

**FACULDADE PAULISTA DE ARTES**  
**CURSO DE MUSICOTERAPIA**

**MUSICOTERAPIA: UM CAMINHO POSSÍVEL PARA O**  
**ALÍVIO DA DOR**

**KELLY FAÉ XAVIER**

**São Paulo**  
**2008**

**FACULDADE PAULISTA DE ARTES**  
**CURSO DE MUSICOTERAPIA**

**MUSICOTERAPIA: UM CAMINHO POSSÍVEL PARA O  
ALÍVIO DA DOR**

**KELLY FAÉ XAVIER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção de título de Graduação do Curso de Musicoterapia, da Faculdade Paulista de Artes, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Sílvia Cristina Rosas e co-orientação da Prof<sup>a</sup>. Lílian Coelho.

**São Paulo**  
**2008**

## DEDICATÓRIA

*A todos aqueles que trabalham para amenizar o sofrimento e a angústia alheia, bem como aos que se encontram nas fronteiras da dor.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço de modo muito especial,

A Deus, o absoluto dos meus dias...

Ao meu herói e inesquecível humano, meu pai, motivo de minha inspiração.

Ao pilar da minha vida, minha mãe, que me aconchegou em todos os momentos, me apoiando, orando e incentivando.

A orientadora, professora e amiga, Silvia Cristina Rosas, não apenas pela orientação e ensinamentos profissionais, mas também pela amizade, paciência, incentivo e sabedoria, digna de minha total admiração pessoal e profissional.

A co-orientadora, professora e musicoterapeuta, Lílian Coelho, pelo fundamental auxílio de competência e experiência prestado na elaboração deste trabalho, e pelos conteúdos profissionalmente partilhados.

Enormes agradecimentos ao professor Gil de Paula, pelo seu profissionalismo, brilhantes aulas e por sua enorme contribuição neste trabalho.

Com igualáveis atenção e carinho aos demais professores, pelos ensinamentos que sempre levarei comigo na minha vida profissional.

Aos meus irmãos, Robson e Kamila, que em suas poucas manifestações de afeto, deixam transparecer o quanto somos fraternos e a importância do amor em família.

Ao Thiago Mafor, sinônimo de puro amor, que agüentou firme a saudade, sempre demonstrando afeto, paciência, incentivo e inúmeros outros sentimentos.

Ao Dr. Sidarta Zuanon, pelo olhar humano que confiou a minha simples figura de ser e aprender, reforçando-me a palavra “capacidade” diante do que enxergava impossibilidade, abrindo as portas para a realização do estágio no ambulatório de neurologia, com a equipe de dor crônica do Hospital das Clínicas.

A Dra. Ana Maria e a Mt. Marcilda Barbosa, pelo acolhimento e ensinamentos que tenho obtido nas sessões de musicoterapia, com o grupo de pacientes com dor crônica.

Aos amigos de graduação, pelos ensinamentos, pelo diálogo e companheirismo, em modo especial as amigas Allana Moraes, Mauren Vasconcelos

e Angelita Sorlando, por acompanharem a minha delicada jornada, alegrando-me sempre.

Os meus sinceros agradecimentos aos colegas de trabalho, de modo especial ao Eduardo Carneiro, pelas palavras e ações, compreendendo os momentos de mais necessidade e, à Rita de Cássia e à Rosana Gutierrez, pelos diálogos iluminados.

À Kelly de Matos, companhia imprescindível durante esse trajeto, pelo seu carinho, gestos de irmandade e amizade.

Aos meus padrinhos, Sônia e Anilton, pelo carinho, incentivo e atenção.

As pessoas especiais que estão ao meu redor, amigos verdadeiros e fiéis, por fazer acreditar no valor que temos e pelo auxílio nos momentos de mais necessidade.

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que este estudo se tornasse realidade.

*"A saúde é tão musical, que a doença não é outra coisa, senão uma dissonância; e esta dissonância pode ser resolvida pela música".*

*Boethius (480-524)*

## RESUMO

O presente estudo expõe aspectos teóricos relevantes acerca do fenômeno da dor crônica, discorrendo sobre o conceito do estado de saúde, que oferece subsídios à sensibilidade do profissional direcionada ao indivíduo em sua plenitude. Este trabalho propõe possibilidades de intervenções da Musicoterapia no tratamento de alívio à dor, evidenciando o papel fundamental do uso criterioso da música para a promoção da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Dor Crônica, Musicoterapia, Música, Qualidade de Vida.

## **ABSTRACT**

The present study shows considerable theory aspects about the chronic pain phenomenon, discoursing about the concept of health condition that offers information to the professional sensibility directed to the individual in its plenitude. This work proposes possibilities to the Music Therapy interventions, concerning in the relief of pain treatment, indicating the elemental function of the sensible use of music to the progress of life quality.

Keywords: Chronic Pain, Music Therapy, Music, Life Quality.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. DOR .....</b>	<b>12</b>
1.1 Definição .....	12
1.2 Epidemiologia Clínica da Dor .....	13
1.3 O Percurso do Estímulo do Dor ao Cérebro .....	14
1.4 Mecanismos de Modulação da Dor .....	15
1.5 Avaliação da Dor .....	16
1.6 Classificação da Dor .....	19
1.7 Aspectos Psicológicos da Dor.....	21
1.8 Tratamentos Psicológicos da Dor.....	22
1.9 Os Comportamentos da Dor- Comunicação de Experiência Dolorosa .....	23
<b>2. SAÚDE .....</b>	<b>25</b>
2.1 Qualidade de Vida .....	25
2.1.1 Como a dor interfere na qualidade de vida .....	27
<b>3. MUSICOTERAPIA .....</b>	<b>29</b>
3.1 A Matéria-Prima da Musicoterapia .....	29
3.2 A Percepção do Musicoterapeuta .....	30
3.3 Musicoterapia e Dor .....	31
3.3.1 Instrumentos de Avaliação em Musicoterapia .....	32
3.3.2 Técnicas e Experiências Musicoterapêuticas para o Tratamento da Dor .....	33
3.3.3 A Música no Cérebro Humano e sua Influência no Tratamento da Dor .....	36
3.4. Estágios Propostos para o Ambiente Terapêutico .....	43
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>46</b>
<b>5. ANEXO .....</b>	<b>47</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>50</b>

## INTRODUÇÃO

Em meio ao contato direto e indireto com a dor, meu ser se embala num desejo de somar efeitos benéficos, através do mundo musicoterapêutico.

O despertar do tema nasceu após reflexões de contexto pessoal e a definição, após a oportunidade de ser parte, como estagiária, da equipe de dor do Hospital das Clínicas da FMUSP.

A dor crônica é uma experiência complexa, subjetiva e multidimensional, que envolve aspectos sensitivos e emocionais, induzindo a repercussões biopsicossociais desfavoráveis, resultante de incapacidade funcional e de alterações nas aspirações da vida dos indivíduos. Um estímulo forte origina sinais nervosos, que desencadeia a sensação de dor, transmitindo reações emocionais e respostas comportamentais.

McCaffery (1990) indica o uso da música, como uma abordagem não farmacológica efetiva para o controle da dor, por se caracterizar como um método de distração e estar entre as estratégias mais eficazes além de apresentar um alto nível de aceitabilidade pelos pacientes.

O objetivo deste estudo é verificar a possibilidade, por meio da musicoterapia, de proporcionar a restauração do equilíbrio possível do indivíduo que sofre com dor, reintegrando-o com maior qualidade de vida na sociedade no processo saúde-doença.

Para isto, o seguinte estudo apresenta uma pesquisa conceitual sobre a dor; expõe uma reflexão acerca de aspectos relacionados à qualidade de vida. O desenvolvimento se faz fundamentando a utilização dos efeitos da música nos processos de dor, apontando técnicas e experiências musicoterapêuticas para o seu alívio.

# 1 DOR

## 1.1 Definição

A dor é definida pela International Association for Study of Pain (IASP) como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais”. Exprime ainda o conceito de que a dor é subjetiva, com significados singulares decorrente ao histórico de experiências vividas de maneira diferente para cada indivíduo, constituindo mecanismos das emoções e do simbolismo das sensações.

A palavra dor origina-se do latim *dolore*. Os dicionários costumam defini-la como impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele. Outras definições apontam a dor como sofrimento físico, moral, mágoa ou afeição.

Desde os primórdios do ser humano, em todos os momentos históricos, o homem sempre procurou esclarecer as razões que justificassem a ocorrência de dor e os procedimentos destinados ao seu controle. A filosofia empenha-se em compreender suas causas. A teologia busca respostas do sofrimento da condição humana, com alicerce sobre a revelação de Deus. A psicologia tem aplicado nos caminhos para o seu alívio e estrutura psíquica, estabelecendo um convívio melhor perante a sociedade. A medicina investiga o corpo como sendo o território da dor, buscando encontrar caminhos para a cura (MELO, 2008).

Dor e sofrimento são fenômenos relacionados, figurados nas mais diversas culturas, porém distintos, pois enquanto a dor envolve a percepção a partir de estímulo nociceptivo<sup>1</sup>, o sofrimento diz respeito aos significados históricos, culturais e pessoais que o indivíduo atribui a esta percepção.

Em termos biológicos, a dor, integrante do ciclo da vida, exerce um papel fundamental na preservação de nosso organismo e de nossa vida, vez que é um mecanismo protetor, que alerta para a necessidade de assistência médica.

Na forma aguda, a dor sinaliza ocorrência de lesão, com duração limitada, induzindo no indivíduo reações de defesa e de remoção do agente causal. Já a dor

---

<sup>1</sup> estímulo nociceptivo – é a atividade específica do Sistema Nervoso que possibilita a percepção de dor

crônica está associada a vários aspectos fisiopatológicos, psicológicos, sociais e culturais, onde a causa normalmente é desconhecida. Costuma ter duração superior a três meses, sendo considerada como doença e não sintoma, o que corresponde a mecanismos de adaptação, especialmente musculoesqueléticos e psicocomportamentais.

Ao refletirmos sobre o fenômeno da dor, especialmente a crônica, é importante realçar a transformação na vida do indivíduo, uma vez que interfere no funcionamento global, causando incapacidade temporária ou permanente dos indivíduos que dela padecem, prejudicando a qualidade de vida.

## **1.2 Epidemiologia Clínica da Dor**

“[...] Dor é um dos maiores flagelos que acometem a humanidade. [...] é uma das principais causas de sofrimento, incapacidades e inabilidades e de imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas” (TEIXEIRA e FIGUEIRÓ, 2001, p. IX).

Estudos no campo da epidemiologia da dor enfatizam a importância da distribuição e dos determinantes de sua ocorrência em populações, identificam e definem síndromes específicas e fatores que influenciam ou causam doenças e incapacidades, possibilitando aos serviços de saúde organizar programas para prevenção e tratamento de dor (TEIXEIRA e col., 2006).

A ocorrência de dor é crescente. Alguns fatores causais são expostos por Teixeira (2001, p.1):

[...] talvez em decorrência dos novos hábitos da vida, das modificações do meio ambiente, do prolongamento da sobrevida dos indivíduos em geral e dos doentes com afecções clínicas naturalmente fatais, do decréscimo da tolerância ao sofrimento do homem moderno e da aplicação dos novos conceitos que traduzem seu significado [...].

Conforme pesquisa realizada no Brasil, mais de um terço da população relatam que a dor crônica compromete as atividades habituais e mais de três quartos a consideram limitante para as atividades recreacionais, relações sociais e familiares, comprometendo de modo significativo a qualidade de vida (TEIXEIRA e col., 2006).

A dor está presente em mais de 70% dos doentes que procuram o sistema de saúde. Cerca de 50% a 60% dos doentes tornam-se parcial ou totalmente incapacitados, resultando em um enorme problema para a sociedade, para os serviços médicos e as companhias de seguro. Os gastos públicos e privados, envolvendo doentes com dor crônica, têm crescido substancialmente nas últimas décadas em quase todos os países, com o tratamento no sistema de saúde, compensações trabalhistas, aposentadorias (ibidem).

### **1.3O Percurso do Estímulo da Dor ao Cérebro**

Nosso organismo possui receptores sensíveis a estímulos mecânicos (captam informações táteis), térmicos (captam informações térmicas) e químicos (detectam as químicas orgânicas). Esses receptores encontram-se dispostos por todo o corpo, tanto superficialmente (pele) como de forma profunda nas estruturas do organismo (nos vasos sanguíneos, no sistema musculoesquelético, nas vísceras, juntas) (CORRÊA, 1994).

Logo após algum tipo de lesão, infecção, etc., ocorre a ativação dos estímulos nociceptivos, indicando a presença de um estímulo potencialmente prejudicial ao organismo; estes estímulos são captados e transformados em impulsos nervosos e se propagam até os neurônios do corno dorsal da medula espinhal em uma complexa rede de sinapses neurais, que converge os estímulos, alterando tanto a estabilidade dos neurônios como a sua estrutura (ibidem).

Após esse processamento, o estímulo elétrico é transportado por vias aferentes até o Sistema Límbico, composto por um grupo de estruturas que inclui a amígdala, hipotálamo, tálamo, hipocampo, o giro do cíngulo e demais estruturas. Todas estas áreas são muito importantes para a emoção e reações emocionais. A amígdala funciona como um botão de disparo das emoções. Ela regula a expressão do medo e da agressão diante dos estímulos; o hipotálamo além de participar do controle do comportamento, promovendo reações de raiva e agressividade, regula as condições neurovegetativas<sup>2</sup> e provoca reações neuroendócrinas que, através de secreção de hormônios lançados na circulação, preparam o organismo para enfrentar o estresse; o hipocampo está envolvido com a memória de longa duração

---

<sup>2</sup> neurovegetativas – refere-se aos sinais vitais (frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial).

e o aprendizado; o giro do cíngulo participa da reação emocional à dor e da regulação do comportamento agressivo; e o tálamo tem porções motoras, sensoriais e emocionais, sendo responsável em organizar um complexo comportamento de defesa, onde as reações emocionais associadas à dor são desencadeadas. As informações que chegam ao tálamo são direcionadas a porções superiores do Sistema Nervoso Central, onde as formas de sensação são amplificadas ou reduzidas (TEIXEIRA, 2006).

A partir deste ponto, o estímulo finalmente alcança seu destino, o córtex cerebral – responsável pelos processos de planejamento, memória, percepção das emoções e consciência - onde ocorre a percepção da sensação dolorosa. Essas conexões recíprocas existentes entre as estruturas da medula espinal ao córtex cerebral possibilitam a avaliação dos aspectos qualitativos e quantitativos dos estímulos dolorosos, bem como o controle sobre o comportamento desencadeado pela experiência dolorosa (Ibidem).

Os sinais de dor podem disparar os caminhos no sistema nervoso autônomo quando passam através da medula, provocando aumento do batimento cardíaco, respiração ofegante e transpiração. A extensão dessas reações depende muito da intensidade da dor, e elas podem ser atenuadas pelos centros cerebrais no córtex através de vários caminhos eferentes, o que atribui importância aos aspectos afetivos, sensoriais, culturais e emocionais (TEIXEIRA e PIMENTA, 1994).

Após a interpretação da qualidade da dor pelo cérebro, o Sistema Nervoso processa respostas motoras apropriadas as estruturas envolvidas neste trajeto.

A trilha da dor é um sistema complexo, específico e flexível que permite ao indivíduo responder de maneira diferente. O conhecimento da fisiopatologia da dor é de extremo valor, pois orienta o tratamento racional e apropriado.

#### **1.4 Mecanismos de Modulação da Dor**

Um dos mecanismos de controle de fluxo da informação algica é a teoria do “*Gate Control*” ou “Teoria da Comporta”, desenvolvida pelos pesquisadores Melzack e Wall (1965). Essa teoria preconiza que os impulsos nervosos evocados por lesões, são controlados na medula espinal, onde modulam a transmissão dos impulsos dos terminais aferentes até as células transmissoras na espinha, atuando como portões que impedem ou facilitam a passagem dos impulsos, o que permite melhorar a

discriminação dos estímulos e fornecer as bases fisiológicas para correlacionar os aspectos psicológicos, a atenção e a influência de fatores ambientais no processamento de dor (apud TEIXEIRA e SOUZA, 2001).

A percepção da dor depende de interações neuronais complexas que envolvem sistemas excitatórios e supressores modulares por vários fatores situacionais, comportamentais, emocionais e culturais.

A intensidade da dor e a expressão do sofrimento variam de indivíduo para indivíduo, em decorrência de diversos fatores. O estresse, o medo, a ansiedade e a duração da dor interferem no mecanismo modulatório da dor. As endorfinas e outros neuromodulares da nocicepção são liberados quando a dor é muito intensa e quando há estresse associado (TEIXEIRA, 2006).

### **1.5 Avaliação da Dor**

Dor é um sintoma individual e subjetivo, que só pode ser compartilhado a partir do relato de quem a sente, diante de uma combinação de fatores, de aspectos sensitivos, cognitivos, comportamentais, culturais, socioeconômicos, dinâmicas familiares, estratégias de enfrentamento e compensações (LEBEL, 2004).

Saber a localização e a distribuição da dor é extremamente importante para compreender a fisiopatologia da queixa de dor. As entrevistas sobre a doença e os dados históricos do passado dos doentes, o exame físico e os exames complementares permitem diagnosticar as estruturas responsáveis pela dor em grande número de casos. A história clínica geral pode contribuir significativamente e é sempre incluída como parte da avaliação da dor (TEIXEIRA e YENG, 2006).

Traçar um mapa de como o processo cognitivo ocorre e como o corpo internaliza a sensação de desconforto, pode ser desafiador, mas é um componente essencial do manejo da dor e permite ao profissional da saúde planejar o tratamento ideal. O paciente tem que ser tratado como uma pessoa completa, e não apenas como uma localização dolorosa (ibidem).

O diagnóstico e a compreensão da queixa de dor de um paciente podem geralmente ser obtidos após uma anamnese e um exame físico completo. Estudos diagnósticos e fisiológicos são usados para auxiliar no diagnóstico (TEIXEIRA, 2006).

Os métodos para a avaliação da dor são multidimensionais (Ibidem). Alguns são aqui apresentados:

- **Diagnóstico**

O processo de diagnóstico de dor tem como objetivo principal a identificação do(s) agente(s) causal(is), a origem, a intensidade e a influência de fatores psicossociais sobre a dor, visando determinar o método mais adequado para seu tratamento.

- **Anamnese ou Histórico**

É constituído por perguntas, onde são coletadas informações sobre a forma como aconteceu a dor, sua duração e peridiocidade, a localização, como evolui, fatores que podem ter contribuído para o seu agravamento ou alívio. Também procura-se verificar as repercussões da dor nas atividades diárias do paciente. Procura também obter informações sobre os medicamentos e outras terapias previamente utilizados e seus resultados. Questionários, também são desenvolvidos para detectar a existência de fatores emocionais e sociais. O objetivo deste instrumento de avaliação é identificar a etiologia e compreender a experiência sensorial, afetiva, comportamental e cognitiva do indivíduo com dor para propor e implementar o seu manejo.

- **Exame clínico**

O profissional deve se valer da observação criteriosa do paciente, uma vez que as manifestações mais comuns da dor podem se apresentar na forma de emoções, expressões ou contraturas do corpo, considerados como defensivos contra a fonte de dor, permitindo a análise de regiões dolorosas.

- **Exames complementares**

- **eletrofisiológico:** aparelhos determinam o funcionamento de tecidos.



- **exames de imagem:** auxiliam a identificar as anormalidades dos locais afetados e ajudam a confirmar lesões em tecidos e órgãos.

- **exames laboratoriais:** os exames de sangue são importantes para detectar ou excluir anormalidades inflamatórias, metabólicas, degenerativas, entre outras.

#### • Intensidade

A dor não pode ser medida objetivamente. A intensidade da dor pode ser mensurada por meio de várias escalas. A escolha de um instrumento deve ser de fácil aplicabilidade e adequar-se ao nível de compreensão do paciente. Avaliar a dor e registrar sistematicamente e periodicamente a sua intensidade é fundamental para que se acompanhe a evolução dos pacientes e se realize os ajustes necessários ao tratamento.

- **escalas unidimensionais de relato pessoal:** servem como métodos muito simples, úteis válidos para avaliar e monitorar a dor dos pacientes.

- **escalas de termos descritivos verbais:** no qual o paciente descreve sua dor escolhendo dentre os adjetivos: branda, desconfortável, aflitiva, horrível e excruciante.

- **escalas de gradação verbais numéricas:** são as mais simples e mais usadas, onde o paciente seleciona um número de 0 a 10, com o 0 correspondendo a “nenhuma dor” e 10 correspondendo à “pior dor possível”, para descrever a dor . A escala verbal mais utilizada em nosso meio é a de quatro termos (dor ausente, leve, moderada e intensa).

- **escalas visuais analógicas (VAS):** são mais válidas para propósitos de pesquisa, sendo de fácil compreensão para o paciente. Compreende uma linha horizontal de 10 cm com as extremidades indicando “ausência de dor” e “a pior dor possível”.

- **escala de gradação de dor em “faces”**: exibe seis esboços de características faciais, cada uma delas com valor numérico de 0 a 5, indo de uma face feliz e sorridente a uma face triste e chorosa. Essa escala também pode ser útil para pacientes com dificuldades em compreender as escalas numéricas.

#### • Sinal vital

James Campbell<sup>3</sup>, em 1996, citou a necessidade do fenômeno da dor ser reconhecida como o 5º sinal vital, referindo-se que “se a dor fosse aliviada com o mesmo zelo como os outros sinais vitais haveria uma melhor chance de promover tratamento adequado”. O controle da dor é essencial para a assistência integral ao paciente. Assim, conclui-se que a inclusão da avaliação da dor junto aos sinais vitais, pode assegurar que todos os pacientes tenham acesso às intervenções para controle da dor, da mesma forma que se dá o tratamento imediato das alterações dos demais controles.

#### • Comportamento

As respostas comportamentais devem ser avaliadas e podem incluir respostas verbais, vocalizações, expressões faciais, movimentos corporais e reações ao ambiente. As manifestações como choro, gritos e proteção de partes do corpo sinalizam sofrimento e complementam a avaliação do quadro subjetivo da dor de cada indivíduo.

A somatória das informações fornecidas pelos doentes, os questionários auto-administrados, o exame físico, os testes funcionais e os exames complementares tornam mais segura e confiável a avaliação global (TEIXEIRA, 2006).

### 1.6 Classificação da Dor

Existem muitas maneiras de se classificar a dor. Considerando a duração da sua manifestação, ela pode ser de três tipos:

---

<sup>3</sup> James Campbell é presidente da Sociedade Americana de Dor.

- **dor aguda** – associada a lesão em tecidos ou órgãos, ocasionados por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas, durante um período relativamente curto. Primariamente, este sintoma alerta o indivíduo para a necessidade de assistência médica. Normalmente o agente causal é corretamente diagnosticado, cessando a dor.

- **dor crônica** – associada a um processo de doença, sua localização se faz em uma parte principal do corpo, porém não em um ponto detalhado do membro, se entendendo por vários meses e anos. Há indivíduos que desenvolvem dores em diferentes regiões, como membros superiores ou genitais. Síndromes pós-laminectomia são um clássico na problemática de dor crônica; dores pélvicas, perineais, genitais, anais; dores torácicas em suas variedades; dores faciais atípicas; dores associadas a tarefas ocupacionais ou a fatores psicossociais; dor relacionada ao trabalho (LER/DORT); dor de fibromialgia, com distribuição generalizada pelo corpo; dor em oncologia.

- **dor recorrente** – apresenta períodos de curta duração que, no entanto, se repetem com frequência, podendo ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo não estando associada a um processo específico.

A história e o exame físico ajudam a identificar diferentes tipos de dor que tendem a responder a tratamentos diferentes. A identificação do tipo de dor durante a avaliação da dor é importante e é categorizado, conforme segue (LEBEL, 2004):

- **dor nociceptiva:** origina da ativação das fibras aferentes dos nociceptores, podendo ser aguda ou crônica;

- **dor neuropática:** causada por lesões ou doenças dos nervos. A dor neuropática pode ocorrer na periferia ou no Sistema Nervoso Central;

- **dor mista:** é causada pela união de componentes nociceptivos e neuropáticos;

- **dor de mediação simpática:** acompanhada por edema, alterações no fluxo sanguíneo da pele, atividade sudomotora alterada na região da dor;

- **dor por desaferentação:** crônica e resulta da perda de aporte aferente para o Sistema Nervoso Central. A dor pode se originar na periferia ou no Sistema Nervoso Central;

- **dor da neuralgia:** associada a lesão ou irritação;

- **dor radicular:** evocada pela estimulação de fibras aferentes nociceptivas nos nervos espinais, nas suas raízes ou nos gânglios, ou por outros mecanismos neuropáticos;

- **dor central:** origina-se de uma lesão no Sistema Nervoso Central, normalmente é constante, em caráter de queimação e elétrica, e é exacerbada pela atividade ou por alterações climáticas;

- **dor psicogênica:** existe sem nenhuma patologia orgânica aparente. Os pacientes tornam a doença e a hospitalização os seus objetivos primários;

- **dor referida:** geralmente se origina de estruturas viscerais ou profundas e se irradia para outras áreas do corpo;

- **dor localizada:** dor que se encontra sem migração;

- **dor superficial:** facilmente localizada e limitada à parte do corpo afetada;

- **dor visceral:** origina-se de órgãos internos, é difusa e frequentemente mal localizada.

## 1.7 Aspectos Psicológicos da Dor

A função psíquica é intrínseca do ser humano, presente em todos os momentos, exerce papel fundamental na manutenção da saúde e na recuperação dos indivíduos doentes. O psiquismo humano participa da atenção e da percepção, podendo piorar o estado da doença, muitas vezes, não perceptível pelo indivíduo.

Conforme definição de Teixeira:

O psiquismo é encarado como entidade em si mesma, como se tivesse existência independente, interagindo com o organismo corporal como dois seres. [...] Capta todos os sinais em torno, mais ainda do que nos damos conta; contabiliza, explica e nos reconhece, estabelecendo uma noção de *eu* próprio; integra e propõe sentido a nossos impulsos, instintos e funções orgânicas e, finalmente, organiza e incorpora o sistema de regras, valores, referencial cultural (2006, p. 149-150).

A reação diante da dor é singular para cada indivíduo e interfere em âmbito psicossocial, cultural e existencial, como também em nível do grupo social que o cerca.

A experiência perceptiva na concepção de dor é, também, influenciada pela história de vida, ou seja, qual a qualidade atribuída à situação. Nessa perspectiva, incluem-se os pensamentos e receios atuais, bem como a sua esperança no futuro (informação verbal) <sup>4</sup>.

No processo de adoecimento de dor crônica, é prevalente casos de indivíduos depressivos diagnosticados em 30% a 87%, onde os sintomas de impotência, desestímulo, tristeza, fadiga são caracterizados. As alterações de humor e a ansiedade são associadas, também, aos indivíduos. A dor pode alterar a personalidade, interferir com o trabalho e afetar as relações interpessoais. Por isso, é necessário um programa de tratamento integral ao indivíduo (TEIXEIRA, 2006).

Equivale a dizer que o fenômeno da dor sempre é real, a presença ou não de lesão não se associa ao fato de inexistência de sintomas. O comportamento de doença desperta significativa atenção do profissional, uma vez que é um meio de comunicação do sofrimento. Todos os sintomas expressos pelo indivíduo têm um significado e um fundamento associado a um conflito intrapsíquico, tornando um fato clínico. Cada expressão permite simbolizar a percepção e a sensação atribuída ao atual estado do indivíduo, em geral como angústia, raiva, medo e revolta.

A informação do real quadro da dor prevista aos indivíduos é recebida negativamente, contribuindo para o aumento da sua intensidade. Psicologicamente, o essencial é proporcionar ao indivíduo sentimento de controle, oferecendo meios para atenuar o sofrimento. (TEIXEIRA, 2006).

## **1.8 Tratamentos Psicológicos da Dor**

Atividades cognitivas influenciam a percepção da dor, possibilitando ao doente utilizar estratégias de controle central sobre a intensidade da condição algica. As técnicas psicológicas são medidas adjuvantes no tratamento da dor com objetivo

---

<sup>4</sup> Informação verbal fornecida por Deborah Benkovitz, em palestra no XII Congresso Mundial de Musicoterapia, em julho de 2008.

reduzir a ansiedade, a tensão e as angústias do doente, proporcionando melhor controle emocional e melhora da dor.

Existem várias modalidades de intervenções psicológicas que complementam outros tratamentos, visando não somente à cura, mas a qualidade de vida.

Vale ressaltar que a família exerce papel importante na manutenção da dor. Quando um indivíduo se encontra limitado ou incapacitado pela dor, suas funções resultam numa posição de dependência. Devido à sobrecarga a outro membro da família, sente-se culpado em dar trabalho, irritado e, conseqüentemente, sofre piora da dor. O sentimento do cuidador pode ir de prazer e carinho ao de obrigação e raiva, podendo resultar em estresse ou enfermidade. Portanto, é recomendável a família mais próxima passar por terapia, como parte de um sistema holístico de apoio.

O tratamento da dor crônica, geralmente inclui medicamentos envolvendo analgésicos, antidepressivos e anticonvulsivantes com ação e uso contínuo e terapias. Apesar do grande desenvolvimento de pesquisas, ainda não é satisfatório o controle do fenômeno da dor que agrava ou perpetua o sofrimento e reforça o comportamento doloroso.

## 1.9 Os Comportamentos da Dor - Comunicação de Experiência Dolorosa

O comportamento da dor integra-se ao da aprendizagem, por meio da experiência e da estimulação presente. As reações sofrem influências da história de vida e culturais, portanto, sua expressividade é, também, singular a cada indivíduo.

Podemos classificar os comportamentos em dois tipos:

**Comportamentos verbais** – são as expressões vocalizadas (palavra, gemidos, suspiros) e as expressões escritas;

**Comportamentos não-verbais** – a percepção desses comportamentos se faz no campo da observação, já que as expressões do sofrimento comunicam-se por meio de gestos, mudanças posturas, faciais, proteção da área dolorida, o silêncio.

A percepção de mudança no funcionamento corporal faz o indivíduo interpretar o estado de dor. A forma dos indivíduos interpretarem suas experiências determina como se sentem e como se comportam. Experimentam e controlam as expressões, através de respostas de adaptação e enfrentamento dos sintomas. Os

significados à dor condicionados pelo indivíduo auxiliam a organizar e compreender a experiência desta percepção.

Analisar a gama de comportamentos expressos pelo indivíduo constitui recurso para o tratamento, bem como para o diagnóstico.

Teixeira (2006) sugere a utilização de um diário de dor pelo indivíduo, para um monitoramento do quadro da dor, uma vez que as informações colhidas tendem a não corresponder fielmente.

Embora seja um recurso de avaliação, o diário de dor pode ser um importante recurso terapêutico, pois permite a análise das informações registradas junto ao doente, explorando as características dos dados obtidos, discutindo suas associações, desenvolvendo recursos e estratégias de enfrentamento, prevenindo crises dolorosas, orientando medidas mais eficazes no alívio da dor etc. O emprego do diário de dor aumenta a sensação de controle por parte do doente e possibilita melhorar a compreensão das relações entre a sensação dolorosa, os comportamentos emitidos e a situação social e ambiental em que ocorreram (p. 206).

## 2 SAÚDE

Conceituar saúde é uma proposição complexa. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é definida como “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade”. (1948)

Conforme destacado, é um processo que visa o bom funcionamento do organismo como um todo. Sua definição não é focada no problema, mas sim nos potenciais de desenvolvimento de integridade individual e ecológica do indivíduo.

Saúde é resultado da junção de vários aspectos ligados com qualidade de vida. Entendê-la abrange aspectos individuais e coletivos, relacionados ao bem-estar nos domínios físico, social, econômico, político, psicológico e cultural. Diversos fatores têm sido identificados como influências no processo saúde-doença: experiência pessoal, estilos de vida, condições de vida e trabalho, grupos e comunidades de auto-cuidado, redes familiares e sociais de apoio, etc (SCLiar, 2007). O bem-estar é um processo e não um estado estático.

Portanto, Bruscia (2000, p. 91) afirma que “[...] a saúde é holística, indo além do corpo para incluir a mente e o espírito, e indo além do indivíduo para incluir a sociedade, a cultura e o meio ambiente em que vive[...].”

Avaliar positivamente a própria saúde, percebendo a si mesmo como ser saudável é possuir recursos para vencer determinadas situações (COSTA, 2007).

### 2.1 Qualidade de Vida

O grupo de qualidade de vida da World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), da Organização Mundial da Saúde, coloca que qualidade de vida refere-se “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Qualidade de vida é um conceito humano amplo, relacionado ao grau de satisfação encontrado na vida, diante das várias vertentes de envolvimento (comportamentais, estruturais, materiais, relacionamentos interpessoais, saúde geral, lazer, estado emocional, liberdade, bem-estar, habitação, situação econômica, experiências, crenças, percepções do ser, identidade, auto-estima, privacidade,



sexualidade, vida profissional, desempenho, auto-controle, otimismo, significado da própria vida) (COSTA, 2007).

Pode-se considerar como negação da qualidade de vida o desemprego, a violência e a exclusão social, embora estes fatores devam ser reconsiderados de acordo com a cultura (Ibidem).

As sociedades têm instigado novas necessidades ao ser humano, que quando não satisfeitas, podem gerar efeitos negativos sobre o modo de percepção da própria qualidade de vida.

Os indivíduos portadores de dor crônica imprimem sofrimento e invalidez que comprometendo a qualidade de vida. Enfrentar limitações e incapacidades e, até mesmo, auto-analisar o estado de saúde esclarece o significado da própria vida.

Há instrumentos para avaliar a qualidade de vida de indivíduos portadores de doenças crônicas, que incluem aspectos subjetivos da convivência com a doença. Seu uso clínico fornece informações sobre as áreas mais afetadas, permitindo ao profissional traçar um tratamento mais adequado. No caso da dor, propriamente dita, a qualidade de vida deve ser avaliada em amplos critérios explorando-se o impacto que a dor traz para a independência do sujeito e para os aspectos psicológico, social e espiritual (COSTA, 2007).

O questionário WHOQOL-Abreviado (anexo) tem demonstrado ser um bom instrumento para avaliação global da qualidade de vida, útil na prática clínica, pois permite avaliar o estado de saúde dos indivíduos, o impacto físico e psicossocial da doença na vida diária, o nível de satisfação em relação ao modo de vida e também investiga os comportamentos de enfrentamento da dor, possibilitando maior conhecimento das necessidades e de capacidade de adaptação a determinadas condições (ibidem).

Avaliar a própria vida é um processo subjetivo, firmado em respostas individuais diante de vários fatores físicos, mentais, pessoais, ambientais, culturais e sociais, que influenciam a satisfação pessoal para com a vida.

A sociedade determina e busca alcançar as transformações positivas nas condições e estilos de vida. Uma mesma sociedade possui um padrão de qualidade de vida diferente de outra época, uma vez que priorizam os valores culturais do povo (ibidem).

Dois indivíduos com um mesmo estado de saúde podem apresentar diferentes percepções sobre si mesmos. Portanto, a qualidade de vida deve ser avaliada pela própria pessoa, já que a percepção é singular de cada indivíduo.

A musicoterapia tem papel importante na melhoria da qualidade de vida, por tratar-se de um processo interpessoal que recupera o bem-estar do indivíduo, ampliando o significado à vida (BRUSCIA, 2000).

A saúde e a vida são inseparáveis, acopladas a imagem de qualidade de vida, associadas a integridade do indivíduo.

[...] Qualidade de vida deve ser compreendida como sensação íntima de conforto e de bem-estar no desempenho das atividades físicas e psíquicas, de acordo com as realidades pessoais e familiares e as tradições dos ambientes em que o indivíduo está inserido. [...] O desenvolvimento da autoconfiança, o encorajamento para a execução das atividades, a eliminação do medo de que novas lesões possam se instalar, a correção dos desajustamentos familiares, sociais e profissionais que contribuem para o sofrimento, a incapacidade, entre outros, são os objetivos da equipe interdisciplinar de indivíduos com dor crônica (TEIXEIRA, 2006, p. 114).

### 2.1.1 Como a dor interfere na qualidade de vida

Ao refletirmos sobre o fenômeno da dor, de modo especial neste estudo, a dor crônica, é importante realçar a transformação da vida do indivíduo, diante dessa avassaladora desorganização vital, que interfere no funcionamento diário normal, prejudicando a qualidade de vida.

Segundo Teixeira (2006, p.113):

A dor crônica pode comprometer a qualidade de vida, gerar sofrimento, incertezas, medo da incapacidade e da desfiguração. As perdas materiais e sociais são incalculáveis e as limitações para o bom desempenho das atividades físicas, profissionais e sociais são freqüentes. A dor pode alterar também o afeto, o ritmo de sono, o apetite e o lazer. A incapacidade e a dor crônica podem induzir à perda de identidade na família, no trabalho e na sociedade e modificar as aspirações e os objetivos da vida dos indivíduos. O processo de mudança da condição normal para aquela de incapacidade e dor crônica é desgastante e muitos referenciais da vida podem alterar-se.

A dor geralmente é interpretada como ameaça à integridade física do indivíduo e ao seu bem-estar. Dentre os diagnósticos de dor crônica, percebe-se

mudanças de atividades diárias (AVD's) e atividades profissionais (AVP's), devido a incapacidades quanto a realização de funções motoras que, normalmente, estão associados à idéia de impotência diante da dor. Estas incapacidades influenciam negativamente a auto-estima, uma vez que o indivíduo se percebe como privado de conduzir uma vida saudável no aspecto social, sexual, afetivo, etc. (TEIXEIRA, 2006).

Dentre os quadros associados ao de dor são observados sentimento excessivo de culpa, vergonha, solidão, medo, e na tentativa de deter o fluxo desta insuportável companheira, o indivíduo é envolvido num processo de adoecimento, podendo 'perder' a vida sem ter morrido ou buscando a fonte de auto-destruição (suicídio), uma vez que a vida é vista como inútil (FENSTERSEIFER; WERLANG, 2005).

Talvez as conseqüências sejam maiores que a dor. Perder a força, a liberdade, a autonomia e a responsabilidade de sua vida tornando, muitas vezes, sobrecarga para os outros, são alguns ingredientes da fragilidade a que estes indivíduos estão expostos.

### 3 MUSICOTERAPIA

Para este estudo, acreditamos que a definição abaixo, obtida pela Federação Mundial de Musicoterapia (apud BRUSCIA, 2000, p. 286), fornecerá uma visão panorâmica do conteúdo a ser tratado:

Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) pelo musicoterapeuta e pelo cliente ou grupo, em um processo estruturado para facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e a organização (física, emocional, mental, social e cognitiva) para desenvolver potenciais e recuperar funções de indivíduo de forma que ele possa alcançar melhor integração intra e interpessoal e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

A musicoterapia, ramo da ciência e da arte, tem a música como instrumento terapêutico que contribui para o estudo e análise do complexo som-homem-som. Uma vez que esta ferramenta – a música – contém em sua estrutura a ordem, o equilíbrio e a harmonia, atua de modo íntegro nos indivíduos.

A gama de possibilidades sonoras é ampla. Os procedimentos, modelos e métodos musicoterapêuticos são selecionados de acordo com a necessidade do indivíduo.

Recuperar o bem-estar, a manutenção, melhorar a saúde psicológica, física, emocional e espiritual, reduzir e amenizar as conseqüências da dor e, visar à mudança de posição do indivíduo diante da dor, oferecendo significado a vida, são alguns dos objetivos aqui propostos.

A atuação da musicoterapia dentro de um programa multidisciplinar, possibilita melhoria de qualidade de vida do indivíduo, conduzindo-o a uma relação mais harmoniosa consigo e com o ambiente.

#### 3.1 A Matéria - Prima da Musicoterapia

Diante das diversas definições para o significado de música, citamos:

A música é uma instituição humana na qual os indivíduos criam significação e beleza através do som, utilizando as artes da composição, da improvisação, da apresentação e da audição. A

significação e a beleza derivam-se das relações intrínsecas criadas entre os próprios sons e das relações extrínsecas criadas entre os sons e outras formas de experiência humana. Como tal, a significação e a beleza podem ser encontradas na música propriamente dita (isto é, no objeto ou produto), no ato de criar ou experimentar a música (isto é, no processo), no músico (isto é, na pessoa) e no universo (Bruscia, 2000, p. 111).

A música tem acompanhado o homem desde os primórdios da humanidade. O significado da música, sua interioridade e essência, por referir, representar, simbolizar ou expressar o universo da experiência humana, se fazem de forma singular, para cada indivíduo, podendo veicular no mundo real da criação do som, como no mundo imaginário do ouvinte, sem limitação (BRUSCIA, 2000).

Ela, matéria-prima da musicoterapia, fala diretamente ao corpo (experiência fisiológica), à mente (psicológica), às emoções e a espiritualidade, com seus múltiplos sentidos, respondendo às necessidades do indivíduo que permite uma sensação de expansão do ser. Poderoso agente de estimulação, a música, flui em nosso tempo, espaço e movimento psíquico, onde demarca territórios permeados de subjetividade, possibilitando ao indivíduo soar e ressoar com a gama de sensações, sentimentos, percepções, lembranças, sonhos...

A música está na raiz de nossa existência. Praticar sua atividade é prazeroso e gratificante, uma vez que nos coloca na margem de ultrapassar os limites, a explorar novos horizontes, de buscar novos recursos, de correr novos riscos e tentar novas maneiras de estar no mundo.

### **3.2 A Percepção do Musicoterapeuta**

Compreender os vários elementos expressivos de um indivíduo na prática clínica, interpretados como mensagem sonoro-musical, é de extrema importância para a ação do profissional, pois retrata a leitura musicoterapêutica. Para decodificar essas mensagens é imprescindível o apoio no seguinte trinômio:

- *Escuta Clínica*

Premissa fundamental no ambiente terapêutico para a comunicação humana, que requer atenção diante da emissão sonora produzida pelo indivíduo. Elementos que envolvem o som, o movimento, a música e o fazer musical propiciam a escuta.

Sintonizar as “antenas” perante as necessidades e desejos dos indivíduos é uma forma de valorizar o outro como um todo, respeitando sua singularidade.

Escutar o paciente na sua totalidade e a si próprio, mesmo no papel do profissional, é de valor relevado para a sincronização no processo musicoterapêutico, uma vez que apresenta ressonância para com o outro durante um diálogo musical. Ritmo, intensidade, timbre, altura e voz são elementos musicais observáveis nos discursos (HAMEL, 2006).

- *Olhar Clínico*

Visão cuidadosa sem pré-conceitos para melhor descobrir a comunicação com o indivíduo. O musicoterapeuta utiliza “lentes” musicais para observar o paciente. A maneira como o indivíduo se projeta no ambiente, revela muito os sentimentos de seu mundo interno.

- *Tato Clínico*

Inseparável do movimento e do contato direto, para melhor conduzir o paciente.

### **3.3 Musicoterapia e Dor**

A dor representa um conflito de nossa existência. Muitas marcas deixadas durante a estrada da vida, podem estar armazenadas no ponto da dor. Portanto, este fenômeno é uma percepção que não pode ser tratado como um simples sintoma puramente fisiológico.

Em termos de existência social, a dor é parte necessária da experiência de vida, que carrega o propósito de aprendizagem, adaptação e crescimento de forma responsável ao indivíduo.

Intervenções musicoterapêuticas facilitam a consciência das circunstâncias vividas, possibilitando a construção de sentidos para a experiência. É nesse lugar especial que a arte ocupa, que se possibilita significar ao indivíduo um percurso para retomar a saúde (CHAGAS, 2004).

### 3.3.1 Instrumentos de Avaliação em Musicoterapia

A musicoterapia estuda o complexo formado entre o homem e suas infinitas interações com o universo dos sons.

No caso do paciente com dor, após o mapeamento multidisciplinar das implicações diretamente relacionadas à dor, a musicoterapia possui metodologias de avaliações que podem contribuir para a elaboração do planejamento e desenvolvimento terapêutico para tratar a percepção de dor, diante das necessidades de cada paciente, bem como, identificando técnicas importantes para a melhora global do indivíduo.

Existem várias metodologias de avaliação em musicoterapia, tanto para as experiências receptivas como para as improvisacionais. No caso da dor, utilizaremos a ficha musicoterapêutica (que irá nos auxiliar nas escolhas das músicas para experiências receptivas) e metodologias de avaliação para experiências improvisacionais e receptivas.

- *Ficha Musicoterapêutica*

O uso da ficha musicoterapêutica contribui para ampliar o conhecimento da 'trilha sonora da vida', ou seja, da biografia musical do indivíduo, já que cada ser, ao longo de sua caminhada, constrói sua identidade sonora. Costuma-se investigar o ambiente sonoro durante a gestação do indivíduo, as primeiras experiências musicais, sobre o meio em que vive e preferências musicais e outros aspectos despertados no decorrer da entrevista.

A elaboração da ficha musicoterapêutica irá depender do atual quadro do indivíduo, ao qual se investiga. Convém ressaltar que para indivíduos em meio a dores, deve-se objetivar a efetuação de um breve questionário.

- *Experiências Improvisacionais*

- a) *Testificação Modelo Benenzon*

Tem como objetivo observar as reações que os sons, estruturas rítmicas e os diferentes instrumentos provocam no paciente, proporcionando ao musicoterapeuta

“[...] observar as possibilidades de comunicação do paciente, as suas dificuldades, inibições, preferências, impulsos, bloqueios, reações e desejos frente aos diferentes parâmetros e instrumentos musicais” (BARCELLOS, 1999, p. 33).

*b) Perfil de Avaliação em Improvisação (IAP's – Improvisation Assessment Profiles, BRUSCIA, 1987, 1999).*

Os Perfis de Avaliação em Improvisação (IAP's) do musicoterapeuta Kenneth Bruscia(1999), “têm por objetivo fornecer um modelo de avaliação do cliente, baseado na observação clínica, análise musical e interpretação psicológica da improvisação do cliente” (BRUSCIA, 1999)

Os IAP's consistem em seis perfis: integração, variabilidade, tensão, congruência, saliência e autonomia. Cada perfil contém cinco níveis específicos de avaliação, variando de um extremo ao seu oposto. Os perfis podem ajudar nas análises das improvisações de paciente com dor indicando como o paciente se relaciona: com a música, com elementos extramusicais perpassados pela música e como o paciente pode ou não se “distanciar da sensação da dor” através das improvisações musicais.

Esta metodologia também poderá ser utilizada nas experiências de improvisação tanto nas etapas de entrevista e testagem musical, como no contexto de avaliação processual.

#### • *Experiências Receptivas*

Poderá ser utilizado o Perfil Psicomusical de Verdeau-Paillès (1981) para se obter dados referentes às reações e posicionamentos do indivíduo em relação a receptividade musical, bem como orientar o tipo de música mais adequado para as intervenções clínicas.

A utilização ou não destas metodologias, estará sujeita a condição do paciente em relação à sensação da dor. Portanto, a escuta do musicoterapeuta deverá decidir qual a melhor forma de atuação para o processo de avaliação.



### 3.3.2 Técnicas e Experiências Musicoterapêuticas para o Tratamento da Dor

Para o tratamento de dor, citamos algumas técnicas musicoterapêuticas, sendo que a utilização deverá ser coerente com o quadro clínico do paciente, que muitas vezes se encontra incapacitado pela dor:

- *Técnicas de Relaxamento*

O relaxamento é uma técnica de recondicionamento psicofisiológico, onde o paciente adquire melhor percepção corporal e melhor controle sobre o seu corpo.

Por meio de exercícios conscientes de respiração, mantêm a concentração no corpo, o que facilita liberar tensões musculares, normalmente em regiões próximas ao local da dor, e aliviar a percepção de dor. A respiração proporciona equilíbrio ao demandar oxigênio ao sistema muscular.

O ato de soprar para longe a sensação de desconforto, em episódio de dor, oferece, de forma mais adequada e profunda, uma regulação fisiológica no ato de respirar.

A técnica de relaxamento, com fundo musical, tranqüiliza e distrai os pacientes, provocando sensações de bem-estar.

- *Técnica de Vibração sonora - A Voz*

A voz é um instrumento de comunicação do ser humano, que por meio de seu uso, estabelece relações, posiciona-se frente a conteúdos e valores e mostra-se ao mundo. O uso da canção, como um canal de expressão, permite a manifestação de conteúdos bloqueados, onde as palavras cantadas são compreendidas no momento em que se vive, como expressão de um povo.

Através de canções, eles podem comunicar seus problemas, suas necessidades ou desejos insatisfeitos do passado ou do presente, suas alegrias, sua solidão. Eles podem ser lembrados de períodos tristes ou felizes que podem providenciar uma introspecção maior de seus problemas do presente, ou que podem levá-los para longe de seus desconfortos imediatos (BAILEY, 1984, apud DREHER, 2006, p. 139).

A energia vital é um fenômeno vibratório. A técnica de vibração sonora, propriamente o cantar, é uma ferramenta que proporciona a liberação de sentimentos e emoções dolorosos, que encontram-se, inúmeras vezes, em dissonância com o nosso corpo (FAINSTAIN, 2006).

A voz é uma prolongação do corpo, é a expressão mais íntima do ser que permite revelar algo interno.

- *Experiência Receptiva*

Nas experiências receptivas, o cliente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade. [...] A experiência de ouvir pode enfocar os aspectos físicos, emocionais, intelectuais, estéticos ou espirituais da música e as respostas do cliente são moduladas de acordo com o objetivo terapêutico da experiência (BRUSCIA, 2000, p. 129).

Por meio de seleção prévia de músicas pelo musicoterapeuta, o paciente de forma receptiva e relaxado, fará a experiência de audição musical e de imagens.

A seleção musical requer uma gama de considerações, repertório musical (ficha musicoterapêutica), necessidades e estados de humor do paciente.

- *Experiência de Improvisação*

Nas experiências de improvisação, o cliente faz música tocando ou cantando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso. O cliente pode improvisar sozinho, em dueto ou em um grupo que inclui o terapeuta, os outros clientes e eventualmente membros da família. O cliente pode utilizar qualquer meio musical dentro de sua capacidade (por exemplo, voz, sons corporais, percussão, instrumentos de corda ou sopro, teclado, entre outros). O terapeuta ajuda o cliente dando as informações e fazendo as demonstrações necessárias, oferecendo uma idéia ou estrutura musical em que a improvisação se baseará, tocando ou cantando um acompanhamento que estimule ou guie a improvisação do cliente, ou apresentando uma idéia não-musical (por exemplo, uma imagem, um assunto, uma história) ao cliente para que ele a retrate através da improvisação (BRUSCIA, 2000, p. 124).

O paciente executa música, por meio de liberdade de expressões, tocando, cantando, dançando ou criando. Esta técnica dá voz aos sentimentos que não são facilmente expressos em palavras.

- *Experiência de Re-Criação*

Nas experiências re-criativas, o cliente aprende ou executa músicas instrumentais ou vocais ou reproduções de qualquer tipo musical apresentado como modelo. [...] Re-criativo é um termo mais abrangente que inclui executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte ou o todo de um modelo musical existente, com ou sem uma audiência (BRUSCIA, 2000, p. 126).

Consiste na reprodução de músicas existentes através da produção musical, instrumental, corporal ou vocal, que auxilia na melhora da auto-estima e expressão de sentimentos.

Apreciar, escutar, cantar canções existentes e traduzi-las para o momento pelo qual está se vivendo, permite surtir conteúdos bloqueados, re-significando a dor do indivíduo com valor ampliado.

Assim, no sentido de um “novo olhar” sobre o indivíduo com dor, a musicoterapia permite um ambiente sonoro de afeto, onde a produção sonora favorece uma comunicação significativa de sentimentos impostos, muitas vezes, pela limitação da dor, que traz significado à vida e interfere na qualidade de vida (DELABARY, 2006).

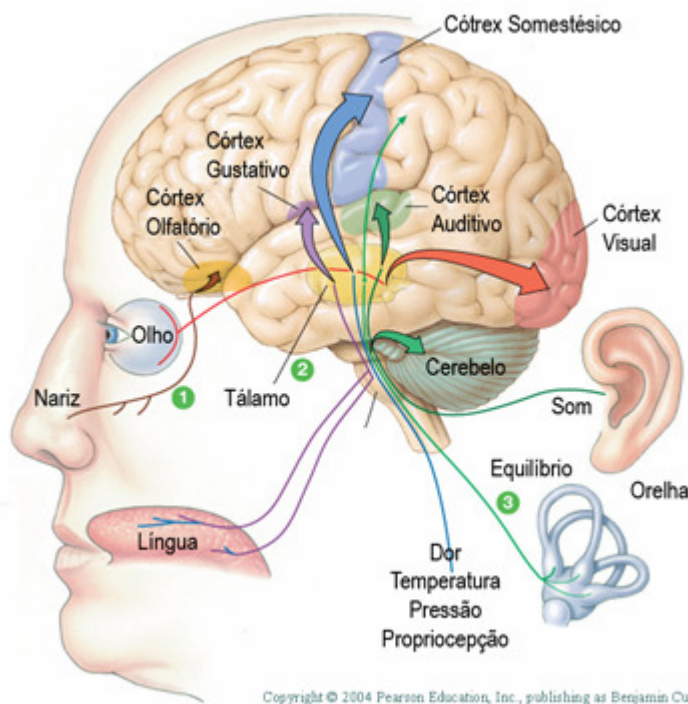
Cada pessoa tem uma identidade, uma história de vida. À medida que se adapta aos desafios da vida, desenvolve um novo capítulo do seu livro, onde re-significa o seu olhar de ser. Aprender através da experiência, as lições da vida e mesclá-las com o todo não deixa de ser um objetivo.

Como vimos anteriormente, a dor é um sistema complexo que envolve vários contextos, a seguir enfocaremos alguns contextos e especificaremos algumas experiências musicais mais indicadas na atuação musicoterapêutica.

### 3.3.3 A Música no Cérebro Humano e sua Influência no Tratamento da Dor

O corpo humano possui receptores sensoriais com funções específicas, espalhados pelo corpo todo, que detectam estímulos originados por meio do sistema tátil, decodificando-os em impulsos nervosos. De acordo com Tomatis (1987), na pele há receptores [os mecanoreceptores] capazes de captar e diferenciar as ondas sonoras. Por sua vez, o sistema nervoso periférico e central, associado ao processo de análise dos estímulos, inicia o percurso para a transmissão do sinal. Por meio de

vias aferentes, os impulsos nervosos passam pela medula espinhal, pelo tronco cerebral, onde é filtrada a mensagem que chega ao tálamo, componente do Sistema Límbico, reservatório das emoções, sensações e sentimentos. Ao receber as informações sensoriais, transmite ao córtex cerebral, que efetuará a interpretação da mensagem. Após a decodificação retorna ao tálamo informações motoras, as quais serão distribuídas pelo corpo.



Copyright © 2004 Pearson Education, Inc., publishing as Benjamin Cummings

**Ilustração 1**  
**Fonte: [www.ibb.unesp.br](http://www.ibb.unesp.br)**

O corpo humano possui receptores sensoriais com funções específicas, espalhados pelo corpo todo, que detectam estímulos originados por meio do sistema tátil, decodificando-os em impulsos nervosos. De acordo com Tomatis (1987), na pele há receptores [os mecanoreceptores] capazes de captar e diferenciar as ondas sonoras. Por sua vez, o sistema nervoso periférico e central, associado ao processo de análise dos estímulos, inicia o percurso para a transmissão do sinal. Por meio de vias aferentes, os impulsos nervosos passam pela medula espinhal, pelo tronco cerebral, onde é filtrada a mensagem que chega ao tálamo, componente do Sistema Límbico, reservatório das emoções, sensações e sentimentos. Ao receber as informações sensoriais, transmite ao córtex cerebral, que efetuará a interpretação da

mensagem. Após a decodificação retorna ao tálamo informações motoras, as quais serão distribuídas pelo corpo.

Especificamente no córtex somestésico, ocorre o processamento das informações táteis e a combinação com a propriocepção<sup>1</sup>, bem como da termossensibilidade<sup>2</sup> e dos nociceptores. Nesta área, existe um mapa corporal completo, refletindo a densidade de receptores distribuídos pelo corpo (<http://www.ibb.unesp.br>).

No sistema auditivo, encontra-se uma das estruturas mais complexas, a cóclea, por onde o som é decodificado, discriminado por várias características sonoras e, transformado em impulsos sonoros.

As ondas sonoras percorrem pelo ar e são sentidas pela pele, músculos, ossos pelo sistema de percepção interna do sistema nervoso. Mesmo de forma passiva, o cérebro tem a capacidade de interiorizar os sons dispostos no ambiente. Assim, segundo Hamel, “[...] o ser humano teria a capacidade de se transformar como um todo em ouvido” (2006, p. 71).

Uma vez os sons absorvidos pelo organismo, o Sistema Límbico exerce um importante papel na reação sonora musical, pois o seu componente, o hipotálamo, controla as funções neurovegetativas, voluntárias e involuntárias do organismo, favorecendo o equilíbrio do ritmo biológico, a frequência cardíaca, a respiração, a pressão cardíaca, os humores.

Após a interpretação do estímulo musical no organismo, os hormônios são ativados e trabalham para a diminuição da sensação dolorosa. Dentre estes hormônios, os neurotransmissores produzidos pelo cérebro humano:

- serotonina – libera sensação de prazer e relaxamento;
- endorfina – considerado um analgésico natural, atenuador da dor, promove uma sensação de bem estar;
- noradrenalina - anestésico para a região do córtex, área da razão.

A pele e a audição são vias de condução do estímulo sonoro musical ao cérebro. O ouvinte não tem consciência do efeito que a música exerce sobre ele, logo que a escuta. A audição tem o potencial de produzir mudanças comportamentais e emocionais nos humanos (WEBER, 2004).

---

<sup>1</sup> Propriocepção é a sensação e a percepção do corpo no espaço.

<sup>2</sup> Termossensibilidade é a percepção da temperatura de objetos e do ar.

O sinal da dor passa pelo “portão” do corno dorsal, seguindo até o cérebro. Há apenas um caminho para se seguir tanto o estímulo da dor, quanto o estímulo do prazer musical. Quando o indivíduo é confrontado com os dois estímulos, o prazer despertado pela ação da música pode controlar os mecanismos de interesse do cérebro, diminuindo a dor. Portanto, é possível alterar a percepção do sinal da dor no cérebro, por meio de estímulos musicais que favoreça a distração. Baseando-se na Teoria da Comporta de Melzack e Wall, o cérebro é capaz de enviar uma mensagem para bloquear a entrada da sensação da dor, ao nível da coluna espinhal. Este mecanismo pode aumentar ou diminuir o fluxo dos impulsos nervosos e inibir o controle eferente (informação verbal)<sup>3</sup>.

No ambiente musicoterapêutico, a utilização da experiência receptiva propõe ao paciente o prazer da escuta musical, que o conduz ao relaxamento e, muitas vezes, a imaginação, favorecendo a desfocalização da dor e proporcionando sensações de bem-estar corporal.

#### *- Efeitos Fisiológicos da Música*

A fonte da música reside na expressão do som, que por meio do componente mais primitivo, o ritmo, pulso da vida presente nos organismos vivos, age em todos os estados físicos, atuando no ritmo respiratório, na pressão arterial, no ritmo cardíaco, no movimento dos órgãos, permitindo o desbloqueio de canais energéticos dispersos. Com seus variados elementos e conjunções rítmicas, revitaliza e acaricia o corpo vivo, proporcionando relaxamento muscular e permitindo redução de estímulos sensoriais, tal como a dor (PAULA, 2006).

Mergulhados em um universo sonoro, somos organizados a gerar e responder aos fenômenos rítmicos. A movimentação do corpo, a exteriorização da voz e a expressão gestual dispõem no processo terapêutico, proporcionando distensão de estresse e alívio das tensões (VIVARELLI, 2006).

Segundo Tocantins, a música, por meio de suas vibrações sonoras, flui pelo corpo vivo, permitindo a diminuição da sensação de dor e o controle das crises (<http://saude.terra.com.br/>).

---

<sup>3</sup> Informação fornecida por Deborah Benkovitz em palestra no XII Congresso Mundial de Musicoterapia, em julho de 2008.

O fazer musical estimula o indivíduo ao movimento, que por sua vez, mobiliza energias. De fato, a música produz reações fisiológicas, exercendo grande poder sobre o comportamento (PAULA, 2006).

Muitas vezes, a dor física é marcada por sintomas de desequilíbrio na vida. O uso de pulsação regular e estável estabelece uma ressonância nos ritmos do corpo. Alterações fisiológicas originadas por estímulos sonoros são refletidas em processos que restabelecem o pulso saudável do indivíduo, proporcionando novo padrão de equilíbrio.

A musicoterapia propõe a utilização da música de forma estratégica, proporcionando uma analgesia impulsionada pelos efeitos fisiológicos da música, distante da possibilidade de propiciar efeitos colaterais ao organismo.

No caso da dor, algumas técnicas musicoterapêuticas refletem estes efeitos. Aqui, citamos a experiência de improvisação com pulsão regular, onde o terapeuta atua como elemento ordenador, combinando a intensidade e a velocidade no fazer musical do paciente, a qual propicia uma ação prazerosa, uma vez que estimula a conquista de novas habilidades, bem como encorajando a mudanças no fortalecimento da saúde.

A utilização da experiência receptiva atua como uma analgesia, ou seja, como um procedimento menos invasivo para a redução da dor, alterando a percepção dolorosa.

#### *- Efeitos Emocionais da Música*

De acordo com Teixeira e Guertzenstein (2006, p. 375) “[...] emoções são alterações generalizadas das atividades cognitivas, efetoras, somáticas e vegetativas da adaptação e das condutas diante de novas situações. Emoção é sinônimo de afetividade”.

Em grande parte, as emoções são expressas através de manifestações viscerais, tais como o choro, o aumento de salivação e são geralmente acompanhadas de alterações de pressão arterial, do ritmo cardíaco, do ritmo respiratório.

A música é um meio de fácil acesso as áreas límbicas, que controlam nossos impulsos, motivação e emoções, o que permite a livre expressão de conteúdos com mais fluidez, uma vez que estabelece uma ampla gama de significados. Todavia,

acessa o sistema de percepções integradas, unificando as várias sensações que permitem imprimir sensações em um mesmo instante, remetendo a lembranças de cheiros, de imagens e evocando histórias e cenas.

As reações fisiológicas parecem depender do conteúdo emocional, conforme Vieillard (2005, apud PAULA, 2006, p. 8-9):

[...] O medo e a alegria suscitam uma forte reação cutânea (de transpiração), excitação fisiológico suscitado pelo andamento rápido e pela forte dinâmica musical. Ao contrário, trechos mais lentos e menos dinâmicos, que exprimem tristeza e serenidade, não acarretam reação cutânea. [...] Deduz-se – e este é um ponto essencial – que a música não evoca emoções apenas de acordo com a história pessoal de cada um, mas que ela de fato as provoca.

Contudo, a intervenção da música no ambiente terapêutico deve ser analisada conforme as características e potencialidades, tanto da música quanto do indivíduo, a fim de provocar ou evitar a expressão de certos estados emocionais.

A música auxilia no controle dos sentimentos e humores, os quais acompanham e agravam a percepção da dor. O entrelaçar dos elementos musicais, proporcionam equilíbrio nas ondas de funcionamento cerebral, capazes de estimular os movimentos, os pensamentos e a imaginação (BRAGA e LANG, 2006).

Conforme estudos da neurociência:

[...] as emoções são fundamentais para tomarmos boas decisões. [...] Rápidas e personalizadas, as emoções representam a primeira “opinião” do cérebro sobre qualquer assunto e, desde o começo, direcionam comportamentos, fazendo-nos preferir um ou outro curso de ação, mesmo que ainda não saibamos explicar por quê (HOUEL, 2008, p. 30-31).

É fundamental o indivíduo manter o equilíbrio das emoções, uma vez que representam um importante papel na auto-confiança, expressão e auto-estima. Experimentar os sentimentos que a arte é capaz de gerar faz renovar a saúde, bem como a qualidade de vida.

A função valiosa da música, em termos psicológicos, está no processo de distração do ponto da dor, induzindo ao relaxamento, por meio do uso de imagens mentais. Seus efeitos atingem a atenção, favorecendo o escape temporário da percepção da dor. É sabido que quanto mais o indivíduo concentra sua atenção no local da dor, eleva-se a intensidade.



Então, para o paciente com dor, a prática musicoterapêutica se aplica ao uso de determinadas técnicas. As experiências receptivas permitem remeter a lembranças, que facilitam emergir situações, muitas vezes, conflitantes, propiciando um apoio numa nova forma de enxergar a vida. A utilização da técnica de relaxamento, por meio de dinâmicas de distração do pensamento, oferece um estado interno livre da dor. Já a experiência de re-criação, facilita a comunicação e a interpretação de sentimentos dos pacientes.

#### *- Efeitos Sociais da Música*

A música é um agente societário, que se entrelaça nas raízes da questão social, estabelecendo a construção de diversos sentidos singulares e coletivos.

A atividade musical permite ao indivíduo reinventar sua própria vida e a ultrapassar os limites impostos pelo cotidiano, ofertando um olhar reflexivo diante do contexto social. O estímulo dos elementos musicais, no quadro terapêutico, conduz o ser humano ao seu maior potencial, permitindo a auto-consciência, reestruturando a cognição e a mudança de comportamento, que o conduz a melhorias nas habilidades interpessoais, facilitando assim o processo de comunicação.

No território musicoterapêutico é manifestada a capacidade humana de perceber, figurar e refigurar suas relações consigo próprio e com o grupo social.

Para o paciente com dor, a experiência de re-criação propicia o desenvolvimento interpessoal, atribuindo bem-estar aos indivíduos.

#### *- Efeitos Espirituais da Música*

Outro aspecto importante da música está a nível espiritual, que possibilita uma esfera de comunicação sobre o sentido da vida, da saúde e de sua finitude, em um encontro profundo da escuta interior.

Por meio dos elementos da música, vinculamos nossa energia vital com o Todo. O processo de adequar as combinações de ritmo, melodia e harmonia desencadeiam uma ressonância no interior do corpo, mente e alma, permitindo corrigir os desequilíbrios e alcançar estados de consciência mais elevados, o que resgata a dimensão espiritual do ser.

No caso da dor, a experiência receptiva oferece a oportunidade para reflexão a respeito do sentido da própria vida em relação ao Todo. Não apenas vincula sentimentos religiosos, mas também explora e conecta diferentes aspectos da vida, que muitas vezes são traduzidos em sentimentos esquecidos. A música traz forma, ordem, confortando a esperança, onde a harmonia interior redescobre um significado. A experiência de improvisação tem o propósito de explorar a expressão e a criatividade, proporcionando um ambiente livre de quaisquer julgamentos, bem como acolhedor perante o surgimento de dúvidas.

### **3.4 Estágios Propostos para o Ambiente Terapêutico**

O ambiente terapêutico é um espaço onde as palavras, os sentimentos e preocupações guardadas soam como uma caixa de possibilidades.

O processo de lidar com a dor envolve alguns estágios administrativos que integram os aspectos físico, emocional, psicológico e espiritual. Certamente, a aplicação desta ferramenta é indicada após a avaliação do indivíduo, de sua condição e situação. Estes estágios são baseados na teoria de ressonância da dor<sup>1</sup>, elaborado pelo musicoterapeuta Frank Bosco (1997).

- *1º estágio - Consciência do Conflito*

Esta fase destina-se a preparar o paciente a fixar sua atenção no sinal da dor, a fim de proporcionar uma vaga consciência desta experiência. O foco na dor o leva a sentir a frequência de ressonância da própria dor.

Muitas dores não podem ser radiografadas, nem tampouco identificadas em exames laboratoriais. O processo de reflexão, bem como do episódio da dor, revelam muitas vezes uma dor desconhecida. Por exemplo: um tipo de dor emocional ressoa onde o medo, o luto e apego são enfrentados.

---

<sup>1</sup> Teoria apresentada no I Simpósio Nacional de Musicoterapia e Dor Pediátrica, realizada em Nova York, em setembro de 1997.

Toda dor carrega uma mensagem. Permitir ressoar com esta vivência envolve passos para que aprendamos a sentir e a entender esta mensagem, que proporcionará uma maior consciência pessoal revelada por capacidades ocultas.

Tecer uma reflexão diante dos limites que são próprios da vida, favorecer um jeito de acolher os sofrimentos que nos afligem, sem permitir que eles nos destruam ou nos retirem a vontade de viver, é uma questão que amplia o reconhecimento da dor.

A mudança de olhar sobre a dor altera a perspectiva da experiência, contribuindo na melhoria da qualidade de vida do indivíduo como um todo, na busca de uma visão mais positiva.

Conforme já mencionado neste estudo, Teixeira (2006) assim como Bosco (1997), recomendam o uso de um diário de dor, registrando as situações que envolveram maior intensidade da dor, bem como sua estabilidade. Este veículo pode abarcar experiências positivas, uma vez que contém informações e expressões criativas do próprio paciente. O objetivo deste uso é auxiliar o paciente a identificar os comportamentos diante da dor, responsabilizando-o pelo seu controle. Estímulos devem ser gerados a fim de cuidarem de si mesmos.

Quando reconhecemos o propósito da dor e compreendemos o sofrimento, conquistamos a chave de leitura para as questões humanas, adentramos no processo de aprendizagem, de adaptação e crescimento de nossa humanidade.

Existem várias técnicas musicoterapêuticas direcionadas a este estágio. Dentre estas, a técnica de relaxamento, na qual é proposto a auto-conscientização de todo o corpo, no interesse de liberar a tensão e identificar a localização do ponto da dor. Conforme a mente se orienta para os mecanismos físicos do processo de respiração, as tensões interrompem o movimento natural, permitindo a quebra do ciclo dor-tensão. Com a experiência de re-criação, o paciente reproduz um tipo de música pré-composta, adaptando ao seu momento, o que promove comportamento ritmado e de adaptação, bem como melhora na atenção e na orientação de sua situação.

• *2º estágio - Estabelecer o Desejo de Libertar-se*

Aceitar a dor no processo de existência, resulta em apreciar a busca pelo seu significado. O desejo de libertar-se da dor torna-se além da necessidade.

Este estágio fortalece uma postura mais madura diante da condição de ser, conduzindo o paciente a estados mais expressivos.

Conforme o paciente sente e escuta a intensidade da dor, amplifica e externaliza essa experiência com expressões diversas. A música é um dos meios de comunicação no campo de ressonância, além da linguagem corporal, da expressão vocal não-verbal, do olhar, da expressão facial, etc. O fazer musical, muitas vezes tem a função de um 'substituto' das capacidades que eram desenvolvidas e que no momento não podem ser mais realizadas, temporariamente ou permanentemente. A validação de suas variadas formas de expressão oferece uma sensação de competência, reforçando seus potenciais.

Neste estágio, a musicoterapia atua por meio do uso de várias técnicas. Sugerimos a experiência de improvisação, que permite externalizar expressões diversas, ressoando o sentimento conforme sente e escuta a intensidade da dor. A técnica de vibração sonora encoraja as expressões vocais, buscando a liberação de sons internos ligados a sentimentos, permitindo a ressonância com o corpo.

#### • *3º estágio - Confiança no Processo*

Freqüentemente, a dor leva a um isolamento interno, normalmente, associado a um novo medo. É necessário que a confiança se desenvolva, garantindo a segurança durante o processo. Este estágio dispõe a descoberta de um senso de confiança dentro de cada indivíduo, como uma alavanca para as expressões de sentimentos, de criatividade e identidade.

Toda mudança requer um ritmo individual, devendo ser respeitado em doses homeopáticas, para o crescimento.

Neste estágio, são indicadas experiências de improvisação que propiciam ao indivíduo a possibilidade de expressão, reafirmando a potência que se encontrava vendada. O propósito da criação de um ambiente de confiança promove o crescimento e a re-significação de afetos, estimulando a descoberta de novas habilidades, equilibrando a auto-estima.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contato mais próximo com o cenário da dor reforçou a essência de humanidade, ampliando o olhar e respeito aos indivíduos que com ela convivem.

Estar presente com indivíduos em meio ao fenômeno da dor nos estimulou à busca de alternativas e, até mesmo, de seu significado. Como profissionais, a cobrança de uma compreensão evidenciada pela dor do indivíduo, nos alertou diante da possibilidade de enxergar a capacidade de transformação existente em cada ser humano.

O nosso ponto de partida para a elaboração deste estudo foi, primeiramente, a dor interpretada como um estado doentio. Caminhamos sobre o significado da saúde, a fim de propor uma análise diante de dois assuntos opostos que se equilibram no percorrer da vida. Chegamos à Musicoterapia, que propõe mais uma possibilidade, nos inclinando a pensar no valor essencial de sua intervenção para o manejo da dor.

As experiências musicoterapêuticas podem facilitar o deslocamento da intensidade da dor, bem como a compreensão de alguns processos gerados com ela. A idéia central e essencial neste estudo está em contribuir para a reflexão de que existe um ser biopsicossocial e espiritual, que deve ser cuidado por diferentes perspectivas, visando sempre sua melhoria da qualidade de vida.

Em suma, por meio da musicoterapia, é possível direcionar o processo da dor ao caminho da saúde, considerando que os limites também podem gerar possibilidades e se tornar um instrumento para o crescimento e para a decodificação desta mensagem.

Este estudo, certamente, é o início de futuros trabalhos que pretendemos desenvolver em musicoterapia, na direção de enfrentar, junto a indivíduos que sofrem de dor, o desafio de compreendê-la como fenômeno para amenizar os inúmeros desconfortos que provoca.

## Anexo - WHOQOL – ABREVIADO

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**



## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAILEY, Lucanne Magill, 1984, p.6-7. apud DREHER, Sofia Cristina. A canção: um canal de expressão de conteúdos simbólicos e arquétipos. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano X, n. 8, Goiás, 2006.
- BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Cadernos de Musicoterapia**, vol.4. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.
- BOSCO, Frank. **Teoria de Ressonância da Dor. I Simpósio Nacional de Musicoterapia e Dor Pediátrica**. Nova York, em setembro de 1997.
- BRAGA, Ana Lucia de Abreu; LANG, Noemi. Pesquisando a “Inclusão” na Cidade de Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano X, n.8, Goiás, 2006.
- BRUSCIA, Kenneth E. **Improvisational Models of Music Therapy**. Charles C. Thomas – Publisher, Illinois(USA), 1987
- \_\_\_\_\_. **Modelos de Improvisación em Musicoterapia**, Vitória-Gasteiz, Agruparte, 1999.
- \_\_\_\_\_. **Definindo Musicoterapia**: tradução Mariza Velloso Fernandez Conde- 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- CHAGAS, Marly. **Revista Brasileira de Musicoterapia- Ano IX – número7 : Musicoterapia em Psico-oncologia**. Rio de Janeiro: Odicsan E.M.V.R Penna, 2004.
- CORRÊA, Cláudio Fernandes. **Máster Dor**. São Paulo: Fascículo 1, 1994.
- COSTA, Gezaine Priscila Gonçalves da. **Qualidade de vida e autopercepção de saúde de usuários do ambulatório de fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte, 2007.
- DELABARY, Ana Maria Loureiro de Souza. **Revista Brasileira de Musicoterapia- Ano X- número 8: A Música em uma Unidade de Terapia Intensiva. ...**, 2006
- FAINSTAIN, Darío. **La voz y la vibración sonora: proyecto Rúaj, un enfoque terapéutico**-1ª ed. Buenos Aires: Lumen, 2006.
- FENSTERSEIFER, Liza; WERLANG, Blanca Susana Guevara. **Estudo de fidedignidade e validade da Escala de Avaliação de Dor Psicológica**. Artigo Psico-USF, n.1, p. 21-29, jan./jun. 2005.

- HAMEL, Niels. Musicoterapia: A Escuta Terapêutica da Linguagem Musical. **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Goiás, 2006.
- HOUZEL, Suzana Herculano. De Bem com seu Cérebro. **Revista Mente e Cérebro**, Ano XVI, nº 188. São Paulo: Duetto, setembro 2008.
- LEBEL, Alyssa A. Avaliação da Dor. In BALLANTYNE, Jane, FISHMAN, Scott M, ABDI, Salahadin. **Massachusetts General Hospital Manual de Controle da Dor**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2004.
- MELO, Fábio de. **Quando o sofrimento bater à sua porta**. São Paulo: Editora Canção Nova, 2008.
- PAULA, Marcelo P. de. **Os Sons e sua Importância para o Equilíbrio dos Hemisférios Cerebrais**. Artigo apresentado no XVII Encontro Mineiro de Musicoterapia. Belo Horizonte, 2006.
- SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. Rio de Janeiro: Physis: Revista de Saúde Coletiva v.17, 2007.
- TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. **Dor: Manual para o clínico**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- TEIXEIRA, Manoel Jacobsen e FIGUEIRÓ, João Augusto Bertuol. **Dor – epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento**. São Paulo: Grupo Editorial Moreira JR., 2001.
- TEIXEIRA, Manoel Jacobsen e GUERTZENSTEIN, Eda Zanetti. **Dor: Manual para o Clínico**. São Paulo. Ed. Atheneu, 2006.
- TEIXEIRA, Manoel Jacobsen e KRAYCHETE, Durval, GUIMARÃES, Cristina, CARVALHO, Maria Goreth de Oliveira. Epidemiologia Clínica da Dor. In Manoel Jacobsen. **Dor: Manual para o clínico**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- TEIXEIRA, Manoel Jacobsen e PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. **Máster Dor**. São Paulo: Fascículo 1, 1994.
- TEIXEIRA, Manoel Jacobsen e SOUZA, Angélica Carmo F. **Dor – epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento**. São Paulo: Grupo Editorial Moreira JR., 2001.

- TEIXEIRA, Manoel Jacobsen e YENG, Lin Tchia. Avaliação da Dor. IN TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. **Dor: Manual para o clínico**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- VERDEAU-PAILLÉS J. (1981) **Le Bilan Psycho-Musical** Coulay (França) ed. Jm Fuzeau S.A.
- VIEILLARD, Sandrine. Emoções musicais. Viver Mente & Cérebro. São Paulo, ano XIII, n. 149, p. 52-57, 2005 apud PAULA, Marcelo P. de. **Os Sons e sua Importância para o Equilíbrio dos Hemisférios Cerebrais**. Artigo apresentado no XVII Encontro Mineiro de Musicoterapia. Belo Horizonte, 2006.
- VIVARELLI, Bianca Lepsch. A Música, as Palavras e a Constituição do Sujeito: Ressonâncias na Clínica do Autismo e da Psicose Infantil. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, n.8, Goiás, 2006.
- WEBER, August. **Música e Acupuntura**. São Paulo: Roca, 2004.

#### **Sites:**

- Música para diminuir a dor. Disponível em: <<http://saude.terra.com.br/interna/0,,OI193833-EI1520,00.html>> Acesso em: 03/10/2008.
- Somestesia. Disponível em: <[http://www.ibb.unesp.br/departamentos/Fisiologia/material\\_didatico/Neurobiologia\\_medica/Apostila/06\\_somestesia.pdf](http://www.ibb.unesp.br/departamentos/Fisiologia/material_didatico/Neurobiologia_medica/Apostila/06_somestesia.pdf) > Acesso em: 03/10/2008.