

COLÉGIO SÃO LUÍS

**ENSINO MÉDIO
CURSO DE ESTUDOS E PESQUISAS SUPERVISIONADOS**

**LUIZ FELIPE CAUDURO COSTA
THEO MUNER PAULAVICIUS ROMERO FERNANDES**

**MUSICOTERAPIA:
ANÁLISE COMPARATIVA DE EFICÁCIA DO TRATAMENTO COMPLEMENTAR
DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS**

**São Paulo
2025**

LUIZ FELIPE CAUDURO COSTA
THEO MUNER PAULAVICIUS ROMERO FERNANDES

**MUSICOTERAPIA:
ANÁLISE DA EFICÁCIA E COMPARAÇÃO ENTRE SUA PRESENÇA E
AUSÊNCIA COMO TRATAMENTO COMPLEMENTAR DE TRANSTORNOS
DEPRESSIVOS**

Artigo apresentado como requisito de aprovação em “Estudos e Pesquisas
Supervisionados”, na 2ª série do EM do Colégio São Luís

Orientador: Prof. Ms. Andrey Guilherme Fernandes e Almeida

São Paulo
2025

Á minha avó Elisa
Á minha mãe Heloisa

AGRADECIMENTO

Agradeço muito aos meus pais, avós e irmã por terem me dado o apoio necessário para realizar esse trabalho e serem sempre calmos e compreensivos. Gostaria de agradecer também ao meu orientador Andrey Guilherme, que foi uma figura essencial para mentoria desse projeto, trazendo uma clareza e propriedade para o texto que nenhum outro traria. Agradeço meu parceiro, Luiz Felipe Cauduro, o qual tive o prazer de dividir minhas ideias e enfrentar esse desafio. A Beatriz Malta, por me ajudar a fazer o projeto sempre que estava cansado e com muitas pendências. Por fim, agradeço ao duo norte-americano Twenty One Pilots que me mostrou em seus projetos que a música é um dos mais fortes artefatos para lidar com os conflitos internos da mente humana, sendo eles a maior inspiração para esse tema.

Theo Muner

Agradeço muito à minha família, principalmente meus pais e minha irmã, que demonstraram interesse contínuo e me prestou todo o apoio necessário ao longo do processo criativo. Agradeço aos professores Andrey Guilherme e Silvana, pela orientação precisa e objetiva ao longo do trabalho, e por mostrar exatamente como fazer tudo que precisávamos para o trabalho. Agradeço a Theo, meu grande amigo, com quem compartilhei todos os problemas e todas as noites mal dormidas. Agradeço a Giulia Borella, pelo apoio e auxílio constante ao longo do projeto e por sempre ter o incentivo certo para me manter focado. Agradeço, finalmente, a todos aqueles que buscam, na música, uma forma de cura, superação, motivação, pois é isso que ela representa pra mim, e é isso que mantém a arte viva.

Luiz Felipe Cauduro

“When you're listening to music by yourself, at home, that's where you're fighting. But when you come to a show and you experience that music with a bunch of other people, that's where you celebrate”
(Tyler Joseph, vocalista do Duo norte-americano Twenty-One Pilots)

RESUMO

O trabalho aborda o uso da musicoterapia como método terapêutico complementar no tratamento dos transtornos depressivos, compreendendo seu papel na redução dos sintomas deste quadro. Ao longo dos capítulos, foi realizada uma contextualização histórica sobre as diferentes definições e classificações do transtorno depressivo, favorecendo uma base teórica bem fundamentada. Em seguida foram analisados os efeitos que a musicoterapia apresenta sobre os estados emocionais de um indivíduo, comparando pacientes que utilizaram o método como uma prática complementar ao tratamento tradicional e aqueles que não utilizaram. Os resultados demonstraram que a musicoterapia, especialmente no período imediato após as sessões, promove uma diminuição significativa nos índices de depressão e ansiedade. Na análise final, o estudo evidencia que a prática, ao ser incorporada no tratamento terapêutico de pacientes com Depressão, pode proporcionar e potencializar benefícios emocionais e fisioneurológicos aos pacientes. Assim, a musicoterapia se consolida como uma abordagem promissora, que abre espaço para práticas terapêuticas complementares que podem cooperar e intensificar o processo de tratamento de pacientes com transtornos psicológicos, como a Depressão

Palavras-chave: Depressão. Musicoterapia. Comparação de Eficácia

ABSTRACT

The article tackles the use of music therapy as a complementary therapeutic method for the treatment of depressive disorder, comprehending its role on the reduction of this condition's symptoms. Throughout the chapters, it elaborates a historical contextualization of the different definitions and classifications of the depressive disorder, allowing for a well-founded theoretical base. Next, it analyzes the effects of music therapy on the emotional states of a person, comparing patients who used the method as a complementary practice to the traditional treatment to those who didn't. The results show that music therapy, especially on short term effects, causes a significant reduction in depression and anxiety indexes. On the final analysis, the study shows that the practice, when incorporated into the treatment of depression patients, can potentialize emotional and physical benefits to them. Music therapy, as shown, consolidates itself as a promising approach, that opens for complementary therapeutic practices that can be beneficial to the treatment of patients with psychological disorders like depression.

Keywords: Depression. Music Therapy. Effectiveness comparison

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tratamento padrão a longo prazo na depressão (POMS).....	37
Tabela 2 – Tratamento padrão imediatamente na depressão (POMS).....	38
Tabela 3 – Tratamento padrão na ansiedade após 3 e 6 meses (HADS-A).....	38
Tabela 4 – Tratamento padrão na ansiedade e na depressão (HADS).....	39
Tabela 5 – Tratamento padrão na ansiedade (STA)	39
Tabela 6 – Tratamento padrão na ansiedade e na depressão (HADS) (2).....	39
Tabela 7 – Musicoterapia a longo prazo na depressão (POMS).....	40
Tabela 8 – Musicoterapia imediatamente na depressão (POMS).....	40
Tabela 9 – Musicoterapia na ansiedade após 3 e 6 meses (HADS-A).....	41
Tabela 10 – Musicoterapia na ansiedade e na depressão (HADS).....	41
Tabela 11 – Musicoterapia na ansiedade (STAI).....	42
Tabela 12 – Musicoterapia na ansiedade e na depressão (HADS) (2).....	42
Tabela 13 – Comparação dos grupos a longo prazo na depressão (POMS).....	43
Tabela 14 – Comparação dos grupos imediatamente na depressão (POMS).....	43
Tabela 15 – Comparação dos grupos na ansiedade após 3 e 6 meses (HADS-A).....	44
Tabela 16 – Comparação dos grupos na ansiedade e na depressão (HADS).....	44
Tabela 17 – Comparação dos grupos na ansiedade (STAI).....	45
Tabela 18 – Comparação dos grupos na ansiedade e na depressão (HADS) (2).....	45

Sumário

1. INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1. O TRANSTORNO DEPRESSIVO	13
2.1.1. <i>História do transtorno depressivo</i>	14
2.1.2. <i>Definição dos tipos de depressão</i>	18
2.2. O TRATAMENTO TERAPÊUTICO	21
2.2.1. <i>Definição dos métodos terapêuticos do transtorno depressivo</i>	21
2.2.2. <i>Musicoterapia</i>	24
3. METODOLOGIA	27
3.1. METODOLOGIA UTILIZADA NO ESTUDO SOBRE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS	27
3.1.1. <i>Conhecimentos gerais sobre o transtorno depressivo</i>	27
3.1.2. <i>Embasamento histórico dos transtornos depressivos</i>	28
3.1.3. <i>Definição detalhada das diferentes variantes do transtorno depressivo</i>	28
3.1.4. <i>Motivações Para o Estudo Dos Transtornos Depressivos</i>	29
3.2. METODOLOGIA UTILIZADA NO ESTUDO SOBRE MÉTODOS DE TRATAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO	29
3.2.1. <i>Conhecimentos Gerais Sobre Métodos de Tratamento do Transtorno Depressivo</i>	30
3.2.2. <i>Definição detalhada de diferentes variantes do tratamento do transtorno depressivo</i>	30
3.3. METODOLOGIA UTILIZADA NO PROCESSO DE ANÁLISE	31
3.3.1. <i>Métricas de análise de eficácia de tratamentos</i>	32
3.3.2. <i>Glossário para leitura das tabelas de análise</i>	34
3.3.3. <i>Etapa final do processo de análise</i>	36
4. ANÁLISE	37
4.1. EFICÁCIA DO TRATAMENTO SEM MUSICOTERAPIA	37
4.2. ANÁLISE DA EFICÁCIA DO TRATAMENTO COM MUSICOTERAPIA	40
4.3. COMPARAÇÃO ENTRE A EFICÁCIA PADRÃO E MUSICOTERÁPICA	42
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	50

1. INTRODUÇÃO

Por mais que pareça se tratar de um assunto recente, a depressão é um transtorno neurológico que pode ser encontrado na psique do ser humano desde os primórdios da humanidade. Os primeiros registros que remetem a sua existência estão presentes em escritos tanto bíblicos quanto egípcios, assim como, a primeira descrição médica que se tem sobre o assunto, feita por Hipócrates, na Grécia antiga, enquanto fundamentava a “Teoria Dos Humores”, durante o século V a.c. (Lacerda; Porto, 2009).

Desta forma, as problemáticas trazidas às sociedades que eram assoladas por esse transtorno ao longo dos séculos, resultaram diretamente na criação de diversos métodos terapêuticos que possuem comprovação científica, como a musicoterapia, que é o foco de pesquisa deste projeto.

Como define Benenzon (1988), a musicoterapia é um campo do estudo da psicologia que estuda a relação do ser humano com o som e a música a fim de estabelecer uma comunicação com o emocional do mesmo. É uma área da ciência que utiliza dos conhecimentos tanto da área do estudo musical técnico quanto da psicologia para realizar tratamentos terapêuticos.

Sua utilização e aplicação como vertente ativa da psicoterapia, em hospitais e clínicas psiquiátricas é uma prática recente, e primeiramente avaliada e analisada como uma opção pelo psicólogo e pesquisador americano Everett Thayer Gaston, em 1968. Contudo, estudos sobre como o ser humano e seu sistema neurológico interpretam, processam e reagem a ondas sonoras datam de trabalhos de séculos atrás, tendo seus primeiros registros oriundos do pesquisador e físico alemão Hermann Helmholtz, em 1863.

Como explicam Boggio e Rocha (2013), a interpretação de estímulos e aportes auditivos pelo cérebro como sistema é um processo que exige exercício de diversas de suas áreas.

A percepção do som envolve uma série de estruturas cerebrais, tais como córtex pré-frontal, córtex pré-motor, córtex motor, córtex somatosensorial, lobos temporais, córtex parietal, córtex occipital, cerebelo e áreas do sistema límbico, incluindo a amígdala e o tálamo (Boggio; Rocha, 2013, *apud* Overy; Molnar-Szackacs, 2009, p. 133)

Dito isso, a psicologia da música e a musicoterapia são temas amplamente discutidos e analisados de diversos modos em diferentes épocas da história humana, e têm sido vistas como uma fonte de resultados positivos para tratamento de transtornos neurológicos crônicos, como demonstra Kumar et al (1999).

O diagnóstico para um Transtorno Depressivo Maior (TDM), conhecido popularmente como Depressão, segundo o DSM-5 (*“Diagnosis and Statictical Manual of Mental Disorders, 5th Edition”*, ou “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição”, em tradução livre) é um conjunto de sintomas liderados pelo humor deprimido ou melancólico e/ou a perda de interesse ou prazer em atividades rotineiras, geralmente acompanhados de quadros de falta de sono, cansaço, sentimento de culpa, pensamentos sobre morte/suicídio e alterações cognitivas em níveis de atenção e tomadas de decisão.

Basicamente, o TDM é um estado mental, com possíveis sintomas físicos, que descreve emoções e estados psicológicos e psiquiátricos de tristeza extrema, geralmente seguidos de uma perda significativa ou de situações adversas extremas e/ou numerosas, e é um dos estados emocionais mais recorrentes e difíceis de serem tratados nos dias de hoje. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2022), a pandemia do Covid-19 resultou num aumento de 27,6% dos diagnósticos de Transtorno Depressivo Maior no Brasil, que passaram a representar 5,9% da população brasileira, sendo a mesma taxa dos Estados Unidos da América. Ainda de acordo com a OMS (2017), a média global de porcentagem populacional diagnosticada é de 5%.

De tal modo, é possível ver uma carência significativa de profissionais da saúde competentes no mercado de trabalho, como demonstra, novamente, a OMS (2022), a qual estima que o número mundial de psicólogos disponíveis seja de, aproximadamente, 1,2 milhões, logo, 3 psicólogos para cada 20 mil pessoas, considerando uma distribuição uniforme que ignora fatores espaciais e socioeconômicos populacionais.

Podemos então notar, usando como base o contexto e os dados apresentados anteriormente, que a musicoterapia não apenas é um método de tratamento ascendente no cenário da neuropsicologia atual, mas também que, ao se provar como uma ferramenta de extrema eficácia através de seus diferenciais (tendo como exemplo todos seus aportes teórico-musicais) pode tornar-se um grande trunfo

quando se trata de suprir a carência de profissionais em outras áreas terapêuticas da psicologia.

Desta forma, a principal questão do projeto demonstra-se como: Até que ponto a musicoterapia apresenta eficácia ao ser utilizada como parte do tratamento para reabilitação de pacientes com Transtorno Depressivo?

Ao se propor realizar esta reflexão, conduz-se uma análise dos impactos deste meio terapêutico na saúde mental do paciente clínico, tornando este projeto mais um trunfo ou empecilho no que se diz respeito a sua implementação em mais clínicas e hospitais psiquiátricos ao redor do mundo.

A análise da eficácia da musicoterapia, portanto, só é possível através do estudo e comparação de casos com presença e ausência de sua utilização, e o quão útil ela se prova no processo de melhoria da saúde mental do paciente sofredor de TDM. Através dessa comparação, foi formulada a hipótese de que a musicoterapia apresenta uma melhora significativa na reabilitação do paciente em relação a outros métodos terapêuticos que tratam o Transtorno Depressivo. A formulação dessa hipótese leva em consideração o fato de que a terapia musical se apresenta como uma vertente da tradicional psicoterapia, porém, direcionada para casos mais específicos e complexos que apresentem uma série de particularidades para a cura do paciente. (Dias, 2023)

Por fim, para verificar a validade da hipótese será utilizada uma metodologia de pesquisa pautada em diversas etapas. será realizada a leitura, análise e estudo de artigos relacionados com o tema, dando enfoque naqueles que incluem palavras chaves como: Musicoterapia, Depressão/ Transtorno Depressivo, métodos terapêuticos, psicologia musical, teoria musical. Por fim, utilizaremos como referenciais teóricos complementares as obras literárias Teoria Musical Para Leigos de Michael Pihofer e Holly Day; Music Therapy de E. Thayer gaston.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O Transtorno Depressivo

De forma resumida, a depressão pode ser entendida como um transtorno patológico que denota uma clara mudança no estado afetivo do ser humano, privando seu detentor da sensação de bem-estar e euforia, mesmo que por um período determinado (Delouya, 2000).

A partir desta compreensão básica, tangem-se muitas teorias e estudos tanto filosóficos quanto científicos sobre a origem e os impactos do transtorno depressivo na psique do ser humano. Na obra “Inibição, Sintoma e Angústia” (tradução livre, *Inhibitions, Symptoms And Anxiety*), Sigmund Freud (1926) apresenta uma explicação mais teórica e filosófica sobre a origem do transtorno depressivo, na qual o autor define o ato de suprir sentimentos, caracterizado pelo termo “inibição”, como o vetor inicial para o desencadeamento do estado de melancolia, um dos principais sintomas da depressão. (Medeiros, Calazans, 2021)

Por outro lado, a neurociência explica a origem da doença através de uma série de alterações que desregulam a produção de hormônios responsáveis pela manutenção do bem-estar físico e psicológico do paciente depressivo, entre eles: A corticotrofina, cortisol, estrogênio, progesterona e o T4, (Barcellos et al, 2024).

Desta forma, durante o transtorno, a produção desregulada desses hormônios no sistema neural do paciente, a longo prazo, pode gerar deformações anatômicas nas áreas frontais do cérebro, como no córtex frontal bilateral, área do cérebro responsável pelo controle de emoções, tomada de decisões e resposta a estímulos originados a partir de relações sociais. (Rozenthal et al, 2004)

Em conclusão, é possível entender que existem diversas formas de estudar e explicar a origem da depressão na psique do ser humano, tanto em um viés neurocientífico quanto através de um cunho mais sentimental e crítico.

Entretanto, para que se possa ter um real aprofundamento do que é a depressão, deve se entender que o transtorno depressivo possui diversas variantes, diagnosticadas de acordo com as especificidades de seus sintomas. O Ministério da Saúde, por exemplo, reconhece 8 quadros diferentes da doença presentes em território brasileiro, sendo eles: Distímia, Depressão endógena, Depressão Atípica,

Depressão sazonal, Depressão Psicótica, Depressão secundária, Depressão Bipolar e o Transtorno Depressivo Maior. (Ministério da Saúde, 2021)

Portanto, para que se torne possível qualquer método de tratamento do transtorno, é necessário que seja compreendida, primeiramente, sua história, e, além disso, suas vertentes e as implicações delas integralmente.

2.1.1. *História do transtorno depressivo*

2.1.1.1. *Teoria Humoral de Hipócrates (V a.C.)*

Em primeira instância, a depressão, assim como as doenças em geral, foi pensada como uma falta de balanceamento entre as substâncias presentes no corpo humano.

O corpo do homem contém sangue, fleuma, bile amarela e negra — esta é a natureza do corpo, através da qual adoece e tem saúde. Tem saúde, precisamente, quando estes humores são harmônicos em proporção, em propriedade e em quantidade, e sobretudo quando são misturados. (Cairus, 1999 *apud* Hipócrates, séc. V a.C.)

Como descreve Cairus (1999), em tradução da Teoria Humoral, Hipócrates acreditava que a saúde e a doença eram sintomas, respectivamente, de equilíbrio ou desequilíbrio entre quatro substâncias do corpo, denominadas “Humores”: a fleuma, o sangue, a bile amarela e a bile negra. Estes humores, de acordo com Hipócrates, são substâncias fluidas, e podem ser expelidos fisicamente, geralmente através da êmese. Os quatro humores possuem cada um seu respectivo temperamento: fleuma o fleumático, sangue o sanguíneo, bile amarela o colérico e bile negra o melancólico.

Em foco no melancólico, segundo ele é descrito por um estado de tristeza, introspecção, comportamento antissocial e afastamento de coisas e pessoas queridas (Ito; Guzzo, 2002).

O nome melancolia, como demonstrado por Melo e Pereira (2022), é o nome que seria utilizado pela medicina até os tempos modernos para a descrição de um quadro de depressão. Portanto, se infere Hipócrates como o primeiro a considerar a depressão como desbalanço químico (“humoral”) corporal.

2.1.1.2. *Transição antiga-medieval ou Período Galênico (II – XII)*

Galeno, ainda na Grécia antiga, segundo Esquirol (2003), complementa a teoria humoral de Hipócrates, atribuindo nomes aos sintomas da melancolia, a exemplo o chamado “medo sem causa”, que denominava o estado de apreensão causado pela doença.

Em geral, não houve grandes descobertas e/ou inovações neste período em relação à compreensão da doença, apenas uma concretização e aplicação da teoria humoral de Hipócrates.

2.1.1.3. *Melancolia na idade média (XVI - XVIII)*

Como bem explica Clara (2009), a visão adquirida e aceita social e medicamente na Idade Média se deve muito à ascensão religiosa cristã e reforçamento da Igreja católica como instituição, transformando a melancolia de um estado de desequilíbrio “químico” em um sinal de pouca saúde da alma, alegando afastamento da religião como sua causa.

Em meio a esse intercurso histórico, a explicação sobre a melancolia sofre uma transformação. A ascensão e o predomínio das concepções religiosas na Idade Média geram conflitos inevitáveis com as ideias médicas racionalistas constituídas por Hipócrates e outros médicos de sua época acerca da melancolia. Aos olhos de uma nova moral, o melancólico passa a ser visto como um ser que está afastado de Deus ou adoecido da alma – a doença é justificada num fundamentalismo religioso, místico e supersticioso que a converge em obra demoníaca. (Clara, 2009)

À melancolia foi posta uma imagem de distanciamento da fé e das graças divinas, uma imagem pecaminosa, de acedia, que a transformou num infortúnio provindo de forças malignas (Clara, 2009). Como explica Clara (2009) e complementa Santos (2017), a visão sobre a depressão era pejorativa e pouco considerativa de uma possível anomalia no corpo, muito por conta de os sintomas da depressão configurarem a descrição do pecado da acídia (preguiça), e por conta da maioria dos comportamentos atípicos serem vistos, na época, como resultado de possessões demoníacas.

Ainda no século XVIII, como explicitado pelo diagnóstico de Dona Maria I, e explicado por Cheniaux et al (2021), transtornos psicológicos eram intrinsecamente

associados com quadros de insanidade ou loucura. No caso do quadro de Depressão Bipolar da rainha, ao ser diagnosticado como mentalmente inapta (insana), foi deposta de seu cargo de governante.

2.1.1.4. *Melancolia na era moderna (XIX)*

Como traz Berrios (2012), o século XIX trouxe uma repaginação completa e uma crítica ao modelo então adotado para a definição dos transtornos mentais, por conta do avanço do estudo sobre a possibilidade de falha biológica como causa da melancolia, e levando à criação de termos como a Lipemania (Esquirol, 1820), que buscava uma especificidade maior no quadro de melancolia.

Assim Esquirol (1820) foi forçado a cunhar a palavra "lipemania" para se referir a "uma doença do cérebro caracterizada por delírios, que são crônicos e fixados sobre temas específicos, ausência de febre e *uma tristeza que muitas vezes é debilitante e esmagadora*. Não deve ser confundida com a mania que apresenta delírios generalizados e emoções e intelecto excitados, nem com a monomania que apresenta delírios específicos e emoções expansivas e alegres, nem com a demência caracterizada pela incoerência e confusão de ideias resultantes do enfraquecimento..." (Berrios, 2012)

A proposta de Esquirol, porém, ainda com base em Berrios (2012), viria a ser criticada por não cumprir o seu propósito, e viria a ser substituída pela proposta de um novo termo, gradativamente incluso na medicina: "Depressão mental", e o termo lipemania foi classificado como um jargão "ponte" entre a melancolia (agora usada como definição da ocorrência de depressão psicótica em idosos) e essa nova classificação.

Como ressalta Berrios (2012), foi nesse período histórico em que o termo "depressão" foi utilizado pelas primeiras vezes, com o registro de Delasiauve (1856) sendo um dos mais antigos da palavra em trabalhos científicos, e, até o fim do século, se tornaria o nome mais aceito para o transtorno.

2.1.1.5. *Depressão na neurobiologia e psicodinâmica (XX)*

O século XX trouxe diversas novas revoluções teóricas sobre transtornos mentais em geral. Como explicam Esteves e Galvan (2006), o que, antes, era visto como sinal de loucura e/ou insanidade, e que não se compreendia de onde vinha,

passou a ser visto como uma doença que poderia atingir a todos, e, como explicam Moreno et al (1999), com a criação da Psicofarmacologia, foi aplicado um sistema de tratamento aos transtornos.

No final do século XX, a depressão passa a ser considerada como forma atenuada da melancolia a qual domina a subjetividade contemporânea (Roudinesco, 2000).

Freud, em 1917, publica “Luto e Melancolia” conceituando a melancolia como forma patológica do luto. No mesmo século XX, a depressão é classificada como transtorno afetivo levando em conta seus aspectos neuroquímicos, psicossociais e genéticos. Karl Abraham foi um dos estudiosos que publicou diversos artigos sobre a então chamada psicose maníaco-depressiva, seus primeiros trabalhos marcaram o início da escola kleiniana acentuando “a problemática da perda do objeto e da posição depressiva inscrita no âmago da realidade psíquica” (Esteves; Galvan, 2006 *apud* Stone, 1999, Roudinesco, 1997).

Freud (1917) descreve o transtorno como um processo de perda que, ao contrário do luto, é inconsciente e destrutivo.

Segundo seu trabalho, o luto é a versão saudável do processo, que se resume à tristeza pela perda de um “objeto de amor”, como nomeia Mendes et al (2014). O luto é, em geral, a reação à perda de uma pessoa amada, ou à perda de abstrações colocadas em seu lugar, tais como pátria, liberdade, um ideal, etc. (Freud, 1917).

A melancolia, portanto, Freud descreve como o oposto: inconsciente e destrutiva, um processo no qual o indivíduo redireciona a culpa e pensamentos negativos/depreciativos para si, gerando problemas de autoestima

Freud nos mostra, com a melancolia, a face noturna desse jogo entre sujeito e objeto que pode chegar ao suicídio. Com isso, não se trata apenas de explicar o fenômeno do luto e o quadro clínico da melancolia e da depressão, mas de romper definitivamente com qualquer postulação empírica do indivíduo como idêntico a si mesmo e distinto do objeto (com o qual ele entreteria uma relação de complementariedade) (Rivera, 2012)

Neste século, também, dois livros absolutamente essenciais para o desenvolvimento e para o melhor diagnóstico de quadros depressivos: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (DSM) e a sexta edição Classificação Internacional de Doenças (CID), que, em 1948, mudou seu antigo nome (Lista internacional de Causas de

Mortes), para incluir doenças não-fatais (casos de morbidade), incluindo transtornos mentais, e passou a ser responsabilidade da OMS.

2.1.1.6. *Depressão e teorias contemporâneas (XXI)*

Já com uma base teórica ampla advinda do século XX, o século XXI trouxe estudos e adaptações à definição da doença com base na neurociência.

A depressão se tornou uma das condições de saúde mental mais prevalente e impressionante na sociedade moderna (Alves et al, 2024). Como Alves (2024) explica em seu trabalho, a depressão tomou proporções inimagináveis no século XXI, ganhando o título de “Doença do Século”.

Como exemplificam Silva et al (2009), e Mello et al (2021), o entendimento sobre as possíveis causas da depressão, relacionadas a fatores externos, como estresse e condições de trabalho ou relações interpessoais maléficas como *bullying*, passou a ser mais bem compreendida neste século.

Portanto, com o crescimento do número de casos da doença e com uma ampla noção de suas causas e consequências, se vê necessário a ampliação do tratamento dela com utilização de ferramentas alternativas, como a musicoterapia, em respeito às particularidades de cada caso.

2.1.2. *Definição dos tipos de depressão*

De início, a chamada Distímia, também conhecida como Transtorno Depressivo Persistente ou Transtorno Distímico, como descrevem Spanemberg e Juruena (2004), é também um transtorno depressivo crônico, porém, com mais amena sintomatologia do que os outros transtornos. Como explicam Arriaga et al (1998), a Distímia pode ser classificada de dois modos, com base na faixa etária de seus portadores: a distímia de início precoce, que afeta pacientes com menos de 21 anos, e a distímia de início tardio, que afeta aqueles com 21 anos ou mais. Os sintomas da Distímia são semelhantes aos do Transtorno Depressivo Maior, apenas mais amenos, e o principal problema associado a ela é o fato de ser um possível gatilho para o desenvolvimento do TDM.

Consequente, a Depressão Endógena, segundo Gongora (2004), classifica um tipo de transtorno depressivo que não é desencadeado por fatores externos, mas sim desenvolvido exclusivamente por questões hormonais, genéticas, químicas etc. Seus sintomas costumam ser mais intensos, muito por conta do desconhecimento de sua origem, o que agrava os sintomas de ansiedade no paciente (fonte). O transtorno, ainda segundo Gongora (2004), é conhecido por sua ciclicidade, uni ou bipolar, ou seja, é uma doença não-episódica, e pode tanto classificar uma concentração em estados de humor deprimido ou uma variação bipolar entre extrema tristeza e extrema euforia. Seus sintomas diferem pouco do TDM, apenas com um grau maior de ansiedade (fonte).

Em seguida, a Depressão Atípica, de acordo com Matos et al (2006), é uma classificação de um tipo do transtorno que apresenta sintomas teoricamente opostos aos convencionais (ex. Reatividade do Humor, onde a pessoa é capaz de se alegrar temporariamente com acontecimentos externos, ou hipersonia ao invés de insônia, entre outros.). Os sintomas, como diz o nome, atípicos do transtorno muitas vezes acabam por atrasar o diagnóstico, pois dificulta a sua diferenciação de estados como falta de sono, preguiça, estresse etc.

Seguidamente, a Depressão Sazonal, também chamada de Distúrbio Afetivo Sazonal, como definem Oliveira e Bittencourt (2007), é um tipo específico de depressão no qual o quadro não é persistente, mas sim ocorre durante determinado período anualmente, sendo a maioria dos casos relatos de ocorrências anuais em época de inverno. Muito ainda se especula sobre esse transtorno, visto que ele não é amplamente estudado no Brasil e no mundo. A principal teoria, ainda de acordo com Oliveira e Bittencourt, é a de que os fatores desencadeantes do quadro de Depressão Sazonal se relacionam com o próprio clima e a bioquímica fisiológica, por conta das ocorrências nessa época do ano.

Em continuidade, o Transtorno Depressivo Psicótico, ou Depressão Psicótica, segundo Netto et al (2022), é um dos tipos mais graves e com os resultados mais elevados na Escala de Hamilton para Depressão (Ham-D), e é definido por sintomas conhecidos do TDM acompanhados de alucinações e delírios. Ainda segundo Netto et al (2022), seu desenvolvimento é, na maioria das vezes, advindo do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) em conjunto com o TDM, e seus sintomas incluem revisitar o ocorrido em *flashbacks*, evitar atividades que sirva como lembrete para o

evento, e um constante estado de alerta e vigilância (hiperestimulação autonômica), além dos sintomas gerais do TDM.

A Depressão Secundária, conhecida também como Depressão de Ordem Neurológica, como explica Rodrigues (2011), é um tipo de depressão que surge após lesões cerebrais, como um Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismo Craniano, Acidente Vascular Encefálico (AVE), entre outros. Os sintomas variam de acordo com a lateral do cérebro atingida, sendo falhas racionais, como déficits cognitivos, humor oscilatório, repetição constante de ideias e frases inalteradas e redução da velocidade motora e de raciocínio, características do lado esquerdo, e emocionais, como indiferença afetiva e a falta de interesse e motivação para atividades diárias, do lado direito.

Em continuação, O Transtorno Depressivo Bipolar, ou Depressão Bipolar, como explica Cuellar et al (2005), ocorre quando o indivíduo apresenta sintomas de depressão em conjunto com a fase de mania da bipolaridade, sendo ambos sintomas independentes um do outro, o que torna o transtorno uma espécie de coincidência entre fatores genéticos e biológicos, desencadeantes da bipolaridade, e fatores, possivelmente, externos, desencadeantes da depressão. Seus sintomas, ainda de acordo com Cuellar et al (2005), por ser um transtorno que somente ocorre em pacientes que apresentam o transtorno bipolar, apresentam a variação de humor intensa e em curtos intervalos de tempo, além dos sintomas gerais do TDM citados à frente.

2.1.2.1. *Definição do Transtorno Depressivo Maior*

Por fim, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) é um dos transtornos mentais mais frequentes, afetando mais de 300 milhões de pessoas no mundo e sendo uma das principais causas de morbidade (Martinelli et al, 2025). Como explica Martinelli et al (2025) em complemento à American Psychiatric Association (2013), o quadro de Depressão é caracterizado por alterações no humor, relações afetivas e habilidades cognitivas que mostram um estado geral entristecido, com duração mínima de 2 semanas.

Os sintomas mais comuns destes transtornos incluem: humor triste, falta de interesse e anedonia, acompanhados por alterações de sono, apetite,

energia, libido e motivação, além de poder incluir retardo psicomotor ou agitação e alterações de pensamento, como sentimentos de culpa, desesperança e ideação suicida. (Fries et al., 2011).

2.2. O tratamento terapêutico

O termo “terapia” tem como sua origem a palavra “therapeia” que vem do grego, tendo como definição “ato de curar” ou “ato de reestabelecer” sendo geralmente utilizada para se referir ao processo gradual e periódico de tratamento para uma doença, seja ela física ou mental (Sousa, 2022). Assim como o Transtorno Depressivo, as práticas terapêuticas existem desde a antiguidade e são comumente associadas a restituição ou manutenção da saúde mental do ser humano.

Desta forma, com o passar do tempo foram desenvolvidos diversos tipos de terapia que visam se adequar as especificidades de cada paciente, objetivando proporcionar um processo de cura mais eficaz e confortável ao detentor do transtorno depressivo. A psicanálise, por exemplo, é um método terapêutico extremamente utilizado nos dias de hoje, entretanto, sua teoria foi fundamentada por Sigmund Freud durante os séculos XIX e XX, sendo reformulada e reestudada por décadas para que sua aplicação pudesse ser utilizada atualmente de forma correta e eficiente. (Mercês, 1997)

Deve-se entender então, que as práticas terapêuticas que visam garantir a manutenção do bem-estar mental do ser humano, não só existem há séculos, mas também exigem anos de estudos e pesquisas para o desenvolvimento de sua aplicação, buscando entender quais serão seus impactos na psique do paciente ao ser atribuída.

Portanto, para que ocorra procedência do projeto, é necessário que haja um aprofundamento de variados métodos terapêuticos, buscando entender seus pilares teóricos e processos de fundamentação, para que então, seja possível realizar uma comparação com a eficácia na presença da musicoterapia, a fim de determinar a eficácia da mesma como auxílio no processo de recuperação do paciente depressivo.

2.2.1. Definição dos métodos terapêuticos do transtorno depressivo

Os métodos terapêuticos escolhidos para discussão deste artigo, tanto para análise como para realização de comparações, são aqueles tidos como mais tradicionais e populares no tratamento da depressão. Assim, são considerados os mais utilizados e estudados quando se trata da intervenção médica na busca pela cura da depressão.

2.2.1.1. Psicanálise

Inicialmente, a Psicanálise é tida como um dos métodos terapêuticos mais estudados, fundamentados e aplicados pelos psicólogos da contemporaneidade. Sua aplicação tanto prática quanto teórica foi idealizada inicialmente por Sigmund Freud (1856-1939) durante o século XIX e aprofundada ao longo de sua vida através de obras como “A Interpretação dos Sonhos” (1899) e “A psicopatologia da Vida Cotidiana” (1901). Entretanto foi apenas em 1938 que Freud publicou Esboço da Psicanálise, obra responsável por introduzir e conectar todos os conceitos que sustentam sua teoria. (Mercês, 1997)

A psicanálise então, é o estudo da psique do paciente através de testes ou situações em que as respostas ou reações são proporcionadas pelo subconsciente do detentor do transtorno depressivos, podendo revelar traumas, desejos, inseguranças e hábitos que foram anteriormente “camuflados” por ele.

A psicanálise, simultaneamente, é (1) um procedimento para a investigação de processos mentais inconscientes (inacessíveis a outras formas de pesquisa), (2) um procedimento terapêutico e (3) um conjunto de conhecimentos em contínua expansão e reformulação sobre seu objeto. (Figueiredo; Minerbo, 2006)

Sendo assim, o acesso ao subconsciente do paciente só é possível através do método da “Livre Associação”. Este, portanto, se baseia em uma série de realizações de perguntas e demonstrações de imagens desconexas, permitindo que o próprio paciente interprete e dê sentido ao que lhe foi mostrado.

Diga, pois, tudo que lhe passa pela mente. Comporte-se como faria, por exemplo, um passageiro sentado no trem ao lado da janela que descreve para seu vizinho de passeio como cambia a paisagem em sua vista. Por último, nunca se esqueça que prometeu sinceridade absoluta, e nunca omita

algo alegando que, por algum motivo, você ache desagradável comunicá-lo. (Carvalho, Honda, 2017, p. 48 apud. Freud, 1913, p. 136)

Por fim, ao interpretar as respostas dadas pelo detentor do transtorno depressivo, o psicanalista tem a capacidade de montar o perfil neurológico do paciente, interpretando elementos específicos (geralmente traumas) revelados pelo processo, para que as sessões conseqüentes possam dar enfoque na origem da doença na psique do paciente, e só então, dando início ao processo de cura. (Mercês, 1997)

É importante ressaltar que desde sua fundamentação, a teoria da psicanálise passou por diversos estudos e reestruturações, possibilitando a criação de diversos métodos diferentes da sua forma de aplicação. Pode se ter como exemplo a “psicanálise lacaniana”, formulada por Jacques Lacan durante o século XX, que visava adaptar a “psicanálise freudiana” de forma que pudesse aplicá-la mantendo a sua abordagem usual com os pacientes durante as consultas. (Fink, 2018)

2.2.1.2. *Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)*

A terapia cognitivo-comportamental, popularmente conhecida como “Terapia Cognitiva” foi teorizada e fundamentada por Aaron Beck (1921-2021) em 1960. Diferente da psicanálise e de outros métodos terapêuticos, a terapia cognitiva foi idealizada com o objetivo de ser realizada em um processo de curto prazo, dando enfoque em problemas mentais que se relacionam ao cotidiano do paciente, deixando de lado o conceito da “ansiedade” que está diretamente ligada aos pensamentos sobre o futuro. (Beck, 2013)

Desta forma, a terapia cognitiva tem como base de sua aplicação a proposta de reformular o estilo de vida do paciente, induzindo a substituição de hábitos não saudáveis decorrentes de pensamentos depressivos constantes, por hábitos que possam ser descritos como mais benéficos ao bem-estar, assim, patrocinando uma mudança radical no cotidiano do detentor do transtorno depressivo.

Beck observou que humor e comportamentos negativos eram usualmente resultados de pensamentos e crenças distorcidas e não de forças inconscientes como sugerido pela teoria freudiana. Em outras palavras, a depressão podia ser compreendida como sendo decorrente das próprias

cognições e esquemas cognitivos disfuncionais. Os pacientes com depressão acreditam e agem como se as coisas estivessem piores do que realmente são. (Powell, Abreu, Oliveira, Sudak, 2008)

2.2.2. Musicoterapia

Por fim, após a contextualização dos métodos terapêuticos potencialmente mais utilizados para o tratamento do transtorno depressivo, deve-se retornar ao foco do projeto através de uma descrição mais detalhada da musicoterapia, para que então possa ser realizada uma análise de seu aproveitamento complementar.

A Musicoterapia é definida por Benenzon (1988) como uma área do estudo psicoterapêutico que analisa a relação e a resposta do cérebro humano com o som e a música, visando a estabelecer uma porta de comunicação com o emocional e o inconsciente humano.

De modo geral, como exemplificam Kumar et al (1999) e Loroño (1996), o método é utilizado e possui seus melhores resultados, majoritariamente, em tratamentos da Doença de Alzheimer e do Transtorno esquizofreniforme (Esquizofrenia). Porém, como mostra Ibiapina et al (2022), em complemento à Cassileth et al (2003), Erkkilä et al (2011), Guétin et al (2012), possui também eficácia comprovada no tratamento da depressão.

A musicoterapia, por mais que tenha sido admitida oficialmente como vertente do tratamento terapêutico tardiamente, possui uma longa história de seu desenvolvimento e aplicação como pseudociência. Portanto, para a compreensão do método e para que possa ser entendida a sua aplicação no tratamento do TDM, é necessário compreender suas origens.

2.2.2.1. História da musicoterapia

2.2.2.1.1. Da antiguidade clássica ao séc. XVIII

Desde a antiguidade clássica, como na Grécia antiga, já se consideravam efeitos diferentes na psique humana dependendo do estímulo auditivo que recebia.

Segundo Thaut (2015), filósofos como Platão, Pitágoras e Aristóteles acreditavam que, dependendo de qual escala do Sistema Escalar dos Modos Gregos (SEMG) (Jônio, Dórico, Frígio, Lídio, Mixolídio, Eólio e Lócrio) a música se baseava, provocava uma emoção diferente no ouvinte. Hipócrates, em seus tratamentos, utilizava da música como ferramenta calmante para o paciente.

2.2.2.1.2. Modernidade (XIX)

Como explica a Associação de Musicoterapia Americana (AMTA) (s.d.), a musicoterapia começou sua história como possível material médico no século XIX, com as revoluções teóricas sobre a compreensão da terapia.

In the early 1800s, writings on the therapeutic value of music appeared in two medical dissertations, the first published by Edwin Atlee (1804) and the second by Samuel Mathews (1806). Atlee and Mathews were both students of Dr. Benjamin Rush, a physician and psychiatrist who was a strong proponent of using music to treat medical diseases. (AMTA, s.d.)

Por mais que sua consideração começasse a ser analisada, ainda não era o suficiente para aplicação prática em clínicas psiquiátricas.

2.2.2.1.3. Consolidação e especialização (XX – Presente)

No século XX, como demonstra Klaus et al (2023), a musicoterapia foi um recurso médico que demonstrou extrema eficácia nos hospitais militares durante a 2ª Guerra Mundial, na qual foi comprovado que a música poderia ser utilizada com seus efeitos calmantes em prol da saúde, apresentando alívio de estresse, redução de dor e aceleração do processo de recuperação de soldados feridos em batalha.

Com isso, no ano de 1940, o reconhecimento formal da área foi oficializado com a criação da AMTA, que estabeleceu protocolos para a utilização clínica da musicoterapia.

Neste século, também, a fundamentação científica apropriada começou a ser devidamente realizada, à exemplo de Benenzon (1988) e de Bruscia (1981, 1988), que trouxeram definições concretas de o que configura a prática, e foi documentada o resultado da aplicação da prática em transtornos como o do Espectro Autista (TEA), como explica Arruda et al (2019).

No Brasil, foi criada em 1995 a União Brasileira de Associações de Musicoterapia (UBAM), que visava a união das associações estaduais de musicoterapia em um único órgão. No ano seguinte, seria publicado por ela a primeira edição da Revista Brasileira de Musicoterapia (UBAM, 1996).

3. METODOLOGIA

Para realização de uma contextualização bem estruturada, foram levadas em consideração diversas etapas que proporcionaram um olhar mais cuidadoso e analítico dos meios terapêuticos e tipos de transtornos depressivos estudados no projeto até o momento.

Sendo assim, com o objetivo de verificar se a musicoterapia pode ser utilizada como um complemento da psicanálise (ou quais quer outros métodos de terapia) para que se tenha uma melhor eficácia no processo de melhora do paciente, foi estudado não só o funcionamento e as divergências dos tópicos comentados até o momento, mas foi realizada também uma análise histórica detalhada de suas origens e a mudanças na visão do ser humano sobre os transtornos com o passar do tempo.

3.1. Metodologia Utilizada no Estudo Sobre Transtornos Depressivos.

Ao realizar o estudo sobre transtornos depressivos, foi proposta uma contextualização geral da doença durante os parágrafos iniciais do processo, para que posteriormente, se pudesse adentrar nas especificidades de cada variante, atingindo o objetivo de estudo da doença de forma gradual.

3.1.1. *Conhecimentos gerais sobre o transtorno depressivo.*

Inicialmente, foi utilizado como ponto de partida para a introdução da pesquisa uma definição mais popular e abrangente do transtorno depressivo como doença, visando utilizá-la como a 'base' dos estudos consequentes. Desta forma, optou-se por um estudo sobre obras específicas de Sigmund Freud, de interesse ao tema, levando em consideração que o autor não só tornou mais popular o conceito de "depressão", mas também o tornou consideravelmente mais didático suprimindo a necessidade de um entendimento inicial do assunto para que se pudesse seguir a linha de raciocínio, aumentando gradualmente a dificuldade de interpretação exigida para compreender os termos e conceitos utilizados no projeto.

Portanto, a obra escolhida para auxiliar a introdução do assunto foi '*Inhibitions, Symptoms And Anxiety*', Sigmund Freud (1926) que faz um compilado das obras gerais do psicanalista, objetivando focar nos estudos mais essenciais do mesmo. Juntamente ao livro, foram utilizados também artigos do ministério da saúde que

continham explicações mais claras de termos técnicos das vertentes dos transtornos que serão estudados.

3.1.2. *Embasamento histórico dos transtornos depressivos.*

Em seguida, após um entendimento mais abrangente do que caracteriza um transtorno depressivo, foi proposto a análise de uma visão histórica de como o ser humano entendia e lidava com a depressão através de diferentes eras até os dias de hoje. Possibilitando um adentramento maior em suas especificidades.

Foram contextualizados então, 4 períodos históricos de grande importância para a formação do conceito que hoje conhecemos como depressão. Na Grécia antiga, entende-se a visão de Hipócrates sobre o transtorno, usando como base o artigo '*Da natureza ao homem Corpus hippocraticum*' de Henrique Cairus (1999), que explica a Teoria Humoral proposta pelo médico grego.

Em sequência, foram analisados a visão humana sobre o transtorno depressivo durante o Período Galênico e a Idade Média utilizando como base os artigos '*Melancolia: da antiguidade à modernidade- uma breve análise história*' de Carlos José Santa Clara (2009) e '*Lipemania ou Melancolia*' de Etienne Esquirol.

Chegando na contemporaneidade foi utilizado o artigo '*Depressão: a doença do século*' de Lucas Alves (2024) para que se pudesse ter uma dimensão da situação atual do transtorno em nossa sociedade.

Em conclusão, o aprofundamento das visões sobre a depressão através da história abre espaço para o fim do processo de afunilamento, saindo de uma visão geral sobre a depressão, para uma definição detalhada do transtorno levando em consideração um olhar perante as diferentes caracterizações da doença que existem e são documentadas nos dias de hoje

3.1.3. *Definição detalhada das diferentes variantes do transtorno depressivo.*

Inicialmente, foi direcionado um enfoque para variante do Transtorno Depressivo Maior, que sendo o mais comum, foi escolhido como o principal objeto de estudo para o artigo.

As variantes analisadas foram: A Distímia, Depressão Atípica, Depressão Endógena, Depressão Sazonal, Depressão Psicótica, Transtorno Depressivo Bipolar, Depressão Secundária para enfim contextualizar-se o Transtorno Depressivo Maior.

Os métodos de análise para interpretação de cada variante (com exceção do TDM), foram os mesmos: Definição do transtorno, especificidades que os diferenciam dos demais e possíveis fatores para o desencadeamento do transtorno no paciente.

Os artigos utilizados para realização da definição de cada variante foram: *Distímia: 'Características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior'* de Spanemberg e Jurueña (2004), *Conceito de Distímia: 'Utilidade Clínica e Estatuto Nosológico'* de Arriaga (1998), *'Conceitos de Depressão'* de Gongora (2004), *'Depressão psicótica associada a estresse pós-traumático: estudo de caso'* de Netto (2022), *'Estudo sobre Depressão reativa e depressão secundária em pacientes após acidente vascular encefálico'* de Rodrigues (2011). Diferentemente das etapas anteriores, foi analisado uma

Diferentemente dos métodos utilizados anteriormente, essa parte da pesquisa contou com uma análise extra. Foi definido o Transtorno Depressivo Maior e analisado os possíveis fatores que diferenciam o desencadeamento do transtorno no paciente, incluindo a incidência da doença na população. Para isso, foram utilizados o artigo *'Potencial terapêutico do Hypericum Perforatum no tratamento do transtorno depressivo maior'* de Julia Cozer Martinelli (2025).

3.1.4. Motivações Para o Estudo Dos Transtornos Depressivos.

Concluindo esta etapa, foi considerado importante um estudo mais aprofundado dos transtornos depressivos e suas manifestações na mente dos seres humanos desde antes de Cristo até a contemporaneidade. Pois, a detenção prévia deste repertório facilitará o entendimento dos diversos benefícios e a eficácia da musicoterapia em conjunto com a psicoterapia, contribuindo também para um melhor embasamento durante o processo de análise.

3.2. Metodologia Utilizada no Estudo Sobre Métodos de Tratamento do Transtorno Depressivo.

A estrutura de análise utilizada no estudo sobre os diferentes métodos terapêuticos para o transtorno depressivo foi semelhante a utilizada no estudo prévio sobre os diferentes tipos de transtorno depressivo, contando com a diferença de que nesta parte, a abordagem histórica foi relatada dentro da explicação de cada vertente e não como um subcapítulo a parte.

3.2.1. *Conhecimentos Gerais Sobre Métodos de Tratamento do Transtorno Depressivo.*

A introdução desse subcapítulo, assim como a de seu antecessor, procura entregar um panorama geral do que se entende dos métodos terapêuticos para a depressão, de uma forma abrangente e simplificada, buscando a facilitação da compreensão sobre o tema. Desta forma, foi utilizado o artigo: '*Terapia- o que é, importância, conceito e definição*' de Priscila Sousa (2022), que introduz uma breve abordagem histórica do tema e sua definição, sem utilizar conceitos complexos para descrevê-lo.

3.2.2. *Definição detalhada de diferentes variantes do tratamento do transtorno depressivo.*

Além da Musicoterapia (principal objeto de estudo para esse artigo) foram estudadas duas outras terapias variantes no tratamento da depressão, sendo seus métodos os mais utilizados no mundo atualmente. O entendimento dos pilares de funcionamento de cada uma delas separadamente, é essencial para que futuramente se possa entender os benefícios de ambas agindo em conjunto com a musicoterapia e realizar então a comparação de eficácia proposta pelo artigo.

3.2.2.1. *Definição da Psicanálise e Terapia Cognitivo Comportamental.*

Ambas as técnicas terapêuticas possuíram um método de análise semelhante, sendo ele: Contexto em que foi fundamentado, apresentação do criador do método, pilares de funcionamento e características que o difere de outros métodos de terapia.

Desta forma, para realizar o aprofundamento da psicanálise, o principal ponto de referência utilizado foi o livro '*Psicologias: Uma Introdução ao Estudo De Psicologia*' de Ana Mercês (1997), que embasa de forma simplista quais foram as

intenções de Sigmund Freud ao fundamentar cada etapa do tratamento, explicitando os conceitos envolvidos no tema e um panorama de sua história.

Quanto a Terapia, Cognitivo Comportamental (TCC), foi escolhido o artigo '*Terapia cognitivo comportamental*' de Judith Beck (2013) que explicita brevemente a história e funcionamento do método de terapia em questão.

3.2.2.2. Definição da Musicoterapia

O método de análise da musicoterapia, embora seja o mesmo utilizado com os outros dois métodos terapêuticos, ocorre de forma muito mais aprofundada, explicitando a pluralidade de possibilidades para sua aplicação e adentrando de forma detalhada em sua história, passando por períodos como a Grécia antiga, idade média.

Os principais artigos utilizados para essa análise foram: '*Teoria da musicoterapia*' de Rolando Benenzon (1988), '*Music therapy increases serum melatonin levels in patients with alzheimer's disease*' de Adarsh Kumar (1999) e '*A musicoterapia e seu efeito no tratamento de crianças com transtorno de espectro autista*' de Amanda Klaus (2023).

3.3. Metodologia Utilizada No Processo De Análise

Para então dar início ao processo de verificação da hipótese defendida pelo artigo, foi proposto a utilização de estudos realizados por profissionais da área da psicologia, visando o acesso aos dados utilizados de forma mais rápida e coesa, não tornando necessário uma pesquisa de campo.

Desta forma, foram separados para análise 5 estudos que avaliam o uso da musicoterapia no tratamento de pacientes que foram submetidos a 3 diferentes métodos em seu tratamento: Pacientes de musicoterapia, pacientes de psicoterapia e pacientes de musicoterapia em conjunto com a psicoterapia. Os estudos utilizados para essa análise foram: '*Music Therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous Stem Cell Transplantation*' de Barrie R. Cassileth, Andrew J. Vickers e Lucanne A. Magill (2003); '*Effects of Group Music Intervention on Depression, Anxiety, and Relationships in Psychiatric Patients: A Pilot Study*' de Ae-Na Choi, Myeong Soo Lee e Hyun-ja Lim, (2008); '*Individual music therapy for depression: randomized*

controlled trial’ de Jaakko Erkkilä, et.al (2011); ‘*The Effects of Music Intervention in the Management of Chronic Pain: A Single-Blind, Randomized, Controlled Trial*’ de Stéphane Guetín, et.al (2012) e ‘*Low-Intensity Cognitive Behavioural Therapy-Based Music Group (CBT-Music) for the Treatment of Symptoms of Anxiety and Depression: A Feasibility Study*’ de Chris Trimmer, et.al (2017).

3.3.1. Métricas de análise de eficácia de tratamentos

A análise da eficácia dos tratamentos através dos estudos seguirá padrões de métricas utilizadas por profissionais na área da saúde. Portanto, nessa subseção, o artigo propõe uma explicação concisa sobre os principais métodos de medição de resultados, que serão usados para avaliar o êxito da performance de determinado tratamento em determinado paciente, a fim de um dado exato sobre a eficácia do tratamento analisado.

3.3.1.1. Profile of Mood States (POMS)

O método conhecido como Perfil dos Estados de Humor (do inglês, *Profile of Mood States (POMS)*) é um método de análise, com seus princípios similares aos da Teoria Humoral de Hipócrates, busca a construção do perfil humoral do paciente baseado em 6 humores, cada um deles com 6 adjetivos (sintomas característicos desses humores).

A dimensão ou fator Tensão-ansiedade (T) é composto por adjetivos que descrevem aumentos da tensão musculoesquelética e preocupação: tenso, tranquilo, nervoso, impaciente, inquieto e ansioso.

A dimensão ou fator Depressão-melancolia(D) representa um estado emocional de desânimo, tristeza, infelicidade e solidão. É composto pelos seguintes adjetivos: triste, desencorajado, só, abatido (deprimido), desanimado e infeliz.

A dimensão ou fator Hostilidade-ira (H) corresponde a um estado de humor de cólera e antipatia relativamente aos outros. É composto

pelos adjetivos seguintes: irritado, mal-humorado (rabugento), aborrecido, furioso, com mau feitio, e enervado.

A dimensão ou fator Fadiga-inércia (F) representa um estado de cansaço, inércia e baixa energia. É formado pelos adjetivos esgotado, fatigado, exausto, sem energia, cansado e estourado.

A dimensão ou fator Vigor-atividade (V) relaciona-se com um estado de energia e vigor físico e psicológico. Compõe-se dos seguintes adjetivos: animado, ativo, enérgico, alegre e cheio de boa disposição.

Por último, a dimensão ou fator Confusão-desorientação (C) caracteriza-se por um estado de confusão e baixa lucidez. Compõe-se pelos adjetivos confuso, baralhado, desnortado, inseguro, competente e eficaz. (Viana et al, 2001; tradução autoral)

Portanto, como explica Viana et al (2001), cada um dos 6 adjetivos de cada humor é avaliado numa escala de 0 a 4 (Nunca, Um Pouco, Moderadamente, Bastante e Muitíssimo, respectivamente (Escala Likert), e, ao final, é feito o resultado total (Perturbação Total de Humor).

Pode-se ainda obter um resultado total (Perturbação total de humor) através da soma das cinco escalas de sinal negativo (T + D + H + F + C), subtração do resultado da escala de Vigor, e pela soma de uma constante de 100 para evitar um resultado global negativo. (Viana et al, 2001)

3.3.1.2. State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

O método conhecido como Inventário de Ansiedade Estado-Traço (do inglês, *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*) é extremamente similar, em questão procedimental, ao POMS, com diferença apenas na interpretação dos resultados

Como explica Spielberger et al (1971), o STAI é um questionário que, assim como faz o POMS à depressão, é usado no tratamento de ansiedade, para avaliar a evolução do paciente e montar um perfil psicológico do paciente.

Como explica a American Psychological Association (2011), o Formulário Y, modelo mais comumente aplicado do método, é um questionário de 2 partes: 20 questões que avaliam a Ansiedade-Estado (Y-1), que é um quadro temporário e/ou advindo de uma situação específica que esteja provocando-o; e 20 questões que

avaliam a Ansiedade-Traço (Y-2), que configura a ansiedade como característica individual do paciente e que não possui, necessariamente, um gatilho.

O questionário, como muito bem exemplifica Silva e Correia (1977), utiliza também de uma escala Likert, de 1 a 4 (Nada, Um Pouco, Moderadamente e Muito (Y-1), e Quase Nunca, Algumas Vezes, Frequentemente e Quase Sempre (Y-2)).

Ao final do questionário, as questões que indicam ansiedade-ausente, que são usadas para a ausência de sintomas ansiosos (ex. “Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.”), têm seu valor subtraído do total, ao invés de somado, e é feita uma somatória total da pontuação do paciente, e, então, com base na avaliação de 20 a 80 pontos se analisa o quadro Y-1 e Y-2 do paciente.

3.3.1.3. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (do inglês, *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*), segundo Zigmond e Snaith (1983), é extremamente similar à métrica STAI. É dividida em dois questionários, um classificando ansiedade e o outro depressão, de 7 questões cada, e cada questão possui quatro alternativas em escala Likert.

A diferença do método HADS é que os valores de 1 a 4 de cada questão não estão expressos, ou seja, cada questão pode ter a primeira alternativa como a de valor 4, ou a de valor 1, portanto, garante uma maior honestidade do paciente sobre seus sentimentos, pois não sabe a implicação de sua resposta nos resultados.

A contagem final de pontos, ainda segundo Zigmond e Snaith (1983), é exatamente igual à do STAI: os pontos são somados e analisados por uma faixa, que classifica os resultados em um espectro entre ausência de sintomas e presença certa deles, que varia de pesquisa para pesquisa.

3.3.2. *Glossário para leitura das tabelas de análise.*

Visando um melhor entendimento do processo de análise, foi tido como necessário a confecção de um glossário explicando os termos e conceitos que compõem as tabelas as quais os estudos serão incorporados. As tabelas como dito anteriormente seguiram os padrões de análise mostrados nos subcapítulos anteriores.

Sigla	Nome Completo	Explicação	Alcance
GM	Grupo Musicoterapia	de Grupo submetido ao tratamento musicoterápico	
GC	Grupo Controle (Tratamento Padrão*)	Grupo não submetido à musicoterapia (Grupo Controle)	
LDB	Medida de Linha de Base	Medição inicial, antes do início do experimento	Depende da métrica utilizada
AUC/D	Área Sobre Curva / n° de Dias	Média dos valores no gráfico de resultados (Área do gráfico / n° de dias)	0 – 20 (POMS)
DP	Desvio Padrão	Valor que define uma faixa que engloba 95% dos resultados [X – DP, X + DP]	Depende da métrica utilizada
MF	Medição Final	Medida final do experimento	Depende da métrica utilizada
ΔLDB	Variação da Linha de Base	Diferença da medição final e da linha de base	Depende da métrica utilizada
D	Diferença	Diferença entre os resultados dos grupos	Depende da métrica utilizada
DA	Diferença Ajustada	Diferença das medições finais, ajustada para a diferença das medições de linha de base	Depende da métrica utilizada
IC 95%	Índice de Confiança de 95%	Valores mínimo e máximo de diferença, com base no desvio padrão	Depende da métrica utilizada
P	Parâmetro de validade estatística	Chance de os dados terem sido alcançados por sorte, relevância estatística	0 – 1 (X% / 100 = P) (Ideal: <0,05)

Teste-t	Teste de Relevância dos dados, por	<1,5: Ruim
	confiabilidade	comparação com parâmetros já existentes
		>2,5: Confiável
F	Força de informação	Força da estatística do grupo
		Quanto maior, mais experimental sobre o grupo de controle.

*Tratamento padrão: Tratamento regular da psicoterapia

3.3.3. *Etapa final do processo de análise.*

Para dar início a etapa final de análise, o artigo seguirá um processo metódico que interligará de forma coerente o resultado de cada estudo. Como explicado anteriormente, cada sistema de análise de eficácia utiliza uma métrica própria, com sistemas de unidades próprios. Portanto, visando uma comparação entre os estudos, propõe-se uma padronização dos resultados, onde cada sistema de unidade será transformado em porcentagem. Sendo assim, todos estudos terão seus resultados expressos de uma única forma.

A partir da obtenção desses resultados, propõe-se que o artigo esteja pronto para realização da conclusão e considerações finais em relação a sua tese.

4. ANÁLISE

Nesse capítulo, o artigo inicia, efetivamente, a comparação de processos de tratamento que contam com a inclusão de musicoterapia com tratamentos que não contam, para que possa ser avaliada, enfim, a eficácia da musicoterapia como terapia complementar, e se sua adoção é lucrativa, no sentido de que seus benefícios superam a dificuldade de sua aplicação.

Os mesmos estudos foram usados nos 3 subtópicos, sendo eles:

- 1 Cassileth et al (2003)
- 2 Erkkilä et al (2011)
- 3 Guétin et al (2012)
- 4 Choi et al (2008)
- 5 Trimmer et al (2008)

4.1. Eficácia do tratamento sem musicoterapia

O estudo 1 utiliza o método POMS. A pesquisa submeteu 28 pessoas ao GC.

TABELA 1 – Tratamento padrão a longo prazo na depressão (POMS)

X		LDB (DP)	AUC/D (DP)	D	IC 95%	P
Perturbação de Humor	Total	11,1 (12,7)	14,7 (12,5)	+3,8	-21,6; +28,8	0,014

(Fonte: Autoria própria. 2025)

Como mostra a tabela, a média dos valores do gráfico pelo número de dias (AUC/D) aumentou os escores significativamente (aumento de 24,5% nos níveis do transtorno), indicando que, durante o tratamento, a média da soma total do método POMS apresentou um aumento nos níveis de depressão.

Além disso, o estudo realiza uma medida de efeito imediato da sessão, sendo uma medida imediatamente antes (IAS) e imediatamente depois (IDS) das seções.

TABELA 2 – Tratamento padrão imediatamente na depressão (POMS)

X	IAS (DP)	IDS (DP)	D	IC 95%	P
Perturbação Total de Humor	10,8 (12,2)	9,1 (11,1)	-1,7	-25,0; +21,6	0,0003

(Fonte: Autoria própria, 2025)

Como a tabela demonstra, os efeitos do tratamento padrão, medidos imediatamente após a seção, foram positivos (diminuição de 15,7% nos níveis), indicando um resultado da psicoterapia sem complementos melhor a curto do que à longo prazo.

O estudo 2 utiliza a métrica do HADS-A para uma medida de nível de ansiedade. O estudo submeteu 46 pessoas ao GC.

TABELA 3 – Tratamento padrão na ansiedade após 3 e 6 meses (HADS-A)

X	LDB	M3MS	ΔLDB	teste-t	M6MS	ΔLDB	teste-t
		(DP)	(IC 95%)	(P)		(IC 95%)	(P)
GC	9,95	8,00	1,95	2,11	7.29	2,65	1,63
		(4,11)	(-6,06; +2,16)	(0,04)		(4.75) (-7,4; +2,09)	(0,11)

(Fonte: Autoria própria. 2025)

Como o estudo demonstra, o GC reportou resultados positivos em ambas as medições (diminuição (ΔLDB) de 19,6% nos 3 meses após o início (M3MS) e de 26,7% nos 6 meses), indicando um resultado significativamente melhor do que o estudo 1.

O estudo 3 utiliza os dois questionários HADS (A e D) como métrica. Nele, foram alocadas 43 pessoas para o GC.

TABELA 4 – Tratamento padrão na ansiedade e na depressão (HADS)

	LDB (DP)	MF (DP)	Δ LDB	IC 95%	P
HADS-D	12,9 (2,5)	13,5 (4,3)	+0,6	(-6,2; +7,4)	<0,001
HADS-A	13,9 (2,4)	13,1 (3,1)	-0,8	(-6,3; +4,7)	<0,001

(Fonte: Autoria própria. 2025)

Como a tabela demonstra, os resultados da pesquisa trazem um efeito na depressão negativo (aumento de 4,4%) e positivo na ansiedade (diminuição de 5,8%), mostrando, novamente, que o tratamento padrão é mais eficaz contra o transtorno ansioso que contra o depressivo.

O estudo 4 utiliza os questionários do STAI para métrica de ansiedade. Este submete 13 pessoas ao GC.

TABELA 5 – Tratamento padrão na ansiedade (STAI)

	LDB (DP)	MF (DP)	Δ LDB	IC 95%	P (F)
Y-1	36,2 (1,2)	32,5 (1,7)	-3,7	-6,6; -0,8	<0,001 (202,7)
Y-2	36,4 (1,6)	34,2 (1,1)	-2,2	-4,9; +0,5	<0,001 (410,1)

(Fonte: Autoria própria. 2025)

De acordo com a tabela, o tratamento padrão mostra uma eficácia contra a ansiedade-estado considerável (redução de 10,2%) e contra a ansiedade-traço um pouco menor (redução de 6%).

O estudo 5 utiliza as métricas do HADS, e utiliza 14 pacientes no GC.

TABELA 6 – Tratamento padrão na ansiedade e na depressão (HADS) (2)

	LDB (DP)	MF (DP)	Δ LDB	IC 95%	P
HADS-A	11,57 (3,5)	11,7 (3,6)	+0,13	-6,97; +7,23	0.327
HADS-D	7,93 (3,2)	8,5 (4,5)	+0,57	-7,13; +8,27	0.488

(Fonte: Autoria própria. 2025)

O estudo, mesmo que os dados de confiabilidade sejam duvidosos de acordo com o valor-P, indica uma piora em ambos os estados (aumento de 1,1% na ansiedade e 6,7% na depressão), mas ainda demonstra uma maior eficácia no tratamento da ansiedade do que no da depressão.

Portanto, se conclui, a partir da consideração de todos os trabalhos analisados, que o tratamento padrão traz resultados negativos à longo prazo para ambos os transtornos, mas traz menos prejuízos para o tratamento de ansiedade.

4.2. Análise da eficácia do tratamento com musicoterapia

O estudo 1, como já explicado, utiliza o método POMS, A pesquisa submeteu 34 pessoas ao tratamento musicoterápico.

TABELA 7 – Musicoterapia a longo prazo na depressão (POMS)

	LDB (DP)	AUC/D (DP)	D	IC 95%	P
X					
Perturbação Total de Humor	13,1 (11,9)	11,2 (10,6)	-1,9	-24,4; +20,6	0,014

(Fonte: Autoria própria. 2025)

De acordo com o estudo, a musicoterapia trouxe um resultado positivo considerável para os pacientes (redução de 14,5%).

Na medida imediatamente antes e depois das seções, o estudo mostrou dados extremamente relevantes.

TABELA 8 – Musicoterapia imediatamente na depressão (POMS)

X	IAS (DP)	IDS (DP)	D	IC 95%	P
Perturbação Total de Humor	13,4 (12,9)	4,4 (11,4)	-9	-33.3; +15.3	0,0003

(Fonte: Autoria própria)

O estudo mostra uma melhora imediata positiva impactante (diminuição de 67,2%), mostrando que os efeitos da musicoterapia têm positividade de efeitos inversamente proporcionais ao tempo passado.

O estudo 2, utilizando a métrica do HADS-A, submeteu 33 pessoas ao GM.

TABELA 9 – Musicoterapia na ansiedade após 3 e 6 meses (HADS-A)

X	LDB	M3MS	ΔLDB	teste-t	M6MS	ΔLDB	teste-t
		(DP)	(IC 95%)	(P)		(IC 95%)	(P)
GM	11,14	7,37	3,77	2,11	7,21	3,93	1,63
		(3,99)	(-7,76, +0,22)	(0,04)	(4,15)	(-8,08; +0,22)	(0,11)

(Fonte: Autoria própria. 2025)

O estudo mostra uma melhora extremamente significativa da ansiedade (redução de 33,8%) nos 3 meses após o início, e ainda maior (redução de 35,3%) nos 6 meses.

O estudo 3, pela medição com ambos os questionários HADS, utiliza 44 pacientes para o GM.

TABELA 10 – Musicoterapia na ansiedade e na depressão (HADS)

	LDB (DP)	MF (DP)	ΔLDB	IC 95%	P
HADS-D	13,8 (2,4)	7,8 (3,4)	-6,0	-11,8; -0,2	<0,001
HADS-A	13,8 (3,1)	7,4 (2,8)	-6,4	-12,3; -0,5	<0,001

(Fonte: Autoria própria. 2025)

Como descrevem os dados, a musicoterapia trouxe uma melhora extremamente considerável em ambos os transtornos (redução de 43,5% na depressão e 46,4% na ansiedade).

O estudo 4, através da medida por STAI, submeteu 13 pessoas à musicoterapia.

TABELA 11 – Musicoterapia na ansiedade (STAI)

	LDB (DP)	MF (DP)	Δ LDB	IC 95%	P (F)
Y-1	36,5 (0,8)	22,8 (1,7)	-13,7	-16,2; -11,2	<0,001 (202,7)
Y-2	35,9 (1,0)	26,0 (1,6)	-9,9	-12,5; -7,3	<0,001 (410,1)

(Fonte: Autoria própria. 2025)

Como demonstra o estudo, a musicoterapia apresentou melhoras significativas em ambos os tipos de ansiedade (reduções de 37,5% na ansiedade estado e 27,6% na ansiedade traço).

O estudo 5 utiliza como métrica os testes do HADS, e traz os resultados de 14 pacientes no GM.

TABELA 12 – Musicoterapia na ansiedade e na depressão (HADS) (2)

	LDB (DP)	MF (DP)	Δ LDB	IC 95%	P
HADS-A	13,43 (3,0)	9,9 (2,9)	-3,53	-9,43; +2,37	0.327
HADS-D	10,14 (4,1)	7,4 (3,7)	-2,74	-10,54; +5,06	0.488

(Fonte: Autoria própria. 2025)

O estudo traz uma estatística que mostra uma eficácia levemente maior na depressão do que na ansiedade (redução de 26,3% na ansiedade e 27% na depressão).

Ao fim da análise musicoterápica, portanto, se infere que o tratamento, utilizando a musicoterapia como complemento, possui uma eficácia na redução dos níveis dos sintomas significativa para ambos os transtornos, sendo sutilmente mais eficiente sobre o transtorno depressivo.

4.3. Comparação entre a eficácia padrão e musicoterápica

Por fim, para garantir um comparativo claro e direto entre as revisões e para uma síntese da conclusão do estudo mais bem encaminhada, esta subseção apresenta uma união das duas anteriores.

O estudo 1 fornece os paralelos abaixo, com uma variação inicial de +15,3% para o GM.

TABELA 13 – Comparação dos grupos a longo prazo na depressão (POMS)

X		LDB (DP)		AUC/D (DP)		D (DA)	IC 95% P	
		GM	GC	GM	GC			
Perturbação de Humor	Total	13,1	11,1	11,2	14,7	3,5	2,8;	0,014
		(11,9)	(12,7)	(10,6)	(12,5)	(5,2)	8,2	

(Fonte: Autoria própria. 2025)

Como demonstra a tabela, o GM teve uma medida final 23,8% menor do que o GC, que, somado à diferença inicial, resulta numa redução ajustada 39,1% para o GM.

Nas medidas imediatas de seção, o GM iniciou com uma desvantagem de 19,4%.

TABELA 14 – Comparação dos grupos imediatamente na depressão (POMS)

X		MMIAS (DP)		MMIDS (DP)		D (DA)	IC 95% P	
		GM	GC	GM	GC			
Perturbação de Humor	Total	13,4	10,8	4,4	9,1	4,7	6,3;	0,0003
		(12,9)	(12,2)	(11,4)	(11,1)	(6,0)	8,3	

(Fonte: Autoria própria. 2025)

Portanto, ao final do experimento, com as medidas pós-seção resultando em uma média de 51,6% menores para o GM, infere-se que o GM teve uma melhoria de 71% sobre o GC.

O estudo 2, com as estatísticas abaixo, permite a média com base na diferença inicial de 10,7% a mais no GM.

TABELA 15 – Comparação dos grupos na ansiedade após 3 e 6 meses (HADS-A)

X	LDB	M3MS	D/DA	teste-t	M6MS	D	teste-t
		(DP)	(IC 95%)	(P)		(IC 95%)	(P)
GC	9,95	8,00	0,63 / 1,82	2,11	7,29	0,08 / 1,27	1,63
		(4,11)	(-1,7, -1,9)	(0,04)		(-0,7; -1,9)	(0,11)
GM	11,14	7,37			7,21		
		(3,99)				(4,15)	

(Fonte: Autoria própria. 2025)

Os resultados mostram uma variação dos primeiros 3 meses de 7,8% e dos primeiros 6 meses de 1,1% melhores para o GM, totalizando uma diferença de 18,5% e de 11,8%, respectivamente, totalizando uma média de redução de 15,2% para o GM

O trabalho 3, como demonstra a tabela, traz níveis de ansiedade e depressão iniciais similares em ambos os grupos (ansiedade 0,7% maior no GC e depressão 6,5% maior no GM).

TABELA 16 – Comparação dos grupos na ansiedade e na depressão (HADS)

	LDB (DP)		Medição	FinalVariação da LDB (ICD			P	
	GM	GC	(DP)	95%)				
			GM	GC	GM	GC		
HADS-D	13,8	12,9	7,8	13,5	-6,0	+0,6	6,6	<0,001
	(2,4)	(2,5)	(3,4)	(4,3)	(-11,8; -0,2)	(-6,2; +7,4)		
HADS-A	13,8	13,9	7,4	13,1	-6,4	-0,8	5,6	<0,001
	(3,1)	(2,4)	(2,8)	(3,1)	(-12,3; -0,5)	(-6,3; +4,7)		

(Fonte: Autoria própria. 2025)

Como mostra a tabela, o GM demonstrou uma melhora significativa em ambos os aspectos, com os resultados sendo menores em 42,2% e 43,5% menores para depressão e ansiedade, respectivamente, totalizando 42,9% de diferença líquida na depressão e 50% na ansiedade.

O estudo 4 traz valores iniciais extremamente próximos (variação de +0,8% para o Y-1 e de -1,4% para o Y-2 entre os grupos).

TABELA 17 – Comparação dos grupos na ansiedade (STAI)

Parâmetro	LDB (DP)		Medição Final (DP)		Variação da LDBD		P (F)	
	(IC 95%)							
	GM	GC	GM	GC	GM	GC		
Y-1	36,5	36,2	22,8	32,5	-13,7	-3,7	10	<0,001
	(0,8)	(1,2)	(1,7)	(1,7)	(-16,2;	(-6,6;		(202,7)
Y-2	35,9	36,4	26,0	34,2	-9,9	-2,2	7,7	<0,001
	(1,0)	(1,6)	(1,6)	(1,1)	(-12,5;	(-4,9;		(410,1)

(Fonte: Autoria própria. 2025)

O estudo evidencia, novamente, uma melhora menos, mas ainda considerável, nos sintomas de ansiedade dos pacientes, trazendo uma melhora para o GM 29,8% maior no Y-1 e 24% maior no Y-2, totalizando 30,6% e 22,6% para ambos, respectivamente

O estudo 5 possui uma diferença inicial um pouco maior, com 13,8% no transtorno depressivo e de 21,8% no ansioso, ambos maiores no GM.

TABELA 18 – Comparação dos grupos na ansiedade e na depressão (HADS) (2)

	LDB (DP)		MF (DP)		DLDB (IC 95%)		D (DA)	P
	GM	GC	GM	GC	GM	GC		
HADS-A	13,43	11,57	9,9	11,7	-3,53	+0,13	2,8	0,327
	(3,0)	(3,5)	(2,9)	(3,6)	(-9,43; +2,37)	(-6,97; +7,23)	(6,2)	
HADS-D	10,14	7,93	7,4	8,5	-2,74	+0,57	1,1	0,488
	(4,1)	(3,2)	(3,7)	(4,5)	(-10,54; +5,06)	(-7,13; +8,37)	(3,27)	

(Fonte: Autoria própria. 2025)

Como demonstram os resultados, o GM teve resultados 15,4% e 12,9% menores na ansiedade e na depressão, respectivamente, totalizando 37,2% e 27,7% de diferença líquida nestes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como tema central a comparação de eficácia entre rotinas terapêuticas que utilizavam o tratamento psicoterapêutico padrão, e outras que utilizavam a psicoterapia com musicoterapia, no tratamento dos transtornos depressivo e ansioso. Para que isso fosse possível, o trabalho foi estruturado em 3 capítulos, o que tornou possível uma análise aprofundada e confiável dos resultados.

No primeiro capítulo, foi elaborada uma linha do tempo relativa sobre as definições do transtorno depressivo, desde a Grécia antiga, passando pela idade média e renascimento, até as teorias contemporâneas. Então, foram clarificadas as definições dos 7 transtornos depressivos. Com um conhecimento aprofundado sobre a depressão, o mesmo processo foi repetido, agora contextualizando a terapia, logo, compreendendo as respostas à doença ao longo da história, e definindo a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Psicoterapia e, por fim, a Musicoterapia. Esse capítulo foi essencial para a compreensão dos transtornos e dos métodos de tratamento considerados e utilizados no desenvolvimento da pesquisa.

No segundo capítulo, o texto elabora uma revisão sobre o processo criativo que envolveu a elaboração do projeto de texto e do primeiro capítulo, além de uma explicação sobre o que seria feito nos capítulos seguintes. Nessa seção, o artigo explica como foram elaboradas as linhas do tempo e definições da seção anterior, e descreve detalhadamente o objetivo do terceiro capítulo, além de como ele será realizado, como serão contabilizados os dados estudados, e como funcionam as métricas utilizadas nos estudos que foram usados na análise, sendo elas o Profile Of Mood States (POMS), o State-Trait Anxiety Inventory (STAI), e o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Esse capítulo é de extrema importância para que os dados utilizados na comparação que o trabalho objetiva sejam compreendidos e descritos por completo, permitindo maior transparência, democratização e clareza sobre o propósito do artigo.

No quarto capítulo, portanto, a pesquisa inicia, efetivamente, a comparação entre as rotinas terapêuticas que contém ou não a musicoterapia. Para essa comparação, o trabalho utiliza 5 outros estudos feitos, justamente, sobre essa

comparação, os quais foram selecionados com base nas métricas descritas no capítulo anterior, na confiabilidade dos dados expressa por estatísticas dos próprios estudos. Com este tópico, o artigo procura a comprovação da tese, e elabora o comparativo discutido ao longo de toda a trajetória até então. Essa seção é, certamente, a mais importante do trabalho, pois ela define, por fim, o quanto a musicoterapia apresenta benefícios para tratamentos psicoterapêuticos.

Com a coleta de dados, e após revisão e fechamento da análise comparativa destes 5 estudos, se mostra que a musicoterapia é um complemento extremamente benéfico para a psicoterapia e Terapia Cognitivo Comportamental, quando tratando da depressão e da ansiedade, diminuindo os níveis de depressão, ou seja, demonstrando uma eficácia no combate aos transtornos até 40% melhores que os métodos de tratamento utilizados de forma singular.

Além disso, um dos 5 estudos realiza uma intervenção imediatamente após a sessão de musicoterapia, e mostrou que a mesma possui uma redução a curto prazo aproximadamente 52% maior do que a rotina terapêutica comum.

O objetivo principal do trabalho era compreender os efeitos da musicoterapia sobre a performance do acompanhamento psicológico no tratamento do transtorno depressivo, e, mesmo com as limitações existentes, o propósito foi cumprido, e a compreensão destes foi atingida com êxito.

A hipótese elaborada supôs que a musicoterapia traria um grande aumento da eficácia de tratamentos regulares, e que ela se provaria como uma inclusão importante para o tratamento do transtorno depressivo. Após a conclusão da revisão, pode-se concluir que a hipótese foi corroborada, e a musicoterapia se mostrou um excelente complemento à psicoterapia comum quando atuando sobre a ansiedade e a depressão.

Portanto, a partir da contabilização dos dados da análise, consideração das medidas de transformação destes em percentuais, comparação direta entre os resultados do grupo controle e grupo de musicoterapia, e, por fim, interpretação dos dados obtidos, o estudo conclui que a musicoterapia traz benefícios consideráveis para o tratamento dos transtornos, e sua implementação, dado o cenário de disponibilidade limitada de profissionais de saúde mental, atualmente no mundo, pode

ser uma estratégia importante para o tratamento dos quase 6% da população mundial que necessita deste.

O presente estudo, como uma revisão bibliográfica, reconhece suas limitações, dentre elas o número consideravelmente ínfimo de artigos analisados, contando com apenas 5 revisões, um número pouco considerável em escala global. Além disso, por conta da quantidade reduzida de sujeitos, possui um dado de confiabilidade estatística baixo, chegando a quase 0,5 pontos no teste-P.

Apesar de suas limitações, o artigo demonstra que, majoritariamente, a musicoterapia, ainda sim, é uma adição extremamente valiosa à terapia tradicional.

REFERÊNCIAS

ALVES, Lucas Augusto Saioli Macedo, et.al. Depressão: a doença do século XXI. Ciências e Saúde. v.28, 2024Disponível em: <https://revistaft.com.br/depressao-a-doenca-do-seculo-xxi/>. Acesso em: 14. jun. 2025

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Diagnosis and Statictical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B1dxTb_oy7qwcVRvTExKWmdMejQ/view?resourcekey=0-VMo05y795EthoFRqagAoZQ. Acesso em: 14. jun. 2025

AMERICAN PSYCHOLOGY ASSOCIATION. *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Washington, DC: American Psychological Association, 2011. <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state>. Acesso em: 8 set. 2025.

ARRIAGA, Filipe et al. *Conceito de Distímia: Utilidade Clínica e Estatuto Nosológico*. Lisboa: Acta Médica Portuguesa, 1998. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/2360/1778>. Acesso em: 14. jun. 2025

BARCELLOS, Bianca; GUIMARÃES, Gustavo; ROSA, Gustavo Hauenstein; RIEDEL, Patrícia Gabriela; UHLMANN, Juliana da Silva; VETTORI, Daniela Vanessa. Promoção e proteção da saúde da mulher. *UFRGS*. 2022. Disponível em: 001137331.pdf. Acesso em: 14. jun. 2025.

BECK, Judith S. Terapia cognitivo comportamental. ArtMed 2ª edição. 2013. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Xmg3AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=terapia+cognitivo+comportamental&ots=FnRQRNayOL&sig=EPJZc5gC2tW8G2ZyzqA4pH3sO2k#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20comportamental&f=false>. Acesso em: 14. jun de 2025.

BENZON, Rolando. *Teoria da musicoterapia – Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. São Paulo: Summus, 1988. Disponível em: <https://www.estantevirtual.com.br/livro/teoria-da-musicoterapia-06N-5117-000-BK>. Acesso em: 14. jun. 2025

BERRIOS, German, E. *Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual*. Revista. Latinoam. Psicopat. Fundam. 15(3), 2012. Disponível em: SciELO Brasil - Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. Acesso em: 14. jun. 2025

BOGGIO, Paulo; ROCHA, Viviane. *A música por uma óptica neurocientífica*. São Paulo: Per Musi, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pm/a/4MYkTmWFfsG4P9jfRMdmh4G/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14. jun. 2025

BONINI, Maria Aparecida Peraçoli; GOZER, Olga Gerotto. A arte na educação especial. *Revista científica multidisciplinar unimeo*. 2007. Disponível em: <https://unimeo.com.br/admin/control/files/revista/15935468025efb98320c06c.pdf#page=218>. Acesso em: 14. jun. 2025.

BRUSSIA, Kenneth E. A Survey of Treatment Procedures in Improvisational Music Therapy. *Psychology of Music*. 16(1):10-24, 1988. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/247733271_A_Survey_of_Treatment_Procedures_in_Improvisational_Music_Therapy. Acesso em: 14.jun. 2025

BRUSSIA, Kenneth E; HESSER, Barbara; BOXILL, Edith H. Essencial competencies for the practice of music therapy. Oxford Academic. v.1: 43-49, 1981. Disponível em: <https://academic.oup.com/musictherapy/article/1/1/43/2757047>. Acesso em: 14.jun. 2025

BURTON, Robert. *The Anatomy of Melancholy*. Londres, 1652. Disponível em: <https://www.gutenberg.org/cache/epub/10800/pg10800-images.html>

CAIRUS, Henrique. Da natureza ao homem Corpus hippocraticum. *História Ciencia e Saúde Manguinhos*. 6(2), 1999. Disponível em: SciELO Brasil - Da natureza do homem Corpus hippocraticum Da natureza do homem Corpus hippocraticum. Acesso em: 14. jun. 2025.

CARVALHO, Vitor Orquiza; HONDA Hélio. Fundamentos da associação livre: uma valorização da técnica da psicanálise. *Analytica- revista de psicanálise*. v.6 n.10, 2017. Disponível em: <https://seer.ufsj.edu.br/analytica/article/view/2503>. Acesso em: 14. jun de 2025.

CASSILETH, Barrie R; VICKERS, Andrew J; MAGILL, Lucanne A. Music Therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous Stem Cell Transplantation. *American Cancer Society*, v.98, n.12, 2003. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncr.11842>. Acesso em: 8. Set 2025.

CHENIAUX, Elie; NARDI, Antônio Egídio; GOMES, Marleide da Mota. Qual seria o diagnóstico psiquiátrico de D. Maria I, a “rainha louca”. *Jornal brasileiro psiquiatria*. 70(3), 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/sSyznLxgWV6kfCB5CbrMDxh/>. Acesso em: 14. jun. 2025.

CHOI, AE-NA; LEE, Myeong Soo; LIM, Hyun-ja. Effects of Group Music Intervention on Depression, Anxiety, and Relationships in Psychiatric Patients: A Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, v.14, n. 5, p. 567, 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/beatr/Downloads/hemodi%C3%A1lise.pdf>. Acesso em: 8. set 2025.

CLARA, Carlos José da Silva Santa. Melancolia: da antiguidade à modernidade- uma breve análise história. *Mental*. vol.7 no. 13 Barbacena, 2009. Disponível em: Melancolia: da antiguidade à modernidade - uma breve análise histórica. Acesso em: 14. jun. 2025

CUELLAR, Amy k; JOHNSON, Sheri L; WINSTERS, Ray. Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clin Psychol Rev.* 25(3): 307-339. 2005. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2850601/>. Acesso em: 14. jun. 2025.

DELOUYA, Daniel; Clínica Psicanalítica. *Casa do Psicólogo*. 5 ° edição, 2008. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=2qpahi1esjoC&oi=fnd&pg=PA2&dq=depress%C3%A3o&ots=ialjopSycl&sig=6B3yCs6KxHeBkupm1EFzpRkXX-w&redir_esc=y#v=onepage&q=depress%C3%A3o&f=false Acesso em: 14. jun. 2025.

ENGEL, George. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science, 1977. Disponível em: <https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/medical-humanities/documents/Engle-Challenge-to-Biomedicine-Biopsychosocial-Model.pdf>. Acesso em: 14. jun. 2025

ERKKILÄ, Jaakko, et.al. Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* p. 132–139, 2011. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/A1CD72904929CECCB956F4F3B09605AF/S0007125000256110a.pdf/individual-music-therapy-for-depression-randomised-controlledtrial.pdf>. Acesso em: 8. set 2025

ESQUIROL, Etienne. Da lipemania ou melancolia. *Rev. Latinoam Psicop Fund.* V(I), n.2, 158-166. 1820. Disponível em: [classicos.esquirol](http://classicos.esquirol.com). Acesso em: 14. jun. 2025

ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*. n.24. 2006. Disponível em: [Depressão numa contextualização contemporânea](http://aletheia.org.br). Acesso em: 14. jun. 2025.

FAGUNDES, Gustavo de Oliveira. *Transtorno Depressivo Maior e Terapia Cognitivo- Comportamental*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/229554/001130829.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 14. jun. 2025.

FIGUEREIDO, Luís Claudio; MINERBO, Marion. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal da Psicanálise*. v.39 n70, 2006. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-58352006000100017&script=sci_arttext. Acesso em: 14. jun. 2025

FREUD, Sigmund. *Luto e Melancolia: Edição Standard Brasileiras das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1917. Disponível em: <https://carlosbarros666.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/10/lutoemelancolia1.pdf> . Acesso em: 14. jun. 2025

GONGORA, Maura. *Conceitos de Depressão*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2004. Disponível em: [View of Conceitos de depressão](http://www.uel.br/conceitos-de-depressao). Acesso em: 14. jun. 2025

GUETÍN, Stéphane, et.al. The Effects of Music Intervention in the Management of Chronic Pain: A Single-Blind, Randomized, Controlled Trial. *Clinical Pain*, v.28, n.4, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/beatr/Downloads/The%20Effects%20of%20Music%20Intervention%20in%20the%20Management%20of%20Chronic%20Pain.pdf>. Acesso em: 8. set 2025.

GUIMARÃES, João Luiz. *Efeitos da música: terapia musical e cultura da sensibilidade da França (1750-1789)*. 2018. Disponível em: https://www.academia.edu/36633315/Efeitos_da_M%C3%BAsica_Terapia_Musical_e_Cultura_da_Sensibilidade_no_s%C3%A9culo_XVIII_1750_1789. Acesso em: 14. jun. 2025

HELMHOLTZ, Hermann. *On the sensations of tone as a physiological basis for the theory of music: 2d English edition*. Cambridge: Conferência da Universidade de Cambridge, 1863. Disponível em: <https://archive.org/details/onsensationston01helmgoog/page/n7/mode/2up>. Acesso em 14. Jun. 2025.

IBIAPINA, Aline Raquel de Souza; LOPES- JÚNIOR, Laís Carlos. VELOSO, Loreno Uchôa Portela. Efeitos da musicoterapia sobre os sintomas de ansiedade e depressão em adultos com diagnósticos de transtornos mentais: revisão sistemática. *Acta Paul Enferm* (35). 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/xRT56hdPydcZCM4BJXVN8HK/>. Acesso em 14. jun de 2025.

ITO, Patricia do Carmo Pereira; GUZZO, Raquel Souza Lobo. Diferenças individuais: temperamento e personalidade; importância da teoria. *Estudo psicologia (Campinas)*. 19(1), 2002. Disponível em: SciELO Brasil - Diferenças individuais: temperamento e personalidade; importância da teoria Diferenças individuais: temperamento e personalidade; importância da teoria. Acesso em: 14. jun. 2025.

KLAUS, Amanda Estefani Ramos, et.al. A musicoterapia e seu efeito no tratamento de crianças com transtorno de espectro autista. *Revista FT*. v.27, 2023. Acesso em: <https://revistaft.com.br/a-musicoterapia-e-seu-efeito-no-tratamento-de-criancas-com-transtorno-de-espectro-autista/>. Acesso em: 14.jun. 2025

KRAEPLIN, Emil. *Psiquiatria: um livro didático para estudantes e médicos*. Leipzig: J. A. Barth. Disponível em: <https://archive.org/details/psychiatrieeinle02krae>. Acesso em: 14. jun. 2025

KUMAR, Adarsh et al. *Music therapy increases serum melatonin levels in patients with alzheimer's disease*. Miami: InnoVision Health Media, 1999. Disponível em: <https://www.proquest.com/docview/204815060?pq-origsite=gscholar&sourcetype=Scholarly%20Journals>. Acesso em: 14. jun. 2025

MERCÊS, Ana Bahia Bock, *Psicologias: Uma Introdução ao Estudo De Psicologia*, 1997. Disponível em: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43954686/Psicologias-libre.pdf?1458575734=&response-content->

[disposition=inline%3B+filename%3DPsicologias.pdf&Expires=1757378247&Signature=fV5s7aXHMFtClrYFOEzRFRI9A9RKXEjkeUe9pe78S68-pyyZPTtPJSkMKpzUwjs0HPntrn9q3XPbMO075U-95qJOraD72czseh30zyah7yqxuR1hX9dnd2cfzp~ChnwyfUsLCY4F0tNNbs6bhjEDbxWJqz7~JgFTvpjC9bM10OgylA5WOSxMphSd1dCish51hhV-AxWP23whGCTeaKPdQS6afSXk465wPWkX6bKvX3usCd~7ob1A0UHi84er4se3-ZMFd6nk~nBUsluvoovl37wjJg8HWCs62lfIn-UVLJdBVwD35Y9~EdrOIjEUeQXCCj3IYXGil~kCO8z7xxDp4Q &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/3411/3489)

MARTINELLI, Julia Cozer; PANCIERI, Eduardo Antunes; SACRAMENTO, Henriqueta Tereza. Potencial terapêutico do *Hypericum Perforatum* no tratamento do transtorno depressivo maior: revisão integrativa. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*. v.01, 2025. Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/3411/3489>. Acesso em: 14. jun. 2025

MEDEIROS, Alberto Antunes; CALAZANS, Roberto; A depressão em Freud: uma análise do conceito a partir da teoria freudiana da libido. *Tempo Psicanal*. Vol53. No.1. jun 2021. Disponível em: A depressão em Freud: uma análise do conceito a partir da teoria freudiana Acesso em: 14. Jun. 2025.

MELO, Daiana Rodrigues; PEREIRA, Lanay Dalete dos Santos Pereira. Depressão na adolescência: uma revisão bibliográfica. *Revista Ibero- Americana de Humanidades Ciências e Educação*. v.8 n.02, 2022. Disponível em: Vista do DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. Acesso em: 14. jun. 2025.

MENDES, Elzilaine Domingues; VIANA, Terezinha de Camaro, BARA, Olivier. Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. *Psic Teor e Pesq*.30(4). 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/SZNKctRm7tcwQrPw37DZD4n>. Acesso em: 14. jun. 2025

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Dóris Hupfeld; SOARES, Marcia Britto de Macedo. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Braz. J. Psychiatry* 21(suppl 1). 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/XxBdP5vFDFbwBGDxrYPLCgC/?lang=pt>. Acesso em: 14. jun. 2025

NETTO, Bernardes. Depressão psicótica associada a estresse pós-traumático: estudo de caso. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. v.26, n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/705/278>. Acesso em: 14. jun. 2025.

PAULA, Dayana; DIAS, Vittoria. *A Música Na Psicoterapia: Possibilidades no Cuidado de Pessoas com Transtornos Psiquiátricos*. Uberaba: Universidade de Uberaba, 2023. Disponível em: https://dspace.uniube.br:8443/bitstream/123456789/2550/1/TCC_Vittoria.pdf. Acesso em: 14. jun. 2025

RIVERA, Tania. Luto e melancolia, de Freud, Sigmund. Novos estudos CERAP(94). 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/SKPG96FFGB6qtfGzgHkTpkP/?stop=next&lang=pt&format=html>. Acesso em: 14. jun. 2025

RODRIGUES, Priscila Aparecida; SCHEWINSKY, Sandra Regina; ALVES, Vera Lúcia Rodrigues. Estudo sobre Depressão reativa e depressão secundária em pacientes após acidente vascular encefálico. *ACTA Fisiatr.* 18(2):60-65. 2011. Disponível em: <https://revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/103595/102058>. Acesso em: 14. jun. 2025.

ROZENTHAL, Marcia; LAKS, Jerson; ENGELHARDT, Eliaz. Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.* 26(2), 2004. Disponível em: SciELO Brasil - Aspectos neuropsicológicos da depressão Aspectos neuropsicológicos da depressão. Acesso em: 14. jun. 2025..

RUDINESCO, Elisabeth. Porque a Psicanálise?. Editora Schwarcz, edição única. 1999. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=vXHTDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&ots=UEPobUqv2U&sig=NCz9xZ64aDk8CQeNHJsY-emOKUo&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 14. jun. 2025.

SILVA, Danilo; CORREIA, Sofia. *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2013. <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10400.5/7654/7/State-Trait%20Anxiety%20Inventory%20%28STAI%29.pdf>. Acesso em: 8 set. 2025.

SOUSA, Priscila. *Terapia- o que é, importância, conceito e definição. Conceito de.* 2022. Disponível em: AmostraTerapia - O que é, importância, conceito e definição Ana Mercês Bahia Bock & Outros - Psicologias (pdf)(rev).pdf. Acesso em: 14. jun. 2025.

SPANEMBERG, Lucas; JURUENA, Mario. *Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior*. Porto Alegre: Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/mKkmpzCst9kCpSjp6FyDS7J/#:~:text=Modernamente%2C%20a%20distímia%20pode%20ser,curso%20intermitente%20e%20persistente8>. Acesso em: 14. jun. 2025

SPIELBERGER, Charles D. et al. Development of the Spanish Edition of the State-Trait Anxiety Inventory. *Interamerican Journal of Psychology*, 1971. Disponível em: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state> . Acesso em: 8 set. 2025.

TRIMMER, Chris, et.al. Low-Intensity Cognitive Behavioural Therapy-Based Music Group (CBT-Music) for the Treatment of Symptoms of Anxiety and Depression: A Feasibility Study. *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies*, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/beatr/Downloads/gen%C3%A9rico.pdf>. Acesso em: 8. Set 2025

VIANA, Miguel Faro et al. Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/entities/publication/e2db5755-40b6-4003-8280-a4a82f76a380>. Acesso em: 8. set. 2001

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>. Acesso em: 14. jun. 2025

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression: Let's Talk*. 2017. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Diseases, 11th Revision*. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://icd.who.int/>, Acesso em: 14. jun. 2025

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Mental Health Report*. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>. Acesso em: 14. jun. 2025

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Scandinavia: Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>. Acesso em: 8 set. 2025.