

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

Guilherme Henrique Hirayama Trautmann

**Efeito de diferentes estilos musicais nos níveis de estresse em um processo
musicoterápico**



2021

Guilherme Henrique Hirayama Trautmann

Efeito de diferentes estilos musicais nos níveis de estresse em um processo musicoterápico

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Orientação: Prof. Me. Daniel Barbieri Freitas

BRASÍLIA

2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao meu orientador, Prof. Me. Daniel Barbieri Freitas, inicialmente por ter me dado a oportunidade de submeter o meu projeto de pesquisa ao Programa de Iniciação Científica de 2020/2021, e também por todo o apoio, paciência, tempo, orientações e parceria dados durante este período de um ano.

Além disso, agradeço a todos os indivíduos que, de alguma forma, estiveram presentes no estudo. Em especial, todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa e todas as pessoas que me ajudaram na divulgação da pesquisa.

Agradeço, também, à minha família pelo apoio durante a duração do PIC. Principalmente meus pais e meu irmão. No entanto, faço menção especial à minha mãe, Patricia, que me disse palavras de motivação e conforto quando precisei.

Agradeço aos meus amigos que, desde o momento em que contei que realizaria uma pesquisa, me apoiaram e me ofereceram ajuda desde o princípio.

Agradeço, do fundo do meu coração, a todos que me ajudaram principalmente com fatores que foram além da pesquisa, tais como fatores motivacionais e de apoio. Contudo, sinto a necessidade de realizar agradecimentos individuais a duas pessoas:

Meu grande amigo Yago, que foi uma das pessoas que mais me ajudaram com a divulgação da pesquisa, se não foi a que mais me ajudou, e, em especial, me deu muito apoio e motivação quando estava precisando.

E minha querida amiga Paula, que passou um bom tempo ouvindo meus confusos desabaços e me disse as melhores palavras de conforto, apoio, motivação e carinho quando eu realmente mais precisei, além de ter me ajudado na divulgação da pesquisa.

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo principal medir a influência de sessões de musicoterapia nos níveis de estresse. Secundariamente, pretendeu-se investigar o efeito de diferentes estilos musicais nos níveis de estresse. Participaram do estudo 20 participantes de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 18 anos. Foram utilizadas a Escala de Sintomas de Estresse (ESE), de Lima, Formiga e de Melo (2018) para avaliar o nível de estresse dos participantes antes e após a musicoterapia; um protocolo de registro das sessões de musicoterapia; e uma escala elaborada, denominada Escala Music, para verificar a duração das sessões, o ambiente no qual ocorreu e se houve a realização de outra atividade concomitante. A musicoterapia teve duração de sete dias e a coleta de dados ocorreu de maneira virtual, via *Google Forms*, e foi conduzida pelos próprios participantes. Os dados estatísticos foram analisados por meio do SPSS e os demais dados, tais como as possíveis interações entre dados associados ao gênero da música, o tempo de duração das sessões e os dados demográficos dos participantes com as medidas de estresse, foram analisados descritivamente. Os resultados obtidos indicam que há relação entre preferência musical e redução dos sintomas de estresse, bem como há efetividade da musicoterapia na redução dos sintomas de estresse; além disso, não foi possível inferir que as sessões de musicoterapia mais longa são necessariamente mais eficazes, da mesma maneira em que sessões mais curtas são necessariamente menos eficazes; com relação aos dados demográficos, não foi possível atribuir uma correlação entre as faixas etárias e os níveis de estresse; por outro lado, houve um indício de que a musicoterapia se faz mais eficaz em pessoas do sexo feminino; ademais, uma percepção positiva acerca da musicoterapia não significa, necessariamente, que houve uma maior eficácia; por fim, houve um indício de relação entre a ausência de realização de outra atividade concomitante à musicoterapia e a redução dos níveis de estresse. Concluiu-se que a preferência musical tem maior influência sobre a eficácia da musicoterapia do que o gênero musical propriamente dito.

Palavras-chave: Musicoterapia; Estresse; Gênero Musical; Preferência Musical.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação da quantidade de sintomas relatados pré e pós-intervenção e diminuição ou aumento dos níveis de estresse por participante	21
Tabela 2 - Comparação entre os gêneros musicais escolhidos e saldo dos sintomas de estresse, obtido a partir da Tabela 1, por participante	22
Tabela 3 - Comparação entre o tempo médio, em minutos, da duração das sessões de musicoterapia e o saldo de sintomas de estresse por participante	24
Tabela 4 - Comparação entre dados demográficos e saldo de sintomas de estresse por participantes	26
Tabela 5 - Comparação entre a percepção da musicoterapia, obtida a partir da Escala Music, quantidade de sintomas relatados pré e pós-intervenção e o saldo de sintomas de estresse por participantes	28
Tabela 6 - Comparação entre a quantidade de sessões em que houve a realização de outras atividades concomitantes, obtida a partir da Escala Music, quantidade de sintomas relatados pré e pós-intervenção e o saldo de sintomas de estresse por participantes	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
3 MÉTODO	16
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Diversos estudos apresentam a face benéfica da música na redução dos índices de estresse, tal como o estudo de Matoso e de Oliveira (2017), que investigou o efeito da música na saúde humana usando como base outros artigos sobre o assunto. A partir deste artigo foi levantada uma dúvida sobre a existência de uma relação entre a preferência musical e a redução do estresse. Estudos apontam que a música é um instrumento utilizado na redução de, entre outros aspectos, dos índices de estresse.

Atualmente há uma quantidade significativa de pesquisas relacionadas à musicoterapia sendo realizadas em diversas áreas, tais como, a área social, educacional e, especialmente, hospitalar. A musicoterapia tem sido definida de diversas maneiras, Benenzon (1988), por exemplo, define musicoterapia como um campo da medicina que estuda a interação humano-som, seus efeitos terapêuticos e psicoprofiláticos. Por outro lado, o conceito apresentado por Bruscia (1998) e que será utilizado neste estudo, define musicoterapia como um processo interpessoal, sistemático e dinâmico caracterizado por um processo de intervenção que se dá por meio da música, a fim de prevenir, recuperar ou realizar a manutenção da saúde.

Com base nos resultados de diversas pesquisas feitas envolvendo a musicoterapia, pode-se observar uma grande lista de efeitos benéficos causados pela música. Na área educacional, como abordado por Cunha e Volpi (2008), a musicoterapia levou a alguns ganhos, tais como o desenvolvimento de funções cognitivas e criativas, bem como aumento da disciplina e concentração. Além dessa aplicação, na área hospitalar, o uso da música tem contribuído para a humanização dos espaços hospitalares, além de criar momentos de bem-estar e desencadear dinâmicas de afetividade e pensamento que acabaram influenciando o espaço hospitalar (Cunha & Volpi, 2008). Já na área social, de acordo com os mesmos autores, a musicoterapia serviu como um espaço que tornou a vivência cotidiana mais prazerosa a partir da troca de ideias, do convívio social e do diálogo mediado pela musicalidade do grupo.

Além destes benefícios citados, há diversos outros, principalmente relacionados à saúde humana, tais como a redução dos níveis de ansiedade e de depressão, melhora nas relações pessoais e redução dos sintomas de estresse. Este último, juntamente com a curiosidade em saber o grau de relevância da preferência musical no processo da

musicoterapia, leva ao seguinte questionamento: existe relação entre a preferência musical e a redução dos sintomas de estresse?

Um desafio corrente dentro das ênfases clínicas da psicologia se refere ao estudo técnicas psicoterápicas mais efetivas. Naturalmente essa investigação deve levar em consideração o fato de que nenhuma intervenção psicoterápica é unanime e, portanto, aplicável e eficiente em todos os casos. Sabe-se que várias intervenções psicoterápicas provocam reatância em parte dos clientes impactando assim diretamente nos resultados da intervenção. Além disso, intervenções farmacológicas, embora muitas vezes eficientes, têm em sua condução, em alguns casos, a presença de efeitos adversos que podem causar redução do conforto do paciente e até mesmo dependência.

Em decorrência desse problema, pesquisadores têm se dedicado à investigação constante de técnicas psicoterápicas possibilitem a ampliação de novas condutas empregáveis em casos clínicos. Um dos eixos de pesquisa nesse tema é o relacionado a terapias tidas como “não convencionais”. Dentro desse tópico entram as terapias assistidas por animais, arteterapia e a musicoterapia.

Sendo assim, tendo em vista outras pesquisas que fizeram uso da musicoterapia como forma de promoção de saúde pode-se observar algumas limitações, tais como: a impossibilidade de generalização de resultados, especialmente por conta das amostras relativamente pequenas e a inconclusividade sobre a eficácia geral de cada um dos métodos musicoterápicos. Isso decorre do fato de que alguns métodos são mais utilizados do que outros e são aplicados em circunstâncias e com finalidades distintas. Além disso, observa-se uma maior participação de pessoas do sexo feminino, o que leva a indagação sobre o efeito da musicoterapia ser o mesmo entre os sexos.

Além disso, entende-se que a investigação do efeito de metodologias musicoterápicas que tenham seu procedimento mais simplificado pode ter aplicabilidade maior em populações que apresentam resistência a outras metodologias psicoterápicas como, por exemplo, adolescentes e estudantes. Sabe-se que, em geral, as pessoas que se encontram nessas etapas da vida tendem a ter um menor rendimento em acompanhamentos psicoterápicos ou outras condutas que demandem alto grau de engajamento. Além disso, tendem a ser pessoas que tem grande apreço por música, facilitando assim a aplicação desse tipo de metodologia.

Com base no que foi exposto, entende-se que esse projeto tem o potencial de contribuir no estudo e até mesmo, caso os dados possibilitem, na proposição de novas

metodologias musicoterápicas. Naturalmente toda e qualquer contribuição de um estudo está associada à relevância, qualidade e extensão de seus resultados, o que não é possível definir no presente momento. No entanto, acredita-se que em alguma magnitude este estudo pode contribuir com as pesquisas da área.

OBJETIVOS

O objetivo principal desta pesquisa é medir a influência de sessões de musicoterapia nos os níveis de estresse.

Como objetivo específico pretende-se investigar o efeito dos diferentes estilos musicais nos níveis de estresse.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O termo estresse foi introduzido no campo da saúde em 1936 por Hans Selye, um fisiologista canadense, ao definir o termo, Selye tinha finalidade de designar a resposta geral e inesperada do organismo a uma situação estressante ou a um estressor, resposta esta que é o resultado da interação entre as demandas do meio e as características do indivíduo. Ficou definido também que estresse depende, em grande parte, da forma pela qual o indivíduo processa e avalia a informação sobre a situação ou sobre os estímulos e que compreende aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Por outro lado, do ponto de vista evolutivo, o estresse tem suas raízes nas reações de defesa dos animais, ou seja, nas respostas emitidas em relação aos perigos encontrados no meio (Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003).

A nível cognitivo, pode-se destacar quatro componentes em reações de estresse: (1) avaliação inicial automática da situação ou estímulo, na qual o indivíduo avalia o potencial de ameaça para si e tem como finalidade a determinação de um padrão de respostas de defesa, quando o estímulo é percebido como uma ameaça, ou conferência e orientação, quando o estímulo não é avaliado como uma ameaça; (2) avaliação da demanda da situação ou avaliação primária, a qual consiste na análise da situação estressora pelo sujeito de acordo com sua história pessoal, seus aprendizados, bem como suas experiências anteriores; (3) avaliação das capacidades para lidar com a situação estressora, também chamada de avaliação secundária, que ocorre quando o indivíduo analisa a situação relacionando-a às suas capacidades e

recursos para o enfrentamento e manejo desta situação. Por fim, o último componente é a (4) organização da ação ou seleção da resposta, ocorrida a partir das avaliações anteriores. Esse estágio corresponde ao momento em que o sujeito elabora suas respostas às demandas percebidas anteriormente. Entretanto, se não houver uma resposta disponível, o sujeito decidirá entre arriscar uma nova resposta ou aguentar a situação estressora de forma passiva (Margis et al, 2003).

No nível comportamental, as respostas básicas diante de um estressor são: enfrentamento, que define os recursos e estruturas fisiológicas a serem mobilizadas, bem como define os possíveis transtornos psicofisiológicos que podem ocorrer decorrentes da fuga e da passividade. A habilidade do indivíduo de emitir respostas adequadas a cada situação estressora depende de um aprendizado prévio das condutas pertinentes e se a resposta emitida foi reforçada em situações parecidas anteriormente (Margis et al, 2003).

No entanto, estudos indicam que o estresse está diretamente relacionado ao funcionamento das estruturas neurais. Sendo assim, entende-se que o nível fisiológico pode ser dividido em aspectos neuroanatômicos, neurotransmissores e estresse. Com relação aos aspectos neuroanatômicos, em situações potencialmente perigosas, de acordo com experiências feitas com animais, as estruturas cerebrais envolvidas seriam a amígdala e o sistema septo-hipocampal. Este segundo é o responsável pela execução da função de conferidor por meio da comparação dos dados sensoriais às predições feitas a partir das memórias armazenadas e dos planos de ações gerados no córtex pré-frontal. Quando há coerência entre os dois, continua-se a execução da tarefa de conferidor. Por outro lado, se houver a discrepância, o sistema septo-hipocampal passaria a exercer a função de controle, gerando assim a inibição do comportamento, aumento dos índices de vigilância e direcionando a atenção do indivíduo aos possíveis perigos (Margis et al, 2003).

Entre as substâncias estudadas envolvidas no estresse existem as aminas biogênicas como a noradrenalina (NA), dopamina (DA) e serotonina (5-HT); aminoácidos: ácido gama-aminobutírico, mais conhecido como GABA, o glutamato e a glicina; peptídeos tais como a colecistina (CCK), o hormônio anticotrófico (ACTH) e o fator de liberação de corticotropina (CRF); e alguns esteroides, tal como a corticosterona. Na resposta aguda ao estresse há um aumento significativo na quantidade de NA na fenda sináptica. O estresse também aumenta a liberação e o metabolismo da DA no córtex pré-frontal, área envolvida na produção de respostas ao estresse. Nas situações de estresse ocorre a diminuição da quantidade de

serotonina e suas funções, o que pode resultar em um aumento na função da DA, promovendo hiper vigilância (Margis et al, 2003).

Três eixos de atuação da resposta fisiológica relacionada ao estresse foram destacados por Labrador e Crespo (1994): o eixo neural, que é ativado imediatamente quando em frente a uma situação de estresse, implica a ativação do sistema nervoso periférico e autônomo e tem como efeitos o aumento do ritmo cardíaco, aumento da pressão arterial, sudorese intensa, formigamento dos membros, dificuldade para respirar, dilatação das pupilas e boca seca; o eixo neuroendócrino, que possui uma ativação mais lenta pois necessita de condições de estresse mais prolongadas, implica a ativação da medula das suprarrenais, provocando a secreção de adrenalina e noradrenalina, o que contribui para manter e aumentar a atividade adrenérgica somática, isto é, o eixo de luta e fuga. O aumento da pressão arterial, do ritmo cardíaco, da estimulação dos ácidos graxos, triglicerídeos e colesterol no sangue, entre outros, são alguns de seus efeitos. Esta resposta aumenta o risco de arritmias, de morte súbita e de hipertensão em pessoas propensas.

Outro eixo seria o eixo endócrino, caracterizado pelo disparo mais lento e pelos efeitos mais duradouros que os dois anteriores. Para a sua ativação necessita que a situação estressora se mantenha por um tempo mais longo. É disparado quando o indivíduo não possui estratégias de enfrentamento da situação estressora. Alguns de seus principais efeitos são o aumento da glicogênese, diminuição do apetite, supressão de mecanismos imunológicos e aumento da produção de ureia. Todas essas alterações a nível hormonal e neuronal geram naturalmente alterações e sensações psicológicas resultando até mesmo em quadros patológicos secundários. Esses efeitos têm sido bastante explorados pela literatura.

Nos dias atuais, o termo estresse tem sido associado a uma sensação de desconforto. A redução da defesa imunológica do indivíduo, causada pelo estresse, propicia o desencadeamento de algumas doenças, bem como facilita o surgimento de doenças para as quais já existe uma predisposição. Esta redução da defesa imunológica se deve ao investimento de energia por parte do indivíduo contra os estressores, isto é, um fenômeno, situação ou experiência de origem interna ou externa que desencadeia sentimentos de ansiedade e medo (Taets, Pinheiro, Figueiredo, & Dantas, 2013).

No contexto nacional, uma das definições de estresse bem aceitas na literatura é a proposta por Lipp (2013). Esse é definido como um estado de tensão que tem como consequência uma ruptura no equilíbrio interno no organismo. Esse conceito permite a

compreensão do porquê, em alguns casos, durante eventos estressores, se verificam sintomas como a aceleração do ritmo cardíaco, insônia e dificuldades para digestão.

estressantes. Este primeiro momento caracteriza o chamado estresse inicial. Em decorrência disso, há uma tentativa de retorno ao estado anterior ao estresse. Quando a tentativa de retorno ao equilíbrio interno, chamado de homeostase, se prolonga por um longo período de tempo ou falha, dá-se início à fase intermediária do estresse.

De acordo com Lipp e Malagris (2001), existem quatro níveis de estresse: o primeiro é a fase de alerta, na qual o indivíduo se energiza através da produção de adrenalina e o organismo se prepara para a reação de luta ou fuga, essenciais para a preservação da vida. Na segunda fase, a da resistência, o indivíduo tenta manter sua homeostase interna a partir da tentativa de lidar com os seus estressores. Se os fatores estressores persistirem entra-se na próxima fase, a de quase-exaustão, na qual se inicia o processo de adoecimento. Por fim, caso não haja alívio relacionado ao estresse, atinge-se a fase final, a da exaustão, na qual podem ocorrer doenças mais graves em órgãos mais vulneráveis e reações psicológicas mais severas.

No momento em que a energia que o indivíduo estava utilizando para retomar o equilíbrio interno se esgota, o corpo e mente começam a dar sinais de alerta, como por exemplo, lapsos de memória que se manifestam quando o sujeito não se consegue lembrar nomes, fatos ou até mesmo tarefas, sendo das mais complexas às mais simples. Outra reação está associada sensação de “corpo cansado” mesmo após uma longos períodos de descanso. Além disso, verifica-se também a sensação de desgaste físico e mental acompanhada de autodúvidas, isto é, questionamentos sobre a própria competência, apatia e desinteresse por coisas que davam prazer. Este momento caracteriza o marco do limite da resistência do indivíduo. Se o desequilíbrio interno persistir, isto é, se nada for feito para o alívio da tensão e para o retorno ao equilíbrio, o organismo, uma vez sem energia, enfraquece e fica suscetível ao aparecimento de doenças. A tendência é que esse quadro que só piore com o passar do tempo, podendo ter consequências variando de gripes a até mesmo crises de ansiedade (Lipp, 2013).

Existe uma variedade de condutas e ações que podem diminuir ou controlar os índices de estresse, dentre elas, é possível citar os exercícios físicos, como por exemplo, caminhadas, exercícios de respiração, relaxamento muscular, meditação. Além destes são típicos também o acompanhamento farmacológico e é claro, a psicoterapia. Além dessas condutas “mais clássicas” existem evidências de que uma maneira de se reduzir o estresse se dá por meio do

hábito de ouvir músicas que possuem um efeito calmante. No entanto, naturalmente esse efeito varia de indivíduo para indivíduo de acordo com outras variáveis, dentre elas as preferências musicais.

Sobre a música, de acordo com Bruscia (1998), há quatro métodos musicais por meios dos quais a musicoterapia pode ser aplicada: a improvisação, a recriação, a composição e a auditiva. O primeiro, a improvisação, consiste em um método no qual o paciente participa no processo de fazer música, seja criando melodias e ritmos, seja tocando algum instrumento.

Esse método é tipicamente voltado para condutas terapêuticas em clientes que manifestam os seguintes quadros: crianças obsessivo-compulsivas, adultos com desordens de personalidade, crianças não-verbais, adolescentes agressivos, crianças impulsivas, mentirosas e também adultos depressivos. Além disso, sabe-se que esse método tem bons efeitos também em crianças portadoras de necessidades especiais. O indivíduo pode usar qualquer meio musical possível (a voz, o próprio corpo, instrumentos) para participar no processo de criação de música.

O papel do terapeuta nesse método consiste em ajudar o paciente, seja colocando as instruções e demonstrações necessárias, oferecendo uma ideia ou até mesmo cantando ou tocando algum acompanhamento a fim de ajudar o cliente. Naturalmente, em alguns casos, a aplicação dessas técnicas demanda conhecimento e estudo prévios por parte do terapeuta. Alguns objetivos dinâmicos da improvisação são o estabelecimento de um canal de comunicação não-verbal e uma ponte para a comunicação verbal. Além disso, nessas intervenções pretende-se também promover um meio satisfatório de autoexpressão e conformação de identidade. É possível também desenvolver habilidades grupais, bem como a habilidade para a intimidade interpessoal e o desenvolvimento de capacidades perceptivas e cognitivas (Bruscia, 1998).

Na recriação, tendo como base uma música já existente, o paciente apresenta uma outra música, sendo ela instrumental ou vocal; também se incluem atividades musicais estruturadas e jogos nos quais o cliente adota uma função ou comportamento definidos. Possui alguns objetivos, tais como estimular o comportamento adaptativo e ordenado, melhorar a atenção e a orientação na realidade, desenvolver habilidades sensório motoras, melhorar as habilidades de interação e grupais, dentre outras. Os principais candidatos para tal método são aqueles que precisam de uma estrutura para desenvolver tais habilidades e

comportamentos, além de ser indicada para os indivíduos que necessitam compreender e adaptar-se às ideias dos demais sem abandonar sua própria identidade (Bruscia, 1998).

Já na composição, o musicoterapeuta tem um papel mais significativo, uma vez que auxilia o paciente a produzir música escrevendo letras, canções ou até mesmo peças instrumentais. Dentre os objetivos clínicos, se destacam: o desenvolvimento de habilidades organizacionais e de planejamento, o aumento da autorresponsabilidade, desenvolvimento de habilidades para resolução criativa de problemas. Além disso, verifica-se também o desenvolvimento da habilidade de sintetização e integração das partes de um todo, bem como de documentar e comunicar as experiências interiores.

O método auditivo, também chamado de experiências receptivas, ocorre quando o paciente escuta música e responde às experiências musicais, podendo ser de modo silencioso, verbal ou até mesmo por meio de outro modelo terapêutico. A experiência de escuta pode focar-se nos aspectos físicos, emocionais, intelectuais, estéticos ou espirituais da música e as respostas do cliente são desenhadas segundo o propósito terapêutico.

Dentre os principais objetivos clínicos desse método, têm destaque a estimulação da imaginação e da fantasia, a exploração das ideias e dos pensamentos dos demais. Outros são, o ato de desenvolver habilidades motoras e auditivas, evocar estados e experiências afetivas. Por fim, há também objetivo de promover a receptividade e evocar reações corporais específicas. Os candidatos para as experiências que utilizam este método são aqueles que possuem as habilidades de atenção e recaptção necessárias para captar a música e que podem se beneficiar terapeuticamente ao responder à música de um modo particular.

A musicoterapia não é propriamente algo novo na literatura, alguns pesquisadores dedicaram-se a investigar o tema. A pesquisa realizada por Taets et al. (2013), por exemplo, teve como objetivo verificar os efeitos de um programa de musicoterapia no nível de estresse de profissionais de saúde. Contou-se com a participação de 34 voluntários do sexo feminino, com idade igual ou superior a 18 anos e atuantes profissionais de um hospital privado estudado. Foi utilizado o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) para se aferir em que fase de estresse as participantes se encontravam. Para a avaliação do estresse foi utilizado um questionário aplicado antes e após a sessão de musicoterapia contendo as seguintes perguntas: (1) Você se acha estressado?; e (2) Você considera seu trabalho estressante?. As respostas, dadas em escala tipo Likert, variaram entre (1) nem um pouco/nada a (5) muito.

As sessões de musicoterapia ocorreram no auditório do hospital em que as participantes trabalhavam, as intervenções ocorreram quinzenalmente, com duração de uma hora por sessão. Os métodos musicoterápicos utilizados foram a improvisação e a recriação musical e o repertório musical utilizado foi composto por gêneros de música popular brasileira e por músicas internacionais escolhidas pelas participantes da pesquisa acompanhadas por um teclado tocado pelo próprio pesquisador. Os resultados obtidos apontaram que 32 das 34 participantes foram classificadas como estressadas e as duas participantes restantes foram classificadas como não estressadas no momento prévio à intervenção. Após a sessões de musicoterapia verificou-se que houve uma diminuição estatística significativa no nível do estresse após a musicoterapia (Taets et al, 2013).

Outra pesquisa que permitiu a investigação do tema foi a de Panacioni e de Oliveira Zanini (2012), que teve como objetivo a investigação do efeito da musicoterapia no controle do estresse de um grupo e a verificação de seu efeito na qualidade da vida dos participantes, a amostra foi composta por sete graduandos e dois pós-graduandos da Universidade Federal de Goiás, maiores de 18 anos, que apresentaram algum nível de estresse e visavam sua diminuição. A metodologia utilizada foi mista, isto é, utilizou-se instrumentos qualitativos e quantitativos. Foram utilizados o questionário ISSL, questionários sociodemográficos, fichas musicoterápicas e relatórios das sessões de musicoterapia. No total foram realizadas dez sessões semanais, com duração de uma hora a uma hora e trinta minutos cada. O repertório musical esteve vinculado à identidade sonora dos participantes e os métodos musicoterápicos utilizados foram a improvisação, a recriação, a composição e a auditiva.

Os dados quantitativos apontam que, inicialmente, os sintomas gerais do estresse estavam bem acentuados na maioria dos participantes, entretanto, no final da terapia, houve uma diminuição significativa dos sintomas. A avaliação do nível de estresse, feita a partir do ISSL, ocorreu antes do início do processo terapêutico e apontou que parte dos participantes se encontravam na fase de resistência, a qual consiste na tendência à adaptação, buscando o equilíbrio interno. Outros dois participantes não foram classificados como em situação de estresse, no entanto, foram identificados alguns sintomas físicos e psicológicos do estresse e para esses participantes o foco terapêutico foi a prevenção do desenvolvimento do estresse.

Após a intervenção musicoterápica, de acordo com os dados qualitativos, os participantes desenvolveram o autoconhecimento e o enfrentamento ao estresse de forma

gradativa. Além disso, apresentaram uma tendência de ampliação da autoexpressão. Os resultados da pesquisa apontam que a musicoterapia contribui tanto para a promoção da saúde como para o controle do estresse acadêmico (Panacioni & de Oliveira Zanini, 2012).

A partir dos resultados obtidos pelas pesquisas realizadas por Taets et al (2013) e Panacioni e de Oliveira Zanini (2012), pode-se concluir que a musicoterapia pode exercer um impacto positivo na saúde dos indivíduos de diversas áreas, sejam estudantes universitários, sejam trabalhadores profissionais, uma vez que, dentre outras coisas, diminui os níveis de estresse. Entretanto, na pesquisa realizada por Taets et al (2013), foram utilizados apenas dois dos quatro métodos musicoterápicos apresentados por Bruscia (1998), o que deixa em aberto os impactos causados pelos outros dois métodos, não esgotando por completo as metodologias da musicoterapia. Por outro lado, na pesquisa de Panacioni e de Oliveira Zanini (2012), dois participantes não foram classificados como em situação de estresse, fato este que poderia ter modificado os resultados significativamente.

Um outro aspecto de destaque envolve o fato de que em ambas as pesquisas as sessões demandavam grande engajamento dos participantes em conduzir metodologias ativas como, por exemplo, a elaboração. Sendo assim, embora as pesquisas tenham apresentado evidências do funcionamento da musicoterapia, questiona-se sobre a sua aplicabilidade no contexto real psicoterápico. Sendo assim, entende-se que cabe testar efeitos de intervenções musicoterápicas em níveis mais simplificados como, por exemplo, o ato de escutar uma música rotineiramente com o objetivo de causar a redução do estresse. Por fim, as amostras adotadas nas duas pesquisas foram pequenas, o que gera questionamentos sobre a generalização dos resultados.

3 MÉTODO

Participantes

O estudo contou com 20 voluntários de ambos os sexos, de diferentes áreas de atuação e profissões, com idades que variaram de 19 a 56 anos. Além disso, foram excluídos os participantes que: estavam sob uso de medicação estimulante ou depressora do sistema nervoso; se utilizam de técnicas para lidar com aspectos estressores, como por exemplo a terapia e o *tai chi chuan*, uma arte marcial chinesa que pode ser utilizada de forma terapêutica; bem como indivíduos que participaram de sessões de musicoterapia

anteriormente. Os participantes foram convidados a participar do estudo por meio de publicações e compartilhamentos em redes sociais.

Instrumentos

Escala de Sintomas de Estresse. Com base na necessidade de se medir o nível de estresse antes e depois do procedimento musicoterápico e por se tratar de um instrumento de acesso aberto e possível aplicação em procedimentos online, foi utilizada a Escala de Sintomas de Estresse (ESE), de Lima, Formiga e De Melo (2018). A escala tem como finalidade permitir a avaliação dos principais sintomas presentes em um quadro de estresse, sendo eles classificados como físicos (e.g. dores de cabeça e dificuldades para dormir) e psicológicos, tais como sentir-se mais ansioso e redução na capacidade de concentração.

A ESE é estruturada em dois fatores denominados Sintomas Psicológicos e Sintomas Físicos, bem como por um fator de segunda ordem, chamado de Sintomas de Estresse. A distribuição de itens da ESE se apresenta a partir de 28 afirmações, das quais 10 são relacionadas a sintomas físicos e 18 a sintomas psicológicos. As respostas foram objetivas e consistiam em assinalar os sintomas que eram coerentes com a experiência recente do participante.

Protocolo de Registro da Musicoterapia. Outro instrumento utilizado no estudo foi um protocolo de registro das sessões de musicoterapia, o qual possibilitou o registro da regularidade das sessões, a duração das mesmas e registros referentes ao contexto e ambiente onde foi a sessão de musicoterapia realizada. Esse instrumento foi constituído por causa da necessidade de se avaliar eventuais variáveis intervenientes no processo de musicoterapia.

Além disso, foi criada uma escala com o objetivo de auferir a percepção do participante sobre o processo musicoterápico, denominada Escala Music. A escala foi constituída por 12 itens divididos em duas dimensões, qualidade de vida e diminuição do estresse, sendo seis itens para cada dimensão. Durante o processo de elaboração da escala, foi realizada uma definição de eficácia da intervenção musicoterápica, a qual é “A intervenção possibilitou a redução do estresse durante uma semana na população que se encaixava nos critérios definidos.”. A Escala Music foi elaborada a partir de fundamentos extraídos dos estudos de Durgante e DalboscoDell’Aglío (2018); Souza e Araújo (2010); e Gottfredson, Cook, Gardner, Gorman-Smith, Howe, Sandler e Zafft (2015).

Procedimentos

Para a execução da pesquisa, criou-se um arquivo na plataforma *google forms* contendo as informações sobre a pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e a ESE a fim de obter as respostas dos participantes; o qual, após finalizado, foi compartilhado via WhatsApp, Facebook e outras mídias sociais.

Inicialmente, os participantes realizaram o preenchimento da ESE, possibilitando a aferição do nível de estresse prévio à intervenção. Em seguida, foram instruídos a realizar a escolha do repertório musical, que não foi pré-estabelecido, mas definido individualmente pela declaração dos participantes referentes a quais músicas são julgadas como relaxantes a partir do gênero musical. Posteriormente, se deu início à musicoterapia e, após seu término, os participantes responderam a ESE, finalizando sua participação na pesquisa.

A intervenção musicoterápica teve duração de sete dias e foi realizada individualmente por cada participante, isto é, cada participante ouviu ao repertório musical escolhido atentamente, uma vez por dia, em uma sequência de sete dias, sem estar realizando outra atividade que competiu significativamente com a intervenção a nível atencional.

Essas informações foram passadas aos participantes antes do início do procedimento. As orientações abordaram aspectos associados à preparação do ambiente e procedimento de escuta do material musical. Para se verificar o engajamento nas sessões de musicoterapia, os participantes preencheram um pequeno formulário de registro apontando a duração das sessões diárias, o ambiente no qual a sessão foi realizada e se houve alguma outra atividade sendo realizada.

Para a análise de dados foi utilizado o SPSS para a obtenção de dados estatísticos, além da análise descritiva a fim de obter os demais dados relacionados à intervenção, tais como a percepção dos participantes, dados demográficos, gêneros musicais escolhidos e o tempo médio das sessões de musicoterapia.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a obtenção e análise dos dados estatísticos, tais como médias, desvios-padrão, Alfas de Cronbach, Teste *t*, níveis de significância e correlações de Pearson, foi utilizado o programa SPSS. Para os demais dados, isto é, as possíveis interações entre fatores tais como idade, sexo, gênero musical escolhido e tempo médio das sessões de musicoterapia e os níveis de estresse, as análises ocorreram de forma descritiva.

A fim de se obter as médias, utilizando-se o SPSS, das respostas obtidas na ESE antes e após a intervenção, foi preciso transformar as respostas possíveis (sim e não) em números, assim, transformou-se o sim em número um, e o não, em número dois. Além disso, as respostas da escala Music seguiram a Escala Likert, com cinco pontos, indo de um – Discordo Totalmente -, a cinco – Concordo Totalmente. O que significa dizer que, quanto maior a média das respostas da Escala Music, mais positiva foi a percepção dos participantes acerca da musicoterapia.

Ademais, obteve-se o Alfa de Cronbach de ambas as medidas da ESE, sendo de 0,884 para a Pré, e de 0,882 para a Pós, o que indica uma boa confiabilidade da consistência interna de ambas as escalas. Foi medido, também, o Alfa de Cronbach da Escala Music, o qual foi de 0,757, indicando boa confiabilidade da consistência interna da escala.

A média das respostas obtidas na ESE pré-intervenção (ESEPré) foi de 1,62, com desvio padrão de 0,22, demonstrando um certo equilíbrio entre a quantidade de sintomas sentidos e não sentidos pelos participantes na semana prévia à intervenção. Em contrapartida, a média obtida a partir das respostas recebidas pós-intervenção (ESEPós) foi de 1,80, com desvio padrão de 0,18, o que indica uma maior quantidade de sintomas não sentidos pelos participantes em comparação à quantidade de sintomas sentidos.

Adentrando-se as análises principais do trabalho, realizou-se uma comparação entre as médias na ESE pré e pós. O resultado do teste t mostrou que ambas apresentaram uma diferença significativa entre si, $T(19) = -3,976$ com $p = 0,001$. Essa análise evidenciou que os participantes apresentaram uma tendência de redução dos sintomas do estresse após a realização do processo musicoterápico.

Paralelamente ao cálculo do Teste T, realizou-se um teste de correlação de Pearson que apresentou os seguintes resultados, $r = 0,494$ com $p = 0,027$. Devido ao fato de que a correlação entre as duas medidas se mostrou distante de 1, verifica-se que houve mudança nas médias, mais uma vez evidenciando a melhora nos sintomas de estresse após a realização do processo musicoterápico.

As análises seguintes foram a realização dos testes de correlação entre todas as medidas utilizadas no estudo, ou seja, ESEPré, ESEPós e a Escala Music.

O teste de correlação de Pearson realizado entre a ESEPré e a Music apresentou os resultados, $r = 0,196$ com $p = 0,407$. É possível observar que a correlação entre a ESEPré e a Music se mostrou mais próximo a 0, o que indica que os dados comparados não se

relacionaram bem e que os resultados não foram estatisticamente significativos. Por fim, realizou-se um teste de correlação de Pearson entre a ESEPós e Music, a qual foi de $r = 0,493$ com $p = 0,027$. Tal correlação se mostrou distante de 1, o que indica uma melhor relação da média da escala Music com a média da ESEPós, com uma diferença significativa.

Prosseguindo com as análises, buscou-se verificar os efeitos da musicoterapia nos sintomas de cada participante. A fim de facilitar a análise dos dados, os participantes foram enumerados de 1 a 20, sendo P1, P2, P3 e assim em diante, até o P20.

Na tabela 1 foram feitas análises de medidas repetidas, comparando-se os escores nos dois momentos do estudo, pré-intervenção e pós-intervenção, de cada um dos participantes.

É possível observar que, dos 20 participantes, 17 apresentaram uma diminuição na quantidade de sintomas relatados após a intervenção musicoterápica, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P18, P19 e P20. Dos três participantes que não demonstraram uma diminuição, em dois casos, P10 e P17, ocorreu o contrário, houve um aumento na quantidade de sintomas sentidos, passando de 3 e 6 para 9 e 13, respectivamente. No caso do P8, houve uma constância na quantidade de sintomas relatados antes e após a intervenção, mantendo a quantidade de 3 sintomas.

No entanto, faz-se necessário ressaltar que não foram necessariamente os mesmos sintomas que foram relatados antes e depois da musicoterapia. Isto ocorreu nos casos dos participantes P2, P4, P5, P7, P8, P10, P11, P14, P16. P1 e P18, isto é, houve sintomas que permaneceram presentes após a intervenção, bem como outros que foram relatados no pós e que não se fizeram presentes anteriormente.

Por outro lado, os sintomas relatados pelos participantes P1, P6, P9, P12, P13 e P15 no pós já haviam sido relatados antes da musicoterapia, não ocorrendo a presença de novos sintomas. Ademais, no caso dos participantes P3, P19 e P20 houve uma redução total dos sintomas, isto é, não houve sintomas relatados após a intervenção musicoterápica.

O estudo de Aselton (2012) levanta que, de acordo com os relatos dos participantes, há uma variedade de maneiras de aliviar o estresse, entre eles, escutar música, a qual foi útil, também, ao ajudar no relaxamento dos participantes. Tal dado é corroborado a partir dos resultados observados na Tabela 1, ao se observar uma grande taxa de diminuição do estresse dos participantes do presente estudo.

Tabela 1 - *Comparação da quantidade de sintomas relatados pré e pós-intervenção e diminuição ou aumento dos níveis de estresse por participante.*

Participantes	Sintomas Pré	Sintomas Pós	Nível de Estresse
P1	6	1	Diminuiu
P2	6	5	Diminuiu
P3	14	0	Diminuiu
P4	18	15	Diminuiu
P5	10	4	Diminuiu
P6	13	5	Diminuiu
P7	4	2	Diminuiu
P8	3	3	Se manteve
P9	16	2	Diminuiu
P10	3	9	Aumentou
P11	15	8	Diminuiu
P12	24	16	Diminuiu
P13	21	14	Diminuiu
P14	7	4	Diminuiu
P15	10	5	Diminuiu
P16	8	5	Diminuiu
P17	6	13	Aumentou
P18	12	3	Diminuiu
P19	5	0	Diminuiu
P20	14	0	Diminuiu

Realizando-se uma comparação entre os gêneros musicais escolhidos pelos participantes em contraste com o saldo de sintomas de estresse, obtido ao se subtrair a quantidade de sintomas presentes antes e depois da intervenção, sendo um número negativo quando houve uma diminuição, zero quando não houve alteração, e positivo quando houve um aumento, presente na Tabela 2, não se faz possível associar um gênero musical como sendo mais ou menos eficaz na redução dos níveis de estresse devido a uma série de fatores que se sucedem, começando pelo tamanho da amostra utilizada neste estudo, que acarreta na baixa variedade de gêneros musicais escolhidos e que, por sua vez, acarreta na não

exaustão de todos os gêneros musicais existentes e na falta de uma amostra significativa a fim de generalizar os dados.

No entanto, o estudo de Nunes-Silva, Moreira, de Moraes, Rosa e dos Santos Marra (2012) levanta que músicas com ritmos e melodias mais calmas e harmoniosas podem ser mais eficientes ao promover o relaxamento dos indivíduos e, por sua vez, reduzir o estresse.

Ao se comparar os níveis de estresse apresentados por indivíduos diferentes que escolheram o mesmo gênero musical é possível fazer algumas observações: comparando-se os indivíduos que escolheram o gênero MPB é possível observar que apenas um participante, o P17, dentre outros quatro, P4, P6, P11 e P18, apresentou um aumento nos sintomas de estresse, levantando a hipótese de que esse aumento se deve a algum outro fator além do gênero musical propriamente dito; o mesmo se pode dizer com relação à música clássica, escolhida por P10, que apresentou um aumento na quantidade de sintomas sentidos, e P14, que apresentou uma diminuição. Por outro lado, o mesmo não é possível se fazer com o P8, visto que foi o único participante que escolheu o gênero musical rock.

O estudo de Valim, Bergamaschi, Volp e Deutsch (2002) demonstra, a partir dos resultados obtidos, que não houve diferenças significativas com relação à diminuição dos sintomas de estresse em indivíduos que escutaram músicas preferidas e músicas *New Age*. Tal resultado indica, em outras palavras, a possível ausência de uma influência determinante da preferência musical na redução do estresse. Contudo, os resultados obtidos a partir do presente estudo podem corroborar a falta de influência determinante da preferência musical na redução dos sintomas de estresse.

Ademais, se faz necessário levantar a possibilidade de ter havido outros fatores interferindo na musicoterapia e, conseqüentemente, acarretando uma alteração dos resultados, não sendo possível atribuir todos os resultados estritamente à musicoterapia.

Tabela 2 - Comparação entre os gêneros musicais escolhidos e saldo dos sintomas de estresse, obtido a partir da Tabela 1, por participante. (continua)

Participantes	Gêneros Musicais	Saldo Sintomas Estresse
P1	Chillpop	-5
P2	Screamo	-1
P3	Pop	-14
P4	MPB	-3

(continuação)

Participantes	Gêneros Musicais	Saldo Sintomas Estresse
P5	Rap	-6
P6	MPB	-8
P7	Indie	-2
P8	Rock	0
P9	Bossa Nova	-14
P10	Clássica	+6
P11	MPB	-7
P12	Não informado	-8
P13	Pop	-7
P14	Clássica	-3
P15	Pop	-5
P16	Jazz	-3
P17	MPB	+7
P18	MPB	-9
P19	Pop	-5
P20	New Age	-14

Com relação ao tempo médio de duração das sessões, verifica-se uma variação que vai de 3 a 90 minutos, conforme a Tabela 3. Ao se comparar os tempos médios com os níveis de estresse, é possível observar que não há, necessariamente, uma correlação positiva entre o tempo e a redução dos níveis de estresse, ou seja, um tempo elevado não necessariamente terá uma eficácia maior em reduzir os estresse de um indivíduo, como pode ser observado nos resultados do P12, que teve o maior tempo médio das sessões e apresenta a maior quantidade de sintomas ao preencher a ESE após a musicoterapia, com 16, conforme a Tabela 1.

Assim como um tempo médio menor não necessariamente indicará uma eficácia reduzida, como pode ser observado nos dados do P3, que teve um tempo médio de 3 minutos e apresentou, junto com o P9 e o P20, ambos com 5 minutos, a maior quantidade de diminuição de sintomas, sendo 14.

Como se pode observar na Tabela 3, há quatro participantes que tiveram um tempo médio de 3 minutos, sendo que um deles, o P17, apresentou um aumento na quantidade de sintomas de estresse. Isto não nos permite atribuir o menor tempo médio à menor eficácia da musicoterapia, uma vez que apenas um participante dos quatro apresentou um aumento.

Além disso, ao se observar os participantes P8 e P10, os quais apresentaram um tempo médio maior, de 6 e 7 minutos, respectivamente, não se torna possível afirmar que, por terem apresentado um tempo médio maior, a musicoterapia foi mais eficaz, visto que o P8 manteve a quantidade de sintomas, enquanto o P10 apresentou um aumento na quantidade de sintomas.

Assim como um tempo baixo não necessariamente será menos eficaz na redução de estresse, como se pode observar nos resultados do P20, que teve um tempo médio de 5 minutos e apresentou uma redução de todos os 14 sintomas relatados antes da musicoterapia.

Tabela 3 - Comparação entre o tempo médio, em minutos, da duração das sessões de musicoterapia e o saldo de sintomas de estresse por participante. (continua)

Participantes	Tempo Médio (min.)	Saldo Sintomas Estresse
P1	3	-5
P2	10	-1
P3	3	-14
P4	4	-3
P5	13	-6
P6	3	-8
P7	4	-2
P8	6	0
P9	5	-14
P10	7	+6
P11	31	-7
P12	90	-8
P13	4	-7
P14	5	-3
P15	27	-5

(continuação)

Participantes	Tempo Médio (min.)	Saldo Sintomas Estresse
P16	76	-3
P17	3	+7
P18	4	-9
P19	7	-5
P20	5	-14

As idades dos participantes variaram entre 19 e 56 anos, conforme Tabela 4, e foram divididas em três grupos: o primeiro grupo é formado pela faixa etária de 19 a 30 anos, o segundo grupo de 31 a 45 anos e o terceiro vai de 45 a 56 anos. No primeiro grupo estão presentes 13 participantes, dentre os quais, o participante P8 foi o único que não apresentou uma diminuição dos sintomas de estresse. No segundo grupo estão presentes dois participantes, sendo os participantes P12 e o P17, este que apresentou um aumento na quantidade de sintomas de estresse. Por fim, no terceiro grupo estão presentes cinco participantes, dentre os quais está o P10, que também apresentou um aumento na quantidade dos sintomas de estresse.

Pode-se observar que, no Grupo 1, se faz presente uma grande variação com relação a quantidade de sintomas relatados após a intervenção musicoterápica, variando entre 0 e 15, no entanto, a maioria gira em torno de 4 e 5 sintomas. Com base nos dados apresentados na Tabela 4, em especial sobre os participantes do Grupo 1, há uma abundância de participantes que apresentam uma redução dos sintomas de estresse, o que possibilita o levantamento de uma hipótese, a qual consiste em uma maior redução dos sintomas de estresse em indivíduos mais jovens, que estão começando a fase adulta.

Por outro lado, no Grupo 2, dois participantes, P3 e P20, não relataram sintomas de estresse após a intervenção, além de uma grande redução na quantidade de sintomas por parte dos participantes P9 e P11, com 14 e 7 sintomas a menos, respectivamente, o que pode ser um indício de refutação da hipótese levantada anteriormente.

Por fim, os participantes do Grupo 3 apresentaram grandes quantidades de sintomas, sendo 13 sintomas relatados pelo P17, o qual indicou um aumento da quantidade de sintomas sentidos, e 16 sintomas pelo P12. Como podemos observar na Tabela 4, houve uma diminuição de 8 sintomas no caso do P12 e um aumento de 7 sintomas no caso do P17. Estes

dados contrastantes não possibilitam a atribuição de uma relação entre a faixa etária e os níveis de estresse.

Ainda conforme a Tabela 4, participaram da pesquisa oito participantes do sexo feminino e 12 do sexo masculino. Os três participantes que apresentaram maiores níveis de estresse após a musicoterapia são do sexo masculino, o que significa que todas as participantes do sexo feminino tiveram uma redução dos níveis de estresse. Esta comparação pode ser um indício de que a musicoterapia se faz mais eficaz em pessoas do sexo feminino em detrimento do sexo masculino.

Tabela 4 - Comparação entre dados demográficos e saldo de sintomas de estresse por participantes.

Participantes	Idades/Sexo	Saldo Sintomas Estresse
P1	20/M	-5
P2	19/M	-1
P3	45/F	-14
P4	20/F	-3
P5	20/M	-6
P6	21/F	-8
P7	20/F	-2
P8	22/M	0
P9	46/F	-14
P10	56/M	+6
P11	52/M	-7
P12	42/F	-8
P13	21/F	-7
P14	20/M	-3
P15	24/F	-5
P16	25/M	-3
P17	44/M	+7
P18	21/M	-9
P19	19/M	-5
P20	48/M	-14

Foi analisada, também, a percepção dos participantes com relação à intervenção musicoterápica, a fim de verificar possíveis correlações entre as percepções e os níveis de estresse.

As percepções dos participantes foram classificadas em (1) Muito Negativa, (2) Negativa, (3) Neutra, (4) Positiva e (5) Muito Positiva, como se pode verificar na Tabela 5.

De uma maneira geral, a percepção dos participantes foi muito positiva. No entanto, ao verificarmos as percepções dos participantes que não apresentaram uma melhora nos níveis de estresse, P8, P10 e P17, observa-se que o P8, que manteve seu nível de estresse, indicou uma percepção positiva sobre a musicoterapia ao passo que os participantes P10 e P17, que apresentaram um aumento nos níveis de estresse, indicaram uma percepção muito positiva.

Tais dados indicam que uma percepção positiva da musicoterapia não está necessariamente diretamente relacionada à redução dos níveis de estresse, apesar de ser possível esta relação, como pode ser observado nos outros 17 participantes que relataram uma boa percepção acerca da musicoterapia. Todavia, a Escala Music também levantou informações acerca de outros fatores que podem ter influenciado os resultados, como pode ser visto na Tabela 6.

O estudo de Taets et al. (2013) envolvendo musicoterapia teve como um de seus resultados a diminuição da percepção de estresse em boa parte de seus participantes. Esta diminuição pode ser observada, também, no presente estudo, visto que os 20 participantes relataram uma percepção positiva com relação à musicoterapia e, conseqüentemente, à redução do estresse.

Além disso, de acordo com os resultados do estudo de Panacioni e de Oliveira Zanini (2012), a musicoterapia contribui para a promoção da saúde e para o controle de estresse acadêmico. Tendo em vista que alguns participantes da presente pesquisa estão inseridos em ambiente acadêmico, bem como a percepção positiva obtida a partir da Escala Music, é possível corroborar a ideia da musicoterapia como promotora de saúde e eficaz na redução de estresse.

Tabela 5 - Comparação entre a percepção da musicoterapia, obtida a partir da Escala Music, quantidade de sintomas relatados pré e pós-intervenção e o saldo de sintomas de estresse por participantes.

Participantes	Percepção Musicoterapia	Sintomas Pré	Sintomas Pós	Saldo Sintomas Estresse
P1	Muito Positiva	6	1	-5
P2	Muito Positiva	6	5	-1
P3	Muito Positiva	14	0	-14
P4	Muito Positiva	18	15	-3
P5	Muito Positiva	10	4	-6
P6	Muito Positiva	13	5	-8
P7	Muito Positiva	4	2	-2
P8	Positiva	3	3	0
P9	Muito Positiva	16	2	-14
P10	Muito Positiva	3	9	+6
P11	Muito Positiva	15	8	-7
P12	Positiva	24	16	-8
P13	Muito Positiva	21	14	-7
P14	Muito Positiva	7	4	-3
P15	Muito Positiva	10	5	-5
P16	Positiva	8	5	-3
P17	Muito Positiva	6	13	+7
P18	Positiva	12	3	-9
P19	Muito Positiva	5	0	-5
P20	Muito Positiva	14	0	-14

Tendo em vista a Tabela 6, em especial os participantes P8, P10 e P17, pode-se observar que todos realizaram outra atividade que competiu a nível atencional durante a sessão de musicoterapia. Em apenas uma sessão houve a realização de outra atividade por parte dos participantes P8 e P17, enquanto o P10 realizou outras atividades durante todas as sete sessões da intervenção. Fato este que pode ser uma possível explicação referente ao aumento dos níveis de estresse do participante.

Em contrapartida, há outro participante que realizou alguma atividade concomitante às 7 sessões, o P15, que, ao contrário do P10, apresentou uma diminuição do nível de estresse. Portanto, com base nessa comparação, não é possível atribuir, com certeza, o aumento do

nível de estresse ao fato de outras atividades terem sido realizadas durante as sessões de musicoterapia, dividindo a atenção do participante entre a música e a atividade.

Contudo, os oito participantes que não realizaram outra atividade concomitantemente apresentaram uma diminuição dos níveis de estresse, o que pode sugerir uma relação entre a ausência de outra atividade que compita a nível atencional durante a musicoterapia, isto é, a exclusividade da musicoterapia, e a redução dos níveis de estresse.

Tabela 6 - *Comparação entre a quantidade de sessões em que houve a realização de outras atividades concomitantes, obtida a partir da Escala Music, quantidade de sintomas relatados pré e pós-intervenção e o saldo de sintomas de estresse por participantes. (continua)*

Participantes	Outra Atividade (Sessões)	Sintomas Pré	Sintomas Pós	Saldo Sintomas Estresse
P1	Não	6	1	-5
P2	Não	6	5	-1
P3	Não	14	0	-14
P4	Não	18	15	-3
P5	Sim (2)	10	4	-6
P6	Sim (2)	13	5	-8
P7	Não	4	2	-2
P8	Sim (1)	3	3	0
P9	Sim (1)	16	2	-14
P10	Sim (7)	3	9	+6
P11	Sim (3)	15	8	-7
P12	Sim (5)	24	16	-8
P13	Não	21	14	-7
P14	Sim (1)	7	4	-3
P15	Sim (7)	10	5	-5
P16	Sim (3)	8	5	-3
P17	Sim (1)	6	13	+7
P18	Sim (1)	12	3	-9
P19	Não	5	0	-5
P20	Não	14	0	-14

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, tendo em mente os resultados obtidos e as análises feitas, se fez possível aferir que há relação entre a preferência musical e a redução dos sintomas de estresse. Em contrapartida, é imprescindível reforçar a ideia de que não foi possível atribuir as alterações nos níveis de estresse estritamente à musicoterapia, visto que diversos fatores não foram possíveis de serem controlados pelos pesquisadores ou até mesmo pelos próprios participantes, tais como o ambiente no qual as sessões de musicoterapia se deram e a não realização de outras atividades que exijam um certo nível de atenção durante as sessões.

Os dados obtidos permitem afirmar que a musicoterapia foi eficaz na redução dos níveis de estresse, o que foi corroborado estatisticamente e a partir dos resultados gerais dos participantes. Além disso, a hipótese de que quando um indivíduo escuta uma música de seu gosto, há uma redução dos sintomas de estresse foi corroborada, em especial, devido ao resultado do Teste *t* e o nível de significância entre as comparações feitas.

Ainda por cima, não foi possível inferir que as sessões de musicoterapia com uma duração maior sejam necessariamente mais eficazes na redução de estresse, do mesmo modo em que um tempo menor não se faz necessariamente menos eficaz.

Ao investigar os fatores demográficos dos participantes, não foi possível atribuir uma correlação entre as faixas etárias dos participantes e os níveis de estresse, visto que foram obtidos alguns dados contrastantes que acarretaram nessa impossibilidade. Por outro lado, houve um indício de que a musicoterapia se faz mais eficaz em pessoas do sexo feminino em detrimento do sexo masculino.

Ademais, uma percepção positiva sobre a musicoterapia não significa, necessariamente, que houve uma maior eficácia; isto é, uma boa percepção acerca da musicoterapia não está sempre diretamente ligada a uma maior redução dos níveis de estresse, apesar de que é possível haver essa relação. Além disso, houve um indicativo de correlação positiva entre a não realização de outra atividade que compita a nível atencional durante a musicoterapia e a redução dos níveis de estresse.

Em suma, as limitações deste estudo impossibilitam generalizações e conclusões acerca dos indicativos e hipóteses levantados anteriormente. É crível que o tamanho da amostra, isto é, a falta de uma amostra significativa, bem como a falta de controle de certas variáveis, tais como o ambiente no qual a sessão ocorreu e a não realização de outras

atividades por parte dos participantes possam ter interferido significativamente nos resultados. Sugere-se que futuros estudos se atentem a estas limitações, de forma a buscarem uma maneira de diminuir ao máximo estas possíveis interferências. Por fim, sugere-se a replicação deste estudo de maneira presencial, tornando mais fácil o controle de variáveis, além de se certificar do engajamento dos participantes na musicoterapia.

REFERÊNCIAS

- Aselton, P. (2012). Sources of stress and coping in American college students who have been diagnosed with depression. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25(3), 119-123.
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da musicoterapia*. São Paulo: Grupo Editorial Summus.
- Bruscia, K. E. (1998). *Musicoterapia: Métodos y prácticas*. New Hampshire: Barcelona Publishers.
- Cunha, R., & Volpi, S. (2008). A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. *Revista científica/FAP*, 3, 85-97.
- Durgante, H. B., & Dell'Aglio, D. D. (2018). Critérios metodológicos para a avaliação de programas de intervenção em psicologia. *Avaliação psicológica*, 17(1), 155-162.
- Gottfredson, D.C., Cook, T.D., Gardner, F.E.M., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N., & Zafft, K. M. (2015). *Standards of Evidence for Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science: Next Generation*. *Prevention Science*, 16, 893–926.
- Labrador, F. J., & Crespo, M. (1994). Evaluación del estrés. Em Fernández-Ballesteros, R. (Eds.), *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. (484-529). Madrid: Ediciones pirâmide.
- Lima, F. V., Formiga, N. S., & De Melo, G. F. (2018). Elaboração e validação da Escala de Sintomas de Estresse. *Psicologia.pt o portal dos psicólogos*.
- Lipp, M. N. (2013). *O stress está dentro de você*. São Paulo: Contexto.
- Lipp, M. N., & Malagris, L. E. (2001). O Stress Emocional e seu Tratamento. Em Range, B. (Eds.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (475-490). São Paulo: Artes Médicas
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. D. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 65-74.
- Matoso, L. M. L., & de Oliveira, A. M. B. (2017). O efeito da música na saúde humana: base e evidências científicas. *Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR*, 10(2), 76-98.
- Nunes-Silva, M., Moreira, L. C., de Moraes, G. R. J., Rosa, G. T., & dos Santos Marra, C. A. (2012). A música para indução de relaxamento na Terapia de Integração Pessoal pela Abordagem Direta do Inconsciente–ADI/TIP. *Contextos Clínicos*, 5(2), 88-99.
- Panacioni, G. F. A., & de Oliveira Zanini, C. R. (2012). Musicoterapia na promoção da saúde: contribuindo para o controle do estresse acadêmico. *Opus*, 18(1), 225-256.

- Souza, J. R., & Araújo, T. C. C. F. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 187-196.
- Taets, G. G. C., Borba-Pinheiro, C. J., Figueiredo, N. M. A., & Dantas, E. H. M. (2013). Impacto de um programa de musicoterapia sobre o nível de estresse de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(3), 385-390.
- Valim, P. C., Bergamaschi, E. C., Volp, C. M., & Deutsch, S. (2002). Redução de estresse pelo alongamento: a preferência musical pode influenciar. *Motriz*, 8(2), 18-25.