

Avaliação da qualidade de evidências científicas sobre intervenções musicais na assistência a pacientes com câncer

Vladimir Araujo da Silva^(a)

Eliseth Ribeiro Leão^(b)

Maria Júlia Paes da Silva^(c)

Silva VA, Leão ER, Silva MJ. Assessment of quality of scientific evidence on musical interventions in caring for cancer patients. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(50):479-92.

This integrative review aimed to assess the quality of scientific evidence on musical interventions in caring for cancer patients. The search strategy was conducted in July 2013, using descriptors indexed in the Bireme, Cochrane Library, Medline, Embase, Web of Science, CINAHL and Scopus databases. We selected four randomized clinical trials (two of high and two of low methodological quality) and two systematic reviews (both of high methodological quality). The greatest limitations of the clinical trials were in the descriptions of the resources and musical structures used; and of the systematic reviews, in their focus on the methodological designs. Most of the studies had high methodological quality, but the resources and musical structures used were neither described nor discussed, thereby trivializing the therapeutic potential of music and limiting replication of the studies and incorporation of evidence into clinical practice.

Keywords: Medical oncology. Oncologic nursing. Neoplasms. Music. Music therapy.

Esta revisão integrativa pretendeu avaliar a qualidade de evidências científicas sobre intervenções musicais na assistência a pacientes com câncer, utilizando descritores indexados nas bases de dados: Bireme, *The Cochrane Library*, *Medline*, *Embase*, *Web of Science*, *CINAHL* e *Scopus*. Foram selecionados quatro ensaios clínicos randomizados (dois de alta e dois de baixa qualidade metodológica) e duas revisões sistemáticas (ambas de alta qualidade metodológica). As maiores limitações dos ensaios clínicos estão na descrição dos recursos e estruturas musicais utilizadas e das revisões sistemáticas, no foco nos delineamentos metodológicos, em detrimento da qualidade dos relatórios das intervenções musicais. Na maioria dos estudos foi apresentada alta qualidade metodológica, mas não foram descritos e tampouco discutidos os recursos e as estruturas musicais utilizados, banalizando o potencial terapêutico da música e limitando sua replicação e incorporação das evidências na prática clínica.

Palavras-chave: Oncologia. Enfermagem oncológica. Neoplasias. Música. Musicoterapia.

^(a) Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (EUSP). Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. São Paulo, SP, Brasil. 05403-000. vladimir_araujo_silva@usp.br

^(b) Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, SP, Brasil. eliseth.leao@einstein.br

^(c) Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, EUSP. São Paulo, SP, Brasil. juliaps@usp.br

Introdução

Diante da complexidade multidimensional que permeia o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico do câncer, inúmeras iniciativas, estruturadas em diversos referenciais teórico-filosóficos – Terapias Complementares Holísticas, Cuidados Paliativos, Antroposofia e Musicoterapia – têm utilizado a música como recurso de cuidado ao paciente com câncer.

Enfatiza-se a constante contribuição da Enfermagem para a compreensão dos mecanismos que a música utiliza ao desencadear reações fisiológicas no ser humano, suas indicações e limitações¹. Nessa perspectiva, a intervenção musical “pressupõe uma intrincada rede de sensações, emoções, sentimentos, significados simbólicos e culturais”, intrínseca a cada ser humano, capaz de ressoar e produzir diversos efeitos terapêuticos² como: a redução da dor, do estresse e da ansiedade, a promoção de conforto, relaxamento muscular e dignidade às pessoas hospitalizadas, o resgate de reminiscências e identidade de idosos institucionalizados, dentre outros¹.

No que tange às emoções, seis mecanismos psicológicos – decodificação de informações que induzem emoções por meio da audição musical – são propostos: reflexos cerebrais (interpretação das percepções auditivas por meio de frequências consonantes e dissonantes que determinam sensações de prazer ou desprazer; excitação ou relaxamento); condicionamento avaliativo (pareamento repetitivo da música com outros estímulos); contágio emocional (influenciada pela expressividade emocional da composição); imaginação visual (interação entre a música e as imagens mentais evocadas durante a audição musical); memória episódica (evocação de memórias afetivas vinculadas aos eventos importantes da vida); expectativa musical (violação – inesperada ou pressentida – de uma característica fundamental específica da música, atrelada às experiências pregressas com o gênero musical em questão)³.

Ressalta-se a importância da experiência musical para pacientes oncológicos, em cuidados paliativos ou que experienciam significativa angústia existencial e sofrimento². Concernente aos cuidados paliativos, uma filosofia de cuidado interdisciplinar que vislumbra a qualidade de vida e a prevenção e o alívio do sofrimento de pacientes e familiares que convivem com doenças ameaçadoras de vida, um estudo de revisão bibliográfica concluiu que, quando utilizada com competência e sensibilidade, a música converge com os seus pressupostos filosóficos, por atuar terapêuticamente em todas as dimensões humanas, sobretudo por promover uma atmosfera que subsidia a expressão emocional e afetiva⁴.

Nesse contexto, o encontro mediado pela música constitui um recurso no cuidado de Enfermagem que inspira vida aos dias dos doentes, imprimindo-lhes a sensação de cuidado e ressignificando seu existir no mundo com o câncer. A música pode subsidiar o compartilhar de experiências, expectativas e estratégias de enfrentamento, ou seja, o estar com o outro em sua fatalidade existencial⁵.

Não obstante, os estudos experimentais acerca de intervenções musicais, que edificam o “estado da arte”, parecem ignorar a complexidade de estímulos musicais existentes, bem como os mecanismos pelos quais estes induzem efeitos terapêuticos nos seres humanos, ao descreverem suas intervenções. Diante do exposto, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade de evidências científicas sobre intervenções musicais na assistência a pacientes com câncer, bem como a qualidade dos relatórios no que tange aos recursos e estruturas musicais utilizados.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada em julho de 2013, estruturada em seis etapas: 1) identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) categorização dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação sintetizada do conhecimento⁶. A questão de pesquisa foi: *quais são os efeitos terapêuticos da música sobre as dimensões humanas na assistência a pacientes com câncer?*

Os critérios de inclusão foram: ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas sobre intervenções musicais na assistência a pacientes adultos com câncer, sem restrição de idioma ou período de publicação. Os critérios de exclusão foram: intervenções musicais realizadas com crianças, adolescentes e cuidadores; intervenções realizadas no decorrer de tratamentos clínicos (quimioterapia, radioterapia, braquiterapia) ou cirúrgicos, procedimentos invasivos e/ou diagnósticos (biópsia, mamografia, colonoscopia), por envolver questões psicoemocionais (medo, ansiedade) relacionadas aos tratamentos e procedimentos, e não à doença propriamente dita.

A estratégia de busca (“oncology” [MeSH Terms] OR “oncologic nursing” [MeSH Terms] OR “medical oncology” [MeSH Terms] OR “neoplasm” [MeSH Terms] OR “neoplasms” [MeSH Terms] OR “cancer” [MeSH Terms] AND “music” [MeSH Terms] OR “music therapy” [MeSH Terms]) resultou em 228 estudos nas seguintes bases de dados: Bireme (1), *The Cochrane Library* (3), *Medline* (35), *Embase* (21), *Web of Science* (57), *CINAHL* (6) e *Scopus* (105).

Contudo, apenas seis estudos foram selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos e, posteriormente, leitura na íntegra conduzida pelos critérios de inclusão. Foram excluídos: 89 estudos duplicados, 63 estudos que abordavam outros temas (geriatria, cuidados paliativos, práticas alternativas e complementares), vinte estudos realizados com crianças, adolescentes ou cuidadores, 12 estudos realizados durante tratamentos clínicos, dez estudos realizados durante tratamentos cirúrgicos, dez estudos realizados durante procedimentos invasivos e/ou diagnósticos, 11 estudos que utilizaram outras metodologias, seis estudos com resumos indisponíveis, e um estudo que não foi encontrado na íntegra.

Além dos dados comumente coletados em estudos de revisão – referência do estudo, país, idioma, delineamento metodológico e desfecho –, os pesquisadores utilizaram as diretrizes para relatórios de intervenções musicais propostas por Robb et al.⁷. Os ensaios clínicos randomizados foram submetidos à análise de qualidade metodológica proposta por Jadad et al.⁸. Esta escala consiste em cinco critérios, e varia de 0 a 5 pontos, na qual o escore menor que 3 indica que o estudo possui baixa qualidade metodológica e, dificilmente, seus resultados poderão ser extrapolados para outros cenários⁹.

As revisões sistemáticas foram submetidas à avaliação de qualidade AMSTAR¹⁰ e classificadas de acordo com o sistema de classificação utilizado pelo *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH), cujo escore, que varia de 0 a 11 pontos, pode lhes conferir alta (9-11), média (5-8) ou baixa (0-4) qualidade¹¹. As descrições das intervenções musicais foram avaliadas com base nas diretrizes supracitadas⁷.

Resultados

Dos seis estudos selecionados, quatro (E1, E3, E5 e E6) são ensaios clínicos randomizados (ECR) e dois (E2 e E4) são revisões sistemáticas. Concernente à intervenção musical, três ECR (E1, E5 e E6) foram realizados nos Estados Unidos (EUA) por musicoterapeutas, e apenas um (E3) foi realizado em Taiwan, por enfermeiros. As revisões sistemáticas abordaram tanto intervenções realizadas por musicoterapeutas como por profissionais da saúde, e foram desenvolvidas por pesquisadores dos EUA, sendo uma (E2) em parceria com pesquisadores chineses. Os delineamentos metodológicos dos estudos estão apresentados no Quadro 1.

De acordo com a análise de qualidade metodológica proposta por Jadad et al.⁸, embora não fossem descritos como duplo-cego, dois ECR (E1 e E3) apresentaram alta qualidade. Em contrapartida, os demais (E5 e E6) foram considerados de baixa qualidade, por não descreverem a sequência de randomização apropriadamente, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Baseado na avaliação de qualidade AMSTAR¹⁰ e em conformidade com o sistema de classificação utilizado pelo CADTH¹¹, os estudos E2 e E4 obtiveram, respectivamente, escore 10 e 11 e, portanto, apresentaram alta qualidade, apesar de E2 não ter fornecido uma lista de estudos excluídos (Tabela 2).

Em relação à avaliação da qualidade dos relatórios das intervenções musicais dos ECR, conduzida por meio do *checklist*, proposto por Robb et al.⁷ (Quadro 2), observamos descrição deficitária dos recursos e estruturas musicais utilizados.

Quadro 1. Características dos estudos segundo país e ano de publicação, delineamento metodológico e desfecho. Brasil, 2013.

| Estudo | País/ Ano | Delineamento metodológico | Desfecho |
|------------------|-----------------------|---|--|
| E1 ¹² | EUA 2013 | <p>Ensaio clínico randomizado – abordagem de métodos mistos. N = 17 pacientes (grupo experimental: 10 e grupo controle: 7). Intervenção de comparação: lista de espera. Sexo: grupo experimental – 6 mulheres e 4 homens; grupo controle – 3 mulheres e 4 homens. Idade média: 59, 85 anos. Etnicidade: norte-americana. Diagnóstico: leucemia, não especificado ou outros. Estágio da doença: não descrito. Cenário: unidade de oncologia-hematologia de um hospital. Critérios de inclusão: ser capaz de ler e entender inglês, estar internado na unidade de oncologia, ter completado 3 sessões com os pesquisadores, ter 18 anos ou mais. Instrumentos: Escala de Bem-estar Espiritual – Terapia e Avaliação Funcional de Doenças Crônicas (FACIT-Sp) Entrevista semiestruturada (análise temática).</p> | <p>O grupo experimental apresentou maiores escores nas subescalas de paz e fé da Escala de Bem-estar Espiritual – Terapia e Avaliação Funcional de Doenças Crônicas no pós-teste em relação ao grupo controle.</p> |
| E2 ¹³ | EUA/ China 2012 | <p>Revisão sistemática e metanálise. N= 3.181 pacientes – 32 ensaios clínicos randomizados (10 ingleses e 22 chineses). Nove bases de dados (6 de língua inglesa e 3 de língua chinesa – Cochrane, Medline, PsychINFO, AMED, CINAHL e EMBASE; CNKI, Wangfang e CBM, respectivamente). Sexo: não descrito. Idade: não descrita. Etnicidade: inglesa e chinesa. Diagnóstico: a maioria dos estudos incluiu vários tipos de câncer (mama, pulmão, cânceres maxilo-facial; carcinoma nasofaríngea, leucemia, e tumores malignos). Estágio da doença: não descrito. Cenário: não descritos. Critérios de inclusão: estudos randomizados controlados sobre os efeitos de intervenções musicais em desfechos físicos e psicológicos em pacientes com câncer; publicados em inglês e chinês a partir de 1966 ou início da base de dados até março de 2011; os termos de pesquisa (e suas variantes): “música” ou “musicoterapia” ou “intervenção musical” ou “música medicinal” e “câncer” e “dor” e “radioterapia” e “quimioterapia” e “oncology”; não houve restrições de idade, sexo, etnia ou tipo de cenário. Instrumentos utilizados: GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and evaluation). Intervenção de comparação: tratamento padrão sozinho, tratamento padrão com outras terapias ou tratamento padrão mais placebo. Os estudos com placebo envolveram a utilização de fones de ouvido sem música ou qualquer outro tipo de estímulo auditivo fornecido aos participantes.</p> | <p>Sete estudos de alta qualidade indicaram que a música teve efeitos positivos sobre o enfrentamento da ansiedade, avaliada pela Escala de Ansiedade de Autoavaliação; 2 estudos de qualidade moderada sugeriram que a música reduz a ansiedade, avaliada pela Escala de Ansiedade de Hamilton; 8 estudos de qualidade moderada revelaram que a música reduz a ansiedade, avaliada pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE); 7 estudos de qualidade moderada demonstraram que a música melhora a depressão; 7 estudos de qualidade moderada observaram que a música teve efeitos positivos sobre o manejo da dor; 2 estudos de qualidade moderada sugeriram que a música piora a fadiga; 4 estudos de qualidade moderada indicaram que a música abaixa a frequência cardíaca; 3 estudos de baixa qualidade sugeriram que a música pode reduzir a frequência respiratória; 2 estudos de qualidade moderada indicaram que a música melhora a qualidade de vida. Ensaios clínicos randomizados individuais sugerem que a intervenção musical é aceita pelos pacientes e associada a melhores resultados psicológicos. São pequenos os efeitos da música nos sinais vitais, especialmente a pressão arterial. Ensaios de alta qualidade são necessários para continuar a determinar os efeitos da intervenção musical.</p> |

continua

Quadro 1. continuação

| Estudo | País/ Ano | Delineamento metodológico | Desfecho |
|------------------|----------------|---|--|
| E3 ¹⁴ | Taiwan 2010 | <p>Ensaio clínico randomizado. N= 126 pacientes (grupo experimental: 62 e grupo controle: 64). Intervenção de comparação: descansar na cama. Sexo: 88 homens (70%) e 38 mulheres (30%). Idade: variou de 18 a 85 anos, com média de 54 anos. Etnicidade: taiwanês.</p> <p>Diagnóstico: 51 cânceres de cabeça ou pescoço (41%); 25 gastrointestinal (20%); 16 hematológico (13%); 15 geniturinário (12%); 7 de pulmão (6%); 1 de osso (1%); 11 outros tipos (9%). Estágio da doença: 2 no estágio I (2%); 3 no estágio II (2%); 10 no estágio III (8%); 68 no estágio VI (54%); 33 forneceram informações insuficientes sobre o estágio (26%); 2 recidivas (2%); 8 não puderam ser mensurados (por exemplo, leucemia) (6%). Cenário: unidade oncológica, cuidados paliativos e unidades gastroenterologia e pneumologia. Critérios de inclusão: ter diagnóstico de câncer; dor habitual relatada nas últimas 24h; ter 18 anos de idade ou mais; ser capaz de falar chinês e/ou taiwanês; estar disposto e capaz de consentir. Foram excluídos pacientes que sofreram grandes cirurgias no mês anterior. Instrumentos: VAS – escala numérica verbal – consumo de analgésicos opioides e entrevista.</p> | <p>Oferecer opções de músicas culturalmente apropriadas e familiares foi um elemento-chave da intervenção. Os achados corroboram a teoria para dor oncológica de Good e Moore (1996) de que a música suave era considerada segura, eficaz e apreciada pelos participantes; o estudo proporcionou significativamente ($p < 0,001$) maior alívio da dor oncológica do que analgésicos isoladamente. Assim, os enfermeiros devem oferecer música calma e familiar para complementar a analgesia de pessoas com dor oncológica.</p> |
| E4 ¹⁵ | EUA 2011 | <p>Revisão sistemática. Tamanho da amostra: 1.891 pacientes com câncer (30 ensaios clínicos randomizados e quase experimentais). Diagnóstico: pacientes com câncer. Foram excluídos pacientes submetidos à biópsia e aspiração para diagnóstico. Estágio da doença: diversos. Cenário: diversos.</p> | <p>As intervenções musicais podem ter efeito benéfico sobre a ansiedade de pacientes oncológicos com redução de 11,20 unidades nos escores do IDATE e 0,61 em outras escalas de ansiedade. Os resultados sugerem impacto positivo no humor, mas não foram encontradas evidências em relação à depressão. Efeitos positivos sobre ansiedade, dor, humor, e qualidade de vida em pacientes com câncer, e pequenos efeitos sobre frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial. A qualidade de evidência científica dos estudos é baixa. Não foi possível comparar a efetividade entre as intervenções oferecidas por musicoterapeutas e por outros profissionais da saúde.</p> |

continua

Com exceção da música *Amazing Grace*, timidamente referenciada, o estudo E1 não descreve as demais músicas utilizadas, tampouco sua estrutura global. O estudo E3 referencia apenas os estilos musicais utilizados, contudo, não descreve os recursos sonoros e estruturas das músicas utilizadas. Embora tenha relatado o álbum utilizado na intervenção, o estudo E5 menciona a utilização de outras seleções clássicas complementares, mas não as descreve. No estudo E6, o pesquisador não descreve as músicas e os materiais utilizados, nem a duração das sessões musicoterapêuticas.

Quadro 1. continuação

| Estudo | País/ Ano | Delineamento metodológico | Desfecho |
|------------------|-------------|--|--|
| E5 ¹⁶ | EUA 2001 | Ensaio clínico randomizado (pré-teste e pós-teste). N= 8 pacientes (grupo experimental: 4 e grupo controle: 4). Intervenção de comparação: lista de espera. Sexo: mulheres. Idade média: 48 anos, desvio-padrão de 6,56 anos. Etnicidade: norte-americana. Diagnóstico: 7 com câncer de mama e 1 com câncer de ovário. Estágio da doença: não descrito. Cenário: consultório terapêutico. Critérios de inclusão: diagnóstico de câncer relacionado ao sistema endócrino ou imunológico (ovário, mama, próstata, endométrio, leucemia ou linfoma); faixa etária de 30 a 65 anos de idade; conclusão ou ausência de tratamento quimioterápico e/ou radioterápico; abstinência de drogas, ausência de tabagismo e consumo limitado de álcool (≤ 10 doses por semana); ausência de terapia com prednisona; ausência de história de doença psiquiátrica aguda; função cognitiva/mental preservada. Instrumentos: Escala de qualidade de vida – câncer (QOL-CA); Perfil de estados de humor (POMS) (1971) – respondidos no pré-teste, no pós-teste e na 6ª semana de acompanhamento. | O grupo experimental apresentou melhor humor e qualidade de vida no pós-teste (uma semana após a última sessão) e no acompanhamento (e semanas após a intervenção) em relação ao grupo controle. Contudo, os subescores da escala de qualidade de vida – depressão e confusão – revelaram um discreto aumento no acompanhamento do grupo experimental. |
| E6 ¹⁷ | EUA 2003 | Ensaio clínico randomizado. N= 80 pacientes (grupo experimental: 40 e grupo controle: 40) Intervenção de comparação: cuidados hospice de rotina. Sexo: masculino e feminino. Idade média: grupo experimental – 66 anos e grupo controle – 65 anos. Etnicidade: norte-americana – 25% negros e 75% caucasianos em cada grupo. Diagnóstico: diversos tipos de câncer. Estágio da doença: câncer em estágio terminal com prognóstico de 6 meses de vida ou menos. Cenário: ambiente domiciliar. Critérios de inclusão: diagnóstico de câncer em estágio terminal; adultos; residir em sua casa; prognóstico de vida de, pelo menos, 2 semanas de acordo com a avaliação da enfermagem na admissão; ser capaz de responder questões relacionadas à percepção de qualidade de vida; consentimento para participar da pesquisa. Instrumentos: Hospice Quality of Life Index-Revised (HQOLI-R), uma medida de autorrelato dado a cada visita; Palliative Performance Scale para avaliar o estado funcional dos sujeitos. | O grupo experimental apresentou melhor qualidade de vida do que no grupo controle. A qualidade de vida no grupo experimental aumentou ao longo do tempo em que receberam mais sessões de musicoterapia. Sem música, a qualidade de vida no grupo controle diminuiu. Não houve diferença significativa entre os grupos no que tange ao estado funcional dos sujeitos, duração de vida, ou tempo de morte em relação à última visita programada pelo musicoterapeuta ou conselheiro de suporte familiar. |

Tabela 1. Avaliação da qualidade de relatórios de ensaios clínicos randomizados, segundo Jadad et al.⁸. Brasil, 2013.

| Itens | Estudos selecionados | | | |
|--|----------------------|-----|-----|-----|
| | E1 | E3 | E5 | E6 |
| O estudo foi descrito como randomizado? | Sim | Sim | Sim | Sim |
| O estudo foi descrito como duplo-cego? | Não | Não | Não | Não |
| Houve descrição de exclusões e perdas? | Sim | Sim | Não | Não |
| O método para gerar a sequência de randomização foi descrito e apropriado? | Sim | Sim | Não | Não |
| O método de duplo-cego foi descrito e apropriado? | Não | Não | Não | Não |
| Pontos | 3 | 3 | 1 | 1 |

Tabela 2. Avaliação da qualidade metodológica de revisões sistemáticas, segundo Shea et al.10. Brasil, 2013.

| Itens | Estudos selecionados | |
|---|----------------------|-----|
| | E2 | E4 |
| 1. Foi fornecido um projeto "a priori"? | Sim | Sim |
| 2. Houve duplicação na seleção de estudos e extração de dados? | Sim | Sim |
| 3. Foi realizada uma pesquisa/busca bibliográfica abrangente? | Sim | Sim |
| 4. O status da publicação (ou seja, literatura cinzenta) foi utilizado como um critério de inclusão? | Sim | Sim |
| 5. Foi fornecida uma lista de estudos (incluídos e excluídos)? | Não | Sim |
| 6. As características dos estudos incluídos foram fornecidas? | Sim | Sim |
| 7. A qualidade científica dos estudos incluídos foi avaliada e documentada? | Sim | Sim |
| 8. A qualidade científica dos estudos incluídos foi utilizada de forma adequada na formulação das conclusões? | Sim | Sim |
| 9. Os métodos foram usados para combinar os resultados de estudos adequados? | Sim | Sim |
| 10. A probabilidade de vies de publicação foi avaliada? | Sim | Sim |
| 11. O conflito de interesses foi informado? | Sim | Sim |
| Qualidade | 10 | 11 |

Em relação às revisões sistemáticas, observa-se que os pesquisadores focalizaram a avaliação da qualidade metodológica dos estudos. Entretanto, as descrições das intervenções musicais são limitadas, insuficientes, diversificadas e inconclusivas, impedindo uma análise comparativa. Os estudos E2 e E4 apontam a necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas com descrição detalhada dos estímulos musicais utilizados. O estudo E4 sugere a avaliação da relação entre frequência e duração das sessões e os efeitos do tratamento.

Discussão

O primeiro aspecto que nos chama atenção é o reduzido número de ensaios clínicos e revisões sistemáticas que se relacionem às dimensões humanas dos pacientes oncológicos, demonstrando que o raciocínio de procedimentos e manejo de complicações decorrentes da doença ainda é a tônica em nosso meio.

Sabemos da ênfase dada ao modelo hierarquizado, que atribui graus de evidências de acordo com a metodologia empregada nos diferentes estudos. Justamente por serem tão valorizados, tornou-se de suma importância que os profissionais de saúde, ao lerem um ensaio clínico, sejam capazes de avaliar a sua qualidade e compreender suas limitações. Induz-se a ideia de que, se o clínico não se comportar, nos cuidados com os seus pacientes, de acordo com o que foi "demonstrado" em tal ou qual ensaio clínico, ou nas revisões sistemáticas e metanálises, está defasado no conhecimento e exercendo o cuidado "sem evidências científicas". Os ensaios clínicos são uma ferramenta útil para a prática clínica, mas não podem ser usados de forma simples e massificados. Devemos buscá-los como fonte de evidência para orientar nossas decisões, mas não podemos fazê-lo como se este fosse um dogma inquestionável¹⁸.

Embora o mesmo rigor metodológico requerido nos estudos clínicos seja aplicado em estudos que utilizam recursos de saúde mais integrativos, aspectos fundamentais das intervenções musicais têm sido negligenciados. Indiscutivelmente, as intervenções musicais na área da saúde têm evidenciado os efeitos terapêuticos da música, independentemente dos profissionais que as implementam. Todavia, o grande desafio de refletir por que isso ocorre e como a música atua e produz esses efeitos nos seres humanos², tem sido pouco questionado, investigado e discutido.

Esta tarefa torna-se, particularmente, mais difícil frente à forma como a descrição metodológica das intervenções musicais é apresentada. Em virtude da complexidade de estímulos musicais e outros

Quadro 2. Descrição metodológica das intervenções musicais referentes aos ECR, segundo *checklist* proposto por Robb et al.⁷. Brasil, 2013.

| <i>Checklist</i> | E1 | E3 | E5 | E6 |
|---|---|---|--|--|
| A. Referencial teórico: racional da música selecionada; especificar como as qualidades musicais podem desencadear os desfechos desejados. | Preferência musical do paciente. As intervenções musicoterapêuticas deveriam ser baseadas em três elementos de apoio contextual: estrutura, suporte à autonomia e participação ativa. Música de preferência do paciente ao vivo pode expressar sua individualidade e funcionar como um método de análise de eventos particulares. | Música tranquilizante, 60-80 batidas por minuto (bpm), sem letras, com qualidade melódica sustentada, e com volume e afinação controlada. | Método Bonny de imagens guiadas e música – GIM. | Abordagem cognitivo-comportamental em que as intervenções musicoterapêuticas são projetadas para o tratamento dos problemas identificados e permitir a expressão de emoções, respeitando o processo inerente ao diálogo musical ao vivo. |
| B. Conteúdo da intervenção: detalhes da intervenção musical e descrição dos procedimentos de intervenções construídas com os indivíduos. | | | | |
| B.1 Pessoa que seleciona a música: especificar quem seleciona a música – pré-selecionada pelo investigador; o participante seleciona de um repertório predeterminado; o participante seleciona de sua própria coleção; baseado na avaliação do participante. | Paciente seleciona de um repertório predeterminado. | Paciente seleciona de um repertório predeterminado. | Pré-selecionada pelo pesquisador. | Pesquisador, baseado na avaliação do paciente. |
| B.2 Música: quando gravação, indicar referência (álbum), partitura e análise musical; quando música improvisada ou original, descrever a estrutura global da música (forma, elementos, instrumentos etc.). | Amazing Grace (demais não descritas). | Canções folclóricas de Taiwan, hinos budistas, música instrumental – harpa e piano. | Coleção de música para imaginação e outras seleções clássicas (não descritas) para complementar a coleção, quando consideradas clinicamente apropriadas. | Não descrito. |
| B.3 Método (reprodução musical - ao vivo): equipamento utilizado, fones de ouvido, quem determina o volume, limite de decibéis; tamanho e performance do grupo. | Música ao vivo. | Reprodução musical. | Imagens guiadas e música (GIM) - reprodução musical. | Diversas técnicas musicoterapêuticas (música de escolha, música que evoca reminiscência, cantar, ouvir música ao vivo, análise da letra, tocar instrumento, paródia, cantar com acompanhamento usando o isoprincípio, planejamento de funerais de serviços memoriais, música presente, e música assistida para aconselhamento de apoio). |

continua

Quadro 2. continuação

| Checklist | E1 | E3 | E5 | E6 |
|--|---|--|---|--|
| B.4 Materiais da intervenção: especificar materiais musicais e não musicais. | Guitarra Fender FA 100 Acoustic e repertório musical. | Fitas de áudio e fones de ouvido. | Sistema de som com CD (Sony CDF 363); cadeira; sofá; gravador com microfone de lapela (Sony Wm D6C). | Não descrito. |
| B.5 Estratégias de intervenção: descrever as estratégias sob investigação (audição musical, composição, improvisação, análise da letra, estimulação rítmica da audição). | Audição musical. Cada sessão incluiu de 3 a 8 canções de preferência dos pacientes ou sugeridas pelo pesquisador. | Audição musical. Os participantes de ambos os grupos foram convidados, primeiro, a ouvir uma fita introdutória breve e escolher o tipo de música que eles achavam que iria relaxá-los ou distraí-los mais. | Audição musical. Discussão de questões que envolvem a doença e o humor atual e estabelecimento de metas de sessão (15 min.); Relaxamento e imagens: transição para a música (15 min.); Ouvir música (30 a 40 min.); Cliente comenta a experiência imagética e relaciona as imagens ao processo pessoal. Completa o POMS e a QV-CA (30 a 40 min.). | Visitas musicoterapêuticas. Audição musical. |
| C. Esquema da intervenção: número de sessões, duração, frequência. | Três sessões em dias consecutivos, com duração de 15 a 30 min. | Sessão única com duração de 30 min. | Dez sessões, semanal, com duração de 90 a 120 min. | Pelo menos 2 sessões (sem descrição de duração). |
| D. Executor da intervenção: especificar as qualificações e credenciais do profissional que executa a intervenção; especificar quantos profissionais participam do estudo. | Musicoterapeuta. | Enfermeiro. | Musicoterapeuta credenciado com experiência no Método Bonny. | Três musicoterapeutas credenciados e 2 estagiários de musicoterapia sob supervisão clínica do pesquisador, ambos treinados pelo pesquisador. |
| E. Fidelidade do tratamento: descrever as estratégias utilizadas para garantir que o tratamento e/ ou condições de controle sejam conduzidos como pretendidos (treinamento, protocolos, monitoramento). | Monitoramento. | Monitoramento. | Protocolo. | Treinamento. |
| F. Cenário: descrever onde as intervenções foram realizadas, incluindo local, nível de privacidade e ambiente sonoro. | Unidade de oncologia-hematologia de um hospital. | Unidade de oncologia, cuidados paliativos e unidades clínicas. | Consultório terapêutico. | Ambiente domiciliar. |

continua

Quadro 2. continuação

| <i>Checklist</i> | E1 | E3 | E5 | E6 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| G. População-alvo: especificar se as intervenções foram realizadas com indivíduos ou grupos (incluindo o tamanho do grupo). | Pacientes com câncer. | Pacientes com câncer. | Pacientes com câncer. | Pacientes com câncer. |

fatores intervenientes – como a escolha da música, o modo de entrega, ou a combinação de música com outras estratégias de intervenção –, a descrição metodológica de muitas intervenções musicais é insuficiente para permitir generalizações, comparações, replicações e exequibilidade⁷. Assim como as revisões sistemáticas avaliadas (E2 e E4), o presente estudo também evidenciou limitações nas descrições das intervenções musicais dos ensaios clínicos analisados.

Esta reflexão nos reporta aos quatro princípios básicos que regem a utilização da música no cuidado de enfermagem, decorrentes de suas características universais. O princípio ontológico refere-se às experiências sonoro-musicais e à essência do ser humano enquanto ser musical. O princípio físico traduz o modo como o ser humano percebe e é afetado pela música, ou seja, como os estímulos sonoro-musicais, conduzidos através do nervo auditivo até o córtex, produzem respostas sensoriais fisiológicas, mentais e emocionais¹.

O princípio musical evidencia os elementos musicais inerentes à intervenção. Alguns estão atrelados à dimensão física, como o ritmo, outros às emoções, como a melodia. A dimensão social está contemplada no contexto histórico-cultural no qual a música se origina, o que possibilita a sensação de pertencimento a um grupo, um lugar, uma história ou uma época. Na dimensão espiritual – pouco compreendida e investigada – os elementos musicais convergem para articular todas as dimensões humanas, possibilitando um profundo contato com a própria essência, o universo, Deus, ou qualquer outra concepção de espiritualidade¹.

O princípio relacional traduz a relação interpessoal mediada pela música – um fenômeno criado por um ser humano. Enquanto recurso de cuidado, a música emerge da intencionalidade de cuidar, facilitando o encontro entre o ser cuidador e o ser cuidado, subsidiando a expressão de afetividade, compaixão e solidariedade, por meio de gestos, olhares, sorrisos, toques suaves inerentes à execução musical¹.

Todavia, o instrumento que avaliou a qualidade dos relatórios de intervenções musicais⁷ mostrou quão deficitária é a descrição dos recursos utilizados, sobretudo das estruturas musicais envolvidas – princípio musical – tonalidade, modo (maior ou menor), ritmo (binário, ternário, quaternário), andamento (bpm), gênero (erudito, popular, religioso) e timbres (agrupamento instrumental e/ou vocal). A utilização de diversas técnicas musicoterápicas, em contextos distintos, também pode dificultar o controle das variáveis subjacentes e, conseqüentemente, interfere na avaliação dos efeitos terapêuticos da música.

As revisões sistemáticas também focalizaram a avaliação dos delineamentos metodológicos, em detrimento da avaliação da qualidade dos relatórios, no que tange aos recursos sonoros e estruturas musicais utilizados. Pensando em prática baseada em evidências, questiona-se: em relação às propriedades da música, o que foi evidenciado? Destarte, evidenciam-se suas limitações e questiona-se a validade/confiabilidade das evidências e inferências publicadas, bem como sua replicação e incorporação na prática clínica.

Em contrapartida, são muitos os relatos que sublinham os efeitos terapêuticos da música, como:

A música conseguiu realizar três contribuições gigantescas no meu resgate: a primeira foi como um poderoso anestésico. Um suavizador das dores e sofrimentos. Desde as músicas para ninar da minha mãe, as brincadeiras do cantar de improviso, 'ao desafio' do meu pai, as paradas de sucesso dos radinhos de pilha, companheiro permanente nos hospitais. A música representava o começo de um fio da meada para a esperança.¹⁹ (p. 7)

Trata-se de experiências de pessoas que vivenciaram longos tratamentos, longas hospitalizações, que reconhecem, na música, um "anestésico" natural que ancorou esperanças em momentos difíceis – princípio físico. Todo estudo de caso ou experiência é único e tem seu valor inquestionável. Esses relatos descrevem estratégias individuais onde os elementos propostos para a análise das intervenções musicais podem até estar descritos, mas não costumam ser o foco da descrição e têm seu "n" limitadíssimo. Nesse sentido, músicos ligados ao ensino e à utilização da música na área da saúde reconhecem a dificuldade de se indicar especificamente alguma música, pois instrumento e músico interferem no resultado.

A Cantoterapia, intervenção de abordagem antropológica, embora seja estruturada a partir da história musical do paciente, esteja atenta às estruturas musicais (melodias que alternem modos maior e menor; músicas construídas sobre escalas pentatônicas ou modos litúrgicos, como o canto gregoriano; cânones) e, quando se trata de crianças, adapta-se às suas etapas de desenvolvimento afetivo/cognitivo, também resgata a relação profissional/paciente – princípio relacional – como o mais importante aspecto a ser considerado²⁰. A unicidade de cada relação constitui um "ingrediente" a mais na análise dos resultados finais.

Vale destacar o estudo sobre intervenções musicoterápicas realizado com o intuito de contribuir com o acolhimento na sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde, onde os usuários podiam interagir sugerindo músicas, cantando, compondo ou tocando um instrumento musical, bem como por meio de movimentos corporais e expressividade emocional. Os resultados evidenciam: a valorização e integração dos profissionais e usuários, a expressão de sentimentos, a harmonização da paisagem sonora, a autonomia, o protagonismo e a autoconfiança dos usuários, bem como a descoberta de novas potencialidades e superação de limites, trazendo à atenção básica os benefícios consagrados na humanização hospitalar²¹. Embora seja perceptível a distinção e a articulação dos quatro princípios básicos supracitados, reverencia-se a importância da escuta qualificada e do sentimento de pertencimento inerente à intervenção, ou seja, o encontro com o outro – princípio relacional.

Não obstante, os sentimentos e emoções expressos por meio da música – princípio ontológico – constituem um enigma que, por si só, é susceptível a riscos e ambiguidades, e no saber lidar com a equivocidade das estruturas que a compõem pode se ocultar o segredo do sucesso ou insucesso do projeto musical. Essa vulnerabilidade pode se apresentar em vários planos. Para o musicólogo Carl Dahlhaus, a expressão de sentimentos está, genuinamente, mais relacionada à interpretação musical do que à composição²². Ao discorrerem sobre a linguagem sonora, os autores enfatizam a responsabilidade que os profissionais da saúde devem ter ao proporem a utilização de um recurso sonoro ou "composto sonoro" com finalidades terapêuticas, pois a utilização inadequada da música pode acarretar efeitos indesejáveis²³.

A natureza polissêmica da música é a responsável pela dificuldade que encontramos em explicá-la e adotá-la de forma desejável para diferentes situações clínicas ou quando pensamos nas dimensões humanas para as quais queremos endereçá-la.

Embora a vivência musical seja individual – o que, muitas vezes, fala a favor da adoção de um repertório musical individualizado –, os estudos em neurociência apontam que o processamento cerebral da música é mais fisiológico do que ditado por preferências individuais.

Os elementos que constituem a música – quais sejam: a altura (diferente entoação das notas, do grave ao agudo), a duração (espaço de tempo em que soa o som), a intensidade (mesmo que volume) e o timbre (característica que qualifica e difere os sons) – são processados pelo cérebro humano. Com isso, queremos dizer que a preferência musical pode ditar um determinado comportamento (individual ou, até mesmo, coletivo, e é aprendido), mas não necessariamente guarda uma relação intrínseca com os efeitos psicofisiológicos que são observados e relatados na literatura. Antes de pensarmos que

a música, na atualidade, busca ser um recurso terapêutico, na sua origem, encontram-se questões evolutivas (e que, portanto, nada tinham a ver com preferências).

A base perceptual da música deriva de mecanismos auditivos, seus componentes sintáticos podem ter sido cooptados da linguagem, e seus efeitos nas nossas emoções poderiam ser acionados por semelhança acústica com outros sons de maior relevância biológica, tais como vocalizações ou sons emitidos pelos animais. Dessa forma, ela seria um antecedente evolucionário da linguagem, voltado à coesão social (como nas atividades grupais ligadas à guerra ou à religião) ou, mesmo, por seu efeito pacificador em bebês²⁴. Por outro lado, as estruturas harmônicas e escalas de tonalidades dependem de aprendizado, o que faz com que existam as diferenças culturais no universo musical de cada povo. Todavia, quando relacionadas às emoções, como principal via de resposta humana à música, elas também não são suficientes para barrar seus efeitos.

Cada vez mais, os estudos indicam que a resposta humana está intrinsecamente ligada ao material sonoro oferecido. Estudo conduzido com população nativa africana, que não conhecia o sistema de música ocidental, apresentou resultados semelhantes no reconhecimento de emoções básicas (alegria, tristeza, por exemplo) quando comparados às habilidades de ouvintes ocidentais familiarizados com este sistema tonal nesta mesma tarefa²⁵. O que, mais uma vez, reforça a necessidade do domínio sobre a música e seus constituintes pelos profissionais que almejam fazer dela um recurso terapêutico, bem como de uma descrição detalhada das intervenções musicais utilizadas nos estudos científicos.

A experiência musical, portanto, se alicerça em um tripé: o ouvinte, o material sonoro e o contexto; daí a relevância do terapeuta que conduz a intervenção de forma a criar o contexto necessário à utilização do material sonoro que mais se aplica aos objetivos terapêuticos que são determinados junto aos pacientes².

Conclusão

Em virtude da complexidade e multidimensionalidade inerente à assistência aos pacientes com câncer, inúmeros estudos sobre intervenções musicais são desenvolvidos, mas, muitas vezes, voltados aos efeitos adversos decorrentes dos tratamentos antineoplásicos e procedimentos diagnósticos, e não relacionados às dimensões humanas de um ser que experiencia uma doença (no caso oncológica), o que justifica a reduzida amostra do presente estudo. Ressalta-se a inexistência de ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas neste contexto, realizados no Brasil.

De acordo com os instrumentos de avaliação utilizados, quatro estudos apresentaram alta qualidade metodológica e, embora a maioria dos itens do *check list* para relatórios de intervenções musicais tenham sido referenciados, os recursos e estruturas musicais – que valorizam o seu potencial terapêutico – não foram descritos, tampouco analisados e discutidos, demonstrando a complexidade da estratégia “música” como recurso terapêutico.

Observa-se a tendência em não descrever os recursos e estruturas musicais utilizados nas intervenções musicais, mesmo posterior à publicação das diretrizes adotadas para análise neste estudo. Sem domínio de farmacocinética e farmacodinâmica, um profissional de saúde não prescreveria ou administraria um medicamento, todavia este mesmo cuidado não tem sido adotado em relação à intervenção musical. Nessa perspectiva, para sistematizarmos a utilização da música como recurso de cuidado, por meio da prática baseada em evidências, e evitarmos sua banalização, torna-se imprescindível que a elaboração de projetos e relatórios de futuras pesquisas com intervenções musicais seja conduzida por estas diretrizes.

Colaboradores

Vladimir Araujo da Silva responsabilizou-se por: concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito. Eliseth Ribeiro Leão responsabilizou-se por: concepção, delineamento, análise dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. Maria Júlia Paes da Silva responsabilizou-se por: concepção, interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Leão ER, Puggina AC, Gatti MFZ, Almeida AP, Silva MJ. Música e Enfermagem: um recurso integrativo. In: Salles LF, Silva MJ, organizadores. *Enfermagem e as práticas complementares em saúde*. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. p. 155-74.
2. Leão ER, organizador. *Cuidar de pessoas e música: uma visão multiprofissional*. São Paulo: Yendis; 2009. p. 347-68.
3. Juslin PN, Västfjäll D. Emotional responses to music: the need to consider underlying mechanisms. *Behav Brain Sci*. 2008; 31(5):559-621.
4. Seki NH, Galheigo SM. O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. *Interface (Botucatu)*. [Internet] 2010 [acesso 2014 Mai 8]; 14(33):273-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a04v14n33.pdf>
5. Silva VA, Sales CA. Musical meetings as a resource in oncologic palliative care for users of a support homes. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2013 [acesso 2014 Abr 17]; 47(3):626-33. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/en_0080-6234-reeusp-47-3-00626.pdf
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2008 [acesso 2014 Abr 17]; 17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
7. Robb SL, Burns DS, Carpenter JS. Reporting guidelines for music-based interventions. *Health Psychol*. 2001; 16(2):342-52.
8. Jadad AR, Moore RA, Carrol D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials*. 1996; 17(1):1-12.
9. Carvalho FD, Artuzo FSC, Chrysostomo TN, Andrade RC. Influência do seguimento farmacoterapêutico sobre o tratamento medicamentoso de diabetes mellitus tipo 2 no Brasil: revisão sistemática. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude*. 2011; 2(2):5-10.
10. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007; 7:10.
11. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health – CADTH [Internet]. Canadian Agency for Drugs and Technologies and Health, 2011. [updated 2014; cited 2014 Mai 8]. Available from: <http://www.cadth.ca/en>
12. Cook EL, Silverman MJ. Effects of music therapy on spirituality with patients on a medical oncology/hematology unit: a mixed-methods approach. *Arts Psychother*. 2013; 40(2):239-44.
13. Zhang JM, Wang P, Yao J, Zhao L, Davis MP, Walsh D, et al. Music interventions for psychological and physical outcomes in cancer: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2012; 20(12):3043-53.
14. Huang ST, Good M, Zauszniewski JA. The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47(11):1354-62.

15. Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (8):CD006911.
16. Burns DS. The effect of the Bonny Method of guided imagery and music on the mood and life quality of cancer patients. *J Music Ther.* 2001; 38(1):51-65.
17. Hilliard RE. The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *J Music Ther.* 2003; 40(2):113-37.
18. Tura BR, Silva NAS, Pereira BB. Avaliação crítica e limitação dos ensaios clínicos. *Rev SOCERJ [Internet]* 2003 [acesso 2014 Abr 17]; 16(2):110-23. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2003_02/a2003_v16_n02_art03.pdf
19. Tejon JL. Música, a esperança sem dor. In: Leão ER, organizador. *Cuidar de pessoas e música: uma visão multiprofissional.* São Paulo: Yendis; 2009. p. 1-9.
20. Rennó A. Cantoterapia. In: Leão ER, organizador. *Cuidar de pessoas e música: uma visão multiprofissional.* São Paulo: Yendis; 2009. p. 209-21.
21. Pimentel AF, Barbosa RM, Chagas M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. *Interface (Botucatu).* [Internet] 2011 [acesso 2014 Mai 8]; 15(38):741-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/10.pdf>
22. Molina S. Música e emoção estética. In: Leão ER, organizador. *Cuidar de pessoas e música: uma visão multiprofissional.* São Paulo: Yendis; 2009. p. 51-65.
23. Luz MC, Davino GE. Música, sedução e comunicação. In: Leão ER, organizador. *Cuidar de pessoas e música: uma visão multiprofissional.* São Paulo: Yendis; 2009. p. 67-93.
24. McDermott J. The evolution of music. *Nature.* 2008; 453(7193):287-8.
25. Fritz T, Jentscheke S, Gosselin N, Sammler D, Peretz I, Turner R, et al. Universal recognition of three basic emotions in music. *Curr Biol.* 2009; 19(7):573-6.

Silva VA, Leão ER, Silva MJ. . Evaluación de la calidad de evidencias científicas sobre intervenciones musicales en la asistencia a pacientes con cáncer. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(50):479-92.

Revisión de integración cuyo objetivo fue evaluar la cantidad de evidencias científicas sobre intervenciones musicales en la asistencia a pacientes con cáncer y que fue realizada en julio de 2013, con descriptores indexados en las bases de datos: Bireme, The Cochrane Library, Medline, Embase, Web of Science, CINAHL y Scopus. Se seleccionaron cuatro ensayos clínicos randomizados (dos de alta y dos de baja calidad metodológica). Las mayores limitaciones de los ensayos clínicos están en la descripción de los recursos y estructuras musicales utilizadas y de las revisiones sistemáticas, en el enfoque de las delineaciones metodológicas, en perjuicio de la calidad de los informes de las intervenciones musicales. En la mayoría de los estudios se presentó alta calidad metodológica, pero no se describió, tampoco se discutieron los recursos y estructuras musicales utilizados, trivializando el potencial terapéutico de la música y limitando su replicación e incorporación de las evidencias en la práctica clínica.

Palabras clave: Oncología. Enfermería oncológica. Neoplasias. Música. Musicoterapia.

Recebido em 30/10/13. Aprovado em 23/02/14.