



Universidades Lusíada

Henriques, Gil Ramos Maia, 1990-

Musicoterapia no Centro Multidisciplinar Dor do Hospital Garcia de Orta

<http://hdl.handle.net/11067/5545>

Metadata

Issue Date 2019

Abstract O presente documento reporta um estágio em musicoterapia no Centro Multidisciplinar Dor do Hospital Garcia de Orta, no âmbito do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O tratamento da dor crónica é realizado por uma equipa multidisciplinar especializada e contempla a individualidade e subjetividade de quem a sofre. A musicoterapia teve por objetivo promover a gestão da dor e a qualidade de vida na pessoa que padece de dor crónica. O estágio foi levado a cabo com dezasseis p...

This document reports an internship in music therapy at the Multidisciplinary Pain Centre of the Garcia de Orta Hospital, within the framework of the master's degree in music therapy from the Universidade Lusíada de Lisboa. The chronic pain treatment is implemented by a specialized multidisciplinary team and includes the person's individuality and subjectivity. Music therapy aimed to promote the pain management and the quality of life for the people suffering from chronic pain. The internship wa...

Keywords Dor crónica, Dor crónica - Tratamento, Musicoterapia - Prática profissional, Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Unidade da Dor - - Ensino e estudo (Estágio)

Type masterThesis

Peer Reviewed No

Collections [ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2022-07-22T07:24:02Z with information provided by the Repository



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia no Centro Multidisciplinar Dor do Hospital Garcia de Orta

Realizado por:
Gil Ramos Maia Henriques

Supervisionado por:
Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientado por:
Dr.^a Cristina Maria Batista Santos Catana Ferreira

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente: Prof.^a Doutora Ana Rita Laureano Maia

Dissertação aprovada em: 24 de Abril de 2020

Lisboa

2019



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**Musicoterapia no Centro Multidisciplinar Dor do
Hospital Garcia de Orta**

Gil Ramos Maia Henriques

Lisboa

julho 2019



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia no Centro Multidisciplinar Dor do
Hospital Garcia de Orta

Gil Ramos Maia Henriques

Lisboa

julho 2019

Gil Ramos Maia Henriques

Musicoterapia no Centro Multidisciplinar Dor do Hospital Garcia de Orta

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de
Psicologia e Ciências da Educação da Universidade
Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em
Musicoterapia.

Supervisora de estágio: Prof.^a Doutora Teresa Paula
Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientadora de estágio: Dr.^a Cristina Maria Batista
Santos Catana Ferreira

Lisboa

julho 2019

Ficha Técnica

Autor Gil Ramos Maia Henriques
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Dr.^a Cristina Maria Batista Santos Catana Ferreira
Título Musicoterapia no Centro Multidisciplinar Dor do Hospital Garcia de Orta
Local Lisboa
Ano 2019

Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

HENRIQUES, Gil Ramos Maia, 1990-

Musicoterapia no Centro Multidisciplinar Dor do Hospital Garcia de Orta / Gil Ramos Maia Henriques ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Cristina Maria Batista Santos Catana. - Lisboa : [s.n.], 2019. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - LEITE, Teresa Paula Rodrigues de Oliveira, 1964-

II - FERREIRA, Cristina Maria Batista Santos Catana, 1963-

LCSH

1. Dor crónica
2. Dor crónica - Tratamento
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Unidade da Dor - Ensino e Estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Chronic pain

2. Chronic pain - Treatment

3. Music therapy - Practice

4. Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Unidade da Dor - Study and teaching (Internship)

5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RB127.5.C48 H46 2019

Agradecimentos

Ao Centro Multidisciplinar Dor do Hospital Garcia de Orta e à sua diretora clínica, Dr.^a Beatriz Craveiro Lopes, pelo amplo trabalho e dedicação à Terapia da Dor, por complementa-la com a Musicoterapia e com o Psicodrama, e por congregar a talentosa equipa da qual me senti parte. À Dr.^a Alexandra Reis, ao Dr. Manuel Pedro Ribeiro da Silva, à Dr.^a Elsa Verdasca, ao Dr. Javier Durán, à Dr.^a Sofia Bento, à Dr.^a Inês Oliveira, à Enf. Madalena Mela, à Enf. Teresa, à Enf. Helena, à Enf. Dulce, à Enf. Filomena, à Aux. Graça e à Aux. Fátima, pelo acolhimento, apoio e pela qualidade de modelo de equipa que me transmitiram. Aos utentes que acompanhei pelos momentos de aprendizagem.

À Dr.^a Cristina Catana pelo acompanhamento atento das minhas primeiras intervenções terapêuticas, pela responsabilidade e cuidado, pela sabedoria e experiência, pelo seu trabalho inspirador, pelo companheirismo e bem-estar.

À minha família, por todo o amor, pelos valores, pelo apoio incondicional e pelos bons momentos. Aos meus amigos, pela partilha, pelo crescimento, pelas músicas, pela diversão e pelo carinho.

À Dr.^a Teresa Leite pelo trabalho pioneiro na Musicoterapia em Portugal, pela supervisão, pelo apoio e por me ter proporcionado experiências fundamentais ao meu percurso profissional e pessoal, desde o curso de Desenvolvimento pelas Artes Expressivas.

A vocês, um verdadeiro obrigado.

Resumo

O presente documento reporta um estágio em musicoterapia no Centro Multidisciplinar Dor do Hospital Garcia de Orta, no âmbito do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O tratamento da dor crónica é realizado por uma equipa multidisciplinar especializada e contempla a individualidade e subjetividade de quem a sofre. A musicoterapia teve por objetivo promover a gestão da dor e a qualidade de vida na pessoa que padece de dor crónica. O estágio foi levado a cabo com dezasseis participantes, decorrendo ao longo de onze meses. Viabilizaram-se sessões individuais e de grupo terapêutico, realizadas em contexto de prática clínica tutelada e supervisionada. Foram elaborados dois estudos de caso representativos do trabalho realizado, que corroboram os benefícios da musicoterapia no tratamento da dor crónica.

Palavras-chave: Musicoterapia, Dor Crónica, Tratamento Biopsicossocial, Intervenções Não Farmacológicas, Bem-estar.

Abstract

This document reports an internship in music therapy at the Multidisciplinary Pain Centre of the Garcia de Orta Hospital, within the framework of the master's degree in music therapy from the Universidade Lusíada de Lisboa. The chronic pain treatment is implemented by a specialized multidisciplinary team and includes the person's individuality and subjectivity. Music therapy aimed to promote the pain management and the quality of life for the people suffering from chronic pain. The internship was carried out with sixteen participants, taking place over eleven months. Individual and therapeutic group sessions were feasible, in a taught and supervised clinical practice. The work developed is depicted in two undertook case studies, supporting the music therapy benefits in chronic pain treatment.

Keywords: Music Therapy, Chronic Pain, Biopsychosocial Treatment, Non-Pharmacological Interventions, Wellbeing

Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>Dados dos participantes</i>	68
Tabela 2 - <i>Cronograma das fases do estágio</i>	73
Tabela 3 - <i>Plano terapêutico do Afonso</i>	84
Tabela 4 - <i>Plano terapêutico da Joana</i>	Erro! Indicador não definido.

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- APED - Associação Portuguesa de Estudos da Dor
- ASTOR - Associação para o Desenvolvimento da Terapia da Dor
- CMD - Centro Multidisciplinar Dor
- DC - Dor Crónica
- HGO - Hospital Garcia de Orta
- IASP - International Association for Study of Pain

Sumário

Agradecimentos	V
Resumo	VII
Abstract	IX
Lista de Tabelas	XI
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	XIII
Sumário	XV
Introdução.....	1
Caracterização da Instituição.....	3
Hospital Garcia de Orta	3
Centro Multidisciplinar Dor.....	4
Caracterização da População-alvo	7
Enquadramento Teórico	9
A Dor Crónica (DC)	11
Os Modelos Explicativos da Dor.....	15
As Noções Neurofisiológicas.....	18
A Dimensão Emocional	23
As Crenças e Processos Mentais	29
A Dimensão Relacional	32
A Dimensão Socioeconómica	36
A Dimensão Social	37
O Tratamento da Dor Crónica.....	38
A Musicoterapia para a Dor Crónica.....	44
Os Conceitos Fundamentais da Musicoterapia	50
Os Métodos e Técnicas da Musicoterapia	55
Objetivos.....	65
Metodologia.....	67
Participantes	67
Instrumentos de Avaliação.....	69
Procedimentos	70
Métodos e Técnicas	73
Outros Projetos.....	80
Estudos de Caso	81
Estudo de Caso I.....	81
Identificação	81

Situação clínica	81
Dados de avaliação inicial	82
Plano terapêutico	83
Processo terapêutico	85
Resultados	90
Conclusão	91
Discussão	94
Estudo de Caso II	95
Identificação	95
Situação clínica	96
Dados de avaliação inicial	96
Plano terapêutico	97
Processo terapêutico	99
Resultados	101
Conclusão	102
Discussão	103
Outras Intervenções Clínicas	104
Aurora	104
Odete	105
Liliana	106
Grupo terapêutico	107
Conclusões	111
Discussão	112
Reflexão Final	113
Referências	115
Apêndices	127
Lista de Apêndices	129
Apêndice A	131
Anexos	141
Lista de Anexos	143
Anexo A	145

Introdução

O presente documento reporta um programa de musicoterapia no Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital Garcia de Orta, em Almada. O trabalho foi levado a cabo no contexto de estágio académico do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Teve a duração de onze meses, iniciando-se em Setembro de 2017 e finalizando-se em Julho de 2018.

A musicoterapia foi orientada para pessoas com dor crónica, em contexto hospitalar. A dor crónica é um problema de saúde pública com contornos epidémicos, que afeta mais de 30% da população adulta em Portugal.

O tratamento da dor crónica é instituído por uma equipa multidisciplinar e é baseado num plano terapêutico integrado que envolve a atuação e articulação de vários profissionais de saúde. O objetivo é promover a gestão da dor e melhorar a qualidade de vida dos utentes com dor crónica.

A musicoterapia pode ser integrada no tratamento da dor crónica, ao abrigo dos objetivos da equipa multidisciplinar de dor. A música produz respostas neurofisiológicas favoráveis ao alívio da dor e é promotora de fenómenos relacionais, veiculando a expressão cognitivo emocional e o desenvolvimento da criatividade e expansão perceptiva.

A Associação Americana de Musicoterapia descreve a musicoterapia como a utilização clínica de intervenções musicais, baseada em evidências, para atingir objetivos personalizados dentro de uma relação terapêutica (American Music Therapy Association, 2018).

O programa de musicoterapia realizou-se num contacto profissional tutelado pela equipa do Centro Multidisciplinar Dor e orientado pela psicóloga do Centro Multidisciplinar

Dor do Hospital Garcia de Orta. A musicoterapia foi supervisionada pela coordenadora científica do curso de mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada.

Começará por se apresentar o Centro Multidisciplinar Dor (doravante CMD) inserido no Hospital Garcia de Orta (doravante HGO) que acolheu a formação do estagiário. Será caracterizado o universo da população hospitalar de utentes com dor crónica, de onde provêm os participantes.

O levantamento da literatura que orientou a musicoterapia será exposto. Este enquadramento teórico dedica-se ao entendimento do fenómeno complexo da dor, do tratamento da crónica, da musicoterapia para a dor crónica, dos fundamentos da musicoterapia e da aplicação de métodos e técnicas pertinentes junto da pessoa com dor crónica.

Apresentam-se os objetivos delineados para o estágio e da musicoterapia para a dor crónica. Posteriormente o capítulo da metodologia apresenta os dados dos participantes, os métodos e técnicas utilizados nas intervenções, a avaliação e o planeamento em que se estruturou o trabalho.

Destina-se um capítulo a dois estudos de caso dedicados à análise detalhada dos processos clínicos específicos em musicoterapia de pessoas com dor crónica. Foram também registados, de forma mais generalizada, outros processos terapêuticos individuais e de grupo.

Para finalizar o documento, serão apresentados os resultados e a aproximação conseguida aos objetivos previamente definidos para o estágio. Estes são posteriormente discutidos, tecendo conclusões relacionadas com a literatura mencionada e com as subsequentes expectativas de acordo com a mesma.

Então, no sentido de facilitar a consolidação da experiência, encerra-se o documento com uma reflexão pessoal do estágio em musicoterapia no CMD-HGO.

Caracterização da Instituição

Hospital Garcia de Orta

O Hospital Garcia de Orta (HGO) presta cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra. Situa-se na freguesia do Pragal, no concelho de Almada e é regularmente designado por “Hospital de Almada”.

O HGO é uma Entidade Publica Empresarial (EPE) dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Juntamente com os cuidados de saúde, desenvolve atividades de investigação, formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde, assim como atividades de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas.

Em 1989 foi decidido por portaria ministerial que o Hospital de Almada passasse a ser designado por Hospital Garcia de Orta, em homenagem ao notável médico, botânico e naturalista do séc. XVI. Garcia de Orta foi o autor do livro “Colóquio dos simples e drogas e coisas medicinais da Índia” que apresenta a primeira descrição rigorosa feita por um europeu de características botânicas, origem e propriedades terapêuticas de muitas plantas medicinais. Para além do seu valor científico, a obra de Orta inclui a primeira poesia impressa da autoria de Luís de Camões.

O atual HGO iniciou a sua atividade em Setembro de 1991, em substituição do antigo Hospital da Misericórdia de Almada / Hospital Distrital de Almada. O antigo hospital assegurava apenas cuidados hospitalares básicos e deixou de conseguir dar resposta ao crescimento populacional da península de Setúbal.

Em 2003, como consequência do seu desenvolvimento e grau de diferenciação criado, foi classificado como Hospital Central, o único da margem sul do Tejo. Deixou então de pertencer ao setor público administrativo e passou para o setor empresarial do Estado.

Inicialmente como sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos (SA) e a partir de 2006, como entidade pública empresarial (EPE), estatuto que mantém até hoje.

A estrutura principal do HGO é um edifício de 8 andares com pisos do 0 ao 8. Tem forma de “H”, dividido em várias valências de forma a facilitar a localização dos diferentes serviços. A área circundante ao edifício central é ocupada maioritariamente por zonas de estacionamento e áreas verdes.

Alguns serviços realizam-se em locais exteriores à estrutura principal do HGO, nomeadamente as consultas de psiquiatria funcionam num polo diferenciado – Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal.

Num espaço contíguo à estrutura principal do HGO foi construído um pavilhão, onde em 2007 entrou em funcionamento o Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva. Destina-se a um serviço pediátrico permanente, com o intuito de receber crianças e jovens residentes na área de influência do HGO (concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra) com patologias neurológicas e do desenvolvimento, em idade pediátrica (dos 0 aos 18 anos).

Centro Multidisciplinar Dor

O Centro Multidisciplinar Dor (CMD) do HGO tem como missão prestar serviços e atos clínicos diferenciados a doentes de todos os grupos etários, referenciados ao CMD como portadores de dor crónica oncológica e não oncológica.

Encontra-se em funcionamento no piso 8 do HGO, em gabinetes luminosos e arejados, com vista sobre o estuário do Tejo. A Direção-Geral da Saúde classifica o CMD como unidade de dor nível III. Dá resposta a cerca de 1400 doentes e desenvolve com regularidade investigação e formação pré e pós-graduada na área da dor.

Iniciou a sua atividade em 1992, sendo oficializado no ano de 1993, com a designação de Unidade de Dor. Em 2017, a unidade foi reconhecida como Centro Multidisciplinar Dor, ano em que comemorou os seus 25 anos de atividade.

A fundadora e diretora do CMD-HGO é uma médica anestesiológica com competência em medicina da dor e com ativa participação científica. Foi conselheira da EFIC (European Federation of International Association for the Study of Pain Chapters), vice-presidente da APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor) e presidente do Colégio de Competência da Medicina da Dor da Ordem dos Médicos.

A equipa do CMD-HGO é constituída por oito médicos; cinco enfermeiras; uma psicóloga clínica; uma psicomotricista; uma farmacêutica; uma nutricionista; uma assistente do serviço social; duas assistentes operacionais; uma administrativa; vários estagiários de diversas especialidades e voluntários.

Os utentes do CMD são previamente referenciados por médicos de família ou de outras especialidades. O CMD elabora a história clínica da dor da pessoa, o que inclui a dor primária e as dores secundárias, início e possíveis causas. São investigados e interpretados tratamentos prévios, respostas a esses tratamentos e aos tratamentos atuais. São feitas avaliações de patologias associadas para além da dor, assim como a medicação instituída, passada e presente. Realizam-se exames físicos e algicos, assim como avaliações de respostas comportamentais aos mesmos. Realizam-se avaliações psicológicas. Ponderam-se riscos e benefícios da medicação. Estabelece-se diagnóstico, terapêutica e prognóstico.

Os cuidados de saúde do CMD são prestados em consultas externas, hospital de dia e em funções assistenciais aos internamentos e ambulatorios. Realizam-se a processos terapêuticos, com procedimentos farmacológicos e não farmacológicos, invasivos e não

invasivos. Procede-se ao ensino dos utentes e acompanhantes, sobre gestão do regime terapêutico.

O Hospital de Dia do CMD encarrega-se do acompanhamento aos utentes com dor sempre que são solicitados pelos serviços. Funciona todos os dias da semana com exceção do fim-de-semana. O horário de funcionamento é compreendido entre as 9 e as 18 horas, estado sempre dois médicos de serviço, que se vão revezando a nível de horário. Nas suas deslocações aos pisos, vai um médico sempre acompanhado por uma enfermeira.

Mediante os pedidos e motivos de consulta psicológica é feita a triagem dos utentes para a consulta de psicologia da dor. São encaminhados utentes com sentimentos de desamparo, isolamento social, depressão, ansiedade e perturbações de personalidade.

A psicóloga clínica do CMD faz a avaliação do estado emocional, das crenças e personalidade do utente com dor crónica. Identifica dificuldades adaptativas à doença. Avalia e intervém na perceção e representação psíquica da dor no plano real, imaginário ou simbólico, assim como no impacto psicossocial que a dor exerce sobre o utente.

O apoio psicológico a utentes e familiares é realizado em sessões de psicoterapia individuais e em grupo, psicodrama e encaminhamento terapêutico. A psicóloga ajuda utentes a lidar com a doença e com situações de luto. Esclarece dúvidas, trabalha a motivação para a mudança, a boa adesão à terapêutica e as estratégias de coping junto dos utentes.

A equipa do CMD está em constante atualização e articulação de informações, dados e conceitos. Tendo o utente como foco, a psicóloga também promove contacto entre profissionais de saúde, dá formação a profissionais de saúde e orientação de estágios em musicoterapia na dor crónica.

Caracterização da População-alvo

Recorrem atualmente aos serviços do Centro Multidisciplinar Dor do Hospital Garcia de Orta aproximadamente 1400 utentes. A faixa etária incide maioritariamente entre os 40 e os 60 anos, sendo a maioria do sexo feminino. A maioria reside nos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra.

Os utentes com dor crónica procuram por alívio para o seu sofrimento e incapacidade, sobreutilizando os serviços de saúde e faltando frequentemente à sua atividade profissional.

O encaminhamento para o CMD é feito por médicos de família, urgências ou outras especialidades, para um tratamento adequado, tecnicamente correto e humanizado da dor (Plano Nacional de Luta Contra a Dor).

O encaminhamento ocorre: em condições de dor sem diagnóstico ou de dificuldade no diagnóstico de patologia associada; quando há falta de resposta ao tratamento ou em caso de doença crónica acompanhada de dor que permanece após tratamento; quando a dor atinge contornos de grande incapacidade ou quando fatores psicológicos dificultam a abordagem.

Os utentes com dor crónica são multifacetados, apresentando com frequência comorbilidade física e psíquica. Os diagnósticos médicos vão desde o foro reumatológico, neurológico ou psiquiátrico, ao foro oncológico. Envolvem recorrentemente síndromes dolorosas, dor associada a doenças crónicas ou dor oncológica.

Das problemáticas psicossociais, destacam-se: a atenção centrada na dor; a catastrofização da dor; a ansiedade e depressão; a crescente incapacidade física, psicológica e das relações sociais; o isolamento; a falta de estratégias de alívio; e as crenças erradas relativas à dor.

O tratamento da dor crónica é de prolongada duração e são envolvidos vários profissionais de saúde. A terapia instituída aos doentes, pela equipa do CMD, é baseada num

plano terapêutico integrado para a gestão da dor. A conjugação de um tratamento adequado, mediante os recursos técnicos do CMD, é da responsabilidade dos seus médicos com competência em medicina da dor. São prescritas intervenções e encaminham-se para a enfermagem e outros técnicos superiores de saúde do CMD.

Os utentes deslocam-se ao espaço físico do CMD para realizar as intervenções. Em caso de internamento, determinados profissionais da equipa do CMD deslocam-se às enfermarias dos serviços hospitalares. O CMD presta aos utentes com dor crónica intervenções farmacológicas conservadoras, intervenções farmacológicas invasivas, intervenções não farmacológicas e intervenções neurocirúrgicas.

Enquadramento Teórico

Este capítulo dedica-se a expor o levantamento da literatura que orienta a musicoterapia dirigida à pessoa com dor crónica. Pretende-se proporcionar um entendimento do fenómeno complexo da dor, do tratamento da dor crónica, da musicoterapia e dos seus métodos e técnicas junto da população com dor crónica.

A musicoterapia no tratamento da dor crónica insere-se no contexto hospitalar. A musicoterapia em contexto hospitalar começou a ter alguma ênfase a partir da década de 80, nos Estados Unidos. Sucede ao aumento nessa época de publicações de investigação e artigos clínicos nesta matéria e a fundação da International Society for Music in Medicine (ISMM), na Alemanha.

Segundo Maranto (Dileo-Maranto, 1993) a musicoterapia no contexto hospitalar baseia-se no modelo biopsicossocial de doença, proposto por Engel's em 1977. Este modelo enfatiza a relação integral, interconectividade e influência mútua entre a mente e o corpo. O adoecer é uma realidade complexa e individual, onde os fenómenos psicossociais podem contribuir para a doença biomédica, e vice-versa¹.

Têm sido propostos e estudados vários tratamentos não médicos influentes na recuperação e prevenção da doença. Entre eles estão o *biofeedback*, a psicoterapia, a hipnose, o imaginário guiado, a meditação, o exercício e a dieta. A música começou a ser utilizada como auxiliar de alguns destes processos (Dileo-Maranto, 1993).

A música pode ser manipulada para regular a frequência cardíaca, a pressão arterial, percepção sensorial, função cognitiva, atividade neural e respostas emocionais em função de uma determinada situação (DeNora, 2000) (Schneck, 2006). O sistema nervoso autónómico é

¹ Os neuropeptídeos são os mensageiros bioquímicos que servem de comunicação entre o cérebro e o corpo. São produzidos no cérebro e em várias partes do corpo. Os seus recetores encontram-se por todo o corpo. Ligam-se aos sistemas do corpo humano, principalmente ao sistema imunitário, sendo atualmente estudados pela psiconeuroimunologia.

particularmente sensível à música, levando à excitação neural e a estados de excitação, como também à inibição neural e ao relaxamento profundo (Zatorre, 2007).

Nos tratamentos médicos, a música é utilizada numa variedade de aplicações expostas por Standley (1995) numa meta-análise. A música é um elemento efetivo sobre a dor, condições cardíacas, ansiedade pré-operatória, dor do parto e ganho de peso neonatal (Standley 1991b). As reações fisiológicas à música (Grewe *et al.*, 2007; Jäncke, 2008) podem fortalecer o sistema imunológico (McCraty *et al.*, 1996; Bittman *et al.*, 2001). A pesquisa sobre música e dor tem-se concentrado maioritariamente no controlo da dor aguda (Cepeda, Carr, Lau, & Alvarez, 2010). Uma meta-análise (Hole, Hirsch, Ball, & Meads, 2015) com 72 ensaios clínicos concluiu que a música é uma ferramenta notável para reduzir os sintomas pós-operatórios de ansiedade e dor. A abordagem integrativa da música e da musicoterapia no contexto médico tem sido promovida pela International Association of Music & Medicine (IAMM).

A musicoterapia realiza-se num processo sistemático, dentro do contexto de uma relação terapêutica com o musicoterapeuta, que ocorre ao longo do tempo. O musicoterapeuta presta experiências musicais direcionadas para objetivos terapêuticos, de forma organizada e baseada em evidências (Bruscia, 2014). O reconhecimento como complemento válido por profissionais de saúde, utentes e seguradoras é recente (Marwick, 1996).

No contexto hospitalar, são exemplos gerais a musicoterapia na reabilitação física, oncologia², obstetrícia, neonatologia e pediatria. Também no tratamento da dor crónica, a musicoterapia é integrada num plano terapêutico que abrange um conjunto de intervenções.

² O mesmo autor expõe pesquisa e resultados da musicoterapia na resposta imunológica ao canto. Foram encontrados aumentos nos níveis de IgA em crianças com cancro, concluindo que o canto ajuda a estimular o sistema imunológico.

O tratamento da dor crónica baseia-se no modelo biopsicossocial (Turk & Monarch, Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain, 2002) contemplando o adoecer como uma realidade complexa e individual. De modo a orientar o trabalho em musicoterapia para a pessoa com dor crónica, começar-se-á pela literatura dos estudos da dor.

A Dor Crónica (DC)

A dor é um fenómeno complexo abordado pelos seus fatores biológicos, psicológicos e sociais. A definição atualmente instituída pela International Association for the Study of Pain (IASP) resultou de um longo debate entre especialistas:

“[...] uma experiência multidimensional desagradável envolvendo, não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2019)

A dor faz parte da condição humana, tendo a função essencial de advertir para a lesão (Keay & Bandler, 2008). A ausência de dor na vida humana acarreta diversos perigos. Pessoas com insensibilidade congénita face à dor ferem-se frequentemente. O mau estar provocado pela dor alerta o organismo para que se empenhe numa ação protetora ou reparadora (Mackay, 2009).

Como quinto sinal vital, a dor representa um alerta vital para a integridade do indivíduo. É fundamental para diagnósticos e monitorização de inúmeras patologias. Em certa medida, a existência da dor é adaptativa (Bonavita & Simone, 2011). Contudo, no seu estado crónico, a dor torna-se uma verdadeira doença.

Designa-se dor aguda ou dor crónica por uma questão complexa de temporalidade. Esta é também uma distinção entre um sintoma e uma patologia em si. A dor aguda, como

sintoma, é a consequência imediata da ativação dos sistemas nociceptivos por um agente nosológico.

A dor aguda é apenas de natureza nociceptiva e tem a função de proteção biológica. Segundo a ISAP, dor aguda é “de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal” (Merskey & Bogduk, 2002). Os sintomas psicológicos são escassos e limitados a uma ansiedade leve, cenário que se altera quando a dor se torna crónica. Contudo, a passagem temporal da fase aguda para a fase crónica da dor e a agregação de outros fenómenos que dela dependem e derivam, transportam-na de sintoma para síndrome.

A dor crónica emergiu então como um fenómeno distinto, que constitui uma verdadeira doença que tem a dor como epicentro. A sua causa pode ser desconhecida, não existindo lesão aparente. A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) define a dor crónica como:

“[...] uma dor persistente ou recorrente durante, pelo menos, 3 a 6 meses, que muitas vezes persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente.” (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2019)

John Joseph Bonica (1953) introduziu o conceito de que a dor seria uma entidade patológica específica e não apenas um sintoma. Este anestesiologista, conhecido como pai fundador da medicina da dor, criou a IASP em 1973 (Loeser, 2017) estimulando a pesquisa que mostrou a complexidade da dor, elucidando vários dos seus mecanismos envolvidos.

Inicialmente, os estudos realizados determinaram as características específicas das pessoas com dor permanente. Mais tarde, foi dada uma ênfase específica à distinção entre dor aguda e dor crónica. Uma vez que a dor que permanece se associa a repercussões que estão para além da sintomatologia dolorosa (Merskey & Bogduk, 2002).

A dor crónica é reconhecida como aquela dor que persiste após o tempo normal de cura (Bonica, 1953). Na prática, isso pode levar menos de um mês, embora frequentemente leve mais de seis meses. Com dor não oncológica, três meses é o ponto mais conveniente de divisão entre dor aguda e crónica (Sternbach, 1974). Para fins de pesquisa, seis meses serão habitualmente preferidos. Na dor oncológica, por vezes, três meses é muito tempo para considerar a dor como crónica.

A definição relacionada com o tempo normal de cura, não é suficiente. A dor persiste por um determinado período de tempo, que é determinado pela experiência médica comum. Isto é, o tempo para além do necessário para inflamações diminuírem, ou para lesões agudas, como lacerações ou incisões, repararem a união dos tecidos separados (Merskey & Bogduk, 2002).

A boa prática médica monitoriza a dor, consciente dos seus efeitos adversos. A dor aguda não controlada provoca frequentemente alterações neurais fisiopatológicas, incluindo sensibilização neuronal periférica e central, que evoluem para dor crónica. Esta é considerada uma doença por si só, e não um sintoma (Siddall & Cousins, 2004).

A dor crónica é um fator de risco para condições de depressão e ansiedade. Um estudo da Organização Mundial da Saúde (Gureje, Von Korff, Simon, & Gater, 1998) revelou que pessoas com dor crónica são quatro vezes mais propensas a sofrer de depressão e ansiedade.

A dor crónica traz repercussões em todas as áreas da vida, estando ligada a uma série de consequências adaptativas do foro físico, psicológico, familiar e social. Estas incluem perda de força, mobilidade reduzida, distúrbios do sono, comprometimento imunológico e suscetibilidade a outras doenças, dependência de medicamentos e dependência de familiares ou cuidadores (Brennan, Carr, & Cousins, 2007).

Em conformidade com os estudos epidemiológicos realizados em Portugal (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro-Lopes, 2012) a prevalência da dor crónica excede os 30% na população portuguesa adulta. Quando considerada apenas a dor de intensidade moderada a forte (dor crónica avaliada como superior a 5, na escala numérica de 0 a 10) excede os 14%. Em Portugal, não são conhecidos dados relativos à população pediátrica.

A dor crónica constitui a causa mais frequente de consulta médica, representando 25 a 50% de todas as consultas de Medicina Geral e Familiar. Pode afetar 22% de toda a população que recorre aos cuidados primários de saúde. Assume atualmente graves proporções no que diz respeito à saúde pública, constituindo um problema com contornos epidémicos.

As repercussões socioeconómicas da dor crónica são significativas, tendo em vista os custos envolvidos no recurso frequente aos serviços de saúde e as despesas do doente com a terapêutica para a dor. Os custos indiretos também derivam da perda de produtividade pelo absentismo e presenteísmo, atribuição de compensações e subsídios.

Um estudo em Portugal continental (Gouveia & Augusto, 2011) estima que os custos indiretos da dor crónica nas costas e articulações ascendam os 738,85 milhões de euros. 280,95 milhões de euros advêm do absentismo gerado pela incapacidade de curto prazo. 458,90 milhões de euros devem-se à redução do volume de emprego por reformas antecipadas e outras formas de não participação no mercado de trabalho.

No último quadrante do século XX, surge também em Portugal a associação dedicada ao desenvolvimento e consolidação de estratégias de prevenção e tratamento. A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (doravante APED) tem por objetivos: promover o estudo, o ensino e a divulgação dos mecanismos fisiopatológicos; assim como promover meios de prevenção, diagnóstico e terapêutica da dor.

A APED encontra-se em acordo com os parâmetros estabelecidos pela *International Association for Study of Pain* (IASP) e pela Organização Mundial de Saúde (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2018). O primeiro documento estratégico³ resultou do reconhecimento pela Direção Geral da Saúde (DGS) da necessidade de melhorar a abordagem da dor em Portugal e da consequente interação com a APED. A DGS equiparou a dor ao 5º sinal vital, com a obrigatoriedade da implementação da norma⁴, estando explicitados os métodos de avaliação da intensidade da dor e respetivo registo.

Atualmente está em vigor o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)⁵ que se dirige a toda a população abrangida pelo sistema de saúde e Serviço Nacional de Saúde. Os seus três objetivos fundamentais do PENPCDor são: reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa; melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor; racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor (Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor).

Os seus princípios orientadores do PENPCDor contemplam o direito de todo o indivíduo ao adequado controlo da dor e o dever de que todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde.

Os Modelos Explicativos da Dor

A compreensão da dor através das múltiplas estruturas neurológicas envolvidas, assim como a correlação com processos psicológicos, foi fortemente marcada pela Gate Control Theory of Pain. Elaborada em 1965 por Melzack e Wall, esta teoria foi a primeira a

³ Plano Nacional de Luta Contra a Dor, aprovado em 2001 por despacho ministerial.

⁴ N°09/DGCG (2003).

⁵ O PENPCDor iniciou-se em 2013 e prevê-se a sua concretização até 2020.

incorporar processos do sistema nervoso central. A modulação da dor passa a depender do corno dorsal na medula espinal e do papel dinâmico do cérebro. Até então, a compreensão da dor figurava-se apenas através de processos fisiológicos simples⁶ (Melzack, Gate Control Theory: On the Evolution of Pain Concepts , 1996).

Ao identificar a complexidade do fenómeno da dor, a teoria do controlo do portão abriu caminho para a integração de fatores neurofisiológicos e fatores psicológicos nos trabalhos clínicos e científicos. Os fatores psicológicos, anteriormente descartados como "reações à dor", tornaram-se parte integrante do seu processamento.

O corte de nervos foi gradualmente substituído por uma série de métodos para a modulação da perceção de dor, envolvendo vários profissionais de saúde (Melzack, Gate Control Theory: On the Evolution of Pain Concepts , 1996). O relaxamento, o humor, a autoestima, as atividades com ritmo e os pensamentos otimistas estão dentro dos fatores que fecham o portão. Por outro lado, a inatividade, os problemas do sono, as dependências de drogas, a ansiedade, a depressão, as dificuldades de relacionamento, a fúria e os pensamentos negativos são fatores que abrem o portão.

As mensagens provenientes do cérebro, bem como fatores psicológicos, atuam sobre os portões da dor e influenciam a sua transferência e modulação. A *Gate Control Theory* forneceu a base para a consideração da dimensão motivacional-afetiva da dor, além da sua dimensão sensorial-discriminativa mais óbvia. Passou também a considerar-se a influência da atividade cognitiva nestas dimensões.

A interação entre dimensões da dor fornece informações percetuais sobre: intensidade, propriedades espaço-temporais da dor, tendência motivacional para fuga ou ataque, informações cognitivas baseadas na análise de informações multimodais, experiências

⁶ A teoria da especificidade da dor enquadra-se numa visão dualista de relação simples entre estímulo-resposta. A intensidade da dor é proporcional à magnitude da lesão (Moayedi & Davis, 2012).

passadas, resultados das estratégias de resposta. Cada uma das áreas tem funções especializadas envolvidas na experiência total da dor. Cada área especializada do cérebro contribui para a experiência e resposta como um todo (Melzack & Casey, Sensory, motivational, and central control determinants of Pain, 1968).

Por sua vez, o conceito “dor total” vem explicar aspetos e matrizes subjacentes à dor, traduzindo a natureza multidimensional da dor. A dor total é a expressão mais intensa da persistência da dor. Converte-se no centro da vida da pessoa, sendo capaz de bloquear a sua relação com os outros e tornar-se uma ameaça séria à sua existência. Foi mencionado pela primeira vez em 1967 por Saunders⁷, descrevendo necessidades que vão para além dos fatores biológicos, identificadas nos pacientes em fim de vida. Considera perceções e significados atribuídos pelos doentes à doença, mediante o seu contexto de vida (Saunders & Baines, 1983) (Clark, 1999).

São atribuídos quatro elementos à síndrome de dor total, que coexistem e contribuem para o sofrimento global do indivíduo. A dor física é o conjunto da dor e outros sintomas, limitações funcionais e físicas (doença, tratamento, debilidade geral, obstipação, náuseas, vómitos, insónias, anorexia, diarreia e flebites, obstrução, derrames, imobilidade esquelética ou muscular, hipercalcemia, desidratação e desequilíbrios iónicos). A dor psicológica relaciona-se com a ansiedade, luto antecipatório, medo, depressão, negação, impotência, isolamento psíquico, dependência e perda de autonomia. A dor social relaciona-se com o isolamento social e pessoal, dependência, apoios, família (crises nos laços familiares, tensão, rutura) e questões económicas. A dor espiritual relaciona-se com propósitos e significados, sentimento de vazio, culpa, arrependimento, relações com deus e a transcendência, busca por um significado último, amor, afetos, esperança e reconciliação. A não valorização de algum

⁷ Cicely Saunders foi pioneira do movimento de cuidados paliativos e fundadora do St. Christopher's Hospice, em Inglaterra.

dos elementos da dor total por parte da equipa de saúde, pode contribuir para o insucesso terapêutico (Astudillo, Mendinueta, Astudillo, & Gabilondo, 1998).

No sentido de integrar os fatores biológicos, psicológicos e sociais da dor, Turk, Meichenbaum e Genest sugeriram em 1983 o modelo biopsicossocial da dor crónica. Este descreve a dor como um fenómeno multidimensional, concentrando-se nas interações complexas de variáveis psicológicas e sociais com os processos neurofisiológicos.

O modelo biopsicossocial entende a dor como uma perceção subjetiva que resulta da transdução, transmissão e modulação da informação sensorial. A entrada da informação sensorial pode ser filtrada através da composição genética da pessoa, histórico de aprendizagem anterior, estado psicológico atual e influências socioculturais. A experiência de dor também implica os membros da sua família que convivem e respondem aos sintomas de incapacidade (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007) (Turk, Fillingim, Ohrbach, & Patel, 2016).

O modelo biopsicossocial mostra uma perspetiva heurística amplamente aceite para o tratamento da dor crónica. Tem em conta a individualidade, as expectativas da pessoa relativamente à doença e ao tratamento, os seus estados de humor, a forma como interage nas suas relações, incluindo com os médicos. Na relação sinérgica com fatores psicológicos e sociais, pode ser modulada a dor e a resposta aos tratamentos (Turk & Monarch, Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain, 2002) (Edwards, Dworkin, Sullivan, Turk, & Wasan, 2016).

As Noções Neurofisiológicas

Denomina-se de nociceção ao processo nervoso de codificação da dor provocada por estímulos nódicos. Estes estímulos são danosos ou ameaçam provocar dano a tecidos normais, como beliscões, cortes ou queimaduras. Ativam respostas inflamatórias e um tipo de

recetor sensorial do sistema nervoso somatossensorial, os nociceptores. Estes neurónios sensoriais periféricos transduzem os estímulos nóxicos através do sistema nervoso central, para que sejam processados como dolorosos e suscetíveis de provocar lesões tecidulares. Os estímulos são projetados até ao córtex por feixes espinais ascendentes, onde a transmissão é modulada, dá-se a interação de características psicológicas individuais, resultando na percepção emocional e subjetiva da dor (Dubin & Patapoutian, 2010).

Do ponto de vista da biologia evolutiva, a nociceção responsável pela dor aguda tem o propósito de proteger o indivíduo de estímulos perigosos, de forma a garantir a sobrevivência do organismo (Bonavita & Simone, 2011). Contudo, a estrutura neuronal responsável pelos mecanismos de nociceção pode sofrer alterações causadoras de hipersensibilidade desses neurónios, ou hiperalgesia. Os nociceptores podem iniciar atividade espontânea, sem causa efeito bem determinada. A “memória da dor” pode sofrer alterações que contribuem para a consolidação da dor crónica e incapacidade (Harutyunyana, Grigoryana, Alaverdyanb, Vardanyana, & Aghajanova, 2017).

As condições patológicas de dor podem ainda ter origem noutros funcionamentos neurofisiológicos, como os que desencadeiam a dor neuropática. Esta é definida pela IASP (2018) como “*dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial*” podendo ser central ou periférica.

Na neuropatia, a região dolorosa não se situa habitualmente no local da lesão, que ocorre no território da estrutura nervosa afetada: nervo, raiz, medula espinal ou cérebro. Surge em situações de desafereciação a nível do sistema nervoso periférico ou central, sendo uma das condições dolorosas mais difíceis de tratar (Apkarian, Baliki, & Geha, 2009).

Tendo em conta as suas diferenças neurofisiológicas, a dor nociceptiva e a dor neuropática variam nas expressões usadas para descrever a dor. Os descritores mais

frequentes na dor nociceptiva são: latejante, moinha e rigidez. Em comparação, os descritores mais frequentes da dor neuropática são: ardor, calor, queimadura, compressão, aperto, dor lancinante, choque elétrico, dormência, formigueiro, picada, frio doloroso e guinada. A coexistência de dor nociceptiva e dor neuropática denomina-se dor mista ou dor combinada⁸. A identificação das origens neurofisiológicas da dor, e das estruturas envolvidas, é um requisito para a eficácia do seu tratamento (IASP, 2018).

A modulação da experiência de dor efetua-se a três níveis ou “portões” de controlo: na periferia, na medula espinhal e no cérebro. A *Gate Control Theory* proporcionou a primeira explicação do papel do sistema nervoso central neste processo. Segundo a mesma, os nociceptores estão ligados a fibras A δ mielinizadas e fibras C não mielinizadas, que terminam no corno dorsal da medula espinhal. Um mecanismo de controlo no corno dorsal modula a transmissão desses impulsos nervosos ascendentes da periferia. Este mecanismo é também influenciado pelos impulsos nervosos que descem do cérebro. O cérebro recebe a mensagem de dor através do tálamo, a medula espinhal projeta-a pelo trato espinotalâmico. Por sua vez, o tálamo retransmite as informações sensoriais para as várias regiões corticais e subcorticais. A atividade coordenada das estruturas cerebrais modula os sinais de dor através de projeções descendentes para o corno dorsal, através dos tratos espinoreticular e espinomesencefálico (Melzack, *Gate Control Theory: On the Evolution of Pain Concepts*, 1996).

Devido a estas interações, o sistema nervoso central pode controlar seletivamente a transmissão de sinais de várias partes do corpo. Para além da relação da dor com a quantidade de dano tecidual, compreende-se então a dor como uma experiência consciente. Os estímulos

⁸ Associa-se a quadros clínicos diversos, desde alterações degenerativas de coluna vertebral a neoplasias.

físicos ocorrem através de terminais nervosos por todo o corpo, mas a sua percepção e consciência tem lugar no sistema nervoso central.

Os estímulos da periferia iniciam os padrões sensoriais, mas estes são efetivamente produzidos pela matriz da dor⁹, com especificações genéticas e modificações pela experiência. A repetição dos ciclos de processamento e síntese dos impulsos, pela matriz da dor, é convertida em fluxo de “consciência” de dor. Quando o cérebro habitualmente interpreta mensagens de perigo no corpo, a medula espinal cria mais recetores para a dor (Melzack, From the gate to the neuromatrix, 1999). Este círculo vicioso contribui para um sistema nervoso hipersensível, para modificações na atividade autonómica e imunitária.

A compreensão de múltiplas estruturas neurológicas questionou a ideia de que o cérebro atua como recetor passivo das informações do mundo externo. Uma rede cerebral largamente distribuída é ativada durante o processamento da dor. Sucintamente, tem componentes neuroanatômicas laterais (sensório-discriminatórias) e mediais (afetivo-cognitivas).

Regiões diferentes do cérebro são mais ou menos ativas consoante os fatores subjetivos da percepção de dor. Uma revisão (Tracey & Mantyh, 2007) expõe que as regiões mais frequentemente ativas durante a dor aguda são os córtices somatossensorial primário e secundário, insular, cíngulo anterior e pré-frontal. Dependendo do conjunto de circunstâncias particulares do indivíduo, podem ser ativados os gânglios da base, o cerebelo, a amígdala, o hipocampo e certas áreas dentro dos córtices parietal e temporal.

Estas estruturas cerebrais estão envolvidas no processamento de emoções, no foco da atenção na dor e na intensificação do desconforto. Durante uma experiência emocional

⁹ Inicialmente descrita por Melzack (1999) como neuromatriz da dor. É a rede de estruturas integradas tálamo-corticais e cortico-límbicas, que processa impulsos neurais de entrada e saída somato-sensorial, influenciando a percepção de dor.

negativa, são libertadas citocinas pró-inflamatórias e cortisol, a hormona do stresse. Em conjunto com a ansiedade, prejudicam a função do córtex pré-frontal. Isto pode reduzir a capacidade cognitiva de regular a dor, como não entender que a dor é controlável ou a sua exacerbação (Arnsten, 2009).

A atividade cerebral influencia a experiência de dor, abrindo o portão e aumentando a dor ou fechando o portão e diminuindo a dor. A perceção de dor envolve processos psicológicos, incluindo a atenção na sensação dolorosa ou na sua fonte, o significado da sensação e a sua subsequente reação emocional e comportamental, que pode retroalimentar a perceção de dor (Garland, 2012).

A pessoa avalia, consciente ou inconscientemente, o significado dos sinais sensoriais o seu corpo para determinar se significam um dano real ou potencial. A ativação da parte ventrolateral do córtex pré-frontal é associada à interpretação e intensidade subjetiva da dor. Essa região do cérebro está implicada nos esforços de regulação emocional, como quando os estímulos ameaçadores são reavaliados como inofensivos (Kalisch, 2009). A interpretação da dor como ameaçadora depende, em parte, se a pessoa acredita ser ou não capaz de lidar com essa sensação. A intensidade da dor é reduzida quando esta é percebida como controlável, independentemente de o indivíduo agir ou não para controlar a dor.

Devido ao significado da dor para a saúde e o bem-estar, ela atrai automaticamente e involuntariamente a atenção (Legrain, Perchet, & García-Larrea, 2009). Por outro lado, a intensidade da dor também varia de acordo com o foco da atenção. A modulação da experiência de dor através da atenção correlaciona-se com mudanças na ativação da matriz da dor. Sugere-se uma sobreposição e interação entre estruturas cerebrais envolvidas no sistema descendente de modulação da dor (Wiech, Ploner, & Tracey, 2008).

O descentramento da dor reduz as ativações relacionadas com a dor nos córtices somatossensoriais, tálamo e ínsula, entre outras regiões cerebrais (Tracey & Mantyh, 2007). Por outro lado, resulta em fortes ativações cerebrais no córtex pré-frontal, córtex cíngulo anterior e substância cinzenta periaquedutal. A atenção permite que uma dada informação ganhe destaque no processamento competitivo das redes neuronais, em detrimento da informação de dor.

A teoria do controlo do portão de Melzack e Wall permitiu a primeira tentativa de formulação de abordagem psicológica no controlo da dor, ainda que predominantemente neurofisiológica. A componente psicológica da dor afeta a produção de hormonas, processos e estrutura cerebral e o sistema nervoso autónomico (Turk & Monarch, *Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain*, 2002). Sintomas presentes em síndromes dolorosas crónicas não são suficientemente compreendidos pelos mecanismos biológicos. As abordagens psicossociais começaram por ser desenvolvidas tendo em conta a contribuição desses processos cognitivos¹⁰ na perceção de dor.

A Dimensão Emocional

A emoção é a reação mais imediata à dor, sendo o sofrimento emocional um fator que contribui para a sua persistência. As experiências de stresse e conflito são comuns à pessoa com dor, tendo o seu estudo contribuído para as primeiras teorias psicossomáticas (Engel, 1959).

A dor ativa emoções desagradáveis que podem ser toleráveis ou angustiantes. Por sua vez, as emoções modulam a dor através da interação entre a sua valência¹¹ e o seu nível de

¹⁰ Aspectos da cognição, como atenção, memória, significado, expectativas e estratégias de confronto, desempenham um papel importante na perceção de dor, na intensidade, no sofrimento e nos confrontos.

¹¹ Valência emocional refere-se à qualidade positiva ou negativa de uma emoção, se é agradável ou desagradável.

excitação. Sob níveis de excitação relativamente altos, uma emoção desagradável exacerbará a dor, ou uma emoção agradável inibirá a dor (Rhudy, Bartley & Williams, 2010).

Estudos sugerem que dificuldades emocionais estão ligadas ao aumento da dor e da angústia, sintomas físicos, ruminação ansiosa, depressão, dificuldades com comportamentos adaptativos, disfunção autónoma e imunológica, diminuição da circulação de linfócitos T, maior predisposição a problemas de saúde e a respostas psicofisiológicas prolongadas (Keefe, Lumley, Anderson, Lynch, & Carson, 2001). A literatura tem destacado a relação bidirecional entre dor crónica e comorbilidades psiquiátricas, com maior incidência sobre a ansiedade, a depressão e as perturbações por uso de substâncias (Hooten, 2016).

A dor é frequentemente acompanhada pelo medo e por respostas defensivas. O medo da dor está classificado como o segundo maior medo do ser humano, imediatamente após ao medo da morte (Keefe, Lumley, Anderson, Lynch, & Carson, 2001). Quando excessivo, o medo torna-se um componente chave nas perturbações da ansiedade e na ativação de neurocircuitos mais específicos (Shin & Liberzon, 2010).

A memória da dor, e a propensão para lembrar a dor de forma exacerbada, é associada a dificuldades emocionais e a maiores níveis de ansiedade (Keefe, Lumley, Anderson, Lynch, & Carson, 2001). A permanência da dor pode estar relacionada com eventos da vida da pessoa. Estudos demonstram que a negligência e o abuso durante a infância, assim como o stress pós-traumático, são fatores de risco (Lumley, et al., 2011).

A hipervigilância à dor restringe a atenção e o processamento cognitivo. As pessoas que temem especialmente a experiência de dor, numa antecipação catastrófica, tendem a evitar estímulos que a possam desencadear, incluindo movimentos e interações sociais. A cinesiofobia¹² e a ansiedade social são coocorrências frequentes entre dor e ansiedade. O

¹² Medo excessivo e irracional de movimento e de lesão.

estado de alerta e os comportamentos de evitamento predizem um aumento na incapacidade, no isolamento e na experiência de dor (Combret, Eccleston, Damme, Vlaeyen, & Karoly, 2012).

A catastrofização, no doente com dor, provoca exacerbação dos estímulos dolorosos, maior concentração no valor da ameaça e forte tendência para avaliar negativamente a sua própria capacidade de lidar com a dor (Quartana, Campbell, & Edwards, 2009). Decorre durante e na antecipação da experiência de dor, gerando emoções negativas e intensas, acompanhadas por sentimentos de impotência e desamparo. O caráter ameaçador assumido pela dor levanta ambiguidades em conseguir confrontar a doença e lidar com as crises, provocando receio de perder recursos próprios e de experienciar dor na realização de atividades.

Uma maior atenção e preocupação com o corpo tem sido associada a dificuldades na consciência emocional, podendo produzir uma amplificação somatossensorial, um aumento de sensações físicas que pode incluir a dor. A dificuldade em processar emoções¹³ ao nível consciente pode resultar em relatos de dor impregnados de emoção, não diferenciando emoções de sensações físicas. A pessoa pode descrever aspetos fisiológicos das emoções em termos somáticos, como por exemplo: “os meus músculos estão tensos” ou “o meu estômago está a doer” (Lumley, et al., 2011).

Os doentes com dor crónica apresentam níveis mais elevados de alexitimia¹⁴, sendo os alexitímicos aproximadamente um terço desta população. Este é um fator de risco para a permanência da dor, sendo que a experiência de dor também pode reduzir a consciência

¹³ Os processos emocionais envolvem a consciência, a diferenciação e um rótulo para os sentimentos.

¹⁴ A alexitimia consiste numa grande dificuldade em identificar sentimentos e em diferenciar reações emocionais de outras sensações físicas, incluindo-se também a dor. Esta dificuldade afeta a capacidade de entender e regular emoções. Os alexitímicos tendem a ter dificuldade em questões introspetivas e parecem carecer de imaginação ou fantasia.

emocional. Para além da dor crónica, a alexitimia encontra correlatos com problemáticas que lhe são próximas, como o abuso de substâncias e outras perturbações da ansiedade. Está associada à tensão muscular prolongada, que pode levar a alterações indutoras da dor. Contribui significativamente para a disforia crónica, problemas nas relações interpessoais, interpretação de emoções como sintomas físicos e alterações imunológicas que podem predispor à doença (Tella & Castelli, 2016).

A pessoa com dor crónica tende a evitar certos pensamentos e emoções, geralmente associados a dificuldades de adaptação (Tella & Castelli, 2016). Como resposta a experiências muito stressantes, é esperado um processo adaptativo de evitamento intermitente das memórias emocionais, alternado com a lembrança, que permite a integração da experiência. Contrariamente, um evitamento prolongado, excessivo ou uma inibição rígida de memórias emocionais impede a sua reavaliação, integração e resolução (Keefe, Lumley, Anderson, Lynch, & Carson, 2001).

A ambivalência da expressão emocional dá-se quando a pessoa deseja expressar emoções, mas teme as consequências de fazê-lo, associando-se a mais dor e desajuste. A expressão de emoções negativas pode ser angustiante a curto prazo, aumentando de humor negativo imediatamente após a expressão (Kelley *et al.*, 1997; Pennebaker & Beall, 1986). Inevitavelmente, os processos emocionais¹⁵ decorrem com a ativação das memórias emocionais, acompanhada por uma mudança no entendimento da pessoa sobre a sua experiência emocional.

¹⁵ Os processos emocionais bem-sucedidos, de acordo com estudos sobre o tratamento de perturbações de ansiedade, requerem a ativação temporária da memória emocional negativa. Essa ativação permite que a rede emocional seja reconfigurada ao longo do tempo, com informações que suscitam menos ameaça ou dano (Foa & Kozak, 1986; Lang, 1985). A catarse deve então ser acompanhada por uma mudança cognitiva (Pennebaker & Beall, 1986), que aumente o entendimento da pessoa sobre sua experiência emocional.

Significados atribuídos a experiências emocionais podem desencadear reações emocionais adicionais, que amplifiquem a experiência da dor e definam círculos viciosos de angústia e incapacidade (Garland, 2012) Zautra *et al.* (1998) Affleck, Urrows, Tennen e Higgins (1997) Holm, Lokken e Myers (1997). Podem estar associados à dor e às implicações da dor no bem-estar, bem como às respostas da pessoa a essas emoções.

O trabalho terapêutico com emoções requer formação e prudência, pois pode exacerbar sintomas na pessoa com problemas no processamento de emoções, incluindo condições de dor (Sifneos, Apfel-Savitz & Frankel, 1977). Cada pessoa varia no grau em que inibe ou suprime a expressão das suas emoções, verbalmente ou não. Parece ser útil à regulação emocional encorajar a pessoa a expressar dificuldades emocionais e a trabalhar as suas experiências emocionais no seu ritmo próprio (Pennebaker, 1985). Deste modo, a pessoa é capaz de controlar o fluxo de processamento de experiências emocionais, sendo um paradigma destinado a limitar a exacerbação de sintomas.

Contrariar a tendência individual de expressão da raiva leva a uma menor tolerância à dor, ao aumento de comportamentos de dor, a maior atividade muscular na área da dor, sugerindo que a inibição da raiva cria alterações fisiológicas específicas dos sintomas que exacerbam a dor. Por outro lado, reverter a inibição e encorajar a expressão da raiva poderá não contribuir para a redução da dor. A expressão da raiva de forma inapropriada pode ter consequências interpessoais mal adaptativas, afastando membros da família, cuidadores, profissionais da saúde, que podem fornecer ajuda (Lumley, *et al.*, 2011).

Cerca de 30% a 60% dos doentes com dor crónica apresentam também depressão. O humor negativo diminuiu significativa a tolerância à dor, aumentando relatos de dor e outros sintomas (Salovey & Birnbaum, 1989). Na relação frequente e bidirecional da dor crónica com a depressão, estão intrinsecamente envolvidos fatores afetivos. O afeto negativo é um

dos principais motivos pelos quais a dor é associada ao sofrimento. A dor pode suscitar estados emocionais associados à perda, tristeza, raiva, frustração, medo, preocupação ou vergonha. Os afetos negativos aumentam o risco de dor e depressão, estando relacionados a maus resultados (Goesling, Clauw, & Hassett, 2013).

Nas teorias sobre dor e consciência emocional encontra-se o modelo dinâmico do afeto. Este sugere que a dor influencia a relação entre afeto negativo e afeto positivo. Condições de baixo stresse ou ameaça tornam mais fácil diferenciar afetos positivos dos negativos. Sob stresse ou dor elevada, dá-se uma redução da complexidade emocional e da diferenciação dos afetos, resultando em afetos inversamente correlacionados (Davis, Zautra, & Smith, 2004).

Os afetos positivos caracterizam-se pela predisposição para o entusiasmo, força pessoal e autodeterminação. São motivadores de procura por recompensa, crescimento, conexões interpessoais e criatividade (Frederickson, 2004; Hamilton, Karoly, & Kitzman, 2004). A indução de humor positivo aumenta significativamente a tolerância à dor (Zelman, Howland, Nichols e Cleeland, 1991). Aumentos no afeto positivo e diminuição no afeto negativo predizem reduções da dor (Connelly *et al.*, 2007; Paquet, Kergoat, & Dubé, 2005).

Vários estudos apontam que a aplicação das terapias expressivas ajudam a reduzir a catastrofização da dor e melhoram o humor depressivo e sintomatologia ansiosa.

As dificuldades emocionais contribuem para que a pessoa com dor crónica se retraia na imobilidade e isolamento, sentindo-se incompreendida e impotente perante a sua situação de dor. Por outro lado, a regulação emocional têm o potencial de modular a experiência de dor, de facilitar consciência e de motivar comportamentos adaptativos (Nesse & Ellsworth, 2009).

Tendo em conta a correlação positiva entre as variáveis psicossociais e as variáveis físicas na dor crónica, conclui-se que a manutenção da homeostasia física está relacionada com a promoção do bem-estar, relacionada a fatores de equilíbrio emocional na experiência de dor.

As Crenças e Processos Mentais

As crenças ou significações, atribuídas à dor, modulam significativamente a sua percepção. Existem crenças que provocam, por exemplo, atividade ou inatividade (as significações pessoais de incapacidade de confrontar a dor reforçam internamente a inatividade, a ausência de empenho e esforço, e as reações emocionais excessivas da pessoa).

Na dor aguda, quando a dor deriva diretamente da lesão tecidual, a proteção da área com dor através da abstenção de atividade pode ser adaptativa. Contudo, crenças sobre dor aguda são frequentemente aplicadas à dor crónica. Essas crenças são acompanhadas de redução da atividade ou inatividade, que em reverso contribuem significativamente para o aumento da dor e incapacidade (Turk, Fillingim, Ohrbach, & Patel, 2016).

O significado da dor para a pessoa implica as suas crenças e representações da dor. A dor pode ser percebida como catástrofe, como solução para os problemas, como consequência de eventos passados ou como uma forma de pedir ajuda. Tem influência a memória de experiências anteriores com a dor e eventos relacionados com essa condição (Turk & Monarch, Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain, 2002).

A dor crónica, embora não indicativa de um estado de alarme para uma lesão eminente, tende a lembrar à pessoa que o seu corpo não funciona bem. A especial relevância que a pesquisa tem dado à atenção, deve-se ao facto da dor se tornar facilmente o centro do seu interesse, dificultando a descentração para outros estímulos, atividades e relacionamentos (Linton & Shaw, 2011).

As dificuldades emocionais, associadas ao viver com dor, dificultam o processamento cognitivo e a adaptação. São frequentes as crenças negativamente exacerbadas sobre o próprio ou sobre a sua situação, que aumentam a angústia, a incapacidade e a percepção de dor.

Segundo os autores (Turk & Monarch, *Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain*, 2002) a catastrofização, a generalização, a personalização e a abstração seletiva são fortes responsáveis pelos erros cognitivos. A ‘catastrofização’ é um conjunto de autorrelatos, pensamentos e imagens que antecipam resultados negativos ou aspetos adversos da experiência, ou que interpretam erradamente o resultado de um evento como extremamente negativo. Na ‘generalização’ exagerada, a pessoa assume que o resultado de um evento levará necessariamente ao mesmo resultado em eventos futuros ou similares. A ‘personalização’ é a interpretação de eventos negativos como reflexo da responsabilidade ou significado pessoal. Na ‘abstração seletiva’, a pessoa atende seletivamente a aspetos negativos da experiência.

Os erros cognitivos associam-se significativamente a dificuldades emocionais, sendo um preditor de incapacidade relacionada com a dor crónica. Estudos revelam que a catastrofização potencia as queixas de dor, os comportamentos de dor, o aumento da incapacidade relacionada com a dor, o aumento do uso de analgésicos e maior utilização dos Serviços de Saúde. Evidências sugerem que a catastrofização atenua os mecanismos de controlo inibitório da dor, afetando adversamente a experiência de dor através de uma atenção aumentada e antecipação negativa da dor (Turk, Fillingim, Ohrbach, & Patel, 2016).

A catastrofização pode influenciar prejudicialmente percepções e memórias sobre as implicações da dor na vida quotidiana da pessoa, nas suas relações interpessoais e como se percebe a si e aos outros associado à existência da dor crónica. Pode influenciar prejudicialmente as expectativas relacionadas com as implicações da dor crónica no bem-

estar, do próprio e dos outros (Hanson e Gerber, 1990). A catastrofização opera um papel significativo na definição da experiência atual de dor. Como consequência adicional, a pessoa pode desenvolver estilos de coping passivos que exacerbam a situação.

Os esforços para abordar eventos de dor, que melhor compreendem os recursos adaptativos disponíveis. Podem ser ativos como tentativas de obter informação, resolução de problemas ou dedicar-se a comportamentos para resolver problemas. Podem ser passivos como abster-se de situações ou procurar a ajuda de outros. Na dor crónica, os esforços ativos são adaptativos e os passivos resultam em más adaptações.

A modificação das crenças sobre a dor e das expectativas do seu controlo contribuem para a reversão dos seus círculos viciosos. Uma perceção mais realista da capacidade de gestão da dor conduz a comportamentos mais adaptados. O modo como o doente interpreta as estratégias de confronto que utiliza e o que pensa sobre as restantes que conhece. Como percebe a eficácia destas estratégias e que outras alternativas de confronto consegue perspetivar. Como percebe a qualidade das estratégias empregues e qualidade do modo como as desempenha (Hanson e Gerber, 1990).

A capacidade de controlo da dor por parte da pessoa, assim como a ansiedade associada, parece ser determinante para as estratégias de coping. Uma maior sensação de controlo está linearmente relacionada com uma maior funcionalidade. Um aumento das crenças de controlo depois do tratamento resulta na redução da dor e da incapacidade. Assim como, a sensação de perda de controlo (ou desamparo) tem sido associada ao aumento da dor e a uma débil adaptação física e psicológica à dor crónica (Turk, Fillingim, Ohrbach, & Patel, 2016).

A crença na autoeficácia influi na produção de resultados desejados da pessoa que experiencia dor crónica. Incorpora não apenas as expectativas de que a pessoa consegue

desempenhar um determinado plano de ação, como também a confiança nas suas capacidades de realiza-lo apesar da dor. Um baixo nível de autoeficácia tem sido relacionado com um aumento da incapacidade, assim como da dor em várias condições de dor crónica. Tal como a sensação de controlo, a crença na autoeficácia faz a mediação da relação entre dor e função psicológica na dor crónica. É um bom preditor de resposta ao tratamento da dor (Turk, Fillingim, Ohrbach, & Patel, 2016).

Sublinhe-se a importância da relação das crenças com a adesão à terapêutica e uma relação de confiança e ativa cooperação com os profissionais de saúde.

A Dimensão Relacional

Os problemas da DC abrangem os relacionamentos que compõem a rede social da pessoa (o que inclui a família, os amigos e colegas de trabalho, os médicos e restantes técnicos de saúde) assim como a cultura e valores transmitidos pela família e sociedade. As influências ambientais sociais afetam e são afetadas pela experiência de dor da pessoa.

A falta de controlo sobre o sofrimento físico e psíquico, a incapacidade e o desequilíbrio económico, resultam frequentemente em mudanças na dinâmica familiar, dependência, isolamento, alterações na libido e desesperança. A pessoa com dor tende a isolar-se com medo de sentir mais dor. A dor passa a ser o centro, direciona e limita as suas decisões e comportamentos. A perceção do fenómeno por parte da rede social significativa, a forma como afeta as reações da pessoa e o seu entendimento das mesmas, tem implicações no tratamento da dor.

As alterações nas dinâmicas familiares, com consequentes reorganizações de papéis e funções, podem gerar conflitos, empobrecimento de interações familiares e afastamento. As dificuldades de adaptação geram sentimentos de insegurança, podendo trazer alterações no

humor, irritabilidade, hostilidade, impaciência, culpabilização de outros pelo seu problema e a perda do orgulho e satisfação em si próprio e nas suas conquistas.

A emoção é frequentemente confundida com a dor que é comunicada. A pessoa com dor pode expressar à sua família as suas necessidades de apoio de formas conflituosas e agressivas, gerando, nesta, reações emocionais negativas (Cano, Leong, Heller, & Lutz, 2009). A longo prazo, a catastrofização prejudica a vida relacional da pessoa, hipotecando e disfuncionalizando as respostas de apoio (Buenaver, Edwards & Haythornthwaite, 2007).

A procura do outro para suprir a necessidade de apoio com o lidar com a dor e com o sofrimento emocional que a acompanha, pode levar a comportamentos que promovem uma comunicação apelativa e dependente (Thorn, Ward, Sullivan & Boothby, 2003). A dor provoca défices no ambiente social da pessoa por afastamento da família e amigos que se relacionam frequentemente a excessivas queixas algícas ou dificuldade em iniciar, manter ou aceitar contactos sociais (Hanson e Gerber, 1990).

A pessoa pode ver a sua dor apenas como um evento sensorial, embora as suas emoções possam levar a comportamentos que (mesmo que o próprio não se aperceba) comunicam com os outros. As dificuldades de comunicação relacionadas com a dor surgem com frequência entre a pessoa com DC e os seus familiares, cuidadores e profissionais de saúde.

O contacto diário com a pessoa que padece de dor crónica e sofrimento emocional não diferenciado, dificilmente comunicado de forma objetiva, pode ser um forte fator de stresse no sistema familiar (Goubert *et al.*, 2005). Os cuidadores e familiares enfrentam muitos desafios em relação à comunicação da dor e à sua impotência. A comunicação interpessoal não influencia apenas os relacionamentos, mas pode também modular a perceção da dor, tanto na sua diminuição como na sua exacerbação.

Os cuidadores ou familiares têm, frequentemente, dificuldade em aferir a dor do doente, podendo sobrestimá-la ou subestimá-la (Cano, Johansen, & Franz, 2005). (Martire *et al.*, 2006). A catastrofização dos cuidadores e familiares influencia a forma como percebem e respondem à pessoa com dor, resultando em avaliações exacerbadas da dor (Leonard & Cano, 2006) (Goubert, Vervoort, Cano e Crombez, 2009; Martel, Thibault, Roy, Catchlove, & Sullivan, 2008).

A pessoa com DC tende a perceber mais dor, sofrimento e incapacidade quando os cuidadores, membros da família ou profissionais de saúde são excessivamente solícitos e superprotetores, ou excessivamente críticos e punitivos, (Romano, Jensen, Turner, Good, & Hops, 2000). Apesar das melhores intenções, os cuidadores podem responder à comunicação da dor de maneiras percebidas pela pessoa como inúteis.

A pessoa com dor pode não confiar nos seus cuidadores para atender e validar a dor (Reich, Olmsted & van Puymbroeck, 2006) e pode temer que as suas expressões de dor levem a respostas inúteis (Druley *et al.*, 2003). As tentativas de ocultar a dor dos outros podem surgir para que as expressões de dor não incomodem ou sobrecarreguem os membros da família (Druley, Stephens, Martire, Ennis e Wojno, 2003).

Raramente as tentativas de esconder a dor são inteiramente bem-sucedidas, uma vez que a dor tende a ser comunicada por meio de outras expressões menos sujeitas a controlo voluntário (Hadjistavropoulos & Craig, 2002). O corpo torna-se um comunicador, através de comportamentos para com outros e para com o próprio, de movimentos de defesa e das respostas comportamentais que conduzem ao descondicionamento físico e influenciam componentes biológicas (Turk & Monarch, Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain, 2002).

Os casais que não confiam nas suas capacidades de comunicar a dor, que se abstêm de discutir a dor e preocupações relacionadas, têm mais probabilidade de problemas de adaptação (Porter, Keefe, Wellington e Williams, 2008). A vivência de situações conjugais não estáveis e os consumos excessivos de álcool são fatores também relacionados com uma maior predisposição para a permanência da dor.

O vínculo é um constructo interpessoal que tem sido estudado em relação à dor (Porter, Davis, & Keefe, 2007). Os vínculos parentais inseguros, temerosos, evitativos ou desorganizados, são um fator de risco para resultados desadaptativos, onde se inclui a dor. Segundo o modelo de vinculação patogénizante para a dor crónica, a dor é um stressor que desencadeia processos cognitivos, comportamentais e emocionais relacionados ao vínculo, que subsequentemente influenciam a dor (Meredith, Ownsworth, & Strong, 2008).

As pessoas com vínculos mais seguros relatam menos dor e encaram a dor como um desafio e não como uma ameaça (Meredith, Strong, & Feeney, 2005). Prevê-se mais catastrofização em pessoas que se sentem menos seguras (Meredith, Strong, & Feeney, 2006).

Uma grande angústia como resposta ao afastamento social prevê maior sensibilidade basal à dor (Eisenberger, Jarcho, Lieberman, & Naliboff, 2006). O uso coloquial da linguagem da dor para descrever o distanciamento, separação ou perda social (por exemplo, “coração partido” ou que algo “dói”) tem uma explicação neurológica. O sistema neurológico responsável pelo vínculo social dos mamíferos “emprestou”, ou sobrepõe-se, ao sistema neurológico da dor. Este último, filogeneticamente mais antigo, tem agora o papel de minimizar os perigos associados à separação social, bem como de evitar estímulos físicos dolorosos.

O modelo de socio-comunicação da dor (Hadjistavropoulos & Craig, 2002) sugere a importância de atender, para além da pessoa com dor crónica, também aos seus cuidadores. As famílias fornecem o contexto para as respostas da pessoa à doença e à dor, afetando o tipo de cuidados que a pessoa tem consigo própria e a qualidade da sua adesão ao tratamento (Ferrel, Taylor, Grant, Fowler e Corbisiero, 1993).

A compreensão empática é fundamental para uma boa resposta adaptativa da pessoa com DC (Cano, Barterian, & Heller, 2008). Tem havido um interesse crescente na empatia da dor como um processo através do qual os cuidadores e familiares tentam compreender e responder às emoções da pessoa com dor. Estudos referem a importância da empatia, da relação familiar, na modulação da dor (Green, Tripp, Sullivan e Davidson, 2009) (Loggia, Mogil e Bushnell, 2008) (Martire *et al.*, 2006). A dor pode até constituir-se um meio de restabelecer relacionamento com os outros.

A Dimensão Socioeconómica

A dor crónica representa uma carga diversa e significativa para empregados, empregadores e para a sociedade. O tratamento desadequado da dor pode resultar em incapacidade temporária ou permanente de trabalhar, encaminhando a pessoa para o presenteísmo, absentismo e aposentadoria precoce.

A DC é frequentemente subestimada e o trabalho pode tornar-se uma causa agravante das condições da pessoa. Ainda não existem medidas específicas relativas à pessoa com DC no local de trabalho, embora sejam conhecidos os problemas que traz para o indivíduo e para os Sistemas de Saúde.

A falta de assistência médica, a perda de produtividade e a redução da capacidade de trabalho resultam em custos sociais consideráveis. O absentismo, o presenteísmo, a atribuição de subsídios e compensações, derivam em elevados custos indiretos (Gouveia & Augusto,

2011). Um estudo sueco mostra que os custos indiretos da dor lombar por doente são 85% dos custos totais. As repercussões socioeconómicas envolvem também o recurso frequente aos serviços de saúde (constituindo a causa mais frequente de consulta médica) e as despesas com a terapêutica para a dor.

A população desempregada, a com um baixo rendimento mensal e a com baixo nível de escolaridade têm sido apresentadas pela literatura como relacionadas com a DC.

A Dimensão Social

Quando evolui para o estado crónico, a dor torna-se um problema de Saúde Pública. Tem um grande impacto na qualidade de vida da pessoa, das suas famílias e comunidade, nos sistemas de saúde, nas entidades empregadoras e na sociedade.

Os estudos epidemiológicos realizados em Portugal (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro-Lopes, 2012) corroboram que a dor crónica é um problema de Saúde Pública que excede os 30% na população portuguesa adulta. Apontam para uma maior prevalência da dor entre os 40 e os 64 anos de idade, que mostram uma tendência de aumento até aos 60-65 anos, e uma redução para níveis mais baixos em idades posteriores.

Nas pessoas mais jovens são referidas dores mais específicas, como nos abdominais, membros inferiores, lombares, musculares, pescoço e ombros, cefaleias. Nos idosos é frequente decorrer do processo degenerativo de senescência músculo-esquelética, devendo evitar-se a banalização da queixa. Também o sobrepeso e a obesidade predis põem ao surgimento de dor crónica, principalmente dor músculo-esquelética¹⁶.

A prevalência da dor é mais elevada nas mulheres do que nos homens, embora por vezes, seja referida uma inexistência de diferenças entre os géneros no que respeita a

¹⁶ O impacto negativo na qualidade de vida de distúrbios musculoesqueléticos associados à dor crónica, como artrite reumatoide e dor nas costas, excede o de outras doenças crónicas incluindo condições cardiovasculares e cancro.¹

prevalência da dor. Noutros casos é ainda referido que a diferença entre os géneros reside essencialmente na caracterização das dores: dores múltiplas (mulheres) e dores únicas e intensas (homens). (diferenças de género na dor, Sónia Bernardes)

A pessoa com dor depara-se com limitações no estilo de vida, na autonomia, nos projetos de vida, na previsibilidade e nos papéis sociais. A perda de capacidade funcional é referida em cerca de 13% desta população, devido a dor, fadiga, dificuldades de concentração, perturbações do sono, anorexia e sintomas psiquiátricos (Moore, Derry, Taylor, Straube, & Phillips, 2014). A interferência da dor crónica no quotidiano é associada a um aumento de intensão suicidária e risco de mortalidade (Smith, Wilkie, Croft, Parmar, & McBeth, 2018).

O Tratamento da Dor Crónica

O tratamento da DC tem por objetivo o controlo da dor, que impede a sua permanência. Deste modo, permitir à pessoa o alívio da dor, melhorar a sua capacidade de mobilização e de realização de tarefas quotidianas e proporcionar uma melhor qualidade de vida.

O tratamento é estruturado num plano terapêutico integrado, instituído por uma equipa multidisciplinar de dor através dos métodos farmacológicos (conservadores ou invasivos) e não farmacológicos. A pessoa com dor crónica também recorre frequentemente a tratamentos complementares (Barnes, Bloom & Nahin, 2008).

A equiparação ao quinto sinal vital e o controlo da dor exige que sejam avaliados, registados e monitorizados, por rotina, a dor e os outros quatro sinais vitais: frequência respiratória, frequência cardíaca, tensão arterial e temperatura. A medição e avaliação da dor é feita com a participação do doente, uma vez que este é o único que pode transmitir a dor que sente (Gordon, Dahl, Miaskowski, McCarberg, Knox, Todd, Paice, Lipman, Bookbinder,

Sanders, Turk & Carr, 2005). De acordo com as suas regras de utilização das ferramentas de avaliação da dor, a intensidade da dor é sempre a referida pela pessoa.

As escalas de intensidade da dor aplicam-se a pessoas conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. A linguagem utilizada deve ser comum entre o profissional de saúde e o doente. O profissional de saúde assegura que a pessoa compreende, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma. À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita. As escalas de avaliação da intensidade da dor, propostas pela DGS, são: a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Quantitativa e a Escala de Faces.

As *verbal rating scales* são escalas que utilizam frases descritivas ordenadas de um nível menos intenso para um nível mais intenso, em que a pessoa escolhe a frase que mais se coaduna com a dor que sente.

As *numerical rating scales* e as *visual analogue scales* são escalas semelhantes às *verbal rating scale*, em que em vez de frases descritivas, existem respetivamente linhas sequenciais de números (em que o número mais baixo corresponde a “sem dor” e o nível mais elevado corresponde a “pior dor possível”) e linhas contínuas com vários pontos circunscritos entre o “sem dor e o “pior dor possível” (Katz & Melzack, 2003).

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua apresentou-se ao utente na horizontal, apesar de se poder apresentar também na vertical. Pretende-se que a pessoa faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “sem dor” e a 10 a classificação “dor máxima” (dor de intensidade máxima

imaginável). A classificação numérica indicada pelo utente será assinalada na folha de registo.

Na Escala Qualitativa solicita-se à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa ou dor máxima. Nas réguas do CMD, os elementos desta escala apresentaram-se escritos na régua e com cores correspondentes. Ao adjetivo ‘sem dor’ corresponde a cor azul. Ao adjetivo ‘dor ligeira’ corresponde a cor verde. Ao adjetivo ‘dor moderada’ corresponde a cor amarela. Ao adjetivo ‘dor intensa’ corresponde a cor laranja. Ao adjetivo ‘dor máxima’ corresponde a cor vermelha.

Na Escala de Faces ou *faces pains scale*, é solicitado à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação ‘sem dor’ e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação ‘dor máxima’. A pessoa escolhe, de entre um conjunto de várias caras sequenciadas entre o ‘feliz’ e o ‘infeliz’, de acordo com a dor que está a sentir (Hicks, von Baeyer, Spafford, von Korlaar & Goodenough, 2001). É muito utilizada com crianças, mas também com adultos.

A avaliação psicológica é realizada com instrumentos como: a Pain Discomfort Scale (PDS) (Jensen, Karoly e Harris, 1991), que avalia o grau de adaptação à dor; a The Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) (McCracken, Zayfert e Gross, 1992), que avalia a existência de sintomas relacionados com a ansiedade e com a experiência de dor; o Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Guth, Steer e Ball, 1997), o Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis e Melisaratos, 1983) para avaliar a depressão e a ansiedade; e a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Bjelland, Dahl, Haug e Neckelmann, 2002) especialmente adaptada a esta população.

Os métodos farmacológicos conservadores consistem em fármacos analgésicos e adjuvantes. Os analgésicos opióides são os fármacos mais utilizados (Cole & LoBiondo-Wood, 2012). Os fármacos são frequentemente eficazes, embora em alguns casos não sejam suficientes para o alívio da dor (Ready & Edwards, 1992).

Os analgésicos incluem antiinflamatórios não esteroides, analgésicos antipiréticos (como o paracetamol e o metamizol) e analgésicos opióides (como a codeína e a morfina). Os fármacos analgésicos podem ser conjugados com fármacos adjuvantes, que potenciam o efeito dos primeiros e interferem com fatores intervenientes no quadro algico (como os antidepressivos, os ansiolíticos, os anticonvulsivantes, os corticosteróides, os relaxantes musculares e os anti-histamínicos).

Os métodos farmacológicos invasivos consistem em: bloqueios nervosos que provocam a interrupção da transmissão dolorosa através da utilização de anestésicos locais e agentes neurólíticos; administração por via espinal de opióides, anestésicos locais e corticóides. Também são aplicadas técnicas neurocirúrgicas como as neurectomias, as rizotomias, as drezotomias – *dorsal root entry zone* – as simpaticectomias, as cordotomias, as mielotomias e as técnicas de neuroestimulação.

As técnicas não farmacológicas mais comuns consistem em: eletroterapia e estimulação elétrica transcutânea (TENS), tratamentos pela medicina física, psicomotricidade, psicoterapia, reeducação do doente e estratégias de coping, técnicas de relaxamento e *biofeedback*.

No tratamento da dor, a vivência da dor é avaliada na sua individualidade, integrando o significado da dor e o meio ou contexto onde ocorre. As entrevistas clínicas são instrumentos adequados para a recolha de dados sobre as várias dimensões da dor. As entrevistas

semiestruturadas permitem alcançar especificidades na análise do problema (Hanson e Gerber, 1990).

A sensação de dor funciona como um espectro. Num dos extremos estão as pessoas que nascem sem sensibilidade à dor e no outro estão as pessoas com dor constante e sem causa aparente (Brown, Chen & Dworkin 1989). McCaffrey (1992, p. 11) define a dor como *“exatamente aquilo que a pessoa que a experiencia diz que ela é, ocorrendo exatamente quando a pessoa diz senti-la”*. A individualidade da dor faz com que a sua definição não adquira forma definitiva (Brown, Chen & Dworkin 1989; Cole & LoBiondo Wood, 2012).

Na maioria dos casos, o relato inicial da dor é desencadeado pelos fatores biomédicos. A concentração exclusiva em questões biomédicas e as reações negativas à expressão emocional pode levar à inibição emocional da pessoa. O significado que a dor assume para a pessoa irá depender de vários fatores que ultrapassam a lesão tecidual. O limiar da dor depende, em grande parte, da atitude da pessoa perante o tratamento.

A avaliação pode ter um caráter terapêutico se for utilizada para suscitar a reflexão sobre a vivência pessoal da dor e das implicações que tem no seu quotidiano, sobre as expectativas face ao tratamento e sobre a motivação para participar e ser ativo na construção do plano terapêutico (Allcock, Elkan e Williams, 2007).

As intervenções psicossociais são parte integrante do tratamento da dor, uma vez que os fatores psicológicos influenciam a intensidade da dor, contribuindo para o alívio. Têm o seu limiar da dor diminuído: pessoas com perturbações da personalidade, pessoas muito ansiosas, muito obsessivas, com pensamentos circulares e ainda as que apresentam preocupações exacerbadas, mesmo quando as suas preocupações não estão relacionadas com a sua doença.

A redução da catastrofização da dor apresenta um papel importante no seu tratamento, uma vez que o limiar de dor diminui à medida que a dor é exacerbada. O medo dos efeitos secundários dos analgésicos, nomeadamente a habituação e dependência, interfere negativamente na adesão terapêutica. As crenças e representações negativas dos tratamentos podem levar ao não seguimento das prescrições médicas, o que dificulta o tratamento da dor. O ensino promove a relação de confiança e ativa cooperação com os profissionais de saúde.

A aceitação e do bem-estar afetivo é importante no coping e ajustamento à dor crónica (Kranz, Bollinger, & Nilges, 2010). Para pessoas com baixa consciência emocional e dificuldade de insight, têm sido sugeridas outras experiências de reeducação emocional Krystal & Krystal (1988) Levant (1998). A reeducação emocional¹⁷ permite aumentar o processamento de emoções extremas e aumentar o limiar da dor.

Para facilitar a adaptação, Stanton *et al.* (1994) propõe o coping de abordagem emocional, focando-se em tentativas de reconhecer e expressar sentimentos. Kennedy-Moore e Watson (1999) identificam dois processos de regulação de emoções, sendo o primeiro a capacidade de conhecer, identificar e entender as emoções, e o segundo a expressão de emoções, especialmente emoções negativas decorrentes de experiências stressantes.

Existe um corpo substancial de pesquisas sobre os benefícios da expressão emocional, na redução da excitação simpática e ansiedade (Pennebaker, Barger, & Tiebout, 1989) (Pennebaker & O'Heeron, 1984) levando a mudanças cognitivas e à eventual transformação de emoções negativas (Daldrup, Engle, Holiman, & Beutler, 1994; Foa & Kozak, 1986; Greenberg, Rice e Elliott, 1993; Lang, 1985; Rachman, 1980).

¹⁷ Um primeiro estudo com um grupo com doentes cardíacos (Beresnevaite, 2000) associa reduções na alexitimia a uma redução significativa nos eventos coronários subsequentes. Esta intervenção de terapia de grupo incluiu uma grande variedade de técnicas para a redução da alexitimia, incluindo relaxamento e música.

A expressão escrita de emoções pode reduzir a catastrofização, melhorar o humor e reduzir a dor (Sullivan & Neish, 1999). A pessoa pode expressar experiências emocionais stressantes por meio da escrita privada (Greenberg & Stone, 1992; Greenberg, Wortman & Stone, 1996; Pennebaker & Francis, 1996) (Petrie, Booth, Pennebaker, Davidson, & Thomas, 1995) (Spera, Buhrfeind, & Pennebaker, 1994) Smyth, Stone, Hurewitz e Kaell (1999).

Outros autores propõem a expressão emocional através de gravações num gravador áudio (Kelley, Lumley e Leisen, 1997) para reduzir distúrbios afetivos e desenvolver capacidades. Os áudios revelam uma ampla gama de tópicos stressantes, relacionados e não relacionados com os efeitos da doença e particularmente relacionamentos problemáticos.

As terapias expressivas e as técnicas Gestalt para a regulação emocional da pessoa com dor crónica Beutler *et al.* (1987) produzem algumas melhorias no humor com a ativação do sistema beta-endorfina. Têm sido propostas estratégias de coping que incluíam relaxamentos e atividades rítmicas (Turk, Fillingim, Ohrbach, & Patel, 2016).

A Musicoterapia para a Dor Crónica

É comum constatar-se a existência de pessoas que recorrem à música na tentativa de diminuir a ansiedade e a dor, para adquirirem experiências de bem-estar e também para se relacionarem. A musicoterapia é uma mais-valia como método não farmacológico da terapia da dor crónica. Pode ser realizada independentemente da formação musical ou preferência da pessoa.

O tratamento da dor pode ser potenciado por experiências musicais, ao abrigo dos objetivos da equipa multidisciplinar. O musicoterapeuta orienta um processo sistemático, dentro do contexto de uma relação terapêutica, que ocorre ao longo do tempo. As técnicas da musicoterapia permitem otimizar os efeitos sociais, emocionais, cognitivos, comportamentais e fisiológicos da música.

A função empática da música¹⁸ permite atender às necessidades relacionais da pessoa com dor crónica. Oliver Sacks distingue a função da música de mobilizar para a coesão social (Sacks, 2008). As experiências musicais facilitam a interação, a coordenação e a cooperação entre pessoas, tendo ressonância emocional (Koelsch, 2013).

A música produz respostas afetivas que podem ser utilizadas para regular a excitação emocional e o humor (Schäfer, Sedlmeier, Städtler, & Huron, 2013). É um veículo de expressão emocional (Juslin, 2013) que possibilita a sobreposição de sentimentos ambivalentes, muitas vezes presentes na pessoa com dor crónica.

A dimensão temporal da música¹⁹ permite focar a ação e o pensamento da pessoa na reactualização de experiências passadas, na vivência do presente ou na previsão de cenários futuros. A música é um fenómeno relacional através do qual o ser humano estrutura tempo expressivo em conjunto (Trevarthen & Malloch, 2009). Através das suas capacidades atuais, a pessoa com dor crónica pode desenvolver a sua musicalidade e contrabalançar vivências temporais associadas à dor, à perda e à incapacidade.

O desenvolvimento das capacidades musicais no âmbito do bem-estar promove benefícios nas funções cognitivas e motoras. A música ativa uma rede bilateral de regiões cerebrais relacionada com a atenção, processos semânticos, memória, funções motoras e processos emocionais (Altenmüller, Finger, & Boller, 2015). Envolve a ação intencional e o planeamento do comportamento motor (Thaut & Hoember, 2014), promovendo a mobilização da pessoa com dor crónica.

A música produz ainda uma pequena redução na intensidade da dor, como conclui uma revisão que apresenta 31 estudos (Cepeda, Carr, Lau, & Alvarez, 2010). Influencia a

¹⁸ A identidade sonora-musical, um dos princípios fundamentais da musicoterapia, assenta sobre a função empática da música.

¹⁹ Clifton (1983) descreve como a música simultaneamente armazena o passado através da "contenção", antecipa o futuro através de "potenciação" e concentra o presente através da "atenção".

atividade nas estruturas cerebrais envolvidas na modulação afetiva e cognitiva da dor (Koelsch, Offermanns, & Franzke, Music in the treatment of affective disorders: an exploratory investigation of a new method for music-therapeutic research, 2010). Ativa núcleos mesencefálicos, ricos em opióides, que regulam a inibição descendente da dor. A libertação de endorfinas provoca sensação de bem-estar, reduzindo a percepção de dor (Beaulieu-Boire, 2013).

Melzack, Wesz e Sprague (Melzack, Weisz, & Spraguei, 1963) sugerem que a estimulação auditiva através da música, conjugada com sugestão, poderia efetivamente abolir a dor. Contudo, a duração da tolerância à dor não tem um aumento significativo. Estes resultados apoiaram a integração dos processos psicológicos no tratamento da dor, que exercem um controlo dinâmico sobre os padrões de impulsos nervosos que influenciam a percepção de dor.

A musicoterapia utiliza referidos benefícios da música para, além de momentaneamente reduzir a intensidade da dor, cooperar no tratamento da dor crónica (Dileo-Maranto, 1993) (Groen, 2007). Este processo sistemático pode ser orientado para objetivos terapêuticos como: reduzir o isolamento, reduzir a catastrofização, desenvolver a criatividade e as funções cognitivas, promover a mobilização, facilitar o relaxamento e o alívio, aumentar o limiar de tolerância à dor.

Ao fazer música em conjunto, o musicoterapeuta ativa o engajamento social²⁰²¹ (Chanda & Levitin, 2013) e promove sentimentos de pertença e de inclusão. Este é um importante mecanismo utilizado para a redução do isolamento (Groen, 2007), tendo em conta

²⁰ A influência da música no engajamento social é evidenciado pelo uso de canções de ativistas para unir a coleta e inspirar a ação (Sanger, 1997).

²¹ Num dos primeiros artigos sobre intervenções com música na dor crónica (Wolfe, 1978) descreve-nos a escuta musical como meio facilitador de interação social em grupos terapêuticos, com atenção contingente para verbalização para além da dor.

as muitas pessoas com dor crónica que se sentem isoladas e desconectadas com o mundo (Bullington, 2009).

O musicoterapeuta promove o relacionamento e o estabelecimento de laços afetivos. A intencionalidade comunicativa, a reciprocidade, a sincronização e a harmonização, são capacidades relacionais especialmente desenvolvidas na musicoterapia individual. A musicoterapia em grupo viabiliza especialmente capacidades de cooperação interpessoal na música, enquanto promove sentimentos de pertença e de coesão grupal.

As histórias e associações relacionadas com as músicas são suscitadas com a utilização de preferências musicais da pessoa, obtendo-se a sua familiaridade (Gfeller, 2008). Um estudo (Curtis, 1986) conclui que as preferências musicais pessoais obtêm melhores resultados no alívio da dor.

A musicoterapia é prestada num espaço íntimo de descoberta e de exploração. A autoexpressão através da música potencia o alívio da dor (Bailey, 1986), tendo em conta que a expressão de emoções é muitas vezes silenciada na pessoa com dor crónica. A musicoterapia ajuda a libertar a tensão emocional, a reduzir a ansiedade e a induzir ao relaxamento (Aldridge, 1996) cabendo ao musicoterapeuta ajudar a aumentar os processos de autorregulação (Dileo-Maranto, 1993) (Peters, 2000).

É comum que a pessoa com dor crónica mostre primeiro a sua necessidade de harmonia com a ajuda de sons consonantes. Contudo, quando se permite ao confronto com sua dor, pode começar a expressá-la em estruturas sonoras dissonantes e barulhentas, gritando a sua dor musicalmente (Farmer, 2012).

A musicoterapia visa sair de um estado de fragmentação e entrar no ato criativo de se tornar um todo. A expressão emocional através da música articula-se com os sentimentos associados à reestruturação identitária, para então se introduzir forma e ordem ao ato criativo.

A pessoa é desafiada a explorar e a expressar a sua forma criativa de “estar” no mundo. A manifestação musical criativa proporciona bem-estar com o renascer de uma nova identidade (Aldridge, 1996), não limitada pela dor.

O musicoterapeuta tem por base as capacidades e as necessidades da pessoa. Aplica os métodos da musicoterapia que lhe são significativos e satisfatórios. Ajuda a pessoa a integrar experiências anteriores e as suas capacidades atuais. Identifica e proporciona experiências musicais familiares, previsíveis para a pessoa e que melhor descrevam a sua relação com a música (Bailey, 1986).

As experiências musicais e relacionais da musicoterapia possibilitam à pessoa com dor experimentar e descobrir alternativas para uma melhor sensação de bem-estar, ainda que expresse a dor. “Melhor” para uma pessoa pode significar mais prazeroso, menos doloroso, mais confortável, menos difícil, mais significativo, mais gratificante ou mais saudável. As pessoas variam consideravelmente a sua capacidade de fazer estas diferenciações, considerações e escolhas (Bruscia, 2014).

A musicoterapia abre caminho para novas formas de expressão no contexto da comunicação musical. A pessoa pode ser ativa, comunicativa e interativa num estado depressivo, sem ter que ser artificialmente mais enérgica. Num estado de ser intermediário, nem totalmente acordado nem totalmente adormecido, pode-se ainda estar conectado com um parceiro na música e ser-se criativo (Eschen, 2002) (Chen, Hannibal, & Gold, 2015) (Erkkila, et al., 2011) (Fancourt, et al., 2016)

A música é uma ferramenta de modulação do humor (Husain *et al.*, 2002). O ajuste da música ao humor abre canais de comunicação. A modulação do humor em musicoterapia melhora a recuperação verbal (l’Etoile, 2002) e de memórias autobiográficas (Cady, Harris,

& Knappenberger, 2008). A musicoterapia permite melhorar o acesso a conteúdos verbais em pessoas com problemas de memória (Baur, 2000).

O relaxamento através da música resulta em benefícios nos níveis subjetivos de stresse e em marcadores fisiológicos, como o cortisol, a adrenalina, a frequência cardíaca e a pressão arterial (Bradt & Dileo, Music interventions for mechanically ventilated patients , 2014) (Chanda & Levitin, 2013). Estudos demonstram que a música pode reduzir o stresse (Linnemann, Strahler, & Nater, 2017) e a ansiedade (Doğan & Şenturan, 2012) (Yinger, 2015).

O *entrainment*²² permite ao musicoterapeuta diminuir o ritmo da respiração e dos batimentos cardíacos, reduzindo os níveis de ansiedade (Bradt, Dileo, & Grocke, Music interventions for mechanically ventilated patients , 2010). A tensão pode interferir nos padrões de respiração normais, causando uma oxigenação deficiente no tecido muscular. A redução do stresse e da ansiedade potencia a modulação perceptiva e a regulação fisiológica da pessoa com dor.

A musicoterapia mobiliza a pessoa com dor crónica para a relação, para a expressão e criatividade, para a mobilização e para o bem-estar, ao abrigo dos objetivos do plano terapêutico integrado. O envolvimento da pessoa na música contrabalança o desamparo e facilita o processo geral de se tornar ativo no controlo da dor (Dileo-Maranto, 1993) (Brown, Chen, & Dworkin, 1989) (Bailey, 1986). A dimensão afetiva da música potencia o desenvolvimento de capacidades de enfrentamento da dor (Brown, Chen, & Dworkin, 1989).

²² *Entrainment* refere-se a um mecanismo, desenvolvido como técnica da musicoterapia. Baseia-se no conceito da Física, devido aos elementos rítmico-auditivos da música sincronizarem as respostas motoras em relações estáveis de tempo. É utilizado para o controlo rítmico-sensorial do sistema motor. O ritmo serve de referência antecipada e contínua no tempo em que os movimentos podem ser mapeados dentro de uma estrutura temporal estável (Thaut, 2013).

O canto pode abordar a gestão da dor, o promover o bem-estar emocional e social em vários contextos, objetivos de saúde respiratória e fortalecimento físico. Segundo Kenny e Faunce (2004) o canto ativo aumenta a capacidade de lidar com a dor, melhorar a função respiratória (Bonilha *et al.*, 2009; Lord *et al.*, 2010) e para pessoas com lesões na medula espinhal (Tamplin *et al.*, 2011) e com esclerose múltipla (Wiens *et al.*, 1999).

A intervenção específica em musicoterapia atua no diálogo e compreensão da dor. A pessoa é encorajada a entrar na música e a tornar-se ativa no seu tratamento. Motiva a pessoa com dor a cooperar com o tratamento da dor crónica, com os procedimentos médicos (Dileo-Maranto, 1993) (Peters, 2000). Pode reduzir aspetos negativos de tratamentos desconfortáveis (Gfeller, 2008).

Dileo-Maranto definiu três níveis²³ diferentes da musicoterapia que podem ser adaptados ao tratamento da dor: nível de apoio, nível específico e nível abrangente (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002). No nível de apoio o musicoterapeuta tem a função de apoiar outra intervenção, atuando no alívio temporário da dor. O nível abrangente inclui sessões de Imaginário Guiado e Música, conhecido como GIM (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002). Os estudos em musicoterapia na terapia da dor (Bradt, Norris, Shim, Gracely, & Gerrity, 2016) continuam recentemente a corroborar os benefícios.

Os Conceitos Fundamentais da Musicoterapia

A musicoterapia é uma disciplina especializada, que integra diferentes modelos teóricos e que também fundou conceitos próprios.

No modelo pioneiro da musicoterapia, Paul Nordoff e Clive Robbins partem da ideia de que o corpo é inerentemente musical. O ser humano tem a capacidade inata de responder ao som e à música. Tudo o que faz tem propriedades que encontramos também na música.

²³ O modelo de Dileo-Maranto é complementar ao modelo de Bruscia, que distingue quatro níveis: *auxiliary level*, *augmentative level*, *intensive level* e *primary level* (Bruscia, 2014).

A ideia de musicalidade individual é exposta pelo modelo da musicoterapia criativa no conceito “músico-criança”. A musicalidade individual é inata em cada criança e pertence ao universo da sensibilidade musical humana. É a herança de uma sensibilidade complexa e subtil para a organização e relação do movimento tonal e rítmico, assim como para o significado distintamente pessoal da resposta musical. (Nordoff & Robbins, 2007)

O “músico-criança”, ou “eu-musical em embrião”, explica a entidade em cada pessoa que responde à experiência musical, que a considera significativa e envolvente, que relembra a música e que desfruta da expressão musical. É o lado musical da pessoa que se move pela música, podendo encontrar-se num estado mais ou menos desenvolvido. Pode ter sofrido sucessivas camadas de constrictões que o impediram de se desenvolver.

O musico-criança caracteriza-se por uma constelação de capacidades recetivas, cognitivas, expressivas e comunicativas, que se podem tornar centrais para a organização e desenvolvimento da personalidade. Na musicoterapia a pessoa é estimulada a usar as suas capacidades através da música.

O músico-criança desperta no encontro de contacto sonoro, em total aceitação da pessoa e da sua produção musical. É uma descoberta do ser musical dentro do ser condicionado e descoberta da pessoa através do músico. O musicoterapeuta promove a mudança na própria interação musical, no sentido de materializar a tendência para a atualização, de ativar o potencial de crescimento (Robbins & Robbins, 1991).

A abordagem antroposófica de tratamento considera cada pessoa única e pretende alcançar um crescimento global, para além das melhorias da doença. A intervenção é baseada no conhecimento do indivíduo a quem se destina, em todas as suas dimensões. A pessoa é ser vista como um todo na decisão de objetivos terapêuticos e na escolha dos métodos e na aplicação das técnicas (Turry, 2009).

A patologia reflete-se no comportamento musical, comunicando os sintomas. A ideia não é eliminar sintomas mas sim trabalhar com eles, deixá-los evoluir como representantes do ponto de desenvolvimento interno da pessoa. As respostas sonoras da pessoa constituem uma base de análise do seu comportamento e orientam o planeamento da ação do musicoterapeuta (Aigen, 2014).

A musicoterapia parte do som e da música que refletem a pessoa, ajudando-a em relação a um dado problema. A autoexpressão no plano da espontaneidade ajuda a desenvolver o verdadeiro eu. A criatividade na música constitui um veículo de desenvolvimento e de atualização pessoal.

O “princípio de ISO” é também um conceito fundamental, onde se baseiam as técnicas da musicoterapia destinadas a produzir canais de comunicação através da música entre o terapeuta e a pessoa. *ISOS* vem do grego e significa igual. “*Para entrar em comunicação com um bebé, nada melhor do que balbuciar como ele. Por outro lado, o bebé também tratará de imitar parâmetros simples da nossa linguagem*” (Benenzon, 1988).

Para abrir um canal de comunicação e estabelecer contacto com o outro, é necessário imitar ou fazer algo igual ao outro. Na musicoterapia, é necessário que coincidam o tempo mental da pessoa com o tempo sonoro e musical expresso pelo terapeuta, aplicando o princípio de ISO.

A imitação, além dos sons vocais, estende-se a outros fenómenos naturais (como os batimentos cardíacos e o movimento) que também são formas de expressão, em que as suas variações se convertem em mensagens.

O princípio de ISO presume a noção de existência de um som, ou um conjunto de sons, ou de fenómenos acústicos e de movimentos internos que caracterizam ou

individualizam cada ser humano. O ISO é um conceito dinâmico que não pode ser medido em parâmetros de tempo, volume, timbre ou altura.

Segundo Benezon, esse conjunto de movimento-som condensa os arquétipos sonoros herdados onto e filogeneticamente. Evolutivamente foram-lhe agregadas vivências sonoro-vibratórias e de movimento durante a vida intra-uterina, no período gestacional.

Posteriormente enriquece-se com as experiências vividas durante o nascimento e durante todo o tempo de vida.

O ISO²⁴ encontra-se em constante movimento dentro do inconsciente, estruturando-se com o transcorrer do tempo. É um elemento dinâmico que potencializa toda a força de percepção passada e presente.

A música é também um terreno simbólico de dinâmicas relacionais inconscientes. A experiência musical simbólica pode ser articulada com a exploração da vida afetiva da pessoa. As relações afetivas estabelecidas através de experiências musicais podem “reparar danos” e reformular dinâmicas afetivas e relacionais da pessoa (Eschen, 2002).

A expressão simbólica permite a representação de dinâmicas de interação e dos papéis que cada participante pode desempenhar na música. Os processos de transferência dão-se para com o musicoterapeuta, com a música ou com instrumentos musicais, libertando a relação terapêutica de conflitos.

Ao diminuir as defesas e libertar a expressão do inconsciente através das experiências musicais, a articulação entre a prática musical improvisada e a reflexão verbal pode levar a pessoa a um maior autoconhecimento ou insight.

²⁴ O princípio de ISO divide-se em cinco estruturas dinâmicas: ISO Gestáltico, ISO Cultural, ISO Universal, ISO Complementário e ISO Grupal.

Segundo Helen Bonny, a música também estimula associações, imagens, memórias e fantasias (Bonny, 1986). Também induz regressões espontâneas a eventos importantes e a circunstâncias da infância (Bonny, 1979).

A música ativa uma rede bilateral de regiões cerebrais relacionada com a atenção, processos semânticos, memória, funções motoras e processos emocionais (Altenmüller, Finger, & Boller, 2015). A mobilização através da música envolve a ação intencional e o planeamento do comportamento motor (Thaut & Hoember, 2014).

A música é um importante fator no comportamento humano. Todas as culturas humanas utilizam música nas suas sociedades. A música produz modificações no comportamento, seguindo os princípios de aprendizagem e de controlo ambiental, que molda o comportamento humano a partir do exterior (Madsen, Cotter, & Madsen, 1968).

A música é uma fonte de gratificação que pode ser utilizada como um campo de focagem, como um estímulo desencadeador (“gatilho” ou sugestão), como uma forma de estruturar ação no tempo e movimento no todo do corpo ou como um reforço contingente (recompensa ou punição), de forma a promover comportamentos adaptativos e a extinguir comportamentos desadaptativos.

As respostas e efeitos da música sobre o comportamento são observáveis. É uma experiência de auto-organização, expressão, autorregulação, prazer compensatório e mestria. É uma experiência estruturada, sequenciada no tempo e adaptada à realidade material e ao grau de capacidade de cada participante. É uma experiência de relação com os outros que permite o treino de respostas adequadas, de competências de relacionamento e de capacidades como a comunicação e a colaboração.

Sumariamente, a musicoterapia fundamenta-se na ideia de música que parte da pessoa, na ideia de música como forma de estar em relação e na ideia de experienciar a música para trabalhar problemas.

Os Métodos e Técnicas da Musicoterapia

A musicoterapia é um processo sistemático individualizado, realizado através de uma relação terapêutica que tem a música como elemento central. Os métodos da musicoterapia definem-se por tipos de experiência musical no contexto da relação terapêutica. Dividem-se em quatro categorias: métodos de recriação, métodos de improvisação, métodos de composição e métodos de escuta. Seguiu-se o enquadramento de Bruscia para a metodologia da musicoterapia (Bruscia, 2014).

Nas experiências musicais recreativas, a pessoa reproduz ou interpreta ou aprende música pré-composta. Este tipo de experiência inclui as atividades musicais estruturadas e os jogos musicais, nos quais a pessoa desempenha um papel definido. Os primeiros candidatos são as pessoas que precisam de estrutura para desenvolver capacidades específicas e que precisam de trabalhar com outros em objetivos comuns.

Os objetivos dos métodos de recriação podem ser: promover empatia com outros; melhorar capacidades de grupo e interação; aprender comportamentos específicos em situações interpessoais; desenvolver capacidades de interpretar e comunicar ideias e sentimentos; melhorar a memória; melhorar atenção e orientação; desenvolver capacidades sensoriomotoras.

Na recriação instrumental, a pessoa pode usar um instrumento para tocar uma determinada proposta, para tocar propostas de imitação num determinado instrumento, para tocar músicas que conheça, para ensaiar em conjunto, para ler uma determinada notação musical e tocar ou para fazer uma gravação instrumental.

Na recriação vocal, a pessoa pode vocalizar uma determinada proposta, fazer imitação vocal ou aprender uma melodia, entoar uma melodia, cantar canções, cantar em coro ou ler e cantar. A música vocal é útil em pessoas fragilizadas, ansiosas e angustiadas. Magee (1999) salienta a importância da canção, como estrutura familiar que facilita a expressão emocional, a reflexão no passado, mudanças ocorridas para a pessoa e o impacto delas no presente.

Na produção musical, o terapeuta envolve a pessoa no planeamento, preparação e apresentação de uma performance para uma audiência.

Nas atividades e jogos musicais, a pessoa participa em qualquer atividade estruturada pela música (por exemplo, charadas musicais).

Na direção musical, a pessoa utiliza gestos planeados para dirigir a música tocada ao vivo.

Na aplicação dos métodos de recriação executam-se técnicas como: juntar-se, acompanhar, escutar, dar feedback, modelar, ensaiar e instruir.

Nas experiências de improvisação musical, a pessoa vivencia a exploração sonora e musical e de meios musicais como os instrumentos, a voz, os sons do corpo ou de outros objetos. Permite fazer música espontaneamente, criando uma melodia, ritmos, uma música ou tema. A pessoa pode improvisar sozinha, em dueto com o musicoterapeuta, ou num grupo com outros participantes. São oportunidades de expressão emocional e de relacionamento com os outros de forma criativa e significativa.

Os objetivos dos métodos de improvisação podem ser: estabelecer um canal não-verbal de comunicação e uma ponte para a comunicação verbal; desenvolver capacidades interpessoais ou de grupo; identificar, expressar e trabalhar emoções difíceis; explorar vários aspetos do eu em relação aos outros; proporcionar um meio satisfatório de autoexpressão da identidade; desenvolver criatividade, liberdade expressiva, espontaneidade e diversão em

vários graus de estrutura; desenvolver a capacidade de respeito e intimidade interpessoal; resolver problemas interpessoais ou de grupo; e desenvolver capacidades perceptivas e cognitivas (Bruscia, 2014).

Para implementar e organizar a improvisação, assim como para envolver a pessoa na improvisação, o musicoterapeuta fornece instruções e as demonstrações necessárias como: escolher instrumentos, experimentar instrumentos livremente, regra de jogo e discutir a improvisação.

Na improvisação conduzida, a pessoa improvisa através de pistas diretivas dadas pelo musicoterapeuta, que oferece uma ideia ou estrutura musical que serve de base para a improvisação. Pode criar tempo musical utilizando instrumentos de percussão ou percussão corporal. Pode tocar ou cantar um acompanhamento que estimule, sustente e guie a improvisação da pessoa. Pode oferecer uma breve frase musical para ser repetida, ou para encorajar a adicionar frases rítmicas, melódicas ou harmonias. Pode usar músicas circulares para estimular a improvisação, criando interações de pergunta-resposta, com várias camadas de frases vocais, harmonias e ritmos de percussão corporal.

Na canção improvisada, a pessoa improvisa letras ou melodias. As improvisações vocais podem ser iniciadas pelo musicoterapeuta ou pelos participantes.

Na improvisação referencial, a pessoa utiliza instrumentos musicais e a voz para representar, através do som e da música, uma emoção, uma ideia, uma imagem, uma pessoa, um evento, uma experiência ou apresentar um tema ou uma história.

Na improvisação não referencial, a pessoa utiliza instrumentos musicais, a voz e sons do corpo para improvisar livremente. Tem como referência apenas o próprio som ou a música, sem tentar com que os mesmos representassem ou descrevessem algo não-musical.

Na aplicação dos métodos de improvisação operam-se técnicas de interação musical para modular a experiência da pessoa e para obter reações imediatas da sua parte. As técnicas corresponder (*matching*), securizar (*grounding*), suportar (*holding*), conter e espelhar são executadas através do ritmo, melodia, harmonia e dinâmica das produções musicais (Wigram T. , 2005).

‘Corresponder’ é uma técnica empática, em que o musicoterapeuta responde à pessoa com confirmação e validação da sua interpretação e expressão emocional. A técnica consiste em improvisar música compatível, correspondente e adaptada ao estilo que a pessoa tem de fazer música, mantendo o mesmo ritmo, dinâmica, textura, qualidade e complexidade de outros elementos musicais.

Corresponder musicalmente, significa que a música do musicoterapeuta não é idêntica à da pessoa, mas é a mesma em estilo e qualidade. A experiência da pessoa é que a música do terapeuta encaixa e combina com a sua própria produção. As duas identidades distintas (utente e terapeuta) estão juntas, congruentes e combinadas na relação musical, mas com algumas diferenças individuais que mostram uma separação emergente. A técnica é especialmente útil nas primeiras sessões.

Securizar, suportar e conter são todas técnicas terapêuticas extremamente úteis quando a pessoa toca, canta ou está de forma muito aleatória e flutuante. São especialmente úteis quando a pessoa está ou soa desconectada com a sua música, ou quando a música não tem estabilidade, direção ou intencionalidade.

‘Securizar’ é criar música contentora e estável que possa atuar como "âncora" para a música da pessoa. Podem, para securizar, ser utilizadas oitavas fortes ou quintas no baixo do teclado, pulsação constante na percussão, acordes fortes como tónicos e dominantes, ostinatos (Wigram T. , 2005).

Securizar ritmicamente é uma forma de fornecer uma base para o que a pessoa estiver a fazer. Segundo Bruscia, é manter uma pulsação básica ou fornecer uma base rítmica para a improvisação da própria pessoa (Bruscia, 1987). Para securizar ritmicamente não é necessário impor uma medida à produção musical rítmica da pessoa. Levar a produção musical da pessoa a estabelecer-se num compasso específico pode ser demasiado diretivo e constrangedor. A música pode ter pulsação e não ter compasso, o que a torna muitas vezes mais dinâmica pelo uso variável de acentuações dentro de uma pulsação estável.

Securizar tonalmente é estabelecer uma base tonal que atua como um fundamento ou "âncora" na música da pessoa, se for predominantemente melódico ou harmónico e se estiver muito flutuante.

Intervir com padrões melódicos ou rítmicos estáveis e seguros também pode limitar a intervenção quando a música da pessoa muito cheia e complexa. A música do musicoterapeuta deve fornecer uma segurança estável e compreensível, evitando aumentar a possível complexidade caótica da improvisação da pessoa.

‘Suportar’ é a técnica terapêutica utilizada para fornecer uma “âncora” musical e contentora à pessoa que está insegura com a sua música, que pode estar aleatória e sem direção. É um "fundo musical", que contém os sentimentos da pessoa. (Wigram T. , 2005). Os acompanhamentos harmónicos simples utilizam-se como ferramenta de suporte onde o uso de sons sustentados sem tentativas de criação de música interativa ou dinâmica fornece a contenção.

A música do terapeuta é normalmente lenta, sustentada e muito estável. Ao mesmo tempo, para suportar a música não tem que forçar uma pulsação ou uma medida de tempo. Suportar em improvisação é proporcionar um fundo musical que ressoe com os sentimentos da pessoa, enquanto os contém (Bruscia, 1987).

‘Conter’ implica que a música da pessoa esteja bastante caótica e também possa estar bastante alta. Terapeuticamente, a pessoa precisa de ser autorizado a ser caótico, barulhento, exagerado, como uma criança fora de controlo a fazer uma birra musical. Então, o terapeuta fornece um contentor musical para a música da pessoa. Toca forte e confiante o suficiente para ser ouvido pela pessoa (Wigram T. , 2005).

A técnica ‘espelhar’ consiste em fazer exatamente o que a pessoa está a fazer musicalmente, expressivamente e através da linguagem corporal, ao mesmo tempo. A pessoa então verá o seu próprio comportamento no comportamento do terapeuta (Wigram T. , 2005).

Musicalmente, esta técnica só pode ser executada quando a música da pessoa é suficientemente simples e previsível para o terapeuta antecipar como espelhar. Isso também se aplica ao comportamento físico da pessoa e à utilização de um instrumento semelhante.

Também é possível espelhar a usar um instrumento diferente. Quando não é possível espelhar exatamente, toca-se o mais próximo possível, ao mesmo tempo, alcançando a direção da melodia e o contorno geral da melodia sem necessariamente corresponder a notas exatas.

A técnica espelhar deve ser usada de forma bastante específica, precisando de precaução ao ser exercida pois pode ser entendida como uma provocação ou estigmatização da pessoa. É uma técnica bastante confrontadora para a pessoa, podendo ser arriscada em pessoas mais paranoídes para quem a técnica pode suscitar medos irracionais. Deve portanto ser usada de forma sensível e apropriada, sendo uma estratégia terapêutica para ajudar a pessoa a tomar consciência do seu eco.

Nas experiências de composição musical, o musicoterapeuta ajuda a pessoa registar canções, letras ou instrumentais, criando produtos como gravações vídeo ou áudio. O

musicoterapeuta equilibra a participação da pessoa com as suas capacidades e escreve ou grava a produção musical (Bruscia, 2014).

Os objetivos dos métodos de composição podem ser: desenvolver capacidades de planeamento e organização; desenvolver capacidades de resolução de problemas criativos; promoção da autorresponsabilidade; desenvolver a capacidade de documentar, comunicando uma forma que outros possam reproduzir; promover a exploração de temas terapêuticos através das letras; desenvolver a capacidade de integrar e sintetizar partes num todo.

Na transformação de canção, a pessoa muda palavras, frases ou a letra inteira de uma canção já existente, ou pelo contrário, altera a música mantendo a letra.

Na escrita de canção, a pessoa compõe canções originais com assistência do musicoterapeuta.

Na composição instrumental, a pessoa compõe tanto peças instrumentais originais, como partes de peças, com a ajuda do musicoterapeuta.

Nas experiências de escuta musical, o terapeuta proporciona experiências de escuta musical ao vivo e gravada, para que a pessoa responda verbalmente e por outros meios de expressão, de acordo com objetivos terapêuticos. As pessoas com necessidade de recetividade e capacidade de atenção são candidatos aos métodos de escuta (Bruscia, 2014).

Os objetivos dos métodos de escuta musical podem ser: para evocar respostas corporais, como a redução da dor; para desenvolver capacidades físicas; para evocar estados afetivos e experiências; para explorar ideias e pensamentos; para facilitar a memória. Peters (Peters, 2000) sugere a audição musical, a música associada ao relaxamento e o imaginário guiado e música, como forma de diminuir a tensão e a ansiedade e reduzir a perceção de dor.

Na auto-escuta, a pessoa escuta as gravações das suas próprias recriações, improvisações e composições, para refletirem sobre a experiência e sobre si.

No *toning* (um subtipo de escuta somática) os participantes recebem vibrações, sons e música para vibrar partes do seu corpo e estabelecer vibrações simpáticas entre o estímulo e a pessoa. Os estímulos são produzidos pelo terapeuta e pelos participantes, através da voz e de instrumentos. O *toning* pode alcançar a sintonização de dinâmicas e energias do grupo (Gardner-Gordon, 1993; Garfield, 1987; Myskja, 1999) (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002).

A técnica consiste na sustentação consciente de sons e tons produzidos pela voz da pessoa e do terapeuta, dirigida para dentro, para o corpo, ou para fora. Pode-se reter, sustentar e explorar um som vocal específico ao usar, por exemplo, vogais diferentes ou consoantes rítmicas. É direcionada para que a pessoa encontre a sua pessoa "neutra" ou "fundamental", as mudanças celulares nos tecidos corporais, a redução da dor ou a ativação de centros de energia ou *chakras*.

As vibrações produzidas pelo *toning* são sentidas nos nossos corpos, a tonalidade direcionada visa facilitar a consciência somática e abordar padrões crónicos de tensão. A integração dessas experiências ajuda a pessoa a desenvolver uma atitude mais carinhosa e recetiva em relação ao seu corpo (Bullington, Nordemar, Nordemar, & SjöströmFlanagan, 2003).

O *toning* permite aumentar a consciência corporal, liberar tensões e iniciar uma atitude de cuidado do corpo. Através da respiração profunda, a pessoa é encorajada a reconectar-se com o seu corpo de forma positiva. Seguido por um processamento verbal de experiências somáticas evocadas pelo *toning*.

A pessoa com dor crónica frequentemente usa a dissociação do corpo como uma forma de lidar com a dor física. O impacto negativo da dissociação do corpo no bem-estar na pessoa está bem documentado na literatura (Price & Thompson, 2007), tornando a conscientização corporal aprimorada um importante alvo de tratamento.

O *biofeedback* com música é outro subtipo de escuta somática, em que o terapeuta facilita um processo de relaxamento com música tocada ao vivo e proporciona um feedback de funções autónomas do corpo (frequência respiratória, batimentos cardíacos, pressão arterial). O *biofeedback* facilita a aquisição de capacidades de relaxamento. A pessoa pode produzir imagens auditivas da música, conseguindo atingir estados mais relaxados por meio dessa associação (Godley, 1987).

No relaxamento com música, a pessoa é induzida ao relaxamento utilizando música tocada pelo terapeuta para reduzir a ansiedade e a dor. As características gerais da música aplicada no controlo da dor e da ansiedade (chamada “música sedativa” por Helen Bonny) são: pulsação lenta ou média, não superior a 60 bpm (batidas por minuto); ritmo estável e previsível (ajustado à respiração e pulsação do doente); estrutura melódica simples, reconhecível ou temas (instrumental ou vocal); harmonia simples e consoante, sem mudanças repentinas ou modulações; dinâmicas estáveis sem mudanças repentinas ou contrastes.

Estas características podem ser encontradas em quase todos os estilos ou géneros musicais. O musicoterapeuta pode introduzir características da música sedativa em canções ou improvisações individuais ou de grupo (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002). São tidas em conta nas intervenções de coadjuvação médica ou de apoio, mas também nas intervenções específicas em momentos de crise.

O humor tem de ser levado em conta nesta seleção das características da música, mesmo que sedativa. Algumas pessoas entram em relaxamento com música estimulante, que difere do que é mais rápido após a música e produz uma dinâmica refratária. Por isso, seguem dois princípios de modificação ou transformação do humor. O princípio ISO, que consiste em selecionar uma música que corresponda inicialmente ao humor da pessoa e depois que induza gradualmente o humor pretendido. Ou então o princípio da compensação, quando a música

contrasta com o humor da pessoa. Assim, gradualmente (re)sintoniza-se com o humor da pessoa.

Estes dois princípios não são mutuamente exclusivos, pois relacionam identidade e compensação como dois aspetos diferentes da música. O princípio de ISO funciona a um nível vegetativo, onde a sequência musical corresponde à sensação corporal do ouvinte (lento / rápido; acelerando / ritardando), excitação e alívio, tensão e liberação. O princípio da compensação funciona ao nível emocional, onde há uma interação complexa entre o humor expresso na música e o humor e o estado emocional da pessoa (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002).

Na reminiscência com música, a pessoa escuta músicas gravadas ou tocadas pelo musicoterapeuta para evocar memórias de eventos ou experiências passadas da sua vida.

Na discussão de músicas e canções, os participantes escutam canções que servem de trampolim para o diálogo sobre questões terapêuticas relevantes.

Na escuta projetiva, a pessoa escuta música e identifica, descreve, interpreta e associa verbalmente, assim como através de outros meios expressivos como a escrita, a criação de história, a dramatização e o movimento. A música escutada é escolhida pela pessoa, com a qual tem uma forte identificação ou conexão. O terapeuta explora com a pessoa o que a música comunica para si, sobre si, sobre a sua vida ou sobre questões terapêuticas.

Na escuta e imaginário, a pessoa escuta música para evocar ou apoiar processos do imaginário ou experiências internas. A presença da voz humana é calmante e pode guiar imagens e pensamentos. A discussão de pensamentos, imagens, sentimentos e memórias facilita o desenvolvimento do autoconhecimento e de estratégias de bem-estar através da música.

Objetivos

O estágio de musicoterapia no CMD do HGO, em contexto de prática supervisionada e formação do aluno, inserido no mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, foi levado a cabo com os seguintes objetivos:

- Desenvolver capacidades de abordagem ao tratamento da DC, através do contacto profissional tutelado e da utilização de instrumentos teóricos e metodológicos adequados;
- Seguir casos clínicos ao longo do tempo para promover a gestão da dor, a participação ativa e criativa no tratamento e a qualidade de vida, junto dos utentes do CMD;
- Potenciar a atuação da equipa do CMD e promover a adesão terapêutica;
- Informar e sensibilizar os profissionais de saúde sobre a musicoterapia.

Metodologia

Este capítulo irá descrever a abordagem metodológica adotada ao longo do estágio, com base na revisão de literatura e na realidade do CMD. Apresentam-se os perfis clínicos dos participantes na musicoterapia. Expõem-se os instrumentos utilizados nos momentos de pré e pós-intervenção de forma a monitorizar o progresso terapêutico. Descrevem-se os procedimentos adotados nas diferentes fases do estágio. Designam-se os métodos e as técnicas utilizados para a pessoa com DC. Contextualiza-se a agenda semanal durante o programa de musicoterapia. Expõem-se outros projetos e atividades realizadas pelo musicoterapeuta no HGO.

Participantes

O musicoterapeuta esteve em contacto com 30 a 40 utentes com DC oncológica e não oncológica. Participaram na musicoterapia 16 dos utentes com idades compreendidas entre os 39 e os 82 anos, 13 mulheres e 3 homens.

Os participantes realizavam terapia da dor crónica no CMD, com base num plano terapêutico integrado. O perfil clínico complexo dos participantes apresenta com frequência patologias associadas à dor e/ou comorbilidades psicológicas.

Na tabela 1 apresentam-se os dados demográficos e os dados clínicos dos participantes. Para proteção da confidencialidade dos participantes, foram atribuídos nomes fictícios.

Tabela 1 - *Dados dos participantes*

Nome fictício	Sexo	Idade	Dados clínicos
Nelson	Masculino	39 anos	Poliradiculopatia bilateral e desnervação crónica grave dos músculos inferiores. Reação de ajustamento secundário à dor pós-traumática e às alterações degenerativas, com sintomatologia ansiosa e depressiva. Dor crónica de moderada a severa que o impede de retomar a rotina do trabalho, atividades que incluem esforços físicos e períodos de marcha prolongada.
Pilar	Feminino	59 anos	Fibromialgia, com historial de AVC em 2004. Apresenta humor depressivo, volubilidade emocional e transtorno de ansiedade com episódios de crises de pânico. Ideação suicidária e tentativa de suicídio.
Aurora	Feminino	58 anos	Cervicalgias. Volubilidade emocional, humor depressivo e ideação suicidária perante situações de conflito.
Maria Ivone	Feminino	52 anos	Fibromialgia. Insónia, bulimia, obesidade mórbida. Perturbação da ansiedade e processo de luto patológico.
Miguel	Masculino	49 anos	Esclerose múltipla e nevralgia do trigémeo. Síndrome depressivo major com ideação suicidária. Dor severa relacionada com a nevralgia resistente a todas as terapêuticas instituídas. Intervencionado no serviço de neurocirurgia e internamento de 22 dias. Isolamento social e alexitimia.
Afonso	Masculino	45 anos	Síndrome complexo regional doloroso. Isolamento social e alexitimia.
Verónica	Feminino	43 anos	Lombalgia, síndrome miofascial e dor neuropática pós-cirúrgica à síndrome do túnel cárpico. Obesidade mórbida. Perturbação de personalidade Cluster B dependente e personalidade depressiva. Insónias e fadiga derivada da lombalgia.
Vânia	Feminino	45 anos	Neoplasia maligna da mama com mastectomia e posterior reconstrução mamária. Fez quimioterapia e hormonoterapia. Isolamento social e alexitimia. Funcionamento rígido e defesas obsessivas, com grande controlo da agressividade.
Luísa	Feminino	74 anos	Doença oncológica do intestino, tendo feito cirurgia e quimioterapia. Neste momento a doença está em remissão total. Forte perturbação da ansiedade generalizada, com crises de pânico. Ansiedade hipocondríaca secundária. Dor neuropática na orelha, sendo vivida com catastrofização.

Nome fictício	Sexo	Idade	Dados clínicos
Carlota	Feminino	54 anos	Fibromialgia e síndrome depressivo associado. Historial de depressão major com sintomas de desrealização associados. Trastorno de personalidade histriónica. Agravamento da dor com exercício físico e carga.
Odete	Feminino	82 anos	Oncologia do pulmão com metástases ósseas. Personalidade rígida com um funcionamento controlador que dificulta o relacionamento com os outros.
Amanda	Feminino	66 anos	Dor crónica com componente neuropática associada a diabetes, predominantemente dor lombar. Sintomatologia depressiva com perturbação de ansiedade associada. A utente fica perturbada com a limitação das tarefas diárias e com ideação suicidária.
Belmira	Feminino	72 anos	Paraplégica por atropelamento aos 7 anos de idade. Sofre de insónia, crises de ansiedade aguda e estados confusionais.
Célia	Feminino	51 anos	Ciatalgia direita consequente à discopatia degenerativa em L5-S1. Persistência da dor moderada a severa associada a uma síndrome depressivo. É referenciada à psicologia de dor, em dois períodos, 2014 e 2019, segundo o sengo relacionado com uma adoção. Isolamento social e alexitimia. Fazia terapia antidepressiva, psicofarmacológica para a depressão
Liliana	Feminino	40 anos	Fibromialgia e obesidade. Espoliarteralgias generalizadas agravadas com stresse. Perturbação de personalidade Cluster B. Síndrome depressivo.
Joana	Feminino	48 anos	Neoplasia da mama, tendo feito mastectomia total, quimioterapia e está a fazer hormonoterapia. Infiltração nas inserções musculares da sacroileíte, com alívios em períodos curtos de tempo. Síndrome depressivo reativo à doença. Sofre de insónia e limitação na marcha.
Amélia	Feminino	51 anos	Fibromialgia e dor neuropática pós-cirúrgica. Perturbação de personalidade Cluster B com defesas na linha da sedução e da manipulação. Humor depressivo. Dificuldades na adesão terapêutica.

Instrumentos de Avaliação

A identificação de objetivos clínicos, a monitorização do progresso terapêutico dos participantes na musicoterapia e a tradução da informação em musicoterapia para a colaboração interdisciplinar aferiu-se com um questionário, com o registo sistemático de

observações e com a escala de dor. Estes instrumentos permitiram a tomada de decisões na musicoterapia baseada na recolha, análise e avaliação da informação sobre a pessoa.

O questionário de avaliação da identidade sonoro-musical e história da dor (Apêndice A) foi utilizado para a anamnese, recolha de dados sobre comportamentos e hábitos musicais, identidade sonoro-musical e relação com a história pessoa e história de dor. Permitiu identificar as necessidades e as capacidades dos participantes servindo de orientação para os planos terapêuticos. O questionário foi elaborado para o contexto da pessoa com dor crónica, aplicado através de entrevistas clínicas junto dos participantes e com os dados fornecidos pela equipa do CMD.

O registo sistemático dos acontecimentos no decorrer das sessões, através da escrita, observação e escuta das gravações vídeo/áudio, reuniram as informações utilizadas na interpretação e significação dos processos resultantes da musicoterapia. A recolha e análise destes dados permitiu aferir progressos dos participantes, à luz dos objetivos que se pretendiam avaliar, assim como cruzar com dados obtidos por outros instrumentos. O registo sistemático também permitiu comunicar e compreender o que o musicoterapeuta fez e porque o fez, ao longo de cada processo.

A Escala de Dor adotada pelo CMD foi utilizada para testar e a avaliação da intensidade da dor (Anexo A). Esta escala combina três das escalas propostas pela Direção Geral de Saúde: a Escala Numérica, a Escala Quantitativa e a Escala de Faces. A intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita e é sempre a referida pelo doente.

Procedimentos

A produção do projeto de estágio expôs um programa em musicoterapia, que foi posteriormente aceite pela direção clínica do CMD, ao abrigo dos objetivos da equipa multidisciplinar. Ao longo do estágio no CMD, o estagiário frequentou semanalmente as

formações em DC e participou nas reuniões de equipa para partilha de informações clínicas, apresentando casos na musicoterapia.

O contacto do musicoterapeuta, junto dos utentes do CMD, iniciou-se com a observação participante da Consulta de Psicologia da Dor, da Consulta de Medicina da Dor, do Hospital de Dia, do Psicodrama e da Psicomotricidade. Durante aproximadamente um mês, o musicoterapeuta integrou-se na equipa, observou e aprendeu sobre as dinâmicas do modelo interdisciplinar e do CMD, participou nas entrevistas e empreendeu um primeiro levantamento de informações sobre os utentes com dor crónica, respetivos diagnósticos e patologias, objetivos clínicos, intervenções na terapia da DC e colaboração interdisciplinar.

Seguiu-se a mais longa fase do estágio, onde se empreenderam as sessões de musicoterapia com os participantes selecionados para o seguimento de casos clínicos ao longo do tempo. A prática clínica recebeu supervisão, realizada na Universidade Lusíada de Lisboa, com a coordenadora científica do mestrado de Musicoterapia. A seleção dos participantes foi feita por encaminhamento da Consulta de Psicologia da Dor e da Consulta de Medicina da Dor, sustentada na avaliação e reconhecimento de dificuldades físicas, psicológicas e sociais associadas à DC.

Nas primeiras sessões realizaram-se entrevistas clínicas com os participantes, aplicando-se o questionário de avaliação da identidade sonoro-musical e história da dor e a escala da dor. O questionário (em conjunto com a consulta dos processos clínicos) serviu de orientação para elaborar o plano terapêutico para cada participante, com os respetivos objetivos clínicos a atingir, integrando as necessidades e as capacidades atuais dos participantes. Permitiu aferir o historial de experiências musicais anteriores e ter em conta as capacidades anteriores dos participantes (e/ou, esporadicamente, com a família).

As sessões foram orientadas e tuteladas pela psicóloga do CMD, facilitando a abordagem a problemas específicos relacionados com a pessoa com DC. O estagiário passou progressivamente a dirigir autonomamente as sessões, individuais e de grupo, dos casos que lhe iam sendo encaminhados. As sessões tiveram a duração mínima de 25 e a duração máxima de 75 minutos. Procedeu-se a um registo vídeo e áudio das sessões de alguns participantes, formalmente autorizado pelos mesmos, para efeitos de supervisão e de avaliação da prática clínica.

O musicoterapeuta recorreu aos seguintes recursos materiais: consultório do CMD, com cadeiras e secretária; guitarra, ukulele, teclado e violino (instrumentos harmónicos e melódicos); djembê, pau-de-chuva, wah-wah, taça tibetana, reco-reco, ovos maraca, pandeireta, triângulo, clavas (instrumentos de percussão); câmara de filmar, colunas e computador (novas tecnologias). Os materiais foram diariamente trazidos pelo musicoterapeuta, com exceção das colunas fornecidas pelo CMD.

A maioria das sessões decorreu no espaço físico do CMD. Apenas uma das participantes realizou a musicoterapia no internamento. Para esta participante, o musicoterapeuta deslocou-se à enfermaria do Serviço de Pneumologia, facilitando as sessões no quarto onde a participante se encontrava internada. A participante foi referenciada para a musicoterapia diretamente por um dos médicos da Consulta de Medicina da Dor em internamentos.

Após finalizar os processos terapêuticos, com a devida preparação dos participantes na musicoterapia, o estagiário concluiu e refletiu sobre os resultados obtidos e redigiu o presente documento. Tendo em conta os referidos procedimentos, podem-se identificar quatro fases do estágio claramente distintas, apresentadas na Tabela 2 com a respetiva duração de cada fase.

Tabela 2 - *Cronograma das fases do estágio*

Fases	Duração
Planeamento	1 mês
Formação, observação e recolha de dados	1 mês
Intervenção específica em musicoterapia	10 meses
Conclusão e reflexão	1 mês

Métodos e Técnicas

O musicoterapeuta foi ao encontro das capacidades atuais dos participantes na aplicação dos métodos, tendo em conta que é comum a pessoa com DC não estar disponível para novas experiências. As experiências musicais familiares e propícias à interação (considerando a individualidade e o ISO dos participantes) foram o ponto de partida para o desenvolvimento de capacidades por parte dos participantes, beneficiando da integração dos seus padrões de resposta à experiência musical e facilitando a relação terapêutica e a espontaneidade.

Proporcionou-se a sensação de controlo durante o envolvimento dos participantes na música e incentivou-se o processo de se tornar ativo no controlo da sua dor. O musicoterapeuta apoiou experiências confortáveis para os participantes e a sua tonalidade afetiva na música, antes da progressão para outras músicas, ritmos, melodias, instrumentos ou métodos.

A respiração profunda com música foi utilizada no início de algumas sessões para permitir que os participantes fizessem a transição de atividades anteriores e para ajuda-los a trazer o seu foco para o corpo. Como a música estimula o surgimento de emoções, sentimentos, imagens, memórias e pensamentos, prosseguiu-se para outra estratégia com os participantes que experimentaram dificuldades em autorregular-se. O diálogo decorreu no

sentido de nomear emoções, facilitar a consciência emocional e acompanhar as estratégias de regulação do humor através da música, de coping com a dor e de bem-estar.

As categorias onde se inserem os métodos aplicados na musicoterapia no tratamento da DC (e problemas que lhe são associados) destacam: os métodos de recriação, os métodos de improvisação, os métodos de composição e os métodos de escuta. A sua aplicação baseou-se na literatura apresentada no capítulo anterior.

Os métodos de recriação, caracterizados pelas atividades musicais estruturadas, conduziram os participantes a reproduzir, interpretar ou aprender temas musicais pré-compostos. Os participantes desempenharam um papel definido, dentro de uma atividade estruturada, no sentido de desenvolver empatia e interação com outros, motivar relações interpessoais e capacidades de grupo, interpretar e comunicar ideias e sentimentos, melhorar funções cognitivas (como a atenção e a memória) e funções sensoriomotoras comprometidas pela DC.

O musicoterapeuta juntou-se às recriações, acompanhou os participantes, escutou, deu feedback, modelou temas, ensaiou e ensinou novas atividades musicais estruturadas, como técnicas operacionalizadas na aplicação dos métodos de recriação.

O jogo musical é um método recreativo utilizado para ajudar a interação da pessoa com DC e o treino de funções cognitivas. Foram utilizados jogos musicais como a imitação de uma frase musical, as charadas com música e a direção musical em que musicoterapeuta ou utente utiliza gestos planeados para dirigir a música tocada ao vivo.

A canção foi utilizada para ajudar a pessoa com DC a expressar sentimentos ou pensamentos que podem ser difíceis de expressar, facilitando a sua validação. A estrutura familiar da canção facilita o acesso a emoções reprimidas e à sua expressão, facilita a reflexão e integração de experiências do passado, melhorando a autoconfiança, funções

cognitivas e o bem-estar. As canções inspiradoras em grupos oferecem oportunidades para identificar, de forma colaborativa, fontes de força e motivação.

A recriação instrumental foi utilizada para os participantes reproduzirem ou interpretarem temas musicais. Através de um instrumento musical, a pessoa toca uma determinada proposta, uma música que conheça, um ensaio ou uma gravação em conjunto, uma determinada pauta ou outra notação musical.

A produção de evento musical foi utilizada para envolver a pessoa com DC no planeamento, preparação e apresentação de uma performance para uma audiência familiar, outros utentes ou equipa do CMD.

Os métodos de improvisação, caracterizados pelas atividades musicais livres e exploratórias, proporcionaram aos participantes experiências de exploração sonora e musical e de meios musicais (como os instrumentos musicais disponíveis, a voz, os sons do corpo ou de outros objetos). Os participantes fizeram música espontaneamente, criando uma melodia, ritmos, uma música ou tema, no sentido de: desenvolver capacidades interpessoais ou de grupo, intimidade, respeito e resolução de problemas; identificar, expressar e trabalhar emoções difíceis; utilizar a música como ponte para a comunicação verbal; proporcionar um meio satisfatório de autoexpressão da identidade; explorar vários aspetos do eu em relação aos outros; e desenvolver capacidades criativas, percetivas e cognitivas.

Para implementar e organizar a improvisação, o musicoterapeuta forneceu instruções e as demonstrações necessárias como: escolher instrumentos, experimentar instrumentos livremente, regra de jogo e discutir a improvisação. Para modular a experiência dos participantes e para obter reações imediatas da sua parte, o musicoterapeuta operou as técnicas corresponder (*matching*), securizar (*grounding*), suportar (*holding*), conter e espelhar, através do ritmo, melodia, harmonia e dinâmica das produções musicais.

A improvisação conduzida foi utilizada para os participantes improvisarem através de pistas diretivas dadas pelo musicoterapeuta, que ofereceu uma ideia ou estrutura musical como base para a improvisação: um tempo musical tocado em instrumentos de percussão ou percussão corporal; um acompanhamento tocado ou cantado que estimule, sustente e guie a improvisação dos participantes; uma breve frase musical para ser repetida, ou para encorajar a adicionar frases rítmicas, melódicas ou harmonias; músicas circulares, criando interações de pergunta-resposta, com várias camadas de frases vocais, harmonias e ritmos de percussão corporal.

A canção improvisada foi utilizada para os participantes improvisarem letras ou melodias sobre uma canção. São oportunidades de expressão emocional e de relacionamento com os outros de forma criativa e significativa.

A improvisação referencial foi utilizada para os participantes representarem, através do som e da música, a dor em diferentes períodos, uma emoção, uma ideia, uma imagem, uma pessoa, um evento, uma experiência ou apresentar um tema ou uma história, utilizando os instrumentos musicais disponíveis ou a voz.

A improvisação não referencial foi utilizada para os participantes explorarem instrumentos musicais, a voz e sons do corpo, expressando-se e interagindo livremente. Tiveram como referência apenas o próprio som ou a música, sem tentar com que os mesmos representassem ou descrevessem algo não-musical.

Os métodos de composição, caracterizados por atividades de inscrição e registo, permitiram aos participantes criar e registar letras, músicas, canções ou instrumentais, com a ajuda do musicoterapeuta, de forma a permitir a sua repetição pelo próprio ou por outros. Incluiu frequentemente alguma forma de notação escrita e/ou gravação (áudio ou vídeo) do produto final, no sentido de: desenvolver a capacidade de planeamento e organização;

trabalhar a capacidade de documentar, comunicando uma forma que outros possam reproduzir; promover a exploração de temas terapêuticos através das letras; desenvolver a capacidade integração e de síntese de partes num todo. O musicoterapeuta equilibra a participação da pessoa com as suas capacidades, garantindo o registo.

A transformação de canção foi utilizada para os participantes mudarem palavras, frases ou a letra inteira de uma canção já existente, ou pelo contrário, alterarem a música mantendo a letra. A transformação consistiu numa personalização da canção, que frequentemente inclui a temática da esperança na pessoa com DC.

A escrita de canção foi utilizada para os participantes comporem canções originais, com assistência do musicoterapeuta.

A composição instrumental foi utilizada para os participantes comporem para música instrumental, tanto peças originais, como partes de peças, com a ajuda do musicoterapeuta.

Os métodos de escuta proporcionaram aos participantes experiências de escuta de musica ao vivo e gravada, para que estes respondam verbalmente e por outros meios de expressão, no sentido de: evocar respostas corporais, como a redução da dor; desenvolver capacidades físicas; evocar estados afetivos e experiências; explorar ideias e pensamentos; facilitar a memória.

A auto-escuta foi utilizada para os participantes escutarem as gravações das suas próprias recriações, improvisações e composições, para refletirem sobre a experiência e sobre si.

O *toning* (subtipo de escuta somática) foi utilizado para os participantes experienciarem as vibrações dos sons e das músicas no corpo, de forma a estabelecer vibrações simpáticas entre o estímulo e o participante, aumentar a consciência corporal e padrões crónicos de tensão, ativar o corpo, liberar tensões, reduzir a dor e promover uma

atitude de cuidado com o próprio. A dissociação do corpo, como uma forma de lidar com a dor, é comum na pessoa com DC e tem um impacto negativo no bem-estar. O *toning* encorajou os participantes, através da respiração profunda, a reconectar-se de forma positiva com o seu corpo e com as dinâmicas e energias do grupo. Os estímulos foram produzidos pelo musicoterapeuta e pelos participantes, através da voz e de instrumentos. Seguiu-se sempre por um processamento verbal das experiências somáticas evocadas pelo *toning*.

O *biofeedback* com música (subtipo de escuta somática) foi utilizado no Hospital de Dia enquanto os participantes realizavam terapêutica farmacológica, ligados a um monitor de sinais vitais. O terapeuta facilitou um processo de relaxamento com música tocada ao vivo, proporcionando também um feedback de funções autónomas do corpo (frequência respiratória, batimentos cardíacos, pressão arterial).

O relaxamento com música foi utilizado para induzir os participantes ao relaxamento, para modular o humor e reduzir a ansiedade e a dor, com música tocada pelo musicoterapeuta. Foram aplicadas as características gerais da “música sedativa” para a redução da dor e da ansiedade em canções ou improvisações individuais ou de grupo. O relaxamento com música foi aplicado em momentos de crise e em apoio aos tratamentos no Hospital de Dia.

A reminiscência com música foi utilizada para os participantes escutarem músicas gravadas ou tocadas pelo musicoterapeuta para evocar memórias de eventos ou experiências passadas da sua vida.

A discussão de músicas e canções foi utilizada para os participantes escutarem canções que servem de trampolim para o diálogo sobre questões terapêuticas relevantes.

A escuta projetiva foi utilizada para os participantes escutarem música e identificarem, descreverem, interpretarem e associarem verbalmente, assim como através de

outros meios expressivos como a escrita, a criação de história, a dramatização e o movimento. A música escutada foi escolhida pela pessoa, com a qual tem uma forte identificação ou conexão. O musicoterapeuta explorou junto da pessoa o que a música comunica para si, sobre si, sobre a sua vida ou sobre questões terapêuticas.

A escuta e imaginário foi um método utilizado para evocar ou apoiar processos do imaginário ou experiências internas, através da escuta musical. O musicoterapeuta utilizou a voz para calmamente guiar imagens e pensamentos. Seguiu-se um processamento de pensamentos, imagens, sentimentos e memórias para facilitar o autoconhecimento e as estratégias de bem-estar através da música.

Agenda Semanal

O estagiário teve uma carga semanal média de 3 dias por semana, 6 horas diárias. As tarefas semanais estabelecidas foram: sessões de musicoterapia individuais, sessões de grupo terapêutico, formação e reunião da equipa.

A reunião e formação semanal da equipa do CMD realizou-se às segundas-feiras de manhã. Decorreram apresentações de artigos, apresentações de casos e de trabalhos dos estagiários e apresentações de novas intervenções. O estagiário participou ativamente nas reuniões e dinamizou apresentações para a equipa.

As sessões individuais de musicoterapia foram sendo marcadas para os dias de tratamento de cada utente. Realizaram-se de segunda-feira a quinta-feira mediante as marcações. Tendo em conta a dificuldade de deslocação da pessoa com DC, os dias de tratamento contemplam um conjunto de intervenções presentes no plano terapêutico integrado do utente. Os dias de tratamento são então marcados consoante a disponibilidade do utente e a disponibilidade do CMD de prestar o tratamento que o utente necessita.

Os grupos terapêuticos do CMD decorreram às terças-feiras, tendo sempre a presença de diferentes médicos estagiários, aos quais foi proporcionada uma experiência formativa das intervenções psicossociais de grupo (musicoterapia e psicodrama).

Outros Projetos

O estagiário envolveu-se nos projetos do CMD, nomeadamente a comemoração dos seus 25 anos, as Jornadas da Dor do HGO e a Conferência de Enfermagem.

As “Jornadas Dor do Hospital Garcia de Orta” e o “Convénio ASTOR” tiveram lugar no dia 28 de Janeiro de 2018, no auditório da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. O musicoterapeuta participou na organização e como orador na mesma “Conectividade à flor da pele”, moderada pela psicóloga do CMD. A mesa marcou a finalização da atividade obrigatória da diretora e médica do CMD, integrando um vídeo do neto da diretora sobre a avó. Os oradores apresentaram o tema empatia e dor crónica, utilizando um vídeo de um funambulista, imagens e um momento performativo com a participação de toda a equipa, dinamizado pelo estagiário e por um colega musicoterapeuta.

O 1º Congresso de Enfermagem do Hospital Garcia de Orta comemorou os 25 anos enfermagem no Instituto Português da Qualidade em Almada. Este evento teve por fundamento reconhecer o percurso de desenvolvimento dos enfermeiros, os contextos das práticas clínicas e os desafios que lhes colocam que exigem maior capacitação e adaptabilidade no cuidar. O musicoterapeuta foi convidado para um momento musical, onde participou em colaboração com o colega.

Estudos de Caso

Este capítulo dedica-se à exposição de dois casos clínicos, apresentando o processo terapêutico e a interpretação dos progressos à luz do enquadramento teórico. Os estudos de caso são demonstrativos da intervenção direta desenvolvida ao longo do estágio.

Estudo de Caso I

Identificação

Afonso²⁵, homem de 45 anos, solteiro, mora com os pais e é desempregado.

Situação clínica

O Afonso estava diagnosticado com uma provável CRPS2, associada a um traumatismo do pé esquerdo. A CRPS (*complex regional pain síndrome*) é um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem mais frequentemente num dos membros, normalmente após o traumatismo do membro afetado. Os sintomas incluem dor, inchaço, limitação motora e alterações na pele e nos ossos. O Afonso negligenciou o seu traumatismo, danificando-se o complexo nervoso que desencadeou uma das variantes desta síndrome dolorosa.

Foi encaminhado para o CMD e referenciado à Consulta de Psicologia da Dor e à Consulta de Psicomotricidade, pela forte inibição cognitiva e emocional. Coloca-se a hipótese de um funcionamento esquizoide. A equipa sente estranheza no contacto com o utente, dificultando a construção da história e contextos onde se desenvolveu a DC no Afonso.

A musicoterapia foi instituída no tratamento da dor crónica do Afonso, por referência da Consulta de Psicologia da Dor. O encaminhamento foi sustentado pelo reconhecimento das dificuldades de comunicação, memória, atenção, do seu isolamento, sendo a música uma das antigas relações do utente, suspensa desde a sua fobia social e adição associada.

²⁵ Nome fictício

Dados de avaliação inicial

O Afonso andava lentamente e coxeava com o pé esquerdo. Permanecia tão imóvel quanto possível e raramente comunicava intencionalmente através dos seus movimentos. O mesmo sucedia com a sua expressão facial, apática. Mantinha contacto ocular, mas aparentemente a sua atenção não se estabelecia no mundo externo. Respondia ao que lhe era perguntado com respostas curtas, sem iniciar interações. Tinha dificuldade em lembrar-se, comprometendo a comunicação verbal, tornando difícil perceber o que pensava e a sua história de dor.

Quando à música, o Afonso gostava de ouvir música ocasionalmente. Tocou guitarra, embora não se lembrasse de como tocar ou das músicas de que gostava. A sua guitarra estava guardada no sótão, ele não tocava há muito tempo. O irmão mais novo também tocava guitarra, embora não tocassem juntos.

Na prática musical revelou destreza, agilidade e coordenação motora. Tocava com intencionalidade e alguma antecipação. Manipulava apropriadamente os instrumentos, embora não interagisse através deles. Não adería, nem iniciava contacto relacional. Envolvia-se na experiência musical sozinho, não havendo reciprocidade. Tocava num tempo próprio e variável, não ajustando a pulsação.

Reagia à mudança com interrupções abruptas da produção musical, sem fazer comentários. Parava de tocar e ficava apático e quase imóvel, com uma expressão de aflição/medo. Apesar da dificuldade em alterar intencionalmente as suas produções musicais, o Afonso adería a propostas de exploração de sonoridades com instrumentos, revelando sensibilidade sonora com reconhecimento de timbres e fontes sonoras.

A avaliação inicial do Afonso levou a identificar: 1) grave dificuldade na comunicação; 2) padrão vincutivo, aparentemente, escasso; 3) desinteresse no relacionamento com o mundo externo.

A avaliação psicológica, para além de corroborar a observação do musicoterapeuta, acrescentou: 1) isolamento emocional e social (compatível com um funcionamento psíquico esquizoide); 2) ausência de construção de uma identidade adulta, forte dependência aos pais; 3) prejuízo nas funções cognitivas (teste da realidade, alguma desorientação temporal, memória, concentração, tolerância à frustração); 4) ausência de projetos de vida; 5) a música foi o único vínculo que o Afonso manifestou.

Plano terapêutico

Considerando os dados da avaliação inicial, estabeleceu-se um plano terapêutico com base nas capacidades e nas necessidades do Afonso.

Partindo do gosto do Afonso pela música e das suas capacidades na guitarra, pretendeu-se proporcionar oportunidades de produção musical conjunta e de apreciação de repertório, que pudessem estar na base de uma relação terapêutica focada na melhoria das capacidades de interação e socialização. Tendo em conta o profundo e prolongado isolamento em que o Afonso se encontrava, definiu-se o objetivo de criar novos laços afetivos através de padrões de interação e do encontro através da música, respeitando a sua disponibilidade, escolha e produção musical manifestados.

Visto que o Afonso aderiu a propostas de exploração de sonoridades com instrumentos, pretendeu-se proporcionar oportunidades de facilitar a expressão livre, em atenção à sua prática de guitarra no passado. Para dar resposta a um pedido do próprio Afonso, que se queixava de dificuldades de memória, planeou-se valorizar as suas capacidades musicais, apoiando e modulando a sua tonalidade afetiva. Estabeleceu-se o

objetivo de facilitar a expressão emocional, caso o Afonso demonstrasse estar em condições para laborar sobre a dor.

Em virtude da destreza e intencionalidade na prática da guitarra, pretendeu-se alargar oportunidades de construção de projeto musical, com repertório musical personalizado e biografia musical. Perante a ausência de projetos de vida, definiu-se o objetivo de construção de um plano de ação através da música.

Pretendeu-se otimizar os efeitos da música como estratégia de coping para a melhoria do bem-estar, para aumentar o vínculo do Afonso com a equipa (tendo em conta as dificuldades de comunicação) e para reforçar a adesão terapêutica. Definiu-se como objetivo aumentar o limiar de tolerância à dor.

Tabela 3 - *Plano terapêutico do Afonso*

Problemas	Objetivos	Sub-objetivos
1) Isolamento e desinteresse no relacionamento	Criar laços afetivos através de padrões de interação e do encontro com o musicoterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a capacidade de produção musical conjunta - Estimular gosto pelo relacionamento - Consolidar a autoestima e sentimentos de segurança - Facilitar o reconhecimento de emoções
2) Dificuldades na comunicação	Facilitar a expressão e a comunicação	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a produção verbal e a memória - Facilitar a troca de papéis na música - Construção de biografia musical
3) Ausência de projetos de vida	Construir um plano de ação através da música	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar tolerância ao erro e ao desconhecido - Criar hipóteses de integrar produções musicais, fora da musicoterapia - Facilitar a mobilização e o relaxamento (participação ativa do doente no tratamento)
4) Dor	Aumentar o limiar de tolerância à dor	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o vínculo com a equipa - Reforçar a adesão terapêutica

Processo terapêutico

Ao iniciar a musicoterapia, o Afonso disse ter dor no pé esquerdo e parecia não ter mais nada a dizer. A sua expressão era gélida, o olhar ausente e o corpo quase estático. Aparentemente, não teria interesse em falar, interagir ou relacionar-se.

Sem se queixar ou contar a história da sua dor espontaneamente, o Afonso ia respondendo com respostas muito breves ao que lhe era perguntado. No decorrer desta interação, revelou o seu gosto pela música e que em tempos tocou guitarra. A sua guitarra estava guardada no sótão há muito tempo e o Afonso dizia já não saber tocar.

No início da nossa atividade musical, foi proposto ao Afonso que expressasse o ritmo da sua dor, com os instrumentos na altura disponíveis. Transparecendo desinteressado, ele pegou no reco-reco e tocou-o com uma atitude exploratória. Então, o musicoterapeuta sugeriu que experimentasse outros instrumentos disponíveis, acompanhando-o. O Afonso mergulhava nas suas explorações e não havia espaço para uma interação recíproca na improvisação. A pulsação era inconstante, o tempo flutuante, ao que o musicoterapeuta ia suportando ritmicamente. Por fim escolheu a guitarra, onde queria lembrar-se de uma sequência de acordes específica. O Afonso parecia ter uma música que fazia parte da sua história, queria recordar os seus acordes e tinha facilidade na técnica de guitarra. O musicoterapeuta concluiu que poderia ajudar o Afonso a desenvolver as suas capacidades de fazer música, de relacionamento e memória, através de um seguimento em musicoterapia.

Pedir ao Afonso que resgatasse a sua guitarra do sótão foi, metaforicamente, também um resgate do próprio Afonso. Isto foi ficando mais claro à medida que o Afonso vinha, e trazia sempre a sua guitarra, para todos os nossos encontros musicais. A guitarra era azul-marinho, suntuosa e com bom som. O musicoterapeuta tecia elogios à guitarra e ao som que o Afonso produzia, sem reação aparente por parte deste.

Na primeira fase do processo terapêutico, as sessões foram ocupadas pela recuperação da sequência de acordes da música que o Afonso quis voltar a tocar. A sequência harmónica estava em lá menor, predominando os acordes maiores da tonalidade²⁶. A sucessão de acordes maiores que se dirigem sempre a uma tónica menor, ajudava a criar uma ambiência melancólica na improvisação. Ao colocar a possibilidade da música desbloquear memórias afetivas difíceis, o musicoterapeuta passou a acompanhar com instrumentos de percussão, procurando alguma sonoridade que apoiasse a tonalidade afetiva da produção musical do Afonso, ainda que esta não fosse totalmente identificável.

O Afonso tocava debruçado, ou mesmo enrolado sobre a sua guitarra, numa postura física de isolamento. Tocava como que mergulhado num *loop* de acordes, aparentemente desligado dos sons externos, fazendo depender o ajuste de tempo da atuação do terapeuta. As improvisações eram intercaladas com curtos diálogos, essencialmente sobre a sua frustração de se enganar, de não se lembrar e de não tocar como gostaria. As paragens eram repentinas, quase sempre após pequenos enganar, ficando o Afonso em silêncio a olhar espantado e assustado para o terapeuta. Quando questionado sobre a interrupção da produção musical, o Afonso respondia: “*Isto não está como eu quero*”, “*Isto precisa de mais trabalho*”. O musicoterapeuta foi incentivando o treino, valorizando aqueles momentos musicais entre os dois e a beleza das produções musicais que surgiam nas improvisações. Foi tentando estabelecer pontos de contacto verbal, sem grandes respostas por parte do Afonso, que voltava a tocar, sem quaisquer comentários. As tentativas de reflexão final por parte do terapeuta geravam apenas respostas curtas como “*Sim*”, “*Foi bom*” ou “*Eu não sou bom com palavras*”.

²⁶ Acordes do sexto e sétimo grau na tonalidade de Lá menor, ocasionalmente com o segundo grau também maior, respetivamente fá maior, sol maior e dó maior.

O Afonso continuou a ser escutado, sem julgamentos, numa postura de disponibilidade para os seus termos e vontades, musicais e relacionais. O musicoterapeuta proporcionou um ambiente seguro e convidativo a um aproveitamento positivo das suas capacidades musicais, valorizando as suas conquistas e experiências. Neste contexto, as memórias da música e da guitarra foram sendo progressivamente recuperadas. Apesar das dificuldades de contacto inicial, as improvisações com o Afonso foram ficando mais fluidas. Conjuntamente, ele foi-se tornando mais produtivo do ponto de vista verbal, expressando ideais próprias sobre os sons dos instrumentos e abrindo espaço para um, cada vez mais recíproco, diálogo verbal. Na sexta sessão, o Afonso manifestou espontaneamente o seu gosto pelo timbre do violino, para além da guitarra.

O musicoterapeuta passou a trazer o violino para as sessões, devido à forte possibilidade da sonoridade deste instrumento musical apoiar a tonalidade afetiva da produção musical do Afonso. De facto, era agora notório que o Afonso tentava sincronizar-se com a pulsação do musicoterapeuta. Iniciou-se assim uma nova fase no processo terapêutico, caracterizada por uma relação musical e verbal mais fluída, com mais dinâmicas de som, ajustes de tempo e base harmónica, trocas de papéis entre solista e acompanhante, denotando um aumento do repertório expressivo do Afonso e uma maior abertura ao encontro relacional.

As paragens abruptas continuaram a acontecer, embora nesta fase o Afonso se enganasse muito menos. O diálogo musical começou a durar frequentemente mais de vinte minutos ininterruptos de improvisação, por vezes quase a sessão toda. Apesar da aparente indiferença do Afonso, era agora claro que ele estava a desfrutar dos momentos musicais, da interação e da relação afetiva através da música. Estas sessões, ocupadas com improvisações longas, também abriram espaço para outro tipo de diálogo. O musicoterapeuta começou a perguntar em que é que o Afonso pensava enquanto tocava, ao que ele respondia com

descrições de processo imaginário, que o leva para lugares como “um túnel escuro” ou “um lugar sem tempo nem espaço”.

Ao fim de quatro sessões, espontaneamente, o Afonso revelou que os acordes que tinha vindo a tocar eram da canção “Hey Hey My My” de Neil Young. A sua memória estava a melhorar e o Afonso começava a revelar abertura para partilhar experiências do passado. O musicoterapeuta propôs a escuta musical e a recriação deste tema da biografia musical do Afonso, aproveitando a disponibilidade intelectual para um esforço de atividade estrutura na música.

As sessões seguintes foram ocupadas com ensaios do tema, que aumentaram a insatisfação do Afonso perante a sua prestação. O terapeuta foi tentando minimizar estas ocorrências e encorajá-lo a tocar na sessão e fora dela. O Afonso começa a queixar-se de dor e falta de motivação, revelando uma certa resistência ao processo de desbloqueamento e ativação de memórias afetivas provavelmente dolorosas. O musicoterapeuta mostrou-se disponível para as vontades musicais do Afonso, trabalhando junto dele o tema Hey Hey My My, até que a produção musical conjunta fosse satisfatória.

Na décima quinta sessão, o Afonso elogiou a qualidade e originalidade da recriação do seu tema. Face à aparente resistência do Afonso a elaborar emoções difíceis, o musicoterapeuta perguntou se ele se recordaria de algum outro tema, instaurando desta forma um espaço de sessão que fosse convidativo à descoberta de novas experiências. Face a esta proposta, o Afonso trouxe para a sessão um tema instrumental de sua autoria. Ele revela abertura para a expressão emocional e uma evolução nas suas capacidades musicais e criativas. Desde então, iniciou-se uma nova fase do processo terapêutico, caracterizada pela vontade do Afonso em criar um projeto musical, pela recriação de novos temas, pela intensão

do seu olhar e postura em comunicar na produção musical, e por vezes, já também nos diálogos verbais.

O terceiro tema trazido pelo Afonso foi “Ziggie Stardust” de David Bowie e o quarto tema de Tinder Sticks. Ao trazer este último, ele disse ter escolhido especificamente para acompanhar o violino. Ao longo destas sessões, o Afonso começou a revelar interesse e disponibilidade para o outro e para o relacionamento.

Surge a possibilidade do Afonso tocar para a equipa multidisciplinar de dor numa das reuniões de equipa. O musicoterapeuta propõe ao Afonso este evento, como uma possibilidade para concretizar um projeto, tendo em vista promover o relacionamento entre o Afonso e a equipa responsável pelo seu tratamento. O Afonso concorda sem hesitar, mostrando-se confiante com as suas capacidades. Foram então dedicadas duas sessões de ensaios para a preparação da performance musical.

A atuação do Afonso para a equipa foi um momento marcante para o Afonso e certamente também para a equipa multidisciplinar de dor. A equipa levantou-se para a sua entrada e acompanhou, delicadamente com instrumentos de percussão, o Afonso na sua guitarra. O Afonso disse ter-se sentido muito bem, apesar de estar inicialmente um pouco nervoso.

Após a concretização do evento com o Afonso e com a equipa, inaugurou-se a última fase do processo terapêutico do Afonso, caracterizada pela criação e ensaios de uma canção original. O Afonso escreveu a seguinte letra que intitulou de “A Ponte”:

*Olhar o espaço
E ver a ponte, que nos leva
Para a outra margem
Vou ganhar coragem de avançar
Vou-me encontrar de novo
Na minha cidade natal
Escolhi a noite para abraçar-te.*

Esta sua canção foi tocada e melhorada nas últimas sessões do Afonso. Por fim, foi escolhida, com o Afonso, uma última sessão dedicada à gravação dos seus temas na musicoterapia.

Resultados

O Afonso realizou 26 sessões individuais de musicoterapia, ao longo de 7 meses. Desenvolveu a capacidade de produção musical conjunta, sendo capaz de interagir na música, aderindo e iniciando contacto relacional, principalmente através da guitarra. Revelou desenvolver reciprocidade na música, aderindo ao diálogo musical de forma contingente e ajustando a pulsação (mantendo um tempo estável). Manifestou mais interesse pelo relacionamento com o mundo externo.

Considerou-se um aumento significativo nas capacidades de expressão e comunicação do Afonso, demonstrado motivação para a troca de papéis e imitação na música. Observou-se um progresso na reação à mudança, introduzindo progressivamente comentários sobre as suas dificuldades nas interrupções abruptas ou optando por soluções criativas na produção musical. O aumento da produção verbal incluiu: a verbalização de dificuldades, por vezes reconhecendo emoções e alterações na tonalidade afetiva, disponibilidade para aceder a memórias relacionadas com a música, desenvolvimento e iniciação de diálogos, realização de pedidos.

O Afonso recuperou a prática musical, a técnica na guitarra e as músicas da sua história durante a musicoterapia. Observou-se a construção um plano de ação através da música e da sua biografia musical, revelando um aumento na tolerância ao erro e ao desconhecido. No momento em que finalizou o seu processo terapêutico, não se confirmou a existência de um projeto musical fora da musicoterapia.

Observou-se envolvimento do Afonso no seu tratamento, com um aumento da mobilização através da música, assim como a sua utilização como estratégia de coping com a dor e de relaxamento. O Afonso revelou um aumento considerável no movimento corporal e na intencionalidade no movimento. Reduziu os movimentos distorcidos, observando-se principalmente uma redução no coxear. Verificou-se uma melhoria no relacionamento com a equipa e reforço na adesão terapêutica. O Afonso finalizou o tratamento da dor crónica com sucesso, revelando um aumento do limiar de tolerância à dor.

Conclusão

O processo terapêutico do Afonso decorreu em cinco fases identificadas. Uma primeira fase de reencontro com a guitarra, caracterizada pela exploração e lembrança. Uma segunda fase de acompanhamento com o violino caracterizada por um aumento significativo na fluidez da interação. Uma terceira fase caracterizada por uma maior abertura para a partilha de lembranças do passado e pela recriação instrumental. Uma quarta fase caracterizada pela vontade do Afonso de criar um projeto musical e de preparação de um evento musical. Uma quinta fase de finalização e criação de um último tema original do Afonso.

Inicialmente, o Afonso trouxe a guitarra que estava guardada no sótão (conforme pedido) explorando o instrumento na sessão, tentando lembrar-se de como tocar e de uma música que lhe era familiar. O acompanhamento dado pelo musicoterapeuta forneceu uma

base estável que atuou como âncora para a exploração do Afonso, apoiando a tonalidade afetiva da sua música. Este ambiente foi convidativo ao desenvolvimento de competências musicais do Afonso, que se ia lembrando dos acordes e uma oportunidade de produção musical conjunta.

Partindo das suas capacidades prévias foi possível explorar, a seu tempo, padrões de interação e do encontro que ajudaram a criar um laço afetivo. Apesar das ferramentas do Afonso para interagir serem escassas, foram ainda potenciais de desenvolvimento para estabelecer canais de comunicação com o exterior e para criar laços afetivos. Esta primeira fase do processo terapêutico pode ter sido particularmente importante na redução do isolamento profundo em que o Afonso se encontrava e na mobilização e relaxamento que a música permite, ajudando a quebrar os círculos viciosos da dor.

Progressivamente, os pequenos comentários sobre sons e timbre que o Afonso começou a fazer, foram sendo incentivados pelo musicoterapeuta, levando à introdução do violino nas sessões. O acompanhamento com violino foi um fator motivador das interações entre os dois, musical e verbal. Nesta segunda fase, as fluidas e longas improvisações abriram espaço para o diálogo sobre em que é que o Afonso pensava enquanto tocava e sobre os seus processos imaginários. O apoio e a modulação da tonalidade afetiva do Afonso através do violino foram permitindo maior abertura para a partilha de experiências do passado, até ao Afonso se lembrar que o tema que andava a treinar era “Hey Hey My My”.

Ao iniciar as sessões de recriação instrumental com o tema Hey Hey My My, passou a haver um esforço para a atividade estruturada na música. As paragens abruptas devido a enganos e a imperfeições, que não estivessem de acordo com as ideias do Afonso, foram um motivo para a ocupação e para o treino. Nesta terceira fase, apesar da sua dificuldade perante

o erro na produção musical, o Afonso foi lentamente adquirindo capacidade de se autorregular e de arranjar soluções.

Nesta terceira fase, o Afonso começa a verbalizar as dificuldades, por vezes reconhecendo emoções e alterações na tonalidade afetiva, depois mostrando disponibilidade para aceder a memórias relacionadas com a música e, por fim, desenvolvendo e iniciando de diálogos e realizando pedidos. Altera-se a qualidade do seu olhar, menos distante e mais interessado.

Na quarta fase, já com mais disponibilidade do Afonso para aceder a memórias, procede-se à construção da biografia musical, à evocação de repertório musical anteriormente esquecido e à composição de temas originais. Tornaram-se raras as interrupções abruptas em enganos técnicos do instrumento ou da música, assim como os seus comentários de frustração, porque o Afonso estava mais autoconfiante. Inicialmente o Afonso identificou-se com o rock enquanto género musical, mas agora mostrava disponibilidade para explorar outras sonoridades, como o blues e combinações com elementos da música clássica e pop.

A apresentação para a equipa foi um ponto de viragem no tratamento do Afonso. A sua participação no planeamento e na produção do evento musical motivou-o a trabalhar neste projeto, mantendo a sua ocupação e mobilização. Tendo em conta as dificuldades de comunicação com o Afonso, a performance musical para a equipa teve impacto no seu vínculo com a equipa reforçando a adesão terapêutica e consequente alívio e gestão/controlado da dor.

Na quinta e última fase, a música composta pelo Afonso, que intitulou “A Ponte”, finalizou o seu processo na musicoterapia. De facto, o trabalho com o Afonso teve em atenção a construção de pontes, ligações e laços. Esta composição foi ensaiada e gravada para finalizar o processo, conforme combinado com o Afonso.

A dor crónica do Afonso fê-lo sair de casa e do isolamento profundo em que se encontrava. Apesar das dificuldades em mobilizar a pessoa com DC, o Afonso não faltou às sessões de musicoterapia. O controlo da dor do Afonso e os resultados obtidos não podem ser considerados exclusivos da musicoterapia, mas fruto de um tratamento integrado da dor crónica.

Discussão

O desenvolvimento da capacidade de produção musical conjunta e de capacidades de interação, experimentado pelo Afonso, deve-se à utilização da função de engajamento social da música (Chanda & Levitin, 2013) ativada pelo musicoterapeuta. Tem sido descrita como uma função que mobiliza para a coesão social (Sacks, 2008), que facilita a interação, a coordenação e a cooperação entre pessoas, tendo ressonância emocional (Koelsch, From social contact to social cohesion—The 7 Cs, 2013). No tratamento da dor crónica, é referida a relevância da musicoterapia na redução do isolamento (Dileo-Maranto, 1993) (Groen, 2007).

O aumento significativo nas capacidades de expressão do Afonso também é coerente com a literatura. Como a sua capacidade de verbalizar estava comprometida, criaram-se canais de comunicação através da música que partiu do Afonso, obtendo-se a sua familiaridade através das suas preferências musicais (Bruscia, 2014)(Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002). A autoexpressão pela música é descrita como fator de alívio da dor (Bailey, 1986), sendo a música um fenómeno relacional que permite estruturar tempo expressivo em conjunto (Trevarthen & Malloch, 2009). A libertação da tensão emocional na musicoterapia é referida por reduzir a ansiedade, induzir ao relaxamento (Aldridge, 1996) aumentando os processos de autorregulação (Dileo-Maranto, 1993) (Peters, 2000) (Schäfer, Sedlmeier, Städtler, & Huron, 2013).

No caso do Afonso, também se verificou uma melhoria nas funções cognitivas. Foi resgatando a sua memória da guitarra, a capacidade de se expressar relacionalmente, o seu repertório musical, tendo inclusive melhorado no domínio verbal. A musicoterapia tem sido referida na recuperação de memórias autobiográficas (Cady, Harris, & Knappenberger, 2008) melhorando o acesso a conteúdos verbais em pessoas com problemas de memória (Baur, 2000) (l'Etoile, 2002). Segundo Eschrich *et al.* (2008) a música, para além da expressão de emoções, atua na memória episódica de longo prazo.

A prática musical realizada pelo Afonso resultou na sua mobilização, fator importante na reversão dos círculos viciosos da dor, sendo que envolve ação intencional e planeamento do comportamento motor (Thaut & Hoember, 2014). Simultaneamente a música foi utilizada como estratégia de coping com a dor e de relaxamento, efeito que está bem documentado (Cepeda, Carr, Lau, & Alvarez, 2010) (Beaulieu-Boire, 2013) (Melzack, Weisz, & Spraguei, Stratagem for Controlling Pain: Contributions of Auditory Stimulation and Suggestion, 1963).

A motivação da musicoterapia para o envolvimento do Afonso no seu tratamento e para a cooperação com os procedimentos médicos também é corroborada pela literatura (Dileo-Maranto, 1993) (Peters, 2000).

Estudo de Caso II

Identificação

Joana²⁷, mulher de 47 anos, casada, mora com o marido e três filhos (2 raparigas de 8 e 14 anos e 1 rapaz de 17 anos). De baixa médica, trabalhava no secretariado da reitoria de uma universidade.

²⁷ Nome fictício

Situação clínica

A Joana foi diagnosticada com uma neoplasia maligna da mama, tendo feito mastectomia da mama esquerda e quimioterapia. Encontra-se em fase de vigília oncológica e de alargamento do músculo para reconstrução da mama. Para além da dor oncológica, também tem uma dor lombar baixa associada ao diagnóstico de sacroileíte. Estes desarranjos da articulação sacroilíaca na região pélvica foram possivelmente agravados pela quimioterapia.

Foi referenciada à Consulta de Psicologia da Dor e ao grupo terapêutico pelos sintomas depressivos e ansiedade. Joana tem vergonha do corpo, deixou de frequentar o ginásio e a sua situação conjugal deixou de envolver intimidade. Reconhece-se uma personalidade mais rígida e isolamento socio-afetivo devido a falta de partilha das suas dificuldades.

A musicoterapia foi instituída no tratamento da dor crónica da Joana, por referência da Consulta de Psicologia da Dor. O encaminhamento foi sustentado pelo seu isolamento socio-afetivo, associado a medos e angústias (reconhecimento das dificuldades de comunicação, do seu isolamento, de sintomas depressivos e ansiedade).

Dados de avaliação inicial

Aparentemente a Joana deslocava-se com facilidade, mobilizando bem os seus membros. Observou-se uma mulher comunicativa e com uma aparência investida. Sorridente e aparentemente bem-disposta, o que contrastava com a sua expressão corporal, tensa e rigidamente reta.

A Joana contou as dificuldades da sua história e falava de uma leve dificuldade nos movimentos de sentar e levantar, sem se queixar. Afirmava sofrer em silêncio, partilhando apenas os seus medos e angústias no CMD. Dizia ter medo do lado mais triste e melancólico

e medo de morrer. A Joana estava de baixa médica e saía de casa apenas para se deslocar ao hospital.

Em casa, Joana dizia vestir uma capa para não mostrar os seus sentimentos. Queixava-se que o filho mais velho, com quem tinha uma relação mais próxima, se afastou desde o início do processo oncológico. Estava zangada por merecer os seus cuidados tendo em conta a sua situação de saúde. Por outro lado, refere a sua filha mais nova como o seu atual apoio e força para viver. A sua relação com o marido não surgiu nos seus relatos.

Quando à música, a Joana escutava ocasionalmente música e cantava também ocasionalmente. Não teve formação musical, nem aprendeu nenhum instrumento musical. Na prática musical, a Joana era interativa e exploradora, apresentando ideias musicais. Aderia e iniciava contacto relacional através da música. Não tinha uma pulsação estável, mas ajusta-se de forma síncrona. Utilizava os instrumentos com facilidade, interagindo através deles. O seu corpo perdia a rigidez e expressava um lado mais flexível, movendo-se e dançando enquanto tocava. Vocalizava com expressão e com amplo espectro. Revelava capacidade de autorregulação emocional através da música.

Os seus relacionamentos que envolviam música eram os seus filhos que tocavam instrumentos e que a Joana gostava de escuta-los a tocar. O filho mais velho tocava guitarra, a filha do meio tocava flauta transversal e a filha mais nova estava a escolher um instrumento para iniciar aulas de música.

Plano terapêutico

Considerando os dados da avaliação inicial, estabeleceu-se um plano terapêutico com base nas capacidades e nas necessidades da Joana.

Partindo do gosto da Joana pela música e das suas capacidades de interação, pretendeu-se proporcionar oportunidades de produção musical conjunta e de apreciação de

repertório, que pudessem estar na base de uma relação terapêutica focada na melhoria das capacidades de sincronização musical e socialização. Tendo em conta o isolamento socio-afetivo em que a Joana se encontrava, sendo as deslocações ao hospital as únicas saídas de casa, definiu-se o objetivo de criar novos laços afetivos através de padrões de interação e do encontro através da música.

Em virtude das capacidades da Joana para vocalizar, manusear instrumentos, explorar sonoridades e ideias musicais, pretendeu-se proporcionar oportunidades de facilitar a expressão livre. Planeou-se apoiar a sua tonalidade afetiva e valorizar as suas capacidades musicais, em atenção ao seu silêncio perante a dor, os seus conflitos familiares e medos implícitos. Estabeleceu-se o objetivo de facilitar a expressão criativa e emocional, caso a Joana demonstrasse estar em condições para laborar sobre a dor.

Tendo em vista as capacidades expressivas na música e no movimento com a música, pretendeu-se alargar oportunidades de construção de projeto musical, com repertório musical personalizado e biografia musical. Perante a baixa médica, a atividade reduzida e a falta de autoestima, definiu-se o objetivo de construção de um plano de ação através da música. Se possível, fomentar a prática musical na sua rede social.

Pretendeu-se otimizar os efeitos da música como estratégia de coping para reduzir a ansiedade, aumentar o relaxamento e alívio da dor. Definiu-se como objetivo aumentar o limiar de tolerância à dor.

Tabela 4 - Plano terapêutico da Joana

Problemas	Objetivos	Sub-objetivos
1) Isolamento socio-afetivo	Criar laços afetivos através de padrões de interação e do encontro com o musicoterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a produção musical conjunta e a apreciação de repertório - Desenvolver capacidades de sincronização - Promover bem-estar nas deslocações ao hospital

2) Medo e rigidez	Facilitar a expressão criativa e emocional	- Desenvolver criatividade - Valorizar as capacidades musicais - Facilitar o reconhecimento de emoções - Aumentar autoestima
3) Absentismo	Construir um plano de ação através da música	- Facilitar a mobilização - Criar hipóteses de integrar produções musicais, fora da musicoterapia - Promover o alívio da dor
4) Dor	Aumentar o limiar de tolerância à dor	- Motivar para a mudança de comportamentos - Reforçar a adesão terapêutica

Processo terapêutico

A Joana iniciou a musicoterapia nas sessões de grupo terapêutico, posteriormente iniciando também as sessões individuais de musicoterapia. No grupo terapêutico, a Joana tocava num papel de apoio aos restantes membros, usando percussões e mantendo a pulsação para que outros pudessem solar.

Nas sessões individuais, a Joana começou por mostrar interesse pelo ukulele, elogiando a beleza visual do instrumento. Apesar do instrumento estar disponível no *setting* das sessões de grupo, ainda não tinha explorado este instrumento.

A Joana improvisava nas cordas soltas, com o musicoterapeuta a acompanhar com instrumentos de percussão. Era notório que tinha facilidade no manuseio de instrumentos e individualmente estava mais disponível para o diálogo musical. O carácter das suas improvisações era alegre, enérgico e muito interativo.

Nos comentários das sessões de grupo, a Joana descrevia a sua dor, na anca, na coluna e seu peito. Também partilhava a zanga com o filho que se afastou, com o início da doença. Mas era nas sessões individuais que falava do seu isolamento, tristeza e da não partilha do seu sofrimento com a família.

Numa das sessões, a Joana começou a descobrir o teclado. Improvisava durante todo o encontro, mais sozinha, explorando as teclas e os tons com uma pulsação inconstante. Nos diálogos, a Joana fazia comentários como: “*É como não estar cá. Consigo abstrair-me de tudo*”. A expressão facial mais séria e concentrada, embora sorrisse em alguns momentos.

O musicoterapeuta começou, por vezes, a sentar-se ao seu lado e a acompanhar com a mão esquerda. A Joana tornava-se mais interativa e a expressão musical e corporal alterava-se com a interação musical. Deixava de tocar curvada e estática sobre o teclado, para movimentar-se com a música e com a sua performance. O olhar que ficava fixo no teclado, passava a também comunicar entradas e intensões na produção musical com o musicoterapeuta.

É numa das sessões de grupo que Joana chega mais deprimida. Como é habitual, não partilha verbalmente com o grupo a sua melancolia. Ao iniciar a música, escolhe o teclado e fica enrola-se na sua produção solitária. Os outros integrantes do grupo procuravam a sua interação, sem sucesso. Tocava uma melodia melancólica com uma pulsação instável curvada para dentro. O musicoterapeuta começou a acompanhá-la, seguido dos restantes membros do grupo. A Joana não desviou o olhar do teclado e mantendo-se enrolada sobre o instrumento ao longo de toda a sessão. No final da sessão de grupo, Joana disse ter sentido abstração e alívio.

Na sessão individual seguinte, a Joana aparece mais aflita, triste, e por vezes chora. Descreve uma angústia e um nó na garganta. O musicoterapeuta pergunta se está disponível para cantar, propondo uma música que refletisse as emoções que a Joana descrevia. Realizamos então uma sessão de recriação vocal com o tema “Bad” dos U2, escolhido pela Joana.

Na sessão seguinte, a Joana diz que o tema “Bad” a anda a atormentar. Optamos então por procurar outros temas, mantendo a recriação vocal. Seguem-se então um conjunto de sessões com temas afro-americanos. Descreve serem temas mais energéticos, referindo que os ritmos africanos lhe dão força.

Devido à Joana ter que realizar uma cirurgia inesperada, finalizou-se o processo com a escolha de uma canção para compor uma letra personalizada. “Simply the Best” da Tina Turner foi o tema escolhido pela Joana, agora com o título “Um dia especial”, cujo refrão recebeu a seguinte letra:

Um dia especial

Um dia que vai acontecer

Um dia tudo irá ser diferente

Um dia tudo irá florescer

O tema foi descrito pela Joana como uma canção de esperança. O musicoterapeuta cantou e acompanhou o seu entusiasmo na criação, cantada nas últimas sessões.

Resultados

A Joana desenvolveu a produção musical conjunta, ajustando e estabilizando a pulsação, aumentando as capacidades de interação na música através de instrumentos e da voz. Revelou motivação para a musicoterapia e para as deslocações às sessões, cumprindo-se o objetivo de reduzir o isolamento socio-afetivo.

Considerou-se um desenvolvimento das capacidades criativas da Joana, com a exploração de novos meios musicais e soluções perante a mudança. Observou-se uma maior autoconfiança e intencionalidade nas produções musicais e nos movimentos. A Joana revelou abertura para partilhar e nomear emoções na música.

Cumpriu-se o objetivo de construir um plano de ação através da música, durante a musicoterapia, facilitando-se a mobilização e aumentando-se a autoestima da Joana. Contudo, não se concluiu a integração da Joana em produções musicais fora da musicoterapia.

A Joana obteve um maior alívio da dor e da angústia através da música. Não se confirmou uma mudança de comportamentos significativa ao tratamento da dor, fora da musicoterapia. A Joana continuou o tratamento da dor após o seu processo terapêutico na musicoterapia.

Conclusão

O processo terapêutico da Joana decorreu em três fases identificadas. Uma primeira fase caracterizada pela exploração e pela descoberta das capacidades musicais da Joana, pelo musicoterapeuta e pela própria. Uma segunda fase de abertura para a partilha de emoções difíceis para a Joana caracterizada pela recriação da música “Bad”. Uma terceira fase caracterizada pela vontade da Joana de criar uma biografia musical.

Inicialmente, a musicoterapia proporcionou que Joana explorasse a música como meio de expressão. Constatou-se que, a seu tempo, a improvisação com instrumentos musicais, como o teclado e o ukulele, permitiu criar laços afetivos com o musicoterapeuta e reduzir o isolamento.

Progressivamente, a Joana revelou abertura para explorar ideias musicais mais íntimas, envolvendo-se nas suas produções como solista, com mais autoconfiança. O musicoterapeuta forneceu uma base de acompanhamento estável que atuou como âncora, apoiando a tonalidade afetiva da sua música. Foi revelando soluções criativas perante mudanças na música. Durante o diálogo, também parecia ficar menos assustada perante imprevistos.

Com a recriação da canção “Bad”, a Joana revelou abertura para partilhar com o musicoterapeuta emoções na música, como a tristeza e a zanga. A música foi cantada em apenas uma sessão, onde Joana disse que define a angústia que ela sente e não diz.

Na fase final, continuaram-se as recriações vocais de canções direcionadas à força pessoal para lutar com a doença. Foram perceptíveis alterações na tensão corporal, tornando-se menos tensa, mais expressiva na música, a Joana parecia estar com a autoestima mais consolidada.

A escolha de uma das músicas para compor uma letra, ajudou a personalizar uma canção esperança, antes de terminar o processo devido à cirurgia. Apesar de não se verificar o controlo da dor, a Joana tinha mais ferramentas para o alívio da sua dor.

Discussão

O desenvolvimento da capacidade de produção musical conjunta e de capacidades de interação, experimentado pela Joana, deve-se à utilização da função de engajamento social da música (Chanda & Levitin, 2013) ativada pelo musicoterapeuta. Tem sido descrita como uma função que mobiliza para a coesão social (Sacks, 2008), que facilita a interação, a coordenação e a cooperação entre pessoas, tendo ressonância emocional (Koelsch, From social contact to social cohesion—The 7 Cs, 2013). No tratamento da dor crónica, é referida a relevância da musicoterapia na redução do isolamento (Dileo-Maranto, 1993) (Groen, 2007).

Os benefícios aumento significativo nas capacidades de expressão da Joana também é coerente com a literatura. A autoexpressão pela música é descrita como fator de alívio da dor (Bailey, 1986), sendo a música um fenómeno relacional que permite estruturar tempo expressivo em conjunto (Trevarthen & Malloch, 2009).

A libertação da tensão emocional na musicoterapia é referida na literatura por reduzir a ansiedade, induzir ao relaxamento. Segundo Aldridge, a expressão emocional é o primeiro

passo no processo de cura e também uma forma de reduzir a ansiedade (Aldridge, 1996). Doentes como a Joana, que recorrem ao isolamento e ao silêncio, beneficiam de outros meios de expressão. A partir destes, a Joana expandiu a sua capacidade de interação a descobrir suas potencialidades na música, que contrabalançam as suas impotências aumentando os processos de autorregulação (Dileo-Maranto, 1993) (Peters, 2000) (Schäfer, Sedlmeier, Städtler, & Huron, 2013).

A prática musical realizada pela Joana resultou na sua mobilização, fator importante na reversão dos círculos viciosos da dor, sendo que envolve ação intencional e planeamento do comportamento motor (Thaut & Hoember, 2014). Simultaneamente a música foi utilizada como estratégia de coping com a dor e de relaxamento, efeito que está bem documentado (Cepeda, Carr, Lau, & Alvarez, 2010) (Beaulieu-Boire, 2013) (Melzack, Weisz, & Spraguei, Stratagems for Controlling Pain: Contributions of Auditory Stimulation and Suggestion, 1963).

A motivação da musicoterapia para o envolvimento da Joana no seu tratamento e para a cooperação com os procedimentos médicos também é corroborada pela literatura (Dileo-Maranto, 1993) (Peters, 2000).

Outras Intervenções Clínicas

Aurora

Aurora, mulher de 58 anos, desempregada. Mora com o companheiro e com a irmã do companheiro. Tem três filhos com os quais não mantém contacto.

Diagnosticada com Cervicalgias e dor musculoesquelética no braço esquerdo. Apresenta volubilidade emocional, humor depressivo e ideação suicidária perante situações de conflito. Foi referenciada à musicoterapia para reforçar o vínculo afetivo e a relação com a

vida, na tomada de consciência das suas dificuldades relacionadas com a angústia de abandono e separação.

A Aurora frequentou 15 sessões de musicoterapia. Pretendeu-se reduzir isolamento, reduzir a catastrofização, promover o envolvimento da utente no tratamento e aumentar o limiar de tolerância à dor.

Inicialmente aplicaram-se métodos de improvisação instrumental, explorando sonoridades e interagindo com o musicoterapeuta. Nos diálogos entre a música, fala dos seus pensamentos suicidários, chorando com frequência, tentando por vezes chocar o musicoterapeuta. A Aurora gostava especialmente de expressar o ritmo da dor através de improvisações referenciais, fazendo-o com bastante facilidade na mobilização, com gestos amplos e produções musicais fortes.

Numa segunda fase, demonstrando disponibilidade para atividades estruturadas, a Aurora aderiu a recriações vocais. Os seus temas tinham em comum a música romântica brasileira, como “Dois Amigos” e “Não Aprendi dizer Adeus”. O musicoterapeuta foi acompanhando com instrumentos harmónicos enquanto Aurora cantava. Entre músicas, fala sobre os seus conflitos relacionais, sentindo-se abandonada pelos filhos. O musicoterapeuta apoia a tonalidade afetiva da Aurora e, quando esta revela abertura, modulando o seu humor.

Com o decorrer das sessões, começa a sincronizar mais a pulsação e aumentar as interações. Começa também a relatar que se sente mais relaxada com a música. Concluiu-se que se reduziu o isolamento e a catastrofização da Aurora. Constatou-se o seu envolvimento no tratamento, embora ainda com pouca consciência da própria.

Odete

Odete, mulher de 82 anos, internada em estado terminal.

Diagnosticada com oncologia do pulmão e metástases ósseas, é utente do CMD nos internamentos da Unidade de Pneumologia. Na consulta de medicina da dor foi referenciada para a musicoterapia por dificuldades relacionais com a equipa.

Odete frequentou 17 sessões de musicoterapia, todas realizadas nos internamentos da Unidade de Pneumologia. Odete frequentou 19 sessões de musicoterapia. Pretendeu-se com as mesmas promover o relacionamento com a equipa, facilitar a expressão emocional, promover o alívio da dor.

O processo terapêutico da Odete foi variando na aplicação dos métodos musicoterapêuticos de sessão para sessão. Nalgumas sessões utilizou o teclado, explorando pequenas melodias simples, como o “Malhão Malhão”. Noutras sessões pedia para escutar música tocada e cantada pelo musicoterapeuta. Por vezes, acompanhava as canções cantadas pelo musicoterapeuta, cantando quase em surdina. Era comum dizer não querer repetir nem gostar da experiência da sessão anterior. A Odete fala do seu filho, que é apresentador do telejornal, pelo que fala do filho com orgulho. Contudo, as visitas do filho duram menos de minutos, sem demonstrações de afeto e por vezes sem diálogo.

Nos diálogos, a Odete dizia que não queria morrer no hospital, estando à espera de ter condições para ir para sua casa sozinha. Observava-se que Odete controlava o funcionamento da enfermaria, chamando constantemente à atenção pelos atrasos aos enfermeiros e auxiliares. Culpabiliza constantemente os seus cuidadores, o que tornava difícil a relação com a equipa da enfermaria.

Concluiu-se que a musicoterapia teve sucesso no alívio da dor e na redução do isolamento. Finalizou-se o processo terapêutico com a alta da Odete.

Liliana

Liliana, mulher de 40 anos. Mora com o marido, a sua avó e uma sobrinha do marido.

Diagnosticada com fibromialgia e obesidade, espoliartermias generalizadas agravadas com stresse. O diagnóstico psicológico identifica uma perturbação de personalidade Cluster B e síndrome depressivo. Foi referenciada à musicoterapia por isolamento socio-afetivo, pelos sintomas depressivos e ansiedade.

A Liliana frequentou 14 sessões de musicoterapia. Pretendeu-se potenciar a autoexpressão, reduzir a catastrofização, promover o envolvimento da utente no tratamento, facilitar a mobilização e aumentar o limiar de tolerância à dor.

O processo terapêutico da Liliana sustentou-se nas recriações, especialmente vocais, canções da igreja mórmon que a utente frequenta. Vocaliza sem ajustar pulsação, com pouco espectro e expressão. No diálogo, queixa-se da sobrinha do marido, dos seus maus comportamentos e da falta de repreensão do marido, rejeitando que esta viva com o casal.

No decorrer das sessões, a Liliana apresenta o tema “Em Oração”, que diz estar a ensinar ao coro religioso de crianças que dirige na igreja. Queixa-se da má educação das crianças e de não executarem bem o repertório musical religioso.

Finalmente, a Liliana demonstra a vontade de gravar a música da “Bela adormecida da Disney”, tendo sido a música do seu casamento. No diálogo, diz que o marido foi o seu único relacionamento amoroso e conta a sua história. Começa a revelar mais afeto e regulação emocional durante a música. Cumpriu-se também o objetivo de mobilizar a Liliana.

Grupo terapêutico

Os grupos terapêuticos com os utentes do CMD abrangem entre 3 a 6 pessoas, são formados pela psicóloga do CMD, que dirige as sessões de psicodrama. O grupo beneficiou da musicoterapia e também de sessões intermodais.

Quando adequado, estas sessões são formativas para estagiários e profissionais de saúde, tendo a observação participante de médicos e enfermeiros. No início do estágio, o

musicoterapeuta foi ego-auxiliar nas últimas seis sessões de psicodrama de um primeiro grupo.

Iniciou-se então um grupo que beneficiou de sessões de musicoterapia, sessões de psicodrama e de sessões intermodais. Os membros do grupo consistiram em dois homens e três mulheres, todos entre os 45 e os 56 anos de idade. Estavam diagnosticados com nevralgia do trigêmeo, esclerose múltipla, poliradiculopatia, fibromialgia, dor musculoesquelética e dor oncológica.

As sessões de grupo, independentemente da modalidade instituída, foram estruturadas em 3 fases distintas: o aquecimento, a produção criativa e os comentários. No aquecimento e comentários, estimulam-se os monólogos e evitam-se os diálogos entre utentes.

Simbolicamente, cada pessoa tem o seu lugar reservado no grupo e em caso de ausência fica uma cadeira vazia. Apesar da perda de lugares na vida, nas sessões de grupo os lugares são guardados durante o tempo de funcionamento do grupo.

Na fase inicial do processo terapêutico, foi proposta pelo musicoterapeuta a improvisação referencial da dor, ou “ritmo da dor”. Dois elementos do grupo tocavam mais enrolados sobre si mesmos, sonoridades melancólicas e arrastadas. Outros dois elementos encontraram sonoridades mais chocantes. Um quinto elemento tenta não revelar fragilidades.

Ao longo das sessões, foram sendo aplicados métodos de recriação. Foram sugeridos jogos musicais e músicas da rádio ou tradicionais portuguesas. Era comum a competição entre protagonista da produção musical (havendo frequentemente mais do que um por sessão) mas também entre quem tinha mais dor e sobre quem tinha a situação familiar pior. Contudo, a música representava um papel contrário ao sofrimento, sendo escolhidos temas alegres.

Uma segunda fase frase do grupo foi inaugurada com a composição de uma letra para uma música dos Rádio Macau. Era uma letra de suporte e de força observando-se um

progresso capacidade e empenho do grupo em apoiar os colegas, e procura pelo bem-estar utilizando o grupo. O movimento expressivo na música passou a ser mais evidente nestas sessões.

Numa fase final, o grupo abre espaço para a improvisação com percussões e voz. Também há maior disponibilidade para seguir e sincronizar com a pulsação mais instável e difícil. A musica começa a ser referida pelos participantes como aliviante e como fonte de bem-estar.

A produção musical conjunta e o jogo simbólico criaram oportunidades de interação, de observação mútua, e a seu tempo, de confronto com a dor e com funcionamentos em função da dor.

O grupo terapêutico proporcionou aos doentes de dor um trabalho de descoberta da musicalidade do corpo. Da expressão da dor à redescoberta da espontaneidade e da criatividade.

Permitiu dirigirem a sua atenção e explorarem criativamente outros interesses, vivências e funcionamentos relacionais. As pequenas descobertas que foram ocorrendo no grupo, vão ressoando no seu quotidiano e podem resultar em mudança.

Conclusões

Conclusão

Finalizado o estágio no Centro Multidisciplinar Dor, apresentados os casos clínicos demonstrativos da aplicação da musicoterapia para a dor crónica, exposta a metodologia e o enquadramento teórico que orientou as práticas do estagiário, vão agora expor-se os resultados do estágio de acordo com os objetivos definidos.

Uma vez que a dor crónica é um perfil clínico complexo, procedeu-se a uma pesquisa abrangente de literatura sobre os possíveis domínios de ação, procurando também facilitar a atuação da equipa multidisciplinar e do tratamento integrado da dor, articulando conceitos da musicoterapia com os estudos da dor. Considera-se atingido o objetivo de utilizar instrumentos teóricos e metodológicos adequados e adquiridas as capacidades de abordagem ao tratamento da DC, tendo em conta o sucesso do contacto profissional tutelado.

Seguiram-se os casos clínicos ao longo do tempo, supervisionados pela coordenadora científica do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Conforme demonstrado nos estudos de caso, considera-se atingido o objetivo de promover a gestão da dor, a participação ativa e criativa no tratamento e a qualidade de vida, junto dos utentes do CMD que participaram na musicoterapia.

No tratamento da DC, o plano terapêutico integrado define as intervenções instituídas a cada utente, em que todas promovem a adesão terapêutica e potenciam o tratamento. Nos casos seguidos ao longo do tempo, o musicoterapeuta promoveu a criação de laços com a equipa e consequentemente a adesão terapêutica. Em intervenções pontuais, o musicoterapeuta apoiou outras intervenções através da utilização da música contribuindo para o sucesso da atuação da equipa.

Considera-se cumprido o objetivo de informar e sensibilizar equipa do CMD e outros profissionais de saúde sobre a musicoterapia, tendo sido realizadas apresentações e

intervenções do musicoterapeuta na reunião semanal de equipa, numa conferência e num congresso, no contexto do estágio. A equipa do CMD acompanhou de perto as mudanças positivas e significativas nos utentes que beneficiaram da musicoterapia.

Discussão

Consideram-se atingidos os objetivos definidos para este estágio, tendo resultado num impacto positivo para os utentes e para a equipa do CMD. Contudo, não é possível generalizar os resultados obtidos à população com DC, uma vez que a seleção dos participantes foi realizada por conveniência.

Os casos clínicos demonstram processos terapêuticos baseados na descoberta da capacidade inata de responder ao som e à música, cujos objetivos terapêuticos se baseiam no conhecimento da pessoa nas suas várias dimensões. A literatura descreve a musicalidade individual, ou o músico-criança (Robbins & Robbins, 1991), que responde à experiência musical que considera significativa ou envolvente, que relembra a música e que desfruta da expressão musical. O ser musical dentro do ser condicionado que permite a descoberta da pessoa através do músico. A musicoterapia desperta o contacto sonoro, na aceitação da pessoa e da sua produção musical, para ativar o potencial de crescimento através da interação musical.

Para assegurar o controlo sobre os efeitos da música, o musicoterapeuta baseou-se no conhecimento sobre a patologia. A dor crónica está relacionada com problemas que se interconectem com os seus círculos viciosos: os sintomas depressivos e a ansiedade; a catastrofização; os conflitos relacionais e o isolamento; a despersonalização; alterações no quotidiano e incapacidade; significados relacionados com a dor e com o bem-estar.

O alívio das tensões musculares e emocionais com a música (Dileo-Maranto, 1993) e a redução da ansiedade foram efeitos descritos pela literatura a ter em especial atenção. Por

esse motivo, o musicoterapeuta não descorou a estabilidade emocional. O espaço terapêutico pode então dedicar-se a explorar e encontrar as alternativas "melhores" – considerações variáveis que podem significar: mais prazeroso, menos doloroso, mais confortável, menos difícil, mais significativo, mais gratificante ou mais saudável (Bruscia, 2014). A pessoa com dor crónica passa por muito sofrimento, beneficia de processos em que é envolvida no seu tratamento.

O tratamento da dor crónica baseia-se no modelo biopsicossocial (Turk & Monarch, Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain, 2002) contemplando o adoecer como uma realidade complexa e individual. Os resultados dos casos apresentados não podem ser considerados exclusivos da musicoterapia, mas parte do tratamento integrado da dor com musicoterapia.

Propõe-se em casos futuros a avaliação com recurso a mais testes e instrumentos. Por exemplo, o cortisol salivar permite uma medição objetiva na avaliação das situações de stress e das consequências da exposição a um stressor crónico e risco.

Outros modelos da musicoterapia, como o imaginário guiado e música (GIM), têm sido aplicados e propostos para o tratamento da dor crónica (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002).

O fenómeno da dor é um campo abrangente de pesquisa, a sua compreensão é fruto do esforço de várias áreas, entre as quais medicina e psicologia. A musicoterapia recentemente despertou interesse a este amplo campo interdisciplinar de pesquisa, carecendo ainda de investigação e literatura.

Reflexão Final

A pessoa com dor crónica tem um perfil clínico complexo e é especialmente desafiante trabalhar. O tratamento da dor contempla a individualidade, são graves as

repercussões para a pessoa e para a sociedade. A dor passa de sintoma a doença e a pessoa sente-se frequentemente incompreendida. Fica retraída, mergulha em si mesma, isola-se e torna-se dor. A alteridade pode surgir no ambiente íntimo e disponível da musicoterapia.

O estágio em musicoterapia no Centro Multidisciplinar Dor do Hospital Garcia de Orta foram os meus primeiros passos na musicoterapia e em intervenções junto de pessoas com dor crónica, oncológica e não oncológica. A equipa do CMD tutelou o meu trabalho, proporcionando uma experiência de formação profissional e pessoal de muita qualidade, assim como um modelo de equipa de trabalho. Incluíram-me no seu grupo e partilharam os seus conhecimentos, garantindo profissionalismo, a ética, a cooperação, o cuidado e o respeito por toda a equipa e pelos utentes. Com a equipa do CMD aprendi o valor do trabalho em equipa para o musicoterapeuta.

O estágio permitiu-me confiar na minha maturidade de relacionamento humano para estabelecer relações terapêuticas com estes utentes. Foi também uma oportunidade de desenvolver capacidades de aplicação teórica e metodológica à prática clínica em musicoterapia. Foram aplicadas as práticas profissionais e formas de intervenção estudadas, dentro da musicoterapia no contexto hospitalar.

A literatura em musicoterapia para a dor crónica é escassa, levando-me a realizar uma extensa pesquisa nos estudos da dor e abordar as suas problemáticas associadas. Tendo em conta o carácter pioneiro da musicoterapia no contexto hospitalar em Portugal, realizei o estágio sem outro musicoterapeuta em exercício no mesmo hospital.

As sessões de supervisão específica em musicoterapia foram momentos ricos na partilha e orientação das práticas em musicoterapia. Permitiram-me manter o foco nos objetivos a atingir e apaixonar-me, um pouco mais, pela profissão de musicoterapeuta.

Referências

- Aigen, K. (2014). Music-Centered Dimensions of Nordoff-Robbins Music Therapy. *Music Therapy Perspectives*, 32(1), 18-29.
- Aldridge, D. (1996). *Music therapy research and practice in medicine: from out of the silence*. London and New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Alpass, F. M., & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging Mental Health*, 7, 212-216.
- Altenmüller, E., Finger, S., & Boller, F. (2015). *Music, neurology, and neuroscience: evolution, the musical brain, medical conditions, and therapies*. Amsterdam: Elsevier.
- American Music Therapy Association. (2018). *What is music therapy*. Recuperado de <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2018). O que é a dor?. Recuperado de <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (Setembro de 2019). *Dor aguda versus dor crónica*. Recuperado de <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Apkarian, A., Baliki, M., & Geha, P. (2009). Towards a theory of Chronic Pain. *Progress in Neurobiology*, 87, 81-97.
- Arnou, B.A., Hunkeler, E. M., Blasey, C. M., Lee, J., Constatino, M. J., Fireman, B., . . . Hayward, C. (2006). Comorbid Depression, Chronic Pain, and Disability in Primary Care. *Psychosomatic Medicine*, 68, 262–268.
- Arnsten, T. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 410-422.

- Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., & Gabilondo, S. (1998). Principios básicos para el control del dolor total. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 6, 29-40.
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., & Castro-Lopes, J. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 3(8), 773-783.
- Bailey, L. (1986). Music therapy in pain management . *Journal of Pain and Symptom Management*, 1(1), 25-28. doi: [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(86\)80024-0](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(86)80024-0)
- Baur, B., Uttner, I., Ilmberger, J., Fesl, G., & Mai, N. (2000). Music memory provides access to verbal knowledge in a patient with global amnesia. *Neurocase*, 6(5), 415-421.
- Beaulieu-Boire, G., Bourque, S, Chagnon, F, Chouinard, L, Gallo-Payet, N, & Lesur, O. (2013). Music and biological stress dampening in mechanically-ventilated patients at the intensive care unit ward: a prospective interventional randomized crossover trial. *Journal of Critical Care*, 28(4), pp. 442–50. doi: 10.1016/j.jcrc.2013.01.007
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da Musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. São Paulo: Summus.
- Bonavita, V., & Simone, R. (2011). Pain as an evolutionary necessity. *Neurol Sci* 32, 61-66.
- Bonica, J. J. (1953). *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Bradt, J., & Dileo, C. (2014). Music interventions for mechanically ventilated patients . *Cochrane Database Syst Rev.*,12. doi: 10.1002/14651858.CD006902

- Bradt, J., Dileo, C., & Grocke, D. (2010). Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database Syst Rev.*, 8(12). doi: 10.1002/14651858
- Bradt, J., Norris, M., Shim, M., Gracely, E., & Gerrity, P. (2016). Vocal Music Therapy for Chronic Pain Management in Inner City African Americans: A Mixed Methods Feasibility Study. *J Music Ther*, 178-206.
- Bradt, J., Norris, M., Shim, M., Gracely, E., & Gerrity, P. (2016). Vocal music therapy for chronic pain management in inner city african americans: a mixed methods feasibility study. *Journal of Music Therapy*, 53(2), 178-206. doi: <https://doi.org/10.1093/jmt/thw004>
- Brennan, F., Carr, D., & Cousins, M. (2007). Pain management: a fundamental human right. *Anesth Analg.*, 105(1), 205–21.
- Brown, C., Chen, A., & Dworkin, S. (1989). Music in the control of human pain. *Music Therapy*, 8(1), 47-60. doi: <https://doi.org/10.1093/mt/8.1.47>
- Bruscia, K. (2014). *Defining music therapy*. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Bullington, J. (2009). Embodiment and chronic pain: implications for rehabilitation practice. *Health Care Anal.* 17(2), 100-109.
- Cady, E.T., Harris, R.J., & Knappenberger, J.B. (2008). Using music to cue autobiographical memories of different lifetime periods. *Psychology of Music*, 36(2), 157–78.
- Catana, C. (2005). Dor crónica na perspetiva da psicologia clínica. Terapêuticas complementares em dor crónica. *Revista Dor*, 13(3).
- Cepeda, M., Carr, D., Lau, J., & Alvarez, H. (2010). Music for pain relief. *Cochrane Library*, 8.
- Chanda, M., & Levitin, D. (2013). The neurochemistry of music. *Trends in Cognitive Sciences*. 17(4), 179-193

Sciences.

- Chen, X., Hannibal, N., & Gold, C. (2015). The Effect of Music on Pain Relief and Relaxation of the Terminally II. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1-18.
- Clark, D. (1999). 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science & Medicine* 49 , 727-736.
- Combretz, G., Eccleston, C., Damme, S., Vlaeyen, J., & Karoly, P. (2012). Fear-Avoidance Model of Chronic Pain: The Next Generation. *Clin J Pain* 28, 475-483.
- Curtis, S. (1986). The Effect of Music on Pain Relief and Relaxation of the Terminally II. *Journal of Music Therapy*, 10-24.
- Davis, M., Zautra, A., & Smith, B. (2004). Chronic Pain, Stress, and the Dynamics of Affective Differentiation. *Journal of Personality*. 72(6), 1133-1160.
- DeNora. (2000). Music in everyday life. *Cambridge University Press*.
- Dileo-Maranto, C. (1993). Applications of music in medicine. Em M. Heal, & T. Wigram, *Music Therapy in Health and Education*. London: Jessica Kingsley.
- Doğan, M., & Şenturan, L. (2012). The effect of music therapy on the level of anxiety in the patients undergoing coronary angiography . *Open Journal of Nursing*, 165-169 .
- Dorschel, A. (2012). *Trost für die Untröstlichen. Mahlers „Kindertotenlieder“ und Bergs Violinkonzert*. . *Musikfreunde*. 25(05), 34–37 .
- Dubin, A., & Patapoutian, A. (2010). Nociceptors: the sensors of the pain pathway . *The Journal of Clinical Investigation*. 20(11).
- Edwards, R., Dworkin, R., Sullivan, M., Turk, D., & Wasan, A. (2016). The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *The Journal of Pain*. 17(9), T70-T92.

- Engel, G. (1959). "Psychogenic" Pain and the Pain-Prone Patient. *American Journal of Medicine*, 899-918.
- Erkkila, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pontio, I., Tervaniemi, M., . . . Gold, C. (2011). Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* , 132–139.
- Eschen, J. (2002). *Analytical Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd .
- Fancourt, D., Perkins, R., Ascenso, S., Carvalho, L., Steptoe, A., & Williamon, A. (2016). Effects of Group Drumming Interventions on Anxiety, Depression, Social Resilience and Inflammatory Immune Response among Mental Health Service Users. *PLOS ONE*.
- Farmer, B. A. (2012). A Dynamic Network Perspective of Chronic Pain. *Neurosci Lett.* 520, 197–203 .
- Garland, E. (2012). Pain Processing in the Human Nervous System: A Selective Review of Nociceptive and Biobehavioral Pathways. *Prim Care.* 39(3), 561-571.
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., & Turk, D. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin.* 133(4), 581–624.
- Girad, P. (2000). *Die Neuroanatomie und Neurophysiologie im Laufe des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts. In: Toellner R Hrsg. Illustrierte Geschichte der Medizin, Band 2, Bechtermünz/Sonderauflage f. Weltbildverlag.* Augsburg: Weltbild Verlag 1125–1139 .
- Girad, P. (2000). *Die Neurologie zu Beginn des 19. Jahrhunderts. In: Toellner R Hrsg. Illustrierte Geschichte der Medizin, Band 2, Bechtermünz/Sonderauflage f. Weltbildverlag.* Augsburg: Weltbild Verlag 1139– 1153.

- Godley, C. (1987). The Use of Music Therapy in Pain Clinics . *National Association for Music Therapy*.
- Goesling, J., Clauw, D., & Hassett, A. (2013). Pain and Depression: An Integrative Review of Neurobiological and Psychological Factors. *Curr Psychiatry Rep.* 15, 421.
- Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Rev Port Saúde Pública.* 29(2), 100-10.
- Groen, K. (2007). Pain Assessment and management in end of life care: A survey of assessment and treatment practices of hospice music therapy and nursing professionals. *Journal of Music Therapy.* 44(2), 90-112.
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA.* 280, 147–51.
- Harutyunyan, H., Grigoryana, A., Alaverdyanb, H., Vardanyana, G., & Aghajanova, M. (2017). The Effect of Peripheral Analgesia on “Pain Memory” Changes in Modified Formalin Test. *NEUROCHEMICAL JOURNAL.* 11(2).
- Hasenbring, M., & Verbunt, J. (2010). Fear-avoidance and Endurance-related Responses to Pain: New Models of Behavior and Their Consequences for Clinical Practice. *Clin J Pain,* 747-753.
- Hole, J., Hirsch, M., Ball, E., & Meads, C. (2015). Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis.
- Hooten, W. (2016). Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology and Treatment. *Mayo Clin Proc.* 91(7), 955-970.
- Juslin, P. (2013). What does music express? Basic emotions and beyond. *Frontier in psychology.*

- Kalisch, R. (2009). The functional neuroanatomy of reappraisal: time matters. *Neurosci Biobehav Rev.* 33(8), 1215-26.
- Keay, K., & Bandler, R. (2008). Emotional and behavioral significance of the pain signal and the role of the midbrain periaqueductal gray (PAG). *The Senses: A Comp Reference* 5, 627–634 .
- Keefe, F., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T., & Carson, K. (2001). Pain and Emotion: New Research Directions. *Journal of Clinical Psychology.* 57(4), 587–607.
- Koelsch, S. (2013). From social contact to social cohesion—The 7 Cs. *Music and Medicine.* 5(4), 204-209.
- Koelsch, S., Offermanns, K., & Franzke, P. (2010). Music in the treatment of affective disorders: an exploratory investigation of a new method for music-therapeutic research. *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, 307-316.
- Kranz, D., Bollinger, A., & Nilges, P. (2010). Chronic Pain Acceptance and affective well-being: A coping perspective. *European Journal of Pain.* 14, 1021–1025.
- Kreisel, B. (2010). *Gustav Mahler: Kindertotenlieder: Verarbeitung des Todes von Kindern in der bzw. mit Musik. 1. Aufl. . München: Grin Verlag.*
- l'Etoile, S. K. (2002). The effect of a musical mood induction procedure on mood state-dependent word retrieval. *Journal of Music Therapy.* 39, 145–60.
- Legrain, V., Perchet, C., & García-Larrea, L. (2009). Involuntary orienting of attention to nociceptive events: neural and behavioral signatures. *J Neurophysiol* 102(4):2423-34, 2423-34.
- Linnemann, A., Strahler, J., & Nater, U. (2017). Assessing the Effects of Music Listening on Psychobiological Stress in Daily Life . *Journal of Visualized Experiments*, 1-9.

- Linton, S., & Shaw, W. (2011). Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain .
Phys Ther. 91, 700–711.
- Loeser, J. D. (2017). John J. Bonica: born 100 years ago . *PAIN*.
- Lumley, M., Cohen, J., Borszcz, G., Cano, A., Radcliffe, A., Porter, L., . . . Keefe, F. (2011).
Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recent Research. *Journal of
Clinical Psychology* 67(9), 942-968.
- Mackay, W. A. (2009). *Neurofisiologia sem lágrimas*. Lisboa: Fundação Calouste
Gulbenkian.
- Madsen, C., Cotter, V., & Madsen, C. (1968). A Behavioral Approach to Music Therapy.
Journal of Music Therapy, 69-76.
- Marwick, C. (1996). Leaving concert hall for clinic, therapists now test music's charms.
Journal of American Medical Association, 275:4, 267-8.
- Melzack, R. (1996). Gate Control Theory: On the Evolution of Pain Concepts . *Pain Forum*
5(1), 128-138.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Suppl 6*, 121-6.
- Melzack, R., & Casey, K. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of
Pain. Em D. Kenshalo, *The Skin Senses* (pp. 423-439). Springfield: CHARLES C
THOMAS.
- Melzack, R., Weisz, A., & Sprague, L. (1963). Stratagems for Controlling Pain:
Contributions of Auditory Stimulation and Suggestion. *Experimental Neurology* 8,
239-247.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (. (2002). Classification of chronic pain: descriptions of chronic
pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: 2nd ed. IASP Press.

- Miller, L. R., & Cano, A. (2009). Comorbid Chronic Pain and Depression: Who Is at Risk? *American Pain Society*.
- Moore, R. A., Derry, S., Taylor, R. S., Straube, S., & Phillips, C. J. (2014). The Costs and Consequences of Adequately Managed Chronic Non-Cancer Pain and Chronic Neuropathic Pain. *Pain Practice, Volume 14, Issue 1*.
- Neis, C. (2005). *Die Rache-Arie*. In: Kiesow RM, Korte M Hrsg. *EGB Emotionales Gesetzbuch. Dekalog der Gefühle*. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag 224–231.
- Neis, C. (2005). *Schmerz in der Musik*. In: Kiesow RM, Korte M Hrsg. *EGB Emotionales Gesetzbuch. Dekalog der Gefühle*. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag 251–255.
- Nesse, R., & Ellsworth, P. (2009). Evolution, Emotions, and Emotional Disorders. *American Psychological Association* , 129–139 .
- Nordoff, P., & Robbins, C. (2007). *Creative Music Therapy: a guide to fostering clinical musicianship*. Barcelona: Gilsum, NH.
- Ogden, J. (s.d.). *The Psychology of Health and Illness: an open access course* .
- Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2009). Chronic pain and major depressive disorder in the general population. *Journal of Psychiatric Research*.
- Penderecki, K. (1961). *Ofiarom Hiroszimy: tren (na 52 instrumenty smyczkowe)*. *To the victims of Hiroshima: threnody (for 52 stringed instruments)*. *Den Opfern von Hiroschima: Klagegesang (für 52 Streichinstrumente)*. Muzyczne: Polskie Wydawn.
- Peters, J. (2000). *Music therapy: an introduction*. Illinois: Charles C Thomes Publishers.
- Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. (s.d.).
- Plano Nacional de Luta Contra a Dor. (s.d.).
- Quartana, P., Campbell, C., & Edwards, R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother*, 745-758.

- Robbins, C., & Robbins, C. (1991). Self-Communications In Creative Music Therapy . Em K. Bruscia, *Case Studies in Music Therapy* (pp. 55-72). Gilsum NH : Barcelona Publishers .
- Sacks, O. (2008). *Musicophilia: Tales of Music and the Brain*. Vintage Books.
- Saunders, C. M., & Baines, M. (1983). *Living with Dying. The management of the terminal disease*. Londres. Oxford.: Oxford University Press.
- Schäfer, T., Sedlmeier, P., Städtler, C., & Huron, D. (2013). The psychological functions of music listening. *Frontiers in Psychology* 4, 1-33.
- Schipperges, T. (2011). *Dolore, febbre, delirio*. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann .
- Schneck, D. J. (2006). The music effect: Music physiology and clinical applications. *Jessica Kingsley Publishers*.
- Shin, L., & Liberzon, I. (2010). The Neurocircuitry of Fear, Stress, and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology reviews* 35, 169-191.
- Siddall, P., & Cousins, M. (2004). Persistent Pain as a Disease Entity: Implications for Clinical Management. *AnesthAnalg*, 99: 510–20.
- Smith, D., Wilkie, R., Croft, P., Parmar, S., & McBeth, J. (2018). Pain and mortality: mechanisms for a relationship. *PAIN*.
- Sternbach, R. A. (1974). *Pain Patients: Traits and Treatment*. *Academic Press*.
- Stühlmeier, B. (2003). *Die Gesänge der Hildegard von Bingen*. Hildesheim: Georg Olms Verlag.
- Tella, M., & Castelli, L. (2016). Alexithymia in Chronic Pain Disorders. *Curr Rheumatol Rep*, 18:41.

- Teo, A. R. (2012). Social isolation associated with depression: a case report of hikikomori. *Int. J. Soc. Psychiatry* 59, 339–341.
- Thaut, M., & Hoember, V. (2014). *Handbook of Neurologic Music Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Tracey, I., & Mantyh, P. (2007). The cerebral signature for pain perception and its modulation. *Neuron* 55(3), 377-91.
- Trevarthen, C., & Malloch, S. (2009). The Dance of Wellbeing: Defining the Musical Therapeutic Effect . *Nordic Journal of Music Therapy*. 9(2), 3-17.
- Trojan, M. (1982). *Zu den Begriffen ‚Ausdruck‘ und ‚Emotion‘ im gegenwärtigen kompositorischen Denken*. In: Behne KE Hrsg: *Gefühl als Erlebnis – Ausdruck als Sinn. Musikpädagogische Forschung*. Laaber: Laaber Verlag 14–25 .
- Turk, D., & Monarch, E. (2002). Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain. Em D. Turk, & R. Gatchel, *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. New York: The Guilford Press.
- Turk, D., Fillingim, R., Ohrbach, R., & Patel, K. (2016). Assessment of Psychological and Functional Impact of Chronic Pain. *Elsevier inc*.
- Wheeler, B. L. (2005). *Music therapy handbook*. New York: The Guilford Press.
- Wiech, K., Ploner, M., & Tracey, I. (2008). Neurocognitive aspects of pain perception. *Trends Cogn Sci*. 12(8), 306-13.
- Wieder, H. G., & Mazzola, G. (1986). *Musical Consonances and Dissonances: Are They Distinguished Independently by the Right and Left Hippocampus?* *Neuropsychologia* 24: 06 805–812 .
- Wigram, T. (2005). *Improvisation Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers .

Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd .

Wolfe, D. (1978). Pain Rehabilitation and Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, 162-178.

Yinger, O. (2015). A Systematic Review of Music-Based Interventions for Procedural Support. *Journal of Music Therapy*. 52(1), 1-77.

Zatorre, R. J. (2007). When the brain plays music: Auditorymotor interactions in music perception and production. *National Review of Neuroscience*. 8(7), 547-558.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Questionário Identidade Sonora-Musical e História da Dor

APÊNDICE A

Questionário Identidade Sonora-Musical e História da Dor

Identidade Sonoro-Musical e História da Dor

Genograma do utente:

Dados pessoais

Nome _____

Idade _____

Naturalidade _____

Nacionalidade _____

Habilitações _____

Profissão _____

Estado civil _____

Breve anamnese (antecedentes pessoais e familiares: história de doenças somáticas e psicossomáticas/história psiquiátrica, atitude para com o doente, separações e lutos traumáticos).

História da dor

Início _____
Significado (crenças) atribuídas à Dor _____

Moduladores do agravamento _____

Estratégias do controlo da dor _____

Comportamentos de dor _____

Postura ou movimentos distorcidos (coxear, proteger a área de dor) _____

Cinesiofobia, movimentos e atividades _____

Expressão facial _____

Impacto laboral, familiar, na rede social, económico _____

Quais as expectativas face ao tratamento da dor _____

Qualidade da adesão terapêutica _____

Outros aspetos _____

Formação musical

Prática vocal: não | sim _____

Aprendizagem de instrumento(s): não | sim _____

Profissional da música: não | sim _____

Problemas auditivos: não | sim _____

Observações:

Este questionário pretende avaliar as suas atitudes e comportamentos em relação ao mundo sonoro e à música. As respostas são confidenciais e independentes de qualquer conhecimento ou cultura musical.

A- Atitudes e Comportamentos Musicais

1- Ouve música?

- frequentemente
- ocasionalmente
- quase nunca

2- Costuma cantar?

- frequentemente
- ocasionalmente
- nunca ou quase nunca

3- Gosta de dançar?

- frequentemente
- ocasionalmente
- nunca ou quase nunca

B- Preferências e Rejeições Musicais

4- Quais as suas preferências musicais? (géneros e instrumentos musicais)

5 – Tem algum/s género/s de música/s ou algum/s instrumento/s musical/ais que menos aprecia ou rejeita? Quais?

6 – Quais os sons não musicais que mais aprecia?

7- Quais os sons não musicais que menos aprecia ou rejeita?

C- Vivência da Música e do Silêncio

8- A música pode ter benefícios e efeitos particulares em cada pessoa. No seu caso, quais os principais benefícios que a música tem para si?

D- Recordações Musicais

9- Quais as suas recordações sonoro-musicais de infância?

10- Quais as suas recordações sonoro-musicais da adolescência?

11- Quais as recordações sonoro-musicais de adulto?

E- Vivências sonoro-musicais na dor crónica

12- Nota alguma alteração nas suas preferências e hábitos musicais, por comparação ao período anterior à dor?

Não | sim
quais? _____

13- Sente alguma alteração na sua sensibilidade auditiva quando tem dor?

Não | sim

Se sim, qual? _____

14- Quando tem dor, procura estar em ambientes:

(pode marcar mais que uma opção)

Silêncio | música | conversa | natureza

outros: _____

15- Evita estar em ambientes com ruídos desagradáveis e/ou intensidade sonoro-musical elevada?

Não | por vezes | sim

16- Existe alguma música ou canção que oiça frequentemente quando sente dor?

Não | sim

Se sim, desde quando? _____

Qual a origem dessa música? _____

Sente alívio da dor com essa música? Sim | por vezes | não

17- A sua dor altera-se com determinados sons e música?

Poucas alterações | altera-se moderadamente | muitas alterações

18- Quais os estímulos e/ou ambientes sonoro-musicais que lhe provocam reações positivas? (pode marcar mais que uma opção)

vozes humanas

música

silencio

outros _____

19- Como reage aos sons e à música?

(assinalar na escala de 0 a 5 conforme a situação por si percebida)

pouco sensível	0	1	2	3	4	5	muito sensível
irritável	0	1	2	3	4	5	consolável agitado
0 1 2 3 4 5	calmo						
apático	0	1	2	3	4	5	vivo
insatisfeito	0	1	2	3	4	5	satisfeito assustado
0 1 2 3 4 5	confiante						

20- Preocupa-se acerca dos efeitos do ruído?

não, acho que tenho que me habituar a todos os ruídos

sim, tento proteger-me, evitando ambientes de muito ruído

21- Costuma falar da sua dor?

Nunca / raramente

ocasionalmente

frequentemente

22- Costuma cantar quando está com dor?

Nunca / raramente | ocasionalmente | frequentemente

Sim, o que canta? _____

como reage? _____

23- Imagina-se a cantar para o alívio da dor?

Nunca | ocasionalmente | frequentemente

Se sim, em que ocasiões?

(pode marcar mais que uma opção)

- adormecer
- acalmar
- conviver
- desempenhar tarefas
- outras ocasiões

24- Após a dor, imagina que a música possa ter um papel importante?

Sim | talvez | não

25- Que outros aspetos acha importante referir acerca deste assunto? _____

Obrigada pela sua prestável colaboração.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Escala de Dor

ANEXO A
Escala de Dor

ESCALA DE DOR

The chart is a horizontal bar divided into five color-coded sections: light blue (0-3), green (4-6), orange (7-9), and dark red (10). Each section contains a row of circular icons with numbers 0-10 above them and a corresponding emoji below. The labels for each section are: SEM DOR (0), DOR LIGEIRA (1-3), DOR MODERADA (4-6), DOR INTENSA (7-9), and DOR MÁXIMA (10). The emojis transition from a happy face at 0 to a crying face at 10.

Level	Label	Emoji
0	SEM DOR	😊
1	DOR LIGEIRA	😊
2		😊
3		😊
4	DOR MODERADA	😐
5		😐
6		😐
7	DOR INTENSA	😞
8		😞
9		😞
10	DOR MÁXIMA	😭

Tridural
Sistemas Transdérmicos

Fentanilo Sandoz®
Sistemas Transdérmicos MG (MATRIZ)

Referência Bibliográfica: Circular Normativa nº9/CGCJ de 14/06/2003 - Direção Geral de Saúde.

SANDOZ

kiron