



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA
STRICTO SENSU MESTRADO EM MÚSICA**

ANDRESSA TOLEDO TEIXEIRA

**MUSICOTERAPIA RECEPTIVA COM A MESA LIRA NO
PERÍODO DE DESINTOXICAÇÃO EM DEPENDENTES
QUÍMICOS: ESTUDO RANDOMIZADO CONTROLADO**

Goiânia
2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese

2. Nome completo do autor

ANDRESSA TOLEDO TEIXEIRA

3. Título do trabalho

MUSICOTERAPIA RECEPTIVA COM A MESA LIRA NO PERÍODO DE DESINTOXICAÇÃO EM DEPENDENTES QUÍMICOS: ESTUDO RANDOMIZADO CONTROLADO

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
 - b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
- O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Tereza Raquel De Melo Alcântara Silva, Coordenador de Pós-graduação**, em 09/10/2020, às 09:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **ANDRESSA TOLÊDO TEIXEIRA, Discente**, em 30/11/2020, às 11:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539](#).

30/11/2020

SEI/UFG - 1600114 - Termo de Ciência e de Autorização (TECA)



de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1600114** e o código CRC **34E5D656**.

Referência: Processo nº 23070.045338/2020-14

ANDRESSA TOLEDO TEIXEIRA

**MUSICOTERAPIA RECEPTIVA COM A MESA LIRA NO
PERÍODO DE DESINTOXICAÇÃO EM DEPENDENTES
QUÍMICOS: ESTUDO RANDOMIZADO CONTROLADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pesquisa e Pós-Graduação *Stricto-Senso* da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás como pré-requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Música.
Área de Concentração: Música na Contemporaneidade
Linha de Pesquisa: Música, Educação e Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Tereza Raquel Alcântara-Silva
Co-orientador: Prof. Dr. Eduardo José Tavares Lopes
Colaboradores: Ms. Érika Sene

Esp. Eliane Ramos

Esp. Roberth Anthunes M. Cabral

Ms. Jefferson Pereira da Silva

Disc. Hidequel Firmino dos Santos

Goiânia
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Toledo Teixeira, Andressa

MUSICOTERAPIA RECEPTIVA COM A MESA LIRA NO PERÍODO DE
DESINTOXICAÇÃO EM DEPENDENTES QUÍMICOS:

ESTUDO RANDOMIZADO CONTROLADO [manuscrito] / Andressa Toledo
Teixeira, Tereza Raquel Alcântara-Silva. - 2019.

CI, 101 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Tereza Raquel Alcântara-Silva; co-orientador Dr.
Eduardo José Tavares Lopes.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Escola de Música e
Artes Cênicas (Emac), Programa de Pós-Graduação em Música, Goiânia, 2019.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, símbolos, gráfico, tabelas, lista de figuras,
lista de tabelas.

1. Dependência química. 2. Mesa lira. 3. Musicoterapia receptiva.
4. Terapia vibroacústica. 5. Ansiedade. I. Raquel Alcântara-Silva, Tereza . II.
Raquel Alcântara-Silva, Tereza, orient. III. José Tavares Lopes, Eduardo, co-
orient. IV. Título.

CDU 78



Serviço Público Federal
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
 ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS

Programa de Pós-graduação *Stricto-Sensu* – Mestrado em Música

Ata da banca examinadora referente à defesa de trabalho final da candidata Andressa Toledo Teixeira para a obtenção do título de Mestre em Música.

Aos vinte e dois dias do mês de outubro de dois mil e dezenove, a partir das dezesseis horas, na sala duzentos e quinze da Escola de Música e Artes Cênicas, Campus Samambaia, reuniu-se a banca examinadora da prova em epígrafe, indicada pela Coordenadoria de Pós-Graduação, aprovada pelo Conselho Diretor e designada pelo Diretor da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, composta pelos professores doutores Tereza Raquel de Melo Alcântara Silva (orientadora e presidente da mesa EMAC/UFG), Adriano Claro Monteiro (membro titular interno EMAC/UFG) e prof. Dra. Mayara Kelly Ribeiro (membro titular externo), para julgar o trabalho final da candidata Andressa Toledo Teixeira, intitulado **“MUSICOTERAPIA RECEPTIVA COM A MESA LIRA NO PERÍODO DE DESINTOXICAÇÃO EM DEPENDENTES QUÍMICOS: ESTUDO RANDOMIZADO CONTROLADO”**. A Presidente da mesa declara abertos os trabalhos agradecendo a presença de todos, assim, dá prosseguimento aos trabalhos passando a palavra à candidato para expor o seu trabalho escrito. Depois das arguições e respectivas respostas da candidata, a banca procede ao julgamento final anunciando o seguinte resultado:

Profa. Dra. Tereza Raquel de Melo Alcântara Silva Aprovada?

Prof. Dr. Adriano Claro Monteiro Aprovada

Dra. Mayara Kelly Ribeiro Mayara Kelly A Ribeiro. Aprovada

Andressa Toledo Teixeira faz jus ao título de MESTRE EM MÚSICA, área de concentração Música na Contemporaneidade, a ser concedido após a devida homologação do resultado pela Câmara de Pesquisa e Pós-Graduação da UFG. Os integrantes da banca examinadora cumprimentam a candidata e nada mais havendo a tratar, a Senhora Presidente declara encerrada a sessão cujos trabalhos são objeto desta ata, a qual depois de lida e aprovada, será assinada pela Coordenadora do Programa de Pós-graduação *stricto-sensu* – Mestrado em Música – EMAC/UFG e pelos membros da banca examinadora. Goiânia, 22 de outubro de 2019.

Tereza Raquel de Melo Alcântara Silva
 Profa. Dra. Tereza Raquel de Melo Alcântara Silva
 Presidente

Adriano Claro Monteiro
 Prof. Dr. Adriano Claro Monteiro
 Membro

Mayara Kelly A. Ribeiro
 Dra. Mayara Kelly Ribeiro
 Membro

Werner Aguiar
 Prof. Dr. Werner Aguiar

Vice-Coordenador de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* - Mestrado em Música - EMAC/UFG

Dedico este trabalho àqueles que, como eu, acreditam na melhora do ser humano, na sua capacidade de transformar a própria realidade e que, por serem assim, confiam em novas possibilidades de intervenção clínica para auxiliar na qualidade de vida daqueles que, em muitas ocasiões, são excluídos do meio social. Aos que sofrem por conta da dependência química, dedico as mais belas histórias reconstruídas por meio da vontade e do esforço pessoal, pois tudo podemos quando acreditamos no nosso potencial e permitimos o autocuidado.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Profa. Tereza Raquel Alcântara, pela confiança neste projeto e por todo o esforço a mim dirigido, de forma que ampliou e enriqueceu meu olhar frente à pesquisa como um todo. Obrigada pela sua paciência, compreensão, desprendimento, determinação, visão ampla de mundo e pela sensibilidade frente ao outro. Todas as suas qualidades me inspiraram a ser uma pessoa e uma profissional melhor.

Ao co-orientador, Prof. Eduardo Lopes, pela contribuição generosa, a partir de seu olhar criterioso, referente ao uso da mesa vibroacústica em terapia.

Obrigada aos colaboradores desta pesquisa, em especial à D^a Érika Sene, por enriquecer a Revisão Narrativa; ao musicoterapeuta Jefferson Pereira e ao acadêmico de Musicoterapia Hidequel Firmino, por contribuírem com a coleta de dados para este trabalho.

Obrigada aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Música da UFG pelo incentivo e por nos proporcionar tamanho aprendizado. Faço votos de que, cada vez mais e mais, outros alunos tenham essa mesma oportunidade que me foi dada.

Obrigada aos Diretores responsáveis e equipe do Hospital Espírita Eurípedes Barsanulfo, que abriram as portas da instituição para a realização desta pesquisa.

Obrigada aos meus familiares, em especial ao meu filho, Thomaz, e ao meu companheiro, Andrei, pelo apoio de sempre e por acreditarem em mim não somente como mãe e esposa, mas também como uma profissional que ama o que faz e que estende o cuidado àquele que necessita de ajuda.

Obrigada aos amigos pelo incentivo, direta ou indiretamente, à realização desta pesquisa, cujo tema é tão atual e, ao mesmo tempo, tão complexo, no que tange ao cuidado com o outro em processo de dependência química.

Um agradecimento especial aos participantes desta pesquisa, uma doação de tempo que fez e fará diferença na vida de muitos outros que se encontram na mesma condição.

E, não menos importante, agradeço a esta profissão tão forte e encorajadora que é a musicoterapia, em que temos um dos materiais mais ricos para ser trabalhado em prol do reequilíbrio do ser humano: a música! Quão grata sou à vida pela oportunidade do autoencontro por meio da experiência musical com o outro.

Obrigada, Deus!

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	12
LISTA DE QUADROS	13
LISTA DE TABELAS	14
LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	15
RESUMO	17
ABSTRACT	19
INTRODUÇÃO.....	20
1. REVISÃO DE LITERATURA	22
2. TERAPIA VIBROACÚSTICA E MONOCÓRDIO: REVISÃO NARRATIVA.....	29
2.1. Metodologia.....	33
2.2. Resultados	34
2.3. Discussão.....	35
2.4. Conclusão	40
3. JUSTIFICATIVA	41
4. OBJETIVOS	43
4.1. Objetivo Geral	43
4.2. Objetivos Específicos	43
5. METODOLOGIA.....	44
5.1. Local do estudo	44
5.2. Critérios de Inclusão.....	44
5.3. Critérios de Descontinuação.....	44
5.4. Rotina de tratamento pós-internação	45
5.5. Triagem dos sujeitos para a pesquisa e Procedimentos Éticos.....	45
5.6. Randomização	45
5.7. Grupos da Pesquisa	48
5.8. Protocolo das Sessões de Musicoterapia	48
5.9. Instrumentos de Avaliação utilizados no Estudo	49
5.9.1. Questionário Sociodemográfico – QSD (Apêndice B).....	49
5.9.2. Escala de Tentação para Uso de Drogas (ESTUD)	49
5.9.3. Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas (EAAD).....	49

5.9.4. Inventário de Traço de Ansiedade e Estado de Ansiedade para avaliar o nível de Ansiedade (IDATE)	50
5.9.5. Escala de Avaliação subjetiva do nível de relaxamento na Mesa Lira: Percepção Corporal das Vibrações	50
5.9.6. Questionário Musicoterapêutico (QMT)	50
5.9.7. Impressão Subjetiva do Sujeito (ISS)	51
5.9.8. Registros das sessões de Musicoterapia	51
5.9.9. Mesa Lira	51
5.10. Treinamento da equipe de Pesquisadores e Colaboradores	52
5.11. Análise dos dados	52
5.12. Aspectos éticos da Pesquisa.....	53
6. RESULTADOS	54
7. DISCUSSÃO	65
7.1 Gênero e uso de drogas.....	65
7.2 Religiosidade e uso de drogas	66
7.3 Escolaridade e uso de drogas	66
7.4 Ansiedade e relaxamento.....	67
CONCLUSÕES.....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS.....	85
ANEXO A – IDATE-E (Ansiedade Estado) e IDATE-T (Ansiedade Traço).....	86
ANEXO B – Escala de Tentação para Uso de Drogas (ESTUD)	89
ANEXO C – Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas (EAAD).....	91
ANEXO D – Carta de Autorização para Manuseio de Prontuários	93
ANEXO E – Impressão Subjetiva do Sujeito (ISS)	94
ANEXO F – Questionário Musicoterapêutico (QMT).....	95
ANEXO G – Percepção Corporal das Vibrações	96
APÊNDICES	98
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	99
APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico (QSD).....	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fotografia da Mesa Lira utilizada no estudo.....	27
Figura 2 – Fluxograma PRISMA 2009 Flow Diagram	34
Figura 3 – Ilustração do monocórdio de Pitágoras	39
Figura 4 – Etapas seguidas na pesquisa desde o momento da internação até a realização da randomização para os grupos de pesquisa	46
Figura 5 – CONSORT 2010 Flow Diagram com resultados da randomização.....	47
Figura 6 – Relação entre número de evasões e número de dias de internação entre os grupos controle e de musicoterapia A e B	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados dos artigos selecionados para leitura na íntegra	35
Quadro 2 – Principais informações sobre as características das intervenções terapêuticas dos estudos incluídos na presente revisão	37
Quadro 3 – Descrição das ações realizadas nos grupos GMT-A e GMT-B. Casa de Eurípedes, Goiânia, 2018	48
Quadro 4 – Descrição das etapas e tempo estimativo realizados nos grupos GMT-A e GMT-B. Casa de Eurípedes, Goiânia, 2018	48
Quadro 5 – Descrição das ações realizadas nos grupos da pesquisa com seus respectivos instrumentos avaliativos. Casa de Eurípedes, Goiânia, 2018.	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequência dos dados sociodemográficos dos participantes do presente estudo	55
Tabela 2 – Média e desvio padrão dos questionários aplicados antes e depois da terapia do grupo GMT-A.....	56
Tabela 3 – Média e desvio padrão dos questionários aplicados antes e depois da terapia do grupo GMT-B.....	56
Tabela 4 – Média e desvio padrão dos questionários aplicados antes e depois da terapia entre os diferentes grupos (GMT-A, GMT-B, GAC e GBC)	58
Tabela 5 – Média e desvio padrão dos questionários aplicados antes e depois da terapia entre GMT-A e GMT-B	59
Tabela 6 – Média e desvio padrão dos questionários aplicados para o grupo GMT-A e grupo GMT-B.....	60

LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AMTA	American Music Therapy Association
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAAD	Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas
ESTUD	Escala de Tentação para Uso de Drogas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISS	Impressão Subjetiva do Sujeito
IDATE-E	Ansiedade Estado
IDATE-T	Ansiedade Traço
GCA	Grupo Controle A
GCB	Grupo Controle B
GC	Grupo Controle
GMT-A	Grupo de Musicoterapia A
GMT-B	Grupo de Musicoterapia B
GMT	Grupo de Musicoterapia
LSD	Lysergsäurediethylamid, palavra alemã para a dietilamida do ácido lisérgico
>	maior que
<	menor que
ML	Mesa Lira
MV	Mesa Vibroacústica
N/A	não aplicado
OMS	Organização Mundial de Saúde
p	valor
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PT01	Protocolo 01
PT02	Protocolo 02
QMT	Questionário Musicoterapêutico
QSD	Questionário Sociodemográfico

s/d	Sem data
SNC	Sistema Nervoso Central
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBAM	União Brasileira das Associações de Musicoterapia
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

RESUMO

Durante o processo de abstinência da dependência química, o usuário apresenta alguns sintomas comuns a qualquer tipo de droga, sendo estes: ansiedade, depressão, hipomania/mania. Na maior parte dos casos, o tratamento é medicamentoso, associado a terapias não medicamentosas. A experiência receptiva é uma técnica da musicoterapia e a terapia vibroacústica por meio da Mesa Lira (ML) é uma das modalidades de musicoterapia receptiva usada no tratamento de doenças físicas e emocionais. **Objetivo:** Investigar se a Musicoterapia Receptiva com a Mesa Lira pode reduzir os níveis de ansiedade de dependentes químicos em um programa de desintoxicação em regime de internação, comparando dois protocolos distintos para a intervenção musicoterapêutica. **Metodologia:** Ensaio clínico randomizado, controlado, com usuários de drogas em idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, em regime de internação média de 28 dias, no Programa de Desintoxicação na instituição Casa de Eurípedes, Goiânia, Goiás, Brasil, com quatro grupos, sendo dois de intervenção (GMT-A: cinco sessões de musicoterapia (MT) em dias consecutivos; GMT-B: cinco sessões de musicoterapia em dias alternados) e dois controles (GCA e GCB). Os participantes dos grupos foram submetidos a um questionário sociodemográfico, Escala de Tentação para Uso de Drogas (ESTUD), Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas (EAAD), Inventário de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado para avaliar o nível de Ansiedade (IDATE). Especificamente aos participantes dos grupos de musicoterapia, foram aplicadas uma Escala de Avaliação subjetiva do nível de relaxamento (NR) na Mesa Lira, Percepção Corporal das Vibrações, Questionário Musicoterapêutico (QMT) e Impressão Subjetiva do Sujeito (ISS). **Resultados e Discussão:** Foram incluídos 40 sujeitos, sendo 20 (19 homens e 1 mulher) para a etapa “A” e 20 (19 homens e 1 mulher) para a etapa B. Média de idade: GMT-A (38,0), GC-A (32,2), GMT-B (43,6) e GC-B (41,4). Na avaliação intragrupos, comparando pré e pós-sessão de MT, os dois grupos apresentaram resultados com significância estatística para IDATE-E na quarta sessão para o GMT-A ($\rho = 0,064$) e na terceira sessão de GMT-B ($\rho = 0,012$), quanto ao NR apresentaram níveis de significância para todas as sessões em ambos os grupos. A avaliação intergrupos aponta melhores resultados para o GMT-B. A avaliação entre grupos de intervenção e seus respectivos controles mostra resultados com significância para o GMT-A (ESTUD $\rho = 0,056$ e EAAD $\rho = 0,038$). Os relatos dos participantes dos grupos de intervenção (ISS) confirmam os achados quantitativos. Quanto ao aspecto da evasão do tratamento/período de internação, de acordo com os dados coletados, esta foi menor entre os participantes dos grupos de intervenção. **Conclusão:** A musicoterapia, como tratamento complementar, atuou na melhora dos sintomas de ansiedade, na diminuição da tentação para o uso da droga e fortalecimento no período da abstinência. Os resultados são relevantes, pois repercutiram na melhor adesão do paciente ao tratamento como um todo, já que a evasão constitui um problema para esta clientela. Esperamos que este estudo possa contribuir para o fortalecimento da musicoterapia como tratamento complementar de escolha para esta área tão complexa. Sugerimos que outras pesquisas sejam realizadas

com a musicoterapia na dependência química, visando ampliar o conhecimento e, com isso, as estratégias de tratamento e prevenção do uso abusivo de drogas.

Palavras-chave: Dependência química. Ansiedade. Musicoterapia Receptiva. Terapia Vibroacústica. Mesa Lira.

ABSTRACT

During the process of abstinence from chemical dependence, the user presents some common symptoms to any type of drug, such as anxiety, depression, hypomania / mania. In most cases, treatment is drug-associated with non-drug therapies. The receptive experience is a technique of music therapy and vibroacoustic therapy through Mesa Lira (ML) is one of the modalities of receptive music therapy used in the treatment of physical and emotional illness. **Objective:** To investigate whether Receptive Music Therapy with mesa lira can reduce drug addiction anxiety levels in an internment regime detox program, by comparing two distinct protocols for music therapy intervention. **Methodology:** Controlled randomized clinical trial in male and female drug users from 18-year-old on an average hospitalization period of 28 days at the Detoxification Program at Casa de Eurípedes institution, in Goiânia, Goiás, Brazil, with four groups, two intervention (GMT-A: five sessions of music therapy (MT) on consecutive days; GMT-B: five sessions of music therapy on alternate days) and two controls (GCA and GCB). The groups participants were submitted to a sociodemographic questionnaire, Drug Temptation Scale (ESTUD), Drug Abstinence Self-efficacy Scale (EAAD), Trait Anxiety Inventory and Status Anxiety Inventory to assess Anxiety Level (IDATE). Specifically to the participants of the music therapy groups, a scale of relaxation level (NR) subjective rating on Mesa Lira, Body Vibration Perception, Music Therapeutic Questionnaire (QMT) and Subjective Impression of the Subject (ISS) were applied. **Results and Discussion:** 40 subjects were included, 20 (19 men and 1 woman) for stage "A" and 20 (19 men and 1 woman) for stage B. Mean age: GMT-A (38.0), GC-A (32.2), GMT-B (43.6) and GC-B (41.4). In the intragroup evaluation, comparing pre and post MT sessions, both groups presented results with statistical significance for IDATE-E in the fourth session for GMT-A ($p = 0.064$) and in the third session of GMT-B ($p = 0.012$), NR presented significance levels for all sessions in both groups. Intergroup evaluation points to better results for GMT-B. The evaluation between intervention groups and their respective controls shows significant results for GMT-A (ESTUD $p = 0.056$ and EAAD $p = 0.038$). Reports from intervention group participants (ISS) confirm the quantitative findings. Regarding the aspect of treatment dropout / internment period, this was lower among participants in the intervention groups. **Conclusion:** Music therapy, as a complementary treatment, worked to improve anxiety symptoms, decrease the temptation to use the drug and strengthen during abstinence. The results are relevant, as they reflected in the patient's better adherence to the treatment as a whole, since dropout is a problem for this clientele. We hope this study can contribute to the strengthening of music therapy as a complementary treatment of choice for this complex area. We suggest that further research be conducted with music therapy in chemical dependence, aiming to expand knowledge and, with this, strategies for treatment and prevention of drug abusive use.

Keywords: Chemical dependence. Abstinence. Anxiety. Receptive Music Therapy. Vibroacoustic Therapy. Mesa Lira.

INTRODUÇÃO

O uso de drogas é considerado um problema de saúde pública e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (UNODC, 2017), esse consumo afeta cerca de 5% da população mundial, sendo o Brasil o maior consumidor de cocaína fumada no mundo. Dados revelam também que cerca de 1,5% da população brasileira adulta já fumou alguma vez na vida e que um em cada 100 adultos tenha usado essa droga no último ano (ABDALLA et al., 2014), e que o consumo de drogas ilícitas nas capitais brasileiras e distrito federal chega a 1 milhão de usuários; destes, 35% fazem uso de crack (BASTOS & BERTONI, 2014).

A dependência química é caracterizada por um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, e, apesar dos danos significativos na vida do indivíduo, em termos de saúde, pessoal e social, ainda assim ele continua a utilizar determinada substância. A abstinência ocorre quando há redução ou interrupção do uso da substância química. Ela vem acompanhada por um conjunto de sintomas físicos e psicológicos (DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2014). Os sintomas da abstinência podem ser irritabilidade, ansiedade, estresse emocional, distúrbio do sono, disforia, comportamentos agressivos e fissura, associados a alterações neuroadaptativas do estresse e nos circuitos de recompensa do cérebro, e podem ser minimizados com tratamento adequado (ROCHA et al 2013).

A Musicoterapia é uma forma de tratamento complementar que utiliza elementos sonoros musicais no contexto clínico, e deve ser conduzida por um musicoterapeuta (profissional habilitado) dentro de um processo. Quando associada ao tratamento farmacoterapêutico, pode ser uma grande aliada no tratamento de dependentes químicos. Nesse sentido, revisão sistemática realizada por Hohmann, Bradt, Stegemann e Koelsch (2017) demonstrou, a partir dos estudos incluídos, que a Musicoterapia promoveu benefícios a esta clientela por meio da autoexpressão, atividade de grupo cooperativo e experiência sensório-motora sincronizada. Na musicoterapia, a música pode ser usada como uma ferramenta verbal e não-verbal para a exploração de sentimentos (SHUMAN, et al 2016; BAKER et al 2007; MAGEE et al 2002; CASSILETH et al 2003). Já outro estudo, conduzido por Lin et al. (2011), mostrou evidências da Musicoterapia no que se refere ao impacto positivo sobre humor, estresse, autoestima, motivação, expressão emocional, ansiedade e coesão social. O autor demonstrou nesta pesquisa a diminuição

de emoções negativas (ansiedade, depressão e raiva) e o aumento de sentimentos positivos (prazer e felicidade), mostrando a importância da MT para a expressão e regulação de sentimentos sem o uso das drogas.

Tendo em vista que o uso abusivo de substâncias psicoativas constitui grave problema social e de saúde pública e traz importantes prejuízos em nível físico, mental e cognitivo ao usuário, além da experiência profissional em lidar com usuários de álcool e outras drogas em regime de internação e, desta forma, observar os benefícios proporcionados pela musicoterapia a esta clientela, é que me senti instigada a conhecer mais e aprofundar conhecimentos sob uma visão científica sobre a musicoterapia e dependentes químicos. Seguindo este apelo social e pessoal, sistematizamos e executamos o projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação, que está composta basicamente por cinco partes: revisão de literatura, metodologia, resultados, discussão e conclusão, com o intuito de contemplar o principal objetivo do estudo, que era investigar se a musicoterapia de modalidade receptiva poderia minimizar os sintomas de ansiedade de dependentes químicos durante o período de desintoxicação enquanto internos em uma instituição especializada, por meio de intervenções utilizando instrumento musical chamado Mesa Lira, sendo esse o nome popular dado a esse instrumento, porém, cientificamente nos referiremos a ele como mesa vibroacústica.

A introdução abordou, de maneira geral, conceitos sobre a dependência química, suas consequências, formas de tratamento, incluindo nestas a musicoterapia, com foco na modalidade receptiva. Em parte da introdução, no segundo capítulo, foi apresentada uma revisão narrativa sobre o uso da terapia vibroacústica em dependência química. Vale ressaltar que a Mesa Lira é uma forma de terapia vibroacústica e esta, por sua vez, está incluída na classificação da musicoterapia receptiva.

A metodologia descreve de maneira minuciosa todos os procedimentos utilizados na pesquisa, como também os protocolos musicoterapêuticos. Em seguida foram apresentados os resultados, incluindo dados quantitativos e qualitativos. Muito embora o estudo tenha sido de abordagem quantitativa, é importante o olhar qualitativo, que valida e ajuda a melhor compreender os achados quantificáveis. A discussão dos resultados veio a seguir e, finalmente, a conclusão. Como todo trabalho científico, procuramos manter a integridade dos resultados e não omitimos as fragilidades do estudo, por entendermos que a partir deste trabalho muitos outros virão, pois ainda há carência na literatura acerca do tema, principalmente de estudos controlados e randomizados. Esperamos que aprecie a leitura.

1. REVISÃO DA LITERATURA

Substâncias psicoativas são consumidas pela humanidade desde épocas remotas. Porém, o envolvimento abusivo ocorreu nas últimas décadas do século XX, quando houve uma desvinculação do uso em contextos religiosos e ritualísticos, para fazer parte, também, de momentos de diversão (SEIBEL et al, 2001). A substância psicoativa pode ser compreendida como aquela da qual o indivíduo faz uso, independentemente da forma em que é administrada, e que, por ação do sistema nervoso central, altera a senso-percepção, a cognição, a consciência e o humor (WHO, 1993). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), as categorias de substâncias psicoativas são: álcool, alucinógenos, anfetaminas, maconha, cafeína, cocaína, inalantes, nicotina, opioides, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos.

O consumo abusivo de substâncias psicoativas é significativo, conforme mostra o Relatório Mundial de Drogas (2017), lançado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME - UNODC). De acordo com o relatório, o número de pessoas que usavam drogas, em nível mundial, no ano de 2015 foi de aproximadamente 250 milhões. Dessas, em torno de 29,5 milhões (0,6%) da população adulta global apresentaram sintomas de transtornos relacionados ao uso de drogas, incluindo a dependência química.

Os dados epidemiológicos no Brasil são mais escassos, sendo que os disponíveis são insuficientes para responder, de forma precisa, perguntas relativas ao complexo e polêmico tema consumo de drogas (REIS & BASTOS, 2017). No ano de 2009 foi lançado o Relatório Brasileiro sobre Drogas (DUARTE; STEMPLIUK & BARROSO, 2009), cujos dados revelaram que, para cada 100.000 habitantes no Brasil, 4,3 óbitos estavam relacionados ao uso de drogas, sendo que a maior *causa mortis* estava relacionada à dependência de álcool, seguida pela intoxicação, abstinência ou abstinência com *delirium*, e apenas 0,4% das mortes estavam relacionadas ao uso de cocaína. Para Carlini et al. (2007), o fato de apenas 2,9% da população brasileira declarar o uso de cocaína pelo menos uma vez na vida pode justificar o baixo percentual de mortalidade relacionada ao uso dessa substância.

No Estado de Goiás, de acordo com dados do IBGE, entre os anos de 2001 e 2007, o número de internações decorrentes do uso de drogas ultrapassou 140 por 100.000 habitantes, sendo considerada uma das maiores taxas até então (DUARTE et al., 2009).

A dependência química, independentemente do nível de consumo, é considerada como fator de risco para o desenvolvimento de transtorno psiquiátrico, que, por sua vez, constitui fator de risco para uso abusivo de drogas (RIBEIRO, 2012). Os transtornos mais comuns entre os dependentes químicos são os depressivos, ansiosos e de personalidade (TURCHI et al, 2003; SCHEFFER et al., 2010). Além do mais, tanto a intoxicação como a abstinência alcoólica podem causar sintomas de depressão, ansiedade e hipomania/mania e tais sintomas tendem a dificultar o diagnóstico de comorbidade, principalmente no que se refere à diferenciação entre transtornos previamente existentes e transtornos secundários à dependência química (ALVES et al., 2004). Devido à relevância do tema, a comorbidade entre a dependência química e transtornos psiquiátricos associados tem sido objeto de pesquisas nacionais (SCHEFFER et al., 2010; ZALESKI et al., 2006) e internacionais (DEMETROVICS, 2009; JANÉ-LLOPIS & MATYTSINA, 2006; LAI & HUANG, 2009).

A ansiedade é a comorbidade mais frequente entre os dependentes químicos internados e a presença dela contribui de maneira negativa ao processo de reabilitação (BARTHOLOMEU et al., 2014). Do ponto de vista psicopatológico, alguns autores reforçam a importância de uma avaliação criteriosa para um diagnóstico diferencial entre sintomas decorrentes de abstinência/intoxicação e transtornos mentais decorrentes do uso/abuso de substâncias químicas (DEMETROVICS, 2009; RIBEIRO, 2012; ZALESKI et al, 2006). Na mesma proporção, o diagnóstico é relevante tanto para o prognóstico como para o tratamento adequado do paciente adicto (CORDEIRO & DIEHL, 2011; RIBEIRO, 2012).

A abstinência é consequência da retirada do uso da droga em função de tratamento ou não. Trata-se de um momento crítico para o dependente químico, pois é acompanhado de muitos sintomas e ao fenômeno “craving”, conhecido popularmente como ‘fissura’, conceituado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o “desejo de repetir a experiência dos efeitos de uma dada substância” (CASTRO et al; 2008).

Independentemente da Classificação da Droga¹ – que se baseia nas suas ações sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) –, a consequência de sua retirada leva à apresentação de sintomas da depressão e/ou ansiedade (KAPLAN et al., 2007). Uma forma de avaliar a intensidade da sintomatologia psiquiátrica, secundária ao consumo de drogas, ocorre após as primeiras semanas de abstinência, ou seja, um dos fatores marcantes neste processo de avaliação é o tempo decorrido desde a interrupção do uso da droga (MERIKANGAS et al., 1998; RIBEIRO, 2012).

A partir da experiência clínica com casos de dependência química, Cordeiro (*apud* ZANELATTO; LARANJEIRA, 2013) afirma que não existe apenas um modelo a ser seguido, devido à integralidade do ser humano, visto que este apresenta aspectos biológicos, psicológicos e sociais (modelo biopsicossocial), sendo fundamental assim a participação de diversos profissionais que venham a colaborar no processo de tratamento e reabilitação do usuário.

Sobre o tratamento, considerando o grande aumento de problemas relacionados ao uso de drogas, políticas públicas têm investido na assistência e prevenção, tais como construção de rede nacional de assistência extra-hospitalar, incluindo serviços como os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (CAPSad) e a articulação desses com as demais unidades de saúde - CAPS para infância e adolescência; CAPS gerais; Unidades Básicas de Saúde; Postos de Saúde; Programas de Saúde da Família; Ambulatórios Psiquiátricos; Residências Terapêuticas; Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos. De acordo com Duarte et al. (2009), programas governamentais estão incentivando os tratamentos ambulatoriais para os dependentes químicos nas unidades da rede de saúde e que internações sejam apenas para os casos mais graves de intoxicação, abstinência ou dependência com risco de vida.

O tratamento medicamentoso é usado para minimizar os sintomas da abstinência e se baseia na utilização de benzodiazepínicos ou antidepressivos até a estabilidade desse quadro, iniciando em doses mais altas e diminuindo ao longo do processo de

¹ As drogas são classificadas em: *Depressoras* da atividade mental: tranquilizantes produzidos por indústrias farmacêuticas (antidepressivos, soníferos e ansiolíticos), o ópio, a morfina e a heroína (extraída da planta *Papoula somniferum*);

Estimulantes da atividade mental: a cocaína e seus derivados (crack), extraídos da folha da planta da coca, *Erytroxylum coca*;

Perturbadoras da atividade mental: LSD (sintetizadas a partir do ácido lisérgico), a maconha e o haxixe (produto e subproduto extraídos da planta *Cannabis sativa*), os solventes orgânicos (cola de sapateiro) (DALBOSCO et al., 2011).

desintoxicação. Já o tratamento não medicamentoso também é utilizado para minimizar os sintomas da abstinência, mas aliado a várias abordagens psicoterapêuticas, dentre elas podemos citar a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e o Modelo Transteórico (KAPLAN et al, 2007).

A TCC é uma psicoterapia baseada em um conjunto de técnicas que combinam a abordagem cognitiva e um conjunto de procedimentos comportamentais. Do ponto de vista científico, a TCC utiliza técnicas de solução de problemas e treinamento de habilidades sociais nas sessões, associadas com a prescrição de tarefas de casa e experimentos entre as sessões, com possibilidades de medir as variáveis de desfechos. Do ponto de vista filosófico, ela é considerada mais humanista, exploratória, pois trabalha com a mente, lida com sentimentos e pensamentos (KNAPP & BACK, 2008). Essa modalidade terapêutica é utilizada para o tratamento de dependentes químicos (SANTOS, ROCHA E ARAÚJO, 2014).

O Modelo Transteórico, desenvolvido por Prochaska na década de 70, se concentra na decisão do indivíduo para a mudança intencional, enquanto outros modelos focam nas influências sociais ou biológicas do comportamento. É composto por cinco etapas de motivação, pelas quais a pessoa passa ao longo de seu processo de mudança de comportamento: 1) *pré-contemplação* (o indivíduo não contempla a mudança e é resistente a qualquer orientação); 2) *contemplação* (é marcada pela ambivalência, quando o indivíduo reconhece o problema relacionado ao consumo, cogita a necessidade de mudar, mas também valoriza os efeitos positivos da substância); 3) *preparação* (o indivíduo constrói um plano cuidadoso de ações orientadas para a mudança); 4) *ação* (o indivíduo inicia explicitamente a modificação de seus comportamentos-problema) e 5) *manutenção* (o indivíduo deve despender esforços para consolidar os ganhos conquistados nos outros estágios e dedicar-se à prevenção de lapsos e recaídas) (CALHEIROS; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2006). Esse modelo tem sido muito utilizado como referencial teórico para realizar um diagnóstico motivacional do adicto, quando é avaliada a prontidão do paciente para o tratamento (ROLLNICK & MILLER *apud* RIBEIRO, 2012), visto que essa clientela apresenta dificuldades de adesão ao tratamento devido aos sintomas de abstinência emocional, em especial a ansiedade e depressão, por conta da motivação, que fica prejudicada (SILVA e QUINTAS *apud* SOUSA et al, 2013).

A Musicoterapia também pode ser indicada para o tratamento de usuários de substâncias psicoativas (VEGA, 2017, HOHMANN et al., 2017, GHETTI et al., 2017; SILVERMAN, 2016).

A Musicoterapia é a utilização clínica com base em evidência de intervenções musicais, conduzidas por um musicoterapeuta habilitado, em um processo terapêutico com objetivos voltados às necessidades do paciente (AMTA, s/d). A Musicoterapia é um campo de conhecimento que se dedica a estudar os efeitos da música, bem como da utilização de experiências musicais, dentro de uma relação terapêutica que envolve o musicoterapeuta e a pessoa assistida (UBAM, 2018).

As intervenções musicais ocorrem por meio de experiências distintas classificadas por Bruscia (2016) como improvisar, recriar (ou executar), compor e ouvir. Cada uma delas possui características próprias e são definidas por seus próprios processos de envolvimento. Assim sendo, cada uma delas possui seus próprios potenciais e aplicações terapêuticas, e devem ser observadas as necessidades de cada paciente. O autor apresenta os quatro principais métodos em musicoterapia, que são definidos de acordo com cada tipo de experiência musical, que são: improvisativos, recriacionais, composicionais, receptivos. Cada método possui variações.

Especialmente o método receptivo, objeto desta pesquisa, tem como base a audição musical. A experiência de audição musical pode ter como objetivo os aspectos físico, emocional, intelectual, estético ou espiritual da música, e as respostas do cliente podem variar de acordo com o propósito da experiência (BRUSCIA, 2016). Outros objetivos foram acrescentados a esta experiência por Dileo (2007), que são promover o ‘insight’ psicológico, modificar o humor, reduzir o pulso cardíaco e a pressão sanguínea.

A “escuta somática” é uma das variações do método receptivo. Ela é compreendida como a utilização de vibrações, de sons e de música visando influenciar diretamente o corpo do paciente e sua relação com outras facetas. Alguns subtipos compõem esta variação, como a “música vibroacústica”, que é a administração de frequências vibratórias diretamente sobre o corpo do paciente (BRUSCIA, 2016).

Grocke e Wigram (2007) concordam que a vibroacústica é uma das formas da escuta somática, e, de acordo com esses autores, terapia vibroacústica é um termo genérico que se refere ao uso da ‘vibração’ do som, causada pelo fenômeno acústico, com

propósitos terapêuticos quando mediada por um musicoterapeuta. Eles a definem como uma abordagem receptiva, onde a música, em combinação com sons senoidais², pulsados e com baixa frequência, é considerada como agente terapêutico. De acordo com esses autores, a música é recebida, processada e interpretada em nível cerebral, e seu efeito emocional e associativo estimula processos psicológicos por associação aos processos fisiológicos.

Para a realização das intervenções musicoterapêuticas foi utilizada a mesa lira, (Figura 1), também conhecida como "Monochord Table" ou "Behandlungsmonochord". Trata-se de um instrumento artesanal, com criação e utilização terapêutica creditadas ao musicoterapeuta suíço Joachim Marz em 1989, introduzido no Brasil por Marcelo S. Petraglia em 2002, após seu contato com o instrumento em um curso com Fabien Maman. A mesa lira constitui-se de uma caixa de ressonância, embaixo da qual estão 42 cordas de aço, todas afinadas em Ré, na frequência de 73Hz, que apresentam pequenas variações, com ligeiros desvios de valores superiores ou inferiores à referência de 73Hz, que podem, tal como se a pessoa toda se tornasse uma corda vibrante, à semelhança de um monocórdio. Seu comprimento é de 190cm, largura de 67cm e altura medida em 85cm, de forma que comporte uma pessoa deitada sobre ela. O material utilizado para sua produção é o jatobá, para formar o esqueleto e suas pernas, e a tampa de ressonância é feita com compensado de marfim de 10mm. O acabamento é em seladora e cera (PETRAGLIA, 2008). A mesa lira utilizada em nosso experimento foi fabricada pela empresa Pulsando Som, fabricada em São Paulo (SP), Brasil. A forma de tocar o instrumento se dá por meio do manuseio das cordas com os dedos de ambas as mãos.



Figura 1. Fotografia da Mesa Lira utilizada no estudo. Fonte: Arquivo pessoal

² Som senoidal é a onda sonora mais simples, conhecida pela matemática como curva (ou onda) senoidal, e que representa o tipo mais simples de vibração (chamado movimento harmônico simples), sendo um tipo de onda que possui apenas uma frequência. (MENEZES, 2003)

Um estudo piloto, em que foi utilizada a experiência receptiva, comparando a audição musical por meio de gravações e intervenções com a mesa lira, com o objetivo de avaliar a redução do nível de ansiedade pré e pós-sessão de musicoterapia, mostrou melhores resultados para a modalidade com a mesa lira (ALCÂNTARA-SILVA e LOPES, 2018).

A mesa lira combina duas percepções sensoriais: a tátil e a auditiva como uma experiência vibroacústica. Além de o cliente ouvir o som, todo o seu corpo recebe a música por meio da vibração, visto que o mesmo se deita sobre ela (ALVES, 2010).

Devido à causa multifatorial da dependência química, a terapia vibroacústica pode ter efeitos benéficos na ação dos sintomas de ansiedade e depressão durante o período de abstinência, visto que tanto os processos psicológicos quanto os fisiológicos podem ser influenciados por esse tipo de terapia (GROCKE & WIGRAM, 2007).

Para conhecer e aprofundar mais sobre o tema, foi proposta uma revisão narrativa, com o objetivo de encontrar estudos sobre terapia vibroacústica e quais as características das sessões apresentadas nas pesquisas, no sentido de fortalecer o embasamento teórico da presente pesquisa.

2. TERAPIA VIBROACÚSTICA E MONOCÓRDIO: REVISÃO NARRATIVA

Musicoterapia é a utilização de intervenções musicais clínicas baseadas em evidências para alcançar objetivos individualizados dentro de um processo terapêutico por um profissional habilitado (AMAT), com o objetivo de promover saúde e bem-estar em diversos contextos (WFMT, 2011). As intervenções musicoterapêuticas ocorrem por meio de experiências musicais, conforme Bruscia (2016), que as classifica em experiências recreacionais, improvisacionais, composicionais e receptivas, e podem ser utilizadas tanto para o diagnóstico como para o tratamento e avaliação (BRUSCIA, 2016).

A base das experiências receptivas é a audição musical e os principais objetivos terapêuticos desta experiência são: promover receptividade, evocar respostas corporais específicas, estimular o relaxar, evocar estados e experiências afetivas, explorar ideias e pensamentos, estimular a memória, dentre outros (BRUSCIA, 2016), modificar o humor, reduzir o pulso cardíaco e a pressão sanguínea (DILEO, 2007). A escuta somática compõe a lista de variações desta experiência, que se desenvolve por meio de vibrações, de sons e de música, e um subtipo desta variação é a denominada “música vibroacústica”, que consiste na administração de estímulos sonoros sobre o corpo do indivíduo com fins terapêuticos, mediada por um musicoterapeuta (BRUSCIA, 2016; GROCKE & WIGRAM, 2007). Nessa forma de experiência receptiva, a música é percebida, processada e interpretada em nível cerebral e provoca respostas psicológicas e fisiológicas (GROCKE & WIGRAM, 2007).

A história do monocórdio, cujo nome se baseia na própria origem do instrumento, foi narrada por Peña (2011). Ele era composto por uma base com duas pontes fixas embutidas, onde uma corda era esticada; uma ponte móvel ou cursor um pouco mais alto que os fixos deslocados sob a corda para dividi-la em dois segmentos, cujos sons independentes produziam o intervalo necessário quando seu ponto de divisão era o matematicamente apropriado, formando assim os sons harmônicos. Esses achados foram resultados de pesquisa realizada por Pitágoras (582 – 500 a.C.). Posteriormente surgiu o cânone ou octacorde por Aristóxeno (360 a.C. – 300 a.C.), instrumento de oito cordas, cujas características eram semelhantes às do monocórdio, com o diferencial de ser oito cordas estendidas sobre as pontes e não apenas uma, e todas elas apresentavam a mesma

afinação (isotônicas), cada uma dotada de seu próprio cursor, independente de outras cordas. Esses dois instrumentos tinham funções distintas: os canônicos (monocórdios de oito cordas) eram exclusivos para a teoria harmônica e o monocórdio (de uma única corda) era para uso da performance musical.

A partir do século XX, o monocórdio passa a ser utilizado com fins terapêuticos, cujos créditos são dados ao musicoterapeuta suíço Joachim Marz, em 1989. No Brasil, ele recebe o nome de Mesa Lira e traz todas as características de um monocórdio cânon, visto que suas 42 cordas são afinadas em apenas uma frequência (PETRAGLIA, 2008) e produz vibrações que são recebidas diretamente pelo corpo da pessoa que está deitada sobre o tampo de madeira. Podemos dizer, então, que o uso da Mesa Lira em Musicoterapia trata-se de uma Terapia Vibroacústica (TV).

O desenvolvimento da TV não foi confinado a um produto ou a um país, no que é seguido por uma discussão de áreas de pesquisa que usam a Terapia de Vibroacústica (VA) e o lugar da terapia de VA na prática de musicoterapia. Hooper (2001) apresenta, a partir de sua pesquisa, quatro tipos de equipamentos VA: (1) VibroAcoustics; (2) o sistema de terapia Fisioacústica; (3) Equipamento Somatron, (4) e a Mesa de Vibração de Música (MVT). Em síntese, em 1982, Olav Skilie resumiu o processo de vibroacústica como o uso de ondas sonoras senoidais de baixa frequência, entre 30-120 Hz, misturadas com música para fins terapêuticos. Foi ele quem encorajou o processo de relaxamento por meio de som saindo de alto-falantes pressionados contra pufes, nos quais crianças com quadros severos de deficiências físicas e mentais ficavam deitadas. Seu trabalho culminou com a fabricação e comercialização da cadeira vibroacústica (VA100) e cama (VB500), que combinava música e uma única onda sonora sinusoidal de baixa frequência, pulsada ritmicamente; para esse pesquisador, as frequências graves da música desempenhavam um papel importante no incentivo ao relaxamento. Já a Terapia Fisioacústica (TF) possui um sistema que combina som senoidal (que é gerado pelo computador, que também controla sua frequência, pulsação e direção) de baixa frequência e música especialmente selecionada ou composta, que é tocada pelo sistema de áudio, sendo suas primeiras experiências realizadas na década de 1970, na Finlândia, por Petri Lehtikoinen. A diferença essencial entre os dois sistemas é que, enquanto a TV combina um som sinusoidal de frequência única com música, o sistema TF gera e combina uma série de frequências sinusoidais com o estímulo musical. O Somatron foi criado por Byron Eakin, que experimentou técnicas de relaxamento com um par de alto-falantes colocado em uma

mesa de massagem em sua garagem. A música é ouvida através de quatro alto-falantes (40-8000Hz); dois deles a nível de ouvido colocados em cada lado da cabeça e outros dois na parte inferior das pernas e nas costas. A música tem linhas de baixo fortes e variadas, passando pela direita para a esquerda. Apesar de alegar ser o dispositivo VA mais utilizado no mundo, esse sistema não oferece uma mistura de música e som sinusoidal de baixa frequência (HOOPER, 2001). E, por último, a mesa de vibração de música (MVT), que é construída a partir de uma maca típica de procedimento hospitalar (CHESKY et al, 1996), sendo seus componentes uma mesa de base, sistema de som, um sistema computadorizado de feedback de vibração e uma membrana vibratória (tampo de mesa), e um acolchoamento entre a membrana e o sujeito para aumentar o conforto durante o tratamento. Seu sistema de processamento é programado para produzir vibrações de igual magnitude na faixa de 60-300Hz e com uma amplitude de menos de 100um a 100Hz. Para ser percebido (serem percebidas) como sendo de igual magnitude, as vibrações de baixa frequência têm amplitudes mais altas do que as vibrações de alta frequência. O sistema de processamento do MVT reduz a amplitude conforme a frequência aumenta, e mantém uma história do estímulo de vibração ao longo de cada sessão. O volume, que é controlado independentemente dos níveis de vibração, pode ser alterado para o nível preferido de cada sujeito (WIGRAM, 1997a).

Referente a casos clínicos que apresentaram melhoras durante o tratamento vibroacústico, discorreremos sobre algumas evidências anedóticas e de pesquisa em relação ao: 1) Tônus muscular e amplitude de movimento: na revista britânica de Musicoterapia, Skilie, Wigram e Weekes (1989) descreveram como pacientes com paralisia cerebral na Noruega, Alemanha e Inglaterra tiveram respostas de relaxamento e experimentaram espasmos musculares reduzidos durante tratamento vibroacústico. Wigram (1997b) forneceu evidências de que, comparado ao uso da música sozinha, a VA produziu uma maior redução do tônus muscular e maior melhoria na amplitude de movimento e apontou ainda que, para certos indivíduos, a terapia VA reduziu o perigo de deformidade fixa e foi bem-vinda como uma intervenção preventiva de longo prazo, bem como um tratamento. O sistema fisioacústico também melhorou a amplitude do movimento, no que pacientes idosos submetidos à artroplastia total do joelho receberam tratamento fisioacústico antes, durante e após as sessões de fisioterapia e, ao serem comparados a um grupo de controle que recebeu apenas fisioterapia, notou-se que a terapia fisioacústica aumentou a amplitude passiva de movimento durante as sessões e

resultou em uma alta hospitalar mais rápida (BURKE e THOMAZ, 1997); 2) Alívio da dor: sobre evidências de que a VA fornece alívio da dor causada por condições como poliartrite, reumatismo e cólicas, Byron Eakin descreveu, em relação ao Somatrom, esse alívio resultante de uma massagem acústica que relaxa todo o corpo ao som e à sensação da música. Em contraste, os desenvolvedores do MVT e Fisioacústica afirmaram que a terapia VA produz vibrações que caem dentro da faixa de frequência conhecida por estimular o Pacinian Corpuscle (PC) - lâmpadas minúsculas que cercam as terminações nervosas e que são sensíveis à pressão. O equipamento VA estimulou o PC, o que, por sua vez, inibiu o impulso da dor e desencadeou sinais adicionais de não dor que tinham de ser processados pelo cérebro (HOOPER, 2001). Para Chesky e Michel (1997), o MVT tem o potencial de reduzir a necessidade de sedativos pré-operatórios, diminuir a dor pós-operatória e reduzir o tempo de internação hospitalar. Em particular, os indivíduos com fibromialgia, que receberam tratamentos de MVT em três minutos, toleraram uma maior quantidade de pressão nas articulações dolorosas. Estudos de casos individuais adicionais confirmaram que o MVT foi uma valiosa intervenção pós-operatória de redução da percepção da dor após o tratamento para melhorar articulação do tornozelo (HOOPER, 2001); 3) Distúrbios psicológicos: em uma pesquisa, indivíduos relataram ou se comportaram de tal forma que indicavam que a terapia com VA trazia prazer e relaxamento, conseqüentemente, a mesma tem sido utilizada para tratar problemas relacionados à ansiedade (MADSEN et al, 1991; WALTERS, 1993). O uso do equipamento vibroacústico com uma intervenção musical apontou que essa terapia teve uma resposta positiva sobre a ansiedade de dez sujeitos com deficiência intelectual, no que apresentaram redução da inquietude e comportamentos inerentes à ansiedade durante e após uma sessão (WIGRAM, 1993). Crianças gravemente doentes que estavam sob procedimentos invasivos também apresentaram uma grande redução da ansiedade, devido à qualidade de desvio da experiência tátil (JONES, 1997), assim como permitiu uma abertura de comunicação por parte de pacientes autistas, auxiliando-os na interação (WIGRAM, 1992). No que diz respeito ao estresse, pesquisas indicam redução em uma série de sintomas correspondentes, incluindo insônia, dores de cabeça tensionais e ansiedade (HOOPER, 2001).

Com a finalidade de compreender e aprofundar o conhecimento sobre essa modalidade terapêutica com seres humanos, bem como saber como a comunidade científica tem tratado esse tema, é que esta revisão narrativa foi proposta.

2.1. Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura acerca da terapia vibroacústica e seus efeitos no corpo humano. Para tanto, ela seguiu as seguintes etapas: 1) identificação do tema e seleção da questão norteadora; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos; 3) escolha das bases de dados para a busca dos artigos; 4) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão e síntese do conhecimento (ROTHER, 2007).

A questão norteadora da revisão foi: “A Terapia Vibroacústica traz benefício à saúde, e de que maneira acontece?” Para responder a essa questão, foram realizadas buscas nas bases de dados: Scopus, PubMed, CINAHL, NJMT, Voices e SciELO. Os descritores utilizados para a busca foram “music and vibroacoustic table”, “music and vibroacoustic therapy”, “monochord”, “monochord and music”, “monochord and therapy”, combinados com a utilização do operador booleano “AND”. Para serem incluídos, os artigos deveriam ser publicados em inglês, a pesquisa com a vibroacústica deveria envolver o ser humano, utilizando monocórdio ou outro instrumento semelhante, com número de intervenções a partir de uma e avaliações sistematizadas das variáveis propostas, desenvolvidos em estudos quantitativos ou qualitativos. Como critérios de exclusão, artigos de revisão, capítulos de livro, artigos de conferência ou intervenções que utilizassem apenas músicas gravadas.

Para coleta de dados de maneira padronizada, foi elaborado um instrumento contendo título do artigo, autores, data da publicação, periódico, tipo de estudo, objetivo, tipo de clientela, variáveis estudadas, tempo de duração do estudo, se houve seguimento após o estudo, total de sessões, frequência das sessões, responsável pela intervenção, local da pesquisa, tamanho da amostra, idade, tipo de instrumento utilizado durante as sessões, forma de avaliação, resultados, conclusão e outras informações relevantes.

Os critérios estabelecidos foram leitura independente por dois avaliadores e comparação da seleção em cada etapa. Havendo discordância, o item era encaminhado a um terceiro avaliador.

2.2.RESULTADOS

A busca dos artigos nas bases de dados ocorreu entre os meses de julho e outubro de 2018. Foi encontrado um total de 147 artigos. As fases realizadas para inclusão dos artigos estão resumidas na Figura 2 (Fluxograma Prisma, 2009).

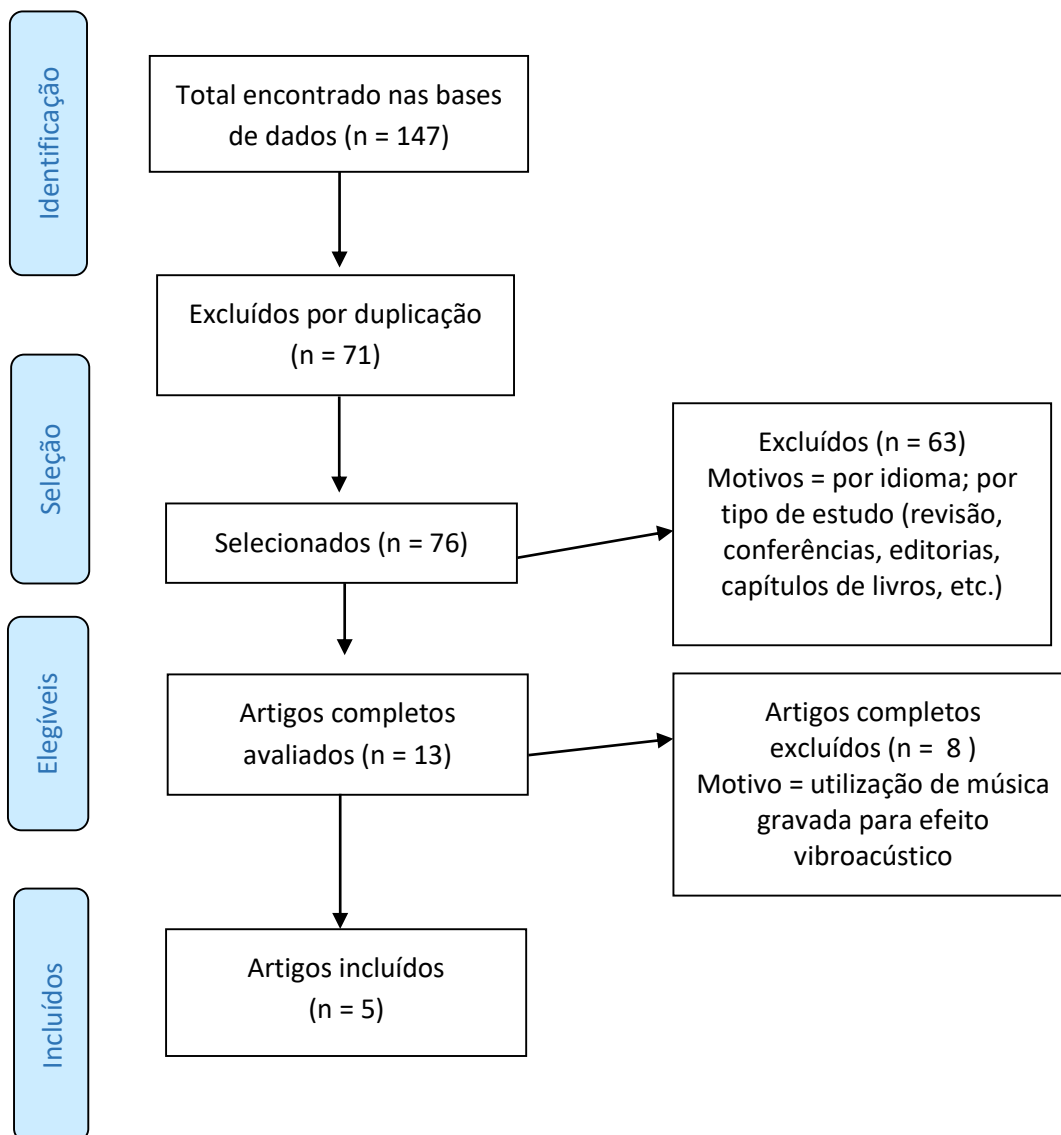


Figura 2. Fluxograma Prisma com resultados da revisão narrativa

Concluídas as fases de identificação, exclusão, seleção, elegibilidade, foram incluídos cinco artigos, conforme demonstrado no Quadro 1:

Quadro 1. Dados dos artigos selecionados para leitura na íntegra

Autores	Publicação	Título	Periódico
Fendel, U.; Sandler, H.; et.al.	2018	Bodily experiences of patients diagnosed with anorexia nervosa during treatment with the body monochord—A modified grounded theory approach	The Arts in Psychotherapy
Sandler, H.; Fendel, U.; et.al.	2017 (a)	Subjective experience of relaxation – induced by vibroacoustic stimulation by a Body Monochord or CD music – a randomised, controlled study in patients with psychosomatic disorders	Nordic Journal of Music Therapy
Sandler, H., Fendel, U., et.al.	2017	Relaxation - Induced by vibroacoustic stimulation via a body monochord and via relaxation music - Is associated with a decrease in tonic electrodermal activity and an increase of the Salivary cortisol level in patients with psychosomatic disorders	PLoS ONE
Sandler, H., Tamm, S., Fendel, U.; et.al.	2016	Positive Emotional Experience Induced by Vibroacoustic	Brain Topography
Warth, M.; Kessler, J.; Kotz, S.; et.al.	2015	Effects of vibroacoustic stimulation in music therapy for palliative care patients: a feasibility study	BMC Complementary and Alternative Medicine

2.3.DISSCUSSÃO

O pequeno número de artigos encontrados nesta revisão demonstra que a terapia vibroacústica ainda é pouco investigada pela comunidade científica. Todas as pesquisas foram realizadas por universidades da Alemanha, sendo que, das cinco, quatro tiveram a participação do mesmo autor – SANDLER et al.). Os estudos envolveram: portadores de anorexia nervosa do sexo feminino (FENDEL et al., 2018), pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos (WARTH et al., 2015); pacientes com distúrbios psicossomáticos (SANDLER et al., 2017a; SANDLER et al., 2017b); um estudo incluiu participantes com transtornos depressivo, de ansiedade e de adaptação, e distúrbios somatoformes (SANDLER et al., 2016).

Em relação ao delineamento, os estudos foram: um qualitativo (FENDEL et al., 2018), um quali-quantitativo (WARTH et al., 2015), um quantitativo (SANDLER et al., 2017a) e dois randomizados (que também são quantitativos) (SANDLER et al., 2016; SANDLER et al., 2017b). Número total de sujeitos envolvidos foi de 241 indivíduos com idade variando entre 19 e 76 anos (média 36,94 anos).

Quanto ao objetivo dos estudos incluídos, Fendel et al. (2018) propuseram avaliar respostas relacionadas a comportamento e humor de pacientes com anorexia nervosa sob intervenção vibroacústica; Whart et al. (2015) objetivaram investigar se a terapia vibroacústica interferia no nível de dor de pacientes com câncer em cuidados paliativos. Os demais estudos tiveram como objetivo estudar o nível de relaxamento de sujeitos

submetidos à terapia vibroacústica (SANDLER et al., 2017a; SANDLER et al., 2017b; SANDLER et al., (2016).

Em relação ao método de avaliação dos resultados, dois estudos usaram entrevista semiestruturada para avaliar percepção subjetiva dos sujeitos (FENDEL et al., 2018; WARTH et al., 2015). Outros instrumentos utilizados foram: Escala Visual Analógica (EVA) e Variabilidade de Frequência Cardíaca (WARTH et al., 2015); Eletroencefalograma (EEG) (SANDLER et al., 2016); Escala Likert, para autoavaliação das experiências subjetivas (SANDLER et al., 2016); Teste de Elisa, para análise do nível de cortisol, atividade eletrodérmica por dispositivo Mental Bio Screen, Escala de humor de Berlim (SANDLER et al., 2017a); Inventário da fenomenologia da consciência, Patient Health Questionnaire, Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada (SANDLER et al., 2017b).

As intervenções musicais realizadas nos estudos incluídos foram todas individuais. Em relação ao número de sessões, nos estudos de Warth et al. (2015); Sandler et al. (2016); Sandler et al. (2017a); Sandler et al. (2017b), as duas modalidades de intervenção foram testadas em um único encontro, e no estudo proposto por Fendel et al. (2018), a testagem ocorreu em três encontros com duração de 15 dias, sendo a primeira introdutória e as duas subseqüentes de intervenção.

Quanto à duração das sessões, nos estudos de Sandler et al. (2016), Sandler et al. (2017a), Sandler et al. (2017b) e Fendel et al. (2018), cada encontro durou 30 minutos; já nos de Wart et al. (2015), cada sessão durou 45 minutos.

Em relação à condução das intervenções, na pesquisa de Fendel et al. (2018) quem as conduziu foi um médico pesquisador e na de Warth et al., um musicoterapeuta. Nos demais estudos não havia esta informação. A modalidade de intervenção terapêutica foi a comparação entre monocórdio e música gravada em CD (SANDLER et al., 2016; SANDLER et al., 2017a; SANDLER et al., 2017b); monocórdio mesa e monocórdio cadeira (FENDEL et al., 2018); Singing Chair e improvisação vocal (WARTH et al., 2015). O Quadro 2 apresenta as principais informações sobre as características dos instrumentos musicais utilizados e das audições musicais de cada estudo, bem como a descrição dos procedimentos adotados nas intervenções terapêuticas.

Quadro 2. Principais informações sobre as características das intervenções terapêuticas dos estudos incluídos na presente revisão.

Autores e ano de publicação	Descrição dos instrumentos e recursos utilizados nas intervenções terapêuticas	Descrição dos procedimentos adotados nas sessões terapêuticas
Warth, M.; Kessler, J.; Kotz, S.; et.al., 2015	<p>Singing Chair: Instrumento musical de uso terapêutico. Possui 69 cordas de aço colocadas verticalmente na parte traseira. Para esta pesquisa, utilizaram a afinação tradicional do Tambura Indiano³ (cordas afinadas sequencialmente em A-d-d-D)</p> <p>Improvisação vocal: em modo ioniano⁴ ou mixolídio⁵: terapeuta começou com andamento lento e pouca intensidade. Gradualmente foi aumentando ambos, tentando sincronizar e adequar ao pulso e respiração do participante. Após 10 a 12 minutos, diminuía tanto a intensidade como o andamento até desvanecerem.</p>	<p>Intervenção: As duas modalidades aconteciam simultaneamente.</p> <p>Avaliações: Inicial: antes da intervenção – avaliação do nível de relaxamento, bem-estar e dor através de escalas visuais analógicas (VAS) e um registro basal de cinco minutos da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), por um investigador não musicoterapeuta. Após a avaliação, saía da sala e o musicoterapeuta iniciava a intervenção. Final: o avaliador retorna à sala após a intervenção para avaliação da VAS e HRV, seguido por uma entrevista sobre as experiências subjetivas do participante. Duração da sessão: 30 a 35 minutos.</p>
Sandler, H., Tamm, S., Fendel, U.; et.al., 2016	<p>Body Monochord: Afinação: D3 – A2 – D2 com adicionais de A1 e D1 (em 3 cordas cada).</p> <p>Audição: Música de Relaxamento. Música lenta, caracterizada por uma série de frases melódicas, repetitivas, consonantes, semelhante ao som de flautas (panpipes) com acompanhamento de piano.</p>	<p>Atitude dos participantes durante as sessões: permanecer de olhos fechados e não fazer nada mais. Audição musical era feita com o participante sobre o Monochord.</p> <p>Intervenções: ambas as modalidades eram realizadas no mesmo dia, sucessivamente. Entre elas havia um intervalo entre 5 e 10 minutos para que os pacientes pudessem responder a um questionário sobre a experiência subjetiva. Duração da sessão: 20 minutos cada.</p>
Sandler, H.; Fendel, U.; et.al., 2017 (a)	<p>Body Monochord Som caracterizado pela ausência de ritmo de dinâmica</p> <p>Audição – Música de Relaxamento Peça “Clouds” de Osvaldo Canzani (2003). Composição consiste em sons de pássaros, uma série de frases melódicas repetitivas e constantes, com acompanhamento de piano, caracterizada por falta de dinâmica e sem acompanhamento de percussão.</p>	<p>Atitude dos participantes durante as sessões: permanecer de olhos fechados e não fazer nada mais. Audição musical era feita com o participante sobre o Monochord.</p> <p>Ordem do tipo de intervenção: randomizada Os dois experimentos eram realizados no mesmo dia. Havia um intervalo de 5 a 10 minutos entre eles, durante o qual os participantes respondiam a um questionário sobre as experiências subjetivas. Duração das intervenções: 20 minutos cada.</p>
Sandler, H., Fendel, U., et.al., 2017 (b)	<p>Body Monochord Afinação: D3 – A2 – D2 com adicionais de A1 e D1 (em 3 cordas cada).</p> <p>Audição: Música de Relaxamento Música lenta, caracterizada por uma série de frases melódicas, repetitivas, consonantes, semelhante ao som de flautas (panpipes) com acompanhamento de piano.</p>	<p>Atitude dos participantes durante as sessões: permanecer de olhos fechados e não fazer nada mais. Audição musical era feita com o participante sobre o Monochord.</p> <p>Ordem do tipo de intervenção: randomizada Os dois experimentos eram realizados no mesmo dia. Intervenções: Antes de cada intervenção, o paciente deveria ficar deitado, em silêncio, por dois minutos, para se preparar. Entre elas havia um intervalo de 5 a 10 minutos para que os participantes pudessem responder a um questionário sobre as experiências. Duração das intervenções: 20 minutos cada.</p>

³ Tambura Indiano (instrumento musical indiano). Warth, M.; Kessler, J.; Kotz, S.; et.al., 2015

⁴ Ioniano (modo grego equivalente aos intervalos de D67M – uma terça maior, uma quinta perfeita e uma sétima maior). Warth, M.; Kessler, J.; Kotz, S.; et.al., 2015

⁵ Mixolídio (modo grego equivalente aos intervalos de SolM - tem uma terça maior, uma quinta perfeita e uma sétima menor). Warth, M.; Kessler, J.; Kotz, S.; et.al., 2015

Autores e ano de publicação	Descrição dos instrumentos e recursos utilizados nas intervenções terapêuticas	Descrição dos procedimentos adotados nas sessões terapêuticas
Sandler, H., Tamm, S., Fendel, U.; et.al., 2016	Body Monochord: Afinação: D3 – A2 – D2 com adicionais de A1 e D1 (em 3 cordas cada).	Atitude dos participantes durante as sessões: permanecer de olhos fechados e não fazer nada mais. Audição musical era feita com o participante sobre o Monochord.
	Audição: Música de Relaxamento. Música lenta, caracterizada por uma série de frases melódicas, repetitivas, consonantes, semelhante ao som de panpipes com acompanhamento de piano.	Intervenções: ambas as modalidades eram realizadas no mesmo dia, sucessivamente. Entre elas havia um intervalo entre 5 e 10 minutos para que os pacientes pudessem responder a um questionário sobre a experiência subjetiva. Duração das sessões: 20 minutos cada.
Fendel, U.; Sandler, H.; et.al. 2018	Monochord Chair: Instrumento musical com 64 cordas, afinadas em oitavas e quintas, localizadas na parte posterior da cadeira. Permanecer sentado e ficar imóvel durante a intervenção. Monochord Table: instrumento musical com 64 cordas afinadas em oitavas e quintas	Metodologia do Estudo: os participantes do estudo receberam três sessões cada, individualmente. A primeira foi para apresentação e demonstração dos procedimentos com o monochord table e monochord chair. Também era realizado o agendamento prévio para as duas sessões seguintes e randomizada a ordem do tipo de intervenção. Técnica de execução para ambos os instrumentos: toque uniforme e confluyente das cordas com as pontas dos dedos de ambas as mãos em sequências alternadas. As vibrações eram transmitidas diretamente ao corpo do participante, que estava em contato direto com o instrumento. Duração das sessões: 20 minutos cada.

Os resultados apresentados foram: Warth et al. (2015) não observaram diferenças significativas entre as duas intervenções (“Singing Chair” e improvisação vocal). Os autores sugerem que este resultado seja decorrente do desenho metodológico, que possivelmente tenha sido inadequado para os participantes do estudo, pois se tratavam de pacientes terminais e esses apresentaram dificuldades de permanecer sentados por 30 minutos, o que pode ter interferido nos resultados tanto para frequência cardíaca como para o bem-estar. Os resultados apresentados nos artigos incluídos foram: para os pacientes com câncer avançado em tratamento paliativo (não conseguiam permanecer sentados por 30 minutos), o tratamento não mostrou diferenças significativas no bem-estar e na diminuição da variabilidade cardíaca.

No estudo de Sandler et al. (2016), os investigadores compararam monocórdio (e audição musical de música gravada em CD, que demonstrou que a estimulação com monocórdio induziu ao estado de relaxamento, definido pelos pacientes como uma experiência agradável em relação à audição de música gravada em CD, mas não mostrou lateralização da atividade eletrocortical em nenhuma das modalidades para experiência emocional.

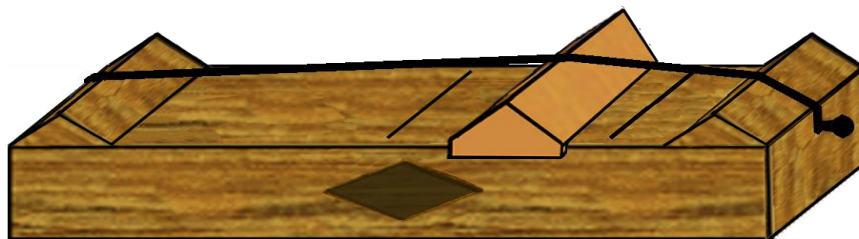


Figura 3. Ilustração do monocórdio de Pitágoras.

Fonte: <http://clubes.obmep.org.br/blog/aplicando-a-matematica-basica-construcao-de-um-monocordio/>

Os resultados apresentados por Sandler et al. (2017a) mostraram que o nível de cortisol e relaxamento aumentou nas duas intervenções (música em CD e monocórdio), não apresentando diferença entre elas. Fatores limitantes do estudo apontados pelos autores foram: o uso de antidepressivos e outros medicamentos antes da intervenção, o que pode ter influenciado no aumento do nível de cortisol dos participantes. Outros aspectos apontados por eles foi a ausência de grupo de controle de pacientes hígidos e também o fato de as duas intervenções propostas para o estudo terem sido realizadas no mesmo dia, com apenas 10 minutos de intervalo entre elas. Sugerem que, em outros estudos, elas sejam realizadas em dias diferentes.

Sandler et al. (2017b), diferentemente dos estudos anteriores, mostraram que os participantes relataram que a primeira intervenção foi mais positiva em relação à segunda, descrita como emocionalmente com maior sensação de segurança e sentimento de alegria. Em discussão, os autores justificaram o resultado em função da duração do exame, que levava cerca de duas horas entre a primeira e segunda intervenção. Esse tempo pode ter promovido a indisposição dos participantes para o segundo tratamento. Além do mais, continuam os autores, tanto a intervenção com o “Body Monochord” quanto a audição musical via CD induziram a uma melhora das pontuações quanto ao estado de humor e diminuição daquelas referentes à depressão, raiva, ansiedade e apatia.

No estudo de Fendel et al. (2018), os autores mostraram resultado mais positivo para a experiência com o monocórdio. Como limitações apontaram ausência de representatividade de gênero (estudo realizado apenas com o sexo feminino). Inferiram que a preferência para o monocórdio foi, provavelmente, por causa da posição horizontal e também porque a maioria permaneceu com os olhos fechados durante a intervenção. Corpo na posição horizontal e olhos fechados podem deixar o indivíduo mais relaxado.

Sentimentos desagradáveis durante o tratamento com a mesa em relação à cadeira foram relatados pelos pacientes. A maioria dos participantes teve preferência à primeira intervenção em relação à segunda. Uma possível explicação pode ser a dificuldade em se ajustar mentalmente ao segundo método, novo em relação ao primeiro, após terem experimentado o anterior.

2.4.CONCLUSÃO

Pela presente revisão foi possível observar que ainda há poucos estudos relacionados à terapia vibroacústica no que se refere ao uso de instrumento musical do tipo monocórdio. Todavia, apesar do pequeno número de publicações, conseguimos coletar informações importantes, do ponto de vista metodológico, que servem de embasamento teórico para a aplicação em clínica musicoterapêutica. Destes, destacamos:

1. Independente do modelo de monocórdio utilizado, os resultados foram, na sua maioria, positivos, salvaguardando as limitações descritas pelos autores;
2. Quando comparado com a audição musical, apesar de ambos pertencerem à categoria da musicoterapia receptiva, foi apontado que os participantes perceberam as intervenções com o monocórdio como mais prazerosas e de melhores resultados.
3. Em relação ao tempo de duração das sessões, concordamos que 20 minutos seja um tempo adequado para as intervenções.
4. No concernente aos instrumentos avaliativos, ressaltamos a importância de adicionar avaliações quantitativas aos questionários de percepção subjetiva dos participantes, para que haja medidas mais padronizadas por meio de instrumentos validados.

Finalmente, sugerimos que outros estudos sejam realizados, com ampliação do número de sujeitos, estudos randomizados e aplicados a outros contextos. Reforçamos a necessidade do envolvimento de musicoterapeutas nos estudos e que os experimentos proponham maior número de sessões.

3. JUSTIFICATIVA

Considerando a complexidade do tema, o impacto e as repercussões negativas dos sintomas da abstinência sobre o indivíduo, incluindo baixa adesão ao tratamento, acreditamos que a musicoterapia receptiva, por meio da mesa vibroacústica, pode diminuir o nível de ansiedade de indivíduos com dependência química por substâncias psicoativas durante o período de internação para processo de desintoxicação, quando são acentuados os sintomas de abstinência, razão pela qual propusemos estudar esta possibilidade de maneira sistematizada.

Assim, dada a importância do tema, tanto do ponto de vista acadêmico como clínico e social, e pela exígua quantidade de publicações, aderimos ao desafio de realizar esta pesquisa. A dependência química é um problema de saúde pública que causa malefícios ao usuário, aos familiares e ao Estado. Os sintomas de abstinência são perturbadores e uma das principais causas para recaídas e internações. Assim, abrir possibilidades de tratamentos que possam minimizar esses sintomas e reduzir número e tempo de internações são iniciativas importantes em vários aspectos. Entendemos que a importância desta pesquisa está na possibilidade de demonstrar, principalmente pelas contribuições acadêmica e clínica, que a musicoterapia receptiva, por meio da terapia vibroacústica e utilizando o instrumento musical “Mesa Lira”, pode ser adotada como uma modalidade de terapia favorável a esta clientela, principalmente no que diz respeito à minimização dos sintomas de abstinência. Entendemos também que a realização desse estudo possibilitará a ampliação de materiais de pesquisa para a musicoterapia e áreas afins que trabalham com portadores de dependência química, uma vez que a prática clínica suscita sobre os inúmeros casos que, devido aos sintomas de abstinência emocional (especificamente ansiedade e depressão), apresentam dificuldades de adesão ao tratamento por conta da motivação, que fica prejudicada, como pudemos constatar a partir de alguns autores levantados anteriormente. No entanto, o foco deste estudo está voltado ao período de desintoxicação, ou seja, nos primeiros 25 dias de retirada da droga do organismo, quando a ansiedade, como um dos sintomas do processo de abstinência, pode ser fator desencadeante de não adesão ao tratamento por parte do usuário. Assim, as perguntas que pretendemos responder ao final do estudo são:

a) A experiência receptiva em musicoterapia, por meio da Mesa Lira, pode auxiliar na redução do nível de ansiedade instalado no período de abstinência dos usuários abusivos de dependência química?

b) A musicoterapia receptiva, por meio da Mesa Lira, pode diminuir o tempo de internação de usuários no período de desintoxicação?

A hipótese que pretendemos investigar é:

1. A musicoterapia receptiva, com base no uso da Mesa Lira como instrumento musical, em sessões musicoterapêuticas, pode reduzir a ansiedade de usuários de álcool e outras drogas durante o período de internação para desintoxicação.

Para responder às perguntas e testar a nossa hipótese, sistematizamos este estudo conforme segue descrito.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Investigar se a Musicoterapia Receptiva com a Mesa Lira pode reduzir os níveis de ansiedade de dependentes químicos em um programa de desintoxicação em regime de internação, comparando dois protocolos distintos para a intervenção musicoterapêutica.

4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar o nível do Traço de Ansiedade dos participantes por meio do IDATE – T;
2. Comparar o nível do Estado de Ansiedade pré e pós intervenções dos participantes por meio do IDATE-E;
3. Identificar os sintomas de abstinência mais frequentes durante o período de internação em um programa de desintoxicação;
4. Comparar os níveis de ansiedade intragrupos: Musicoterapia A (GMT-A) e controle A (GCA) e Musicoterapia B (GMT-B) e controle B (GCB), pré pós atendimento musicoterapêutico;
5. Comparar níveis de ansiedade entre os grupos do estudo: musicoterapia A e B e seus respectivos controles;
6. Comparar tempo de permanência no programa de desintoxicação entre os grupos do estudo: musicoterapia (GMT) e controle (GC);
7. Comparar nível de relaxamento entre os grupos GMT-A e GMT-B;
8. Acompanhar os grupos GMT-A e GMT-B após uma semana da intervenção.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa que é caracterizada pela utilização de métodos quantitativos com o objetivo de mostrar dados, indicadores e tendências observáveis, sendo que suas investigações evidenciam a regularidade dos fenômenos (MINAYO, 2008), onde tudo pode ser mensurado em números, classificados e analisados utilizando técnicas estatísticas (RAMOS, P.; RAMOS, M.; BUSNELLO, 2005).

5.1. Local do estudo:

O estudo foi realizado no Hospital Espírita Eurípedes Barsanulfo, que trabalha com Programa de Desintoxicação em um período médio de 28 dias. Esse hospital é conhecido na região como Casa de Eurípedes e fica situado em Goiânia, Goiás, Brasil.

5.2. Critérios de inclusão

- Homens e mulheres com diagnóstico de dependência química, com idade variando entre 18 e 60 anos;
- Usuários de álcool, cocaína e crack;
- Tempo de internação no Programa de Desintoxicação inferior a 48 horas;
- Que não estivessem em tratamento musicoterapêutico durante o período de internação;
- Que apresentassem condições cognitivas para compreender e responder aos questionários e escalas propostas para o estudo;
- Aceitação voluntária de participação na pesquisa.

5.3. Critérios de descontinuação

- Que não participassem de 75% dos atendimentos musicoterapêuticos.

5.4. Rotina de tratamento pós-internação

Os pacientes internados recebem prescrição medicamentosa para reduzir os sintomas da abstinência, sendo esta medicação baseada no que se refere a sua história clínica. A partir da internação, todos os pacientes entram para o protocolo de rotina, quando começam a receber o medicamento em horários programados de acordo com a seguinte rotina, a saber: às 6h00; às 10h30min; às 17h30min; e às 21h30min. O início da primeira medicação, após a internação, é ajustado para que os horários fiquem padronizados com os demais pacientes. Após as primeiras 72 horas de internação, além dos medicamentos, os pacientes são incluídos no Projeto Terapêutico Individual (PTI), onde participam de atividades terapêuticas de interesse pessoal e/ou avaliadas pelo profissional da equipe como necessárias para o tratamento. As atividades terapêuticas incluem: palestras psicoeducativas; oficinas de curral, horta, jardinagem, marcenaria, equoterapia e culinária; musicoterapia; grupos psicoterapêuticos; tratamentos fluidoterápicos/energéticos, que fazem parte da rotina de tratamento da instituição.

5.5. Triagem dos sujeitos para a pesquisa e procedimentos éticos

Por meio do registro dos prontuários (central de internação), com autorização prévia da instituição para manuseio de prontuários (Anexo E), a pesquisadora musicoterapeuta organizava diariamente uma lista de pacientes que, inicialmente, preenchem os critérios de inclusão. Em seguida, de forma individualizada, quando necessário, ela se dirigia até o (s) provável (eis) participante (s), apresentava a pesquisa e seus respectivos procedimentos, assim como esclarecia as dúvidas que surgiam. Caso aceitasse (m) participar, recebia (m) duas cópias do TCLE de igual teor (Apêndice A) para ler, preencher e assinar; após assinadas, permanecia (m) com uma via e a outra era entregue à pesquisadora. Ao participante, ficava assegurado o direito de desistir de participar a qualquer momento, sem que isso acarretasse prejuízo ao tratamento proposto pela instituição.

5.6. Randomização

Para esta pesquisa, a randomização ocorreu em dois momentos distintos, ambos após a concordância voluntária do participante expressa via assinatura do TCLE: a primeira foi para a realização do PT01 (Protocolo 01); e, depois, para a realização do

PT02 (Protocolo 02), que teve início após a conclusão da primeira. A randomização, conforme Ferreira e Patino (2016), é uma estratégia utilizada em pesquisa para aumentar a validade sobre os efeitos de uma intervenção. Trata-se de um processo que envolve a alocação aleatória de participantes nos grupos (Intervenção e Controle) para que os mesmos tenham chances iguais para alocação em qualquer um dos grupos. Neste estudo, especificamente, foi utilizada a estratégia de envelopes pardos e lacrados, em um total de 20 para cada protocolo, ou seja, 40 envelopes para o estudo. Para cada protocolo, eles foram numerados sequencialmente de um a vinte (1 a 20) e, neles, inseridos papéis dobrados aleatoriamente (10 com o nome GMT-A – Grupo de Musicoterapia A; e outros 10 com GCA – Grupo Controle A) para o PT01. O mesmo procedimento e quantidade de envelopes foram adotados para o PT02, após o encerramento do PT01, com a diferença dos nomes dos grupos, que passaram a se chamar GMT-B e GCB (Grupo de Musicoterapia B e Grupo Controle B). A organização dos envelopes foi realizada por um terceiro, não participante do estudo, para garantir a igualdade de chance entre eles de participarem de ambos os grupos. A sequência numérica dos envelopes foi respeitada para a abertura e esta foi realizada pelo próprio paciente. Vale dizer que somente após este momento é que todos os envolvidos na pesquisa tiveram conhecimento para qual grupo o participante seria alocado.

A Figura 4 mostra a sequência das ações realizadas desde a internação até a randomização para alocação dos sujeitos nos grupos da pesquisa.

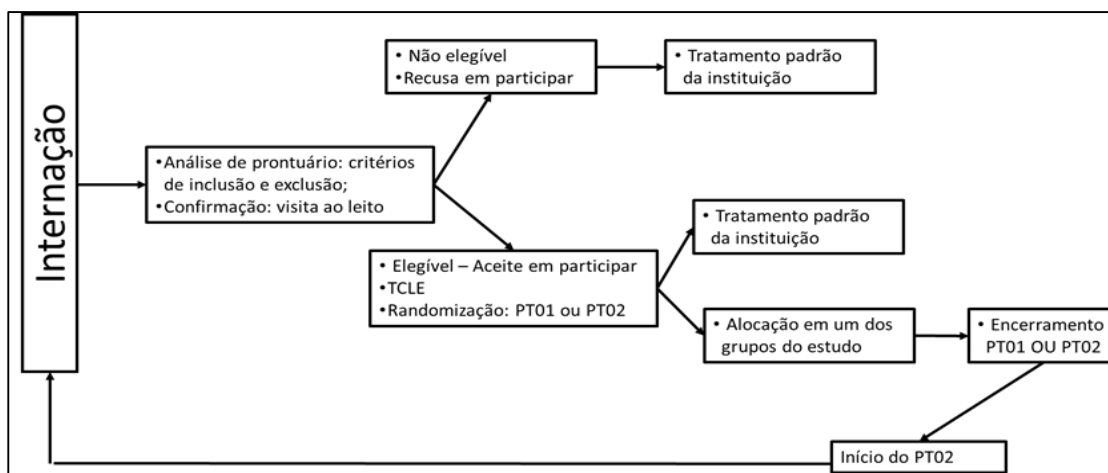


Fig. 4 - Etapas seguidas na pesquisa desde o momento da internação até a realização da randomização para os grupos de pesquisa

A Figura 5, logo abaixo, ilustra a randomização realizada em nossa pesquisa por meio do fluxograma CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials).

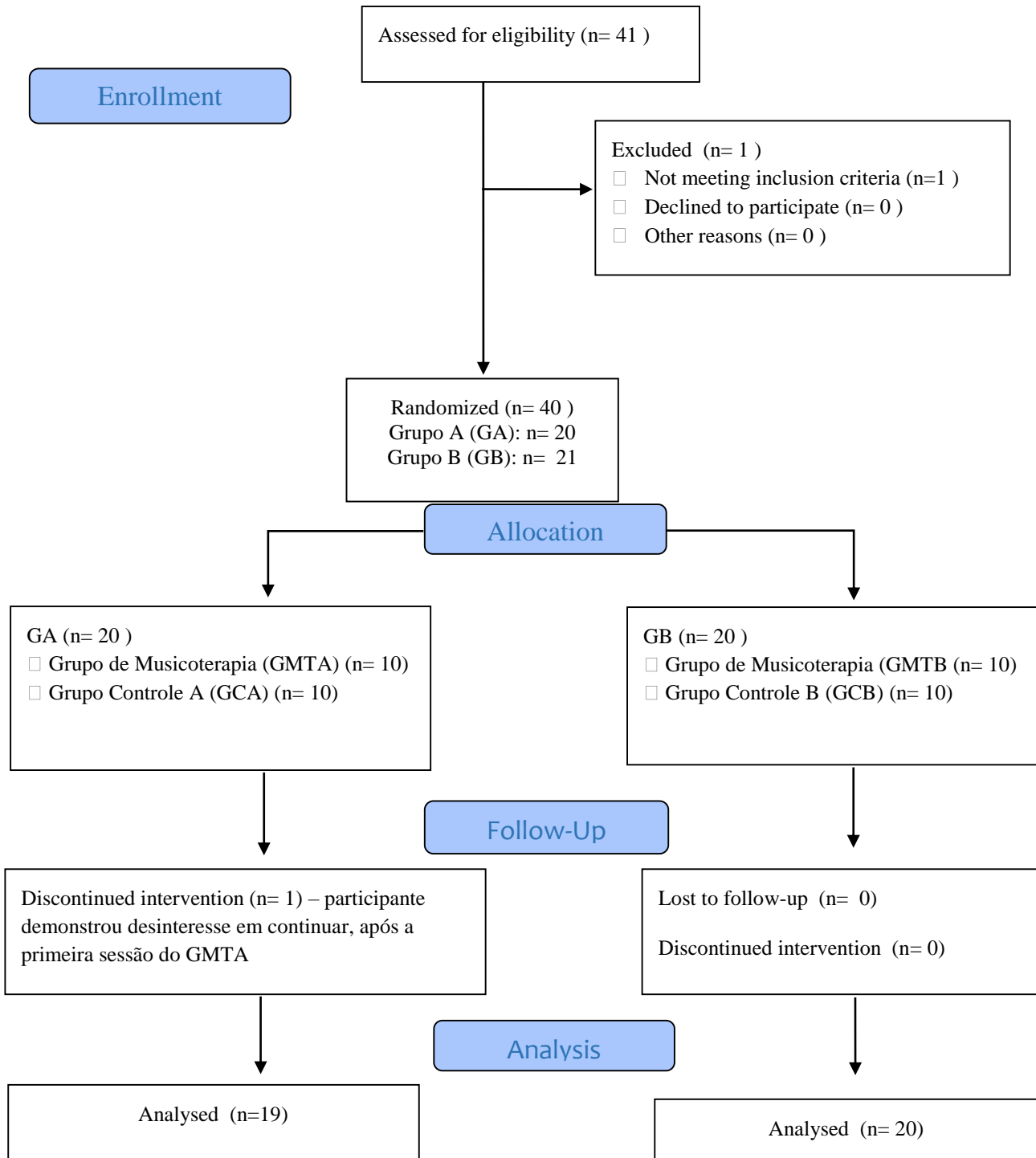


Figura 5. CONSORT 2010 Flow Diagram com resultados da randomização. Fonte: <http://www.consort-statement.org/>

5.7. Grupos da Pesquisa

Para a realização do estudo, foram formados dois grupos para cada protocolo, totalizando ao final da pesquisa quatro grupos. Para o PT01 foram: Grupo de Musicoterapia A (GMT-A) e Grupo Controle A (GCA); e para o PT02: Grupo de Musicoterapia B (GMT-B) e Grupo Controle B (GCB). Os participantes do PT01 receberam atendimentos musicoterapêuticos com a MV (mesa vibroacústica) diariamente e os do PT02 semanalmente. O Quadro 3 apresenta de forma detalhada as ações dos grupos GMT-A e GMT-B em seus respectivos protocolos.

Quadro 3. Descrição das ações realizadas nos grupos GMT-A e GMT-B. Casa de Eurípedes, Goiânia, 2018

	GMT-A	GMT-B
Modalidade das sessões de MT	Individual	Individual
Coordenação das sessões de MT	Musicoterapeuta pesquisadora	Musicoterapeuta pesquisadora
Local das sessões de MT	Sala de MT da Instituição	Sala de MT da Instituição
Duração das sessões de MT	30 a 40 minutos cada	30 a 40 minutos cada
Frequência das sessões de MT	Cinco dias consecutivos	Duas vezes por semana, num período de duas semanas
Total de sessões de MT	Máximo: 5 Mínimo: 4	Máximo: 4 Mínimo: 3

5.8. Protocolo das Sessões de Musicoterapia

As sessões de Musicoterapia seguiram o mesmo padrão para os dois grupos (GMT-A e GMT-B), conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 4. Descrição das etapas e tempo estimativo realizados nos grupos GMT-A e GMT-B. Casa de Eurípedes, Goiânia, 2018

Descrição das etapas	Duração aproximada em minutos
Acolhimento: destinado a receber o participante pelo musicoterapeuta, na sala de atendimentos musicoterapêuticos. No acolhimento da primeira sessão há um espaço inicial para que os procedimentos gerais das sessões de musicoterapia com a MV sejam esclarecidos. O instrumento musical é apresentado ao participante para que ele se inteire da rotina que será seguida durante o tratamento.	05
Avaliação: pré-intervenção	05
Intervenção: Mesa Vibroacústica	20
Avaliação: pós-intervenção	05
Processamento verbal sobre a intervenção com a Mesa Lira e encerramento	05

5.9. Instrumentos de Avaliação utilizados no Estudo

Para os participantes desta pesquisa, foram aplicados os seguintes questionários:

5.9.1. Questionário Sociodemográfico (QSD) [Apêndice B]

Esse questionário foi construído especificamente para este estudo e inclui informações sociodemográficas (idade, raça, estado civil, escolaridade, renda familiar, religião), estilo de vida (atividade física, etilismo, tabagismo), perfil da doença (tipo de substância química, início do uso, último dia que fez uso da substância).

5.9.2. Escala de Tentação para Uso de Drogas (ESTUD) [Anexo B]

Escala americana desenvolvida por DiClemente, Carbonari, Montgomery e Hughes (1994, apud FREIRE, 2009) voltada para usuários de crack e cocaína, adaptada e validada para a língua portuguesa brasileira, cujos itens sofreram alguns reajustes, de forma que buscassem retratar a realidade das situações de risco no Brasil, com versão adaptada por Oliveira e Freire (FREIRE, 2009).

A Escala de Tentação para Uso de Drogas (ESTUD) apresenta 24 itens que melhor descrevem os sentimentos do usuário referentes à sua tentação em relação ao uso de drogas, baseados na última semana do participante. As possibilidades de respostas dessa escala variam de 1 a 5, sendo: 1 = Nada tentado; 2 = Não muito tentado; 3 = Mais ou menos tentado; 4 = Muito tentado; e 5 = Extremamente tentado.

5.9.3. Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas (EAAD) [Anexo C]

A Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas (EAAD) analisa a última semana do usuário e apresenta 24 itens. O foco de sua avaliação está na sensação de confiança do usuário em relação a não usar drogas, sendo que as respostas dessa escala variam também de 1 a 5, da seguinte forma: 1 = Nada confiante; 2 = Não muito confiante; 3 = Mais ou menos confiante; 4 = Muito confiante; e 5 = Extremamente confiante.

A somatória de cada uma dessas escalas (ESTUD e EAAD) aplicadas durante o tratamento é comparada quando este termina, com o intuito de avaliar se o usuário teve uma minimização da tentação ao uso da droga (ESTUD) e um aumento da confiança quanto ao não uso da droga (EAAD).

5.9.4. Inventário de Traço de Ansiedade e Estado de Ansiedade para avaliar o nível de Ansiedade (IDATE) [Anexo A]

A Escala IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado – (Anexo A) tem o objetivo de avaliar o nível de ansiedade do sujeito enquanto estado e traço. O estado de ansiedade está relacionado a uma reação transitória ligada a uma situação adversa que o indivíduo enfrenta no momento, enquanto o traço de ansiedade está ligado à propensão do sujeito em lidar com maior ou menor ansiedade ao longo de sua vida (CATTELL & SCHEIER, 1961).

A tradução da Escala IDATE para o Brasil deu-se através de Biaggio e Natalício (1979), sendo a formatação original dessa escala desenvolvida por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970). Há aspectos comuns entre essas duas escalas no que se refere à quantidade de itens, 20 no total cada uma, e quanto às possibilidades das respostas, que variam de 1 a 4, sendo: 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = frequentemente; e 4 = quase sempre. Para avaliar o nível de ansiedade, é realizada uma somatória dos valores obtidos em cada resposta, sendo que o total da pontuação varia de 20 a 80 pontos. Caso o valor final seja 40 (para + ou -2), a ansiedade tende a ser nível normal; de 20 a 38 pontos, a ansiedade é avaliada como de baixo nível; e 43 a 80 pontos, a ansiedade é avaliada como de alto nível (BIAGGIO e NATALÍCIO, 1979).

5.9.5. Escala de Avaliação subjetiva do nível de relaxamento na Mesa Lira: Percepção Corporal das Vibrações (Anexo G)

Este instrumento foi criado para a realização de uma pesquisa junto a pessoas que sofriam de Parkinson com o intuito de avaliar a percepção do participante quanto às vibrações da mesa vibroacústica (Mesa Lira) no corpo (ALCÂNTARA-SILVA & LOPES, 2018). Assim, utilizamos o mesmo instrumento, com a mesma finalidade, para o participante alocado no GMT-A ou GMT-B, que, após a intervenção com a Mesa Lira (ML), apontava em qual parte do corpo havia percebido maior intensidade de vibração do instrumento.

5.9.6. Questionário Musicoterapêutico (QMT) [Anexo F]

Compreende aspectos da história sonoro-musical do indivíduo, formação musical e preferências de estilos musicais. Esses dados são relevantes para o início e o desenvolvimento do processo musicoterapêutico (ALCÂNTARA-SILVA, 2012).

5.9.7. Impressão Subjetiva do Sujeito (ISS) [Anexo E]

É um instrumento adaptado por Alcântara-Silva (2005) voltado para verificar a percepção do sujeito da pesquisa sobre o resultado da musicoterapia após a finalização do processo musicoterapêutico.

5.9.8. Registros das sessões de Musicoterapia

São os relatórios descritivos compostos pelas impressões subjetivas da musicoterapeuta/pesquisadora que realizou as intervenções com a Mesa Lira, tendo como foco cada sessão de musicoterapia ocorrida durante a pesquisa. Esses relatórios são importantes para uma avaliação mais qualitativa do processo e ajudam a complementar a análise dos dados objetivos.

O Quadro 5 apresenta de forma resumida as informações da sequência da rotina do participante da pesquisa a partir da randomização, incluindo as avaliações inicial e final e a especificação dos instrumentos avaliativos utilizados durante a pesquisa.

Quadro 5. Descrição das ações realizadas nos grupos da pesquisa com seus respectivos instrumentos avaliativos. Casa de Eurípedes, Goiânia, 2018.

	GMT-A	GMT-B	GCA e GCB
Tratamento Medicamentoso (Durante todo o período de internação)	Prescrição médica inalterada	Prescrição médica inalterada	Prescrição médica inalterada
Atividades Terapêuticas Durante todo o período de internação	Indicação da Equipe multiprofissional inalterada	Indicação da Equipe multiprofissional inalterada	Indicação da Equipe multiprofissional inalterada
Avaliação inicial Antes de completar 48 horas de internação	QSD, ESTUD, EAAD, IDATE-T, IDATE –E, QMT	QSD, ESTUD, EAAD, IDATE-T, IDATE –E, QMT	QSD, ESTUD, EAAD, IDATE-T, IDATE –E
Sessões de Musicoterapia	Diária	Semanal	N/A*
Avaliação semanal durante internação	ESTUD, EAAD, IDATE-E, ISS (pós-fechamento das 5 sessões)	ESTUD, EAAD, IDATE-E, ISS (pós-fechamento das 4 sessões)	ESTUD, EAAD, IDATE-E
Avaliação Final Durante a semana de alta	ESTUD, EAAD, IDATE –E, ISS	ESTUD, EAAD, IDATE –E, ISS	ESTUD, EAAD IDATE –E,

N/A*: Não Aplicado

5.9.9. Mesa Lira

O protocolo estabelecido para a presente pesquisa seguiu os seguintes critérios: 1) média de 20 minutos total para cada intervenção, podendo ser para menos; 2) o manuseio das cordas iniciava da parte superior do corpo (cabeça do participante) em direção à parte inferior (pés); 3) para melhor distribuição do som no corpo, didaticamente, o mesmo foi dividido em partes (cabeça/pescoço, tórax, abdômen, quadril, coxas, panturrilhas/pés), e em cada uma delas o som vibrava uma média de 15 segundos (importante frisar que essa

distribuição foi apenas para facilitar a movimentação corporal do musicoterapeuta ao manusear o instrumento); 4) a cada 5 minutos de vibração corporal, o andamento do ritmo era diminuído, portanto se iniciava a uma velocidade próxima aos seguintes andamentos: *Vivace – rápido e vivo* (152-168 BPM), com o intuito de provocar uma maior movimentação líquida do corpo humano, causando uma homeostase no ritmo interno; em seguida, o andamento era diminuído para *Allegretto – nem tão ligeiro como o Allegro* (112-120 BPM); após 10 minutos diminuía para o *Andante – velocidade do andar humano* (76-108 BPM); e nos últimos 5 minutos chegava no *Adagio – vagarosamente, de expressão terna e patética* (66-76 BPM) (CÉZAR, 2012). A intenção de minimizar o andamento durante a intervenção foi a de trazer o corpo para o relaxamento.

5.10. Treinamento da equipe de Pesquisadores e Colaboradores

Para padronizar a aplicação das escalas pelos pesquisadores e colaboradores, a pesquisadora realizou um treinamento antes do início da pesquisa, logo após a aprovação pelo Comitê de Ética. A equipe que fez parte do treinamento (um musicoterapeuta e um enfermeiro) foi constituída por profissionais da instituição onde a pesquisa foi realizada. O musicoterapeuta convidado ficou responsável pela randomização dos grupos, assim como a aplicação da escala de Impressão Subjetiva do Sujeito (ISS). O enfermeiro revezou com a musicoterapeuta responsável pela pesquisa na triagem dos participantes e preenchimento dos dados sociodemográficos, como também o preenchimento das escalas IDATE-E (ansiedade estado), IDATE-T (ansiedade traço), EAAD (escala de autoeficácia para abstinência de drogas) e ESTUD (escala de tentação para uso de drogas).

5.11. Análise dos dados

A média e o desvio padrão das variáveis foram obtidos. A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A diferença entre as variáveis pareadas foi avaliada pelo Teste-t para amostras pareadas ou pelo Teste de Wilcoxon. A diferença entre as variáveis independentes foi avaliada pelo Teste-t para amostras independentes ou pelo Teste de Mann-Whitney. A análise da comparação entre três ou mais grupos foi avaliada pelo Teste de Análise de Variância (ANOVA) *post hoc* Tukey. Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$. A análise estatística foi realizada utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences, versão 20 (SPSS,

Chicago, IL). O **Teste-t para amostras pareadas** e o **Teste de Wilcoxon** foram utilizados para avaliar a diferença entre as amostras pareadas. O Teste-t é indicado para dados que apresentam distribuição normal e o Teste de Wilcoxon é utilizado para dados que não apresentam distribuição normal. Amostras pareadas ocorrem quando cada ponto da primeira amostra é relacionado ou serve de controle a um único ponto da segunda amostra, ou seja, o próprio indivíduo pode ter o controle de si mesmo. O **Teste-t para amostras independentes** e o **Teste de Mann-Whitney** foram utilizados para avaliar a diferença entre dois grupos independentes. O Teste-t para amostras independentes é indicado para dados que apresentam distribuição normal e o Teste de Mann-Whitney é indicado para dados que não apresentam distribuição normal. O Teste **Análise de Variância (ANOVA)** e o **Teste de Kruskal-Wallis** foram utilizados para avaliar de uma só vez vários grupos (ou amostras), para verificar se os mesmos pertencem ou não a uma mesma população. O Teste ANOVA é indicado para dados que apresentam distribuição normal e o Teste de Kruskal-Wallis é indicado para dados que não apresentam distribuição normal. O *post hoc* Tukey é utilizado para fazer a comparação múltipla entre as médias dos grupos avaliados pela ANOVA. Valores de $p < 0,05$ apresentam diferença significativa e valores de $p > 0,05$ não apresentam diferença significativa.

A diferença entre os grupos foi avaliada pela Análise de Variância Fatorial (ANOVA Fatorial). Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$. A análise estatística dos dados foi realizada utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences, versão 20 (SPSS, Chicago, IL). Valores de $p < 0,05$ apresentam diferença significativa e valores de $p > 0,05$ não apresentam diferença significativa.

5.12. Aspectos éticos da Pesquisa

O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás via Plataforma Brasil, sob o parecer número 2.615.577. A pesquisa seguiu os critérios de confidencialidades, sigilo, fidedignidade e anonimato dos sujeitos, conforme as orientações da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2019), que diz respeito às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e é baseada nos principais documentos internacionais que apresentaram critérios de pesquisas semelhantes.

6. RESULTADOS

O estudo foi realizado entre junho e setembro de 2018. Foi incluído o total de 40 (38 homens e 2 mulheres) sujeitos, sendo 20 (19 homens e 1 mulher) na primeira etapa, denominada de “A”, e 20 (19 homens e 1 mulher) na segunda etapa, denominada de “B”. A média de sessões musicoterapêuticas realizadas na primeira etapa foi de 50 intervenções musicoterapêuticas com a Mesa Lira; já na segunda etapa foi um total de 40, levando em consideração a desistência de alguns participantes no meio do processo, razão pela qual esse número diminuiu.

Os dados sociodemográficos estão apresentados na Tabela 1. Os resultados apontam que 95% dos internos são do sexo masculino, 40% são solteiros sem companheiros (as), 42% têm ensino fundamental completo ou incompleto e 40% têm ensino médio completo ou incompleto; apenas 13% deles possuem nível superior. Apontam também que 20% dos internos não têm nenhuma renda, 22% ganham até um salário mínimo, 45% ganham de dois a três salários mínimos e apenas 13% ganham acima de três salários mínimos. Em relação à ocupação, 65% estavam empregados e 35% encontravam-se desempregados no momento da internação. 70% deles fazem uso de bebida alcoólica, 67% fazem uso de outras drogas. Destes, 27% usam crack, 25% associam crack com cocaína; quanto à religiosidade, 40% se denominam evangélicos, 27%, católicos; 17%, espíritas; 15%, sem nenhuma religião. Quanto ao número de internações: 60% têm entre uma e duas, sendo a segunda internação não necessariamente na Instituição em questão; 20%, de duas a cinco, podendo ser essas internações em outra Instituição que não a Casa de Eurípedes; e 20%, acima de cinco internações. 100% são internações voluntárias. Comorbidades: 15% têm depressão ou transtorno bipolar; 7%, TAG; 7%, esquizofrenia; 13%, TDAH; 58% não apresentam nenhum distúrbio.

Tabela 1 – Distribuição de frequência dos dados sociodemográficos dos participantes do presente estudo.

		GMT-A	GAC	GMT-B	GBC
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo	Feminino	0	1 (10%)	0	1 (10%)
	Masculino	10 (100%)	9 (90%)	10 (100%)	9 (90%)
Idade		38,0±10,1	32,2±4,6	43,6±12,2	41,4±12,0
Cor	Branca	4 (40%)	5 (50%)	0	1 (10%)
	Preta	0	0	1 (10%)	1 (10%)
	Indígena	0	0	1 (10%)	0
	Parda	6 (60%)	5 (50%)	8 (80%)	8 (80%)
Estado civil	Casado	4 (40%)	2 (20%)	4 (40%)	2 (20%)
	Solteiro	5 (50%)	3 (30%)	4 (40%)	4 (40%)
	Solteiro CC	0	1 (10%)	0	0
	Viúvo/divorciado	1 (10%)	4 (40%)	2 (20%)	4 (40%)
Escolaridade	Fundamental Inc. ou Comp.	7 (70%)	3 (30%)	2 (20%)	5 (50%)
	Médio Inc. ou Comp.	1 (10%)	5 (50%)	7 (70%)	3 (30%)
	Superior Inc. ou Comp.	1 (10%)	1 (10%)	1 (10%)	2 (20%)
	Pós-graduação	0	0	0	0
	Analfabeto	1 (10%)	1 (10%)	0	0
Renda familiar	< SM ou Sem renda	0	4 (40%)	2 (20%)	2 (20%)
	SM	6 (60%)	1 (10%)	0	2 (20%)
	2 a 3 SM	3 (30%)	4 (40%)	7 (70%)	4 (40%)
	Acima	1 (10%)	1 (10%)	1 (10%)	2 (20%)
Ocupação	Empregado	7 (70%)	6 (60%)	8 (80%)	5 (50%)
	Desempregado	3 (30%)	4 (40%)	2 (20%)	5 (50%)
Álcool	Sim	8 (80%)	6 (60%)	9 (90%)	10 (100%)
	Não	2 (20%)	4 (40%)	1 (10%)	0
DMD	Sim	8 (80%)	8 (80%)	6 (60%)	5 (50%)
	Não	2 (20%)	2 (20%)	4 (40%)	5 (50%)
DMD/Tipos	Crack	3 (30%)	3 (30%)	4 (40%)	1 (10%)
	Cocaína	0	3 (30%)	1 (10%)	1 (10%)
	Crack/cocaína	5 (50%)	2 (20%)	1 (10%)	2 (20%)
	Nenhum	2 (20%)	2 (20%)	4 (40%)	6 (60%)
Religião	Católico	2 (20%)	4 (40%)	1 (10%)	4 (40%)
	Evangélico	6 (60%)	3 (30%)	4 (40%)	3 (30%)
	Espírita	0	1 (10%)	3 (30%)	3 (30%)
	Nenhuma	2 (20%)	2 (20%)	2 (20%)	0
	Outras	0	0	0	0
N. internações	1 a 2	2 (20%)	9 (90%)	5 (50%)	8 (80%)
	2 a 5	4 (40%)	0	3 (30%)	1 (10%)
	Acima de 5	4 (40%)	1 (10%)	2 (20%)	1 (10%)
Tipo de internação	Voluntária	10 (100%)	10 (100%)	10 (100%)	10 (100%)
	Involuntária	0	0	0	0
	Judicial	0	0	0	0
Comorbidade	Depressão/TB	1 (10%)	1 (10%)	2 (20%)	2 (20%)
	TAG	2 (20%)	0	0	1 (10%)
	Esquizo	2 (20%)	0	1 (10%)	0
	TDAH	1 (10%)	2 (20%)	2 (20%)	0
	Nenhuma	4 (40%)	7 (70%)	5 (50%)	7 (70%)

GMT-A: Grupo de Musicoterapia A; GCA: Grupo Controle A; GMT-B: Grupo de Musicoterapia B; GCB: Grupo Controle B; N: número de sujeitos; CC com companheiro(a); TB: Transtorno Bipolar; TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizado; Esquizo: Esquizofrenia; TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Na análise intragrupo, isto é, comparando os grupos (GMT-A e GMT-B) a cada sessão (da primeira à última), na pré e pós-intervenção com a Mesa Lira, observamos que, quanto aos níveis de ansiedade e de relaxamento, não houve diferença significativa para nenhum dos grupos em relação à ansiedade. No entanto, o nível de relaxamento apresentou-se significativamente aumentado, após cada sessão, quando comparado com a avaliação pré-intervenção com a mesa vibroacústica, para ambos os grupos, conforme mostram as Tabelas 2 (GMT-A) e Tabela 3 (GMT-B).

Tabela 2 – Média e desvio padrão dos questionários aplicados antes e depois da terapia do grupo GMT-A.

	Inicial $\bar{X} \pm S$	Final $\bar{X} \pm S$	N	<i>p</i>
IDATE E-1	47,90 ± 6,26	46,00 ± 6,04	10	0,416*
IDATE E-2	46,10 ± 4,53	48,30 ± 3,95	10	0,098*
IDATE E-3	48,50 ± 3,72	47,60 ± 3,10	10	0,511**
IDATE E-4	47,20 ± 5,35	49,80 ± 4,37	10	0,064*
IDATE E-5	47,70 ± 4,42	50,20 ± 3,33	10	0,150*
NR1	5,60 ± 2,95	8,90 ± 1,10	10	0,005*
NR2	5,60 ± 1,90	8,70 ± 1,16	10	0,000*
NR3	6,80 ± 2,94	9,20 ± 1,40	10	0,011**
NR4	7,80 ± 1,93	9,30 ± 0,82	10	0,005**
NR5	7,60 ± 2,91	9,20 ± 1,87	10	0,011**

\bar{X} : média. *S*: desvio padrão. * Teste-t para amostras pareadas. ** Teste de Wilcoxon. IDATE: Inventário da Ansiedade Traço-Estado; NR: Nível de Relaxamento.

Tabela 3 – Média e desvio padrão dos questionários aplicados antes e depois da terapia do grupo GMT-B.

	Inicial $\bar{X} \pm S$	Final $\bar{X} \pm S$	N	<i>p</i>
IDATE E-1	39,90 ± 5,72	38,60 ± 6,59	10	0,459*
IDATE E-2	41,13 ± 5,30	40,88 ± 4,45	8	0,877*
IDATE E-3	41,00 ± 3,66	43,75 ± 3,28	8	0,012*
IDATE E-4	40,57 ± 3,46	40,14 ± 6,96	7	0,865*
NR1	6,80 ± 1,55	8,60 ± 0,84	10	0,007**
NR2	8,13 ± 1,25	9,13 ± 0,83	8	0,018*
NR3	7,63 ± 1,41	8,75 ± 0,89	8	0,024**
NR4	7,71 ± 2,21	8,57 ± 1,27	7	0,059**

\bar{X} : média. *S*: desvio padrão. * Teste-t para amostras pareadas. ** Teste de Wilcoxon. IDATE: Inventário da Ansiedade Traço-Estado. NR: Nível de Relaxamento.

No que tange à análise intergrupos, ou seja, comparação entre os grupos GMT-A com GCA e GMT-B com GCB, antes e depois da terapia em todas as sessões, em que

foram avaliados Traço de Ansiedade (IDATE – T), Estado de Ansiedade inicial (IDATE-E), Nível de Relaxamento (NR), percepção do usuário quanto à tentação para o uso da droga (ESTUD) ou confiança para não usar (EAAD), os resultados apontaram diferença significativa, ($p < 0,05$) para alguns itens, conforme exposto na Tabela 4.

Tabela 4 – Média e desvio padrão dos questionários aplicados antes e depois da terapia entre os diferentes grupos (GMT-A, GMT-B, GAC e GBC)

	GMT-A		N	GAC		N	GMT-B		N	GBC		N	p
	$\bar{X} \pm S$			$\bar{X} \pm S$			$\bar{X} \pm S$			$\bar{X} \pm S$			
IDATE T	50,90	± 8,25A	10	51,50	± 6,24A	10	51,40 ± 6,62A	10	52,90 ± 5,28A	10			0,919 [#]
IDATE E-1 pré	47,90 ± 6,26 ^A		10	49,17 ± 4,67 ^A		6	39,90 ± 5,72 ^B	10	50,00 ± 4,57 ^A		8		0,001 [#]
IDATE E-1 pós	46,00 ± 6,04		10				38,60 ± 6,59	10					0,017 [*]
IDATE E-2 pré	46,10 ± 4,53		10				41,13 ± 5,30	8					0,047 [*]
IDATE E-2 pós	48,30 ± 3,95		10				40,88 ± 4,45	8					0,002 [*]
IDATE E-3 pré	48,50 ± 3,72		10				41,00 ± 3,66	8					0,003 ^{**}
IDATE E-3 pós	47,60 ± 3,10		10				43,75 ± 3,28	8					0,021 [*]
IDATE E-4 pré	47,20 ± 5,35		10				40,57 ± 3,46	7					0,012 [*]
IDATE E-4 pós	49,80 ± 4,37		10				40,14 ± 6,96	10					0,003 [*]
IDATE E-2 SPT	49,56 ± 6,33 ^A		9	51,20 ± 7,16 ^A		5	48,14 ± 5,01 ^A	7	45,50 ± 15,60 ^A		6		0,748 [#]
IDATE E-3 SPT	52,29 ± 7,45 ^A		7	44,40 ± 7,40 ^A		5	50,00 ± 9,65 ^A	6	49,67 ± 9,29 ^A		6		0,481 [#]
IDATE E-4 SPT	45,00 ± 3,74 ^A		4	45,60 ± 3,71 ^A		5	44,25 ± 8,66 ^A	4	47,00 ± 7,58 ^A		5		0,924 [#]
ESTUD inicial	80,70 ± 15,66		10	66,60 ± 23,82		10	61,40 ± 22,81	10	75,70 ± 15,57 ^A		10		0,143 [#]
	A			A			A						
ESTUD 1	63,00 ± 20,86		10	51,40 ± 17,83		5	46,71 ± 16,84	7	53,86 ± 28,63 ^A		7		0,484 [#]
	A			A			A						
ESTUD 2	65,90 ± 29,08		10	43,80 ± 11,99		5	47,30 ± 16,91	6	38,67 ± 19,55 ^A		6		0,153 ^{##}
	A			A			A						
ESTUD 3	60,71 ± 22,59		7	35,60 ± 13,87		5	30,83 ± 4,54 ^A	6	43,30 ± 29,46 ^A		6		0,073 [#]
	A			A									
ESTUD 4	48,00 ± 18,46		4	33,80 ± 9,42 ^A		5			27,80 ± 4,82 ^A		5		0,067 [#]
	A												
EAAD Inicial	58,20 ± 14,75		10	70,80 ± 25,63		10	72,10 ± 19,71	10	67,10 ± 15,95 ^A		10		0,388 [#]
	A			A			A						
EAAD 1	77,80 ± 14,34		10	83,20 ± 20,72		5	79,67 ± 22,15	6	90,00 ± 25,17 ^A		7		0,851 ^{##}
	A			A			A						
EAAD 2	75,60 ± 19,41		10	96,20 ± 14,20		5	97,50 ± 21,52	6	79,83 ± 23,56 ^A		6		0,121 [#]
	A			A			A						
EAAD 3	83,14 ± 19,15		7	96,20 ± 27,73		5	110,83 ± 6,05	6	94,67 ± 32,15 ^A		6		0,091 ^{##}
	A			A			A						
EAAD 4	88,00 ± 13,34		4	101,20 ± 15,14 ^A		5			104,40 ± 13,37		5		0,235 [#]
	A								A				
NR1 pré	5,60 ± 2,95		10				6,80 ± 1,55	10					0,393 ^{**}
NR1 pós	8,90 ± 1,10		10				8,60 ± 0,84	10					0,529 ^{**}
NR2 pré	5,60 ± 1,90		10				8,13 ± 1,25	8					0,005 [*]
NR2 pós	8,70 ± 1,16		10				9,13 ± 0,83	8					0,397 [*]
NR3 pré	6,80 ± 2,94		10				7,63 ± 1,41	8					0,696 ^{**}
NR3 pós	9,20 ± 1,40		10				8,75 ± 0,89	8					0,173 ^{**}
NR4 pré	7,80 ± 1,93		10				7,71 ± 2,21	7					0,962 ^{**}
NR4 pós	9,30 ± 0,82		10				8,57 ± 1,27	7					0,230 ^{**}

\bar{X} : média. S: desvio padrão. *Teste-t para amostras independentes. **Teste de Mann Whitney. [#]ANOVA. ^{##}Kruskal-Wallis. Letras iguais nas linhas não demonstram diferença significativa. Letras diferentes nas linhas demonstram diferença significativa. IDATE-E: Inventário da Ansiedade Estado. IDATE-T: Inventário da Ansiedade Traço. SPT: Semana Pós-tratamento. ESTUD: Escala de tentativa para uso de drogas. EAAD: Escala de autoeficácia para abstinência de drogas. NR: Nível de relaxamento.

Para comparar os protocolos de intervenção, foram realizadas duas análises. A primeira comparando pré e pós-intervenção por sessão entre os grupos (GMT-A e GMT-B), cujos dados estão apresentados na Tabela 5, e outra análise comparando apenas os dados entre a primeira e última sessão dos grupos de intervenção. Estes dados estão disponibilizados na Tabela 6.

Tabela 5 – Média e desvio padrão dos questionários aplicados antes e depois da terapia entre GMT-A e GMT-B.

	GMT-A	N	GMT-B	N	p
	$\bar{X} \pm S$		$\bar{X} \pm S$		
IDATE T	50,90 ± 8,25	10	51,40 ± 6,62	10	0,883*
IDATE E-1 pré	47,90 ± 6,26	10	39,90 ± 5,72	10	0,008*
IDATE E-1 pós	46,00 ± 6,04	10	38,60 ± 6,59	10	0,017*
IDATE E-2 pré	46,10 ± 4,53	10	41,13 ± 5,30	8	0,047*
IDATE E-2 pós	48,30 ± 3,95	10	40,88 ± 4,45	8	0,002*
IDATE E-3 pré	48,50 ± 3,72	10	41,00 ± 3,66	8	0,003**
IDATE E-3 pós	47,60 ± 3,10	10	43,75 ± 3,28	8	0,021*
IDATE E-4 pré	47,20 ± 5,35	10	40,57 ± 3,46	7	0,012*
IDATE E-4 pós	49,80 ± 4,37	10	40,14 ± 6,96	10	0,003*
IDATE E-2 SPT	49,56 ± 6,33	9	48,14 ± 5,01	7	0,636*
IDATE E-3 SPT	52,29 ± 7,45	7	50,00 ± 9,65	6	0,639*
IDATE E-4 SPT	45,00 ± 3,74	4	44,25 ± 8,66	4	0,879*
ESTUD Inicial	80,70 ± 15,66	10	61,40 ± 22,81	10	0,041*
ESTUD 1	63,00 ± 20,86	10	46,71 ± 16,84	7	0,108*
ESTUD 2	65,90 ± 29,08	10	47,30 ± 16,91	6	0,158**
ESTUD 3	60,71 ± 22,59	7	30,83 ± 4,54	6	0,009*
ESTUD 4	48,00 ± 18,46	4			
EAAD Inicial	58,20 ± 14,75	10	72,10 ± 19,71	10	0,091*
EAAD 1	77,80 ± 14,34	10	79,67 ± 22,15	6	0,957**
EAAD 2	75,60 ± 19,41	10	97,50 ± 21,52	6	0,054*
EAAD 3	83,14 ± 19,15	7	110,83 ± 6,05	6	0,006*
EAAD 4	88,00 ± 13,34	4			
NR1 pré	5,60 ± 2,95	10	6,80 ± 1,55	10	0,393**
NR1 pós	8,90 ± 1,10	10	8,60 ± 0,84	10	0,529**
NR2 pré	5,60 ± 1,90	10	8,13 ± 1,25	8	0,005*
NR2 pós	8,70 ± 1,16	10	9,13 ± 0,83	8	0,397*
NR3 pré	6,80 ± 2,94	10	7,63 ± 1,41	8	0,696**
NR3 pós	9,20 ± 1,40	10	8,75 ± 0,89	8	0,173**
NR4 pré	7,80 ± 1,93	10	7,71 ± 2,21	7	0,962**
NR4 pós	9,30 ± 0,82	10	8,57 ± 1,27	7	0,230**

\bar{X} : média. S: desvio padrão. *Teste-t para amostras independentes. ** Teste de Mann Whitney. *IDATE-E: Inventário da Ansiedade Estado. IDATE-T: Inventário da Ansiedade Traço. SPT: Semana Pós-tratamento. ESTUD: Escala de tentação para uso de drogas. EAAD: Escala de autoeficácia para abstinência de drogas. NR: Nível de relaxamento.*

Tabela 6 – Média e desvio padrão dos questionários aplicados para o grupo GMT-A e grupo GMT-B.

Grupo GMT-A			Grupo GMT-B		
Domínios	$\bar{X} \pm S$	<i>p</i>	Domínios	$\bar{X} \pm S$	<i>p</i>
IDATE E-1 inicial	47,90 ± 6,26	0,321*	IDATE E-1 inicial	38,57 ± 5,00	0,641*
IDATE E-5 final	50,20 ± 3,33		IDATE E-5 final	40,14 ± 6,96	
ESTUD 1	53,00 ± 28,81	0,820*	ESTUD 1	48,50 ± 17,71	0,043*
ESTUD 4	48,00 ± 18,46		ESTUD 4	30,83 ± 4,54	
EAAD 1	84,50 ± 16,54	0,715**	EAAD 1	79,67 ± 22,15	0,043**
EAAD 4	88,00 ± 13,34		EAAD 4	110,83 ± 6,05	
NR1	5,60 ± 2,95	0,007**	NR1	6,71 ± 1,60	0,071**
NR5	9,20 ± 1,87		NR5	8,57 ± 1,27	

\bar{X} : média. S: desvio padrão. * Teste-t para amostras pareadas. ** Teste de Wilcoxon. *IDATE-E*: Inventário da Ansiedade Estado. *ESTUD*: Escala de tentação para uso de drogas. *EAAD*: Escala de autoeficácia para abstinência de drogas. *NR*: Nível de relaxamento.

Foi realizada uma comparação entre os Grupos de Musicoterapia A e B e seus respectivos controles sobre o tempo de internação de cada participante, considerando o período igual ou superior a 15 dias e igual ou inferior a 15 dias. Foi possível observar (fig. 6) que o maior número de sujeitos do GMTA permaneceu mais tempo sob o regime de internação, ou seja, menor número de evasão foi o referido grupo, quando comparados todos os grupos. Se compararmos os Grupos de Musicoterapia com os Grupos Controles, sem distinção entre os Grupos, pôde-se observar que apenas 15% dos participantes dos grupos de Musicoterapia abandonaram o tratamento versus 22,5% dos grupos Controle.

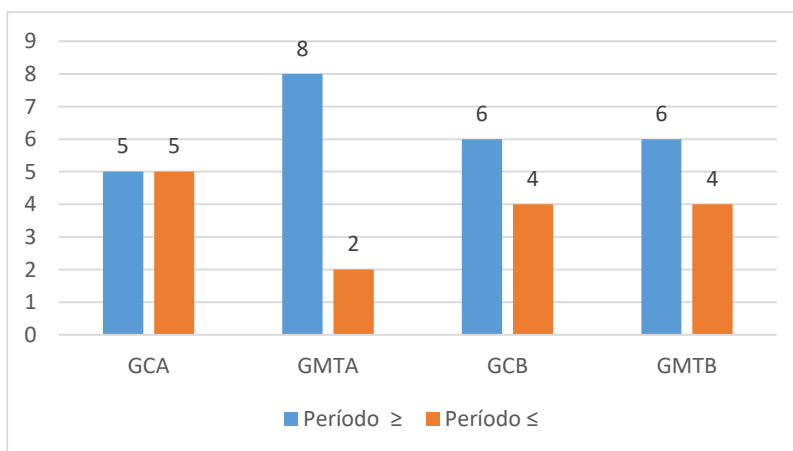


Figura 6. Relação entre número de evasões e número de dias de internação entre os grupos controle e de musicoterapia A e B

Ainda sob a perspectiva qualitativa, apresentaremos algumas informações sobre a percepção de alguns participantes acerca das sessões com a mesa vibroacústica. Estes dados foram obtidos durante o processamento das sessões, juntamente com a musicoterapeuta pesquisadora, quando os participantes tinham a oportunidade para se expressar, cada um a seu modo, sobre como se sentiram durante a intervenção. Segue a transcrição de trechos dos principais pontos da fala dos participantes dos grupos de musicoterapia (GMT-A e GMT-B), que espontaneamente se manifestaram após as sessões.

V.S.O, usuário de crack e cocaína por mais de 20 anos, relatou, nos três primeiros atendimentos, lembranças pessoais, principalmente as de teor negativo. Após 10 minutos de atendimento com a ML, entrava em sono profundo e quando acordava se mostrava assustado, não reconhecia o lugar onde estava. Sempre procurava pelos filhos, pois tinha a sensação de estar em casa. No último atendimento, ele disse: “No primeiro dia foi terrível, um desconforto, tive pesadelos, mas hoje não, foi muito tranquilo. Foi ótimo!” Concluiu emitindo a opinião de que os atendimentos com a ML não deveriam ser interrompidos, pois “me trouxeram paz de espírito”.

H.V., usuário de crack, cocaína e álcool, pouco falava ao término dos atendimentos, mas, ao ser indagado sobre a sua experiência, disse: “Prefiro os movimentos das cordas em ritmo menos acelerado, fico mais relaxado”.

C.H.D., usuário de álcool e crack, relatou ouvir os sons harmônicos de forma cíclica, como se uma música melódica tivesse sido produzida e ficasse repetindo inúmeras vezes. “Em todas as ocasiões com a mesa lira, trouxe relaxamento, mas no quarto atendimento senti como se meu corpo fosse uma onda”.

L.F.B.S. relatou sentir maior vibração no corpo quando o movimento estava em um andamento mais rápido e que, ao diminuir, tinha uma sensação de calma. A partir da segunda sessão, percebeu maior vibração nas pernas e no pescoço quando o andamento estava mais lento. No terceiro atendimento pediu para passar pela ML sem o travesseiro de apoio da cabeça. Contudo, disse que se sentiu muito desconfortável sem e comentou: “O travesseiro é o salvador da pátria”.

F.J.L., usuário de crack, afirmou que se sentiu bastante beneficiado com os atendimentos. Na primeira sessão, ele disse: “Parece que arrancou tudo de ruim que tava dentro de mim”. Na segunda, relatou: “Parece que tava abrindo e saindo todo o mal de dentro de mim. Na hora senti um desconforto na coluna, tipo arrancando algo, mas agora não está mais doendo, como se tivesse desbloqueando várias coisas... Tô me sentindo bem mais aliviado”. No terceiro dia ele disse que, após a sessão (que ocorria pela manhã), havia dormido boa parte da tarde daquele mesmo dia sem o uso da medicação: “Pra eu dormir à tarde, só se for com medicação, e eu não precisei. Estou me sentindo cada vez mais calmo, as dores estão diminuindo”. Após a quarta sessão, relatou: “Mexeu com meus sentimentos. Me vi falando para minha mãe e minhas irmãs que as amo. Não conversava com ninguém, agora tô conversando com muitas pessoas”. No último atendimento, F.J.L. reconheceu o quanto a ML trouxe benefícios para ele: “Eu tô me transformando. Agora tô tendo coragem de falar. Quando tava passando pela mesa lira, tô sentindo que tá apagando algumas coisas que me fazem mal. Tô sorrindo mais, conversando mais”. Ao final do processo ele relatou que sua coluna, que doía muito há vários anos, após um acidente que sofrera, não apresentava nenhum sinal de dor.

E.W.C.R., usuário de crack há 20 anos, apresentava um quadro de ansiedade grave. Após a terceira sessão, relatou sobre os inúmeros benefícios com a ML: “Nossa, fiquei tão relaxado que até dormi!”. Disse ainda que, durante as sessões, vieram muitas lembranças: “Umas boas, outras ruins”. De acordo com ele, quando o instrumento é tocado numa velocidade mais lenta, o relaxamento é maior.

A.A.F., usuário de álcool, relata ter percebido que sua vontade em realizar tarefas da vida diária melhorou após os atendimentos na ML. A experiência lhe trouxe lembranças do irmão, que tem dificuldade em lidar com barulho.

M.S.S., usuário de álcool e crack, se mostrou inquieto nos dois primeiros atendimentos. Nos 10 minutos iniciais, abria os olhos, parecia um olhar vago. Após esse tempo, parecia que a ML lhe causava certo desconforto. Ao observar esse comportamento, encerrei a ML e pedi a ele para comentar sobre as suas percepções: “Com os olhos fechados, vinha passagens da minha vida, mas não lembro o que era. Acho que era mais pra bom do que ruim. Quando a gente deita na mesa, os problemas vão todos embora... vibra tudo, não para nada. Estava pensando em algumas coisas que aconteceram

comigo no passado... uma viagem diferente... um sonho diferente, não era sonho ruim”. Após duas semanas de internação, o usuário foi transferido para a ala de transtorno mental com diagnóstico de esquizofrenia.

W.B.S.J., usuário de crack, álcool e cocaína, se queixou de muita dor na coluna nos três primeiros atendimentos; a partir do quarto atendimento, não se queixou mais. Já no quinto e último atendimento, percebeu a coluna vibrar, mas agora sem dor. Considerou a ML um instrumento relaxante.

W.T., usuário de álcool, indígena, sentiu-se bastante conectado com a ML. Referiu-se a um profundo relaxamento, em especial quando as cordas eram tocadas numa velocidade mais lenta, sentindo maior vibração. Preferiu que retirasse o travesseiro, porque, segundo ele, não estava sentindo vibração na cabeça e continuou assim nos demais atendimentos.

J.M.W., usuário de álcool, no primeiro atendimento teve uma crise de choro logo após os 10 primeiros minutos de intervenção com a ML. Foi aberto um espaço para ele se expressar, ao que trouxe lembranças de sua família. Após se mostrar mais calmo, retornamos à ML por mais 15 minutos. No segundo atendimento, relatou que dormiu e não percebeu nada durante a sessão. No terceiro dia ele relatou algumas sensações ocorridas durante a intervenção que o deixaram impressionado: “Primeiro senti uma friagem na barriga. Depois pensei que você estava colocando um pano branco em cima de mim. Me senti um pouco mais tenso por causa desse pano que vi no final”. No quarto e último atendimento, dormiu profundamente durante a intervenção, ao ponto de não perceber as vibrações da mesa em seu corpo.

L.C., usuário de álcool e crack, percebeu melhoras no seu estado emocional após a ML. Sob o seu ponto de vista, a sua ansiedade diminuía a cada sessão e que a experiência mais relaxante ocorreu no terceiro atendimento.

A.D.O., usuário de álcool, relatou que dormiu em todas as sessões: “Estava tão bom que eu cochilei”.

I.T., usuário de álcool e crack, trouxe a queixa de pontos dolorosos no corpo antes do primeiro dia com a ML, mas, ao final da sessão, relatou ter percebido o corpo mais relaxado e sem as dores iniciais. No segundo dia, mostrou dificuldade para compreender o que era falado pela musicoterapeuta. Em alguns momentos da sessão ficava com os olhos abertos e fixos em algum ponto. Na terceira, durante a fase de andamento rápido, se queixou de prurido generalizado pelo corpo, que melhorou após o andamento ser diminuído. Pareceu que o som das cordas ou a vibração causava a ele certo desconforto.

B.C.M., usuário de crack e cocaína há 10 anos, queixou-se, no início da segunda sessão, de dor decorrente de uma cirurgia odontológica, e, decorridos 20 minutos da intervenção, relatou que a dor havia cessado.

A partir dos dados apresentados nesta seção de resultados, surgiram inquietações, questionamentos e conclusões importantes que merecem uma criteriosa discussão e possível cotejo com a literatura para dar sustentação aos nossos achados, conforme apresentaremos no capítulo seguinte.

7. DISCUSSÃO

Este estudo randomizado foi realizado a partir da coleta de dados de dependentes químicos em um programa de desintoxicação sob o regime de internação e teve como objetivo investigar se o tratamento com a Musicoterapia Receptiva por meio da Mesa Lira (mesa vibroacústica) contribuiria para a redução dos níveis de ansiedade durante a internação, testando dois protocolos distintos de intervenção musicoterapêutica. Os resultados apontaram aspectos interessantes que serão apresentados e discutidos a seguir:

7.1 Gênero e uso de drogas

O presente estudo demonstrou que o consumo de drogas é significativamente maior entre o sexo masculino. Revisão realizada por Felipe; Carvalho; Andrade (2015) corrobora com esses achados. Nesta mesma vertente, Bastos e Bertoni (2014) e Pedrosa et al. (2016) apontam que os homens são os principais usuários de crack e/ou outras drogas similares no Brasil. Especificamente em relação ao consumo de álcool, há indícios de que os homens e as mulheres possuem diferenças quanto à impulsividade e busca pelo álcool e que essa associação envolve fatores comportamentais, cognitivos e hereditários. Dentre estas diferenças, as mulheres apresentam menor tolerância para o álcool e tendem a iniciar o consumo mais tarde e a consumir menor quantidade (SCHEFFER; MARIA; ALMEIDA, 2010). Apesar da quantidade de mulheres usuárias de drogas ainda ser menor em relação aos homens usuários, esse número vem crescendo, principalmente a partir das últimas décadas, e para este aumento existem algumas justificativas apresentadas por Medeiros; Maciel; De Sousa (2017).

Até pouco tempo atrás, o uso de drogas por mulheres ainda era visto com preconceito em relação aos homens, pois a imagem histórica construída da mulher é a de mãe, cuidadora e esposa e não condiz com a imagem de mulher usuária de droga e/ou participante de narcotráfico (LIMBERGER; ANDRETTA, 2015). A motivação de uso, consequências psicológicas das substâncias, diferenças metabólicas, comorbidades físicas e psiquiátricas, fatores socioculturais, genéticos, implicações na gestação e amamentação são elementos que influenciam nas diferenças de gênero em relação ao uso da droga. As mulheres sobressaem aos homens em relação à intensidade do abuso de

crack. Na pesquisa realizada por (BASTOS & BERTONI, 2014), elas relataram consumir 21 pedras enquanto os homens disseram consumir 13.

7.2 Religiosidade e uso de drogas

O número de participantes deste estudo que declararam fazer parte de algum credo religioso foi significativamente maior do que aqueles que não declararam vínculo religioso. Ou seja, subentenderia-se que os usuários do presente estudo que de alguma forma tinham vínculo religioso estavam mais propensos a usar drogas. Por outro lado, revisão realizada por Felipe; Carvalho; Andrade (2015) apontou consenso entre os estudos incluídos e analisados de que a religiosidade apresentava efeito preventivo ao uso de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes. Na mesma vertente, outro estudo aponta que a religião funciona como fator protetor para o uso de drogas entre estudantes e adolescentes (CIPRIANO et al., 2017). Para esta divergência trazemos a hipótese de que, no caso específico do presente estudo, os participantes estavam em fase de desintoxicação e a internação ocorreu de modo voluntário e espontâneo. Desta forma, estes indivíduos estavam dispostos a se recuperar e, nesse caso, a religião poderia servir como suporte para ajudá-los a vencer aquela etapa de sofrimento, como ocorre, também, em outras situações de vulnerabilidade (FOCH; SILVA; ENUMO, 2017; MATOS et al., 2017). Vale ressaltar que a vulnerabilidade é um conceito aplicável aos usuários de drogas ilícitas e trata-se de uma condição de interesse público. A prevenção ao uso de drogas deve incluir informações sobre os problemas advindos do uso, da vontade do indivíduo e de outros fatores individuais, coletivos e contextuais (TEIXEIRA; ENGSTROM; RIBEIRO, 2017).

7.3 Escolaridade e uso de drogas

Acerca da escolaridade, estudos com resultados similares ao nosso confirmam que há um predomínio de níveis mais baixos como ensino fundamental (incompleto e completo) para usuários de drogas (AZEVEDO et al., 2016; BARBOSA et al., 2015; TEIXEIRA; ENGSTROM; RIBEIRO, 2017).

7.4 Ansiedade e relaxamento

Quanto ao nível de ansiedade e relaxamento dos participantes deste estudo, foi possível observar que no IDATE-E, tanto o grupo GMT-A como o grupo GMT-B apresentaram comportamento bem semelhante, de acordo com as respostas apresentadas na análise. Primeiramente, os valores apresentados antes da primeira sessão de musicoterapia são inferiores aos mostrados no pós-musicoterapia da última sessão. Significa que, mesmo sem significância estatística, os usuários concluíram o processo musicoterapêutico com nível de ansiedade maior do que quando iniciaram. Outro aspecto interessante é que, desde a primeira avaliação no pré e pós-musicoterapia, houve resultados semelhantes no IDATE-E. Ou seja, sempre chegavam quase com o mesmo nível em todas as sessões, o que pode significar que não houve diferença entre as sessões. O que ganhavam de benefício durante a terapia, “perdiam” entre uma sessão e outra. Outro aspecto é que os participantes, em ambos os grupos, mostraram menor nível de ansiedade antes da primeira sessão de musicoterapia em relação à última sessão (Tabela 4). Se nos baseássemos apenas nesses dados, diríamos que as sessões de musicoterapia não trouxeram benefício aos usuários, o que pode acontecer, embora quando comparados os dois grupos de intervenção, o GMT-B foi significativamente melhor do que o GMT-A.

De forma semelhante, a análise intragrupo mostrou que, nos grupos de intervenção, tanto o GMT-A como o GMT-B apresentaram piora da ansiedade com nível de significância estatística no quarto e terceiro encontros, respectivamente, quando comparados os resultados pré e pós sessão de musicoterapia com a Mesa Lira. Por outro lado, resultados para avaliação dos níveis de relaxamento (NR) mostraram significância em todas as sessões para ambos os grupos de intervenção. Sobre este aspecto/resultado, queremos trazer aqui algumas reflexões:

Primeiramente, associando o nível baixo de escolaridade dos participantes deste estudo a um possível comprometimento cognitivo e a um provável estresse (não mensurado neste estudo) advindos do uso de droga; considerando que a Escala de Avaliação Subjetiva do Nível de Relaxamento (NR), que oferece pista visual em forma de régua para mensuração, poderia ser mais simples para pontuar (pontuação mais direta) do que a IDATE-E, que é composta por várias perguntas e para cada uma delas há quatro opções de resposta; uma possível comparação entre diminuição da ansiedade com

relaxamento por andarem sempre juntos; e por uma possível acomodação relacionada à percepção, uma das funções cognitivas, nossa hipótese é de que os participantes do estudo percebiam o relaxamento como a minimização de sintomas da ansiedade. Para melhor compreensão, porém longe de querermos criar um convencimento, faremos uma breve explicação sobre estes pontos elencados, apenas para suscitar uma reflexão sobre o assunto.

A Mesa Lira, conforme já descrito, permite ao sujeito uma experiência multissensorial, cujas vibrações produzidas pelas cordas sob a madeira podem ser percebidas, principalmente pelo corpo do indivíduo, que fica sobreposto sobre a mesa durante a sessão. Falamos, aqui, da percepção como uma função cerebral que organiza e interpreta as informações sensoriais (vibração das cordas no corpo) de maneira significativa (HOCKENBURY & HOCKENBURY, 2003), isto é, atribui significado aos estímulos sensoriais captados pelo sistema sensorial (sensação) a partir de experiências anteriores (memória) e contexto. Importante lembrar que a atenção é fundamental para a percepção. Prescrevem os autores Ferreira; Colongese, 2014; Fortes et al., 2019 que o consumo de drogas afeta a capacidade cognitiva do indivíduo, tais como lentificação no processamento de informações, dificuldades de organização e planejamento, aprendizagem, prejuízo na memória, diminuição da atenção, principalmente a atenção sustentada. Desta forma, se a atenção ou memória estiverem comprometidas (o que pode ocorrer entre os usuários de drogas), a percepção também estará, isto é, pode ocorrer uma diminuição da capacidade de dar significado à sensação decorrente do estímulo somatossensorial ou de se expressar. Ainda, a escala NR, pelo seu baixo nível de complexidade, poderia facilitar essa expressão, por conter nela pista visual (escala com gradação em ordem crescente), bem como justificar uma possível confusão de conceitos relacionados ao menor nível de ansiedade e o relaxamento.

Continuando, reportamo-nos aos autores Margis et al. (2003), que descrevem o estresse como o estado gerado pela percepção de estímulos que promovem excitação emocional e disparam um processo de adaptação, em decorrência da perturbação da homeostasia. O estímulo que provoca ou conduz ao estresse é denominado de estressor. A resposta ao estresse é a conjunção entre as características pessoais e as demandas do meio e envolve aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos que contribuem para melhor percepção da situação e de suas demandas, além de ajudar para que o processamento da informação disponível seja mais rápido, o que auxilia na busca de

soluções, por meio da seleção de condutas adequadas, e prepara o organismo para agir de maneira mais rápida e efetiva. A desorganização deste processo pode provocar manifestações psicopatológicas, como sintomas inespecíficos de depressão ou ansiedade ou transtornos psiquiátricos. A resposta de cada indivíduo depende da magnitude e frequência do evento de vida estressor, de fatores ambientais e genéticos. A resposta de enfrentamento ao evento estressor é selecionada a partir dos componentes cognitivo, comportamental e fisiológico. Se a situação estressora for eliminada ou solucionada, a cascata fisiológica ativada será diminuída. Caso contrário, a ativação fisiológica pode ser frequente e duradoura ou intensa e, nesse caso, pode ser fator preditivo ao aparecimento de transtornos de ansiedade, dentre outros transtornos mentais. Em resumo, os eventos estressores da vida podem ser compreendidos como preditores ambientais de ansiedade e depressão e os fatores genéticos desempenham papel importante nas diferenças de suscetibilidade individual a esses eventos. A condição de estresse pode vir acompanhada por outros sintomas, dos quais (dentre os quais) a ansiedade (FREITAS; CALAIS; CARDOSO, 2018).

Para fortalecer a nossa hipótese, apresentaremos trechos dos depoimentos dos participantes dos grupos de musicoterapia, obtidos por meio de breve questionamento sobre a percepção deles sobre a ML após a intervenção de cada sessão. Para estas informações de cunho qualitativo, utilizamos o recurso da categorização e definimos “relaxamento” como tema para interpretação dos depoimentos. As expressões utilizadas foram: “paz de espírito”; “fico mais relaxado”; “trouxe relaxamento” e “senti como se meu corpo fosse uma onda”; “tô me sentindo bem mais aliviado” e “estou me sentindo cada vez mais calmo”; “Nossa! Fiquei tão relaxado que até dormi”; ML, um instrumento relaxante: “dormi profundamente durante a intervenção, ao ponto de não perceber as vibrações da mesa em meu corpo”; a ansiedade diminuía à cada sessão e que a experiência mais relaxante ocorrera no terceiro atendimento: “estava tão bom que eu cochilei”; “percebi o meu corpo mais relaxado”. Pode-se perceber que, da forma como eles se manifestam, trouxeram algumas expressões que também estão próximas da ansiedade, tais como “alívio”, “calma”. Vislumbramos, com significância estatística, que a musicoterapia promoveu relaxamento.

As respostas de relaxamento são caracterizadas, de acordo com Klainin et al., 2015; Conrad e Roth, 2007; Chiang et al., 2009, por um conjunto de ajustes fisiológicos provenientes da ausência de tensão no corpo e na mente. Normalmente são acompanhadas

da redução da excitação neurológica e da diminuição da atividade simpática e da sensação de bem-estar físico, como corpo descansado. As intervenções de relaxamento, por meio de suas técnicas, geralmente são focadas nas mudanças fisiológica com efeitos estabilizadores do sistema nervoso autônomo (MONTERO-MARIN; GARCIA-CAMPAYO; PÉREZ-, 2019).

Dando seguimento à nossa discussão e trazendo o foco para o tema Musicoterapia e ansiedade, estudo proposto por Taets et al (2019) com o intuito de avaliar o efeito da musicoterapia sobre o estresse de pessoas dependentes quimicamente -- por meio da avaliação do nível de cortisol salivar (hormônio do estresse) coletado em três momentos: antes da intervenção, 60 minutos depois e 120 minutos após a intervenção do grupo de musicoterapia -- mostrou em seus resultados com nível de significância (com significância) que o nível de cortisol reduziu após 60 min. e sem significância, após 120 min. Esses autores concluíram que apenas uma sessão de 60 minutos de musicoterapia em grupo foi capaz de reduzir o estresse de pessoas dependentes quimicamente. Detalham, ainda, os autores do citado estudo que não pretendem afirmar que a musicoterapia sozinha seja capaz de curar a dependência química, mas os resultados, segundo eles, apontaram, com base na investigação clínica, um impacto significativo dessa terapia, juntamente com o tratamento psiquiátrico e psicológico, na redução dos níveis de estresse dos indivíduos dependentes químicos, podendo auxiliá-los nos momentos de fissura durante a abstinência. Vale ressaltar que a modalidade musicoterapêutica utilizada no referido estudo foi a interativa⁶, diferentemente da nossa pesquisa, que foi receptiva.

Pesquisa realizada em usuários de drogas durante o período de abstinência de dependentes químicos, utilizando experiências musicais receptivas com 143 sujeitos em tratamento, sendo 37 em regime de internação e 106 em reabilitação residencial, mostrou que 70% dos participantes da amostra hospitalar ouviam música por mais de uma hora por dia, geralmente sozinhos, e tinham como preferência os estilos pop e rock. Para esses indivíduos, a audição musical intensificava o desejo pelo consumo de drogas e vice-versa; 43% apresentaram explicações comuns para o aumento do desejo de uso das drogas durante a audição de músicas preferidas, dentre elas de que a música estava associada ao uso de substâncias; a música evocava emoções relacionadas ao uso de substâncias; e a

⁶ Na musicoterapia interativa, o musicoterapeuta e os pacientes são envolvidos ativamente no fazer musical durante a sessão musicoterapêutica (GALDURÓZ et al., (2001).

música continha informações sobre o uso de substâncias. Esses resultados indicam a necessidade de os terapeutas estarem cientes de que a música tem a capacidade de invocar fortes reações emocionais negativas, como tristeza e perda. Embora essas emoções possam ser tratadas com apoio e contenção no contexto da terapia, pessoas que deixam de fazer o uso da substância química podem achar mais difícil atenuar essas reações emocionais à música quando sozinhas (GENEVIEVE et al, 2015).

Estudos de neuroimagem mostram como a música modula fortemente a atividade em uma rede de estruturas mesolímbicas envolvidas no processamento de recompensas - os mesmos circuitos que são ativados durante o uso de drogas (MENON & LEVITIN, 2005; SALIMPOOR et al 2009) – no que esse estudo aponta aumento da conexão no corpo médio/posterior do corpo caloso de músicos treinados precocemente; a música aumenta a conectividade da substância branca do cérebro e que poderia proteger as portadoras com baixo circuito; bem como reduz a função da dopamina referente a tomada de decisões; reduz a dependência de recompensas e impulsividade (STEELE et al., 2013); além de poder auxiliar na recuperação de dependentes químicos, quando trabalhado com músicas agradáveis ao ouvido (BLUM et al, 2017). A Musicoterapia é apontada como eficaz para o tratamento e prevenção da dependência química, mostrando bons resultados entre os dependentes químicos (ROSS, 2008).

Especificamente sobre o monocórdio, estudos mostraram que a musicoterapia orientada para o corpo, que usa estimulação vibroacústica, induziu a estados de profundo relaxamento e sentimentos de percepção corporal alterada, efeitos positivos com redução da ansiedade e melhoria do bem-estar (LEE et al., 2012; SANDLER et al., 2016, 2017).

Finalmente, os pacientes que participaram dos grupos de musicoterapia permaneceram mais tempo internados, isso significa maior adesão ao tratamento e conseqüentemente menor taxa de abandono. O tempo de tratamento é um importante requisito para o seu sucesso e estratégias específicas que influenciam na adesão do paciente ao tratamento devem ser desenvolvidas (FERNANDES et al., 2017). Desta forma, pode-se afirmar que a musicoterapia trouxe contribuições no que se refere à diminuição do abandono dos participantes da musicoterapia (da técnica) quando comparados aos grupos controles.

CONCLUSÕES

- A Musicoterapia receptiva por meio da experiência vibroacústica com a Mesa Lira foi pouco eficaz na redução da ansiedade de usuários de droga sob o regime de internação no Programa de Desintoxicação.
- A intervenção musicoterapêutica com a Mesa Lira se mostrou efetiva na promoção do relaxamento e consequente bem-estar dos usuários de droga em tratamento.
- As intervenções musicoterapêuticas em dias intercalados se mostraram mais efetivas em relação às diárias.
- As sessões de Musicoterapia se mostraram importantes para o fortalecimento dos participantes para que pudessem enfrentar os sintomas da abstinência, bem como o desejo incontrolável pelo uso da droga.
- A Musicoterapia se mostrou importante para melhorar a adesão ao tratamento dos usuários de droga.
- O estudo foi importante para demonstrar a receptividade dos participantes à nova abordagem terapêutica.
- A pesquisa auxiliou a dar respaldo para o uso da Musicoterapia Receptiva com Mesa Vibroacústica, diferentemente das demais pesquisas que utilizam o recurso da audição musical.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, concordamos que o uso de drogas é um problema de saúde pública e merece atenção especial diante o aumento de usuários a cada ano. O tratamento, nesses casos, é complexo, pois depende da adesão dos pacientes para que se possa obter melhores resultados. Ocorre que, diante da sintomatologia angustiante decorrente da abstinência, dentre as quais a ansiedade ocasionada pela retirada da droga, associada ao desejo incontrollável pela substância, a adesão ao tratamento fica comprometida, com isso, há significativa taxa de evasão, o que significa, na maioria dos casos, a retomada do uso da droga. Nesse sentido, este estudo nos permitiu constatar que a Musicoterapia receptiva com a Mesa Lira foi uma importante estratégia de tratamento para diminuir os níveis de ansiedade, de desejo pelo consumo da droga, para auxiliar no enfrentamento da abstinência e na promoção do bem-estar decorrente do relaxamento. Estamos certos de que todos esses fatores associados contribuíram para ajudar o usuário a aderir ao tratamento como um todo, permanecendo maior tempo no regime de internação.

A partir dos resultados com relevância estatística, defendemos a inserção da musicoterapia e a continuidade da mesma (em locais onde o serviço já foi implantado) no tratamento de desintoxicação de usuários de drogas, pois os resultados podem ir além da melhora dos sintomas da abstinência. A ML auxilia no enfrentamento do problema, pode melhorar a qualidade de vida do usuário e, conseqüentemente, de seus familiares, e, por extensão, os aspectos sociais, dentre outros. Além do mais, a musicoterapia é um tratamento seguro, desde que conduzido por profissional habilitado, o musicoterapeuta.

Apesar dessas constatações positivas, pudemos observar alguns pontos que fragilizaram o presente estudo e a menção deles aqui serve para corroborar com pesquisas futuras. Fazemos referência ao tempo de aplicação das escalas. Nesse estudo, optamos por avaliar a ansiedade com a escala IDATE-E no início e final de cada sessão. Ao final da pesquisa, percebemos que não foi um procedimento adequado e que possivelmente tenha influenciado na percepção da ansiedade pelos sujeitos, o que pode justificar a diferença em relação à avaliação dos níveis de relaxamento (NR). Acreditamos que o fato de as avaliações serem próximas, já que eram aplicadas a cada sessão, dificulta a mensuração de possíveis diferenças. Então, sugerimos que todas as avaliações, à exceção da NR, no caso de um processo mais curto, ocorram apenas no início e final do tratamento.

Quanto à NR, quando relacionada à percepção da intervenção, deve continuar no início e final de cada sessão.

Finalmente, a título de contribuição, trazemos algumas sugestões para ajudar no tratamento da dependência química:

1. Criação de serviços de musicoterapia em instituições públicas e privadas voltadas para o tratamento de dependentes químicos.
2. Inserção de musicoterapeuta na equipe multiprofissional para tratamento de dependentes químicos.
3. Criar diretrizes musicoterapêuticas para o tratamento de dependentes químicos.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, R. R.; MADRUGA, C. S.; RIBEIRO, M.; PINSKY, I.; CAETANO R.; LARANJEIRA, R.. Prevalence of Cocaine Use in Brazil: Data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). **Addictive Behaviors**. v. 39, p. 297-301, 2014.

AGUILAR, L. R.; PILLON, S. C. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 13, 790-797, 2005.

ALCÂNTARA-SILVA, T.R.M. Estudo randomizado testando musicoterapia na redução da fadiga relacionada ao câncer em mulheres com neoplasia maligna de mama ou ginecológica em curso de radioterapia. **Tese** https://www.researchgate.net/profile/Tereza_Alcantara-Silva/publications, 2012.

ALCÂNTARA-SILVA, T.R.M. e LOPES, E. Comparison between receptive music experiences with music sessions and monochord table to decrease anxiety levels: qualitative-quantitative case studies. **Proceedings of the 5th International Conference of the International Association for Music and Medicine**, 2018.

ALVES, L. S. O uso terapêutico da mesa lira (2010). Disponível em www.ouvirativo.com.br. Acesso em: 27 mar. 2019.

ALVES, H.; KESSLER, F.; & RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26(1), 51-53, 2004.

AMTA, American Music Therapy Association. <https://www.musictherapy.org>

AZEVEDO, A. M. DE et al. Crack: O olhar do usuário em tratamento. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 2, 2016.

BAKER, F. A.; GLEADHILL, L. M.; DINGLE, G. A. Music therapy and emotional exploration: Exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions. **Arts Psychother**, 34: 321–330, 2007.

BARBOSA, K. K. S. et al. Concepções de usuários de crack acerca da droga. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 2, p. 286–294, 2015.

BARCELLOS, L. R. M.; ALISSON, D.; RUUD, E.; SEKELES, C.; WHEELER, B.; SANTOS, M. A. C. Definição de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Federação Mundial de Musicoterapia Inc., 1996.

BARTHOLOMEU, D.; MONTIEL, J. M.; PESSOTTO, F.; JESUS, P. P.; FELICIANO, T. Avaliação da Ansiedade e outros aspectos emocionais de dependentes químicos em regime de internação. **In: Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, Brasil - V. 34, no 87, p. 352-370, 2014.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?. Rio de Janeiro: **Editores ICICT/FIOCRUZ**, 2014.

BHATTACHARYA, J.; LEE, E.-J. Modulation of EEG Theta Band Signal Complexity by Music Therapy. **International Journal of Bifurcation and Chaos**, 2016.

BIAGGIO, A. M. B. & NATALÍCIO, L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). **Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA**, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 1979.

BLUM, K.; SIMPATICO, T.; FEBO, M.; RODRIQUEZ, C.; DUSHAJ, K.; LI, M.; BRAVERMAN, E. R.; DEMETROVICS, Z.; OSCAR-BERMAN, M.; BADGAIYAN, R. D. Hypothesizing Music Intervention Enhances Brain Functional Connectivity Involving Dopaminergic Recruitment: Common Neuro-correlates to Abusable Drugs. **Mol Neurobiol**, 54:3753–3758, 2017

BRASIL, P. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html . Acesso em: 26 mar. 2019.

BRUSCIA, K. E. Definindo Musicoterapia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2016.

BURKE, M.; THOMAZ, K. 'Use of physioacoustic therapy to reduce pain during physical therapy for total knee replacement patients over age 55'. In T. Wigram, C Dileo (eds.) **Music Vibration and Health**. Cherry Hill, NJ: jeffrey Books, 1997.

CALHEIROS, P.; ANDRETTA, I. E.; OLIVEIRA, M. Avaliação da motivação para mudança nos comportamentos adictivos. In: Temas em Psicologia Clínica. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2006.

CANOLETTI, B., & SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, 9, 115-129, 2005.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO S. A.; MOURA, Y. G.; SANCHEZ, Z. V. M. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: **CEBRID** – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 468 p., 2007.

CASP, Critical Appraisal Skills Programme. Disponível em: <www.casp-uk.net/casp-tools-checklists> Acesso em: 12/11/2018.

CASSILETH, B. R.; VICKERS, A. J.; MAGILL, L.A. Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation. *Cancer*, 98: 2723–2729. pmid:14669295, 2003.

CASTRO, M. G. T.; ARAÚJO, R. B.; OLIVEIRA, M. S.; PEDROSO, R. S.; MIGUEL, A. C. (2008). Craving and chemical dependence: concept, evaluation and treatment.

Disponível em: <<http://www.sciello.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a11.pdf>> Acesso em: 06 de out. de 2016.

CATTELL, R. B.; SCHEIER, I. H. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. **Ronald Press**, New York, 1961.

CÉSAR, M. M. O Tempo na Interpretação Musical: Uma escuta tensiva. **Tese de dissertação**. São Paulo: 2012.

CHESKY, K.5.; MICHEL, D.E. 'The Music Vibration Table (MVT): Developing a technology and conceptual model for pain relief'. **Music Therapy Perspectives**, 9:32-7, 1991.

CHESKY, K.5.; MICHEL, D.E.; KONDRASKE, G. 'Developing methods and techniques for scientific and medical application of music vibration'. In R. Spintge, R. Dron (eds.) **Music Medicine**, Vol 2. St Louis, MO: MMB Music, Inc, 1996.

CHESKY, K.5.; MICHEL, D.E. 'From passive to active patient involvement: The potential for music and music vibration in pre-emptive analgesia'. **Alternative Therapies in Clinical Practice**, September/October:168-73, 1997.

CHESKY, K.5.; RUSSELL, I. J.; LOPEZ, Y.; KONDRASKE, G. 'Fibromyalgia tender point pain:a double-blind, placebo-controlled pilot study of music vibration using the Music Vibration Table'. **Journal of Musculoskeletal Pain**, 5(3):33-52, 1997.

CIPRIANO, J. et al. entre estudantes adolescentes. 2017.

CORDEIRO, D. C.; DIEHL, A. Comorbidades psiquiátricas. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, R. R. Laranjeira (Orgs.), Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas (pp. 106-118). Porto Alegre: Artmed, 2011.

CREAMER, M.; FORAN, J.; BELL, R. The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. **PubMed**. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7755538>> Acesso em 11/10/2016

DALBOSCO, C.; AZEVEDO, A. C.; GALLASSI, A. D.; WAZIR, C. T.; CRUZ, D. D. O. Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 4ª ed., Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – **SENAD**, 2011.

DEMETROVICS, Z. (2009). Co-morbidity of drug addiction: an analysis of epidemiological data and possible etiological models. **Addiction Research and Theory**, 17(4), 420–431. Disponível em: <10.1080/16066350802601324> Acesso em 16 de set. de 2016.

DICLEMENTE, C. C., CARBONARI, J. P., Montgomery, R. P. G.; HUGHES, S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. **Journal of Studies on Alcohol**, 55, 141-148.

DILEO, C.; “Foreword”, en GROCKE, D.; WIGRAM, T; “Receptive Methods in Music Therapy: Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students”. London and Philadelphia: **Jessica Kingsley Publishers**. 2007.

DSM-V - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DUARTE, P.; STEPLIUK, V.; BARROSO, L. Relatório brasileiro sobre drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília - DF, 2009.

FELIPE, A. O. B.; CARVALHO, A. M. P.; ANDRADE, C. U. B. Espiritualidade e religião como protetores ao uso de drogas em adolescente. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 11, n. 1, p. 49, 2015.

FENDEL, U.; SANDLER, H.; et.al. Bodily experiences of patients diagnosed with anorexia nervosa during treatment with the body monochord—A modified grounded theory approach. **The Arts in Psychotherapy**, 2018.

FERNANDES, S. S. et al. Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 131–137, 2017.

FERREIRA, V.; COLOGNESE, B. Prejuízos de funções executivas em usuários de cocaína e crack. **Avaliação Psicológica**, v. 13, n. 2, p. 195–201, 2014.

FERREIRA, J. C.; PATINO, C. M. Randomização: mais do que o lançamento de uma moeda. **J. bras. pneumol.** vol.42 nº 5, São Paulo Sept./Oct., 2016.

FOCH, G. F. DE L.; SILVA, A. M. B.; ENUMO, S. R. F. Coping religioso/espiritual: Uma revisão sistemática de literatura (2003-2013). **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 53–71, 2017.

FORTES, P. M. et al. Avaliação neuropsicológica do funcionamento executivo , níveis de ansiedade, depressão e raiva de poliusuários de drogas: um estudo comparativo. v. 11, n. 1, p. 28–37, 2019.

FREITAS, G. R. DE; CALAIS, S. L.; CARDOSO, H. F. Estresse, ansiedade e qualidade de vida em professores: efeitos do relaxamento progressivo. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 22, n. 2, p. 319–326, 2018.

FREIRE, S. D. Evidências de validade da “escala de autoeficácia para abstinência de drogas” (EAAD) e da “escala de tentação para uso de drogas” (ESTUD) em dependentes de cocaína e crack internados. **Dissertação apresentada ao Mestrado em Psicologia Clínica da PUCRS**, Porto Alegre, 2009.

GÄBEL, C.; GARRIDO, N.; et.al. Effects of Monochord Music on Heart Rate Variability and Self-Reports of Relaxation in Healthy Adults. **Complementary Medicine Research**, 2017.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. Use of psychotropic drugs in Brazil: household survey in the 107 biggest Brazilian cities – 2001. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**; 13 (Spe):888-95, 2005.

GENEVIEVE, A. D.; PETER, J. K.; LIBBY, M. F.; FELICITY, A. B. The influence of music on emotions and cravings in clients in addiction treatment: A study of two clinical samples, **The Arts in Psychotherapy** 45, 18-25, 2015.

GHETTI, C.; CHEN, X. J.; FACHNER, J.; GOLD, C. Music therapy for people with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **Issue 3**. Art. n° CD012576, 2017.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev Psiq Clín** 25 (5):245-250, 1998.

GROCKE, D.; WIGRAM, T; “Receptive Methods in Music Therapy: Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students”. London and Philadelphia: **Jessica Kingsley Publishers**, 2007.

GUAZINA, L.; TITTONI, J.. Musicoterapia Institucional na saúde do trabalhador: conexões, interfaces e produções. *Psicologia e Sociedade*. São Paulo: **ABRAPS**O, v.21, p.108-117, 2009.

HARNONCOURT, N. O Discurso dos Sons. **Jorge Zahar Editor Ltda**, 2010.

HAZARD, S. Music Therapy in Parkinson’s Disease. **Voices: A World Forum for Music Therapy**, 2008.

HOCKENBURY, D. H.; HOCKENBURY, S. E. Descobrimos a Psicologia, 2ª edição, **Ed. Manole**, 2003.

HOOPER, J. An introduction to vibroacoustic therapy and an examination of its place in music therapy practice. **British Journal of Music Therapy** - Volume 15, Nº 2, 2001.

HOHMANN, L.; BRADT, J.; STEGEMANN, T.; KOELSCH, S. Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. **PLoS ONE** 12(11): e0187363. Stanford University School of Medicine, Qinhong Zhang, UNITED STATES, 2017.

ISACSSON, M.-B.; LAGERKVIST, B.; et.al. Neurophysiological responses to music and vibroacoustic stimuli in Rett syndrome. **Research in Developmental Disabilities**, 2014.

JANÉ-LLOPIS, E.; MATYTSINA, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: are view of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. **Drug and Alcohol Review**, 25, 515–536. Disponível em: <10.1080/09595230600944461> Acesso em 13 de set. de 2016.

JONES, L. Vibroacoustics with hospitalized children'. In T. Wigram, C Dileo (eds.) **Music Vibration and Health**. Cherry Hill, NJ: jeffrey Books, 1997.

JONES, J. D. A comparison of songwriting and lyric analysis techniques to evoke emotional change in a single session with people who are chemically dependent. **J Music Ther**; 42: 94–110. pmid:15913388, 2005.

KAPLAN, H. L.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de Psiquiatria*. 9ª ed. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 2007.

KNAPP, P.; BECK, AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev Bras Psiquiatr**. 2008; 30(Supl II):S54-64.

LAI, H. M. X.; HUANG, Q. R. (2009). Comorbidity of mental disorders and alcohol- and drug-use disorders: Analysis of New SouthWales inpatient data. **Drug and Alcohol Review**, 28, 235–242. Disponível em: <10.1111/j.1465- 3362.2008.00021.x> Acesso em 24 de set. de 2016.

LEE, E.-J., BHATTACHARYA, J.; SOHN, C.; VERRES, R. Monochord sounds and progressive muscle relaxation. **Complementary Therapies in Medicine**, 2012.

LIMBERGER, JESSICA; ANDRETTA, I. Novas problemáticas sociais : o uso do crack em mulheres e a perspectiva de gênero ***. **Revista CS, núm.**, v. 15, p. 42–65, 2015.

LEE, E.-J., BHATTACHARYA, J. Heart Rate Variability During Monochord-Induced Relaxation in Female Patients With Cancer Undergoing Chemotherapy. **Music & Medicine**, 2013.

LIN, S. T; YANG P.; LAI, C. Y, SU, Y. Y.; YEH, Y. C.; HUANG, M.F.; et al. Mental health implications of music: Insight from neuroscientific and clinical studies. **Harv Rev Psychiatry**;19: 34–46. pmid:21250895, 2011.

MADSEN, C. K.; STANDLEY, J. M.; GREGORY, D. 'The effect of a vibrotactile device, Somatron, in physiological and psychological responses: musicians versus on musicians'. **Journal of Music Therapy** 28(1):14-22, 1991.

MAGEE, W.L.; DAVIDSON, J. W. The effect of music therapy on mood states in neurological patients: A pilot study. **J Music Ther**, 39: 20–29. pmid:12015809, 2002.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. suppl 1, p. 65–74, 2003.

MARTINS, E. R.; CORRÊA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 12, 398-405, 2004.

MATOS, T. D. DE S. et al. Calidad de vida y coping religioso-espiritual en pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

MEDEIROS, K. T.; MACIEL, S. C.; DE SOUSA, P. F. Women in the context of the drugs: Social representations of users in treatment. **Paideia**, v. 27, p. 439–447, 2017.

- MENEZES, Flo. A acústica musical em palavras e sons. Cotia, SP: Ateliê Editorial, 2003.
- MENON, V.; LEVITIN, D. J. The rewards of music listening: Response and physiological connectivity of the mesolimbic system. **Neuroimage**, 28, 175–184, 2005.
- MERIKANGAS, K.; MEHTA, R. L.; MOLNAR, B. E.; WALTERS, E. E.; SWENDSEN, J. D.; KESSLER, R. C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the international consortium in psychiatric epidemiology. **Addictive Behaviors**, 23(6), 893- 907. Disponível em: <10.1016/S0306-4603(98)00076-8> Acesso em 18 de set. de 2016.
- MILLER, W.; ROLLNICK, S. A Entrevista Motivacional. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 2001.
- MINAYO, M. O desafio do conhecimento. 11 ed. São Paulo: **Hucitec**, 2008.
- MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, DG. The PRISMA Group Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med** 6(7): e1000097, 2009.
- MONTERO-MARIN, J.; GARCIA-CAMPAYO, J.; PÉREZ-, M. C. Meditation techniques v . relaxation therapies when treating anxiety : a meta-analytic review, 2019.
- PATRICK G. The effects of vibroacoustic music on symptom reduction. **IEEE Eng Med Biol Mag.**, 1999.
- PEDROSA, S. M. et al. The path to crack addiction: perceptions of people under treatment. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 956–963, 2016.
- PEÑA , M. B. L. (2011). Monochord and harmonic canon: two comments on ptol. *harm.* 2.12 and 2.13. **Journal Classical Quarterly**, V. 61, pp 677-689., Great Britain, 2011.
- PETRAGLIA, M. S. Estudos sobre a ação de vibrações acústicas e música em organismos vegetais. **Tese de dissertação**. Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP (2008). Disponível em: <http://ouvirativo.com.br/?page_id=1917> Acesso em 26 de março de 2019.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In Search of how people change: applications to addictive behaviour. **American Psychologist**, Washington, v. 47, p. 1102-1114, 1992.
- RAMOS, P; RAMOS, M; BUSNELLO, S. Manual prático de metodologia da pesquisa: artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese, 2005.
- REIS, B.; BASTOS, F. I. Pesquisas sobre o Consumo de Drogas no Brasil – Eixo Políticas e Fundamentos. Disponível em: < <http://aberta.senad.gov.br/> > Acesso em 25 de out. de 2017.
- RIBEIRO, M. Avaliação psiquiátrica e comorbidades. In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Orgs.), O tratamento do usuário de crack. (pp-239-250). Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIEMANN, H. Musikalische Dynamik und Agogik. **D. Rahter**, 1884.

ROCHA, S. M. O.; ALLIARDI, S.; ROCHA, B. F.; ARAÚJO, R. B. Stressors and relapse drug users: a systematic review. **Braz J Cognitive Ther.** 9(2):108-17, 2013.

ROSS, S.; CIDAMBI, I.; DERMATIS, H.; WEINSTEIN, J.; ZIEDONIS, D. et al. Music therapy: a novel motivational approach for dually diagnosed patients. **J Addict Dis** 27(1):41–53, 2008.

SALIMPOOR, V. N.; BENOVOY, M.; LONGO, G.; COOPERSTOCK, J. R.; & Zatorre, R. J. Therewarding aspects of music listening are related to degree of emotional arousal. **PLoS One**, 4(10), e7487, 2009.

SANDLER, H., TAMM, S., FENDEL, U.; et.al. Positive Emotional Experience: Induced by Vibroacoustic Stimulation Using a Body Monochord in Patients with Psychosomatic Disorders: Is Associated with an Increase in EEG-Theta and a Decrease in EEG-Alpha Power. **Brain Topography**, v. 29, n. 4, p. 524–538, 2016.

SANDLER, H.; FENDEL, U.; et.al. Subjective experience of relaxation–induced by vibroacoustic stimulation by a Body Monochord or CD music—a randomised, controlled study in patients with psychosomatic disorders. **Nordic Journal of Music Therapy**, v. 26, n. 1, p. 79–98, 2017.

SANDLER, H., FENDEL, U., et.al. Relaxation - Induced by vibroacoustic stimulation via a body monochord and via relaxation music - Is associated with a decrease in tonic electrodermal activity and an increase of the Salivary cortisol level in patients with psychosomatic disorders. **PLoS ONE**, 2017.

SANTOS, S. A. Abordagem Musicopsicoterapêutica Proposta por Kenneth Bruscia. **Monografia apresentada ao Curso Graduação em Musicoterapia de Bacharelado da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás**, 2014.

SANTOS, M.P.; ROCHA, M. R.; ARAÚJO, R. B. O uso da técnica cognitiva substituição por imagem positiva no manejo do craving em dependentes de crack. **J Bras Psiquiatr.** 2014; 63(2):121-6

SCHEFFER, M.; MARIA, R.; ALMEIDA, M. DE. Consumo de álcool e diferenças entre homens e mulheres: comportamento impulsivo, aspectos cognitivos e neuroquímicos. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**, v. 2, n. 3, p. 1–11, 2010.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 26(3), 533-541, 2010. Disponível em: <10.1590/S0102-37722010000300016> Acesso em 06 de out. de 2016.

SEIBEL, S.D.; TOSCANO JUNIOR, A. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu, 2001.

SHUMAN, J.; KENNEDY, H.; DEWITT, P.; EDELBLUTE, A.; WAMBOLDT, M. Z. Group music therapy impacts mood states of adolescents in a psychiatric hospital setting. **Arts Psychother**, 49: 50–56, 2016.

SILVA, L. Musicoterapia: a música como espaço tempo relacional entre o sujeito e suas realidades. **Rev. do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**. Curitiba: Faculdade de Artes do Paraná, v.1, p.27-37, 2010.

SILVERMAN, M. J. Effects of Live and Educational Music Therapy on Working Alliance and Trust with Patients on Detoxification Unit: A Four-Group Cluster-Randomized Trial. School of Music, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota, 2016.

SKILIE, O.; WIGRAM, T.; WEEKES, L. 'Vibroacoustic therapy: The effect of low-frequency sound on specific physical disorders and disabilities'. **British journal of Music Therapy** 3(2):610, 1989.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. D. STAI: manual for the State - Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: **Consulting Psychologists Press**, 1970.

STEELE, C. J.; BAILEY, J. A.; ZATORRE, R. J.; PENHUNE, V. B. Early musical training and white-matter plasticity in the corpus callosum: evidence for a sensitive period. **J Neurosci** 33(3):1282–1290, 2013.

SOUSA, P. F.; RIBEIRO, L. C. M.; MELO, J. R. F.; MACIEL, S.C.; OLIVEIRA, M. X. Dependentes Químicos em Tratamento: Um Estudo sobre a Motivação para Mudança. **Periódicos Eletrônicos em Psicologia – Temas em Psicologia**, vol. 21, nº 1, 2013.

TAETS, G. G. C.; JOMAR, R. T.; ABREU, A. M. M.; CAPELLA, M. A. M. Effect of music therapy on stress in chemically dependent people: a quasi-experimental study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 27: e 3115, 2019.

TEIXEIRA, M. B.; ENGSTROM, E. M.; RIBEIRO, J. M. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 311–330, 2017.

TURCHI, M. D.; FILHO, O. F.; LARANJEIRA, R.; CASTELO, A. (2003). Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Revista de Saúde Pública**, 37, 751-759. Disponível em: <10.1590/S0034-89102003000600010> Acesso em 7 de set. de 2016.

UNIÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA. **Definição Brasileira de Musicoterapia**. 2018. Disponível em: <http://ubammusicoterapia.com.br/definicao-brasileira-de-musicoterapia/>. Acesso em

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Relatório Mundial Sobre Drogas 2017**. ONU, 2017. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>> Acesso em 18 de agos. de 2017.

URAKAWA K.; YOKOYAMA K. Music can enhance exercise-induced sympathetic dominance assessed by heart rate variability. **Music can enhance exercise**, 2005.

USA Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/10826084.2016.1197263>> Acesso em 20 de set. de 2016.

VEGA, V. P. Music Therapy with Addiction and Co-Occurring Disorders. **Music and Medicine: an Interdisciplinary Journal**. Vol 9, nº 1, 2017.

WALTERS, C. L. Music and its effects on mood. Unpublished research, Florida State University, Tallahassee, FL, 1993.

WARTH, M.; KESSLER, J.; KOTZ, S.; et.al. Effects of vibroacoustic stimulation in music therapy for palliative care patients: a feasibility study. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, 2015.

WIGRAM, T. Aspects of music therapy relating to physical disability. **Australian journal of Music Therapy**, 3:3-15, 1992.

WIGRAM, T. The feeling of sound. The effect of music and low frequency sound in reducing anxiety and challenging behaviour in clients with learning difficulties. In H. Payne (ed.) *Handbook of inquiry in the arts therapies: one river, many currents*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1993.

WIGRAM, T. 'Equipment for Vibroacoustic therapy'. In 1. Wigram, C Dileo (eds.) **Music Vibration and Health**. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books, 1997a.

WIGRAM, T. 'The effect of VA therapy on multiply handicapped adults with high muscle tone and spasticity'. In T. Wigram, C. Dileo (eds.) **Music Vibration and Health**. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books, 1997b.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. **Tenth Revision**. Geneva, Switzerland: WHO, 1993.

ZAIN, J. El uso de cuencos sonoros como recurso vibroacústico en Musicoterapia Receptiva. **Monografía** apresentada la facultad de psicología, carrera de musicoterapia de la Universidad de Buenos aires, 2008.

ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. R.; MARQUES, A. C. P. R.; RATTO, L.; ROMANO, M.; ALVES, N. P.; LEMOS, T. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 28, 142-148. Disponível em: <10.1590/ S1516-44462006000200013> Acesso em 12 de set. de 2010.

ZANELATTO, N.; LARANJEIRA, R. O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ANEXOS

ANEXO A - IDATE (Ansiedade Estado) e IDATE (Ansiedade Traço)

IDATE - Inventário da Ansiedade Traço-Estado

O Inventário da Ansiedade Traço-Estado dará uma ideia a quantas anda sua ansiedade, tanto do ponto de vista da ansiedade traço quanto da ansiedade estado.

Para uma melhor compreensão, melhor definirmos:

Ansiedade - estado emocional caracterizado por nervosismo, preocupações e apreensões relacionados com a ativação (energia de performance) ou agitação do corpo.

Ansiedade Traço - medidas da personalidade; foco na autoimagem; tendência em perceber como ameaçadoras algumas circunstâncias que não são.

Ansiedade Estado - estado emocional temporário que depende da ação dos estímulos ambientais, com sentimentos de apreensão e tensão conscientes, tais como: taquicardia, sudorese, náuseas e câimbras.

Leia com atenção cada pergunta e atribua um valor ao lado de cada afirmação, conforme o gabarito abaixo, que melhor indicar **como você se sente nesse momento** (ansiedade estado).

Então, soma-se os números marcados de cada uma das tabelas.

O valor da média da população a qual foi aferida é de 40, não sendo significativo dois para cima ou para baixo.

Nível normal: 40 (+ ou - 2)

Tende a ansiedade: acima de 42

Tende a depressão: abaixo de 38

IDATE – ANSIEDADE TRAÇO

Leia com atenção cada pergunta e atribua um valor ao lado de cada afirmação, conforme o gabarito abaixo, que melhor indicar **COMO VOCÊ GERALMENTE SE SENTE**.

Quase sempre = 4 Frequentemente = 3 Às vezes = 2 Quase nunca = 1

1	Sinto-me bem	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidade porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6	Sinto-me descansado	1	2	3	4
7	Sou calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo(a)	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo(a)	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4
16	Estou satisfeito(a)	1	2	3	4
17	Às vezes, ideias sem importância entram na minha cabeça e me preocupam	1	2	3	4
18	Levo os despontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso nos problemas do momento	1	2	3	4

IDATE – ANSIEDADE ESTADO

Leia com atenção cada pergunta e atribua um valor ao lado de cada afirmação, conforme o gabarito abaixo, que melhor indicar COMO VOCÊ SE SENTE NESSE MOMENTO.

		TENTADO a USAR drogas			
1	Sinto-me calmo(a)	1	2	3	4
2	Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
3	Estou tenso(a)	1	2	3	4
4	Estou arrependido(a)	1	2	3	4
5	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbado(a)	1	2	3	4
7	Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8	Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
9	Sinto-me ansioso(a)	1	2	3	4
10	Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12	Sinto-me nervoso(a)	1	2	3	4
13	Estou agitado(a)	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraído(a)	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeito(a)	1	2	3	4
17	Estou preocupado(a)	1	2	3	4
18	Sinto-me excitado(a) e confuso(a)	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

ANEXO B - Escala de Tentação para Uso de Drogas (ESTUD)

Escala de Tentação para Uso de Drogas – ESTUD

- () crack
() cocaína

Abaixo estão listadas algumas situações que levam algumas pessoas a usar drogas ilegais. **QUAL A SUA TENTACÃO** para **USAR DROGAS** ilegais em cada situação?

Circle o número que melhor descreve seus sentimentos de **TENTACÃO PARA USAR DROGAS** em cada situação **DURANTE A ÚLTIMA SEMANA** de acordo com a seguinte escala:

1 = Nada tentado 2 = Não muito tentado 3 = Mais ou menos tentado
4 = Muito tentado 5 = Extremamente tentado

Situação	TENTADO a USAR drogas				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
1) Quando estou ansioso por ter parado ou diminuído o consumo de drogas.	1	2	3	4	5
2) Quando estou com dor de cabeça.	1	2	3	4	5
3) Quando estou deprimido ou triste.	1	2	3	4	5
4) Quando quero relaxar ou quando estou de férias.	1	2	3	4	5
5) Quando estou preocupado com alguém.	1	2	3	4	5
6) Quando estou tenso ou apreensivo.	1	2	3	4	5
7) Quando sinto vontade de usar drogas só para ver o que acontece.	1	2	3	4	5
8) Quando me oferecem drogas em uma situação social (como festas ou reunião com amigos).	1	2	3	4	5
9) Quando sonho com uso de drogas.	1	2	3	4	5
10) Quando quero testar minha força de vontade para controlar o uso de drogas.	1	2	3	4	5
11) Quando sinto necessidade física ou fissura pelas drogas.	1	2	3	4	5
12) Quando estou fisicamente cansado.	1	2	3	4	5
13) Quando estou sentindo alguma dor física.	1	2	3	4	5

14) Quando sinto que não vou aguentar de tanto tédio ou frustração.	1	2	3	4	5
15) Quando vejo outras pessoas usando drogas em um bar ou festa.	1	2	3	4	5
16) Quando sinto que as coisas não vão indo bem pra mim.	1	2	3	4	5
17) Quando as pessoas com quem eu costumava usar drogas me encorajam a usar.	1	2	3	4	5
18) Quando estou sentindo muita raiva.	1	2	3	4	5
19) Quando a vontade de usar drogas me pega desprevenido.	1	2	3	4	5
20) Quando estou eufórico ou comemorando com outros.	1	2	3	4	5
21) Quando penso que ninguém ficará sabendo se eu usar.	1	2	3	4	5
22) Quando tenho dinheiro na mão ou fácil acesso a dinheiro.	1	2	3	4	5
23) Quando brigo em casa ou no trabalho.	1	2	3	4	5
24) Quando penso que as pessoas não confiam em mim e não acreditam que estou sem drogas.	1	2	3	4	5

ANEXO C - Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas (EAAD)

Escala de Autoeficácia para Abstinência de Drogas – EAAD

DiClemente, Carbonari, Montgomery e Hughes (1994)
Versão adaptada para drogas ilícitas por Oliveira e Freire (2009)

Abaixo estão listadas algumas situações que levam algumas pessoas a usar drogas ilegais. **QUÃO CONFIANTE** você se sente em **NÃO USAR DROGAS** ilegais em cada situação? Circule o número que melhor descreve sua sensação de **CONFIANÇA EM NÃO USAR DROGAS** em cada situação **DURANTE A ÚLTIMA SEMANA** de acordo com a escala a seguir:

**1 = Nada confiante 2 = Não muito confiante 3 = Mais ou menos confiante
4 = Muito confiante 5 = Extremamente confiante**

Situação	CONFIANTE de RESISTIR				
	Nada	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
1) Quando estou ansioso por ter parado ou diminuído o consumo de drogas.	1	2	3	4	5
2) Quando estou com dor de cabeça.	1	2	3	4	5
3) Quando estou deprimido ou triste.	1	2	3	4	5
4) Quando quero relaxar ou quando estou de férias.	1	2	3	4	5
5) Quando estou preocupado com alguém.	1	2	3	4	5
6) Quando estou tenso ou apreensivo.	1	2	3	4	5
7) Quando sinto vontade de usar drogas só para ver o que acontece.	1	2	3	4	5
8) Quando me oferecem drogas em uma situação social (como festas ou reunião com amigos).	1	2	3	4	5
9) Quando sonho com uso de drogas.	1	2	3	4	5
10) Quando quero testar minha força de vontade para controlar o uso de drogas.	1	2	3	4	5
11) Quando sinto necessidade física ou fissura pelas drogas.	1	2	3	4	5
12) Quando estou fisicamente cansado.	1	2	3	4	5

13) Quando estou sentindo alguma dor física.	1	2	3	4	5
14) Quando sinto que não vou aguentar de tanto tédio ou frustração.	1	2	3	4	5
15) Quando vejo outras pessoas usando drogas em um bar ou festa.	1	2	3	4	5
16) Quando sinto que as coisas não vão indo bem pra mim.	1	2	3	4	5
17) Quando as pessoas com quem eu costumava usar drogas me encorajam a usar.	1	2	3	4	5
18) Quando estou sentindo muita raiva.	1	2	3	4	5
19) Quando a vontade de usar drogas me pega desprevenido.	1	2	3	4	5
20) Quando estou eufórico ou comemorando com outros.	1	2	3	4	5
21) Quando penso que ninguém ficará sabendo se eu usar.	1	2	3	4	5
22) Quando tenho dinheiro na mão ou fácil acesso a dinheiro.	1	2	3	4	5
23) Quando brigo em casa ou no trabalho.	1	2	3	4	
24) Quando penso que as pessoas não confiam em mim e não acreditam que estou sem drogas.	1	2	3	4	5

DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G. & Hughes, S. O. (1994). **The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale**. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 141-148.

ANEXO D - Carta de Autorização para manuseio de Prontuários

Goiânia, 31 de outubro de 2017

À Diretora Técnica Interina do Hospital Espírita Eurípedes Barsanulfo


Susana Cristina B. Gilberti

Vimos por meio desta, solicitar autorização desta instituição para o manuseio de prontuários para a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “Musicoterapia receptiva por meio da terapia vibroacústica com a mesa Lira no período de desintoxicação em dependentes químicos”. Trata-se de um projeto de mestrado vinculado ao programa de Pós-Graduação em Música da Universidade Federal de Goiás (UFG) e esta sob a orientação da Profª Drª Tereza Raquel de Melo Alcântara-Silva.


Asseguramos que os dados coletados serão utilizados apenas para a pesquisa em questão e que os prontuários não serão retirados do âmbito da instituição. Neste mesmo ato, garantimos o sigilo dos nomes dos sujeitos da pesquisa no sentido de preservar suas identidades.

Nestes termos pedimos e aguardamos deferimento.

Atenciosamente,


Andressa Toledo Teixeira

Mestranda Programa de Pós-Graduação em Música da UFG


Susana Cristina B. Gilberti

Diretora Técnica Interina do Hospital Espírita Eurípedes Barsanulfo

ANEXO E - Impressão Subjetiva do Sujeito (ISS)

Versão Mesa Vibroacústica (adaptada de Alcântara-Silva, 2005)

1. Nome: _____ Data: _____
2. Número de sessões de Musicoterapia que participou? _____
3. Na sua opinião, as sessões de Musicoterapia fizeram alguma diferença na sua vida, de maneira geral, comparando pré e pós-tratamento?
 Não () Sim ()
4. Você considerou a mudança: positiva () negativa () ambas () indiferente ()
5. Você considerou como mudança positiva a melhora:
 Ansiedade () Estresse () relacionamento com outras pessoas () irritabilidade ()
 autoconfiança () autoestima () motivação ()
 outros (.....)
6. Você considerou como mudança **negativa piora**:
 Ansiedade () Estresse () relacionamento com outras pessoas () irritabilidade ()
 autoconfiança () autoestima () motivação ()
 outros (.....)
7. Na sua opinião, a Musicoterapia com MVA reduziu os sintomas da fissura?
 Não () sim ()
 Quanto considerando uma escala de 0 – 10:
8. O seu conceito de musicoterapia mudou depois de participar deste estudo?
 Não () sim ()
9. Em uma frase, como você, hoje, define a musicoterapia com MVA?

10. Você indicaria a musicoterapia a um amigo ou parente? Não () sim () principal motivo:

ANEXO F - Questionário Musicoterapêutico (QMT)

(QMT adaptado de ALCÂNTARA-SILVA, 2012)

Data da entrevista: _____ Prontuário _____

Nome: _____ DN: _____

Idade: _____

Sobre a musicoterapia:

Já ouviu falar: não () sim () Onde: _____

Pensa que é:

() Relaxamento () aula de música () aprendizado de instrumento musical () aula de canto () dança () outros: _____

VIVÊNCIAS MUSICAIS:

Formação musical:

Estilo de música preferido:

Instrumento musical preferido:

Hábito de ouvir música: S () N () Em qual circunstância:

Qual a sensação que a música provoca:

Observações:

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você/Sr./Sra. está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “**MUSICOTERAPIA RECEPTIVA POR MEIO DA TERAPIA VIBROACÚSTICA COM A MESA LIRA NO PERÍODO DE DESINTOXICAÇÃO EM DEPENDENTES QUÍMICOS**”. Meu nome é Andressa Toledo Teixeira, sou musicoterapeuta e a pesquisadora responsável. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence à pesquisadora responsável. Esclareço que se você não quiser participar desta pesquisa não haverá problema algum e o seu tratamento na instituição continuará da mesma forma. Caso você aceite participar, estaremos sempre disponíveis para esclarecer qualquer dúvida agora ou no decorrer da pesquisa, por mim, ou pela orientadora do estudo, a Dra. Tereza Raquel de Melo Alcântara-Silva, por meio dos seguintes contatos telefônicos: (62) - 3521 1125 (Ramal 23); (62) 99339-1714 vinculados à Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás – EMAC/UFG - Campus Samambaia - Goiânia/GO, Cep 74690-900 Telefone: Campus II - 62 3521 1125 - fax 62 3521-1175. Se persistirem as dúvidas ou se acontecer alguma coisa que o desagrade, você pode entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215.

1. Informações Importantes sobre a Pesquisa:

A pesquisa intitulada: “**MUSICOTERAPIA RECEPTIVA POR MEIO DA TERAPIA VIBROACÚSTICA COM A MESA LIRA NO PERÍODO DE DESINTOXICAÇÃO EM DEPENDENTES QUÍMICOS**”. Esta pesquisa é importante porque os sintomas de abstinência pela ausência da droga são muito desconfortáveis e, em muitos casos, impedem a adesão por parte do paciente ao tratamento. Por esta razão que o objetivo desta pesquisa é estudar se a Mesa Lira pode auxiliar na redução dos níveis de ansiedade de dependentes químicos em um programa de desintoxicação em regime de internação. Trata-se de um estudo randomizado, isto é, haverá dois grupos. Um grupo de participantes receberá o tratamento oferecido pelo hospital e, no outro, os participantes, além do tratamento convencional, terão o tratamento com a musicoterapia. Para não haver injustiça na forma de organização dos grupos, haverá a randomização. Randomizar significa que o seu nome será sorteado para um dos grupos da pesquisa.

Então, se você aceitar participar, em qualquer um dos grupos para o qual foi sorteado (a), a pesquisa terá continuidade seguindo os seguintes passos: 1) assinatura do “TCLE” como forma de garantir que você foi orientado sobre a pesquisa, no que, ao final, deverá tomar cerca de 20 minutos do seu tempo; 2) preenchimento do “Questionário Sociodemográfico” (15 min); 3) responder ao questionário de ansiedade IDATE – traço e estado (10 min); 4) Escala de Tentação para uso de drogas – ESTUD (10 min). Os questionários dos itens 3 e 4 serão respondidos no início e final do tratamento. Se você foi sorteado para o grupo de Musicoterapia, responderá, além destes que acabamos de apresentar, o 5) Questionário Musicoterapêutico, no início do tratamento (5 min.) e; 6) ao final das sessões de musicoterapia, o questionário de Impressão Subjetiva do Sujeito (ISS) (5 min.).

A Mesa Lira é um instrumento de madeira, em forma de mesa, com cordas abaixo, que são tocadas pelo musicoterapeuta. Ao serem tocadas, promove uma vibração em sua caixa acústica (madeira), a qual é percebida pela pessoa que se encontra deitada sobre a mesma durante a sessão.

Todos os documentos da pesquisa ficarão arquivados por um período mínimo de cinco anos pelo pesquisador responsável. O atendimento ocorrerá de forma individual, e antes do início da experiência receptiva o paciente será esclarecido sobre os procedimentos adotados durante a sessão musicoterapêutica. Durante a pesquisa não serão utilizados procedimentos invasivos, isto é, com agulhas ou instrumentos que perfuram o corpo. Os riscos aos participantes serão mínimos, mas poderá mobilizar emocionalmente por meio do choro, taquicardia, sudorese, fraqueza, porém, terá o suporte do musicoterapeuta, que é habilitado

a lidar com estas questões emocionais. Para melhor estudarmos este tipo de tratamento, pedimos a permissão para filmar as sessões e fotografar. Após todos os esclarecimentos e depois que você ler este documento, se concordar livremente em participar, deverá assinar em duas vias iguais para que você fique com uma e nós, pesquisadores, com a outra.

Você terá o direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa referente. Não haverá nenhum tipo de remuneração ou compensação pela sua participação neste estudo, nem pelos pesquisadores e nem por parte do Hospital Espírita Eurípedes Barsanulfo. Também não haverá atendimento especial e nenhuma outra forma de privilégio quanto a horário de atendimento e marcação de consultas.

Após o término da pesquisa, o tratamento terá seu curso normal e os pacientes que desejarem a continuidade do tratamento com Musicoterapia poderão ser encaminhadas ao serviço de Musicoterapia do Hospital Espírita Eurípedes Barsanulfo.

A sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados, bem como imagens decorrentes dos atendimentos musicoterapêuticos, caso sejam alocadas no Grupo de Musicoterapia, serão publicados e/ou divulgados em eventos científicos, sem revelação de sua identidade.

1.2 Consentimento da Participação na Pesquisa:

Eu,, inscrito(a) sob o RG/ CPF/ n.º de matrícula, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “**MUSICOTERAPIA RECEPTIVA POR MEIO DA TERAPIA VIBROACÚSTICA COM A MESA LIRA NO PERÍODO DE DESINTOXICAÇÃO EM DEPENDENTES QUÍMICOS**”. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado(a) e esclarecido(a), pelo pesquisador(a) responsável, Tereza Raquel de Melo Alcântara-Silva, sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação na pesquisa.

Goiânia, de de

(_____) **Permito** a divulgação da minha imagem/voz/opinião nos resultados publicados da pesquisa;

(_____) **Não permito** a publicação da minha imagem/voz/opinião nos resultados publicados da pesquisa.

Assinatura por extenso do(a) participante

Assinatura por extenso do(a) pesquisador(a) responsável

APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico (QSD)

Data:	Nº prontuário:	
Nome:	Telefone:	
Idade:	Cor: branca () preta () amarela () indígena () parda ()	
Estado civil	Casado () Solteiro sem companheira () Solteiro com companheira () Viúvo () Separado () Divorciado ()	
Grau de instrução	Analfabeto () Ensino fundamental incompleto (antigo ginásio) () Ensino fundamental completo (antigo ginásio) () Ensino médio incompleto (antigo segundo grau) () Ensino médio completo (antigo segundo grau) () Superior incompleto () Superior completo () Especialização () Mestrado () Doutorado ()	
Renda familiar	Inferior a um salário mínimo () Um salário mínimo () De dois a três salários mínimos () Acima de três salários mínimos () Sem renda ()	
Ocupação		
Tabagista	Sim () Não () nº cigarros dia: () ex-fumante ()	
Alcoolista	Sim () Não ()	
Drogas Múltiplas	Sim () Não ()	
Usa medicamento controlado	Sim () Não () Quais:	
Quais medicamentos foram prescritos no ato da internação:		
Atividade física	Sedentário () insuficientemente ativo () Muito ativo () ativo ()	
Prática religiosa	Católico () Evangélico () Espírita () Nenhuma () Outras ()	
CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA		
Qual(is) tipo(s) de droga(s) e quanto tempo de uso		
Quantidade de internações voluntárias		
Quantidade de internações involuntárias		
Em qual estágio de motivação se encontra?	Contemplado () Pré-contemplado () Preparação () Ação () Manutenção ()	
Apresenta alguma comorbidade	Depressão () TAG () Esquizofrenia () TBH () Outros () Qual (is):	
Observações:		