

MUSICALIDADE CLÍNICA

Lia Rejane Mendes Barcellos - RJ (2)

Quando me foi dado o tema desta palestra decidi partir da palavra “musicalidade” para então refletir sobre a sua função específica na clínica musicoterápica.

Segundo o *Webster's Seventh New Collegiate Dictionary* “musicalidade é a qualidade ou estado do ser musical. A sensibilidade à, o conhecimento de, ou o talento para música” (1967, p. 558).

Consultei alguns livros de Psicologia da Música e nestes existem muitos capítulos sobre o que é ser musical e quais as capacidades que devem ser consideradas. Também estes dão conta que o talento ou habilidades musicais são estudados tanto no que se refere à percepção musical (recepção) quanto às possibilidades de execução musical (produção). Com relação à percepção musical muitos são os estudos que apontam para este assunto mostrando os diferentes pontos de vista através dos quais este deve ser estudado. Dentre estes estão: as bases fisiológicas e neurológicas; a lateralização hemisférica; os estudos acústicos e psicofísicos dos mecanismos da percepção e da audição; os aspectos psicológicos e cognitivos; as análises psicométricas da habilidade musical e seu desenvolvimento; a investigação social e psicológica da estética e dos aspectos afetivos da audição musical e a análise do comportamento de quem aprende música. Existem ainda pesquisas aplicadas ao campo da terapia, educação e indústria, dentre outros. (Hargreaves, 1986, p. 3).

Esta lista exaustiva teve um único objetivo: mostrar que se trata de um campo

(2) - Mestre em Musicologia. Musicoterapeuta Clínica. Professora de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro. Professora convidada da Universidade Católica do Salvador (BA) e da Universidade Federal de Pelotas (RS). Membro do Secretariado da União Brasileira de Associações de Musicoterapia e do Conselho Diretor da Federação Mundial de Musicoterapia. Presidente da Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia. Em formação no Método Bonny de Imagens Guiadas e Música nos Estados Unidos.

absolutamente complexo do qual vamos já nos afastar porque não é o objetivo desta palestra e nem eu teria competência para dar conta de todas essas questões.

Existe uma grande discussão se a musicalidade é inata. Clive e Carol Robbins, musicoterapeutas americanos, num artigo publicado no livro *Case Studies in Music Therapy*, referindo-se a crianças com problemas, afirmam que “a musicalidade (e aqui aparece a palavra pela primeira vez) é inata em cada criança, independente de suas dificuldades e problemas, e reflete uma sensibilidade universal para a música e seus vários elementos” (In Bruscia, 1991, p. 57).

Ora, se para Clive e Carol Robbins existe uma musicalidade que é inata nas crianças com as quais trabalham, muitas das quais altamente prejudicadas, pode-se pensar que todos nós nascemos com essa musicalidade em algum grau e que esta será desenvolvida ou não, ou acredito, até sufocada, dependendo de vários aspectos como o meio e as possibilidades de cada um de desenvolvê-la.

Mas, eu gostaria de começar pensando sobre quais são as capacidades musicais mais consideradas. Dentre estas estão a capacidade de apreender os atributos do som, isto é:

- a altura
- a intensidade
- o timbre e
- o andamento. (Seashore, 1938, p.2)

Deve-se dizer, inicialmente, que existem pessoas que têm maior aptidão para perceber um determinado parâmetro; ou para responder ou ler um determinado aspecto da música. No entanto, estas quatro formas de capacidade apontadas anteriormente se interrelacionam.

Mas, devo começar a pensar na musicalidade clínica, que é o que mais nos interessa. Tentei encontrar o termo nos livros de musicoterapia que se dedicam a estudar o *Approach* Nordoff-Robbins, donde me parecia ser originário, mas nada encontrei. De onde então surgira o termo? Quem o define?

Ainda mais: qual a diferença entre a musicalidade e musicalidade clínica? Existe algum aspecto específico para caracterizar a musicalidade na prática clínica musicoterápica?

A questão não me parece mudar, isto é, a musicalidade seria a mesma. Ou seja, as qualidades musicais do musicoterapeuta devem ser as mesmas que o músico tem. Então o que muda?

Para isto é preciso pensar que a função da música em musicoterapia é outra, ou seja, em outras atividades que utilizam música esta é, em geral, utilizada como um fim. Assim, a musicalidade aqui estaria a serviço de questões como transmitir a música da melhor maneira possível – no caso do executante –, ou de desenvolver as capacidades musicais do outro – no caso do professor de música –, ou, ainda, outros objetivos, nas transgressões que faz a música, segundo Said, quando viaja por outros domínios como o da religião, da família, da escola, das relações de classe e mesmo das mais amplas questões públicas. (1992).

Em musicoterapia a música é um meio através do qual se pretende dar possibilidades para que uma outra pessoa se desenvolva, não especificamente na área musical, mas como um todo. Assim, a musicalidade aqui estaria a serviço do outro; seria utilizada em relação ao outro que é o nosso paciente ou o nosso grupo.

Assim, é fundamental que aquele que se utiliza da música tenha sempre presente que ela pode exercer várias funções e que reflita sobre a função com a qual está lidando para que tenha melhores resultados. Se pensarmos dessa forma, vamos logo chegar à conclusão que em musicoterapia tocar bem é importante mas não é **o mais importante**. Muitos outros aspectos são relevantes e às vezes se tornam mais importantes do que tocar bem, dependendo da situação.

A partir daqui eu gostaria de apontar alguns aspectos da musicalidade que merecem ser considerados na articulação com a prática clínica musicoterápica – ou o que considero a musicalidade clínica – e de trazer alguns exemplos clínicos, já que eu aponto a prática clínica como ponto de partida para discussões. O meu objetivo com estes exemplos é ilustrar o que quero discutir.

Inicialmente eu dividiria a questão da musicalidade clínica em dois grandes pontos:

1 - a “escuta musical clínica” e

2 - a “execução musical clínica”.

E aqui estou falando dos processos de **produção** e de **recepção musical**. Assim, pode-se agora ver a complexidade da musicalidade clínica que deve considerar não só os aspectos que dizem respeito à escuta da produção do paciente mas, também, às

possibilidades de produção do musicoterapeuta. O que vale dizer: a interrelação da produção e escuta musical clínica entre paciente e terapeuta.

Mas, voltemos aos nossos pontos salientando que o que deve ser denominada musicalidade clínica é a musicalidade do musicoterapeuta, evidentemente.

Musicalidade Clínica e seus Desdobramentos.

- Escuta Musical Clínica
- Execução Musical Clínica
 - Mobilização (Estímulo)
 - Interação Musical Clínica
 - Intervenção Musical Clínica

É evidente que estes aspectos estão relacionados pois a escuta musical clínica vai, geralmente, ser seguida por uma execução musical clínica ou, relação mais complexa ainda, o musicoterapeuta vai executar algo ao mesmo tempo, interagindo com o paciente – o que estou denominando “interação musical clínica”. E, se considero a interação musical clínica como um aspecto da musicalidade clínica, não posso deixar de pensar nas “intervenções musicais clínicas” como também fazendo parte da musicalidade clínica.

Ainda há que se levar em conta a execução que visa à mobilização do paciente. Assim, vou considerar aqui somente algumas questões, exclusivamente por falta de tempo e porque já escrevi sobre as interações e intervenções em musicoterapia, embora não contemplando o aspecto que aqui está sendo estudado: a musicalidade clínica. Este poderá ser assunto para um próximo trabalho a ser desenvolvido.

Cada aspecto apontará o processo de escuta musical clínica (ou percepção musical clínica) e o de execução musical clínica correspondente, com relação ao musicoterapeuta. Cabe ressaltar que várias formas de resposta serão possíveis mas aqui só estão sendo levadas em consideração aquelas que se relacionem diretamente com o aspecto levantado. Assim, quando um paciente canta, pode-se acompanhá-lo com um ritmo adequado e não seria necessário que se tivesse a capacidade de acompanhá-lo no mesmo tom. No entanto, como cabe aqui discutir a musicalidade e também existe a possibilidade de que seja feito um acompanhamento harmônico, estamos considerando somente a resposta que corresponde à produção.

Recepção (escuta da produção do paciente)	Produção (execução em resposta à produção do paciente)
1 – perceber a etapa sonora de desenvolvimento em que se encontra o paciente	1 – utilizar-se de aspectos musicais que sejam adequados à etapa sonora na qual se encontra o paciente
2 - perceber a altura da produção do paciente (quando este canta ou toca);	2 – responder adequadamente de forma melódica, e/ou harmônica
3 - perceber as mudanças de altura que o paciente faz quando executa uma produção várias vezes (mudanças de tom)	3 - transpor adequadamente o acompanhamento
4 – perceber o ritmo da produção do paciente	4 – responder ritmicamente de forma adequada ao ritmo executado pelo paciente
5 – perceber as mudanças rítmicas ou de compasso da produção do paciente	5 - responder de forma adequada às mudanças rítmicas ou de compasso da produção do paciente
6 – perceber o compasso da produção do paciente	6 – responder adequadamente ao compasso da produção do paciente
7 – perceber as mudanças de compasso da produção do paciente	7 – responder adequadamente às mudanças de compasso da produção do paciente
8 – perceber o andamento da produção do paciente	8 – responder adequadamente a esse andamento
9 – perceber as mudanças de andamento da produção do paciente	9 – responder adequadamente às mudanças de andamento da produção do paciente
10 – perceber as harmonias da produção do paciente	10 – responder adequadamente às harmonias executadas pelo paciente
11 – perceber as mudanças harmônicas da produção do paciente	11 – responder adequadamente às mudanças harmônicas executadas pelo paciente

É absolutamente imperativo dizer-se que responder significa aqui executar algo que o musicoterapeuta julgue adequado e isto não significa imitar, mas sim, também complementar ou ainda se opor àquilo que o paciente produz desde que o musicoterapeuta considere necessário, ou seja, tendo objetivos claros para explicar esta oposição. Mas, até para se opor à produção do paciente o musicoterapeuta precisa ter condições de perceber essa produção.

Ainda faria parte da musicalidade clínica o musicoterapeuta ter a capacidade de grafar musicalmente, seja através de grafia convencional ou de grafias que venham a ser criadas, para registrar a produção musical do paciente, quando necessário.

É possível que muitos aspectos ainda devessem ser aqui considerados como fazendo parte da musicalidade clínica. No entanto, poderão ser objeto de trabalhos posteriores.

A partir daqui vou me valer de exemplos clínicos para ilustrar alguns pontos que foram levantados acima. É importante ressaltar que estes exemplos tanto vão apresentar erros como acertos meus e que lançarei mão de um exemplo de outro musicoterapeuta, por ter sido amplamente divulgado na mídia.

1 - perceber a **etapa sonora de desenvolvimento** na qual o paciente está e utilizar-se de recursos musicais que se adequem a estas etapas, isto é, que não estejam acima da etapa sonora do paciente.

E aqui tenho dois exemplos:

O primeiro mostra, claramente, que fiz uma improvisação melódica acima da etapa sonora do paciente, já que o meu objetivo era que o paciente cantasse comigo porque ele trouxera a palavra que utilizei para fazer a improvisação.

Tratava-se de um paciente de 7 anos, A.R.(3) , Paralisado Cerebral, com Distúrbio de Conduta, com enurese e encoprese, apresentando muita agressividade e hiperativo. Além disto, que já mostraria que o paciente estava numa etapa de desenvolvimento não compatível com a sua idade cronológica, o paciente apresentava um problema de fala: tinha uma ecolalia e não havia adquirido o R brando. Pode-se perceber aqui que o paciente certamente tinha um grande atraso global do desenvolvimento.

Assim, na sessão de número 81, aproveitei uma palavra trazida pelo paciente - **Plaquê** - que me parecia significar a marca de biscoitos Piraquê, e improvisei uma melodia

(3) - O desenvolvimento do processo musicoterápico de A. R. foi apresentado na monografia elaborada como conclusão do Curso de Musicoterapia. Barcellos, Lia Rejane Mendes. *A Musicoterapia no Distúrbio de Conduta do Paralisado Cerebral*. Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro. 1975.

que tem 3^{as}, 4^{as} e 5^{as}, como se pode ouvir na fita de áudio e pode-se ver no exemplo grafado musicalmente:

Musical notation for the first example, showing a melody in 2/4 time with lyrics: Pi - ra - quê, Pi - ra - quê, Pi - ra - quê, Pi - ra - quê!

Imediatamente após a minha improvisação o paciente começa a repetir o que eu fiz mas faz só intervalos de 3^{as} que eram provavelmente os únicos que era capaz de cantar pois estes são intervalos de fácil emissão.

Musical notation for the second example, showing a melody in 2/4 time with lyrics: Pi - a - quê, Pi - a - quê, Pi - a - quê, Pi - a - quê!

Deve-se ressaltar que é muito importante que o musicoterapeuta tenha conhecimento das etapas sonoras de desenvolvimento e que tente entender em que etapa está aquele paciente para não improvisar acima das suas possibilidades (do paciente).

Como outro exemplo tenho o caso de uma menina portadora de uma síndrome neurológica grave, que chamarei de Carmen (3) (ela e o irmão eram portadores da mesma síndrome). Tratava-se de uma menina de quatro anos, com comprometimento motor (não tinha adquirido a marcha), não tinha adquirido a fala, tinha estereotípias e era portadora de uma ambliopia (4) grave.

Numa determinada sessão com esta paciente, acompanhada por um estagiário no violão, eu tentava que a paciente vocalizasse comigo, dentro de suas possibilidades, o

(3) - O processo musicoterápico de Carmen não está publicado.

(4) - Ambliopia - perturbação da visão.

"Atirei o Pau no Gato"(5). Foi quando percebi que o estagiário fazia harmonias bastante complexas resultando em grandes dissonâncias inclusive na interação com a voz. Esta situação foi de extrema importância pois nos fez refletir sobre as harmonias que utilizamos com os pacientes quando temos por objetivo que eles conosco interajam. Abaixo apresento as harmonias feitas pelo estagiário:

Ati - rei o pau no ga - to - to
 C6/9 G⁷ (13) C6/9 A7

Mas o ga - to - to não morreu - reu - reu
 Dm7 Fm6/ Ab C6/9 C7 (b9)

Dona Chi - ca -ca admirou — se — se
 F6 F#^o C6/9 Bb7 A7

Do berro, do berro que o gato deu, miau!
 D7(9) Fm6/Ab G7 C6/9 C6/9 (b5) !

É necessário dizer-se que quando pretendemos mobilizar um paciente não me pareceria necessário ter-se essa preocupação. A questão das harmonias complexas foi objeto de discussão entre mim e Clive Robbins, já que as harmonias utilizadas nessa abordagem são extremamente complexas.

2 - perceber a **altura** da produção do paciente e responder adequadamente.

Existe um vídeo inglês sobre musicoterapia que tem a narração de Paul Mc Cartney, que é amplamente veiculado pela mídia, que apresenta vários musicoterapeutas trabalhando. Num dos segmentos desse vídeo, enquanto a musicoterapeuta vai buscar alguns pacientes, um que já está sentado começa a cantar Summertime(6) em Mi m. Então, uma outra pessoa presente à sessão, que parece ser uma estagiária, começa a acompanhar o paciente num violino, fazendo a mesma melodia em Lá menor. Então, por alguns compassos o paciente segue cantando a música, sendo acompanhado pela

(5) - "Atirei o Pau no Gato" – cantiga de roda do folclore brasileiro.

(6) - "Summertime" faz parte da ópera folclórica americana *Porgy and Bess*, de George Gershwin. (Dicionário Grove, 1994, p. 364).

suposta estagiária uma 4ª acima. Assim, temos um resultado de duas melodias superpostas por 4^{as} e que não são concomitantes o que dá um efeito não muito agradável. Não me parece que esta resposta da estagiária seja intencional na medida em que no momento em que a musicoterapeuta chega, pega o violão, entra no tom da estagiária e imediatamente faz uma modulação para o tom do paciente, o que mostra a intenção de acompanhar o paciente no seu tom e uma incrível musicalidade clínica.

3 – perceber as **mudanças de altura** que o paciente faz quando executa ou canta uma música várias vezes, seja esta música conhecida ou improvisação/composição.

Neste exemplo clínico, aqui apresentado em fita de áudio pode-se perceber que a paciente Dora(7) toca inicialmente "Samba em Prelúdio"(8) em Mi m e logo depois recomeça a tocar em Ré m. Esta paciente tocava várias músicas em diferentes tons fazendo com que a musicoterapeuta tivesse que estar sempre transpondo o acompanhamento (a harmonia), quando interagindo com ela no piano. Mas, também quando pacientes que não têm formação musical prévia cantam várias vezes uma mesma música, podem fazê-lo em diferentes tons, fazendo com que o musicoterapeuta se adeque a isto, transpondo, quando estiver tocando instrumento melódico ou harmônico.

4 – perceber o **ritmo e/ou o compasso** da produção do paciente.

Neste item me permito abrir uma outra discussão que advém de uma situação da minha prática clínica, que é a questão da estereotipia. Uma estereotipia é uma repetição rítmica de um gesto ou de uma produção vocal e é uma situação que causa muita ansiedade ao musicoterapeuta, principalmente porque este não sabe bem como lidar com a situação.

Logo que terminei o curso de musicoterapia me deparei com situações altamente complexas no que tange ao lidar com a estereotipia. Utilizei-me então de algumas estratégias. Dentre estas estava inicialmente a única que aprendera no curso: entre no ritmo da estereotipia do paciente, executando algum instrumento e, pouco a pouco, vá modificando o andamento desse ritmo. Fiz isto algumas vezes mas, nem sempre, ou quase nunca, deu resultado. Ou os pacientes ignoravam a mudança do andamento ou desdobravam o ritmo da mudança o que me fazia tocar num andamento enlouquecidamente rápido enquanto o paciente, às vezes até rindo, lentamente se

(7) - O desenvolvimento do processo musicoterápico de Dora foi escrito em 1981 e está apresentado com o título *A Musicoterapia no Tratamento da Amusia de uma Paciente com Formação Musical Anterior* em: Barcellos, Lia Rejane Mendes, Caderno nº 2, Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

(8) - "Samba em Prelúdio" - Samba-canção de Baden Powell e Vinícius de Moraes.

embarava no ritmo que lhe dava o apoio necessário para continuar em seu movimento. E aqui é preciso dizer que me refiro ao paciente J(9) ., que à época tinha 6 anos, era cego e tinha um comportamento autista!

Assim decidi tentar outras estratégias. Para certificar-me daquilo que pensava, utilizei inicialmente uma música do período barroco o que imediatamente confirmou a minha hipótese: estas davam a regularidade rítmica necessária para que o paciente mantivesse o ritmo da estereotipia. Assim, parti para duas outras possibilidades: a utilização de uma composição do período romântico com todas as liberdades de dinâmica e agógica – que faziam com que se tornasse absolutamente difícil o paciente manter o ritmo –, e outra, que foi a que melhor resultado deu: entrar com o ritmo mais irregular possível. E aqui tive o efeito desejado: sem o tapete rítmico necessário para dar o reforço e, mais do que isto, com um ritmo absolutamente imprevisível e irregular, o paciente não se sustentou na sua repetição rítmica. Não teve o apoio necessário e teve a reação mais inesperada possível: rodou várias vezes e acabou caindo ou se jogando no chão e morrendo de rir. É interessante dizer-se que eu aqui ainda me refiro ao paciente J. (cego e com aquisição de um comportamento autista!).

Mas, aqui ainda cabe uma observação sobre a estereotipia de J.. Embora cego, J. conseguia se balançar de um pé para o outro, fazendo uma rotação de tronco de um lado para o outro, estereotipia esta que era identificada como “uma dança” como disse o professor de música da escola que J. freqüentava. Para este professor, J. “gostava muito de dançar” e ele sempre tocava para que J. dançasse. Ou seja, a estereotipia era reforçada pelo próprio professor da escola por desconhecimento do que era aquela movimentação.

Mas, ainda falando-se sobre a estereotipia de J.: para utilizar-se a primeira estratégia, ou seja, entrar-se no seu ritmo e mudar o andamento seria fundamental identificar-se o compasso no qual a movimentação estava sendo feita. Com um movimento binário (o apoio em cada pé), J. realizava uma rotação que tinha uma divisão ternária, o que caracterizava claramente um compasso binário composto.

Ou seja, dois tempos (o apoio em cada pé) subdivididos em três partes cada um (a rotação que o corpo fazia quando ia de um apoio para o outro).

8 e 9 – perceber o **andamento** da produção do paciente e responder adequadamente a esse andamento ou **às mudanças** do mesmo.

Em um vídeo em que apresento uma sessão do paciente Sebastian(10), vê-se claramente o paciente começar a improvisar num andamento que é por mim seguido.

(9) - O desenvolvimento do caso J. não está publicado.

(10) - O caso Sebastian, intitulado: *Musicoterapia: Abordagem Fundamental no Tratamento do Deficiente Auditivo*, está relatado em Barcellos, Lia Rejane Mendes, Caderno nº 3, Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.

Logo depois o paciente acelera o andamento e se percebe que não respondo imediatamente a essa mudança. Aqui é importante se observar que trata-se de um paciente com uma deficiência auditiva grave. No entanto, vendo-se o vídeo, parece que a portadora de deficiência auditiva sou eu!

E aqui, só para tornar ainda mais complexa nossa reflexão sobre o tema eu levanto a hipótese de uma “prioridade de escuta” já que não parece ser uma questão de falta de musicalidade ou de falta de percepção pois trata-se de uma mudança extremamente simples de ser acompanhada. Com “prioridade de escuta” quero significar que o musicoterapeuta deve ter uma escuta muito ampla. Assim, além dos aspectos musicais devem ser “escutados” os aspectos corporais, verbais – quando acontecerem –, enfim, todos os “movimentos” do paciente dentro da sala devem ser objeto de escuta por parte do musicoterapeuta. Parece-me que no caso, a escuta estava voltada para outra área. Ou, a atenção estava colocada em outro aspecto que eu não saberia agora, explicar qual era.

Mas, depois de se ouvir falar de tantos atributos necessários, com relação à música, para que sejamos musicoterapeutas, ficaria uma pergunta no ar: e quem não tem toda essa musicalidade como ficaria? Aqui seria importante lembrar o que foi dito anteriormente sobre o fato de que a musicalidade existe em pessoas diferentes, em graus diferentes. E, também se deve ressaltar que, muitas vezes, as pessoas mais musicais não seriam, necessariamente, os melhores musicoterapeutas. Isto se deve ao fato de que para aqueles, com toda a musicalidade, seria difícil muitas vezes, aceitar um paciente que desafina, ou que tem um ritmo irregular. Assim, o que devemos fazer é desenvolver ao máximo a nossa musicalidade sem esquecer-nos, no entanto, que em musicoterapia a música é um meio e não um fim. Ou seja, ela é utilizada visando fins terapêuticos; ela está a serviço de alguém. Portanto, não devemos entrar em ansiedade mas, sim, devemos procurar nos desenvolver musicalmente tanto quanto devemos nos desenvolver enquanto pessoas. Em musicoterapia música e relação humana têm o mesmo peso. Não adianta o musicoterapeuta ser extremamente musical se não tiver condições pessoais para ser um terapeuta. E eu concluiria dizendo que também faz parte da “musicalidade clínica” o musicoterapeuta saber contornar musicalmente as questões que fazem parte de um *setting* terapêutico, ou seja, se eu não tenho condições de memorizar letras de músicas, trabalho com improvisação; se não consigo improvisar facilmente, me utilizo da re-criação musical e assim por diante.

Assim, são muitos os atributos necessários para que uma pessoa seja musicoterapeuta. Dentre eles destacam-se: a formação específica; o desenvolvimento pessoal e a formação musical, compreendendo aqui o desenvolvimento da musicalidade, no caso, direcionada para a prática clínica musicoterápica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIGEN, Kenneth. *Paths of Development in Nordoff-Robbins Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers. 1998.

BRUSCIA, Kenneth. (Ed.) *Case Studies in Music Therapy*. Phoenixville: Barcelona Publishers. 1991.

HARGREAVES, David. *The Developmental Psychology of Music*. Cambridge: Cambridge University Press. 1986.

NORDOFF, Paul and ROBBINS, Clive. *Creative Music Therapy*. New York: The John Day Company. 1977.

_____. *Music Therapy in Special Education*. St. Louis: Magnamusic Baton, Inc.. 1971.

SAID, Edward. *Elaborações Musicais*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1992.

SEASHORE, Carl E. *Psychology of Music*. New York: Dover Publications, 1938.

Dicionários e Enciclopédias

Webster's Seventh New Collegiate Dictionary. Springfield: G. & C. Merriam Company, Publishers. 1967.

Dicionário GROVE de Música. Edição Concisa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1994.

Dicionário Médico Ilustrado Blakiston. São Paulo: Organização Andrei Editora. s/d.