na sessão de musicoterapia receptiva (*Evening Quiet*), possui uma tessitura bem ampla, de mais de 4 oitavas, mas que inicia com uma tessitura de somente uma oitava. A presença de uma nota grave que se mantém, pode causar no começo da escuta uma sensação de dúvida, insegurança, mas que com a entrada dos outros elementos acaba por desaparecer. É uma composição de baixa intensidade, com pouca mudança e diversidade de elementos. A pulsação lenta, inferior a 60 bpm e a harmonia simples ajudam a transmitir a sensação de algo plácido e tranquilo.

O volume aparente aumenta no decorrer da música, assim como a tessitura, o ritmo é extremamente simples, com uso de uma nota grave que se mantém.

O contorno da melodia é formado basicamente por graus conjuntos, com alguns saltos de terças e quartas, sendo que somente no final aparece um salto de sétima, antes da resolução harmônica. Uma composição bastante consonante, com sonoridade macia e estrutura simples e bem previsível. Tem um tema que sempre se repete, com alterações no volume aparente. A tessitura se amplia e o volume aparente aumenta, indo em direção ao agudo.

Comparando as duas músicas podemos notar que em ambas a maioria dos itens foi preenchido com números baixos o que nos indica sensação de suporte. Na primeira música o único item com 4 é o relativo ao contorno da melodia, que se contrabalança com o fato de que esse tipo de música, com esse ritmo e perfil melódico ser algo muito típico da cultura brasileira, sendo algo familiar.

Na segunda música o único item com 4 é o relativo à extensão, mas se por um lado a tessitura da música como um todo é ampla, a tessitura da melodia não o é, o que também gera segurança no ouvinte.

Desse modo podemos afirmar que ambas transmitem uma sensação de segurança, pela predominância da simplicidade em seus aspectos melódicos, harmônicos e formais.

#### 4.8. Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas usando o IBM SPSS Statistics para Macintosh, Versão 27.0. O tamanho amostral recomendado foi de 212 pacientes; este foi calculado com base no número médio de pacientes admitidos anualmente na enfermaria de Endocrinologia (ou seja, 462 pacientes), um erro amostral de 5%, um intervalo de confiança de 95% e uma população heterogênea (Massad et al., 2004). O teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov foi usado para testar a hipótese nula de que um conjunto de dados apresenta distribuição normal. As variáveis com distribuição normal foram apresentadas como médias e desvios-padrão, enquanto as variáveis com distribuição não normal foram apresentadas como medianas e intervalos. As comparações dos escores pré e pós-intervenção intragrupos foram feitas pelo teste t pareado de Student ou teste de Wilcoxon de acordo com distribuição normal ou não normal, respectivamente. As comparações intergrupos foram executadas usando análise de variância unidirecional (ANOVA). As variáveis categóricas foram apresentadas como porcentagens simples e comparadas pelo teste do qui-quadrado.

Em uma análise adicional, as variáveis dependentes (ansiedade ou depressão) foram consideradas como variáveis binárias (sim/não) e as diferenças de proporção nos pacientes pré e pós-intervenção MT foram avaliadas pelo teste qui-quadrado de McNemar bicaudal. A significância estatística foi fixada em  $p < 0,05$ .

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Resultados quantitativos

#### 5.1.1. Características gerais do grupo

A média da idade cronológica dos pacientes foi  $46,6 \pm 16,4$  anos (18 a 88,4 anos). Dos participantes 155 se declararam como sendo do gênero feminino e 67 do gênero masculino. Não existem diferenças significativas entre os grupos experimentais e controle no item idade e sexo. A média de participantes por grupo foi de 3 pessoas por grupo, no total foram 72 semanas de sessões, 18 para cada grupo. Os pacientes apresentavam várias doenças endócrinas (algumas com mais de um diagnóstico). A condição prevalente foi diabetes mellitus tipo I e tipo II em todos os grupos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das endocrinopatias nos grupos de MT e grupo controle

Endocrinopatias	MTC*	MTS**	MTR#	C##
Diabetes mellitus tipo I e II	12	12	16	12
Doenças da paratireóide (hiperparatireoidismo, hipoparatiroidismo)	8	6	7	6
Doenças da tireoide (nódulos da tireoide, hipotireoidismo, hipertireoidismo, não tóxico e bócio mergulhante)	8	9	4	7
Neoplasia múltipla tipo I e II	4	6	5	9
Síndrome de Cushing ACTH dependente e independente	7	6	5	5
Tumores da glândula pituitária produtores de GH, prolactina ou ACTH ou não funcionantes	1	5	4	9
Hiperaldosteronismo	2	2	1	7
Condições sindrômicas	3	0	4	0
Tumores ou lesões da glândula adrenal, hiperplasia adrenal congênita	8	4	2	4
Hipoglicemia	1	1	1	3
Feocromocitomas e paraganglioma	0	1	6	0
Tumor de pâncreas	0	2	2	2
Diferenças do desenvolvimento sexual 46,XY	1	2	0	1
Dislipidemia	1	1	1	0
Obesidade mórbida	1	0	2	1
Transsexualidade	0	1	0	1
Diabetes insípidos	0	0	0	1
Pancreatites	0	0	0	1

\*Musicoterapia composicional; \*\*Musicoterapia songwriting; #Musicoterapia receptiva; ## Controle

### 5.1.2. Análise dos níveis do cortisol salivar

Dos 222 participantes, 155 tiveram seus dados de cortisol analisados. Vinte e cinco resultados de exames não foram utilizados para cálculo, dois deles por quantidade de material insuficiente para análise laboratorial e os demais eram de pacientes portadores de alterações na produção ou rítmico de cortisol foram excluídos da análise dos níveis de cortisol salivar

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de cortisol salivar entre os grupos ( $p=0,4$ ). No entanto, as médias dos valores de cortisol nos grupos experimentais foram inferiores às apresentadas no grupo controle (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação dos níveis de cortisol salivar entre os grupos

Grupo	n inicial	n final	Média	DP	<i>P</i>
MT composicional	54	38	0,22	0,12	0,39
MT songwriting	54	39	0,18	0,04	
MT receptiva	53	36	0,20	0,08	
Controle	61	41	0,48	1,68	

### 5.1.3. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

No grupo experimental de musicoterapia composicional, não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores pré e pós-intervenção da *HADS-A* (ansiedade) e *HADS-D* (depressão) ( $p= 0,062$  e  $0,17$ , respectivamente) (Tabela 4). Entretanto, esse grupo apresentou diferença significativa entre as medianas pré e pós-intervenção do *HADS-T* (escore total), 14 (1-29) vs 13 (0-31), respectivamente,  $p= 0,022$ . (Tabela 4).

No grupo experimental de musicoterapia songwriting não houve diminuição estatisticamente significante entre o pré e o pós HADS-A. O número inicial de participantes foi 54, sendo excluídos 2 pacientes pela falta de dados, sendo analisados os dados de 52 participantes. A média do escore de ansiedade pré intervenção com musicoterapia songwriting foi  $8,5 \pm 4,9$  e pós-intervenção  $7,65 \pm 4,5$  ( $p= 0,073$ ) (Tabela 4). Entretanto esse grupo apresentou uma diminuição significativa entre as medianas pré e pós-intervenção do parâmetro depressão, 6 (1-16) vs 5 (0-



16), respectivamente,  $p= 0,015$  e entre as médias iniciais e finais do escore total ( $15,18 \pm 7,3$  vs  $13,23 \pm 7,5$  respectivamente e  $p= 0,004$ ) (Tabela 4).

O grupo experimental de musicoterapia receptiva apresentou diminuição significativa em todos os parâmetros (ansiedade, depressão e total). As medianas pré e pós-intervenção do escore de ansiedade foram 8 (1-16) vs 6 (0-18), respectivamente e  $p= 0,006$  (Tabela 4); a mediana do escore de depressão inicial foi 7 (0-14) e a final 6 (0-15) ( $p= 0,028$ ) (Tabela 3). A comparação do escore total da escala (ansiedade + depressão) pré e pós-intervenção no grupo experimental musicoterapia receptiva teve mediana 16 (2-25) vs 13 (1-32), respectivamente e  $p= 0,001$ . (Tabela 4).

No grupo controle, não houve diferença estatisticamente significante entre as medianas dos escores pré e pós-intervenção da *HADS* (ansiedade) e *HADS* (depressão) ( $p=0,5$  e  $0,068$ , respectivamente) (Tabela 4). Da mesma forma, não houve diferença significativa entre as medianas dos escores totais pré e pós-intervenção, 11 (1-30) vs 10 (0-33), respectivamente,  $p=0,17$ . (Tabela 4).

Tabela 4 - Escore HADS nos períodos pré e pós-intervenção

Parâmetro	Grupo	Pré-intervenção		Pós-intervenção		P
		n	escore	n	escore	
HADS-A	Composicional MT	54	8.18 $\pm$ 3.98*	53	7.39 $\pm$ 4.0	0.062
	Songwriting MT	54	8.59 $\pm$ 4.9	52	7.6 $\pm$ 4.59	0.073
	Receptiva MT	53	8 (1-16) **	51	6 (0-18)	0.006#
	Controle	61	6 (0-16)	58	5 (0-17)	0.5
HADS-D	Composicional MT	54	6 (0-15)	53	5 (0-13)	0.17
	Songwriting MT	54	6 (1-16)	52	5 (0-16)	0.015#
	Receptiva MT	53	7 (0-14)	51	6 (0-15)	0.028#
	Controle	61	5 (0-14)	58	4 (0-16)	0.068
HADS-T	Composicional MT	54	14 (1-29)	53	13 (0-31)	0.022#
	Songwriting MT	54	15.18 $\pm$ 7.37	52	13.23 $\pm$ 7.52	0.004#
	Receptiva MT	53	16 (2-25)	51	13 (1-32)	0.001#
	Control	61	11 (1-30)	58	10 (0-33)	0.17

HADS-A = ansiedade; HADS-D = depressão, HADS-T = total ;MT = musicoterapia; \*média  $\pm$  DP \*\* mediana (intervalo); #  $p < 0.05$

É interessante observar que a comparação das médias iniciais dos escores de ansiedade e depressão entre os grupos controle e experimental revelou média inicial

dos grupos experimentais mais alta do que a média do grupo controle, apesar da diferença não ser significativa. Todos os grupos apresentaram diminuição dos escores no período pós-intervenção.

Além disso, ao compararmos o percentual de pacientes de cada grupo que apresentou diminuição do escore total entre o pré e pós-intervenção, o percentual é maior nos grupos de musicoterapia (experimentais) do que no controle, evidenciando que nos grupos experimentais houve maior queda do escore e, portanto, maior índice de melhoria no modo como esses pacientes se sentiram em relação à ansiedade (Tabela 5) e à depressão (Tabela 6).

No que se refere à ansiedade no grupo de musicoterapia composicional 29 participantes apresentaram redução do escore em relação ao inicial (54,7%), no grupo de musicoterapia songwriting a melhora ocorreu em 26 indivíduos (50%) e no grupo experimental de musicoterapia receptiva houve melhora em 31 dos 51 participantes (60,78%). No grupo controle 27 dos 58 participantes (46,5%) apresentaram diminuição em relação ao escore inicial.

Tabela 5 - Resultados do escore de ansiedade no teste HADS nos pacientes e controles

Grupo	Total	indivíduos que apresentaram melhora, diminuição no escore A	%	indivíduos que apresentaram piora, aumento no escore A	%	Indivíduos que mantiveram o escore	%
MT Composicional	53	29	54,7	14	26,4	10	18,8
MT songwriting	52	26	50	15	28,8	11	21,1
MT receptiva	51	31	60,78	14	27,4	6	11,7
Controle	58	27	46,5	23	39,6	8	13,79

MT= musicoterapia

Tabela 6 - Resultados do escore de depressão no teste HADS nos pacientes e controles

Grupo	Total	indivíduos que apresentaram melhoria, diminuição no escore	%	indivíduos que apresentaram piora, aumento no escore	%	Indivíduos que mantiveram o escore	%
MT Composicional	53	32	60,3	15	28,3	6	11,3
MT songwriting	52	29	55,7	15	28,8	8	15,38
MT receptiva	51	30	58,8	14	27,4	7	13,7
Controle	58	24	41,3	20	34,4	14	24,1

MT= musicoterapia

Alguns pacientes apresentaram aumento do escore de ansiedade, demonstrando uma piora. O grupo experimental composicional teve 14 participantes com aumento do escore total (26,4%), o grupo experimental de musicoterapia songwriting apresentou 15 indivíduos com piora (28,8%), no grupo experimental de musicoterapia receptiva somente 14 participantes (27,4%) ao final da pesquisa tiveram os níveis elevados em relação ao primeiro *HADS*, enquanto no grupo controle 23 pacientes (39,6%) apresentaram elevação nos níveis totais de ansiedade.

Já no item depressão no grupo experimental MT composicional 32 participantes apresentaram melhora (60,3%), no grupo MT songwriting 29 (55,7%), MT receptiva 30 (58,8%). No grupo controle 24 participantes apresentaram diminuição do escore (41,3%). Uma quantidade de participantes apresentou piora da depressão, no grupo de MT composicional 15 pacientes tiveram aumento do escore (28,3%), no grupo MT songwriting 15 (28,8%) e no grupo MT receptiva 14 (27,4%). No grupo controle, 20 participantes tiveram aumento do escore de depressão (34,4%).

Alguns participantes mantiveram os níveis iniciais e finais de ansiedade iguais, no grupo experimental (composicional) isso ocorreu em 18,8%, no grupo experimental (*songwriting*) 21,1% e no grupo experimental de musicoterapia receptiva isso ocorreu em 11,7%. No grupo controle 13,79% não apresentaram alterações nos níveis iniciais e finais no escore de ansiedade. No escore de depressão isso aconteceu com 11,3% dos participantes do grupo experimental de MT composicional, 15,38% do grupo MT songwriting e 13,7% do grupo de MT receptiva. No grupo controle isso ocorreu com 24,1% dos participantes.

Pela comparação dos escores de Ansiedade e Depressão dos grupos nos períodos pré e pós-intervenção, podemos afirmar que houve um impacto positivo da musicoterapia nesses pacientes.

Por fim, considerando ansiedade ou depressão (pontuação de corte HADS $\geq$  9) como variáveis binárias (sim/não), a proporção de pacientes que apresentavam ansiedade ou depressão pré intervenção e deixaram de apresentar após a intervenção foi significativamente maior apenas no grupo de MT receptiva ( $p = 0,02$  e  $0,01$  para ansiedade e depressão, respectivamente) (Tabela 7).

Tabela 7 - Comparação entre o número de pacientes com ansiedade e depressão antes e após intervenção nos grupos de MT e controle

Pré \ Pós	Composicional MT (n=53)		<i>p</i>	Songwriting MT (n=52)		<i>p</i>	Receptiva MT (n=51)		<i>p</i>	Controle (n=58)		<i>p</i>
	Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não	
HADS-A $\geq$ 9												
Sim	21	1	0.72	21	3	0.15	17	6	0.02	13	02	0.29
Não	1	30		0	28		0	28		0	43	
HADS-D $\geq$ 9												
Sim	14	0	0.15	13	4	0.08	11	7	0.01	13	0	NA*
Não	3	36		0	35		0	33		0	45	

\* A estatística não pode ser calculada porque há poucos casos de sucesso e/ou fracasso.

## 5.2. Resultados qualitativos

### 5.2.1. Questionário

O questionário foi preenchido logo após a sessão de musicoterapia por todos os participantes (Anexo E).

Em relação à primeira pergunta, “Como você se sentiu participando do grupo de musicoterapia?”, todos os pacientes afirmaram ter se sentido bem.

Como resposta à segunda pergunta “A sessão de musicoterapia ajudou você a se sentir melhor?” 100% dos pacientes responderam que sim.

A terceira questão era aberta, “Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre o grupo de musicoterapia?”. O participante optou por deixar ou não algum comentário

por escrito sobre o grupo de musicoterapia. Dos 222 participantes da pesquisa, 98 optaram por deixar comentários (33 do composicional, 43 do grupo de musicoterapia songwriting e 22 do grupo de musicoterapia receptiva) e 63 optaram por não escrever comentários; os 61 restantes integraram o grupo controle e, portanto, não preencheram esse questionário.

Apesar dos participantes terem sido avisados para não colocar seus nomes nos questionários muitos optaram por se identificar, afirmando terem se sentido muito bem e muito à vontade e que ficavam felizes em assinar seus depoimentos. Todos os comentários em relação ao grupo de musicoterapia foram positivos. Vários participantes sugeriram que a sessão de musicoterapia poderia acontecer mais vezes e que poderia durar mais tempo, deixando claro que para os pacientes a atenção e o cuidado com os aspectos psicológicos foi tão importante quanto os cuidados com as questões físicas e que existe uma necessidade de ser tratado como um todo no hospital.

### **5.3. Entrevista**

As entrevistas seguiram um roteiro de perguntas (Anexo F), que consistiu somente em uma estrutura básica, que foi ampliada sempre que possível, a partir das colocações dos próprios pacientes. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

A partir da leitura das entrevistas e dos comentários escritos deixados nos questionários notamos que alguns tópicos apareceram de modo recorrente. A análise desse material será apresentada a seguir.

### **5.4. A musicoterapia como cuidado**

A musicoterapia pode ser utilizada como uma ferramenta para o cuidado centrado no paciente, estando inserida na equipe de saúde multidisciplinar e multiprofissional.

Durante o trabalho com os pacientes obtivemos o material qualitativo dessa pesquisa, constituído pelos comentários escritos provenientes dos questionários e pelas narrativas obtidas da transcrição das entrevistas dos pacientes. Na análise qualitativa, esse material foi lido e relido inúmeras vezes a fim de nos apropriarmos de seu conteúdo, técnica que é classicamente denominada de “impregnação”. Após

as leituras percebemos que alguns temas eram recorrentes ou bastante significativos no contexto da pesquisa e assim classificamos o conteúdo desse material em cinco categorias (Quadro 1) que nos ajudam a compreender o efeito da musicoterapia nesses pacientes durante o período de hospitalização.

Quadro 1 - Descrição das categorias analíticas do estudo

<b>Categoria analítica</b>	<b>Descrição</b>
Efeitos terapêuticos	Conteúdos que expressam mudanças relativas à percepção de sintomas, da situação ou de perspectivas.
Bem-estar	Conteúdos que expressam sentimentos positivos que se relacionam com distração, entretenimento.
Realce da identidade	Conteúdos relacionados à identidade e autonomia, que incluem também as preocupações com questões externas ao hospital.
Reconexão com a família	Conteúdos que expressam situações de vinculação familiar e de restauração de vínculo.
Efeito lúdico	Conteúdos que expressam conexão com o outro, contato intersubjetivo, pertencimento, como resultados da simbolização por meio da experiência artística.

Quadro 2 - Conteúdo verificado nos comentários (questionário) relativos à cada categoria analítica

<b>Efeitos terapêuticos</b>	<b>Bem-estar</b>	<b>Realce da identidade</b>	<b>Reconexão com a família</b>	<b>Efeito lúdico</b>
mudança do estado emocional	recreação/ diversão/ descontração	visão de si próprio como ser humano e não como paciente	recordações da infância/ família/ pais	interação com o grupo/troca
alívio	sensação de leveza/tranquilidade	Possibilidade de fazer algo/ criar	lembranças	criação de vínculos
vontade/ renovação de forças	sensação de estar em outro lugar, esquecimento do fato de estarem no hospital	autoestima	retorno à infância/juventude	espaço seguro de fala e escuta
diminuição da tensão	Sensação da passagem do tempo ser mais rápida	preocupação com a família		contato intersubjetivo
confiança no futuro	experiência agradável/felicidade	possibilidade de dar opinião		
livre expressão/ comunicação	conforto/acolhimento			
	surpresa boa			
	distração, esquecimento dos problemas			

Quadro 3 - Conteúdo verificado nas narrativas relativos à cada categoria analítica

<b>Efeitos terapêuticos</b>	<b>Bem-estar</b>	<b>Realce da identidade</b>	<b>Reconexão com a família</b>	<b>Efeito lúdico</b>
mudança do estado emocional	sensação de leveza/tranquilidade	visão de si próprio como ser humano e não como paciente	retorno à infância/juventude	contato intersubjetivo
vontade/renovação de forças	conforto/acolhimento	possibilidade de fazer escolhas	lembranças	interação
diminuição da tensão	sensação de estar em outro lugar, esquecimento do fato de estarem no hospital	Liberdade de ser ela mesma		pertencimento ao grupo
confiança no futuro	Sensação da passagem do tempo ser mais rápida	Possibilidade de fazer algo/criar		criação de vínculos
mudança de sintomas	surpresa boa	preocupação com a família		espaço seguro de fala e escuta
observação da mudança no outro	distração, esquecimento dos problemas			
autorreflexão	recreação/ diversão/ descontração			
	experiência agradável/ felicidade			



### 5.4.1. Efeitos terapêuticos

Nessa categoria consideramos como efeitos terapêuticos os conteúdos que expressam mudanças relativas à percepção de sintomas, da situação de saúde e de perspectivas em relação a ela.

A doença e a hospitalização podem ser percebidas como situações de ameaça à integridade física e à própria vida. Para que essas experiências sejam vivenciadas de modo menos traumático é importante que exista um espaço para elaboração desses sentimentos e, em decorrência, a transformação simbólica dessa realidade.

As sessões de musicoterapia consistiram em um espaço terapêutico, que permitiu e ajudou na elaboração desse adoecer por parte dos pacientes.

Segundo Winnicott (1975) todo ser humano vivencia uma tensão em relacionar a realidade interna com a externa, mas que um alívio para essa tensão viria do que ele chamou de área intermediária, como por exemplo as artes e a religião. Esta área do psiquismo é considerada pelo autor como uma continuidade direta da área do brincar da criança.

A seguir algumas declarações dos pacientes nas quais observamos como essas transformações ocorreram.

- Alívio:

*O grupo de musicoterapia foi uma experiência muito boa que proporcionou para mim um **estado de alívio, tranquilidade e paz dos sentimentos que estavam me perturbando naquele momento**, referente à fase que estou vivendo.*

- Diminuição da tensão:

*É um momento de interação com os outros pacientes e **envolve sentimentos reprimidos** durante e fora da internação, que temos a **oportunidade de expor e esquecer o sofrimento**.*

- Mudança no estado emocional:

*Gostaria que tivesse mais vezes ou mais tempo. Quando me vi na sala fui na expectativa de algo para me distrair, mas lá, não só me distraí como participei de algo*

que **me tirou uma angústia**. Trato do corpo e a Musicoterapia tratou de minha vontade e mente.

É muito difícil lidar com a nossa dor e com a dor do outro, mas quando a gente consegue externar essas coisas, **quando a gente consegue tirar esses nozinhos, eu acho que é muito mais fácil para você se tratar**.

Aquela senhora, ela se sentiu bem, ela deu uma animada, você vê nos olhos dela, a hora que ela sentou do meu ladinho lá, você vê a animação, entendeu?

Deu para perceber pelas outras pessoas, que não é uma coisa só minha, mas todos que estavam aqui se iluminaram com o evento que aconteceu.

Nas duas últimas narrativas a observação de participantes sobre sentimentos dos outros.

- Facilitador na mudança de sintomas:

Foi bom e principalmente tirou **toda essa tensão hospitalar**, mesmo. Tanto que eu **consegui me alimentar, eu não tinha conseguido almoçar antes**. E a hora que eu saí de lá da MT eu saí pensando em comida, quero comer. Quero comer, rs. E aí já pedi comida, já comi, já jantei. Agora já chegou mais comida ainda, e vou comer também, risos.

Aqui o participante não tinha fome e após a sessão tinha fome e vontade de comer.

Eu tenho medo de ficar dentro de um aparelho muito fechado, então eu voltei do exame meio tensa, porque eu achava que eu não ia conseguir fazer o exame e eu sei que esse exame é muito importante. **Eu voltei de lá tensa, voltei de lá com dor de cabeça...** porque você fica nervosa, não tem como, né? E quando você apareceu que você veio aqui, você veio com essa leveza que você trouxe, a calma, levou a gente lá pra sala, falou de coisas boas, ouvimos música. **Me trouxe calma, passou a dor de cabeça**. Pra mim me acalmou, muito, me deixou mais leve, bem mais leve. Me deixou calma, **meu coração estava aceleradíssimo, então meu coração acalmou**.

Nessa narrativa a mudança em sintomas físicos fica bem evidente, a dor de cabeça que passou e o coração acelerado que voltou ao normal.

***Eu estava estressada hoje. Eu tenho um tumor de hipófise, que já me dá nervoso, porque ele solta um hormônio lá que... ah... que acontece uma coisa, eu me perco um pouco, mas só que depois eu procuro voltar, e **você me fez voltar rápido sem eu me esforçar**. Equilibrei sem ter que tá fazendo toda aquela... mentalização, “eu tenho que me acalmar, tem que tirar essas borboletas, tenho que me acalmar, nada aconteceu, tá tudo certo”... eu faço esse exercício comigo, vou fazendo esse exercício e volto mas você fez eu voltar sem isso.***

***Saúde. Vou repetir novamente, **saí daqui (do quarto) com uma pressão alta, dor de cabeça, e cheguei aqui estava... normal.*****

- Facilitador no resgate da vontade, renovação de forças:

***Então eu saí de lá eu **tive de tomar medicamento já não foi a mesma coisa de ter só tomado medicamento sem ter essa parte leve antes, sabe. Tirar esse peso das costas e depois enfrentar um tratamento é completamente diferente** do que só enfrentar de frente assim.***

- Autorreflexão:

Segundo Stern (2007) a intersubjetividade e a interação social são muito importantes para o surgimento do que ele chamou de consciência reflexiva, para ele “a ideia de uma consciência reflexiva como originária da interação social não é nova, alguma forma de um ‘outro’ é sua característica fundamental”.

Os efeitos terapêuticos que apareceram como transformações e mudanças também se devem ao surgimento dessa consciência reflexiva, que é um dos aspectos positivos proporcionados pelo grupo de musicoterapia, a questão do coletivo, do grupo foi muito importante nesse ponto. Como podemos observar a seguir, a musicoterapia ajudou esses pacientes no processo de elaboração da doença e da situação de hospitalização.

(...) **muda** alguma coisa na gente, faz com que você **comece a ver diferente**, até às vezes até mesmo o problema que você está passando.

Eu acho que não é só o fato de mudar o foco, **é sentir diferente. Se sentir... diferente. (...) muda o nosso pensamento, muda seu hoje, sua forma**, acho que você **muda até o jeito de você estar no hospital**.

Quando você me convidou, que eu estava lá no meu leito, pra mim já foi diferente. Quando eu participei e percebi do que era, aí... inclusive até **me abriu outro horizonte, de enxergar outras coisas até diferente**.

No meu caso particularmente eu acho que foi a **reflexão**, que aquele momento da segunda música, eu realmente , o que eu vi eu coloquei no desenho, tentei me expressar ali, eu me vi assim, com muitas possibilidades, porque a gente fica fechada, então parece que vai migrando tudo, as coisas (...) parecem que estão paradas lá fora, mas não, quem está parado esperando o momento certo é aqui, então diante daquele momento eu vi que **eu tinha possibilidades** (...), então achei muito importante, gostei bastante.

Nessas quatro falas observamos claramente a mudança no modo de sentir a realidade, se sentir diferente, ver as coisas de um jeito diferente, uma elaboração da realidade.

Eu estava desanimado, eu estava triste mesmo sabendo que eu estou indo pra casa. Sim, estou feliz, mas eu sei que eu vou voltar, não acabou, eu ainda tenho mais duas cirurgias pra fazer, não acabou. Você tirou a minha depressão que eu estava, que eu sou alegre, eu sou feliz, eu gosto de brincar, de zoar, mas **eu estava necessitado naquele momento de algo que eu não sabia o que era**. Olha o ânimo que eu estou, você já me pegou andando, já me pegou em outros lugares, se não eu estaria aqui, e eu **estou refletindo ainda até agora naquele chorinho**.

Nessa declaração podemos observar que apesar da previsão da alta o paciente relata não ter se animado, pois era conhecedor da realidade de novas cirurgias que

deveriam ser feitas no futuro. Então ele cita a sessão de musicoterapia, na qual ele recebeu algo que não tinha consciência de que estava precisando, mas que pela sua fala parece que veio a preencher algo, algo mudou dentro dele, e não foi a realidade externa, não ocorreu uma cura da doença, mas aqui vemos claramente uma mudança de perspectiva, que é um dos efeitos terapêuticos da musicoterapia.

Ocorreram mudanças no modo de sentir as coisas, ele cita que gostava de “zoar”, “brincar”, mas que não estava mais sentindo essa vontade, entretanto isso lhe foi restituído na sessão de musicoterapia, antes ele estava no quarto, parado, no escuro, depois foi para “outros lugares”, andar, passear fora do quarto e encontrar outras pessoas para conversar. Aqui temos uma sucessão de acontecimentos, houve uma autorreflexão, uma mudança de perspectiva e a recuperação da vontade, uma renovação de forças.

#### 5.4.2. Bem-estar

Nessa categoria consideramos sentimentos que se relacionam com a distração, entretenimento. Seguem alguns exemplos.

- Leveza e tranquilidade:

*(...) Acho que a gente fica **mais leve**, principalmente depois que você começa a conversar com os outros pacientes, ver que tem pessoas com problemas similares aos que você tem (...) a atividade em grupo faz com que você tenha esse contato mais próximo.*

*Pela primeira vez me senti dentro de um hospital de **maneira leve** e positiva. A musicoterapia me ajudou a sair desse clima tenso e triste de maneira sutil, sem forçar o bem estar e sem invadir a cabeça do paciente.*

*Eu me senti **mais leve** (...) que eu estava mais angustiada no quarto, aí me senti **mais leve, mais tranquila** um pouquinho...**mais em casa** (...)*

Essa sensação de leveza provavelmente surgiu em decorrência da diminuição da ansiedade. Na primeira narrativa o grupo é citado como um fator positivo. De acordo com Stern (2004) a ausência de contato intersubjetivo gera ansiedade,

segundo ele “a orientação intersubjetiva é uma necessidade básica no contexto do contato social direto”. O fato de sentir-se sozinho, da solidão psicológica se relaciona com a falta de experiências intersubjetivas. Nesse sentido, uma vez que a musicoterapia facilita o contato intersubjetivo podemos relaciona-la à diminuição da ansiedade.

- Felicidade:

*Foi bom para mim, relaxei e consegui um **momento feliz**.*

- Distração:

*De manhã chorei muito, então pra mim foi muito bom porque assim, saiu um pouco dessa rotina de quarto de hospital... é... sai... daquele ambiente assim um pouco, **distrai a cabeça**, passa um pouco o tempo, você... **foca em outra coisa**, então assim, pra mim foi bom, foi muito bom.*

*Eu achei ótimo, eu **distraí** a cabeça, saí um pouco de dentro do quarto, que eu estava muito preso aqui dentro desse quarto... Então pra mim foi uma **distração** pra mim, estar lá participando e ouvindo os outros colegas meus também se abrindo o que passa pela cabeça deles.*

- Sensação de estar em outro lugar:

*Foi gostoso, eu descontraí, **nem pensei que eu estava no hospital** (risos) que eu estou, eu estava muito tensa mesmo e foi bom pra mim.*

*Foi gostosa essa interação com o pessoal, uma forma de conhecer as outras pessoas que estão aqui dentro, mas volto a falar, eu senti como se eu **não estivesse no hospital** (...) foi muito bom.*

*A MT fez com que a gente **esquecesse por alguns minutos que a gente estava dentro de um hospital**. Nos **transportou através da música para outro lugar...a gente parou de pensar que tá doente, que vai fazer cirurgia...eu pelo menos não pensei. Inclusive em uma das músicas eu pensei que passei, que venci tudo e no final, com um sorriso. Então...foi primordial para mim participar disso aqui, eu espero que aconteçam mais vezes. Tem muita gente que precisa dessa...**quebra de alguns minutos**, não estar nesse estresse, que realmente o hospital, ele é um estresse.***

*Foi um momento que eu fugi do hospital, tirei o foco do hospital, só lembrei que eu estava no hospital quando você ligou a luz de novo, que aí eu olhei, falei “tô no hospital novamente”, aí eu voltei a mim de novo (...).*

- Sensação da passagem do tempo ser mais rápida:

*Você ficou aqui dez, vinte minutos, foi uma coisa que parecia que a gente se conhecia há anos, não é? (após ser informada que a sessão durou 1 hora) Uma hora? Ó, tá vendo? Para mim foram vinte minutos! Foi muito rápido, foi muito bom.*

Nessa narrativa aparece a questão da passagem do tempo. Apesar dos participantes terem sido informados com antecedência sobre a duração da sessão de MT aqui observamos que o tempo do relógio, objetivo, o *chronos* divergiu do *kairos*, que é a representação do tempo subjetivo, como cada um percebe e vivencia o tempo (Ribeiro, 1962). Nesse caso, o fato da sessão parecer ter durado menos tempo pode ser visto como algo positivo, pois períodos de sofrimento tendem a serem percebidos como longos, como algo que demora para acabar, enquanto que momentos alegres e descontraídos são sentidos como muito rápidos e fugazes. O tempo para o paciente hospitalizado demora muito para passar, ele está sempre na espera, esperando um exame, um procedimento, esperando alguém que venha dar banho, esperando a comida, esperando que o médico venha conversar com ele, uma espera onde o paciente não tem nenhum controle sobre a situação. Um tempo de espera é um tempo longo enquanto, que um tempo de socialização, construção de algo, brincadeira é mais curto. A sessão de MT proporcionou para esses pacientes vivenciar um *kairos* de um modo diferente, onde o tempo ao invés de se alongar se encurtou, o oposto do que geralmente acontece em um hospital.

- Surpresa:

*Foi muito interessante e uma grata surpresa. Não esperava que aqui, num hospital público encontraria um grupo de musicoterapia. Além do fato em si que é a recreação, outros aspectos podem ser destacados: a integração entre os pacientes e o ambiente hospitalar, a humanização do cuidar, que se estende para além das informações técnicas.*

*Para mim foi bem relaxante aquilo. Eu **não esperava isso**, para mim foi muito bom, foi uma satisfação.*

- Conforto e acolhimento:

*Eu acho que é muito importante ter o trabalho pra nós que somos pacientes. Sentimos diferente, sentir mais leve... sentir **acolhido**, né? Que é isso que a gente sente, **acolhida**.*

*Eu já gostei porque deu aquele **acolhimento**.*

- Recreação, diversão, descontração:

*Me senti bem **confortável**, que já não é muito fácil em um hospital ficar confortável. Aqui não, não sei se você percebeu que eu sentei na cadeira e fui **deslizando**, não sei se você percebeu. Até fiquei envergonhado uma hora em que olhei para todas as senhoras, todas eretas na cadeira aí eu “eita, só eu que tô deitado”...aí eu ficava ereto, porque realmente fiquei bem tranquilo. Então para mim foi bom.*

Aqui o paciente comenta que estava tão descontraído e à vontade que se sentou de modo bem relaxado, o físico refletindo o modo como ele estava se sentindo.

- Esquecer dos problemas:

*Passar um tempo conversando com pessoas diferentes e assuntos (diferentes) me fizeram **esquecer os problemas** diários.*

*Distrai fazendo **esquecer um pouco o problema** no qual estamos.*

#### **5.4.3. Realce da identidade**

Nessa categoria incluímos conteúdos relacionados à identidade e autonomia, que incluem também as preocupações com questões externas ao hospital.

- Preocupação com a família:

*Eu amei, estava um pouco **preocupada com a minha família**, deu para descontrair bastante e fazer novas amizades. Amei...*



*Eu estou passando por muitas coisas, num é só isso da cirurgia, então... algumas coisas até ajudam, né? Essa semana **meu marido quebrou o braço, tá sem trabalho, ele trabalha por conta própria, né?** Aí já fica difícil.*

*Você **tenta ser forte porque você tem família**, né? Então você tem de ser forte, ainda mais quando você é vista de uma forma diferente: você é forte, ajuda todo mundo...então você não pode desanimar, não pode cair, entendeu? Tem de ser forte, isso que aconteceu comigo, entendeu? Ai só que você olha e fala: “Meu Deus...está tudo desabando”. Mas você tem que... tentar ser forte, que é o que estou fazendo. (...) Por isso que é bom a gente ter essas coisas (a musicoterapia). Ter esse encontro que a gente teve hoje, porque daí é uma alegria, né?*

Na última narrativa, fora a preocupação com a família existe uma cobrança da própria paciente em manter uma aparência de que está bem, mesmo quando no seu íntimo ela sabe que não está, como mostra em sua conversa com Deus. Aparece um certo peso de sentir uma obrigação de estar forte e bem, para manter essa família e como essa sessão de MT foi um espaço de apoio para essa mulher.

- Visão de si próprio como ser humano e não só como paciente:  
(Os pacientes) *não são apenas mais um indivíduo com uma tarja nos pulsos, **somos seres humanos** e tratados como tal, em suas necessidades físicas e também em seus sentimentos. Isto é muito tangível para nós, principalmente nestes momentos de vulnerabilidade física e muitas vezes mental. Deixo aqui meu muito obrigado à iniciativa do Hospital e à Veronique, que nos guiou por este novo olhar médico, terapêutico.*

*Colocar pacientes para interagir entre eles de uma maneira que **não seja em relação ao tratamento e à doença é muito importante** porque a gente se encontra, a gente se vê doente, a gente não fala de outra coisa que não seja isso, a gente não sai desse assunto, **é difícil tirar o paciente dessa realidade**, e eu acho que isso proporciona isso. É muito difícil conseguir tirar um paciente desse estado de se sentir mal, feio, triste e a MT consegue, de uma forma sutil, sem forçar nada. Não é aquele negócio*

de 'vem aqui todo mundo e eu quero que vocês fiquem bem e felizes'. É diferente, para mim foi sensacional.

(...) o importante nesse caso, nesse trabalho que você tá realizando, é que você cria uma socialização e a **pessoa se sente sendo tratada como um ser humano, que tem sentimentos**, né, que tem suas questões, que é visto além de um visão puramente mecanicista, médica, "ah, vamos dar remédio, vamos dar a comida, vamos...", não, é algo muito mais profundo que isso, então há uma humanização do paciente nesse sentido, e qualquer forma de humanização é algo que muitas vezes, é, o paciente não tá acostumado a receber dentro de uma instituição, e isso acho que traz mais confiança pra ele, traz uma questão de se sentir mais confortável em níveis que ele as vezes não tem uma percepção exata, mas que sente, né? No fundo ele tá num ambiente acolhedor, ele tá num lugar onde ele pode se sentir seguro, não só pelos profissionais médicos, né, mas de uma forma respeitosa e com carinho.

De acordo com Stern (2004) a identidade humana precisa sempre receber informações de uma "matriz intersubjetiva", caso contrário ela se dissolve ou se desvia do que seria o esperado.

- **Autonomia:**

Porque a gente acha que acontece com todo mundo, menos com a gente, né? Quando a gente está na situação, aí **a gente vê que não é inabalável (...) a gente é quebrável.**

O fato de eu **ter de ficar sentada** na cama. Há uma cama (...) é difícilíssimo.

Nessas narrativas observamos o sentimento de perda da autonomia. O doente tem a sensação de que a partir do próprio corpo está deixando de ser dono de si mesmo (Botega, 2017).

- **Autoestima:**

É muito difícil. Se olhar no espelho e ver que você não está bem, que não está perfeita, que está com mudanças no seu corpo, mudou, mudou toda a sua vida. Mudou tudo

*em mim. Eu estou com outra pele, com outra forma de cabelo. (...) Então, sua autoestima vai lá embaixo.*

Aqui observamos o impacto da doença na aparência do corpo, alterações sobre as quais o paciente não tem controle, existe uma perda de autoestima, essa alteração física pode também gerar questões de identidade, uma vez que essas alterações comprometem a imagem corporal. Em decorrência do processo de hospitalização e da doença podem ocorrer alterações da imagem corporal (Brandão et al, 2004), que não é a forma concreta do corpo, mas um conceito que envolve as representações que o indivíduo tem sobre esse corpo, envolvendo aspectos subjetivos (Baratto et al, 2013).

*Essas sessões nos ajudam a nos manter bem e levanta a nossa autoestima.*

Nessa narrativa a sessão de MT é vista como uma ajuda na melhora da autoestima.

- Possibilidade de fazer escolhas, de ser ela mesma:

(No hospital) **ninguém pergunta como você está**, só pergunta: “Dormiu bem? Fez isso? Tomou banho?” É meio robotizado, né? Não sei se essa é a palavra certa, mas é mais ou menos isso, né? Robozinho, que nem as gravações quando ligam para você de telemarketing. Você (se referindo à musicoterapeuta) não (...) você deixa a gente à vontade para falar o que sente, o que quer...”

- Possibilidade de fazer algo, criar, ter autonomia sobre sua criação:

*Me animou. Aquela música que a gente inventou (risos), foi bom, gostei.*

*Gostei muito da questão do desafio de fazer a música, porque a música para mim era impossível de fazer, porque eu não tenho muita criatividade, (..) difícil de ter criatividade, mas em conjunto a música foi nascendo, né? E foi muito legal, uma música que teve sentido, teve início, meio e fim, falando das coisas que a gente estava sentindo.*

*Eu achei que não ia rolar aquela música de jeito nenhum (risos), e é muito gostoso você ver que todo mundo se envolve porque todo mundo quer aquele resultado legal, né?*

*Eu gostei da parte de **fazer a música**, que a gente teve de tentar de desdobrar para fazer os sons do desenho virarem alguma coisa musical, (...) para **construir** em cima daquilo.*

No ambiente hospitalar cabem poucas escolhas aos pacientes, eles devem seguir horários e rotinas do hospital. Como agravante muitas vezes devido à doença existe também uma perda de autonomia em relação aos cuidados básicos com o próprio corpo, em situações nas quais não é possível fazer a própria higiene pessoal. Essa perda de autonomia tem um impacto na autoestima do paciente, que apesar de ter sua vida, sua profissão, nesse momento se vê incapaz de realizar atividades que antes eram simples em seu cotidiano. Segundo Botega (2017) a doença e a hospitalização geram um certo grau de dependência, que causa uma regressão, sendo nesse cenário considerado normal. Entretanto essa regressão não deve se prolongar durante o tratamento, não devendo ser alimentada pela equipe de saúde e familiares, que muitas vezes passam a tratar o paciente de modo infantilizado. Nesse contexto é importante que existam espaços onde escolhas possam ser feitas ajudando o paciente a equilibrar esses sentimentos, adotando uma posição menos passiva.

#### **5.4.4. Reconexão com a família**

Nessa categoria estão incluídos conteúdos que expressam situações de reconexão familiar e de restauração de vínculos.

- Recordação dos pais

*Na moral eu amei, me senti muito bem pelo fato da música, mesmo sem letra fez com que eu tivesse **boas lembranças do meu querido e amado pai**. Se possível queria que tivesse bis. Obrigada de verdade Veronique*

*Eu me senti bem, consegui **lembrar do meu pai**, senti uma paz no coração. (o pai desse paciente havia falecido há um ano).*

*Hoje eu tive a **lembrança maravilhosa** que foi do meu **pai**. Foi de trinta e poucos anos, mas foi a lembrança maravilhosa que eu tive com a música. Eu acho que as pessoas deviam participar e pegar lá do fundo aquelas lembranças gostosas que estão guardadas e o pessoal fecha a sete chaves.*

- Retorno à infância, juventude:

*Eu me descontraí... aquela música que você colocou me **lembrou dança, da época que a gente dançava** todo mundo junto, sabe? Na casa do meu sogro, era muito bom, então foi uma coisa assim que me descontraí bastante. É... felicidade.*

*Me senti criança e amei as pessoas desde a abordagem!!!*

- Lembranças:

*Você volta um pouquinho as suas **lembranças**, os momentos bons, os momentos mais chatos, os momentos legais, é bom...*

Nesses trechos os participantes relatam lembranças de um período no qual sentiam-se bem, eram felizes e saudáveis. Alguém cuidava deles, tinham controle dos seus corpos que dançavam, recordações de um período sem muitas preocupações. Observamos aqui também a questão da regressão que, para Winnicott (2000a), significa uma regressão à dependência, indicando o contrário de progresso. Para ele a regressão pode ser necessária em períodos de curta duração, sendo normal e saudável, pois é uma defesa do indivíduo contra o que chamou de “falhas ambientais”. Essa regressão cria um “congelamento da situação da falha”, assim existe uma esperança, que pode ser inconsciente ou consciente, de que no futuro haverá um novo ambiente que possibilitará que essa situação seja descongelada e vivida, “(...) como se houvesse uma expectativa de que surjam condições novas” (Winnicott, 2000b, p. 378). Esses episódios de congelamento acontecem muitas vezes durante da vida, devido a muitos fatores, dentre eles os cuidados recebidos durante uma doença física. Desse modo essas lembranças podem ser vistas como uma fuga do momento da doença, da maturidade com responsabilidades para um momento de acolhimento, de colo, da infância ou juventude, no qual recebem cuidados de figuras paternas, ocorre uma regressão, um “congelamento da situação da falha”, no caso o

momento da doença, até que a situação da saúde se reestabeleça e que exista um ambiente mais propício para um “descongelamento”.

- Situação de restauração:

*Dezoito anos que eu não encontrava minha família, agora se eu for embora eu vou tranquilo que eu já encontrei todo mundo. Vou ficar com pena da minha neguinha (...) ela vai ficar sozinha.*

#### 5.4.5. Efeito Lúdico

Winnicott (1975) afirma que, além dos conceitos de mundo interior e exterior, precisamos de um terceiro conceito, que ele chamou de “área do brincar” ou “espaço intermediário”, e Stern (2004) de “espaço de convivência” ou “espaço intersubjetivo”. Para esses autores a transformação simbólica da realidade ocorre por meio desse brincar do adulto, uma atividade interpessoal que envolve e requer a presença de pelo menos duas pessoas cujos “olhares” mútuos para a mente um do outro permitem que a intersubjetividade possa acontecer.

Se para Winnicott (1975) a psicoterapia acontece na sobreposição de duas áreas do brincar (paciente e terapeuta), podemos dizer que a musicoterapia também age nesse mesmo espaço e que, no adulto muda somente o modo em como esse brincar se manifesta. O brincar e a intersubjetividade são conceitos estreitamente relacionados. Ainda segundo o autor (1975) o brincar é muito importante devendo ser visto e valorizado como algo em si mesmo.

- Interação, troca, contato intersubjetivo

*E eu queria estar com a minha família num momento de paz, também, alegria, me divertindo, brincando com meus netos, que é o que eu faço... estar com meu marido, com meus filhos, que é o que a gente faz nos finais de semana... então ela [colega do grupo de MT] (...) falou isso, “ai eu pensei a mesma coisa que você”, mesmo que a gente tenha passado por papéis diferentes, mas... **pensamos a mesma coisa**, momentos de paz, alegria, felicidade... que aposto que foi **a mesma coisa que ela sentiu**.*

*O grupo sempre facilita, nós somos seres sociais. Eu sou péssimo para falar (...), quando você está em grupo, o grupo cria uma egrégora, você entra nessa egrégora, né? Mesmo que você não esteja falando palavras, mas você está participando com a sua energia, com a sua intenção, com o seu olhar, com o seu sentimento, você está lá presente, né?*

O grupo para os pacientes, além de ser um facilitador, pois divide o foco entre os participantes fazendo com que até os mais tímidos se sintam mais à vontade, é uma valiosa ferramenta que ajuda a estabelecer um contato intersubjetivo. Nesta última narrativa fica claro que existem muitos modos de participar, mesmo sem palavras, existe uma comunicação, existe algo subentendido, uma espécie de troca.

- criação de vínculos, novas amizades:

*Pelo fato de ter uma rotina aqui que é bem estressante, **não tem vazão**, assim que você possa falar “vou ali naquele cantinho, eu vou ali”, não tem. Ali onde é aquele barulho, não dá para ficar, só se você estiver morrendo de calor mesmo para ir lá fora, eu acho que o benefício é esse, é a conversa, é **conhecer quem está aqui dentro junto com você** (...) você até cria um **vínculo**.*

- espaço seguro de fala e escuta

Esse espaço seguro do grupo possibilitou o contato intersubjetivo e, segundo Stern (2004), sem esse contato surgem os mecanismos de defesa e a ansiedade, que ele chama de *ansiedade intersubjetiva*.

*Eu percebi que as vezes **naquela brincadeira** você **descobre** mais coisas que um médico passa anos com você, ou marido, ou esposa, e não vai saber nunca. Nunca, porque através de muitas coisas é igual brincar, **através de uma palavra, uma brincadeira, você está falando a verdade**, você está falando sério, você está **falando o que você quer**.*

*Eu fui com o intuito de ter música, entendeu? De cantar, de fazer arte mesmo, que eu sou uma criança arteira, peralta. Eu fui nesse intuito, mas na hora que cheguei*

não era isso, **era uma coisa mais séria, mas gostosa!** Séria, mas gostosa, responsável...(...) É, eu gostei, teria de ter mais vezes.

A gente já está tão exposto como paciente, que a questão de **falar das emoções da forma lúdica** como foi, da gente estar **usando a música**, tudo isso de certa forma **suaviza, alivia**, você poder estar falando o que está sentindo, como está se sentindo, sem ficar naquela agonia, naquela ansiedade, naquela coisa, sabe?

O que é mais gostoso na vida do que se sentir criança? Não é? Pelo menos eu acho que as pessoas quando se sentem na infância, elas se transportam para um lugar bom, né? **De brincadeira.** (...) Então essa coisa de **trazer a criança**, eu acho que é muito bom. É uma terapia, né?

Pra mim foi bom, **um momento que você pode desabafar**, você pode por para fora, **chorar...né**, coisas que a gente fica **guardando...para mim foi bom.**

A gente passa vinte e quatro horas dentro do hospital, dessas vinte e quatro horas **eu não estou o tempo todo tomando remédio**, eu não estou o tempo todo numa cirurgia, não estou o tempo todo no banheiro, não estou o tempo todo numa cama. **Poderia ter mais tempo** (de MT). Três dias, mais vezes na semana. (...) Isso é muito bom.

Segundo Stern (2004) fora a linguagem verbal, o ser humano possui um amplo e especializado repertório de expressões faciais e vocais que agem dentro do grupo nessa relação intersubjetiva, sendo algo muito mais sofisticado do que uma simples tradução de sinais, ultrapassando o que seria uma simples comunicação instrumental. Um dos significados da intersubjetividade é a capacidade de estabelecer inferências sobre as intenções e sentimentos dos outros; isso envolve a capacidade de “leitura” de estados mentais, o que nos remete ao conceito de empatia (Coelho Junior; Figueiredo, 2004). Assim o grupo possibilita o brincar que ajuda no contato intersubjetivo, que por sua vez possibilita transformações e mudanças de perspectiva. A experiência intersubjetiva possibilita uma autorreflexão. O fato desses pacientes terem compartilhado a experiência do grupo de musicoterapia, de se enxergarem



como um grupo, permitiu a vivência de pertencimento a algo, que é algo bastante importante para o ser humano. Portanto, podemos afirmar que o aspecto lúdico no grupo de musicoterapia foi um fator decisivo no aparecimento da intersubjetividade e, portanto de grande importância na criação desse espaço terapêutico, que deu condições para transformações, mudanças de perspectiva e até de sintomas, relacionando-se portanto com as demais categorias descritas anteriormente.

### **5.5. Músicas e sensações**

De acordo com as falas dos pacientes durante as sessões a primeira música ouvida de modo geral transmitiu alegria, sendo descrita como uma composição que transmite positividade, sendo que as imagens predominantes evocadas por ela foram: pessoas dançando, lembrança dos tempos da juventude e/ou infância.

Para a maioria transmitiu algo positivo e animado, trazendo boas lembranças. Foi percebida pelos pacientes como algo familiar, muito próximo de seus mundos, provavelmente por estar ligada a aspectos culturais do Brasil. Esse aspecto familiar foi responsável por uma sensação de tranquilidade por ser algo, de certo modo, conhecido.

Já a escuta da segunda música trouxe como principais metáforas “espaço” e “planar”. O conteúdo emocional percebido foi de tranquilidade, reflexão, podendo ser descrito como algo amplo, espaçoso. Todos esses elementos contribuíram para a sensação de algo que se amplia, que leva para cima, que faz flutuar.

Quanto aos aspectos não musicais, as duas músicas transmitiram mensagens diferentes: enquanto a primeira remeteu à tempos antigos, avós dançando, juventude e alegria, a segunda passou a sensação de elevação, de flutuar, sendo percebida como um convite à reflexão.

### **5.6. Interpretação dos Desenhos**

Os desenhos do grupo de musicoterapia receptiva foram analisados pela psicóloga da equipe (Marlene Inácio) e os conteúdos que apareceram com maior frequência foram a necessidade da figura materna ou parental e o otimismo. Seguidos por medo da morte, dificuldade de se expressar e de se relacionar, depressão, necessidade de proteção, defesa pela fantasia, carência afetiva, conflitos

relacionados com o corpo, sofrimento, defesa pela racionalidade, vínculo familiar, cansaço, desconexão, angústia, desejo de vida, impotência, produtividade, agressividade, desorganização. Interessante notar que o otimismo apareceu com grande frequência, é possível que a sessão de musicoterapia tenha tido uma influência positiva nesse item. A seguir três exemplos das interpretações dos desenhos, citando o impacto da sessão de MT, todos os nomes dos pacientes são fictícios.

Desenho 1 - Enrico, paciente com 38,7 anos, diagnóstico de neoplasia endócrina múltipla tipo I



O desenho demonstra que a música trouxe força, confiança e esperança. Aparecem o passado, o presente e o futuro. Ele acredita que vai ficar bom, demonstra confiança no futuro, positividade, expressa contato com a realidade com possibilidade de vencer.

Desenho 2 - Alan, paciente com 57,2 anos, diagnóstico de neurofibromatose familiar



O desenho mostra que a sessão de musicoterapia trouxe conforto para ele. Também mostra a necessidade da figura materna e a necessidade de cuidados. O bichinho representa o paciente, a lagarta, a doença. Existe uma rotação no desenho que indica uma questão neurológica, mostra a patologia.

Desenho 3 - Márcia, paciente com 75,5 anos, diagnóstico de bócio multinodular atóxico, hiperparatireoidismo primário sintomático



Durante a sessão de MT conseguiu se expressar, se sentiu livre. A cor amarela indica a necessidade de se relacionar. O desenho demonstra que ela é uma pessoa com dificuldades em se relacionar, não dá vazão às emoções, muito retraída, se controla muito, se sente presa, oprimida (desenho todo fechado) e se apega à religiosidade como forma de cura.

### 5.7. Aspectos negativos da hospitalização

Nas sessões de MT songwriting foram levantados aspectos positivos e negativos da hospitalização, que poderiam ser objetivos e subjetivos. A seguir apresentamos todos os pontos declarados pelos pacientes.

Alguns desses aspectos negativos se relacionam com o ambiente hospitalar e dessa forma podem ser melhorados. Tendo isso em mente fizemos uma lista com os principais itens citados e esta foi encaminhada ao NTH - HCFMUSP, com esperança de que alguns desses aspectos possam ser resolvidos ou minimizados, na medida do possível.

Tabela 8 - Aspectos negativos da hospitalização relativos ao ambiente

aspecto negativo	detalhamento	n de grupos que citaram o problema
sala 2	espera antes da admissão, falta de informações, informações erradas, mau-humor dos atendentes, falta de educação, desorganização	8
comida		6
barulho externo	caldeira	5
falta de privacidade	vergonha, exposição	4
prédio muito fechado	sensação de aprisionamento	3
calor	quarto muito quente	3
pijama		3
tratamento frio	automatizado	3
demora, fila exames		4
aspecto visual	ambiente frio	1
barulho interno	produzido pela equipe	1
alteração da data de internação		1
indefinição com as datas dos exames		1
falta de atenção aos aspectos psicológicos por parte dos médicos		1
falta de apoio/respaldo para a vida real		1
falta de visão holística do paciente		1
falta relacionar a alimentação com os efeitos sobre a saúde	bolacha de farinha branca, arroz branco, carne vermelha	1
frigobar quebrado		1
horário de visita		1
falta de um espaço de socialização para os pacientes		1
cheiro de esgoto que vem do banheiro		1
divergência nas informações recebidas na enfermaria		1

Tabela 9 - Aspectos negativos gerais da hospitalização citados pelos pacientes

aspecto negativo	n de grupos que citou o aspecto
saudade (família, animais)	14
ansiedade	8
sala 2	8
medo	7
comida	6
preocupação (saúde, família, animais)	6
barulho externo (caldeira)	5
tédio, vontade de dormir, desânimo	5
demora, fila para exames	4
vergonha, exposição, falta de privacidade	4
ambiente frio, falta de acolhimento	3
lugar fechado, sensação de prisão	3
pijama do hospital	3
calor	3
angústia	3
solidão	2
dor (procedimentos)	2
falta de previsão/ indefinição das datas de exames	2
afastamento da rotina (trabalho, estudo, casa)	1
o tempo demora para passar	1
tempo perdido	1
falta de liberdade	1
muito silêncio	1
tristeza	1
saudades de cozinhar	1
longa duração do tratamento	1
frustração	1
impotência	1
alteração da data de internação	1
falta de atenção aos aspectos psicológicos por parte dos médicos	1
frio	1
dividir a TV	1
frigobar quebrado	1
fome	1
falta de apoio/respaldo para a vida real	1
vontade de ir embora	1
“aperto” no coração	1
distância	1
falta de visão holística do paciente	1
falta relacionar a alimentação com os efeitos sobre a saúde	1
barulho interno (equipe)	1

continua

aspecto negativo	n de grupos que citou o aspecto
horário de visita restrito	1
falta de um espaço de socialização para os pacientes	1
falta de atividade física	1
cheiro de esgoto que vem do banheiro	1
divergência nas informações recebidas na enfermaria	1
	conclusão

Tabela 10 - Aspectos positivos gerais da hospitalização citados pelos pacientes

aspecto positivo	n de grupos que citou o aspecto
equipe (educada, empática, atenciosa, cuidadosa, preocupada, dedicada)	19
solução, alívio	8
tratamento bom (aspecto técnico)	7
comida	7
conhecer histórias de outras pessoas ajuda a dar força, contato com outros pacientes	6
higiene, limpeza	5
acolhimento	5
confiança, segurança no hospital	5
organização	4
musicoterapia	4
estar cuidando da saúde	3
estrutura física da enfermaria, ambiente claro	3
amizade, solidariedade	3
esperança	3
telefonemas, apoio, atenção em geral de amigos, família, pessoas de fora	2
pós cirúrgico	2
melhora da saúde	1
visitas	1
cama boa	1
descontração	1
boa comunicação da equipe	1
frigobar	1
televisão	1
livros	1
chuveiro	1
ganhou kit de higiene	1
ter a vaga para internação	1

## 6. DISCUSSÃO

---

A musicoterapia está inserida em um conjunto de práticas que contemplam sistemas de saúde complexos e recursos terapêuticos, denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa (MT/MCA) (World Health Organization, 2002).

Esses sistemas e recursos buscam estimular os mecanismos naturais para prevenção de agravos e na recuperação da saúde, fazendo uso de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e com a sociedade, baseando-se em uma visão ampliada do processo saúde-doença e na promoção global do cuidado humano. (Ministério da Saúde, 2015).

Há na literatura poucos estudos utilizando a musicoterapia *single session* envolvendo participantes com diagnósticos diversos. Nosso trabalho teve como objetivo verificar os efeitos da musicoterapia *single session* na redução da ansiedade, estresse e na melhoria do bem-estar de pacientes adultos com diferentes endocrinopatias, internados em uma enfermaria de endocrinologia.

Com base na análise dos escores da HADS pudemos verificar que as sessões de musicoterapia tiveram um impacto positivo na diminuição dos níveis de ansiedade e depressão desses pacientes, sendo estatisticamente significativa a diminuição nas médias dos escores de ansiedade (grupo de musicoterapia receptiva) e depressão (grupo de musicoterapia receptiva e songwriting). O grupo de musicoterapia receptiva foi o que apresentou melhores resultados quando comparado aos outros, o que corrobora com a ideia de que pacientes adultos hospitalizados geralmente preferem intervenções receptivas de musicoterapia (Chaput-McGover; Silverman, 2012; Crawford; Hogan; Silverman, 2013). Entretanto o grupo de musicoterapia songwriting teve um resultado bem próximo a esse, assim podemos afirmar que propostas ativas bem equilibradas, capazes de engajar o paciente, mas sem exigir tanto deste, tanto no aspecto emocional quanto cognitivo, podem ser uma boa opção para o ambiente hospitalar. Apesar das diferenças entre os grupos experimentais, constatamos que todos os grupos de musicoterapia apresentaram uma diminuição estatisticamente significativa no escore total da HADS.

Se considerarmos que o período médio de internação na Unidade de Endocrinologia é inferior a uma semana e que a segunda HADS foi preenchida no dia



da alta ou próxima a esta, este fato pode ter influenciado na diminuição do escore de todos os grupos, pois a alta ou a proximidade desta tem impacto positivo sobre o paciente, pois a felicidade de voltar para sua família após o período de hospitalização é muito importante para o paciente (Machado et al., 2007).

Parece bastante relevante apontar que a segunda HADS foi preenchida após no mínimo um dia, sendo a média dos grupos de 3,3 dias após a sessão de musicoterapia. Podemos considerar extremamente satisfatório o fato de uma *single session* apresentar resultados positivos não só imediatamente após a sessão, mas num período mais longo que foi de 1 a 7 dias depois da intervenção.

Também encontramos benefícios trazidos pela sessão de musicoterapia quando analisamos o material qualitativo deste estudo, nos depoimentos e entrevistas dos pacientes. Com base nas narrativas dos participantes observamos que a musicoterapia demonstrou ajudar na melhora do bem-estar desses pacientes, proporcionando um momento de escuta, onde o paciente se sentiu visto, ouvido, acolhido e até mais seguro. É importante notar que 60,86% dos participantes do grupo experimental deixaram comentários nos questionários aplicados pós-sessão, apesar de estarem fisicamente debilitados. Eles poderiam facilmente se abster dos comentários, o que demandaria menos esforço físico e mental, mas a maioria optou por deixar comentários escritos. Outro aspecto a ser considerado é que a maioria das pessoas atendidas nessa instituição possui um nível básico de alfabetização, fato que poderia inibir e diminuir a quantidade de comentários escritos.

O sentir-se seguro e acolhido foi importante por si só e porque possibilitou que os participantes conseguissem se expressar, externar os sentimentos, sem pressão (conforme citado por eles), o que contribuiu para a saúde mental desses indivíduos, fato importante pois segundo a Organização Mundial da Saúde não existe saúde sem saúde mental (World Health Organization, 2017). Esse espaço seguro e acolhedor proporcionado pelas sessões de musicoterapia foi descrito nos comentários como algo valioso, que ajudou e ampliou a comunicação entre os indivíduos e posteriormente entre estes e a equipe de saúde. Segundo Silverman (2003) a musicoterapia tem um impacto positivo no humor do paciente e em uma melhor interação entre esse e a equipe de saúde.

As características das músicas, assim como o fato de a sessão de musicoterapia ter iniciado com uma música próxima da realidade dos pacientes

provavelmente também contribuíram para essa sensação de acolhimento. De acordo com Postacchini (2013) em um primeiro momento o uso de um material sonoro próximo da sensibilidade do grupo é importante para um projeto de integração, que inicia com um material conhecido para depois introduzir gradualmente elementos novos que levam o grupo ao objetivo desejado. Manarolo (2006) também está de acordo com esse ponto e afirma que uma proposta inicial com músicas familiares ajuda tanto na criação de uma aliança terapêutica quanto no processo de elaboração psíquica do paciente. Segundo os depoimentos dos pacientes durante a sessão, a primeira música ouvida (Papagaio embriagado) foi percebida pelo grupo como algo positivo que trouxe boas lembranças, assim podemos dizer que do ponto de vista técnico os saltos existentes nessa melodia, que poderiam ter um impacto negativo nos participantes, não interferiram negativamente no modo como ela foi percebida. Isso ocorreu provavelmente devido ao fato de que os saltos nessa música são formados por intervalos consonantes.

De acordo com os conteúdos obtidos na investigação qualitativa, a abordagem realizada com educação e respeito foi algo muito importante para a criação do vínculo entre terapeuta e paciente.

A musicoterapia foi vista como algo que vem para cuidar da mente, dos sentimentos dos pacientes, num momento de maior vulnerabilidade física e mental, como algo tão importante, que pôde fazer com que esses pacientes se reconhecessem novamente como seres humanos, e não somente como pessoas doentes com uma pulseira de identificação nos punhos. A sessão de musicoterapia também ajudou esses pacientes a resgatarem boas lembranças.

O grupo de musicoterapia também teve um papel relevante na questão social, na integração entre os próprios pacientes e na criação de novas amizades, o que facilitou a criação de uma rede de apoio entre eles. Este é um aspecto que merece destaque, principalmente tendo em vista que muitos desses pacientes eram provenientes de locais distantes, o que impossibilitava as visitas de seus familiares. Segundo Cassity (1976) a musicoterapia ajuda na socialização, e um bom nível de socialização pode ajudar no tratamento.

O convívio dos pacientes entre si durante a sessão permitiu que estes vissem outras pessoas em situações semelhantes e isso trouxe para eles mais coragem e força no enfrentamento da doença, uma vez que compartilhar experiências com um

grupo é uma forma de regulação emocional, que favorece a construção de uma identidade social (Bonfiglioli; Ricci Bitti, 2017).

O espaço intersubjetivo é importante para a construção e manutenção da identidade, precisamos do olhar do outro para estarmos em contato com nós mesmos. As relações intersubjetivas são uma necessidade do ser humano, a ausência de contato intersubjetivo gera ansiedade e faz com que mecanismos de defesa apareçam. O sentir-se sozinho, a solidão psicológica se relaciona com a falta de experiências intersubjetivas (Stern, 2004). Se a ausência de contato intersubjetivo se relaciona com o aparecimento da ansiedade, a presença desse contato intersubjetivo parece ter contribuído para a diminuição desta, como pudemos observar também nos resultados da *HADS*. Assim, a musicoterapia como facilitadora do contato intersubjetivo se relaciona diretamente com a diminuição da ansiedade, como pudemos observar nos resultados da *HADS*.

Muitas vezes, durante a hospitalização, o paciente começa a se ver como mais um indivíduo com uma tarja nos pulsos, conforme citado por um participante. É muito importante que o paciente volte a se enxergar como um ser humano, que consiga dar realce à sua identidade. A rotina dentro de um hospital grande é muito árida. Sem o contato intersubjetivo é fácil ter o “eu” ameaçado. A multiplicidade de procedimentos, as frequentes trocas de plantão, o número reduzido de funcionários e principalmente a falta de intenção de construir esse espaço de convivência são fatores que contribuem para a inexistência de contato intersubjetivo. O grupo de musicoterapia pode ajudar nesse sentido, uma vez que possibilita esse contato. Durante a hospitalização o bem-estar do paciente é muito importante, visto que o ambiente hospitalar pode ser bastante estressante.

Um ponto importante que certamente contribuiu para os resultados positivos foi o fato de os protocolos terem sido desenvolvidos especialmente para a realidade desses pacientes, baseados na realidade desse setor e com uso das técnicas adaptadas para grupos de adultos hospitalizados.

De acordo com as narrativas de alguns pacientes a sessão de musicoterapia os ajudou a refletir, repensar sobre o momento sobre o qual estavam passando, ajudando na elaboração dessas emoções. Este é um aspecto importante, pois as experiências emotivas não acabam imediatamente depois do momento em que ocorrem, mas deixam traços que necessitam de elaboração após o evento. Quando

não são criadas estratégias apropriadas para a elaboração dessas emoções negativas, essas podem favorecer o surgimento de doenças. A regulação das emoções consiste em um fator preventivo, reduzindo o impacto que essas podem ter sobre a saúde (Bonfiglioli; Ricci Bitti, 2013).

De acordo com os dados da investigação qualitativa, a participação no grupo de musicoterapia aumentou a integração entre os pacientes após a sessão e entre estes e o ambiente hospitalar, ajudando-os a uma melhor adaptação ao ambiente do hospital, tão diferente do ambiente familiar de cada um. Essa questão social se relaciona com a ideia de Ruud (2010), para ele a musicoterapia se baseia numa visão sistêmica, uma vez que o musicoterapeuta não trabalha apenas com o cliente, mas indiretamente com todos os sistemas que se relacionam com este, tornando-se, portanto, um recurso social. Podemos afirmar que o grupo de musicoterapia consistiu também em uma ação de humanização, uma vez que consistiu na criação de um espaço legítimo de fala e escuta de manifestações da subjetividade das pessoas, um dos objetivos do processo de humanização na saúde (Rios, 2009).

Esse contato entre os pacientes foi importante para a sensação de pertencimento a um grupo, Winnicott acredita que a construção da subjetividade se dá a partir da experiência de pertencimento do indivíduo a um ambiente capaz de atender às suas necessidades. Winnicott chama de “experiência transicional” aquela situada entre o self e o mundo, que se inicia nos primeiros vínculos mãe-bebê até chegar a um universo mais amplo das artes, religião e trocas sociais que compõem a cultura (Mizrahi, 2017). Para Winnicott a transicionalidade está ligada à relação com o outro, sendo responsável por “responder à apropriação criativa que o indivíduo faz da realidade” (idem).

Nas sessões de musicoterapia o foco foi sempre o processo e não o produto final (composição, letra, desenho), isso ajudou os pacientes a sentirem-se mais seguros a participar, pois num caso de terapia *product-oriented* o processo é muito mais valioso do que o resultado final (Schalkwijk, 1994).

Por exemplo, o método *songwriting* oferece um contexto estético que possibilita aos participantes refletir sobre suas próprias vidas, possibilidades, perdas e aspirações de um outro ponto de vista (Baker; Wigram, 2005). Mas o importante não é o resultado final, se a letra ou a música ficaram bonitas, conforme vimos em trechos das entrevistas citados no capítulo anterior, o importante é o processo que leva a

mudanças no modo como enxergam a situação. Participantes declararam que após as sessões olharam de um jeito diferente para o problema pelo qual estavam passando, conseguiram se sentir diferentes, mudaram o jeito como estavam no hospital, sentiram que novos horizontes se abriram para enxergar coisas diferentes, conseguiram enxergar de uma outra ótica e conseqüentemente conseguiram lidar melhor com suas emoções.

O fato de não termos encontrado diferença estatisticamente significativa na análise do cortisol em discordância com os resultados da HADS pode ser devido ao método usado. Pelo fato de ser uma *single session* optamos por não coletar o cortisol salivar antes da sessão, não fazer o pré-teste, pois poderia ser desagradável para os pacientes durante um período de tempo tão curto serem submetidos a tantos testes. Bradt (2012) demonstrou que muitos testes podem influenciar negativamente o comportamento dos participantes durante a intervenção ou causar um viés no pós teste. A HADS foi aplicada antes e depois, no entanto a segunda aplicação não foi no mesmo dia. Isso não seria possível com o cortisol, que precisaria ser coletado imediatamente antes e após a sessão de musicoterapia, pois o cortisol salivar reflete o estresse imediato do organismo, sendo suscetível a alterações decorrentes de quaisquer eventos que se interpõem entre as sessões de musicoterapia e a coleta da saliva (Lima, 2015). Assim, optamos por utilizar somente o pós teste, procedimento aconselhado em amostras grandes de pesquisas com musicoterapia ( $n > 200$ ), (Bradt, 2012).

Ansiedade e depressão são sentimentos que influenciam negativamente na evolução das doenças crônicas, na aderência ao tratamento e na recuperação, aumentando, portanto, a frequência das hospitalizações e os custos. Doenças crônicas são a causa mais frequente de incapacitação para o trabalho, afetando a economia dessas famílias e aumentando os custos governamentais, resultando em um problema de saúde pública (Córdova-Villalobos et al., 2008). Pessoas com diabetes têm três vezes mais depressão quando comparadas com o restante da população (Badescu, 2016). Considerando que a maioria dos pacientes da unidade de endocrinologia sofrem de doenças crônicas, sendo a diabetes a mais prevalente entre os participantes dessa pesquisa, podemos afirmar que a musicoterapia teve um importante papel, pois diminuir a ansiedade e a depressão significou ajudar esses pacientes a lidar melhor com seus estados de saúde. Programas de intervenção que

ajudam pacientes hospitalizados a lidar com suas emoções são extremamente importantes e a musicoterapia mostrou-se uma boa e eficiente ferramenta terapêutica nesse contexto hospitalar.

Embora a musicoterapia nesta pesquisa tenha se mostrado eficaz, este estudo apresenta algumas limitações. Apesar do número adequado de participantes no estudo, não foi possível interpretar de forma conclusiva os dados de cortisol salivar principalmente pelo fato de termos somente a amostra pós-intervenção. Existe um possível viés nas entrevistas, devido ao duplo papel da investigadora principal, que era a pesquisadora e musicoterapeuta. Além disso, mais estudos em musicoterapia que relacionem os dados quantitativos com os qualitativos são necessários para que possamos compreender melhor os resultados encontrados. Futuros estudos com grandes amostras utilizando pré e pós testes são necessários para que possamos obter resultados mais conclusivos. Seria interessante que os pesquisadores tivessem ajuda de um assistente para realização das entrevistas para minimizar o viés, um maior número de sessões poderia ser utilizado na busca por melhores resultados.

## 7. CONCLUSÃO

---

Desta forma, conclui-se que:

- a) Os protocolos desenvolvidos de musicoterapia sessões *single-session* tiveram um impacto positivo no bem-estar dos pacientes internados, sendo que os três tipos de musicoterapia (receptiva, composicional, songwriting) apresentaram redução estatisticamente significativa no escore total da HADS.
- b) O grupo de musicoterapia receptiva apresentou uma redução estatisticamente significante também nos parâmetros ansiedade e depressão
- c) O grupo de musicoterapia *songwriting* teve diminuição significativa também no parâmetro depressão, sugerindo que essas duas últimas abordagens (receptiva e songwriting) sejam as mais indicadas para esse grupo de pacientes.

## ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO DE MUSICOTERAPIA PARA GRUPO DE PACIENTES ADULTOS INTERNADOS VISANDO MELHORIA DO BEM ESTAR E REDUÇÃO DO ESTRESSE

**Pesquisador:** Berenice Bilharinho de Mendonça

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80678517.5.0000.0068

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.433.642

**Apresentação do Projeto:**

O protocolo "DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO DE MUSICOTERAPIA PARA GRUPO DE PACIENTES ADULTOS INTERNADOS VISANDO MELHORIA DO BEM ESTAR E REDUÇÃO DO ESTRESSE" é de tipo prospectivo, com utilização de dados de prontuários médicos (dados secundários) e exame laboratorial e aplicação de questionários (dados primários). Segundo a declaração anexada, a finalidade do protocolo é acadêmica (doutorado).

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os investigadores, o objetivo principal consiste em "desenvolver protocolos de musicoterapia single-session para um grupo de pacientes com diferentes endocrinopatias internados na enfermaria da endocrinologia e verificar se a musicoterapia single-session tem influência na redução do estresse e melhora do bem-estar desses pacientes quando comparados ao grupo controle".

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Estão todos bem descritos, a pesquisa é de risco mínimo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Protocolo com desenho metodológico adequado aos objetivos propostos.

**Endereço:** Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar  
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappelq.adm@hc.fm.usp.br





USP - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.433.642

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 13 de Dezembro de 2017

Assinado por:

**ALFREDO JOSE MANSUR**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar  
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

## **ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Grupo Experimental**

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

---

#### DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa – "Desenvolvimento de um protocolo de musicoterapia para grupo de pacientes adultos internados visando melhoria do bem-estar e redução de estresse".

Pesquisador principal – Dra Berenice B. De Mendonça (inscrição no conselho regional 20.305).

Departamento/Instituto – Serviço de Endocrinologia e Metabologia

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar desta pesquisa que pretende avaliar os efeitos de uma sessão de musicoterapia durante sua internação. Pretendemos com a música melhorar seu bem-estar e diminuir seu estresse durante a internação.

Procedimentos que serão realizados e métodos que serão empregados – Serão utilizados questionários que você deve preencher. Também será realizada uma coleta de saliva, que consiste em você mastigar um pequeno pedaço de algodão por 3 minutos, colocando-o em seguida em um tubo que será entregue à pesquisadora. Você poderá fazer parte do grupo experimental ou controle.

Não existem riscos decorrentes da sua participação. Você precisará dispor de algum tempo para participar da sessão de musicoterapia e para responder aos questionários. Você poderá também ser convidado a participar de uma entrevista que será gravada em áudio.

Benefícios esperados para o participante – A participação nas sessões musicais no hospital poderá trazer melhoria no modo como se sente e diminuição do estresse.

Caso se verifique um elevado nível de estresse durante a hospitalização será oferecido atendimento psicológico

É garantida sua plena liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma, de sigilo e privacidade.

Você como participante receberá uma via do termo de consentimento assinada pelo pesquisador.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em caso de uso futuro de algum dos dados autorizados para esta pesquisa será pedido novo consentimento. Toda nova pesquisa só será realizada com aprovação do sistema CEP-CONEP.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é a Dra Berenice B. De Mendonça que pode ser encontrado no endereço Av Dr Enéas de Carvalho Aguiar 155, 2 andar, bloco 6. Telefone (11) 2661-7512, e-mail [beremen@usp.br](mailto:beremen@usp.br). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5o andar – tel.: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; e-mail: [cappesq.adm@hc.fm.usp.br](mailto:cappesq.adm@hc.fm.usp.br)

Fui suficientemente informado a respeito do estudo "Desenvolvimento de um protocolo de musicoterapia para grupo de pacientes adultos internados visando melhoria do bem-estar e redução de estresse."

Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Responsável (Dra Berenice B. de Mendonça) ou pessoa por ela delegada (Veronique de O. Lima) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

Assinatura do participante /representante legal

Data / / .....

Assinatura do responsável pelo estudo

Data / / .....

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (OU ETIQUETA INSTITUCIONAL DE IDENTIFICAÇÃO) DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE No: ..... SEXO : M  F   
 DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
 ENDEREÇO ..... No ..... APTO:  
 ..... BAIRRO: ..... CIDADE  
 ..... CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....)  
 .....

2. RESPONSÁVEL LEGAL  
 ..... NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :..... SEXO: M  F   
 DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
 ENDEREÇO: ..... No ..... APTO:  
 ..... BAIRRO: ..... CIDADE:  
 ..... CEP: ..... TELEFONE: DDD  
 (.....).....

**ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo Controle**

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO-HCFMUSP

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

**DADOS DA PESQUISA**

Título da pesquisa – "Hospitalização e Estresse na enfermagem da Divisão de Endocrinologia"

Pesquisador principal – Dra Berenice B. De Mendonça (inscrição no conselho regional 20.305)

Departamento/Instituto – Serviço de Endocrinologia e Metabologia

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar desta pesquisa que pretende avaliar a relação entre internação e estresse. Pretendemos verificar se a hospitalização influencia no aumento do estresse.

Procedimentos que serão realizados e métodos que serão empregados – Serão utilizados questionários que você deve preencher. Também será realizada uma coleta de saliva, que consiste em você mastigar um pequeno pedaço de algodão por 3 minutos, colocando-o em seguida em um tubo que será entregue à pesquisadora. Você poderá fazer parte do grupo experimental ou controle.

Não existem riscos decorrentes da sua participação. Você precisará dispor de algum tempo para responder aos questionários.

Benefícios esperados para o participante – Caso se verifique um elevado nível de estresse durante a hospitalização será oferecido atendimento psicológico

É garantida sua plena liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma, de sigilo e privacidade.

Você como participante receberá uma via do termo de consentimento assinada pelo pesquisador.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em caso de uso futuro de algum dos dados autorizados para esta pesquisa será pedido novo consentimento. Toda nova pesquisa só será realizada com aprovação do sistema CEP-CONEP.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é a Dra Berenice B. de Mendonça que pode ser encontrado no endereço Av Dr Enéas de Carvalho Aguiar 155, 2 andar, bloco 6. Telefone (11) 2661-7512, e-mail [beremen@usp.br](mailto:beremen@usp.br). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5o andar – tel.: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; e-mail: [cappesq.adm@hc.fm.usp.br](mailto:cappesq.adm@hc.fm.usp.br)

Fui suficientemente informado a respeito do estudo "Hospitalização e Estresse na enfermagem da Divisão de Endocrinologia"

Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Responsável (Dra Berenice B. de Mendonça) ou pessoa por ela delegada (Veronique de O. Lima) sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

Assinatura do participante /representante legal

Data / / .....

Assinatura do responsável pelo estudo

Data / / .....

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (OU ETIQUETA INSTITUCIONAL DE IDENTIFICAÇÃO) DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE No: ..... SEXO : .M  F   
 DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
 ENDEREÇO ..... No ..... APTO:  
 ..... BAIRRO: ..... CIDADE  
 ..... CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)  
 .....

2.RESPONSÁVEL ..... LEGAL  
 ..... NATUREZA (grau de  
 parentesco, tutor, curador etc.) .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE : .....SEXO: M  F   
 DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
 ENDEREÇO: ..... No ..... APTO:  
 ..... BAIRRO: ..... CIDADE:  
 ..... CEP: ..... TELEFONE: DDD  
 (.....).....

## ANEXO D - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

- A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:  
 3 ( ) A maior parte do tempo  
 2 ( ) Boa parte do tempo  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Nunca
- D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:  
 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes  
 1 ( ) Não tanto quanto antes  
 2 ( ) Só um pouco  
 3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada
- A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:  
 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte  
 2 ( ) Sim, mas não tão forte  
 1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa  
 0 ( ) Não sinto nada disso
- D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:  
 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
 1 ( ) Atualmente um pouco menos  
 2 ( ) Atualmente bem menos  
 3 ( ) Não consigo mais
- A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:  
 3 ( ) A maior parte do tempo  
 2 ( ) Boa parte do tempo  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Raramente
- D (6) Eu me sinto alegre:  
 0 ( ) A maior parte do tempo  
 1 ( ) Muitas vezes  
 2 ( ) Poucas vezes  
 3 ( ) Nunca
- A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:  
 0 ( ) Sim, quase sempre  
 1 ( ) Muitas vezes  
 2 ( ) Poucas vezes  
 3 ( ) Nunca
- D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:  
 3 ( ) Quase sempre  
 2 ( ) Muitas vezes  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Nunca
- A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:  
 0 ( ) Nunca  
 1 ( ) De vez em quando  
 2 ( ) Muitas vezes  
 3 ( ) Quase sempre
- D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:  
 3 ( ) Completamente  
 2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria  
 1 ( ) Talvez não tanto quanto antes  
 0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes
- A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:  
 3 ( ) Sim, demais  
 2 ( ) Bastante  
 1 ( ) Um pouco  
 0 ( ) Não me sinto assim
- D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:  
 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
 1 ( ) Um pouco menos do que antes  
 2 ( ) Bem menos do que antes  
 3 ( ) Quase nunca
- A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:  
 3 ( ) A quase todo momento  
 2 ( ) Várias vezes  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Não sinto isso
- D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:  
 0 ( ) Quase sempre  
 1 ( ) Várias vezes  
 2 ( ) Poucas vezes  
 3 ( ) Quase nunca

**ANEXO E - Questionário**

Questionário aplicado no fim das sessões de musicoterapia

Você foi convidado a participar deste estudo sobre o estresse durante a internação. Este questionário não é identificado e você tem todo o direito de não querer participar ou abandonar a sessão caso desejar, sem nenhum prejuízo de seu tratamento no hospital.

1- Como você se sentiu participando do grupo de musicoterapia?  
bem ( ) mal ( )

2- A sessão de musicoterapia ajudou você a se sentir melhor?  
sim ( ) não ( )

3- Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre o grupo de musicoterapia?  
sim ( ) não ( ); se sim incluir comentário.

## **ANEXO F - Entrevista**

### Entrevista

1 - Como foi a experiência de participar do grupo de musicoterapia?

2 - Como você se sentiu?

3 -Você participaria novamente? Por quê?

4 - Teve alguma coisa em especial sobre a qual gostaria de fazer algum comentário?

5 – Você acha que a sessão de musicoterapia trouxe benefícios? Quais?



## ANEXO G - Declarações dos pacientes

1

- Ajuda o paciente a se desabaçar, falar o que sente; se sentir "visto", "notado".

2

Cidaí, um momento, onde podemos nos expressar sem pressão tudo naturalmente ali naquele momento.

3

Eu amei, estava um pouco preocupada com a minha família, deu para descontrair bastante, e fazer novas amizades. Amei...

4

foi bom para mim, relaxei e consegui um momento feliz.

5

me senti viva e amei ~~me~~ ~~me~~ as pessoas desde a abordagem !!!

Kelly

6

GOSTEI MUITO, FOI INTERESSANTE.  
DEVERIA TER + VEZES.

7

Foi muito interessante e uma grata surpresa. Não esperava que aqui, num hospital público encontrasse um grupo de musicoterapia. Além do fato em si, que é a recreação, outros aspectos podem ser destacados, a integração entre os pacientes e o ambiente hospitalar, a humanização do cuidar, que se estende além das informações técnicas.

há também um reconhecimento, por parte dos pacientes, que se sentem acolhidos e mais seguros pois não são apenas mais um indivíduo com uma tarja nos pulsos, somos seres humanos e tratados como tal, em suas necessidades físicas e

também em seus sentimentos. Isto é muito tangível para nós, principalmente nestes momentos de vulnerabilidade física e muitas vezes mental.

Deixo aqui meu muito obrigado à iniciativa do Hospital e à Venonique que nos guiou por este novo olhar médico, terapêutico.

8

O grupo de musicoterapia foi uma experiência muito boa que proporcionou para mim um estado de alívio, tranquilidade e paz dos sentimentos que estavam me perturbando naquele momento referente a fase que estou vivendo.

Muito obrigado pela experiência, espero que outras pessoas também possam ter essa oportunidade de conhecer a musicoterapia como eu.

9

É um momento de interação com os outros pacientes e inclui sentimentos reprimidos durante e fora e dentro da internação que temos a oportunidade de expor e esquecer o sofrimento.

10

Gostaria que tivesse mais vezes ou mais tempo. Quando me vi na sala fui na expectativa de algo para me distrair mais lá não só me distrai como participei de algo que me trouxe uma angústia.

Tanto do corpo e a musicoterapia trouxe de minha verdade e mente.

Eu gostei eu curti e gostaria de mais vezes.



11

Gostei de te participadas, pai e sempre  
 bom saber que existe outras pessoas  
 na mesma situação que você,  
 outras melhores, outras nem tanto  
 mais isso faz com que a gente  
 cria forças para lutar e vencer  
 a doença.

Veremos que te  
 agradeço muito  
 que te  
 —————

12

sim (X) não ( ); se sim incluir comentário.

Na moral eu amei, me senti muito bem pelo  
 fato da música mesmo sem letra fez com  
 que eu tivesse boas lembranças do meu  
 querido e amado pai. Se possível queria  
 muito que tivesse liv.

Obrigada de verdade Teronique

Ass: Bisola L. Correia

## REFERÊNCIAS<sup>6</sup>

---

Albekairy A, AbuRuz S, Alsabani B, Alshehri A, Aldebasi T, Alkatheri A, Almodaimagh H. Exploring factors associated with depression and anxiety among hospitalized patients with type 2 diabetes mellitus. *Med Princ Pract*. 2017;26(6):547–553.

American Psychiatric Association. DSM-V: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [Internet]. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014 [citado 26 abr 2019]. Disponível em: <http://www.tdahmente.com/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>.

Anguiano Serrano AS, Miranda MAM, Leonardo RE, Valero CZV. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. *Eureka*. 2017;14(1):24-38.

Ashida S. The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *J Music Ther*. 2000;37(3):170-82.

Auto FML, Amancio OMS, Lanza FC. The effect of music on weight gain of preterm infants older than 32 weeks: a randomized clinical trial. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 26];33(4):e293-e299. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822015000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822015000400015).

Badescu SV, Tataru C, Kobilinska L, Georgescu EL, Zahio DM, Zagrean AM, Zagrean L. The association between diabetes melitus and depression. *J Med Life*. 2016; 9(2):120-5.

Bauer CL, Victorson D, Rosembloom S, Barocas BAJ, Silver RK. Alleviating distress during antepartum hospitalization: a randomized controlled trial of music and recreation therapy. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;9(3):523-31.

Baker F, Wigram T, editors. *Songwriting: Techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley; 2005.

Baratto CC, Moraes NA, Wottrich SH. Câncer e imagem corporal: possíveis relações. *Rev Cont Saúde* [Internet]. 2013 [citado 24 jan 2022];11(20):789-94. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1661>.

Barcellos LRM. *Quaternos de musicoterapia e coda*. Dallas: Barcelona Publishers; 2016.

Bonfiglioli L, Ricci Bitti PE. Emozioni, regolazione emozionale e salute. In: Ricci Bitti PE, Gremigni P, editors. *Psicologia della salute: modelli teorici e contesti applicativi*. 3th ed. Roma: Carocci; 2017. p. 91-108.

Boso M, Emanuele E, Minazzi V, Abbamonte M, Politi P. Effect of long-term interactive music therapy on behavior profile and musical skills in young adults with severe autism.

---

<sup>6</sup> De acordo com Estilo Vancouver.

J Altern Complement Med. 2007;13(7)709-12.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública. 1995;29(5):359-63.

Botega NJ, organizador. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. Capítulo 2, O paciente diante da doença e da hospitalização; p. 17-32.

Bradt, J. Randomized controlled trials in music therapy: Guidelines for design and implementation. J Music Ther. [Internet]. 2012 [cited 2022 Aug 18];49(2):120–149. Available from: <https://doi.org/10.1093/jmt/49.2.120>

Brandão CLC, Aranha VC, Chiba T, Quayle J; Lucia MCS. A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC– FMUSP. Psicol Hosp [Internet]. 2004 [citado 15 ago 2022];2(2):50-7. Disponível em: <http://www.cepsic.org.br/revista/3/Artigos/v2n2a07.htm>.

Bruscia KE. Defining music therapy. 2nd ed. Dallas: Barcelona Pub;1998.

Cassity MD. The influence of a music therapy activity upon peer acceptance, group cohesiveness, and interpersonal relationships of adult psychiatric patients. J Music Ther.1976; 13(2), 66–76.

Chaput Mc Govern J, Silverman MJ. Effects of music therapy with patients on a post-surgical oncology unit: a pilot study determining maintenance of immediate gains. Arts Psychother. 2012;39(5):417-22.

Chlan L. Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilator assistance. Heart Lung. 1998;27(3):169-76.

Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. Med J Aust [Internet]. 2009 [cited 2022 Aug 18];190(7):S54–60. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02471.x>.

Coelho Jr NE, Figueiredo LC. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. Interações [Internet]. 2004 [citado 26 abr 2019];9(17):9-28. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-29072004000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072004000100002).

Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta Martín, Hernández-Ávila M, León-May ME, Aguilar-Salinas CA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública Mex. 2008;50(5):419-27.

Costa CM. O panorama visto da ponte: a água que passou até 2005. Rev Musicoterap AMTRJ. 2019;1(No esp):21-36.

Crawford I, Hogan T, Silverman MJ. Effects of music therapy on perception of stress, relaxation, mood, and side effects in patients on a solid organ transplant unit: a randomized effectiveness study. *Arts Psychother.* 2013;40(2):224-29.

Delfini ABL, Roque AP, Peres RS. Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermaria clínica. *Gerai. Rev Interinst Psicol.* 2009;2(1):12-22.

Dickerson D, Robichaud F, Teruya C, Nagaran K, Hser YI. Utilizing drumming for American Indians/Alaska natives with substance use disorders: a focus group study. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2012;38(5):505–510.

Dogan SK, Tur BS, Dilek L, Kuçukdeveci A. Single music therapy session reduces anxiety in patients with stroke. *J Phys Med Rehabil Sci.* 2011;14(1):12-5.

Eren B. The use of music interventions to improve social skills in adolescents with autism spectrum disorders in integrated group music therapy sessions. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015;197:207-13.

Fava GA. Irritable mood and physical illness. *Stress Med.* 1987; 3: 293-299.

Foulkes SH. *Group-analytic psychotherapy: method and principles.* London: Gordon & Breach; 1975.

Fredenburg HA, Silverman MJ. Effect of cognitive-behavioral music therapy on fatigue in patients in a blood and marrow transplantation unit: a mixed-method pilot study. *Arts Psychother.* 2014;41(5):433-44.

Gabrielli F. Disturbi dell'umore. In: Gilberti F, Rossi R. *Manuale di psichiatria: per studenti, medici, psicologi, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, operatori psichiatrici.* Padova: Piccin; 2009. Capitolo 14, p.327-375.

Gutgsell KJ, Schluchter M, Margevicius S, Degolia PA, Mc Laughlin B, Harris M, Mecklenburg J, Wiencek C. Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 2013;45(5): 822-31.

Horne-Thompson A, Grocke D. The effect of music therapy on anxiety in patients who are terminally ill. *J Palliat Med.* 2008;11(4):582-90.

Kane EO. Phonograph in operating-room. *JAMA.* 1914;62(23):1829.

Koelsch S, Fuermtz J, Sack U, Bauer K, Hohenadel M, Wiegel M, Kaisersux, Heinke W. Effects of music listening on cortisol levels and propofol consumption during spinal anesthesia. *Front Psychol.* 2011;2:58.

Kotrotsiou E, Theodosopoulou H, Papathanasiou I, Dafogianni C, Raftopoulos V, Konstantinou E. How do patients experience stress caused by hospitalization and how do nurses perceive this stress experienced by patients? A comparative study. *ICU Nurs Web J.* 2001;7:1-17.

Kulkarni S, Johnson PC, Kettles S, Kasthuri RS. Music during interventional

radiological procedures, effect on sedation, pain and anxiety: a randomized controlled trial. *Br J Radiol.* 2012;85(1016):1059-63.

Lamego DTC, Deslandes SF, Moreira MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Cienc. Saúde Colet.* [Internet]. 2005 [citado 26 abr 2019];10(3):669-75. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LKjGSBdxnvDCQ5PtFppk3Sp/?lang=pt>.

Lecrubier Y. The burden of depression and anxiety in general medicine. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl 8):4-9.

Lima VO, Domenice S, Costa EMF, Brito VN, Inácio M, Mendonça BB. Effects of interactive musical activities on the well-being of children with urogenital anomalies during hospitalization for surgery. *Res Humanities Soc Sci.* 2015;5(10):61-70.

Lima VO. O efeito de atividades musicais interativas sobre o bem-estar de crianças com alterações urogenitais durante internação hospitalar para cirurgia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.

Lin MF, Hsieh YJ, Hsu YY, Fetzer S, Hsu MC. A randomized controlled trial of the effect of music therapy and verbal relaxation on chemotherapy-induced anxiety. *J Clin Nurs.* 2011;20(7-8):988-99.

Machado FO, Basso G, Margarida CS, Moritz RD. Avaliação da qualidade e satisfação de vida dos pacientes antes da internação na unidade de terapia intensiva e após a alta hospitalar. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2007;19(1):60-6.

Manarolo G. *Manuale di musicoterapia: teoria, metodo e applicazioni della musicoterapia.* 2 ed. Torino: Cosmopoli; 2006.

Marcenaro M, Bucca M. Disturbi d'ansia. In: Gilberti F, Rossi R. *Manuale di psichiatria: per studenti, medici, psicologi, tecnici della riabilitazione, assistenti social, operatori psichiatrici.* Padova: Piccin; 2009. Capítulo 9, p.177-197.

Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007;57(1):52-62.

Mason GJ, Silverman MJ. Immediate effects of single-session music therapy on affective state in patients on a post-surgical oncology unit: a randomized effectiveness study. *Arts Psychother.* 2014;44:57-61.

Massad E, de Menezes RX, Silveira PSP, Ortega NRS. *Métodos quantitativos em medicina.* São Paulo: Editora Manole; 2004.

Medinas-Amorós M, Montaña-Moreno JJ, Centeno-Flores MJ, Ferrer-Pérez V, Renom-Sotorra F, Martín-López B, Alorda-Quetglas C. Stress associated with hospitalization in patients with COPD: the role of social support and health related quality of life. *Multidiscip Respir Med.* 2012;7(1):51.



Mendes MVS, Cavalcante SA, Oliveira EF, Pinto DMR, Barbosa TSM, Camargo CL. Children with neuropsychomotor development delay: music therapy promoting quality of life. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2022 Aug 18];68(5):515-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680505i>.

Mesquita ET, Cruz LN, Mariano BM, Jorge AJL. Síndrome pós-hospitalização: um novo desafio na prática cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 [citado 26 abr 2019];105(5):540-44. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2015002400540&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2015002400540&script=sci_arttext&tlng=pt).

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS, política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

Mizrahi BG. Winnicott, Kohut e a teoria da intersubjetividade: uma psicanálise do pertencimento frente à precariedade contemporânea dos vínculos. *Cad Psicanal*. 2017;39(36):11-29.

Nuti G. Psicologia della musica. In: Raglio A. Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca. Milano: Franco Angeli; 2008.

Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde, saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde; 2002.

Pascoal M, Kioroglo PS, Bruscato WL, Miorin LA, Santos SYA, Jabur P. A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. *Rev SBPH* [Internet]. 2009 [citado 26 abr 2019];12(2):2-11. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200002).

Paul KE, Van Ommeren M. A primer on single-session therapy and its potencial application in humanitarian situations. *Intervention*. 2013;11(1):8-23.

Petry K, Chesani FH, Lopes SMB. Comunicação como ferramenta de humanização hospitalar. *Saúde Transform Soc*. 2017;8(2):77-85.

Postacchini PL, Ricciotti A, Borghesi M. Musicoterapia. 7th ed. Roma: Carocci; 2013.

Raglio A, Attardo L, Gontero G, Rollino S, Groppo E, Granieri E. Effects of music and music therapy on mood in neurological patients. *World J Psychiatry* [Internet]. 2015

[cited 2022 Aug 18];5(1):68-78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369551/?report=reader>.

Ribeiro JC. Vocabulário e fabulário da mitologia. São Paulo: Martins; 1962.

Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(2):253-261.

Rizzi C. Música Brasileira: o chorinho através dos tempos. São Paulo: E-galáxia; 2016.

Robb SL, Burns DS, Stegenga KA, Haut PR, Monahan PO, Meza J, Stump TE, Cherven BO, Docherty SL, Hendricks-Ferguson VL, Kintner EK, Haight AE, Wall DA, Haase JE. Randomized clinical trial of therapeutic music video intervention for resilience outcomes in adolescents/young adults undergoing hematopoietic stem cell transplant. *Cancer*. 2014;120(6):909-17.

Rossetti A. Towards prescribing music in clinical contexts: more than words. *Music Med*, 6 (2014), p. 70-77.

Ruud E. Music therapy: a perspective from humanities. New Hampshire: Barcelona Publishers; 2010.

Schalkwijk F. Music and people with developmental disabilities. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1994.

Scholes PA. The concise Oxford dictionary of music. London: Oxford University Press, 2nd ed; 1964.

Shin HS, Kim JH. Music therapy on anxiety, stress and maternal-fetal attachment in pregnant women during transvaginal ultrasound. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2011;5(1): 19-27.

Silverman MJ. Contingency songwriting to reduce combativeness and non-cooperation in a patient with schizophrenia: a case study. *Arts Psychother*. 2003; 30:25-33.

Silverman MJ. Effects of a single-session assertiveness music therapy role playing protocol for psychiatric inpatients. *J Music Ther*. 2011; 48(3):370-94.

Silverman MJ. Music therapy in mental health for illness, management and recovery. New York: Oxford University Press; 2015.

Silverman MJ. Effects of a single lyric analysis intervention on withdrawal and craving with inpatients on a detoxification unit: a cluster-randomized effectiveness study. *Subst Use Misuse*. 2016;51(2):241-49.

Stern DN. The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: Norton & Company; 2004.

Stern DN. O momento presente na psicoterapia e na vida cotidiana. Rio de Janeiro: Record; 2007.

Tavares AT, Pawlowytsch PWM. Percepção dos pacientes sobre sua permanência em uma unidade de terapia intensiva. *Saúde e Meio Ambient.: Rev Interdisciplin.* 2013;2(2):32-43.

Taylor DB. Music in general hospital treatment from 1900 to 1950. *J Music Ther.* 1981;18(2):62-73.

Thaut M, Hoemberg V, editors. *Handbook of neurologic music therapy.* New York: Oxford University Press; 2014.

Trape HJ. Role of music in intensive care medicine. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2014; 2(1):27-31.

Tyler HM. The music therapy profession in modern Britain. In: Horden P, editor. *Music as medicine: the history of music therapy since antiquity.* London: Routledge; 2001. Chapter 16, p.375-93.

Ulrich G, Houtmans T, Gold C. The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116(5):362-70.

Vasques RCY, Bousso RS, Mendes-Castillo AMC. A experiência de sofrimento: histórias narradas pela criança hospitalizada. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):122-29.

Vilchis-Aguila IA, Secín-Diep R, López-Ávila A, Córdova-Pluma VH. Frecuencia de ansiedad y de presión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental y detección por el médico de urgencias. *Med Int Mex.* 2010;26(1):5-10.

Vitor JSF, Gonçalves CSGA, Araújo G, Goes A. Implementação da musicoterapia no sistema único de assistência social: movimentos e organização política. 14º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia; 11-14 out. 2012; Olinda, PE, Brasil. Olinda: Associação de Musicoterapia do Nordeste; 2012. p. 458.

Wigran T, Pedersen IN, Bonde LO. *A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice and training.* Philadelphia: JK Publishers; 2002.

Winnicott D. *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago; 1975.

Winnicott D, editor. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.* 2 ed. Rio de Janeiro: Imago; 2000a. *Retraimento e regressão;* p. 347-54.

Winnicott D, editor. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.* 2 ed. Rio de Janeiro: Imago; 2000b. *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting analítico;* p.374-92.

World Federation of Music Therapy. *Announcing WFMT's new definition of music therapy [Internet].* North Caroline: WFTM; 2011 [cited 2019 Apr 26]. Available from: [www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/](http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/).

World Health Organization. Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials. Geneva: WHO Publications; 2002.

World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017

Ziegelstein RC, Kim SY, Kao D, Fauerbach JA, Thombs BD, McCann U, et al. Can doctors and nurses recognize depression in patients hospitalized with an acute myocardial infarction in the absence of formal screening? *Psychosom Med.* 2005;67(3):393-7.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.