



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Artes Aplicadas

Articulação Temporomandibular - A sua Influência no Processo de Ensino e Aprendizagem do Canto

Sílvia Raquel Braga Pinto

20120094

Orientador

Professor Doutor José Filomeno Martins Raimundo

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Artes Aplicadas do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ensino de Música, variante de Instrumento e Música de Conjunto, realizada sob a orientação científica do Doutor José Filomeno Martins Raimundo, Diretor e Professor Coordenador da Escola Superior de Artes Aplicadas do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Setembro de 2018

Dedicatória

Ao Paulo, a inspiração de todos os meus dias, a força que me trouxe até aqui, o melhor de mim, o companheiro de todos os sonhos, a luz da minha vida.

Ao meu Pai, por me ensinar que o trabalho compensa, que a formação é o melhor veículo para o respeito, que só os valores nos tornam verdadeiramente dignos.

À minha Mãe, por me transmitir que a generosidade é retribuída, que o amor é um poder superior, que só a humildade nos permite crescer.

Aos meus avôs, por me acompanharem e protegerem de tão perto, por serem, ainda que distantes, a minha estrela guia de todas as horas.

Às minhas irmãs, Diana e Liliana, por me fazerem persistir na vontade de sonhar, de sorrir, de brilhar com os olhos, de viver com o coração.

A todas as pessoas boas na minha vida, que nunca me deixam desacreditar.

Agradecimentos

À minha família, pelo apoio e amor incondicional!

Ao Paulo, por ter sido o meu porto seguro neste percurso, por iluminar e apaziguar todos os momentos, por me fazer sempre persistir!

Às Professoras Dora Rodrigues e Elisabete Matos, por terem estado sempre do meu lado, pela confiança que depositaram em mim, pela sabedoria e conhecimento que me transmitiram e tanto me fez crescer, pelo profissionalismo e dedicação com que sempre me brindaram, pelo carinho com que me acolheram, pela amizade com que me privilegiam!

Ao Professor José Filomeno Raimundo, pela amabilidade e disponibilidade, por todo o conhecimento partilhado!

A todos os intervenientes desta pesquisa, essenciais para que a mesma se concretizasse!

À Anabela Ramalhete, à Anabela Vaz e à Sofia Mendes, pela constante disponibilidade e sensibilidade, pelo aconselhamento, pela paciência desmedida!

Aos meus amigos, porque sim e porque tudo!

Resumo

Ao nível do Canto, muito se tem interrogado acerca da predisposição de um cantor para o desenvolvimento de distúrbios ao nível da Articulação Temporomandibular (ATM), dada a sua exposição à elevada mobilidade desta zona músculo-esquelética. Efetivamente, a Disfunção Temporomandibular (DTM) é uma das desordens mais complexas do organismo capaz de desencadear alterações nos movimentos mandibulares que provocam prejuízos tanto na articulação da fala como na qualidade da voz.

No sentido de verificar a relação entre ATM e produção vocal, 5 estudantes de Canto, do sexo feminino, entre os 17 e os 27 anos de idade, a frequentar instituições do ensino oficial e diagnosticadas clinicamente com DTM, participaram neste estudo, sendo submetidas à aplicação de duas ferramentas indissociáveis ao diagnóstico desta patologia, os questionários *Índice Anamnésico de Fonseca (IAF)* e *Critérios de Diagnóstico para Pesquisa de Disfunções Temporomandibulares (CDP/DTM)*. Como complemento desta pesquisa, participaram ainda 8 docentes de Canto e 8 profissionais de saúde a fim de se compreender não só a importância desta articulação e o impacto que um distúrbio na mesma pode inferir no processo de ensino e aprendizagem, mas também as possíveis estratégias a implementar para a sua prevenção ou aquando do percurso de tratamento.

Verificou-se que indivíduos com grau moderado de dor, principal sintomatologia provocada pela DTM, apresentam suscetibilidade a desequilíbrios das estruturas funcionais mastigatórias, articulatórias e ressoadoras, emergindo na diminuição da qualidade vocal, dada a influência resultante na ação fonatória. Observou-se, ainda, uma redução da amplitude mandibular, conduzindo a um desconforto no momento de abertura e/ou encerramento da mandíbula e confirmando, deste modo, a relevância desta articulação no dia-a-dia de um cantor. Foi também possível concluir-se que os profissionais devem reconhecer a importância da saúde e estabilidade da ATM, tomando consciência das práticas pedagógicas e performativas adotadas e percebendo se estas se direcionam no objetivo de uma abordagem da voz como um todo, apesar da sua complexidade interdisciplinar, já que uma prática inadequada pode comportar, em vários casos, um fator impulsionador ou perpetuador do problema já existente. Por fim, evidenciaram-se como terapêuticas preponderantes a fisioterapia e o acompanhamento psicológico. Se a primeira estratégia se apresenta como um ótimo recurso para o alívio da dor e reeducação neuromuscular e mandibular, a segunda expõe-se como um mecanismo de restabelecimento mental, permitindo ajustes de condutas menos apropriadas e refletoras de hábitos rotineiros considerados incorretos e prejudiciais para o paciente portador de DTM.

Palavras chave

Articulação Temporomandibular, Disfunção Temporomandibular, Canto, Ensino, Aprendizagem.

Abstract

Regarding the voice, much has been questioned about a singer's predisposition for the development of disorders in the Temporomandibular Joint (TMJ), given his exposure to the high mobility of this musculoskeletal zone. Effectively, Temporomandibular Dysfunction (TMD) is one of the most complex disorders of the human body capable of triggering changes in mandibular movements that cause serious damages in speech as in voice quality.

In order to verify the relationship between TMJ and vocal production, 5 students of Singing, female, between 17 and 27 years old, attending official teaching institutions and diagnosed clinically with TMD, participated in this study, being submitted to the application of two inseparable tools to the diagnosis of this pathology, the questionnaires Fonseca Anamnesis Index (FAI) and Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD). Complementing this research, 8 Singing teachers and 8 health professionals also participated in order to understand not only the importance of this joint and the impact that a disorder in it can infer in the teaching and learning process, but also the possible strategies to prevention or during the course of treatment.

It was verified that individuals with a moderate degree of pain, the main symptomatology caused by TMD, present susceptibility to imbalances of the functional masticatory, articulatory and resonator structures, emerging in the decrease of vocal quality, due to the resulting influence on the phonatory action. It was also observed a reduction of the mandibular amplitude, leading to discomfort at the moment of opening and / or closure of the jaw and confirming thus the relevance of this joint in the daily life of a singer. It was also possible to conclude that professionals must recognize the importance of ATM's health and stability, becoming aware of the pedagogical and performative practices adopted, and perceiving if they are directed at the goal of a voice's approach as a whole, despite its interdisciplinary complexity, once inadequate practice may be, in many cases, a driving force or perpetuator factor of the existing problem. Finally, it has been also perceived as predominant therapies physiotherapy and psychological counseling. If the first strategy presents itself as a great resource for pain relief and neuromuscular and mandibular re-education, the second is exposed as a mental recovery mechanism, allowing for adjustments of less appropriate behaviors, reflecting routine habits considered incorrect and harmful for patients with TMD.

Keywords

Temporomandibular Joint, Temporomandibular Joint Dysfunction, Singing, Teaching, Learning.

Índice Geral

Introdução	1
PARTE I - PRÁTICA DE ENSINO SUPERVISIONADA	3
1. Introdução	5
2. Caracterização da Escola e do Meio Envoltente	7
2.1. Contextualização da Cidade de Viana do Castelo	7
2.2. Academia de Música de Viana do Castelo	10
2.2.1. Projeto Educativo 2014/2015	11
3. Prática de Ensino Supervisionada em Canto	24
3.1. Caracterização da Aluna	24
3.2. Plano de Estágio e Repertório	25
3.3. Reflexão	27
4. Prática de Ensino Supervisionada em Música de Conjunto	28
4.1. Caracterização da Turma	28
4.2. Plano de Estágio e Repertório	29
4.3. Reflexão	30
5. Análise Final sobre a Prática de Ensino Supervisionada	32
PARTE II - ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	35
<i>CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO</i>	<i>37</i>
1. Introdução	39
1.1. Temática de Investigação	39
1.2. Motivação	41
1.3. Objetivos	42
1.4. Questões de Investigação	43
1.5. Plano de Investigação e Metodologia	43
<i>CAPÍTULO 2 - CONTEXTUALIZAÇÃO</i>	<i>45</i>
2. Contextualização	47
2.1. Articulação Temporomandibular	47
2.1.1. Componentes Anatômicas e Aspetos Funcionais	47

2.1.2. Disfunção Temporomandibular	49
2.2. O Instrumento Vocal	56
2.2.1. Fisiologia	56
2.2.2. Prática Pedagógica e Performativa	64
<i>CAPÍTULO 3 - ESTUDO OBSERVACIONAL</i>	69
3. Estudo Observacional	71
3.1. Revisão Crítica da Literatura	71
3.1.1. Impacto da DTM na Produção e Qualidade Vocais	71
3.1.2. Estratégias de Prevenção e Tratamento	76
<i>CAPÍTULO 4 - MÉTODOS</i>	79
4. Métodos	81
4.1. Caracterização da Amostra e Desenho do Estudo	81
4.2. Instrumentos de Recolha de Dados	81
<i>CAPÍTULO 5 - RESULTADOS</i>	95
5. Resultados	97
5.1. Introdução	97
5.2. Estudos de Caso: Estudantes de Canto com DTM	97
5.2.1. Descrição Geral da Amostra	97
5.2.2. Considerações Gerais	97
5.2.3. Considerações Particulares	101
5.2.3.1. Participante 1	102
5.2.3.2. Participante 2	104
5.2.3.3. Participante 3	107
5.2.3.4. Participante 4	109
5.2.3.5. Participante 5	112
5.3. Docentes de Canto	116
5.4. Profissionais de Saúde	118
<i>CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO</i>	125
6. Discussão	127
<i>CAPÍTULO 7 - CONCLUSÃO</i>	129
7. CONCLUSÃO	131

<i>CAPÍTULO 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	133
8. Referências Bibliográficas	135
<i>CAPÍTULO 9 - APÊNDICES</i>	137
9. Apêndices	139
9.1. Apêndice A - Consentimento Informado	139
9.2. Apêndice B - Questionário Suplementar	140
9.3. Apêndice C - Entrevista Docentes de Canto	144
9.4. Apêndice D - Entrevista Profissionais de Saúde	151

Índice de Figuras

Figura 1 — Sé Catedral de Viana do Castelo	7
Figura 2 — Templo ao Sagrado Coração de Jesus, também referido como Santuário de Santa Luzia	8
Figura 3 — Forte do Castelo de Santiago da Barra	9
Figura 4 — Romaria da Agonia na Avenida dos Combatentes da Grande Guerra, Viana do Castelo	9
Figura 5 — Vista Lateral da Articulação Temporomandibular	47
Figura 6 — Anatomia da Laringe	57
Figura 7 — Vista Anterior, Posterior, Ântero-superior, Lateral Direita e Medial em Corte Sagital das Cartilagens Laríngeas	58
Figura 8 — Vista Posterior, Lateral Direita e Superior da Musculatura Intrínseca Laríngea	59
Figura 9 — Pregas Vocais	61
Figura 10 — Sistema Respiratório	62
Figura 11 — Efeitos da Musculatura no Processo da Respiração	63
Figura 12 — Questionário Índice Anamnésico de Fonseca et al.	82
Figura 13 — Adaptação da Versão Oficial Portuguesa do Questionário Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II / Critérios de Diagnóstico para Pesquisa de Disfunções Temporomandibulares (CDP/DTM): Eixo II	83
Figura 14 — Axis II (Eixo II): Protocolo de Registo da Dor Crónica	93
Figura 15 — Escala Visual Analógica para Avaliação Percetual do Grau de Dor na Articulação Temporomandibular	101

Índice de Tabelas

Tabela 1 — Resultados do questionário Índice Anamnésico de Fonseca da Participante 1	103
Tabela 2 — Resultados do questionário CDP/DTM da Participante 1	104
Tabela 3 — Resultados do questionário Índice Anamnésico de Fonseca da Participante 2	106
Tabela 4 — Resultados do questionário CDP/DTM da Participante 2	106
Tabela 5 — Resultados do questionário Índice Anamnésico de Fonseca da Participante 3	108
Tabela 6 — Resultados do questionário CDP/DTM da Participante 3	109
Tabela 7 — Resultados do questionário Índice Anamnésico de Fonseca da Participante 4	111
Tabela 8 — Resultados do questionário CDP/DTM da Participante 4	112
Tabela 9 — Resultados do questionário Índice Anamnésico de Fonseca da Participante 5	114
Tabela 10 — Resultados do questionário CDP/DTM da Participante 5	115
Tabela 11 — Sintomas secundários associados à DTM	119
Tabela 12 — Identificação e Descrição dos Critérios de Diagnóstico das Dores numa DTM	120
Tabela 13 — Principais Sintomatologias e Fatores para o Desenvolvimento de Disfunção Temporomandibular	121
Tabela 14 — Tipologias de tratamento para pacientes com DTM	122

Índice de Gráficos

Gráfico 1 — Distribuição do número de sujeitos de acordo com o grau de sintomatologia de DTM com base no questionário de índice anamnésico de Fonseca, Bonfante, Valle e Freitas (1994)	98
Gráfico 2 — Representação do grau de dor nos diferentes períodos relatados pelos sujeitos observados	99
Gráfico 3 — Representação da tipologia de oclusão ocorrida aquando da movimentação mandibular exercida pelos sujeitos observados	100
Gráfico 4 — Avaliação Percetual do Grau de Dor na ATM da Participante 1	102
Gráfico 5 — Avaliação Percetual do Grau de Dor na ATM da Participante 2	105
Gráfico 6 — Avaliação Percetual do Grau de Dor na ATM da Participante 3	107
Gráfico 7 — Avaliação Percetual do Grau de Dor na ATM da Participante 4	110
Gráfico 8 — Avaliação Percetual do Grau de Dor na ATM da Participante 5	113
Gráfico 9 — Anos de Lecionação dos Docentes Participantes no Estudo	116
Gráfico 10 — Taxa de Incidência da Faixa Etária dos Alunos dos Docentes Participantes no Estudo	116

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AMVC - Academia de Música de Viana do Castelo

n.º - número

art.º - artigo

FEDER - Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional

QREN/POPH - Quadro de Referência Estratégico Nacional/Programa Operacional Potencial Humano

PCB - Plano Curricular Básico

PCE - Plano Curricular de Escola

PCA - Plano Curricular de Aula

p. - página

ATM - Articulação Temporomandibular

DTM - Disfunção Temporomandibular

IAF - Índice Anamnésico de Fonseca

CDP/DTM - Critérios de Diagnóstico para Pesquisa de Disfunções Temporomandibulares

TMJ - Temporomandibular Joint

TMD - Temporomandibular Dysfunction

FAI - Fonseca's Anamnesis Index

RDC/TMD - Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

EVA - Escala Visual Analógica

1. Introdução

O presente Relatório de Estágio enquadra-se no Curso de Mestrado em Ensino de Música, variante de Instrumento e Música de Conjunto, e encontra-se dividido em duas partes. A primeira relata o desenvolvimento da Prática de Ensino Supervisionada, englobando um relatório sobre o trabalho realizado ao longo do ano letivo 2014/2015 na Academia de Música de Viana do Castelo - Conservatório do Alto-Minho. A segunda assenta no trabalho de investigação desenvolvido com o intuito de melhor sustentar essa prática pedagógica no âmbito do ensino artístico e especializado da música.

PARTE I

PRÁTICA DE ENSINO SUPERVISIONADA

1. Introdução

A primeira secção deste Relatório de Estágio reflete a prática de ensino desenvolvida no estágio realizado no âmbito da unidade curricular de Prática de Ensino Supervisionada, inserida no Mestrado em Ensino de Música e que confere habilitação profissional para a docência em escolas do ensino vocacional de música. Este decorreu entre Outubro de 2014 e Junho de 2015, na Academia de Música de Viana do Castelo – Conservatório Regional do Alto-Minho.

A primeira parte destina-se ao enquadramento institucional da prática pedagógica, apresentando a contextualização do local onde a escola se situa, bem como a sua identificação e caracterização. Pretende-se expor, ainda, a missão a que se propõe perante a comunidade educativa, revelando o Projeto Educativo estabelecido para o ano letivo 2014/2015.

A segunda parte consiste na descrição sucinta da prática pedagógica desenvolvida, fazendo-se uma identificação e caracterização generalizada dos alunos a observar, esquematização do plano de estágio e do repertório a abordar periodicamente, e reflexões das aulas dadas e observadas das disciplinas de Canto e Classe de Conjunto.

A terceira e última parte abarca uma análise crítica acerca da prática pedagógica realizada.

2. Caracterização da Escola e do Meio Envolvente

2.1. Contextualização da Cidade de Viana do Castelo

Viana do Castelo é uma cidade portuguesa, com 38 045 habitantes, situada no Distrito de Viana do Castelo, Região Norte, e integrada na sub-região NUT III do Minho-Lima. Atualmente, é constituída pela União de Freguesias de Santa Maria Maior, Monserrate e Meadela, e os seus subúrbios estendem-se até às freguesias de Areosa e Darque. É sede de um município com 319,02 km² de área e 88 725 habitantes, o qual está subdividido em vinte e sete freguesias. O concelho é delimitado a norte pelo município de Caminha, a leste por Ponte de Lima, a sul por Barcelos e Esposende, e a Oeste pelo Oceano Atlântico.

Até à sua elevação a cidade em 20 de janeiro de 1848, a atual Viana do Castelo chamava-se simplesmente "Viana", muitas vezes referida como "Viana da Foz do Lima" e "Viana do Minho", de forma a diferenciá-la de "Viana do Alentejo". Em 1977, é elevada a sede de diocese católica. Na cidade que cresceu ao longo do rio Lima, podem ser observados diversos estilos, tais como o Renascentista, Manuelino, Barroco ou Art Déco. Na malha urbana destaca-se o centro histórico, que forma um círculo delimitado pelos vestígios das antigas muralhas. Aqui, destacam-se a Sé Catedral de Viana do Castelo desde 1977, que remonta ao século XXI, e o edifício da antiga Câmara Municipal, na Praça da Monarquia (antiga Praça da Rainha), com uma fonte em granito, construída por Inês Lopes e terminada pelo seu filho João Lopes em 1559.



Figura 1 — Sé Catedral de Viana do Castelo. (acedido em <http://www.cm-viana-castelo.pt/pt/galeria/viana-do-castelo-fotografias>, no dia 29/06/2015, às 16:05).

Fora do centro da cidade e numa posição dominante no alto do Monte de Santa Luzia encontra-se a Basílica do Sagrado Coração de Jesus ou de Santa Luzia, cuja construção iniciou em 1903 e foi inspirada na Basílica de Sacré Cœur em Paris. Dela, descortina-se uma ampla vista sobre a cidade, o estuário do rio Lima e o mar.



Figura 2 – Templo ao Sagrado Coração de Jesus, também referido como Santuário de Santa Luzia. (acedido em http://nortemredesag.blogspot.pt/p/viana-do-castelo_759.html, no dia 29/06/2015, às 17:10)

Conta uma das muitas lendas locais que o nome da cidade se deve a uma "estória" sobre uma linda rapariga chamada Ana, que vivia no território que atualmente integra a cidade, mais precisamente num castelo feito de pedra. Este era um castelo grande, famoso e admirado por muita gente, que por este costumava passar para poder observá-lo. Quando por lá passavam, algumas pessoas começaram a reparar que uma princesa por vezes aparecia numa das janelas do castelo. Era a princesa Ana, uma linda rapariga de longos cabelos louros, com duas tranças, faces rosadas e olhos claros. Contudo, por ser extremamente tímida, ela escondia-se do olhar das pessoas que passavam para contemplar o castelo. Até que um dia, esta princesa apaixonou-se por um rapaz que vivia do outro lado do rio, o qual também gostava muito dela. Ele ficava tão contente por vê-la que, sempre que voltava à outra margem, dizia contente: "VI A ANA! VI A ANA DO CASTELO!". Assim, passaram a chamar "Viana do Castelo" por ser a cidade onde esta princesa morava.

O Castelo de Santiago da Barra, também referido como Forte de Santiago da Barra, localiza-se na freguesia de Monserrate. Em posição dominante na margem direita da barra do rio Lima, tinha a função de defesa do ancoradouro e povoação de atual Viana do Castelo. Visando a defesa e o desenvolvimento daquele trecho do litoral, pelo fomento à atividade mercantil e pesqueira, os seus habitantes foram contemplados com privilégios tributários pelo rei D. Afonso III de Portugal (1248-1279), com o dever de defender a foz do rio Lima. Aberto o caminho marítimo para as Índias, e fortalecendo a proteção da navegação na barra do Lima, D. Manuel I (1495-1521) determinou a construção de uma torre abaluartada, no campo de Santa Catarina, extremo Oeste da vila, por volta de 1502, designada por Torre da Roqueta. Ainda assim, os imperativos da defesa da barra levaram à necessidade da modernização e ampliação da fortificação. Desse modo, entre 1567 e 1568, a Câmara Municipal principiou, junto à Torre da Roqueta, um pequeno forte de planta retangular, que aproveitava a antiga fortificação manuelina como cunhal Sudoeste da sua muralha. Essa obra foi

concluída ainda sob o reinado de D. Sebastião (1554-1578), em 1572 e denominado de Forte de Santiago da Barra. Em meados do século XV, Viana da Foz do Lima constituía-se em um dos grandes portos marítimos do país, mantendo comércio com portos da Galiza, da França e da Flandres. A prosperidade dele decorrente materializou-se no aumento da população e da malha urbana, ultrapassando a primitiva cerca medieval.



Figura 3 — Forte do Castelo de Santiago da Barra. (acedido em http://olharvianadocastelo.blogspot.pt/2013/01/postais-de-viana-do-castelo_28.html, no dia 29/06/2015, às 17:33)

O ciclo de festas no município começa no mês de maio, mas o seu ponto alto é a tradicional "Romaria de Nossa Senhora da Agonia" a decorrer no mês de agosto. A procissão ao mar e as ruas da Ribeira adornadas pelos tapetes florais são testemunhos da profunda devoção religiosa do povo vianense. A etnografia tem o seu espaço no desfile e na "Festa do Traje Etnográfico", onde podem ser admirados os antigos trajes femininos ricamente ornamentados com as típicas filigranas da Póvoa de Lanhoso, autênticas obras de arte em ouro, que tomaram em Viana do Castelo a sua montra principal através dos peitos das lindas mulheres vianenses.



Figura 4 — Romaria da Agonia na Avenida dos Combatentes da Grande Guerra, Viana do Castelo. (acedido em <http://www.cm-viana-castelo.pt/pt/galeria/viana-do-castelo-fotografias>, no dia 29/06/2015, às 18:11)

2.2. Academia de Música de Viana do Castelo

A Academia de Música de Viana do Castelo (AMVC), Conservatório Regional do Alto-Minho, é uma associação sem fins lucrativos, fundada em 15 de Novembro de 1977, com estatutos publicados no Diário da República n.º 53, III Série, de 4 de Março de 1978, e considerada “pessoa coletiva de utilidade pública” conforme despacho publicado no Diário da República no 83, II Série, de 9 de Abril de 1981. É um estabelecimento de ensino especializado da música, integrado no Ensino Particular e Cooperativo, conforme o Decreto-lei n.º 553/80, de 21 de Novembro, agora, Decreto-lei n.º 152/2013, de 4 de Novembro, apoiado pelo Ministério da Educação, em Regime de Contrato de Patrocínio, nos termos do Despacho 15897/2009, de 13 de Junho.

É uma escola privada com sede em Viana do Castelo, no centro histórico da cidade, desenvolvendo também a sua atividade no Concelho de Paredes de Coura. Inscrita no Ministério da Educação, de acordo com o n.º.1 do art.º 28. do Decreto-Lei nº 553/80, possui autorização definitiva de funcionamento n.º 2023 e autonomia pedagógica para a lecionação dos Cursos Básico de Música e Complementar de Música, em diversas especialidades instrumentais. Tem vindo a desenvolver, paralelamente à formação, uma notória atividade de divulgação musical nos concelhos de Viana do Castelo e de Paredes de Coura, com a realização sistemática de eventos de música erudita, sendo também responsável pela dinamização de projetos pioneiros, diretamente ligados à música contemporânea, nas vertentes da formação, criação e interpretação, e à criação de públicos infantil, juvenil e sénior.

Desde Outubro de 2000, partilha as suas instalações com a Escola Profissional de Música de Viana do Castelo, num edifício que procura responder às atuais exigências do ensino musical, denominado Átrio da Música. Estas instalações foram cofinanciadas pelo FEDER e pela Câmara Municipal de Viana do Castelo e estão cedidas à AMVC por protocolo celebrado com a Fundação Átrio da Música, entidade proprietária da referida Escola Profissional.

A Academia de Música de Viana do Castelo dispõe atualmente de:

- 37 Salas de aula e gabinetes de estudo
- Auditório
- Biblioteca/Audioteca
- Estúdio de gravação
- Cantina
- Bar
- Gabinetes de direção e gestão pedagógica
- Serviços administrativos

Ao longo da sua existência, a AMVC tem recebido, para além do patrocínio do Ministério da Educação, o apoio incondicional da Câmara Municipal de Viana do

Castelo e da Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, bem como do Ministério da Cultura e da Fundação Calouste Gulbenkian. Em 2002 recebeu o Prémio Instituição de Mérito, atribuído pela Câmara Municipal da cidade, e em Julho de 2010 foi galardoada com o prestigiado Prémio Gulbenkian Educação.

2.2.1. Projeto Educativo 2014/2015

Ao abrigo da Portaria n.º 225/2012 de 30 de Julho, do Despacho 65/SERE/90 de 23 de Outubro e da Portaria n.º 243-B/2012 de 13 de Agosto, leciona os seguintes Cursos:

- Curso Básico de Música (2º e 3º ciclos)
- Curso Secundário de Instrumento

Piano	Trompa	Violino
Trompete	Violeta	Trombone
Violoncelo	Tuba	Contrabaixo
Órgão	Viola Dedilhada	Cravo
Harpa	Percussão	Flauta Transversal
Clarinete	Saxofone	Oboé

- Curso Secundário de Canto
- Curso Secundário de Formação Musical

Funcionam também, para alunos que frequentam o 1º Ciclo do Ensino Básico, Cursos de Iniciação Musical. Caso se verifique a existência de vagas, os alunos interessados poderão inscrever-se em Cursos Livres, e/ou Cursos de Aperfeiçoamento, com planos de estudos definidos pela AMVC.

▪ Planos de Estudo

- Curso de Iniciação em Música

Destinado a alunos que frequentem o 1º Ciclo do Ensino Básico, conforme definido no Despacho n.º 17932/2008, de 3 de Julho, republicado pelo Despacho n.º 15896/2009 de 3 de Julho e pela Portaria n.º 225/2012, de 30 de Julho. Segue-se pelo seguinte plano de estudos:

Curso de Iniciação Musical

Disciplinas de Formação Vocacional	Carga horária semanal
Formação Musical	60 min.
Classe de Conjunto	60 min.
Instrumento	60 min.

➤ Curso Básico de Música

Destinado a alunos que satisfaçam as condições definidas na Portaria n.º 225/2012, de 30 de Julho, quer para o regime articulado, quer para o regime supletivo. Seguem o plano de estudo publicado em Anexo à Portaria n.º 225/2012, de 30 de Julho:

Curso Básico de Música (2º e 3º Ciclos)

Disciplinas de Formação Vocacional	Carga horária semanal
Formação Musical	90 min.
Classe de Conjunto	90 min.
Instrumento	90 min.
Oferta Complementar	45 min.

➤ Curso Secundário de Música /Curso Secundário de Canto

Destinado a alunos que satisfaçam as condições definidas na Portaria n.º 243-B/2012, de 13 de Agosto., quer para o regime articulado, quer para o regime supletivo. Seguem o plano de estudo publicado em Anexo à Portaria n.º 243-B/2012, de 13 de Agosto:

Curso Secundário de Música

Componente	Disciplinas de Formação Vocacional	Carga horária semanal
Científica	História da Cultura e das Artes	135 min.
	Formação Musical	90 min.
	Análise e Técnicas de Composição	135 min.
	Oferta Complementar	90 min.
Técnica-Artística	Instrumento/Educação Vocal/Composição	90 min.
	Classe de Conjunto	135 min.
	Disciplina de Opção (a frequentar apenas no 11º e 12º anos de escolaridade): <ul style="list-style-type: none"> • Baixo Contínuo • Acompanhamento e Improvisação • Instrumento de Tecla 	45 min.
	Oferta Complementar	90 min.

Curso Secundário de Canto

Componente	Disciplinas de Formação Vocacional	Carga horária semanal
Científica	História da Cultura e das Artes	135 min.
	Formação Musical	90 min.
	Análise e Técnicas de Composição	135 min.
	Oferta Complementar	90 min.
Técnica-Artística	Canto	90 min.
	Classe de Conjunto	135 min.
	Línguas de Repertório: <ul style="list-style-type: none"> • Alemão • Italiano 	180 min.
	Disciplina de Opção (a frequentar apenas no 11º e 12º anos de escolaridade): <ul style="list-style-type: none"> • Prática de Canto Gregoriano • Arte de Representar • Instrumento de Tecla • Correpetição 	45 min.

No âmbito da sua autonomia, a instituição tem a liberdade de organizar os tempos letivos na unidade que considerem mais conveniente desde que respeitem as cargas horárias semanais constantes do quadro acima referido. A carga horária semanal refere-se ao tempo útil de aula, ficando ao critério do estabelecimento a inserção de uma outra unidade com a consequente adaptação aos limites determinados. Especificamente na disciplina Oferta Complementar, esta será criada de acordo com os recursos da escola e de oferta facultativa em qualquer uma das componentes de formação. Apesar de no Curso Básico de Música a carga horária não ser transferível para outras disciplinas, se a escola não pretender implementá-la, é permitido o reforço de uma ou mais disciplinas das componentes mencionadas no que concerne ao Curso Secundário de Música. A aplicação deste tempo ou mesmo do sobranço na componente de formação geral (Português, Língua Estrangeira I, II ou III, Filosofia e Educação Física) é

determinada pela instituição de ensino secundário geral quando a frequência ocorrer em regime articulado.

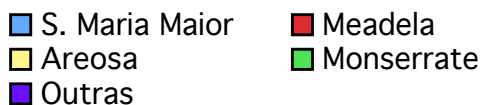
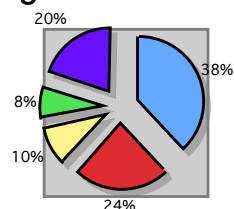
Relativamente aos regimes de frequência, articulado e supletivo, a principal característica que os distingue é o financiamento na totalidade pelo Fundo Social Europeu e pelo Ministério da Educação através do QREN/POPH, estando os alunos de regime articulado isentos do pagamento de propina. Ao optarem por esta modalidade de ensino, estão obrigados a manter-se até ao final de cada ciclo de estudos. Em oposição, o regime supletivo é aplicado a alunos que frequentam o ensino artístico especializado da música no Curso Básico ou no Curso Secundário e sustenta-se em planos de estudos diferenciados e independentes da escola do ensino regular.

Por fim, no que respeita aos Cursos Livres e/ou de Aperfeiçoamento, estes destinam-se a alunos que não pretendam obter um grau académico ou lidar com a exigência interdisciplinar associada à frequência dos Cursos Básico ou Secundário de Música. Todas as especialidades instrumentais lecionadas na AMVC podem ser frequentadas em regime de curso livre e funcionam com planos de estudos próprios definidos pela própria entidade.

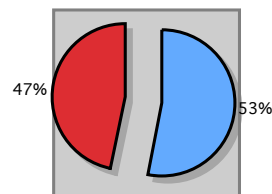
▪ **Caraterísticas dos Alunos da AMVC**

No Curso de Iniciação Musical conta com um universo de 89 alunos, distribuindo-se da seguinte forma:

Origem dos Alunos

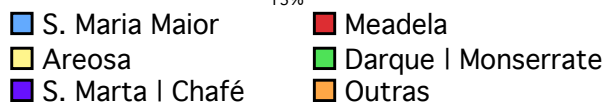
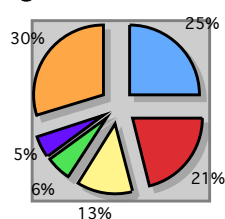


Género dos Alunos

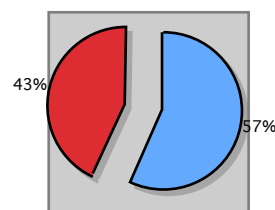


Relativamente ao Curso Básico de Música, o número total de alunos é de 298, dispondo-se do seguinte modo:

Origem dos Alunos

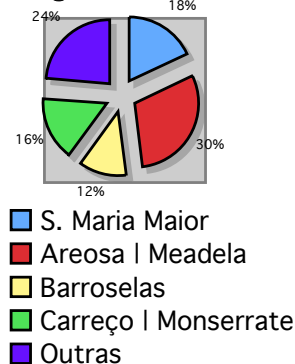


Género dos Alunos

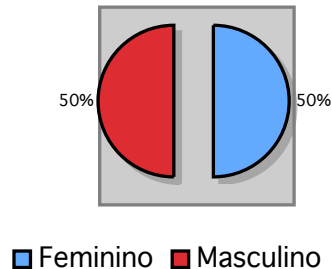


Por fim, no que respeita ao Curso Secundário de Música, o universo é de 26 alunos, apresentando-se da seguinte forma:

Origem dos Alunos



Género dos Alunos



▪ Modelo e Organização da Instituição

De acordo com a legislação em vigor referente ao Ensino Particular e Cooperativo e com os Estatutos da Associação e Regulamento Interno da AMVC, a Escola adotou um modelo de gestão que tem por base a interação entre os diversos órgãos com responsabilidades de gestão e administração científica e pedagógica, a saber: direção, direção pedagógica e conselho pedagógico. Estes articulam-se com os diversos departamentos curriculares, através dos coordenadores de departamento (cordas, sopros, teclas, classes de conjunto, ciências musicais e de diretores de turma), e com os conselhos de turma, através dos diretores de turma, que, por sua vez, estabelecem a ligação com os encarregados de educação. Considerando a especificidade da aprendizagem musical e o modelo de aprendizagem de ensino individual ou em pequenos grupos, estão previstas formas de contacto diretas entre o professor de instrumento e o encarregado de educação.

➤ Departamento de Iniciação Musical

O Departamento de Iniciação Musical desenvolve a sua atividade em Viana do Castelo e em Paredes de Coura, na escola do ensino regular do 1º Ciclo. Os objetivos para este curso estiveram de acordo com as orientações emanadas pela Associação Portuguesa da Educação Musical para este nível de ensino:

i) Desenvolver competências de discriminação auditiva abrangendo diferentes códigos, convenções e terminologias existentes nos mundos da música;

ii) Desenvolver competências vocais e instrumentais diversificadas, tendo em conta as diferentes épocas, estilos e culturas musicais;

iii) Desenvolver competências criativas e de experimentação;

iv) Desenvolver competências transversais no âmbito da interligação da música com outras artes e áreas do saber (in Orientações programáticas da Música no 1º Ciclo do Ensino Básico, 2006).

Baseados nestas finalidades desenvolvem-se planos de ação de forma a proporcionar aos alunos a vivência de "(...) um amplo e diversificado reportório musical através da audição, do canto, do movimento e da dança, da prática instrumental, da experimentação, improvisação e criação". (in Orientações programáticas da Música no 1º Ciclo do Ensino Básico, 2006. Os planos de atuação são definidos em função dos diferentes contextos de aprendizagem: turmas em funcionamento na sede da Academia de Música, em Viana do Castelo, e as turmas em Paredes de Coura.

➤ Departamento de Ciências Musicais

O Departamento de Ciências Musicais é constituído por docentes que lecionam as disciplinas de Formação Musical, História da Música, História da Cultura e das Artes e Análise e Técnicas de Composição. Ao longo do ano letivo, o departamento vai desenvolvendo várias atividades, envolvendo os docentes e a comunidade discente, como as Audições Comentadas ou as Olimpíadas das Ciências Musicais. O Prémio de Composição é organizado bianualmente e, sendo de âmbito nacional, tem como principal objetivo estimular a criação musical. A implementação das novas tecnologias aplicadas às várias disciplinas do departamento é mais uma forma de motivação, tendo como objetivo facilitar a assimilação e consolidação dos conteúdos programáticos.

➤ Departamento de Cordas

O Departamento de Cordas é constituído por docentes de diferentes nacionalidades, fator agregador e enriquecedor no contributo às questões que gravitam no departamento. Neste sentido, para alcançar as metas que o departamento se propõe atingir no início de cada ano, é decisiva a vontade de colaborar de cada um, apresentando propostas e sugestões de atividades e projetos a levar a efeito. A comunicação entre o coordenador e os professores que integram o departamento realiza-se, sobretudo, através do correio eletrónico e no contato direto com os colegas, forma que entendo ser facilitadora de consensos e que agiliza a resolução dos assuntos a tratar.

Ao longo do ano letivo foram desenvolvidas atividades curriculares e extracurriculares que promoveram a socialização e a troca de experiências entre os alunos das diferentes classes de instrumento, privilegiando-se sempre o contacto direto com a música e apresentando, desta forma, o trabalho realizado pelos docentes do departamento aos encarregados de educação e público em geral.

➤ Departamento de Teclas

O departamento de teclas é constituído por professores provenientes de contextos formativos, geográficos e culturais bastante diversificados. A metodologia de trabalho no departamento privilegia o trabalho colaborativo entre pares e as reuniões como instrumento de reflexão coletiva para debater os constrangimentos e debilidades do departamento e todas as questões relevantes que surjam no decorrer dos períodos letivos.

➤ Departamento de Sopro

O Departamento de Sopros promove a estabilidade pedagógica e a consolidação de boas práticas, tendo em vista melhorar o desenvolvimento pessoal e artístico dos alunos. Assim, desenvolve a sua ação em torno de três eixos considerados fundamentais para a música de conjunto, a interdisciplinaridade e a criação de uma identidade e sentido de pertença à família dos sopros. Os professores do Departamento assumem, muito graças ao seu próprio “background”, a prática musical em conjuntos instrumentais como uma base fundamental para o incentivo, motivação, partilha e construção de auto-identidade do grupo. Nesse sentido valorizam-se aulas em grupos, criação de ensembles e realização de pequenos estágios nas interrupções letivas. Privilegia-se também a interdisciplinaridade entre os diferentes Departamentos. Neste âmbito, os professores têm aderido a atividades organizadas por colegas internas e externas ao departamento, incentivando-se a vivência do projeto educativo, inculcando nos alunos a necessidade de um constante aprofundamento de conhecimentos e diversificação de métodos de aprendizagens, como a participação em masterclasses, concursos e assistência a concertos.

➤ Departamento de Classes de Conjunto

Funcionam na AMVC várias Classes de Conjunto, frequentadas por alunos do Curso Básico e Curso Secundário de Música organizados em três grandes grupos: Classes Vocais (C.C. Vocais, Coros dos Pequenos Cantores de Viana, Coro Júnior, Coro AMVC); Classes de Cordas (Orquestra de Cordas, Orquestra de Guitarras e Ensemble de Guitarras) e Classe de Sopros (Classes de Conjunto de Sopros). Nesta disciplina os alunos têm a oportunidade de usar todos os conhecimentos adquiridos nas várias disciplinas, aplicando-os à prática da música em conjunto, adquirindo ainda capacidades ao nível da interação musical, reconhecimento da importância que cada instrumento assume num grupo diversificado, independência melódica e rítmica, improvisação, entre outras. Esta disciplina assume ainda uma especial importância na construção social e humana do aluno, uma vez que desperta nele o sentido de colaboração, respeito e interajuda em relação aos colegas, valores fundamentais no seu crescimento para a cidadania.

Merecem um particular destaque os projetos disciplinares entre as diversas classes vocais e instrumentais tem sido uma atividade implementada com estes grupos. Em termos curriculares, cada disciplina deve ser encarada como

elemento de um todo, com áreas de ação paralelas e concebidas para funcionar separadamente. Daqui resulta a necessidade de interdisciplinaridade curricular, que visa, antes de mais, “(...) a criação de espaços de trabalho conjunto e articulado em torno de metas educativas.” (Roldão 2009, p. 35). A interdisciplinaridade permite também centralizar o trabalho das diferentes disciplinas num produto final comum, desenvolver as aprendizagens dos alunos num processo integrado, ser um elemento motivador já que se apresentam desafios mais elevados, bem como promover a proximidade entre docentes e alunos.

➤ Corpo Docente e Não Docente

O corpo docente da AMVC é constituído, em média, por 60 professores, responsáveis pela lecionação das diversas especialidades da área artística e científica.

Género	Nº de Docentes
Feminino	30
Masculino	24

Grau Académico	Nº de Docentes
Doutoramento	0
Mestrado	10
Licenciatura	40
Bacharelato	0
Habilitação Própria Sem Grau Superior	4

Departamentos	Nº de Docentes
Cordas	17
Teclas	8
Sopros/Canto/Percussão	16
Ciências Musicais	11
Classe de Conjunto	25
Iniciação Musical	28

Categorias	Nº de Não Docentes
Serviços Administrativos	0
Diretor Serviços Administrativos	1
Assistente Administrativo	1
Contabilista	1
Serviços de Apoio	0
Auxiliar de Ação Educativa	1
Empregada de Limpeza	1

A qualificação dos colaboradores é assumida pela AMVC como um eixo de ação prioritário para o desenvolvimento do seu projeto educativo.

Nesse sentido foi estabelecido um protocolo com a Universidade Católica, Porto, no âmbito dos cursos de mestrado em Ciências da Educação – Música, tendo em vista a aquisição de habilitação profissional dos docentes. Por outro lado, e de acordo com o definido no Contrato Coletivo de Trabalho, art.º 7-A., após avaliação diagnóstica procede-se à definição da formação profissional adequada aos recursos humanos - docentes e não docentes -, sendo esta implementada, ao longo do ano.

▪ **Planificação e Estratégia**

A AMVC tem como missão assegurar o ensino artístico, desde a iniciação à formação pré-profissional, proporcionando ao mais elevado número de estudantes o acesso à prática musical especializada, tendo em vista o desenvolvimento de projetos de vida pessoal e/ou profissional e, conseqüentemente, o enriquecimento da sua região e do país no domínio cultural. Idealiza constituir-se como um núcleo inovador de ensino e aprendizagem especializado da música, na região, dinamizador de uma educação artística e de uma cultura musical cosmopolita, criando condições para a mobilidade de jovens músicos e de artistas/intérpretes e perspetivando a atividade artística como mais um sector de atividade produtiva e como uma fator de inclusão e coesão sociais, em permanente diálogo e articulação com as comunidades locais e provendo a parceria e a articulação em rede com outras instituições, nacionais e estrangeiras.

São finalidades da AMVC:

i) Promover o desenvolvimento do ensino vocacional através da afirmação da escola e da sua eficácia, autonomia e capacidade de intervenção regional, nacional e comunitária.

ii) Proporcionar uma formação artística específica de qualidade, que permita ao indivíduo ocupar um justo lugar na vida ativa, contribuindo, assim, para o progresso da sociedade em articulação com os seus interesses, capacidades e vocação.

iii) Contribuir para a consciencialização do património músico-cultural português, numa contextualização universalista europeia atenta à solidariedade e à interdependência entre todos os povos do mundo.

iv) Promover, fomentar e desenvolver a divulgação do património musical universal através de ação de natureza diversa em permanente articulação com a comunidade.

v) Relacionar-se com entidades congéneres a nível nacional e internacional procurando o frutífero intercâmbio de experiências e pessoas.

Desde a sua fundação, já frequentaram a Academia de Música de Viana do Castelo cerca de 1855 alunos. Destes, um número significativo é proveniente, não só de vilas e aldeias do Concelho de Viana do Castelo, mas também, e particularmente, dos Concelhos de Caminha, Valença, Monção, Paredes de Coura, Arcos de Valdevez, Ponte da Barca e Ponte de Lima.

Com periodicidade bianual na sua atualização, apontam-se como orientações estratégicas:

i) Consolidação do projeto pedagógico, traduzindo-se no alargamento da oferta formativa pelos diversos níveis de ensino e pela diversidade dos cursos em funcionamento e conseqüente aumento do público-alvo;

ii) Desenvolvimento de projetos curriculares que potenciem a articulação com a comunidade interna e externa;

iii) Desenvolvimento de projetos que favoreçam a internacionalização de alunos e de docentes;

iv) Criação de condições que promovam a formação contínua dos docentes e não docentes;

v) Criação de condições que viabilizem a concessão de autonomia pedagógica, através da qualificação profissional dos docentes e não docentes e dos espaços e equipamentos educativos;

vi) Edição de materiais didáticos, criando contextos favoráveis à aprendizagem.

➤ Plano Curricular Básico (PCB)

No sistema educativo português estão definidos três níveis de ensino especializado da música, a saber: iniciação, básico e secundário. O Ministério da Educação não definiu ainda quais as competências, intenções e finalidades correspondentes a cada ciclo, nem os objetivos gerais correspondentes a cada disciplina. A AMVC adota, com as necessárias adequações, os conteúdos previstos noutras instituições congêneres, quer nacionais, quer estrangeiras, tendo em vista o desenvolvimento das competências necessárias à interpretação de repertório de instrumento, tradicionalmente referenciado para os 5º e 8º graus de instrumento, anos terminais de ciclo.

O Conselho Pedagógico e os diversos departamentos curriculares definem, no âmbito das suas competências, para cada curso/ciclo e ano/grau os objetivos gerais e específicos a atingir.

➤ Plano Curricular de Escola (PCE)

A AMVC considera que, relativamente aos 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico, deve ser privilegiada a igualdade de oportunidades e que estes níveis são propícios para experienciar aprendizagens diversificadas, em contexto formais e não formais, com o objetivo de promover a literacia musical e detetar aptidões musicais que permitam iniciar percursos formativos vocacionalmente orientados para uma prática musical mais aprofundada. Daí ser de extrema importância a articulação com as escolas do ensino regular e a realização de intercâmbios e de projetos conjuntos, valorizando abordagens transversais do currículo e o desenvolvimento de atividades interdisciplinares que promovam a criatividade.

O 3º Ciclo do Ensino Básico deve promover, com rigor e exigência, o desenvolvimento de competências no âmbito da teoria musical e da interpretação e comunicação, de forma a preparar os jovens, do ponto de vista técnico e artístico, para optarem pelo percurso profissionalizante (ensino secundário), se assim o desejarem. A articulação com as escolas do ensino regular deverá valorizar o desenvolvimento de projetos nas áreas curriculares não disciplinares e a utilização das tecnologias da informação e comunicação. Será também no 3º Ciclo que a aprendizagem de certos instrumentos deve ser iniciada, pelo que se deverá prever uma reorientação da especialidade instrumental ou o início, em certos casos, dessa mesma aprendizagem.

Relativamente ao Ensino Secundário considera-se este nível como profissionalizante, sendo importante valorizar, além do desempenho performativo, a compreensão da música como construção social e como cultura, nos diferentes períodos e contextos culturais, e o conhecimento científico das disciplinas afins. Este nível de ensino deve preparar o jovem para competir e trocar experiências com outros músicos e instituições musicais, bem como ser capaz de interagir com outros, através da realização de projetos artísticos que contribuam para o seu enriquecimento pessoal e para o da comunidade,

considerada esta, não só ao nível interno das instituições de ensino que frequenta, mas também a um nível mais alargado da realidade social onde se insere.

Em qualquer dos níveis de ensino atrás enunciados considera-se primordial a participação como público e como intérprete em espetáculos musicais.

Informação complementar do PCE relativamente à realização de outras atividades pode ser consultada nos subcapítulos seguintes referentes à Divulgação e Interpretação, à Criação e à Investigação.

➤ Plano Curricular de Aula (PCA)

Os professores, nas suas aulas e nas reuniões de departamento, determinam a forma de implementar o PCB e o PCE, com as necessárias adaptações, atendendo aos seguintes organizadores:

- i) unidades didáticas;
- ii) conhecimento prévio do aluno;
- iii) competências a desenvolver em cada unidade;
- iv) metodologias de ação;
- v) diferenciação pedagógica com base nos diferentes ritmos de aprendizagem dos alunos e estratégias contemplando a diversidade;
- vi) atividades para a aprendizagem, incluindo reportório a utilizar;
- vii) trabalho individual e em grupo;
- viii); temporização/calendarização;
- ix) espaço;
- x) avaliação,
- xi) relação com a Missão e a Visão.

Compete a cada professor desenvolver, de acordo com as orientações do PCB e PCE, o seu próprio PCA, de acordo com o tipo de capacidades dos seus alunos, os recursos que dispõe e a sua metodologia de trabalho. Esse documento integra o dossier de trabalho de cada docente.

No âmbito do funcionamento da disciplina de instrumento e/ou de classe de conjunto, organizam-se complementarmente diversas atividades extracurriculares, destinadas exclusivamente à comunidade escolar, que consistem em audições trimestrais de instrumento, recitais ou concertos, realizadas no final de cada período letivo. O público é constituído na sua grande parte pelos familiares dos alunos envolvidos.

3. Prática de Ensino Supervisionada em Canto

3.1. Caracterização da Aluna

Nome: Inês Alexandra da Silva Pereira

Pai: João Manuel Vieira Pereira

Mãe: Maria Alexandrina Miranda da Silva Pereira

Data de Nascimento: 10/02/1997

Morada: Rua Sport Club Vianense, Lote 16, 2º Esq., 4900-375 Monserrate – Viana do Castelo

A Inês Pereira ingressou na Academia de Música de Viana do Castelo – Conservatório Regional do Alto-Minho no ano letivo de 2008/2009, na classe de Piano do Prof. Yuri Popov. Com o sucesso no decorrer do seu percurso neste instrumento, chegou a ponderar a possibilidade de seguir Piano como futuro profissional, mas duas mudanças repentinas de professor fizeram-na desmotivar, uma vez que se encontrava muito ligada ao primeiro professor e as pedagogias implementadas eram divergentes.

Por influência da disciplina de Classe de Conjunto (Coro) surgiu o interesse em experienciar o Canto, acabando por fazer a transferência para este instrumento em 2012/2013, na transição do 3º Ciclo para o Curso Secundário, ingressando na classe do Professor José Lourenço. Contudo, considerou regressar ao Piano, já que a instituição lhe informou não ser possível suportar o curso completo, pois não tinha verbas suficientes para as disciplinas de línguas. Ainda assim, manteve-se no Curso de Canto em regime supletivo, pois a direção da AMVC apontou como solução a frequência de Alemão e Italiano na escola regular e, a seu tempo, realizar os exames nacionais finais das disciplinas, de forma a possuir equivalência às mesmas. Esta solução não chegou a ser viável, devido à falta de articulação entre as instituições.

Sempre se sentiu muito apoiada e incentivada pelo professor, o qual tinha o cuidado de orientar o repertório para compositores com os quais se identificava. A sua evolução era salientada, sendo de destacar a importância dada pelo docente ao trabalho com base no teatro musical/exploração cénica, o que levava a aluna a desbloquear determinadas dificuldades ao nível físico, emocional e técnico.

A mudança de professor neste terceiro e último ano foi um choque, uma vez que a mesma está associada a um acontecimento trágico. A aluna tinha a noção do empenho por parte do professor atual em auxiliá-la a melhorar a sua prática vocal, mas a forte presença e automatização da pedagogia anterior impedia-a de ser capaz de dar resposta às tarefas propostas. Tinha, ainda, a consciência de se

distanciar e refutar muitas vezes as indicações dadas, alegando que não havia ultrapassado a perda do professor antigo.

Desde o primeiro contato que a aluna revelou capacidades ao nível vocal, possuindo um timbre distinto do comum, caracterizado pela densidade do seu registo médio-grave. Ainda assim, foram notórias as dificuldades no que respeita às noções básicas de ritmo e melodia (sentido de pulsação, frase musical e afinação) e de produção vocal (fonação, máscara e sustentação). O trabalho realizado foi focado nestes principais aspetos, tendo como base de incidência o repertório designado pelo professor titular.

3.2. Plano de Estágio e Repertório

Aluna: Inês Alexandra da Silva Pereira

Horário da Aula: 16h00 – 17h30

Dia da Semana: Sexta-feira

Plano de Estágio - Canto								
Período	Mês (2014/2015)	Dia do Mês				Total Aulas	Presenças Prof. Titular	Aulas Observadas Dadas Estagiária
1º	Outubro	-	-	-	31	1	0	0 0
	Novembro	07	14	21	28	4	1	0 1
	Dezembro	05	12	-	-	2	2	1 0
2º	Janeiro	09	16	23	30	4	4	4 0
	Fevereiro	06	13	20	27	4	4	0 1
	Março	06	13	20	-	3	3	2 0
3º	Abril	-	10	17	24	3	2	1 1
	Maió	08	15	22	29	4	4	3 1
	Junho	05	-	-	-	1	1	1 0
TOTAL DE AULAS						26	20	12 4

Repertório		
Período	Obra e Compositor	Género
1º	- "L'ho perduta", Le Nozze di Figaro, Wolfgang Amadeus Mozart - "Der Nußbaum", Myrthen Op. 25, Robert Schumann	Ária de Ópera Lied
2º	- "But who may abide", Messiah, Georg Friedrich Haendel - "Che farò senza Euridice", Orfeo ed Euridice, Christoph Willibald von Gluck	Ária de Oratória Ária de Ópera
3º	- "Sonntag", Fünf Lieder Op. 47, Johannes Brahms - "Rêve", Maurice Ravel	Lied Mélodie

3.3. Reflexão

Estando a aluna num 3º ano de Canto, considero que não possuí uma noção clara da complexidade inerente à produção vocal, revelando desconcentração e desinteresse no processo de aquisição e transferência de conhecimentos para o repertório executado ao longo do ano letivo. De salientar que se tratou de um ano letivo em que a aluna foi sujeita a uma mudança de professor e que esta se encontra associada a um acontecimento trágico, que possivelmente ainda não terá sido aceite ou ultrapassado, pois leva-me a crer que este seja a origem da postura mantida com o professor atual por parte da mesma.

Nitidamente, observava-se uma atitude de rejeição, a qual trespassava o carácter pessoal e se transpunha para o processo de ensino-aprendizagem, arriscando-me a afirmar que, qualquer tentativa por parte do professor em criar um ambiente mais benéfico para ambas as partes ou mesmo de se impor como um exemplo e veículo de conhecimento, resultava numa relação de maior distância e rejeição desse conhecimento como válido.

Importante realçar que as aulas em falta foram reposicionadas pelo Prof. Titular. Contudo, a impossibilidade de conciliar os horários dos três intervenientes fez com que não fosse viável observá-las. Ainda assim, foi muito gratificante para mim este contexto, porque me fez compreender quão difícil é estar na posição de um professor e que, enquanto educadores, temos uma enorme responsabilidade em inculcar determinados valores nos nossos alunos. Quando nos deparamos com um caso deste género, temos de saber gerir muito bem a nossa frustração e lidar com o aluno em questão com a maior naturalidade possível, tentando sempre aproximá-lo. Estou certa de que, seguindo um caminho regulado pelo diálogo e sinceridade, as metas se alcançarão, ainda que o aluno leve o seu tempo a sentir-se seguro e a depositar em nós a sua confiança.

4. Prática de Ensino Supervisionada em Música de Conjunto

4.1. Caracterização da Turma

Nome dos Alunos	Idade	Dia da Semana Horário da aula
Mariana Neiva Pereira	15	Sexta-feira 18h30 – 20h00
João Ricardo Santos Franco	15	
Inês Ferreira Rodrigues	14	
Mafalda Luísa Sampaio Oliveira	13	
Francisco Moreno Maciel	13	
Carolina Gaião Teixeira	15	
Joana Maria Gomes Santos	15	
Gabriela Ribeiro Fernandes	15	
João Miguel Ribeiro Silva Marques	15	
Simão Monteiro Lourenço	14	
Gonçalo da Câmara Peixoto Correia	14	
Helena Isabel Ribeiro Simões	15	
Joana Margarida Morant	15	
Matilde Cerqueira Silva	13	
Miguel Correia	14	
Patrícia Alexandra Martins Ferreira	32	
Lucas Amorim da Rocha	20	
Tiago Rodrigues	27	
João Miguel Caires Fernandes	14	
Luís Miguel Martins Brito	14	
José Duarte Pereira de Castro Alves	14	

4.2. Plano de Estágio e Repertório

Plano de Estágio - Canto							
Mês (2014/2015)	Dia do Mês			Total Aulas	Presenças Prof. Titular	Aulas Observadas Dadas Estagiária	
Outubro	-	-	-	31	1	1	1 0
Novembro	07	14	21	28	4	4	3 0
Dezembro	05	12	-	-	2	2	2 0
Janeiro	09	16	23	30	4	4	4 0
Fevereiro	06	13	20	27	4	4	2 1
Março	06	13	20	-	3	3	2 0
Abril	-	10	17	24	3	3	2 0
Mai	08	15	22	29	4	4	3 1
Junho	05	12	-	-	2	2	2 0

Repertório	
Período	Obra e Compositor
1º Período	"Messiah HWV56", Georg Friedrich Haendel
2º Período	"Messe", Frank Martin "Insanae et Vanae Curae", Joseph Haydn
3º Período	"Gloria", John Rutter "Chichester Psalms", Leonard Bernstein

4.3. Reflexão

O grupo revelou-se dinâmico e demonstrava imensas capacidades ao nível da leitura, equilíbrio sonoro, afinação e fusão tímbrica. De realçar a relação professor-alunos, a qual se afirmava como uma troca de aprendizagens e partilha de conhecimentos por parte do professor titular de um modo prático e objetivo, conduzida sempre com base no respeito mútuo e uma dinâmica descontraída, mas ao mesmo tempo pautada por um cariz sério e didático.

Uma questão menos positiva observada nas aulas assistidas, foi a regularidade nos atrasos de alguns alunos, levando muitas vezes a que estes não participassem do aquecimento. Ainda assim, ressalvo a consciencialização realizada pelo professor titular, alertando que estes constituíam uma perturbação para o decorrer do trabalho. Esta situação foi melhorando ao longo do ano letivo.

Ainda durante a fase de observação, o professor sentia a necessidade de chamar a atenção de alguns alunos para comportamento menos corretos, como falar com outros colegas durante o trabalho com um determinado naipe que não o deles ou interromper a aula com comentários pouco pertinentes ou deslocados para o momento. Contudo, e também devido à complexidade do repertório abordado e seriedade imposta pelo professor para com as atividades agendadas, os alunos moderavam de imediato a sua postura.

As aulas dadas não foram antecipadamente programadas, pelo que não houve a elaboração de uma planificação para o efeito. Dada a exigência do repertório a abordar e a necessidade de o preparar sempre com alguma urgência, dadas as atividades agendadas, condicionou a cedência da aula. Este motivo levou a que tomasse conhecimento de que a aula poderia ser dada por mim praticamente na hora de início.

Esta situação, apesar de ser delicada, forneceu-me ferramentas para em pouco tempo elucidar-me do trabalho que pretendia desenvolver. Não foi tarefa fácil, pois sentia-me desprovida de meios para tal no âmbito desta disciplina. Ainda assim, ao observar o trabalho desenvolvido pelo Prof. Titular, fui adquirindo e assimilando quais as principais competências a propor neste contexto, bem como quais as estratégias mais adequadas e qual método a utilizar. Nesse sentido, e baseando-me nesta mesma observação, julgo ter conseguido aproximar-me do grupo de uma forma positiva, sentindo igualmente que os alunos me receberam carinhosamente e acataram os vários conselhos que lhes apresentei. Por outro lado, o foco do meu trabalho recaiu sempre numa tentativa de insistência e aperfeiçoamento daquele que vinha a ser feito pelo Prof. Titular, não permitindo que os alunos se sentissem distanciados ou deslocados, incutindo, porém, uma visão técnica associada ao Canto, área na qual me sinto confortável e também fundamental para o desempenho coral.

A exigência e dificuldade do repertório em questão, como por exemplo a obra de Bernstein, caracterizada por um variado leque de texturas e por uma complexidade rítmica e métrica, colocaram à prova as minhas capacidades de lidar com algo que considerava longínquo da minha realidade. Também a contínua assistência e apoio incondicional do Prof. Titular e Cooperante, neste caso, foi fundamental para o entendimento de um gesto claro e eficaz, capaz de comunicar com a classe e propiciador de uma linguagem musical e expressiva através do movimento, fazendo-me compreender que a direção coral é algo bem mais complexo do que alguma vez idealizei e é um mundo repleto de aprendizagem que pretendo continuar a explorar.

5. Análise Final sobre a Prática de Ensino Supervisionada

Este relatório de estágio encerra um longo caminho de estudos e investigação a que me propus, no sentido de me preparar o melhor possível para uma atividade que tanto me fascina, mais propriamente a de ensinar Canto.

Especificamente na área do ensino do Canto em Portugal, sempre me pareceu importante colmatar a falta de estruturação das aulas e a desorientação respeitante aos conteúdos programáticos. Por exemplo, o «porquê» e «quando» de se executar uma determinada ária nunca me foi claramente explicado, nem eu própria, enquanto aluna, consegui sustentar-me em monografias ou artigos com base nesta temática para uma melhor compreensão. O ensino bastante técnico, fundamentado em alguns métodos ainda hoje utilizados, está a decair e a ser substituído por um uso excessivo de conceitos científicos ou referências a aspetos anatómico-fisiológicos. É importante este cuidado atual com a postura e toda a intervenção muscular envolvida no ato de cantar, mas está a perder-se, a meu ver, uma técnica assentada no desenvolvimento da voz de um modo natural e de acordo com a pureza e identidade da ‘vocalidade’ do sujeito. “Até ao início do século XX, a literatura sobre canto incluía sobretudo livros escritos por artistas acerca da sua visão da arte deste instrumento, focando principalmente aspetos de interpretação ou então coletâneas de vocalizos. Progressivamente, começaram a aplicar-se as descobertas científicas à técnica vocal e, a partir dos anos 40, quase todos os livros passaram a abarcar explicações acerca de aspetos fisiológicos (anatomofisiologia) e físicos (acústica).” (Sacramento, A. C. P., 2009: p. 7)

Ao inscrever-me neste Mestrado em Ensino de Música e iniciar esta etapa tão enriquecedora, esforcei-me por potencializar a compreensão daquilo que é essencial e acessório num determinado momento do processo ensino-aprendizagem. Partindo daí, faço um balanço positivo do meu desenvolvimento profissional, já que este período me levou a procurar uma reflexão constante sobre a minha ação enquanto professora, a fim de a melhorar e me empenhar na auto-observação, objetivando desenvolver o meu saber e evoluir como ser humano.

Selecionar um tema para investigação não é uma decisão que se tome apressadamente. A escolha deve recair sobre um assunto com o qual o investigador esteja preparado para «conviver». Aquando da definição do tema do meu estudo de investigação, pretendi, então, aproximar-me de uma questão para a qual me sentisse motivada.

A Articulação Temporomandibular (ATM) é uma das articulações mais importantes do corpo humano (Howard, 1998) e indispensável para a realização de atividades como o Canto (Seeley, Stephens e Tate, 2005). A propensão de cantores para o desenvolvimento de distúrbios nesta zona articular é irrefutável

e a dificuldade em encontrar soluções que auxiliem a diminuição da dor ou de exercícios fundamentados cientificamente capazes de dar resposta à Disfunção Temporomandibular (DTM), levou-me, na primeira pessoa, à necessidade de procurar práticas preventivas que pudessem constituir uma forma de autorregulação deste problema, uma realidade existente em tantos estudantes e profissionais do Canto. Dada a especificidade deste instrumento, parece-me de extrema importância que se considere a função da ATM no desenvolvimento de uma técnica vocal precisa e eficaz e os riscos ou consequências que acarreta uma DTM no percurso de um cantor.

Partindo então do âmago da temática de investigação, a inserção do mesmo na minha Prática de Ensino Supervisionada não foi possível, uma vez que a aluna não apresentava a sintomatologia associada à DTM. Esta relação com o Projeto de Ensino Artístico foi ainda limitada pelo fato de as aulas dadas estarem sujeitas à cedência do professor titular, o que não viabilizou a criação e implementação de uma prática regular dos exercícios propostos para a otimização e controlo dos efeitos da DTM na articulação e, conseqüentemente, na prática vocal. Deste modo, proponho-me a selecionar uma amostra de 8 participantes do sexo feminino, estudantes de canto em Portugal, clinicamente diagnosticadas com esta desordem. Estas participantes serão sujeitas à aplicação de alguns questionários, objetivando a investigação do impacto desta patologia na prática de um cantor. Pretende-se ainda fazer um levantamento dos constrangimentos que esta patologia pode causar, bem como possíveis diretrizes pedagógicas preventivas desta disfunção.

No decorrer desta prática pedagógica enquanto docente de Canto, ou seja, nas aulas dadas, apesar de estar um pouco condicionada pelas razões anteriormente apontadas, tentei ser coerente com a técnica vocal que pratico e transparente na informação transmitida à aluna, tendo em especial atenção questões que propiciassem a confusão no cruzamento de conteúdos ou aspetos técnicos. Observei que a aluna não havia adquirido consciência de uma postura correta e demonstrava falhas ao nível de noções básicas relativamente ao aparelho fonador e respiratório. Nestas aulas, privilegiei exercícios combinados com alternância entre ressonância e voz cantada, procurando um fio condutor e constante da coluna de ar, precisão no ataque e consciencialização do trabalho e função palatal. Para reforçar a sustentação dos aspetos referidos, enfatizei a vogal 'i', a qual permitia à aluna confortabilidade e, assim, não colocava em risco o alcance dos objetivos propostos a curto prazo. Outras vogais foram sendo introduzidas, destacando-se a dificuldade da aluna em manter estável a posição e colocação das mesmas, nomeadamente na vogal 'a', a qual recuava à zona traseira da língua e propiciava uma constrição laríngea exacerbada. Concluindo, foi dada relevância sobretudo a que a aluna procurasse uma prática vocal saudável e com base na naturalidade, em oposição ao que realmente apresentava, isto é, ataques apáticos, sem qualquer energia ou conexão entre

pressão subglótica e contração muscular, e insistência numa sonoridade baça, caracterizada pelo peso e entubação vocal. Tudo isto conduzia, igualmente, a uma vibração das cordas vocais quase sem flexibilidade, elasticidade e espontaneidade, e um desequilíbrio ao nível dos registos.

No que concerne às aulas dadas na turma de Classe de Conjunto, apesar de ser constituída por um grupo heterogéneo, ou seja, alunos de diferentes instrumentos, faixas etárias e níveis de ensino distintos, este apresentava facilidades ao nível do trabalho de leitura do repertório e uma enorme motivação para a disciplina. Os alunos participaram nas aulas com energia e respeito pelas metas propostas, potencializando o trabalho desenvolvido e propiciando um ambiente cómodo e um espírito construtivista na condução das aulas. A empatia com a turma foi surgindo desde cedo e o repertório trabalho manifestou-se estimulante, considerando que o balanço foi bastante positivo, no sentido em que os alunos demonstraram interiorização das competências a adquirir e dos objetivos a alcançar. Ainda assim, optei por uma postura mais séria, fazendo intervenções diretas e direcionadas, no intuito de reter a atenção dos alunos. Era visível, contudo, um decréscimo da concentração na fase final da aula, pelo que destinei estes momentos finais à passagem global das obras ou secções trabalhas pormenorizadamente ao longo da aula, evitando grandes pausas para explicações mais teóricas ou procedimentos ao nível técnico. Julgo que estas estratégias surtiram efeito, verificando-se a diminuição de momentos de confusão praticamente de imediato. De destacar a enorme aprendizagem e conhecimento adquiridos no que respeita à disciplina de Classe de Conjunto, na qual me sentia desprovida de ferramentas pedagógicas, bem como de noções ao nível da estruturação de uma aula e aspetos a desenvolver. Ao professor titular, neste caso igualmente cooperante, Prof. Vítor Lima, tenho a agradecer, pois foi preponderante para este que processo ocorresse, acompanhando-me e apoiando-me incondicionalmente e consistindo para mim um exemplo de cooperação, humildade e profissionalismo imensuráveis.

Senti que esta Prática de Ensino Supervisionada cumpriu o seu propósito, orientando-me para a consolidação da prática pedagógica que pretendo aplicar enquanto professora, revelando-me caminhos corretos e errados, e variadas metodologias para o processo de ensino-aprendizagem. Abracei esta etapa com entusiasmo e dedicação e estou certa de que constitui apenas o início de um longo percurso, no qual tenho de estar consciente dos métodos a aplicar e disposta a adquirir conhecimento novo, porque um professor só pode ensinar quando se predispõe a aprender.

PARTE II

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1. Introdução

1.1. Temática de Investigação

Devido ao nível de exigência, quer física, quer mental, a que um músico é sujeito aquando da prática do seu instrumento, é visível com frequência o desenvolvimento de problemas, os quais se intensificam no caso de não serem implementadas estratégias preventivas.

No que respeita à voz, muito se tem interrogado acerca da predisposição de um cantor para o desenvolvimento de distúrbios ao nível da Articulação Temporomandibular (ATM), dada a sua exposição à elevada mobilidade desta zona músculo-esquelética. Segundo Howard (1998), a ATM é uma das mais importantes articulações do nosso organismo e responsável por atividades fundamentais no nosso quotidiano, tais como a mastigação e a comunicação.

Formada pelo encaixe dos ossos temporais da cabeça e dos côndilos situados nas extremidades da mandíbula, a ATM e o seu bom funcionamento condicionam diretamente a abertura e o encerramento mandibulares, um gesto articulatório crucial e indispensável para uma qualidade ao nível do sistema ressoador. Assim, considerando esta especificidade acústica no Canto, pode afirmar-se que uma maior pesquisa acerca da função desta articulação e da sua influência no aparelho vocal é de extrema pertinência e deve ser aprofundada, visando uma eficiência e precisão da técnica vocal¹ empregue no processo de ensino e aprendizagem.

Investigações mais antigas vieram levantar esta problemática e demonstrar que a ATM é suscetível ao desenvolvimento de disfunções, afetando sobretudo adultos do sexo feminino. Nomeadamente Seeley, R., Stephens, T., e Tate, P., em 2005, apontam para os níveis mais elevados de ansiedade e stresse a que estes indivíduos são submetidos, fatores propiciadores a este tipo de distúrbios.

Em 2007, Silva, A., Morisso, M., e Cielo, C., ao tentar entender a relação entre o grau de severidade da sintomatologia da Disfunção Temporomandibular (DTM) e a influência desta na qualidade e produção vocais, frisam que esta é uma das mais complexas patologias ao nível orgânico e responsável por promover modificações nos movimentos mandibulares que, conseqüentemente, geram alterações na voz. Os autores referem ainda que os estudos em torno desta temática são insuficientes, apesar de nos últimos anos se ter vindo a dar uma especial ênfase à observação desta articulação, impulsionadora da eficácia das

¹ Termo utilizado para definir a capacidade de dominar um conjunto de processos neuromusculares associados aos diferentes elementos constituintes do aparelho vocal, proporcionando assim um menor esforço aquando da produção vocal e, logo, uma ação fonatória sistemática e competente.

funções estomatognáticas, as quais permitem clareza na voz falada e cantada. Contudo, estas pesquisas assentam sobretudo na relevância da saúde mandibular para uma articulação adequada mais ao nível da voz falada. Assim, apontam para a escassa existência de estudos que associem a presença desta disfunção e as perturbações adjacentes na produção vocal.

Também em 2007, Tauci, R., e Bianchini, E., vêm explicar que, no caso de existir uma DTM, os movimentos desta estrutura articulatória estão automaticamente condicionados. Ainda em 2007, Lindblom, B., e Sundberg, J., consideram que a voz é o único instrumento musical cuja ressonância depende da articulação.

Paralelamente, Ferreira, T., Silva, H., e Balata, P., em 2008, e Machado, I., Bianchini, E., Silva, M., e Ferreira, L., em 2009, confirmam a existência de alterações vocais na presença desta disfunção, especificamente no âmbito da articulação, ressonância e tipologia vocal. Verifica-se uma relação entre a motricidade orofacial restrita devida à DTM e as queixas de desconforto vocal ou dor, manifestando alterações na voz e nos seus principais componentes laríngeos. Apura-se, ainda, que os sujeitos portadores de DTM apresentam ruídos articulares, os quais devem ser igualmente avaliados aquando do tratamento.

Por outro lado, estudos mais recentes vêm reiterar a suscetibilidade de um cantor operático no desenvolvimento de desordens ao nível articulatório. Em 2012, Abboud, H., Itin, I., e Fernandez, H., ressaltam o diagnóstico e a análise dos dados recolhidos da sua pesquisa, na qual é observável uma maior probabilidade de atingimento da musculatura articulatória orofacial num cantor lírico, uma vez que o registo vocal explorado é mais amplo e implica uma hipermobilidade ao nível de toda a mandíbula, com especial ênfase na zona da ATM.

Conclui-se, então, que a Articulação Temporomandibular transporta uma sublime importância na ação de um cantor, já que ela consiste no veículo por excelência da estabilização articulatória, a qual condiciona constituintes essenciais na produção vocal, tais como afinação, timbre, pronúncia textual, intensidade e dinâmica vocais, frequência de fonação, entre outros. Assim, um distúrbio nesta articulação pode acarretar diversas limitações na prática do Canto.

1.2. Motivação

"A student's success in singing is determined by a variety of factors: an understanding of the vocal mechanism, the ability to coordinate efficiently the physical processes involved in the act of singing, sensitivity to musicianship, and creativity in interpretation. (...) The teacher must know what he is doing (...) and the student's respect for the teacher's knowledge (...) gives him the confidence that he is building in a solid way. (...) For a beginning teacher to be successful, he must find a way to minimize the severity of this learning curve." (Clements, B., 2005: p. 1)²

Enquanto aluna e, posteriormente, docente de Canto, deparei-me com a evidência da escassa existência de materiais didáticos de apoio à prática pedagógica. Uma grande maioria dos alunos estuda de um modo não estruturado e sem qualquer suporte fundamentado que os direcione, por exemplo, para exercícios de aquecimento e/ou relaxamento devidamente alicerçados, e compreendidos na sua plenitude funcional. Este facto leva, então, ao desenvolvimento de patologias que, no caso dos cantores, são intensificadas pela excessiva carga de tensão e pressão submetidas em zonas como a mandíbula ou o pescoço. Por outro lado, é visível a falta de conhecimentos ao nível científico e anatómico, bem como uma preparação competente por parte dos docentes para colmatar as inferências dos distúrbios desenvolvidos no processo de ensino e aprendizagem.

Na verdade, quando estratégias preventivas ou, numa fase mais avançada, de complementaridade ao tratamento não são implementadas, estes problemas tendem a evoluir e a gerar outros obstáculos, podendo contribuir para uma desmotivação e, conseqüentemente, abandono do estudo do Canto. No sentido de promover uma técnica correta e uma estabilidade da saúde vocal, parece, então, de elevada pertinência não só o estímulo à pesquisa da literatura em torno desta temática, mas também o incentivo de estudos que assentem na mesma, procurando desenvolver, de forma interdisciplinar, ferramentas que potencializem um equilíbrio entre o ensino e a prática do Canto.

² O sucesso de um aluno de canto é determinado por uma variedade de fatores: uma compreensão do mecanismo vocal, a habilidade de coordenar eficientemente os processos físicos envolvidos no ato de cantar, a sensibilidade à partilha musical, e a criatividade na interpretação. (...) O professor deve saber o que está a fazer (...) e o respeito do aluno pelo conhecimento do professor (...) confere-lhe confiança da construção de um caminho sólido. (...) Para um professor principiante ser bem sucedido, ele deve encontrar um modo de minimizar a seriedade desta curva de aprendizagem." (tradução da autora)

1.3. Objetivos

"The jaws serve as the scaffolding upon which the wind instrumentalists support the tools of their careers, vocalists extend to their fullest limit, and violinists thrust into their performance." (Howard, J. A., 1998: p. 99)³

Estudos prévios fundamentam a tendência e prevalência de patologias fisiológicas em cantores graças às exigências inerentes a esta profissão. (Rugh, J. D., e Solberg, W. K., 1985, e Howard, J. A., 1998) Paralelamente, outras investigações apontam resultados comprovados de que existe ainda um número considerável de cantores que considera o aquecimento vocal como um aspecto opcional ou mesmo prejudicial para as suas performances. (Amir, O., Amir, N., e Michaeli, O., 2005) Por outro lado, estima-se que, com as alterações ao nível do ensino artístico ocorridas ao longo dos últimos anos, a prática pedagógica insurja num método mais centrado no aluno, incitando a autoavaliação, autorregulação e, conseqüentemente, autonomia. (Lennon, M., e Reed, G., 2012)

Nesse sentido, este estudo pretende compreender qual a influência de disfunções, mais concretamente a Disfunção Temporomandibular, na prática vocal e na rotina diária de um cantor. Assim, propõe-se realizar um estudo observacional suportado através de:

- Revisão bibliográfica e crítica da literatura convergida na temática de investigação, demonstrando a importância da ATM na produção e qualidade vocal através da apresentação das suas principais características e presumíveis influências e/ou alterações na presença de uma DTM.
- Análise da relação entre DTM e Canto, verificando as consequências da sua sintomatologia no processo de ensino e aprendizagem do Canto, e na produção vocal.

³ "As mandíbulas têm a função de um andaime sobre o qual os instrumentistas de sopro suportam as ferramentas das suas carreiras, os cantores provocam uma extensão levada ao seu expoente máximo e os violinistas se apoiam para a realização da sua performance." (tradução da autora)

1.4. Questões de Investigação

"A disfunção temporomandibular (DTM) é um conjunto de manifestações associadas a comprometimentos nos tecidos articulares e/ou musculares, envolvendo estruturas anatómicas a ela associadas. (...) A disfunção temporomandibular muscular tem interferência direta na atividade da mandíbula e postura cervical, o que desorganiza o posicionamento de outras funções, como a fonação (...) e modifica, ainda, a atividade laríngea e articulação dos órgãos fonoarticulatórios." (Rockland, A., Teixeira, A. V. A., Silva, J. V da, Lima, S. A. de A., e Oliveira, A. V. de, 2010: p. 41)

No contexto da temática abordada e com o intuito de atingir os objetivos acima expostos, deve-se responder às seguintes questões: Qual o impacto de DTM em cantores? Quais as práticas vocais aplicadas pelos alunos de Canto no seu estudo diário? Estarão estas associadas ao desenvolvimento e à agudização desta disfunção? Que estratégias preventivas são introduzidas pelos docentes de Canto no decorrer das suas aulas? Que outros fatores poderão estar na origem deste problema e quais as suas consequências no processo de ensino e aprendizagem? O que poderá ser implementado pelos professores de Canto a fim de prevenir ou colaborar no tratamento desta patologia?

1.5. Plano de Investigação e Metodologia

Com o propósito de responder a estas questões, o presente projeto de ensino artístico encontra-se dividido em duas partes principais. Uma primeira constituída pela contextualização e fundamentação teórica, na qual se expõe a temática de investigação, explicando a Articulação Temporomandibular e características da Disfunção Temporomandibular, e apresentando, de forma sucinta, o aparelho fonador e constituintes inerentes à produção vocal. Uma segunda parte assente num estudo observacional, que, inicialmente, pretende fazer uma revisão crítica aos estudos mais relevantes realizados em torno do assunto abordado, complementando-se a partir de três essenciais componentes: estudos de caso com base na participação de 5 estudantes de Canto, do sexo feminino, entre os 17 e os 27 anos de idade, clinicamente diagnosticadas com DTM, submetidas à aplicação dos questionários *Índice Anamnésico de Fonseca e Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II*, visando a autoavaliação percetiva da presença de sinais, sintomatologia e hábitos relacionados com esta disfunção; participação de 8 docentes de Canto, entre os 25 e os 60 anos de idade, do sexo feminino, submetidas à aplicação de uma entrevista, objetivando a verificação da importância atribuída à ATM no processo de aprendizagem e performativo, e explicando quais as estratégias introduzidas em contexto de sala de aula e recomendadas no estudo diário do

aluno, quer ao nível de prevenção, quer ao nível de acompanhamento do tratamento; participação de 8 profissionais de saúde, entre os 25 e 55 anos de idade, especialistas em algumas das diversas áreas subjacentes à patologia em estudo, nomeadamente Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Maxilofacial e Terapia da Fala, aludindo para o peso que esta articulação detém na produção vocal, destacando a autoridade que representa na saúde, estabilidade e equilíbrio dos sistemas articulatorio e ressoador, e referindo alguns exercícios e cuidados a ter visando uma possível otimização das práticas pedagógicas implementadas no ensino do Canto.

CAPÍTULO 2

CONTEXTUALIZAÇÃO

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. Articulação Temporomandibular

2.1.1. Componentes Anatômicas e Aspetos Funcionais

Ao observarmos o esqueleto humano, concluímos que os ossos se unem uns aos outros com o principal propósito de permitir movimento. Estas ligações rígidas, quer sejam osso, quer sejam cartilagens, designam-se por articulações.

A Articulação Temporomandibular é considerada a junção mais complexa do corpo humano e está essencialmente constituída por duas partes; o côndilo mandibular (parte móvel, que se desloca) e o osso temporal (parte fixa). Entre estes dois ossos existe um tecido fibrocartilaginoso, denominado disco articular, que, para além de criar um 'espaço virtual', de modo a que não se articulem diretamente, divide os mesmos em partes inferior e superior. A envolver na íntegra todos os componentes desta articulação está uma cápsula ou ligamento capsular, que possui a função de manter a união entre os ossos temporal e mandibular, permitindo que os mesmos se desloquem adequadamente e não resistam aos movimentos que lhes são convencionais.

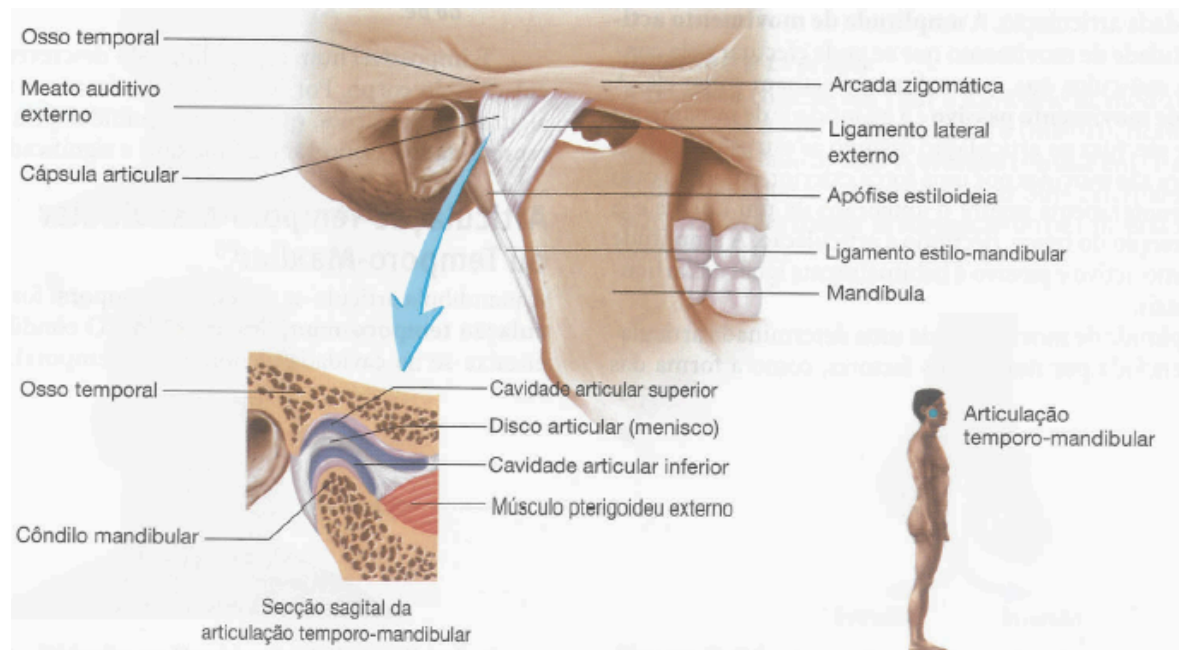


Figura 5 – Vista Lateral da Articulação Temporomandibular (Seeley, R., Stephens, T., e Tate, P., 2005: p. 262).

O 'espaço virtual' existente entre a parede timpânica e o côndilo mandibular (parte posterior) é ocupado por uma complexa rede de tecidos biológicos, à qual podemos atribuir o nome de zona bilaminar, por apresentar duas lâminas, ou ainda Almofada de Sicher. A primeira é a designação mais comum, já que

considera a sua divisão em lâmina superior, composta essencialmente por fibras de tecido elástico que ligam a parte posterior do disco articular à parede timpânica, e inferior, assente em fibras colágenas que unem o disco ao côndilo.

Por sua vez, a cápsula ou ligamento articular é uma membrana que liga ou prende o côndilo mandibular ao osso temporal, envolvendo-os completamente. Composta de tecido conjuntivo, isto é, fibras de tecido elástico e fibras ricas em colagénio, a cápsula articular apresenta-se em duas camadas. Uma externa, caracterizada por uma membrana fibrosa bem resistente, e outra interna, designada de membrana sinovial. Revestida de células endoteliais específicas, ricamente vascularizada e inervada, esta última tem o papel crucial de produzir líquido, fornecendo nutrientes aos tecidos intracapsulares, e capacidade imunológica. Assim, acaba por se tratar de um importante mecanismo de lubrificação, evitando, aquando de momentos de maior compressão, movimentos de fricção acentuada. De ressaltar que, numa situação de compressão prolongada, a libertação de líquido pode ser esgotada, resultando em alterações nestes tecidos. Esta ocorrência é frequente em sujeitos que detêm apertamento crónico.

Numa posição postural, onde não existam interferências da condição oclusal, o côndilo é estabilizado por uma contração moderada muscular, o que caracteriza a tonicidade normal do sistema. A contração moderada e integrada de todos os músculos proporciona uma posição de melhor estabilidade para os componentes intra-articulares, a partir da qual se iniciam os movimentos mandibulares.

Importante salientar dois aspetos ímpares inerentes a esta articulação. Primeiramente, é o único sistema articular com um vetor conclusivo rígido - os dentes. Assim, surge uma interdependência de formação estrutural e estabilidade funcional, que é sustentada entre a dentição e as articulações, levando a que alterações como perdas ou restaurações dentárias, entre outros traumas, originem a necessidade de um reajuste em todo o conjunto. Por outro lado, podemos ver que os côndilos que a formam pertencem ao mesmo osso, pelo que qualquer modificação mecânica e/ou funcional irá afetá-los mutuamente.

Em suma, podemos então considerar que, numa perspetiva puramente estrutural, "o côndilo mandibular e os componentes articulares temporais consistem de osso esponjoso, coberto por uma camada de osso compacto de espessura variada, o qual, por sua vez, é revestido por tecido mole articular." (Maciel, R. N., 1996: p. 309)

Está patente a remodelação adaptativa que essa articulação pode então sofrer, já que lhe está adjacente o crescimento natural de cada indivíduo. Deste modo, o tecido ósseo será também consequência de um processo intrínseco de adição e remoção, portador de um mecanismo que pode eventualmente ser promovido por alterações ou mesmo debilidades ao nível muscular, não se desenvolvendo em conformidade com o que se entende por articulação saudável. "Após o

crescimento, a dinâmica das forças aplicadas continuam a influenciar os tecidos por estímulos contínuos de aposição e reabsorção. Este mecanismo (...) pode ser obtido por alterações na composição dos tecidos articulares moles e duros associados (...) resultando em alterações na forma." (Maciel, R. N., 1996: p. 310)

Estudos apontam que, após um pico mais significativo entre os 18 e os 25 anos de idade, esta remodelação permanece constante em todas as idades do indivíduo e está relacionada com a oclusão praticada, a qual pode ser igualmente influenciada por fatores externos, tais como aspetos funcionais do aparelho mastigatório.

Deste modo, podemos afirmar que a Articulação Temporomandibular adulta não é uma estrutura imutável. No entanto, ela consegue ajustar-se às diversas mudanças que se intrometem no seu mecanismo, desde as exigências metabólicas ou aspetos endocrinológicos às pressões biomecânicas. Considerar, ainda assim, que esta adaptação é lenta e não existe uma forma de prever a sua duração.

Para uma adequada coordenação na abertura, ocorre, numa primeira fase, um pequeno movimento do côndilo, que, ao girar em torno do seu próprio eixo, determina a designada 'rotação'. Neste seguimento, a união articular superficial (côndilo-disco) desliza pela parede posterior da eminência articular, dando lugar ao movimento denominado de 'translação'. Simultaneamente, os tecidos retrodisciais, através das suas estruturas fibrosas elásticas, estiram-se e permitem uma tensão posterior no disco articular, completando-se a ação de abertura.

No que respeita ao fecho ou encerramento, os músculos elevadores, até então inativos para permitir a normalidade do movimento de abertura, são estimulados e desempenham um papel preponderante enquanto motor coordenante, já que são responsáveis pelo retorno suave do disco articular à sua posição. O disco articular consiste, então, numa estrutura firme e flexível, localizada entre as diversas componentes da superfície auricular.

2.1.2. Disfunção Temporomandibular

"A articulação temporomandibular (ATM) é uma estrutura altamente especializada do complexo craniomandibular que está sujeita a comprometimentos de origem neurológica, ortopédica e musculoesquelética, originando as disfunções temporomandibulares (DTM), de etiologia multifatorial." (Maluf, S. A., Moreno, B. G. D., Alfredo, P. P., Marques, A. P., e Rodrigues, G., 2008: p. 409)

A elevada ocorrência de desordens na Articulação Temporomandibular encaminha os profissionais a terem que estar cada vez mais preparados e conscientes destas doenças, sendo fundamental na clínica diária encontrarem-se

ferramentas adequadas a estas patologias e com uma perspectiva interdisciplinar. É sabido que os indivíduos não são igualmente suscetíveis a distúrbios na ATM, contribuindo para tal vários agentes representativos dessas discrepâncias. O elevado aparecimento em mulheres em idade fértil aponta, por exemplo, para o peso dos níveis hormonais e vulnerabilidade genética para a predisposição para esta condição patológica.

A disfunção da Articulação Temporomandibular tem vindo a conhecer variadas designações, nomeadamente Síndrome de Costen, Disfunção Mandibular ou Síndrome da Dor, e Disfunção Miofacial. Caracterizada por deficiências e /ou dor na zona músculo-esquelética mastigatória, a Disfunção Temporomandibular está geralmente relacionada a um desconforto contínuo ou esporádico durante o processo de mastigação e relacionado à movimentação restrita da mandíbula. Portanto, o termo DTM consiste numa generalização de vários sintomas clínicos, envolvendo a musculatura mastigatória, a ATM e estruturas articulares e/ou musculares relacionadas. Associados a esta condição patológica estão diversos fatores comumente considerados anormais ou desadequados, tais como hábitos e rotinas do quotidiano (roer as unhas, por exemplo), stresse, ansiedade, instabilidade mandibular, desequilíbrios posturais, entre outros. Assim, podemos considerar a DTM um distúrbio multifatorial, cuja abordagem de tratamento deve assentar na interdisciplinaridade.

A DTM pode surgir em qualquer idade, mas a taxa de maior incidência ocorre entre os 20 e os 45 anos de idade. Até aos 30, a sua origem está relacionada com fatores musculares, enquanto que a partir dos 40 associa-se a causas articulares. É, ainda, visível um maior atingimento no género feminino.

"Existe uma grande diversidade de opiniões sobre diagnóstico clínico, bases etiológicas e métodos de tratamento dos problemas que afetam as articulações temporomandibulares." (Maciel, R. N., 1996: p. 315) Os estudos existentes não são suficientemente claros quanto à eficácia dos exercícios empregues na terapia de reabilitação e prevenção da DTM. Não obstante, estudos mais profundos, bem como o desenvolvimento de tecnologias mais complexas e detentoras de um grau de eficácia elevada, vêm contrariar esta controvérsia. Os mecanismos biomecânicos e os processos intra-articulares passaram a ser melhor compreendidos e identificáveis, possibilitando uma maior observação das alterações ou disfunções ocorridas nestas estruturas. A relação de interdependência estrutural e funcional entre todos os constituintes é extremamente forte, e a predisposição a que estão expostas consideravelmente frágil, uma vez que simples e básicas atividades do dia-a-dia podem facilmente influenciar positiva ou negativamente a engrenagem de todos os movimentos, potencializando ou impondo uma barreira à harmonia e normal funcionamento de todo o conjunto.

Grande parte dos distúrbios temporomandibulares surgem como consequência de condicionamentos biomecânicos mandibulares. Deste modo, podemos considerar fundamental a correta posição espacial condilar e as relações funcionais inerentes, as quais desempenham um papel primordial na obtenção de uma oclusão normal e estabilidade da tonicidade muscular envolvente em todo o processo. (Maciel, R. N., 1996) Fatores como deficiências ao nível estrutural, inflamações crônicas e deslocamentos ou desvios mandibulares estão seriamente na origem de patologias como a DTM. Se os primeiros propiciam a degeneração local, levando o indivíduo a ser categorizado como portador de um complexo ósseo desfavorável, o último, fator extrínseco ao corpo orgânico do sujeito, causa alterações na posição mandibular e provoca, conseqüentemente, variações nas diretrizes do processo de oclusão. Com a sua interferência, determinados elementos musculares e/ou articulatorios são conduzidos a um desgaste, forçando uma modificação adaptativa antinatural dos tecidos envolvidos.

Um exemplo bem significativo nos estudos de caso realizados e ilustrativos deste fato é o Bruxismo. Este hábito disfuncional é definido como "a atividade parafuncional diurna ou noturna que inclui o ranger e o apertar dos dentes" ou "atividade oral caracterizada pelo ranger ou apertar dos dentes durante o sono", segundo a Academia Americana de Dor Orofacial e a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono respetivamente. (Cunali, R. S., Bonotto, D. M. V., Machado, E., Hilgenberg, P. B., Bonotto, D., Farias, A. C. de, e Cunali, P. A., 2012: p. 361)

Apesar dos vários estudos epidemiológicos já realizados em torno das disfunções temporomandibulares não serem conclusivos quanto à associação existente entre as mesmas e o Bruxismo, este último destaca-se como um fator propiciador do seu desenvolvimento e/ou perpetuação, e apresenta-se como um impedimento ao movimento mandibular.

Concluimos que, para melhor se compreender a origem de distúrbios na ATM, deve-se, inicialmente, observar a base em que assenta a mesma, ou seja, analisar os diversos fatores que a afetam, quer combinados, quer isolados. Neste momento, consegue-se já afirmar que o fator preponderante e a ter em conta antes de todos os outros é o biomecânico. Este é o ponto de partida crucial para despistar problemas intrínsecos ao indivíduo e melhor entender se as causas são orgânicas ou se, por outro lado, esta desordem é um agravamento destas mesmas condições biológicas, ou ainda, se estes corpos sistêmicos disfuncionais são potenciais responsáveis de desencadarem obstáculos no processo oclusal.

A hiperatividade muscular tem vindo igualmente a ser apontada como um dos principais agentes causais de sobrecarga, compressão ou alteração funcional articular. Esta pode não estar relacionada obrigatoriamente ao processo de oclusão, já que é visível em situações do quotidiano, tais como o stresse, hábitos alimentares, posições adotadas a dormir ou no trabalho, entre outras. Por outro

lado, salientam-se outras razões também significativas nas alterações da ATM, seja de forma isolada, propiciando distúrbios, seja de forma combinada, influenciando o percurso clínico em termos de modificações consideráveis ao nível biomecânico, como por exemplo doenças locais e sistêmicas, anomalias de desenvolvimento, agressões traumáticas resultantes de intervenções clínicas e outros tipos de lesões agudas.

Clinicamente, podemos subdividir em duas linhas de pensamento os problemas que afetam a DTM. Uma primeira que assenta na dor e cujos efeitos no indivíduo o levam a procurar recursos profissionais. Esta consiste numa profunda agudização músculo-esquelética e revela descaraterização funcional, a qual pode ser acompanhada de inflamação. Aqui, pode associar-se ainda a limitação de mastigação, potencializando a mastigação unilateral, e de abertura mandibular. Paralelamente, uma segunda perspetiva que determina a disfunção, a qual não provoca dor ao paciente e que, por sua vez, não recorre à ajuda profissional e a um tratamento adequado. Surge da falta ou incoerência ao nível da coordenação dos movimentos mandibulares, significando ausência ou anormalidade nas funções do aparelho mastigatório.

A disfunção está, então, normalmente associada à alteração ou deslocamento articulares, originando, na grande maioria dos casos, estalidos, crepitação, sensação de compressão no ouvido e limitação de movimentos. Estes sinais ou sintomas evidenciam, assim, modificações adaptativas que, gradualmente, se traduzem em níveis patológicos evolutivos, apresentando uma relação inadequada entre côndilo e disco.

O deslocamento pode atingir um estado crónico mais avançado, não ocorrendo no processo de abertura qualquer estalido ou salto do disco sobre o côndilo. Contudo, em diversos casos é favorável e satisfatória uma adaptação funcional, a qual, porém, não impede limitações ao nível do processo de oclusão e, conseqüentemente, não permite uma translação completa. A este podemos denominar de travamento e, a partir do mesmo, é muitas vezes visível um ligeiro desvio, sendo frequente observar-se nos pacientes uma mordida unilateral, a qual afeta somente o movimento rotativo do conjunto côndilo-disco sem condicionar o movimento de translação.

Obviamente, podemos encontrar quadros clínicos cujo prognóstico de reversão é favorável. Por exemplo, se o ruído ou estalido ocorre no início da abertura e na restante movimentação a translação é normal, a situação é habitualmente passível de adaptação e estabilização estrutural, ou seja, este pequeno deslocamento é reversível. Contudo, em casos em que o mesmo ocorra no final do momento de abertura total, o prognóstico de reposicionamento é, regra geral, adverso.

Podemos observar que os profissionais que interligam as DTM aos desequilíbrios estruturais se centram em métodos de tratamento irreversíveis.

Por outro lado, os que atribuem esta responsabilidade a distúrbios de cariz funcional focam-se em ministrar tratamentos mais conservadores, entre os quais medicação com ação anti-inflamatória ou exercícios de relaxamento e correção.

Por outro lado, evidenciam-se ainda as doenças articulares degenerativas não-inflamatórias e inflamatórias. Se as primeiras impedem o indivíduo de possuir uma condição funcional livre e natural do côndilo, e de toda a fossa, as segundas pautam-se por resultarem em traumas infeciosos. Em ambas as situações, o processo é destrutivo e a dor acentuada, provocando igualmente crepitação e uma impossibilidade de adaptação ou reorganização dos sistemas ósseo e articular inerentes.

Além do já mencionado, aponta-se para a desarmonia postural como uma das principais influências para a progressão e persistência da DTM, já que alterações anormais do segmento cervical constituem percentagens elevadas para desequilíbrios nos vários sistemas e componentes biológicos associados à ATM, essencialmente o sistema mastigatório.

Um dos principais problemas clínicos que está intimamente ligado a limitações no processo de ensino e aprendizagem do Canto é o travamento ou luxação, nome utilizado para reconhecer um deslocamento espontâneo ou travamento na abertura da boca. Isto acontece devido ao ato de cantar estar associado a uma abertura da boca além do seu limite funcional, levando muitas vezes a mandíbula a travar em determinada posição. A restrição causada por esta limitação de movimentos incita ansiedade e intensifica o sofrimento do cantor. Além disso, uma vez que esta disfunção gera alterações no mecanismo mandibular, esta implicará mudanças ao nível da fonoarticulação e, conseqüentemente, influência no que respeita à qualidade vocal, podendo levar inclusive ao desenvolvimento de disфонia.

Especificamente nesta tipologia de disfunções, a história clínica e o protocolo radiográfico (Tomografia Computorizada e Ressonância Magnética Nuclear) assumem especial importância, já que o cruzamento destes recursos auxiliares e a identificação dos sintomas por parte do paciente levarão à direção de um diagnóstico mais concreto e, assim, uma terapia adequada. Efetivamente, a recorrência a ferramentas imagiológicas é frequente, útil e eficaz, quer no diagnóstico, quer no tratamento a aplicar.

Podemos observar vários sinais ou sintomas em pacientes com DTM, envolvendo desde dor de cabeça e pescoço, e limitações nos movimentos mandibulares, até sintomas mais generalizados da cavidade oral, ouvidos e nariz, ou mesmo psicológicos. Estes variam de indivíduo para indivíduo, divergindo não só as regiões onde ocorrem, a sua extensão e as suas características, mas também o aparecimento e desenvolvimento dos mesmos, e a relação que possuem entre si.

O diagnóstico da DTM inicia, normalmente, através das queixas do paciente, sendo as mais comuns a dor facial e cervical, movimentos limitados, sons na ATM, anomalias na oclusão, zumbido e alteração na mastigação. Os sintomas assumem-se, regra geral, espontânea e progressivamente, sem que o paciente se aperceba do seu aparecimento. Entre os fatores que levam a esta sintomatologia estão englobados o Bruxismo, cerração dental, lacunas funcionais ao nível da mastigação, stresse, trauma causado por pancada ou mordida brusca, e bocejo. Também se podem associar processos relacionados com tratamentos dentários, nomeadamente ajustes oclusais, abertura bucal prolongada e restaurações com coroas ou próteses.

Estima-se uma incidência entre 70 e 80% de pacientes que relatam experienciar níveis agudos de dor devido à DTM. As regiões mais comuns são a zona da ATM propriamente dita e toda a zona envolvente do ouvido, bochechas, lateral da cabeça e pescoço. A dor é normalmente difusa, mas estende-se e aumenta quando a mandíbula executa movimentos de lateralidade, quando a boca abre amplamente ou os dentes são cerrados abruptamente. Se a dor se mantiver e se manifestar de forma intensa durante os momentos de repouso, pode observar-se um caso de processo patológico inflamatório.

Quando se avalia mais cuidadosamente o processo que leva ao surgimento dos sintomas, pode ponderar-se dois tipos de fatores. Por um lado, consideram-se fatores primários aqueles que se afetam simultaneamente. Por exemplo, com as alterações estruturais da ATM, os tecidos envolventes são lesados e a tensão muscular eleva-se acima dos limites ditos normais. Por outro lado, apontam-se como fatores secundários aqueles que causam os primários, os quais podem ser subdivididos em três categorias: locais, psicológicos e físicos. Os locais, como oclusão anormal, hábitos orais pobres ou excessos de forças e pressões externas na ATM, e respetivos músculos, podem atuar isoladamente ou serem agudizados por fatores psicológicos e físicos, conduzindo à promoção de fatores primários. Não obstante, fatores psicológicos e físicos podem variar de saudáveis a patológicos e, conseqüentemente, fatores locais podem ser contornados. Devido à influência destes diversos fatores em variados graus e modos de se apresentarem, concluímos que a análise do princípio do sintoma se torna inevitavelmente complexa.

O processo de diagnóstico da DTM pode ser determinado com alguma antecedência, pois existem fatores que se evidenciam ainda antes do paciente manifestar certas sintomatologias. Estes são diversificados e podem contribuir como estímulos de desenvolvimento de sintomas que propiciam alterações na ATM e conseqüentes patologias, dado o avanço gradual ou muitas vezes súbito de determinados fatores ou combinação entre si, o que desencadeia, entre outros, distúrbios articulares e musculares nesta região.

Indivíduos que se queixam com frequência de uma sensação de dor na ou próxima à ATM, ou mesmo de um desvio lateral da mandíbula, possuem dificuldades ao nível da mastigação e incapacidade de abertura natural da boca. Por outro lado, bocejar ou abrir a boca de forma intensa e ampla contribui como agravante na mecânica desta articulação, quando praticado de forma incorreta ou não saudável, conduzindo a sintomas mais dolorosos ou mesmo consequências mais destrutivas dos tecidos circundantes da ATM.

Assim, podemos considerar que a recolha de todos os dados (sinais e sintomas relatados) são fundamentais para um diagnóstico adequado, consciente e preciso. Os exames específicos surgem como uma diretriz igualmente relevante, já que é necessário despistar cuidadosamente o diferencial patológico e clínico de cada sujeito, a fim de compreender se há ou não questões hereditárias ou problemas crónicos ao nível das articulações em destaque, bem como hábitos e rotinas diárias que podem infligir e levar a estes sintomas.

Dada a sofisticação do diagnóstico, a precisão em determinar uma relação causal entre os fatores de origem é de elevada complexidade. Deste modo, é importante ressaltar que os sintomas podem parecer os de uma DTM, mas não é impossível que correspondam a uma patologia completamente divergente. A região e o tipo de dor que o paciente vivencia, especialmente a relação entre a dor e a função da ATM, devem ser meticulosamente avaliados, detalhadamente analisados e discutidos entre os profissionais.

"Uma vez que se chegou ao diagnóstico, mesmo que seja provisório, o tratamento pode começar." (Ai, M., 1995: p. 37) É fundamental que o tratamento seja o mais completo possível, atendendo simultaneamente às causas e aos sintomas observados nos diferentes estágios do diagnóstico. Ainda assim, o diagnóstico pode não ser conclusivo e as causas pouco óbvias, tornando o tratamento integral difícil. Deste modo, potencializa-se somente o tratamento imediato para os sintomas, uma vez que o diagnóstico é incompleto, enquanto que a investigação das causas é lentamente feita e estas são tratadas até ao ponto em que se estabelecem, e na medida do que se conhece das mesmas.

"Nem toda a dor articular ou muscular relacionada à face pode ser considerada disfunção temporomandibular (DTM)." (Santos, P. P. de A., Santos, P. R. de A., e Souza, L. B de, 2009: p. 12) Para prescrever um tratamento adequado e específico a cada paciente é importante o controlo desta dor, a qual é condicionada por diversos fatores, tais como origem, variação, duração, entre outros, no sentido de individualizar cada caso. Logo, as terapêuticas a ser empregues devem ser consideradas com extremo cuidado, já que nos referimos a uma disfunção complexa. É necessário compreender a sua etiologia e os vários condicionamentos temporomandibulares relacionados. Além de que, perante a elevada dificuldade encontrada aquando da avaliação, aconselha-se a que o tratamento inicial seja convencional, reversível e não evasivo.

Vários são os estudos que demonstram que os distúrbios temporomandibulares "apresentam causas biomecânicas e funcionais associadas e que os tratamentos devem, basicamente, buscar a remoção na extensão possível destes fatores e na reorganização funcional dos componentes envolvidos". (Maciel, R. N., 1996: p. 367) Portanto, podemos afirmar que o diagnóstico da DTM necessita de uma abordagem ponderada e sustentada numa pesquisa criteriosa, considerando os diversos fatores que inferiram para o seu desenvolvimento. Concomitantemente, deve prevalecer uma equipa médica multidisciplinar, capaz de dar acuidade ao longo espectro que caracteriza esta patologia e de observar as causas, sinais e sintomas associados, analisando o indivíduo como um todo.

O tratamento, seja ele qual for, deve concentrar-se em duas principais premissas. Inicialmente, promover o equilíbrio mecânico e funcional do aparelho mastigatório, com particular ênfase na obtenção e controlo do espaço biológico intra-articular. De seguida, restabelecer a relação natural do conjunto cêndilo-disco com os músculos associados, fomentando uma eficiência estrutural e movimentos confortáveis. Assim, podem considerar-se tratamentos eficazes aqueles que elevam processos recuperativos capazes de obter uma harmonia com base na autenticidade orgânica.

Seja ele mais ou menos direto, o tratamento deve focar-se em fazer o paciente sentir-se melhor, difundindo uma redução dos sinais e sintomas imediatos. As técnicas associadas a cada tratamento ainda não foram objetivamente estabelecidas, uma vez que a especificidade de cada caso leva os profissionais a adaptarem-se, de modo a serem mais eficientes, e aperfeiçoarem os métodos utilizados.

Como complemento, devem ser utilizadas terapias de suporte, já que muitos casos são difíceis de definir ou identificar de forma clara. Efetivamente, as terapias consideradas ideais podem nem sempre resolver completamente os problemas do paciente e ser necessário recorrer a reforços alternativos e/ou suplementares. Destacam-se aqui os agentes farmacológicos, nos casos de dores bastante agudas, e a fisioterapia, para ocorrências que se foquem num determinado local.

2.2. O Instrumento Vocal

2.2.1. Fisiologia

"A fisiologia da voz não começou a ser bem conhecida até ao aparecimento de técnicas inovadoras, as quais vêm conferir uma melhor atenção e tratamento desse recurso humano." (Sataloff, R. T., 1993: p. 50)

Há cerca de duas décadas, o conhecimento acerca da voz humana era escasso. A sua fisiologia era praticamente desconhecida e pouco se sabia sobre os cuidados a ter, de modo a preservá-la e mantê-la numa condição saudável.

Como refere Khambata (1983), a voz humana é, na sua base, um instrumento de sopro e, tal como todos os que integram esta categoria, depende de dois principais mecanismos para que desempenhe a sua função. Um que lhe providencie a coluna de ar que a ativa e outro que, efetivamente, produza o som. "O ato de bem cantar é regido por uma respiração correta; não é possível que este exista sem isso." (Khambata, A. S., 1983: p. 13)

A emissão da voz deve-se à ação coordenada de vários músculos, órgãos e outras estruturas. Efetivamente, podemos dizer que quase todo o corpo tem influência, direta ou indireta, na produção vocal. Quando falamos de fonação, fazemos referência à voz falada e cantada, já que ambas utilizam os mesmos mecanismos para a sua produção. Porém, devido às características especiais da voz cantada, esta utilizará elementos do aparelho fonador de forma mais complexa.

O primeiro órgão a sobressair é a laringe, já que assume a função primária de proteger as vias respiratórias. Situa-se na parte média e anterior ao pescoço, na zona posterior à faringe. Através desta última, comunica com a cavidade bucal e as fossas nasais, e a sua continuidade dá lugar à traqueia. "A laringe é a 'caixa vocal' que forma uma ligação direta entre os pulmões e a traqueia e entre a boca e o nariz." (Khambata, A. S., 1983: p. 14)

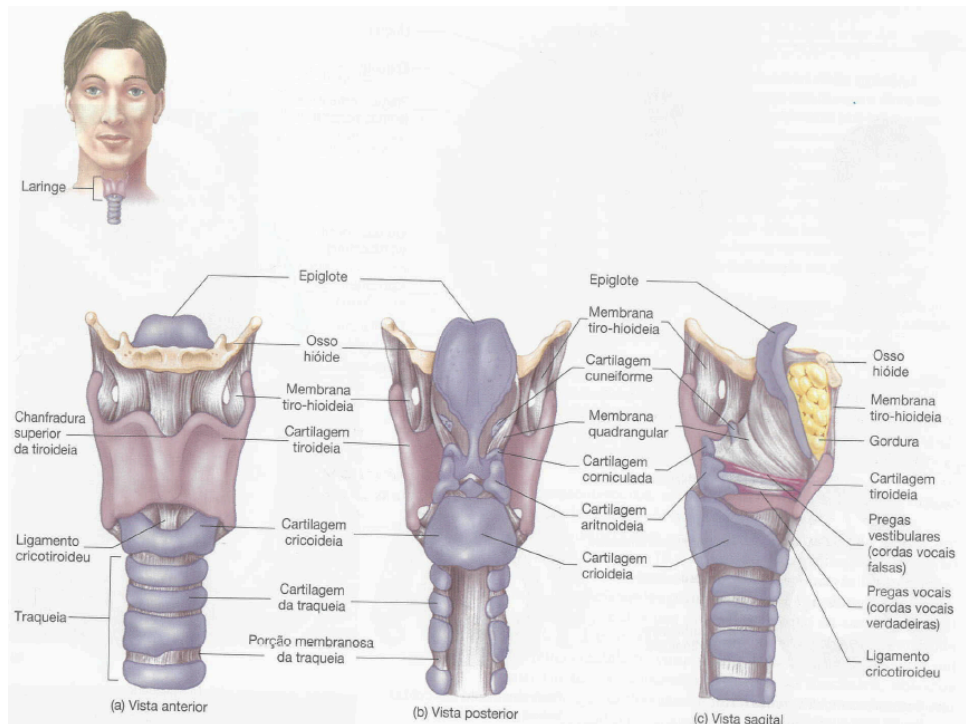


Figura 6 – Anatomia da Laringe (Seeley, R., Stephens, T., e Tate, P., 2005: p. 829).

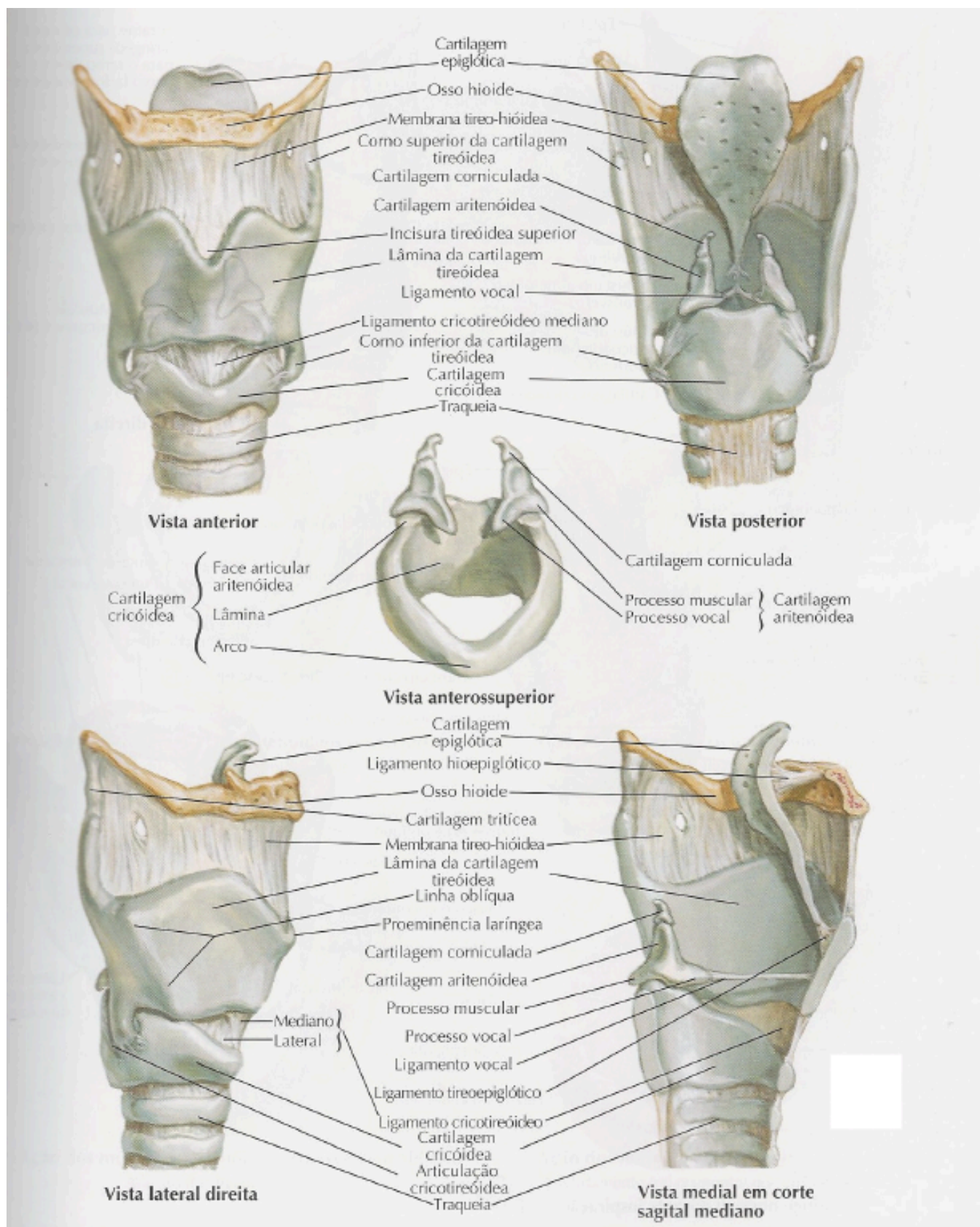


Figura 7 – Vista Anterior, Posterior, Ântero-superior, Lateral Direita e Medial em Corte Sagital das Cartilagens Laríngeas (Netter, F. H., 2011: p. 77).

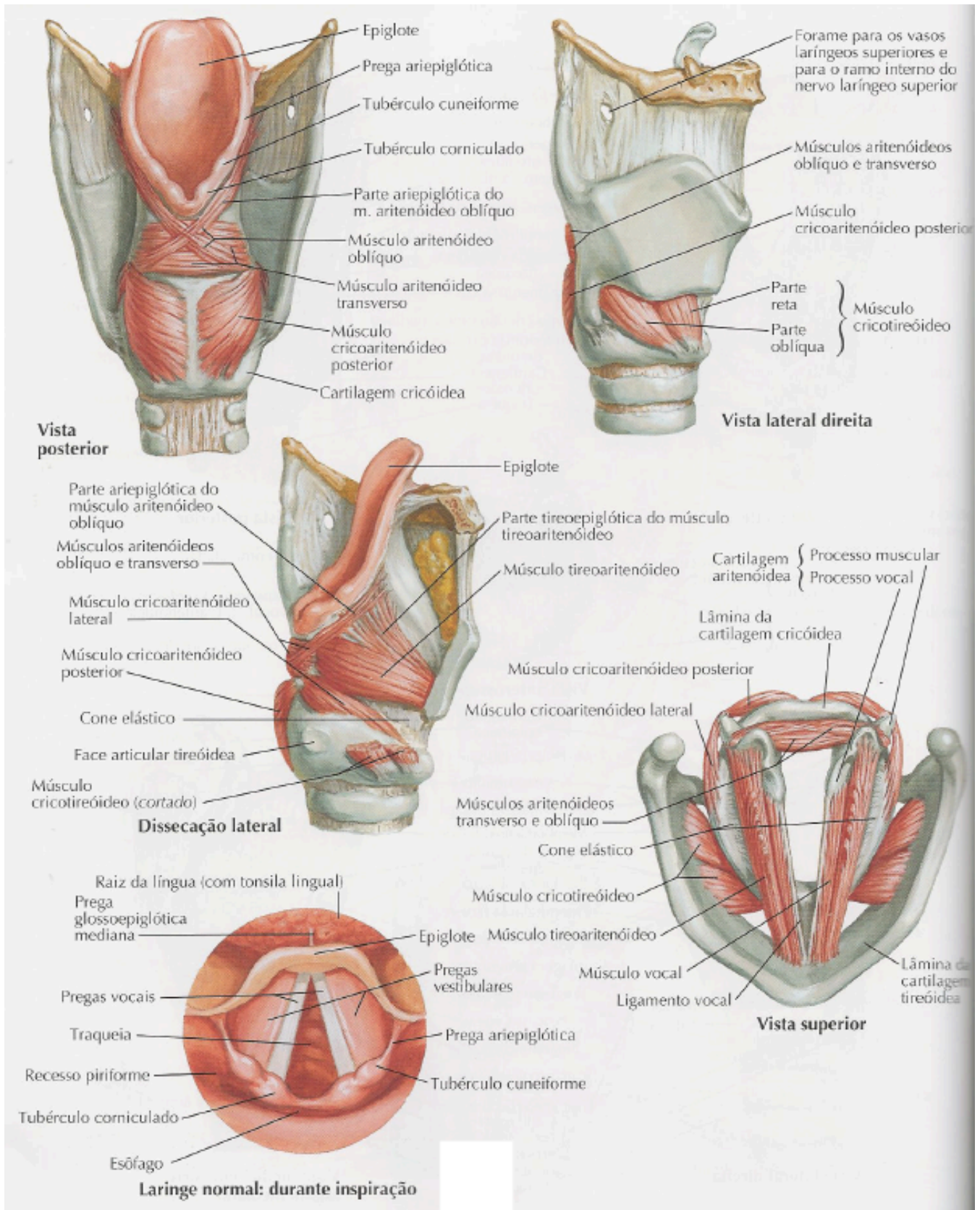


Figura 8 – Vista Posterior, Lateral Direita e Superior da Musculatura Intrínseca Laríngea (Netter, F. H., 2011: p. 78).

Consta de quatro constituintes anatómicos básicos, mais concretamente o esqueleto cartilaginoso, os músculos intrínsecos, os músculos extrínsecos e a mucosa ou camada macia. As principais partes laríngeas são a cartilagem tiroideia (também conhecida por maçã-de-adão devido à sua forma), a cartilagem cricoideia (em forma de anel, constitui a base da laringe), a epiglote (projetada em direção à língua, consiste numa aba livre) e os pares das cartilagens aritenoideias (em forma de corneto) e das cartilagens corniculadas (em forma de cone). A cartilagem tiroideia constitui a maior parte da parede anterior e lateral da laringe e envolve parcialmente as restantes cartilagens. A epiglote situa-se na parte posterior do ângulo da cartilagem tiroideia, unindo-se à mesma através de um pequeno ligamento. A sua função é encerrar o acesso à laringe, impedindo a entrada de corpos estranhos às vias respiratórias durante a deglutição e não formando um elemento integrante do processo de fonação.

Os distintos movimentos realizados entre todas estas cartilagens devem-se graças à ação de pequenos músculos que integram estas mesmas cartilagens, os músculos intrínsecos. Os músculos extrínsecos ligam estas cartilagens a outras estruturas do pescoço. Se estes últimos sustentam a laringe, alterando a sua relação no espaço, os primeiros permitem a mobilidade das pregas vocais para a sua ação vibratória, promovendo tensão e compressão através do encerramento (adução) e abertura (abdução) das mesmas. Ao espaço compreendido entre elas dá-se o nome de fenda glótica ou glote.

As pregas vocais são a principal fonte de produção de som, sendo o mesmo apenas possível através da passagem do ar que faz com que estas vibrem. Constituídas essencialmente por tecido elástico coberto de epitélio (uma membrana extremamente ténue) e alguma fibra muscular, possuem uma cor aproximadamente branca. A força com que o ar atravessa as pregas vocais determina a amplitude da vibração e a intensidade sonora. As variações no comprimento e espessura dos segmentos das pregas vocais afetam a frequência das vibrações e são preponderantes na determinação tímbrica entre indivíduos. As pregas vocais também sofrem, na sua constituição bioquímica, durante outros processos que implicam alterações hormonais importantes, como a menopausa, o período menstrual ou a velhice. Estes podem levar à fadiga vocal, a uma diminuição do registo (perda da região aguda), perda de amplitude e intensidade vocais, e menor riqueza ou qualidade tímbrica (perda de determinados harmónicos).

Imediatamente antes do processo fonatório, as pregas vocais devem estar em contato (aduzidas), mantendo a fenda glótica fechada, de modo a que interceda caminho ao ar expelido. À medida que o ar intrapulmonar é expulsado, produz-se um aumento progressivo da pressão subglótica. Quando esta pressão atinge o seu expoente máximo, as pregas vocais são obrigadas a separar-se e o ar sai com força, infligindo um declínio brusco e acentuado da pressão na fenda glótica. Este fenómeno, denominado de ciclo fonatório ou ciclo vibratório (fase completa de

abertura e encerramento das pregas vocais), vai-se realizando de forma rápida e repetitiva, determinando a vibração das pregas vocais e, conseqüentemente, a produção vocal.

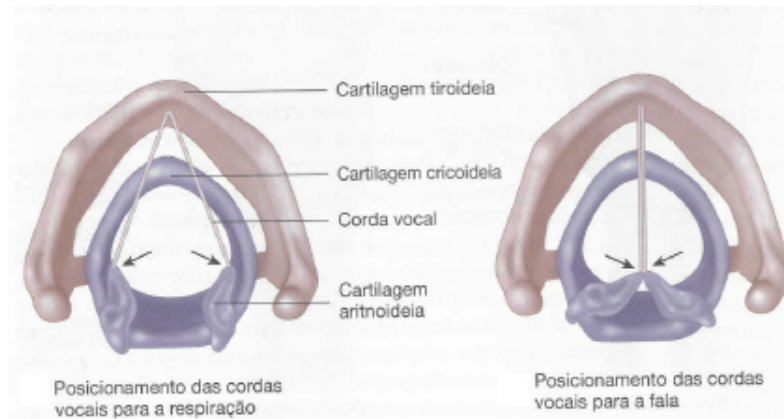


Figura 9 – Pregas Vocais (Seeley, R., Stephens, T., e Tate, P., 2005: p. 830).

Concluindo, podemos considerar que os diferentes constituintes ativados na fonação integram os diversos sistemas do corpo humano e que a produção vocal é um processo extraordinariamente sofisticado, já que abarca elementos desde a componente respiratória e vibratória aos mecanismos ressoador e articulatório. O controle e coordenação de toda esta mecânica é da responsabilidade do sistema nervoso central.

Os movimentos exercidos pelas pregas vocais apenas resultam da passagem do ar entre si, somente possível graças à contração e distensão de toda a musculatura intercostal e abdominal. Deste modo, o sistema respiratório surge igualmente como um suporte indispensável à produção vocal, sendo considerado o 'fole' do aparelho fonador. É composto pelos músculos inspiratórios (diafragma e músculos intercostais externos) e expiratórios (abdominal reto, oblíquo interno, externo e transversos). A maior ou menor intensidade aplicada na construção destes músculos possibilita ao cantor produzir diferentes pressões subglóticas, as quais o conduzem à afinação e precisão fonatória pretendida para o mais diversificado repertório.

"A respiração diafragmático-abdominal ou costo-diafragmático-abdominal, completa ou total caracteriza-se por uma expansão harmônica de toda a caixa torácica, sem excessos na região superior ou inferior. Há o aproveitamento de toda a área pulmonar, e é a respiração mecanicamente mais eficaz para o desenvolvimento de uma voz profissional. A respiração será tão mais profunda quanto maior for a exigência da produção vocal." (Oliveira, M. C. 2000: p. 14) Assim, será crucial compreender os processos envolventes na respiração, de modo a potencializar-se a produção vocal. Estudos comprovam que numa voz devidamente apoiada, ou seja, sustentada num mecanismo respiratório que permite dosear e controlar o fluxo de ar ao longo da expiração (onde ocorre o processo de fonação) através de toda a musculatura interveniente, é possível

verificar que o tempo máximo de fonação é mais longo, sendo a pressão subglótica maior e o encerramento da glote mais imediato.

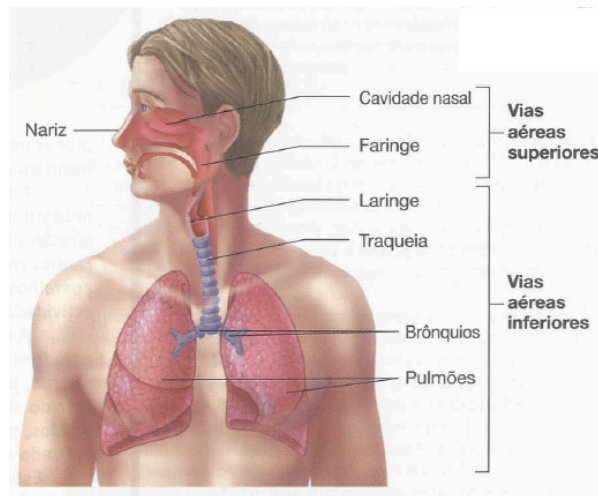


Figura 10 – Sistema Respiratório (Seeley, R., Stephens, T., e Tate, P., 2005: p. 826).

O diafragma é um músculo plano e extenso que se situa por baixo da caixa torácica, assumindo-se como uma lâmina que separa o tórax do abdómen. A caixa torácica é formada pelas costelas, o esterno e a coluna vertebral torácica ou dorsal. No seu interior encontramos outras estruturas, como os pulmões que estão cobertos pelas pleuras, aglutinadas às costelas e ao diafragma. Portanto, qualquer movimento realizado pelas costelas ou diafragma será acompanhado pelos pulmões. Durante a inspiração, o diafragma contrai-se, descendo e apresentando uma posição mais estendida. Desta forma, ao promover-se o seu aumento dimensional, a mesma ação terá lugar em toda a caixa torácica. Aqui, toda a estrutura intercostal detém também um especial destaque, já que a ativação paralela dos músculos adjacentes (internos e externos) desempenhará um papel essencial na dilatação da caixa torácica ao nível horizontal, equilibrando e estimulando estabilidade à sequência do apoio no Canto. Na expiração, o diafragma relaxa e sobe, retomando a sua posição natural côncava ou em cúpula. Os músculos expiratórios atuarão em concordância com a gradual movimentação dos tecidos envolventes, ou seja, a pressão exercida vai diminuindo e perdendo vigor, provocando o encolhimento da caixa torácica de uma forma elástica, não forçada, com base no impulso natural da gravidade do organismo de cada indivíduo. Assim, será por exemplo exequível a sustentação de uma frase melódica em 'legato' e 'sul fiato', conceitos apontados pela escola de Canto italiana como base de uma técnica vocal coesa e que refletem a importância de cantar sobre a respiração.

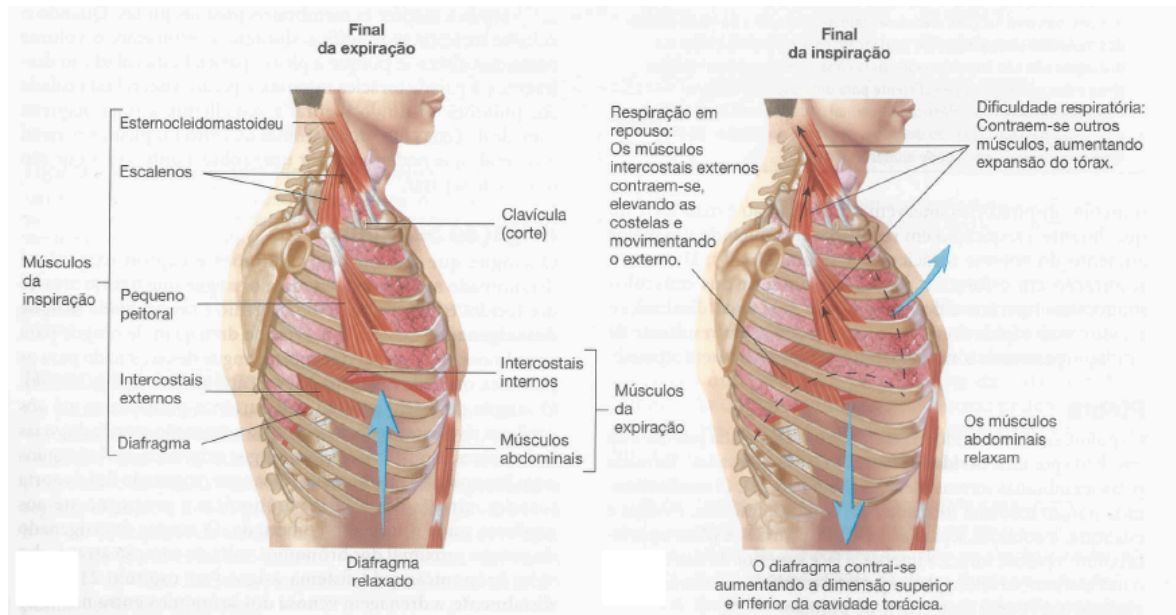


Figura 11 – Efeitos da Musculatura no Processo da Respiração (Seeley, R., Stephens, T., e Tate, P., 2005: p. 826).

"A voz é produzida através da vibração das pregas vocais e o som resultante (nomeado de som 'misturado') é ampliado pelos elementos ressoadores da faringe, boca, nariz e peito." (Alexander, A., 1983: p. 26-27) O sistema vibratório é essencialmente constituído pela laringe, que, como já referido anteriormente, é composta por um sistema músculo-esquelético complexo, o qual se forma por um conjunto de cartilagens que se caracterizam por uma elevada mobilidade e se articulam através de membranas e músculos intrínsecos. A laringe também é um importante elemento do sistema articulatório, pois encontra-se suspensa através dos músculos extrínsecos supra e infra hioideos, determinando o tamanho do trato vocal. Pode encurtar ou potencializar, com a sua descida, um alongamento de todo o tubo, que ao nível acústico se traduz na alteração das frequências produzidas. Deste modo, é a ação do sistema ressoador composto pelo trato vocal que vem elevar e enriquecer o som vocal, atribuindo-lhe e valorizando as características acústicas intrínsecas a cada indivíduo.

"Nenhum outro ressoador de qualquer instrumento musical permite tanta variação de forma." (Sacramento, A. C. P., 2009: p. 71) Outro sistema a ter em conta, responsável igualmente pela ampliação e modificação do resultado sonoro, é o sistema ressoador, constituído pelo trato vocal. Este, por sua vez, é composto primordialmente pela faringe, cavidade oral e cavidade nasal. A sua forma e volume determinará o timbre de cada voz, conferindo-lhe as características acústicas que a tornam singular. A sua versatilidade providencia inúmeras possibilidades no que respeita ao resultado sonoro, podendo, tal como um filtro, ampliar, enfraquecer, suprimir ou permitir a passagem de determinadas frequências.

Devido à sua localização e tamanho, podemos considerar a faringe o principal elemento ressoador vocal. Abarca desde a zona nasal traseira até à boca, laringe e esófago. Podemos dividi-la em três partes: superior (denominada de nasofaringe), média (orofaringe), que compreende toda a cavidade bucal, e inferior (laringofaringe). Segue-se a cavidade oral, a qual é moldada e ajustada pelos diversos constituintes que a formam, nomeadamente palato mole, mandíbula, língua, dentes e lábios. Por fim, a cavidade nasal, imprescindível para o processo de ressonância de determinados fonemas de caráter mais nasal, destacando-se, aqui, repertório assente nas línguas portuguesa e francesa, por exemplo. Também componentes integrantes do sistema articulatorio, a língua e os lábios compõem elementos primários, importantes na condução do ar e na alteração das frequências através da sua movimentação. A movimentação destes e a elevação ou descida do palato mole permitirá ainda retirar ou colocar determinada intenção sonora, contribuindo fortemente para a formação, afinação e qualidade do som. Não pode deixar de se salientar a preponderância de uma postura correta e adequada, já que esta está intimamente ligada à zona do pescoço e cervical, as quais afetam diretamente a posição do trato vocal e, conseqüentemente, um funcionamento cómodo e harmonioso da voz. A tensão muscular originada de uma posição incorreta pode conduzir a uma série de complicações que perturbam o equilíbrio de todo o aparelho fonador, bem como a uniformidade de todos os sistemas que o sustentam.

Podemos então afirmar que "A produção vocal está associada a fenômenos fisiológicos e acústicos que (...) embora se tenham apresentado (...) de forma isolada (...) se articulam de tal forma que a produção vocal é multifatorial." (Pimenta, M. A., 2013: p. 11)

2.2.2. Prática Pedagógica e Performativa

"In order for a teacher to gain a student's confidence in his abilities, he must be able to demonstrate aptitude in diagnosing and correcting vocal faults. These skills can take years to develop and may seem overwhelming to an inexperienced teacher who may find an immediate need for these skills in the first week of teaching." (Clements, B., 2005: p. 5)⁴

⁴ "Para que um professor conquiste a confiança de um aluno nas suas competências, ele deve ser capaz de demonstrar capacidade em diagnosticar e corrigir falhas vocais. Esta destreza pode levar anos a desenvolver-se e pode parecer inatingível a um professor inexperiente que pode encontrar na sua primeira semana de ensino uma necessidade imediata de as aplicar." (tradução da autora)

Ao contrário de outros instrumentos, a voz humana faz-se constituir essencialmente por componentes que não são diretamente observáveis. Portanto, os cantores não são capazes de observar o modo como se articulam os elementos do seu instrumento aquando do resultado musical pretendido. Assim, quando o feedback fornecido não é objetivo e o aluno é conduzido a um trabalho suportado na interpretação pessoal das sensações e vivências do professor, este poderá adquirir comportamentos que o levem à produção de uma determinada qualidade vocal semelhante à do modelo. Contudo, esta circunstância pode encaminhá-lo para hábitos vocais insustentáveis que comprometam a função e saúde vocais.

"Um cantor pode ouvir a sua própria voz de um modo ligeiramente distorcido, e precisa de avaliação crítica quanto ao som produzido, com sugestões construtivas para o aperfeiçoamento da sua mecânica." (Alexander, A., 1983: p. 30) No processo de aprendizagem do Canto existe, pois, uma elevada complexidade inerente à transferência e aplicabilidade dos conhecimentos abordados. O professor deverá, portanto, desenvolver a competência de desmistificar esta complexidade, de certa forma invisível aos olhos do aluno. Só assim conseguirá criar e cultivar um percurso de equilíbrio e harmonia entre as diferentes partes que constituem este instrumento musical, não só ao nível da performance, mas também no que concerne ao próprio instrumento enquanto resultado ou produto artístico.

Ao longo deste processo, podem estabelecer-se diversos tipos de aprendizagem, entre os quais conhecimento empírico (o aluno é orientado pelas diferentes fases de absorção cognitiva através dos seus órgãos, assimilando e experienciando da sua realidade), conhecimento lógico ou concetual (o aluno compreende como se relacionam os vários constituintes, promovendo uma eficiência e sistematização ao nível da articulação existente entre eles, e levando-os a funcionar como uma só entidade), conhecimento semântico (o professor recorre à verbalização para uma comunicação mais objetiva), conhecimento sistémico ou fatural (o aluno é capaz de aplicar os conhecimentos adquiridos no estudo ou preparação do material inerente à sua aprendizagem), e metacognição (o professor propõe o conhecimento de estratégias promotoras de autorregulação e autonomia para o aluno na realização das variadas tarefas).

"Sem um conhecimento técnico profundo, a arte é uma impossibilidade ou é insuficiente. (...) A técnica é inseparável da arte." (Lehmann, L., 1914: p. 6) Este domínio técnico passa pela criação de um regime vocal, que proporcione o desenvolvimento do controlo e da capacidade respiratórios, permitindo uma vibração natural das pregas vocais. Esta competência assenta, sobretudo, na pressão subglótica, que, por sua vez, limita a afinação e a gestão das dinâmicas vocais distintas, conferindo ao cantor qualidades distintas de excelência. Desta forma, é apropriado conhecer a anatomia e morfologia do aparelho vocal, no intuito de compreender profundamente as necessidades específicas e ímpares de

cada instrumento vocal, a fim de evitar um condicionamento do conhecimento e privilegiar a proteção do instrumento vocal.

"A performance vocal é aperfeiçoada pelo controlo neuromuscular que pode ser aprimorado pela preservação do treino, semelhante ao caso do atleta cujas atividades reflexas são melhoradas através do esforço diligente e assíduo. (...) A beleza vocal depende da precisão do som, isto é, entoação precisa, da pureza do som, do âmbito vocal, da abertura e uniformidade do timbre ao longo do alcance, e da adaptação vocal que permite a livre emergência das qualidades técnicas e expressivas." (Alexander, A., 1983: p. 27) Efetivamente, existe uma fonte primária de som produzida, a qual determina a presença ou não de qualidade vocal. Esta depende de diversos fatores e é alterada pelos variados sistemas envolventes na emissão e produção vocais. Não esquecendo ainda a interdisciplinaridade presente para que se alcance o produto artístico final desejado na sua íntegra, nomeadamente a uniformidade entre domínio técnico e interpretativo. Passando pela expressividade e pela ligação musico-emocional, um cantor deve ser capaz de se relacionar com a realidade ilusória do texto poético, aliando essa exteriorização sentimental à sensibilidade e inteligência de a transpor para a sua ação performativa, desenvolvendo uma dependência entre os dois domínios, que se devem apresentar indissociáveis e influenciar-se reciprocamente.

A promoção do desenvolvimento de estratégias compensatórias, que apenas acarretam maior tensão nas estruturas articulatórias já mencionadas, e a condução a hábitos ou defesas erradas no processo de ensino-aprendizagem do Canto, levará o aluno à necessidade de retrocessos, o que, conseqüentemente, poderá despoletar frustração e, inclusive, desistência desta área de estudo. Deste modo, é urgente caminhar-se para uma maior sensibilização dos profissionais para a DTM e para comportamentos de risco ao nível articulatório em todo o processo coadjuvante à prática pedagógica e performativa vocais. "Compreende-se assim porque é que hoje em dia, o papel de professor de um instrumento está a sofrer alterações, esperando-se que o mesmo não sirva apenas como modelo mas também como conselheiro em diferentes áreas, incluindo a saúde." (Pimenta, M. A., 2013: p. 36-37)

Ainda no caso concreto do Canto, no sentido de uma prática vocal saudável, é ainda crucial que o aluno seja orientado através de um método de estudo planeado e sustentado para uma descomplicação ao nível dos exercícios e repertório realizados. Outras estratégias de otimização do estudo devem ser implementadas, indispensáveis para a prevenção de patologias ao nível da ATM ou das próprias pregas vocais. Entre elas, enfatiza-se o horário de estudo distribuído ao longo do dia, repartindo o repertório em pequenas secções e alternando com sessões de exercícios que visem o aquecimento (pré-estudo) e o relaxamento (pós-estudo). Isto, porque a repetição de uma passagem difícil sem um potencial plano de melhoria da mesma pode resultar no cansaço ou fadiga

vocal e, pior ainda, numa memorização de uma técnica desadequada caracterizada pela tensão ou pressão exercidas com base na insistência empregue através do stresse e da ânsia em melhorar aquela determinada linha melódica. Por sua vez, os exercícios de relaxamento permitem igualmente a prevenção de outras lesões, bem como uma recuperação progressiva ao registo vocal da fala, evitando ainda contrariedades vocais como nódulos, por exemplo, e otimizando um menor esforço muscular na ação desenvolvida.

A inserção de ferramentas pedagógicas e a implementação de estratégias de estruturação do estudo poderão, então, contribuir para uma maior saúde ao nível da prática vocal e, assim, reduzir a presença de quadros patológicos com sintomatologias dolorosas em alunos de Canto.

CAPÍTULO 3

ESTUDO OBSERVACIONAL

3. Estudo Observacional

3.1. Revisão Crítica da Literatura

3.1.1. Impacto da DTM na Produção e Qualidade Vocais

"A exposição no Canto, ao contrário de outras artes performativas, é tão elevada que pode causar a rutura da firmeza moral necessária - e de uma carreira - com a voz em perfeitas condições. A espera de oportunidades, a cadeia infinita de promessas esquecidas e expectativas quebradas, a parafernália das audições e os longos períodos de suspense podem ser avassaladores." (Alexander, A., 1983: p. 29)

Diversas investigações têm vindo a realizar-se no sentido de melhor se compreender os efeitos de uma Disfunção Temporomandibular na rotina de um estudante ou profissional da música. Nesta população específica, os instrumentistas de violino e viola, sopros e cantores têm ganho algum destaque. Nos primeiros, salienta-se o modo como estes sustentam os seus instrumentos, nomeadamente uma postura descompensada e desequilibrada, que conduz a uma forte oclusão e constante pressão ao nível dentário, podendo levar ainda ao extremo risco de desenvolver a patologia sobre observação. No que respeita aos sopros, mais concretamente em casos de trompetistas, clarinetistas e flautistas, verificou-se que apresentam alguns sintomas normalmente associados a esta disfunção, explicados pela necessidade de retroposicionar a mandíbula para a adequação dos lábios junto do bocal, da boquilha ou do bisel, respetivamente. No caso específico dos cantores, evidencia-se a hipermobilidade exagerada a que estes são sujeitos, a qual se relaciona com os gestos articulatórios de extrema amplitude da mandíbula necessários para a execução de linhas melódicas com frequências elevadas. Além deste fator de risco, expõem-se igualmente ao stresse e ansiedade, transversais a todos os músicos, dado os momentos de pressão com que têm de lidar regularmente.

"Tendo em conta que a voz é o único instrumento musical cuja ressonância depende da articulação, os movimentos das estruturas articulatórias (...) são responsáveis pelas alterações de ressonância (...)" e, caso se observe a presença de DTM, "os movimentos articulatórios poderão estar condicionados." (Pimenta, M. A., 2013: p. 8) Só em 1979, através de Barnard, surge a possibilidade de uma ligação entre as Disfunções Temporomandibulares e as dificuldades ao nível da produção vocal, sugerindo que a limitação nos movimentos da mandíbula gerava problemas ao nível da fonação. Também Behlau, em 2001, menciona que a DTM e dor orofacial são condições clínicas que atingem uma grande margem da população, estando associado o condicionamento mandibular que interfere na acústica da voz. Ainda em 2001, o estudo de Camargo, Rodrigues e Santos averigua que as modificações no âmbito da Articulação Temporomandibular

podem contribuir para distúrbios vocais, essencialmente no que respeita às componentes articulatórias, ressoadores, intensidade e timbre vocais.

Rouquidão ou disfonia são as sintomatologias mais referenciadas pelos pacientes observados nos vários estudos já realizados. Estas queixas variam e dependem do estágio de desenvolvimento da disfunção. Nesse sentido, Coelho conclui, na sua pesquisa de 2001, que os indivíduos que possuem DTM têm uma predisposição ao desenvolvimento de modificações vocais, afirmando que existe, então, uma relação entre a alteração da produção vocal na presença de uma DTM. Foram observadas características de voz rouca, áspera e soprada, e sinais de anomalia no âmbito da qualidade e precisão da emissão e ataque vocais, resistência, afinação, e sistemas ressoador e articulatório. Também em 2003, Bianchini verifica que a qualidade da produção vocal está diretamente relacionada à liberdade dos movimentos da mandíbula, alcançados através da ATM. Assim, as DTM vêm, segundo este, favorecer sensações de cansaço excessivo, dor e alterações vocais. Por outro lado, Oliveira e Crivello apontam, em 2004, para a influência de desequilíbrios ao nível muscular na produção da voz, associados igualmente à ocorrência de disfonia.

Ainda em 2007, Silva, Morisso e Cielo conferem que se estabelece uma relação entre o nível de gravidade desta patologia e a diminuição da intensidade vocal. Quanto maior for a abertura bucal ou mais limitada for a movimentação mandibular, mais fraca a emissão vocal e sua potência sonora. Está igualmente patente a alteração no timbre vocal e domínio ao nível da afinação, referindo-se que esta última é mais ou menos exata de acordo com um maior ou menor movimento de abertura mandibular. Estes resultados coincidem com os do estudo levado a cabo por Austin, em 2006.

É possível, portanto, compreendermos que, para que a fonação e articulação sejam produzidas devidamente, será fundamental o desenvolvimento de uma sequência adequada do mecanismo mandibular através de uma eficácia articulatória, esta última exequível graças à interferência de estruturas fisiológicas, que adaptam os sons produzidos nos órgãos fonoarticulatórios controlados pela intervenção da laringe, faringe, cavidade oral e nasal. Nesse caso, definida como ausência ou alteração das funções do sistema estomatognático, a Disfunção Temporomandibular vem perturbar atividades tão importantes como a respiração, a sucção, a mastigação ou a deglutição. Assim, esta patologia pode manifestar-se na musculatura da mastigação, a qual engloba a ATM, o ouvido, a boca, os dentes, a cabeça ou mesmo o crânio.

Estas disfunções caracterizam-se por manifestações dolorosas, abrangendo desde os tecidos moles e duros da cabeça à face, pescoço e todas as estruturas intraorais. Logo, é de elevada importância o estudo, conhecimento e divulgação desta desordem, uma vez que grande parte dos portadores ou mesmo profissionais das várias áreas intervenientes na ATM, desconhecem os sinais ou

sintomas associados a este quadro clínico, bem como estratégias para a sua prevenção.

Tendo a DTM como características emergentes alterações envolvendo a musculatura esquelética mastigatória, a ATM e as estruturas anatômica a esta associada, os sinais patentes serão, numa primeira instância, dor localizada nestas zonas, ruídos articulares, como estalidos e/ou crepitação, limitação ou assimetria dos movimentos mandibulares, e dor de ouvido ou facial. Salientar, ainda, que a restrição dos movimentos mandibulares é um dos sintomas mais frequentemente relatados, alterando o equilíbrio das funções estomatognáticas, e que esse acontecimento acarreta importantes dificuldades funcionais, como desvios no seu percurso. Ressalvar, por fim, a dificuldade em diagnosticar uma DTM, dada a variabilidade dos fatores que a propiciam. Podemos, logo, considerá-la um problema de etiologia multifatorial, dividindo-o em duas categorias, distúrbios musculares (afetando a musculatura mastigatória) e distúrbios articulares ou intra-articulares (abarcando os problemas que decorrem dentro da cápsula).

Torna-se relevante identificar o sistema estomatognático, o qual se define como "um conjunto de estruturas orais que desenvolvem funções comuns, tendo como participação a mandíbula." (Rockland, A., Teixeira, A. V. A., Silva, J. V da, Lima, S. A. de A., e Oliveira, A. V. de, 2010: p. 43) Nas suas funções encontramos a fonoarticulação, um sistema composto pelos mecanismos respiratório, fonatório, ressoador e articulatório, estando este último intimamente ligado à variação no tamanho e forma do trato vocal, o qual, por sua vez, se relaciona com o movimento de diversas estruturas, já mencionadas no capítulo anterior.

A limitação dos movimentos mandibulares é certamente prejudicial para a produção e qualidade vocais, já que reduz a abertura e amplitude mandibular, aspeto fulcral para o Canto, e influencia negativamente o seu processo, na medida em que origina desvios na assimetria da sua lateralidade. Uma reduzida articulação mandibular pode ainda originar sintomas como fadiga vocal, porque a produção vocal é realizada com a mandíbula cerrada. Já que o sistema de ressonância necessita de uma projeção do som moldada ao espaço interdental, é fundamental para a clareza e beleza do timbre que a cavidade oral esteja em perfeita harmonia com a cavidade nasal, relação que deve ser simultaneamente pautada por uma abertura livre de tensões, não se observando restrições ao nível da elasticidade da musculatura.

Apresentando-se a voz como a produção sonora primária ou fundamental através da laringe e alterando-se por intermédio da ressonância do ar nos variados espaços localizados entre a laringe e os lábios, propõe-se como conceito de qualidade vocal o "conjunto de características constantemente presentes na produção da fala do indivíduo (...) provenientes de dois componentes: um orgânico, determinado pelas estruturas anatômicas do aparelho fonador; e outro

fonético ou funcional, definido pelo uso que o indivíduo faz do seu aparelho fonador." (Rockland, A., Teixeira, A. V. A., Silva, J. V da, Lima, S. A. de A., e Oliveira, A. V. de, 2010: p. 43) Destaca-se a influência da língua no que respeita à ressonância, descrita como a estrutura mais importante na articulação, bem como a relevância do seu estado, já que está diretamente ligada à estrutura laríngea, ou seja, a língua é um dos principais órgãos articulatórios e a laringe é levada pela sua movimentação. Envolvida na produção vocal de todas as vogais e de quase todas as consoantes, a sua intervenção articulatória permite que os fonemas sejam produzidos com maior ou menor qualidade ressoadora. Assim, há que considerar a sua dimensão, tonicidade e o controlo das suas ações, aspetos que podem contribuir para a síndrome de tensão muscular.

Também a respiração consiste num potencial fator de desenvolver este tipo de patologia, já que uma respiração clavicular, por exemplo, potencializa contrações que se podem propagar para a zona facial, alterando os músculos envolventes na produção vocal, modificando as funções da ATM e prejudicando a qualidade do resultado sonoro. Sendo o som fundamental produzido pelas pregas vocais na laringe ampliado pelas cavidades de ressonância e, mais especificamente no caso do som falado, articulado na cavidade oral, cavidades dependentes da movimentação dos órgãos que as organizam, a coluna de ar vinda dos pulmões pode ser alterada. O uso incorreto de algum destes mecanismos pode levar a modificações funcionais básicas vocais, nomeadamente disфонia. Concluindo, é de extrema relevância o equilíbrio relacional entre a postura das diferentes componentes em questão (crânio, mandíbula e coluna cervical), dado que a ATM suporta as adaptações cervicais, musculares e oclusais consequentes das alterações dos movimentos mandibulares. Desta forma, só mantendo a firmeza destas estruturas se consegue manter a estabilidade funcional, a integridade e saúde de todo o sistema, e, assim, evitar o desencadeamento de alterações ao nível da qualidade vocal. Por exemplo, a atrofia muscular mastigatória proporciona alterações posturais que, eventualmente, provocam processos dolorosos e contribuem para uma maior tensão em toda a musculatura associada. Consequentemente, serão observados problemas vocais, já que modificações ou desvios posturais corporais, como anteriorização da cabeça ou pescoço, estarão a ser desenvolvidos e num processo de evolução.

Indivíduos que apresentem alguma destas sintomatologias encontram-se na eminência de desenvolverem uma DTM e, assim, estão sujeitos a limitações aquando do pedido de movimentações mandibulares, observando-se, dada a redução da abertura bucal, uma maior ou menor amplitude e qualidade da ressonância vocal. Isto graças à dor ou desconforto que estas ações levam a toda a musculatura adjacente ao processo de fonação. Em certos casos, pode levar à perceção de um som hipernasal, uma vez que a dificuldade na ampliação de toda a musculatura inerente ao sistema mastigatório, bem como de todas as

componentes articulatórias do sistema estomatognático, compromete um palato funcional e, conseqüentemente, uma ressonância vocal natural e pura. Podemos, portanto, concluir que estes sujeitos são propícios ao desenvolvimento de modificações vocais devido à constante pressão e contração exercida na zona muscular abordada. Assim, sugere-se que quanto mais severo o grau da disfunção, maior a interferência desta na ressonância vocal, levando posteriormente à diminuição da qualidade da voz e possíveis problemas aquando da sua produção. Este fato deve-se à sobrecarga que estes indivíduos colocam nestas estruturas, aplicando um esforço extra na laringe e propiciando a fadiga vocal. Acabam, ainda, por criar hábitos impróprios para ajustar a musculatura destas componentes, conduzindo igualmente a uma menor estabilidade vocal. Deste modo, é viável assegurar que sujeitos com uma sintomatologia de DTM devidamente diagnosticada apresentam maior suscetibilidade ao aparecimento de disfonia funcional.

Para além do já mencionado, a DTM poderá ser originada por má oclusão ou tensões musculares na zona do pescoço e da cabeça. Estas tensões são habitualmente despoletadas pela ativação de pontos gatilho⁵ ou pelo tipo de mordida do indivíduo. Na verdade, uma larga maioria dos estudos já realizados centram-se em problemas orofaciais, destacando-se o papel dos músicos em geral graças à forte tendência para desenvolverem distúrbios nesta zona, tal como já referido anteriormente. Os cantores surgem, sobretudo, como uma suposição na discussão, nunca sendo estabelecidos efetivamente fatos fundamentados da sua suscetibilidade inerente a esta disfunção. Considera-se, sem dúvida, escassa a pesquisa acerca da relação entre problemas orofaciais e DTM, e a produção vocal, especificamente no que se relaciona à voz cantada, emergindo a necessidade e importância de se fomentar e desenvolver investigações neste campo, aprofundando este objeto de estudo. Apesar de tudo, a revisão de literatura existente permitiu concluir que o desenvolvimento de problemas orofaciais e a presença de DTM afetam a qualidade vocal de um indivíduo, nomeadamente no que respeita à voz falada, já que praticamente todos os artigos se focam nesta variante da produção vocal. Ainda assim, acredita-se que serão observáveis evidências igualmente ao nível da voz cantada, uma vez que se verifica, entre os vários elementos avaliados, rouquidão ou voz soprada. A dor inerente, a limitação ao nível da mobilidade mandibular e da articulação, as alterações originadas no trato vocal, entre outras sintomatologias visíveis num indivíduo portador de DTM, impedem um controlo da produção vocal, uma estabilização da técnica vocal e uma expressão ou interpretação

⁵ Denomina-se de ponto gatilho uma área localizada de nervo com relação a um determinado músculo ou tecido. Ao formar-se em seu redor uma estimulação exacerbada ao nível da pressão, este reage com micro espasmos (contrações involuntárias da musculatura), agravados por diferentes fontes de stresse e propiciadores de fortes e dolorosas neuralgias.

exercidas na sua plenitude, que propiciam ao artista uma naturalidade ou liberdade do gesto ou ato de cantar.

O impacto da sintomatologia da DTM na qualidade performativa e de vida de um cantor é, portanto, absurdo. Por sua vez, a falta de consciencialização e competência ao nível pedagógico para acompanhar este processo patológico chega a ser assustadora.

3.1.2. Estratégias de Prevenção e Tratamento

"A voz apresenta sempre problemas e o medo de a perder nunca está longe do pensamento de um cantor. (...) Os cantores são normalmente reconhecidos pela reação hipocondríaca aos mais pequenos problemas físicos. (...) A atitude de não cantores a tosses ou constipações é gerida pelo fato de tais indisposições não tomarem conta das suas capacidades para ganhar a vida (...)." (Alexander, A., 1983: p. 29-30)

Apesar de se encontrarem numa fase embrionária de desenvolvimento, diversas estratégias de tratamento podem ser aplicadas para esta patologia. A primeira a ser recomendada é a fisioterapia em casa, aconselhando-se a aplicação de calor na zona afetada, após a realização de uma massagem, para relaxamento muscular. Segue-se a farmacoterapia, englobando a toma de anti-inflamatórios e analgésicos como uma opção a curto prazo na diminuição dos níveis de dor. Relaxantes musculares e ansiolíticos também surgem como uma estratégia para reduzir os níveis de ansiedade ao longo do sono e, assim, atenuar a incidência de Bruxismo.

Paralelamente, o paciente poderá ser orientado no sentido de alterar certos hábitos de mastigação, privilegiando a ingestão de alimentos menos rijos e evitando exercer uma força tão intensa na musculatura da ATM. Alguns outros hábitos considerados anormais ou desadequados, como roer as unhas ou falar ao telefone com o mesmo colocado entre o ombro e a mandíbula, podem ser refutados. Poderá, ainda, recorrer-se à medicina comportamental, isto é, a algum tratamento de psicologia do comportamento, considerando a relação entre sintomas físicos e outros emocionais, como o stresse, a ansiedade ou a angústia.

Em casos mais avançados, poderá ser necessário a intervenção de injeções anestésicas com ou sem cortisona nos pontos gatilho, de modo a controlar-se e estabilizar-se a dor nas zonas afetadas e de forma isolada. Também o papel da fisioterapia aqui é fundamental para a consciencialização do paciente em adotar posturas saudáveis e práticas de exercícios que promovam um maior bem-estar através da redução da dor e da tonificação muscular.

Por fim, encontramos recursos mais específicos e que reúnem processos mais delicados. É o caso da terapia intraoral, surgindo, paralelamente, como uma estratégia igualmente de otimização da redução da dor, a utilização de uma goteira noturna. Por outro lado, pode ser impingida a imobilização temporária da ATM ou a cirurgia temporomandibular, recomendada em cerca de 1% dos casos.

Apenas com determinadas alterações de hábitos no dia-a-dia sabe-se que o tratamento de DTM pode melhorar em 80% os casos sem recorrência a intervenção cirúrgica. Os cantores devem ter em atenção certos comportamentos considerados de risco, evitando-os que para alcancem uma saúde do seu aparelho, a sua principal ferramenta de trabalho. Entre eles destacam-se o desenvolvimento de um autopercepção da postura, sobretudo da cabeça, e da biomecânica mandibular, cervical e da língua ao longo do processo de articulação, o qual é diversificado quer em intensidade, frequência ou exigência textual. Assim, ações ou hábitos como ranger ou cerrar os dentes, mastigação unilateral, pouco descanso, exposição demorada e recorrente a situações de ansiedade ou tensão, entre outros, devem ser evitados.

Outras orientações a serem consideradas por pacientes com DTM incluem privilegiar a posição de costas ao dormir, evitando apoios ou pressão desadequadas sobre a mandíbula e outros tecidos biológicos intra-articulares, aplicação de calor húmido e/ou gelo pelo menos duas vezes ao dia e durante cerca de 20 minutos na zona onde sente a dor, optar por uma alimentação mais pastosa, eliminando alimentos mais fibrosos que conduzam a uma maior movimentação mandibular e compressão ao nível ortodentário, e, por fim, nos casos de pacientes que sofram de hiperatividade muscular, reduzir os estimulantes nervosos, tais como a cafeína, o açúcar ou o tabaco.

CAPÍTULO 4

MÉTODOS

4. Métodos

4.1. Caracterização da Amostra e Desenho do Estudo

Conforme já referido, aquando da realização da unidade curricular de Prática de Ensino Supervisionada, a aluna atribuída no âmbito da disciplina de Canto não reuniu as condições para constituir o estudo de caso do presente projeto. Para contornar esta condicionante, a metodologia foi readaptada e a pesquisa reajustada, de modo a alcançar os objetivos propostos.

Participaram neste estudo 5 participantes, do sexo feminino, estudantes de Canto do ensino oficial secundário e superior, de instituições de ensino de Portugal, com faixa etária variando entre os 17 e os 27 anos de idade. Estas foram devidamente diagnosticadas com Disfunção Temporomandibular pelos seus médicos, especialistas na área da Maloclusão e distúrbios do sistema estomatognático, apresentando a sintomatologia propícia a esta patologia.

A seleção dos sujeitos ocorreu, inicialmente, pela procura dos mesmos, privilegiando a disponibilidade e interesse em participar voluntariamente na investigação. De seguida, procedeu-se a uma triagem com o propósito de excluir indivíduos que não expusessem qualquer queixa ou sensação de dor ao nível da Articulação Temporomandibular, e demonstrassem ausência de algum relatório clínico fidedigno de constatação da presença de uma disfunção na zona articulatória analisada.

Para todo o procedimento realizado, foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido da pesquisa a desenvolver, comprometendo-se a autora a reservar confidencialidade de todas as informações recolhidas, de modo a preservar a privacidade e identidade das participantes.

Trata-se de um estudo observacional transversal, suportado por uma revisão bibliográfica da literatura científica assente na temática de investigação.

4.2. Instrumentos de Recolha de Dados

As participantes foram submetidas à aplicação do questionário *Índice Anamnésico de Fonseca et al.*, desenvolvido em 1994, o qual se compõe de 10 questões referentes às principais queixas e sintomas comuns em indivíduos com Disfunção Temporomandibular. Através deste pretendeu-se investigar aspetos como presença de dor, hábitos parafuncionais, dificuldade ou limitação nos movimentos mandibulares, ruídos articulares ou estalidos ao nível da ATM, e perceção subjetiva de tensão emocional.

As perguntas foram lidas em voz alta para posterior resposta do indivíduo avaliado, o qual foi orientado a responder a todas as perguntas e somente com uma das opções de resposta. Para se obter o índice anamnésico são atribuídos

valores a cada resposta, nomeadamente 10 pontos para 'Sim', 5 pontos para 'Às vezes' e 0 pontos para 'Não'. A classificação do grau da sintomatologia de DTM é, por sua vez, subdividida em 'Sem DTM' (0 aos 15 pontos), 'DTM Leve' (20 aos 45 pontos), 'DTM Moderada' (50 aos 65 pontos) e 'DTM Severa' (70 aos 100 pontos).

Pergunta	Sim (10)	Não (0)	Às vezes (5)
Sente dificuldade para abrir a boca?			
Você sente dificuldades para movimentar sua mandíbula para os lados?			
Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?			
Sente dores de cabeça com frequência?			
Sente dor na nuca ou torcicolo?			
Tem dor de ouvido ou na região das articulações (ATMs)?			
Já notou se tem ruídos na ATM quando mastiga ou quando abre a boca?			
Você já observou se tem algum hábito como apertar e/ou ranger os dentes (mascar chiclete, morder o lápis ou lábios, roer a unha)?			
Sente que seus dentes não se articulam bem?			
Você se considera uma pessoa tensa ou nervosa?			
Obtenção do índice:	Índice anamnésico		Grau de acometimento
	0 - 15		Sem DTM
Soma dos pontos atribuídos acima	20 - 40		DTM leve
	45 - 65		DTM moderada
	70 - 100		DTM severa

Figura 12 – Questionário *Índice Anamnésico de Fonseca et al.*

Posteriormente, os sujeitos foram levados a responder ao questionário de índice *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II*. Este instrumento criterioso providencia os dados necessários para um possível diagnóstico de DTM, surgindo igualmente como um promotor da compreensão profunda desta patologia e de conjeturas esclarecedoras respeitantes à sua deteção precoce. Disponível oficialmente na língua portuguesa, *Critérios de Diagnóstico para Pesquisa de Disfunções Temporomandibulares (CDP/DTM): Eixo II*, "tem a maior parte de suas propriedades psicométricas e acurácia verificadas, caracterizando-se como uma das ferramentas mais apropriadas para avaliação da DTM." (Chaves, T. C., Oliveira, A. S. de, e Grossi, D. B., 2008: p. 101)

O RDC/TMD permite, através do seu sistema de duplo eixo, registar informações clínicas físicas (Axis I ou Eixo I) e registar o estado comportamental, psicológico e psicossocial (Axis II ou Eixo II). No presente estudo apenas se utilizou a abordagem do Eixo II, de modo a aumentar a possibilidade de conhecer melhor os indivíduos participantes e indagar mais intimamente o impacto direto destas condições patológicas na vida dos mesmos.

ID# _____

Data: __ / __ / __

1. Diria que a sua saúde, em geral, é excelente, muito boa, boa, satisfatória ou pobre?

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Satisfatória	4
Pobre	5

2. Diria que a sua saúde oral, em geral, é excelente, muito boa, boa, satisfatória ou pobre?

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Satisfatória	4
Pobre	5

3. Teve dor na face, maxilares, têmporas, à frente do ouvido ou no ouvido no último mês?

Não	0
Sim	1

[Se não teve dor no último mês avance para a questão 14]

Se sim,

4.a. Há quantos anos atrás começou a sua dor facial, pela primeira vez?

___ Anos (Se é menos de um ano, colocar 00)

[Se foi há um ano atrás ou mais, avance para a questão 5]

4.b. Há quantos meses atrás começou a sua dor facial, pela primeira vez?

___ Meses

5. A sua dor facial é persistente, recorrente ou foi uma ocorrência única?

Persistente	1
Recorrente	2
Única	3

Figura 13 – Adaptação da Versão Oficial Portuguesa do Questionário *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II / Critérios de Diagnóstico para Pesquisa de Disfunções Temporomandibulares (CDP/DTM): Eixo II.*

6. Já alguma vez recorreu a um médico, médico dentista, quiroprático ou outro profissional de saúde devido a dor facial?

- Não 1
- Sim, nos últimos 6 meses 2
- Sim, há mais de 6 meses 3

7. Como classifica a sua dor facial no presente momento, isto é exactamente agora, numa escala de 0 a 10, onde 0 é "ausência de dor" e 10 é "pior dor possível"?

Ausência de dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

8. Nos últimos 6 meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é "ausência de dor" e 10 é "pior dor possível"?

Ausência de dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

9. Nos últimos 6 meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada numa escala de 0 a 10, onde 0 é "ausência de dor" e 10 é "pior dor possível"? [Isto é, a sua dor usual nas horas em que estava a sentir dor].

Ausência de dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

10. Aproximadamente, nos últimos 6 meses durante quantos dias ficou impedido de executar as suas actividades diárias (trabalho, escola ou serviço doméstico) devido a dor facial?

___ Dias

11. Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial interferiu nas suas actividades diárias, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é "não interferiu" e 10 é "incapaz de realizar qualquer tarefa"?

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz de realizar qualquer tarefa

12. Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de participar em actividades recreativas, sociais e familiares, onde 0 é "sem alteração" e 10 é "alterou completamente"?

Sem alteração 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alterou completamente

13. Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos) onde 0 é "sem alteração" e 10 é "alterou completamente"?

Sem alteração							Alterou completamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14.a. Alguma vez teve a mandíbula bloqueada ou presa de forma que não abrisse completamente a boca?

Não 0
Sim 1

[Se nunca teve problema em abrir completamente avance para a questão 15]

Se sim,

14.b. Esta limitação da abertura mandibular foi suficientemente severa para interferir com a capacidade de comer?

Não 0
Sim 1

15.a. Sente um estalido ou ressalto nos maxilares quando abre ou fecha a boca ou quando mastiga?

Não 0
Sim 1

b. Ouve uma crepitação ou sente áspero quando abre e fecha a boca ou quando mastiga?

Não 0
Sim 1

c. Já lhe disseram, ou já reparou, se range ou aperta os dentes durante o sono de noite?

Não 0
Sim 1

d. Durante o dia, range ou aperta os dentes?

Não 0
Sim 1

e. Tem dores ou sente rigidez nos maxilares quando acorda de manhã?

Não 0
Sim 1

f. Sente ruídos ou zumbidos nos ouvidos?

Não 0
Sim 1

g. A sua mordida é desconfortável ou estranha?

Não 0
Sim 1

16.a. Tem artrite reumatóide, lúpus, ou outra doença artrítica sistémica?

Não 0
Sim 1

16.b. Conhece alguém na sua família que tenha ou tivesse tido alguma destas doenças?

Não 0
Sim 1

16.c. Já teve ou tem tumefacção ou dor em alguma articulação do corpo exceptuando a articulação próxima dos seus ouvidos (ATM)?

Não 0
Sim 1

[Se não teve tumefacção ou dor em nenhuma articulação, avance para a questão 17.a]

Se sim,

16.d. É uma dor persistente e teve a dor durante pelo menos um ano?

Não 0
Sim 1

17.a. Teve algum traumatismo recente da face ou maxilares?

Não 0
Sim 1

[Se não teve traumatismos recentes, avance para a questão 18]

Se sim,

17.b. Já tinha dor nos maxilares antes do traumatismo?

Não 0
Sim 1

18. Durante os últimos 6 meses teve alguma dor de cabeça ou enxaquecas?

Não 0
Sim 1

19. Que actividades é que o seu actual problema nos maxilares o impediu ou limitou de realizar?

a. Mastigar

Não 0
Sim 1

b. Beber

Não 0
Sim 1

c. Exercitar

Não 0
Sim 1

d. Comer alimentos duros

Não 0
Sim 1

e. Comer alimentos moles

Não 0
Sim 1

f. Sorrir/gargalhar

Não 0
Sim 1

g. Actividade sexual

Não 0
Sim 1

h. Lavar os dentes ou a face

Não 0
Sim 1

i. Bocejar

Não 0
Sim 1

j. Engolir

Não 0
Sim 1

k. Falar

Não 0
Sim 1

l. Ter a sua aparência facial usual

Não 0
Sim 1

20. No último mês, quanto é que foi incomodado por

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
a. Dor de cabeça	0	1	2	3	4
b. Perda de interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
c. Sensação de desmaio ou tonturas	0	1	2	3	4
d. Dor no coração ou no peito	0	1	2	3	4
e. Sensação de falta de energia ou apatia	0	1	2	3	4
f. Pensamentos sobre morte ou sobre morrer	0	1	2	3	4
g. Falta de apetite	0	1	2	3	4
h. Chorar facilmente	0	1	2	3	4
i. Sensação de culpa pelas coisas	0	1	2	3	4

j.	Dor na parte inferior das costas	0	1	2	3	4
k.	Sentir-se só	0	1	2	3	4
l.	Sentir-se abatido	0	1	2	3	4
m.	Preocupar-se demasiado com as coisas	0	1	2	3	4
n.	Sentir-se desinteressado pelas coisas	0	1	2	3	4
o.	Náuseas ou incómodo no estômago	0	1	2	3	4
p.	Músculos doridos	0	1	2	3	4
q.	Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
r.	Dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
s.	Acessos de calor ou frio	0	1	2	3	4
t.	Dormência ou formigueiro em partes do corpo	0	1	2	3	4
u.	Aperto na garganta	0	1	2	3	4
v.	Sentir-se desanimado sobre o futuro	0	1	2	3	4
w.	Sensação de fraqueza em partes do corpo	0	1	2	3	4
x.	Sensação de peso nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
y.	Pensamentos sobre acabar com a vida	0	1	2	3	4
z.	Comer demais	0	1	2	3	4
aa.	Acordar muito cedo pela manhã	0	1	2	3	4
bb.	Sono agitado ou perturbado	0	1	2	3	4
cc.	Sensação de que tudo é um esforço	0	1	2	3	4
dd.	Sentimentos de inutilidade	0	1	2	3	4
ee.	Sensação de ser enganado ou iludido	0	1	2	3	4

ff. Sentimentos de culpa de 0 1 2 3 4

21. Qual a sua opinião sobre a forma como cuida da sua saúde em geral?

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Satisfatória	4
Pobre	5

22. Qual a sua opinião sobre a forma como cuida da sua saúde oral?

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Satisfatória	4
Pobre	5

23. Qual a sua data de nascimento?

Mês ___ Dia ___ Ano ___

24. É do sexo masculino ou feminino?

Masculino	1
Feminino	2

25. Qual dos seguintes grupos melhor representa a sua origem?

Africano	1
Árabe	2
Asiático	3
Europeu	4
Indiano	5
Norte-americano	6
Sul-americano	7
Outro	8

26. Qual dos seguintes grupos melhor representa a origem dos seus antepassados?

Africano	1
Árabe	2
Asiático	3
Europeu	4
Indiano	5
Norte-americano	6
Sul-americano	7
Outro	8

27. Qual o mais alto grau de escolaridade que obteve nos seus estudos?

Nunca estudou ou Jardim-de-infância	0
Ensino obrigatório	1
Ensino secundário	2
Ensino superior	3
Mestrado/doutoramento	4

28a. Durante as últimas 2 semanas, realizou algum tipo de trabalho ou negócios excluindo afazeres domésticos (inclua trabalhos e negócios familiares não remunerados)?

Não	0
Sim	1

[Se sim, avance para a questão 29]

Se não,

28b. Apesar de não ter trabalhado nas 2 últimas semanas, tinha um emprego ou negócio?

Não	0
Sim	1

[Se sim, avance para a questão 29]

Se não,

28c. Nas últimas 2 semanas, procurou emprego ou deixou um emprego?

Sim, procurou emprego	1
Sim, deixou emprego	2
Sim, ambos deixou e procurou emprego	3
Não	4

29. Qual o seu estado civil?

Casado na mesma habitação	1
Casado mas em habitação diferente	2
Viúvo	3
Divorciado	4
Separado	5
Nunca casou	6

30. Qual dos seguintes valores melhor representa o total de rendimentos em sua casa nos últimos 12 meses?

0 € até salário mínimo	1
Duas vezes o salário mínimo	2
Três vezes o salário mínimo	3
Quatro vezes o salário mínimo	4
Cinco vezes o salário mínimo	5
Seis vezes o salário mínimo	6
Sete vezes o salário mínimo	7
Oito vezes o salário mínimo	8
Nove vezes o salário mínimo	9
Dez vezes ou mais o salário mínimo	10

31. Qual o seu código postal?

_____ - _____

Qualquer dor relacionada com DTM referida no último mês? (Questão 3 do Questionário)

Se Negativo, Grau de Dor Crónica (GDC) = 0
 Se Positivo, Continue

Características da Intensidade da Dor (CID): (Escala GDC, Questões 7, 8 e 9)
 Calcule da seguinte forma:

$$CID = \frac{\text{Questão \#7}}{\text{Questão \#7}} + \frac{\text{Questão \#8}}{\text{Questão \#8}} + \frac{\text{Questão \#9}}{\text{Questão \#9}} = \text{_____} \text{ dividir por } 3 = \text{_____} \times 10 = \text{_____}$$

Resultado de Incapacidade:**Dias de Incapacidade:** (Escala GDC, Questão 10)

$$\text{Número de Dias de Incapacidade} = \frac{\text{_____}}{\text{(Questão \#10)}}$$

0-6	Dias =	0 Pontos de Incapacidade
7-14	Dias =	1 Ponto de Incapacidade
15-30	Dias =	2 Pontos de Incapacidade
31+	Dias =	3 Pontos de Incapacidade

Pontuação de Incapacidade: (Escala GDC, Questão 11, 12 e 13)

$$\frac{\text{_____}}{\text{(Questão \#11)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Questão \#12)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Questão \#13)}} = \text{_____} \text{ dividido por } 3 = \text{_____} \times 10 = \text{_____}$$

Pontuação de 0-29	= 0 Pontos de Incapacidade
Pontuação de 30-49	= 1 Ponto de Incapacidade
Pontuação de 50-69	= 2 Pontos de Incapacidade
Pontuação de 70+	= 3 Pontos de Incapacidade

$$\text{(Pontuação de Dias de Incapacidade)} + \text{(Pontuação de Incapacidade)} = \text{(RESULTADO DE INCAPACIDADE)}$$

Classificação do Grau de Dor Crónica:

Grau 0	Sem dor nos últimos 6 meses
Baixa Incapacidade:	
Grau I <i>Baixa Intensidade</i>	Características da Intensidade da Dor <50 e menos de 3 Pontos de Incapacidade
Grau II <i>Alta Intensidade</i>	Características da Intensidade da Dor ≥ 50 e menos de 3 Pontos de Incapacidade
Alta Incapacidade:	
Grau III <i>Moderadamente Limitante</i>	3 a 4 Pontos de Incapacidade, independentemente das Características da Intensidade da Dor
Grau IV <i>Severamente Limitante</i>	5 a 6 Pontos de Incapacidade, independentemente das Características da Intensidade da Dor

Figura 14 – Axis II (Eixo II): Protocolo de Registo da Dor Crónica.

Por fim, os indivíduos foram sujeitos a um questionário suplementar (**Apêndice A**), o qual pretendeu observar comportamentos perante a presença desta desordem quer no estudo diário, quer na prática performativa, bem como efeitos produzidos ao nível da produção vocal. Aqui, foram igualmente avaliados os níveis de ansiedade, já que quanto mais ansioso o indivíduo maior a suscetibilidade para o aparecimento e conseqüente progressão de um quadro de DTM. Contudo, deve salientar-se que este juízo resulta de ocorrências de pressão esporádicas, como por exemplo um momento performativo, ou das características que traçam o perfil do sujeito, estando patente a sua subjetividade.

A análise dos dados deste estudo passou por tratamento estatístico e foram distribuídos em gráficos e tabelas. A amostra é considerada representativa.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

5. Resultados

5.1. Introdução

Para se poder avaliar o impacto desta disfunção no grau de dor, mobilidade das estruturas articulatórias e respetivas condicionantes no processo de ensino e aprendizagem do Canto, será necessário realizar-se uma série de interpretações acerca das perceções individuais de cada sujeito participante. Uma vez que a amostra é reduzida, esta análise será realizada com base numa perspetiva descritiva, averiguando as queixas, sintomas e posturas dos indivíduos perante esta patologia e as condições a que a mesma os expõe.

Este capítulo será então composto pela apresentação dos 5 estudos de caso das estudantes de Canto diagnosticadas com DTM por diferentes médicos especialistas em distúrbios orofaciais de oclusão, complementando com os dados pertinentes recolhidos através das entrevistas realizadas aos 8 docentes de Canto e 8 profissionais de saúde.

5.2. Estudos de Caso: Estudantes de Canto com DTM

5.2.1. Descrição Geral da Amostra

Como anteriormente referido, a amostra é constituída por 5 participantes, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 17 e os 27 anos, clinicamente diagnosticadas com DTM. As participantes subdividem-se, ao nível de tipologia vocal, em 4 Sopranos e 1 Mezzo-Soprano, e frequentam todas o ensino oficial de Canto (secundário e superior).

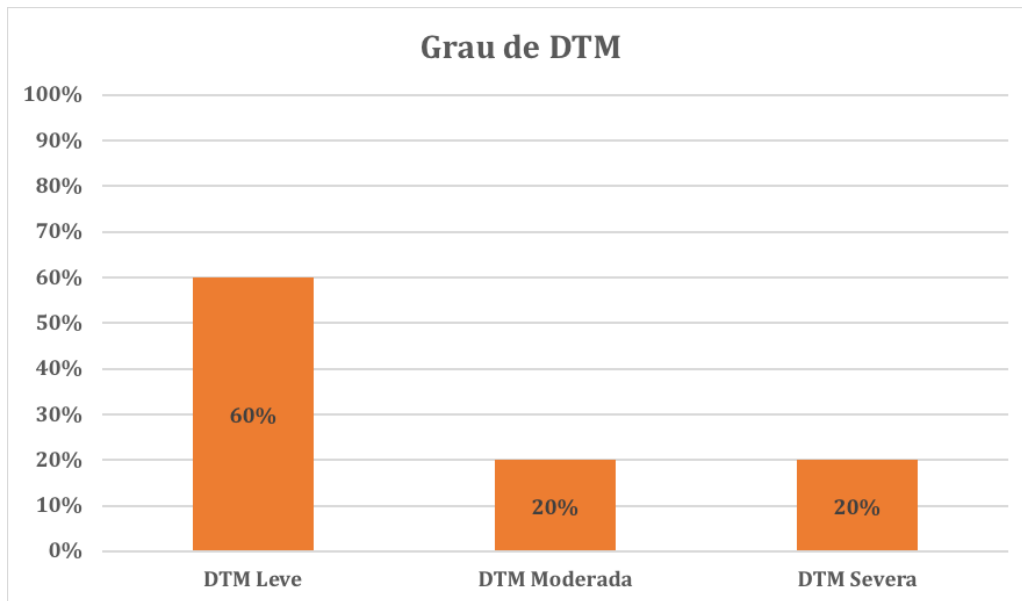
Ao longo do seu percurso, depararam-se com alterações de docente, sobretudo devido à mudança de instituição de ensino ou por questões burocráticas inerentes ao sistema educativo ou à própria direção escolar. As participantes estudam Canto desde 2 a 7 anos e frequentam as instituições de ensino Escola Superior de Artes Aplicadas de Castelo Branco e Conservatório de Música Calouste Gulbenkian de Braga.

Por motivos de confidencialidade e proteção de identidade, as participantes irão receber um número, o qual foi atribuído unicamente pela ordem de execução dos questionários.

5.2.2. Considerações Gerais

Para além da importância que representa na vida de qualquer indivíduo, a ATM é para os cantores o pilar de sustentação e domínio articulatórios. Ao afetar este sistema, condicionando os seus movimentos, esta condição patológica pode limitar e muito toda a prática vocal de um cantor e suas respetivas performances.

Gráfico 1 – Distribuição do número de sujeitos de acordo com o grau de sintomatologia de DTM com base no questionário de índice anamnésico de Fonseca, Bonfante, Valle e Freitas (1994).



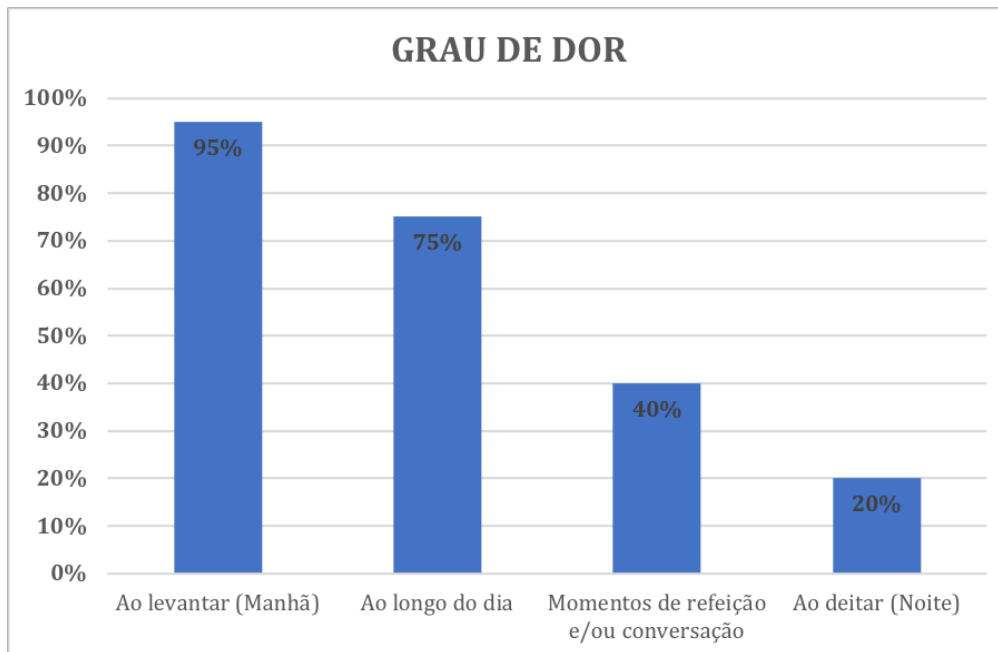
Através do **Gráfico 1**, é possível verificar-se um maior número de sujeitos com grau de sintomatologia de DTM leve. Assim, sugere-se que o número de queixas seja mais baixo e a probabilidade da inferência deste distúrbio na produção e qualidade vocais menor, já que quanto mais severo o grau de sintomatologia maior a atrofia muscular e, conseqüentemente, maior a dificuldade na amplitude dos movimentos fonoarticulatórios. Ainda assim, serão visíveis condicionantes ao nível da movimentação da mandíbula, a qual estará sujeita a uma posição mais cerrada, o que não permitirá a subida e descida do palato mole na sua totalidade ou extensão adequada, promovendo modificações na forma e tamanho do trato vocal e, naturalmente, alterações significativas ao nível das características tímbricas da voz.

Um fator de risco para o desenvolvimento de DTM são os comportamentos articulatórios anómalos, algo bem presente na vida de um cantor lírico. A abertura mandibular pode atingir medidas bem acima da média normal da abertura oral máxima (45 milímetros), uma atividade que envolve uma hiperextensão da ATM, podendo conduzir à hipermobilidade desta zona, numa primeira fase, e evoluir para luxação ou quadros de dor aguda. Este aspeto contribui para modificações ao nível articulatório, pois influencia a forma de produção de vogais ou consoantes e condiciona outras estruturas articulatórias subjacentes, tais como a laringe, o palato, a língua ou os lábios.

Intimamente ligada aos movimentos mandibulares e oclusão, a dor é produzida e influenciada pelos mesmos. O tipo de movimentos varia de acordo com o nosso quotidiano e, conseqüentemente, as fases de dor. Foram reportados quatro períodos de maior intensidade, conforme representado no **Gráfico 2**,

explicando-se o seu grau de incidência através da peculiaridade dos hábitos praticados pelos diferentes sujeitos analisados.

Gráfico 2 – Representação do grau de dor nos diferentes períodos relatados pelos sujeitos observados.



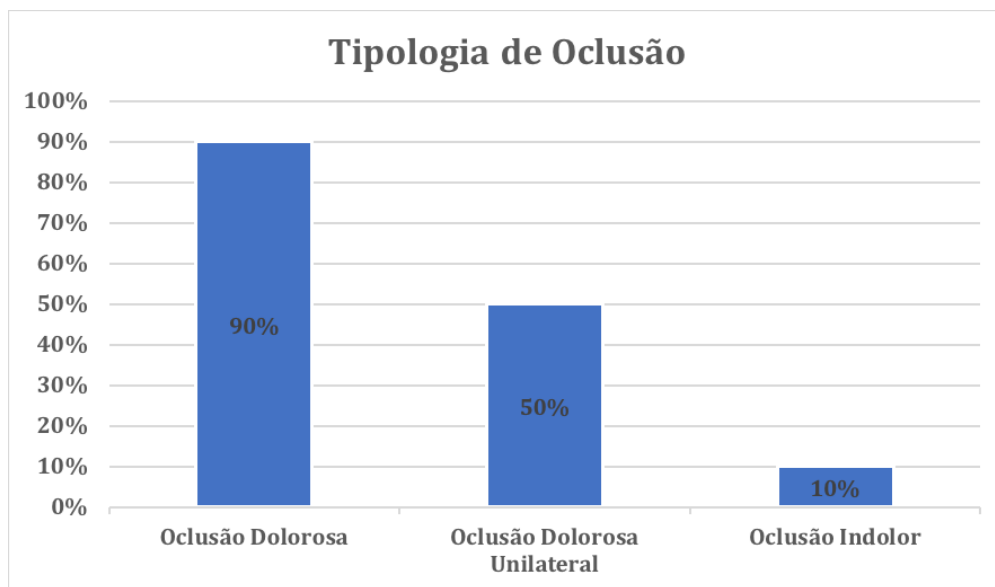
Podemos, então, compreender que a dor é mais intensa ao acordar, o que está relacionado com determinadas posições ao longo do sono consideradas inadequadas ou hábitos paranormais, tais como ranger ou cerrar os dentes, fatores propiciadores de Bruxismo, os quais, por sua vez, estão associados aos níveis de ansiedade a que o sujeito se expõe. Por outro lado, a elevada taxa refletida ao longo do dia pode indicar-nos que estes hábitos posturais errados são mantidos, bem como o grau de stresse e tensão. Provavelmente, os indivíduos não têm a consciência de que adotam estas atitudes, estando aqui patente a inferência dos mecanismos emocional e psicológico. Trata-se de algo irrefletido e acalentado por diversas ocorrências durante os seus percursos, como momentos de pressão menos positivos, que só vieram colmatar em maior insegurança em detrimento de se transformarem em ingredientes construtivos de uma identidade. Paralelamente, em conjunturas mais descontraídas, como é o caso de deitar, o nível de dor é significativamente inferior. Por sua vez, durante as refeições ou em momentos de conversação os sujeitos apontaram consideravelmente o aumento da dor, o que pode estar ligado à questão do sistema articulatorio aquando da mastigação e ingestão dos alimentos, e ainda aos níveis de ânsia a que o indivíduo pode ser transportado, dependendo do tipo e contexto da conversação em causa.

Os sujeitos referem, ainda, que as cefaleias e dores provocadas nas mais diversas zonas da cabeça e pescoço propiciam um elevado desconforto aquando

do ato de cantar. Por outro lado, ao ser um processo extremamente doloroso, a movimentação mandibular é, assim, promotora do desenvolvimento de estratégias compensatórias, que apenas acarretam maior tensão nas componentes articulares já enfatizadas.

Simultaneamente, os indivíduos em observação salientaram três principais ocorrências aquando da movimentação mandibular, as quais estão retratadas no **Gráfico 3**. De ressaltar que, aqui, estamos perante alterações já patológicas, as quais incluem modificações no âmago estrutural e funcional dos tecidos da ATM e dos músculos mastigatórios.

Gráfico 3 – Representação da tipologia de oclusão ocorrida aquando da movimentação mandibular exercida pelos sujeitos observados.



Podemos observar que todos os sujeitos participantes demonstram sofrer limitações ao nível da abertura mandibular e que grande parte atribui à dor provocada, aquando do processo de oclusão, diferentes tipologias. 90% refere que, a partir de uma determinada posição, a mandíbula não consegue dar continuidade à sua abertura regular devido à dor infligida, dando lugar, muitas vezes, a um processo de oclusão forçado. Por outro lado, uma fração significativa de 50% aponta para a unilateralidade desta dor, sentida apenas do lado afetado pela disfunção. Por outro lado, uma pequena parcela indica não sentir dor ao longo do processo de oclusão, ainda que este seja condicionado. Na verdade, já vimos anteriormente que a sintomatologia da DTM nem sempre integra a dor. Este fato foi visível nestes 10% da amostra examinada, já que o sujeito apresenta queixas de ruídos e estalidos na zona da ATM no momento da expansão mandibular, mas não associando qualquer espécie de dor.

Estes resultados levam-nos a crer que os sujeitos deste estudo tendem a apresentar uma menor abertura bucal ao longo da fonação, pela presença de dor na musculatura articular adjacente. Acredita-se que esta limitação condicione a ressonância vocal e, deste modo, interfira na qualidade vocal, já que a constante contração e rigidez da musculatura mandibular conduz a reajustes impróprios que, por sua vez, desencadeiam alterações ao nível das estruturas laríngeas, colmatando em sensações de fadiga vocal, rouquidão ou mesmo disфонia. Concluímos, pois, que o sistema articular, juntamente com o trato vocal, é preponderante no resultado alcançado na produção vocal. A qualidade de um cantor, quer ao nível do timbre e intensidade, quer ao nível da afinação ou acuidade linguística e /ou textual, depende destas componentes, pelo que, modificações ao nível da ATM, considerada um dos constituintes primordiais articulares do corpo humano, interferem, decerto, no produto final artístico.

5.2.3. Considerações Particulares

Antes dos questionários, as participantes foram submetidas ao preenchimento de uma Escala Visual Analógica (EVA) de avaliação percetual do grau de dor ao nível da ATM, em que 0 correspondia a Sem dor e 10 a Dor Extrema.

Grau de Dor na ATM:

Antes da atividade do canto

Sem Dor 0 _____ 10 Dor Extrema

Durante a atividade do canto

Sem Dor 0 _____ 10 Dor Extrema

Depois da atividade do canto

Sem Dor 0 _____ 10 Dor Extrema

Figura 15 – Escala Visual Analógica para Avaliação Percetual do Grau de Dor na Articulação Temporomandibular.

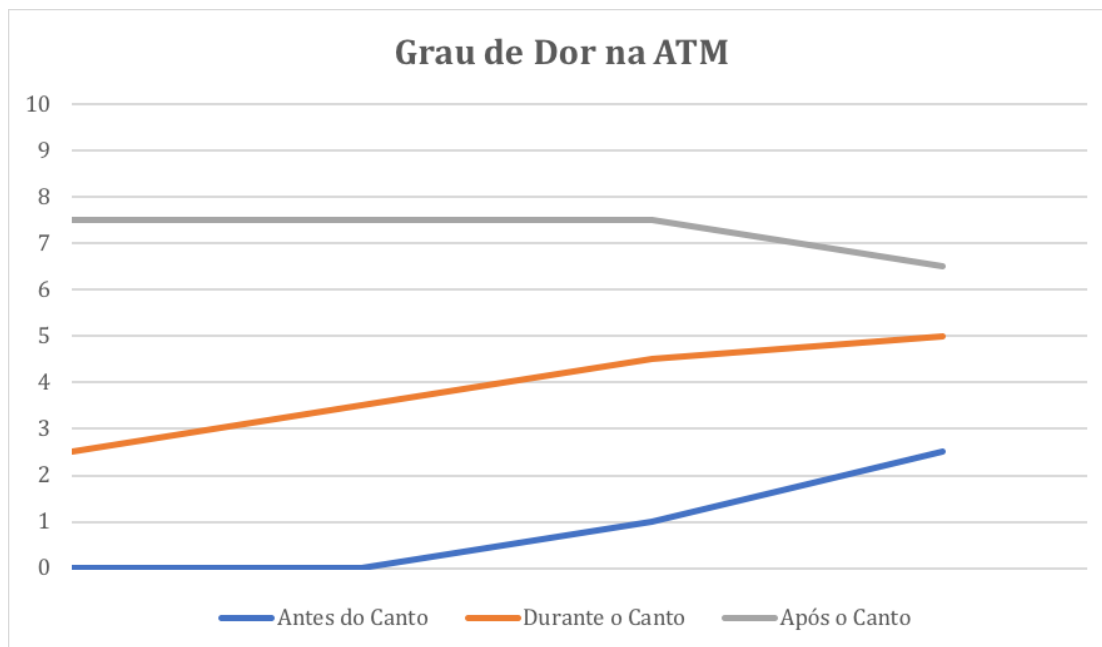
De seguida, procedeu-se à aplicação dos diversos questionários (IAF, CDP/DTM e Questionário Suplementar), de modo a recolher os dados de caracterização de cada participante e conseguir prosseguir-se para uma avaliação cuidada do quadro sintomatológico, visando uma possível inferência nas práticas

vocais da amostra sob observação. Por conseguinte, apresentam-se os resultados considerados pertinentes por participante para cada um dos questionários.

5.2.3.1. Participante 1

A participante 1 é das mais jovens da amostra, estudando Canto há 2 anos e categorizando-se como Soprano. Por sentir uma estagnação no seu desenvolvimento vocal, procurou acompanhamento exteriormente à instituição que frequenta, pelo que trabalha em simultâneo com duas profissionais. A sua média de horas de estudo por semana é de 1 a 3 horas, nas quais realiza exercícios de aquecimento para preparar o aparelho vocal para a exigência necessária aquando do trabalho técnico do repertório. Considera que o sentido expressivo e a carga emocional associados ao texto poético são as suas maiores facilidades no processo de aprendizagem, contrapondo com o domínio respiratório, que indica ser o aspeto de maior dificuldade. Descreve-se como uma pessoa preocupada, com pensamentos frequentes sobre problemas que possam vir a acontecer, pouco confiante e insegura em relação às suas capacidades, mas, apesar de tudo, feliz. Aponta o dormir de barriga para baixo com a mão colocada debaixo da cara como a sua posição preferencial e assume que possui uma mastigação unilateral, nomeadamente tendenciosa para o lado direito, a zona de ATM não afetada.

Gráfico 4 – Avaliação Percetual do Grau de Dor na ATM da Participante 1.



Podemos observar que existe um ligeiro desconforto antes da atividade vocal, uma provável consequência de tensões acumuladas, as quais estão associadas, por exemplo, aos níveis de ansiedade ou stresse típicos perante uma situação de pressão e responsabilidade, como é o caso de uma aula ou performance de Canto. Esta sintomatologia vai aumentando consideravelmente ao longo da atividade, o

que pode estar relacionado com a elevada amplitude mandibular, a qual, dada a condição de dor, pode estar a ser realizada com pequenos ajustes inadequados, que servem como defesa inconsciente à limitação existente. Após conclusão da atividade, o grau de dor intensifica notavelmente, mas tende a diminuir gradualmente, o que pode estar ligado à diminuição dos níveis de ansiedade e, por sua vez, menor carga emocional. Assim, o indivíduo alivia toda a contração muscular exercida na zona afetada, permitindo um relaxamento de todas as estruturas envolvidas.

Segundo o IAF, a participante sofre de DTM Moderada, uma vez que a pontuação obtida é de 60 pontos. Verifica-se que existe uma limitação ao nível da amplitude mandibular e que a participante possui indicadores propiciadores ao Bruxismo, já que revela que tem o hábito de cerrar os dentes. Isto leva-nos a crer que este aspeto está conjugado com o grau de dor sentido antes da atividade do Canto, dada a hipertensão provocada pela conduta referida. Por outro lado, estão patentes as dores de cabeça e na zona do pescoço/nuca, o que pode constituir efeito do retraimento muscular aplicado, o qual, por sua vez, é fruto do nível de ansiedade da participante, que demonstra ser uma pessoa tensa e nervosa.

Tabela 1 – Resultados do questionário Índice Anamnésico de Fonseca da Participante 1.

Pergunta	Resposta
Sente dificuldade para abrir a boca?	10
Sente dificuldades para movimentar a mandíbula lateralmente?	0
Tem cansaço ou dor aquando da mastigação?	0
Sente dores de cabeça frequentemente?	10
Sente dor na nuca ou torcicolo?	10
Sente dor de ouvido ou na região da ATM?	5
Sente algum ruído na ATM aquando da mastigação ou abertura bucal?	5
Tem o hábito de ranger ou cerrar os dentes?	10
Sente que tem Maloclusão?	0
Considera-se uma pessoa tensa ou nervosa?	10

Tabela 2 – Resultados do questionário CDP/DTM da Participante 1.

Eixo II: Protocolo de Registo da Dor Crónica		
Q. 3 - Teve dor na face, maxilares, têmporas, à frente do ouvido ou no ouvido no último mês?	Sim	1
Q. 7 - Como classifica a sua dor facial no presente momento, isto é, exatamente agora, numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	8	8
Q. 8 - Nos últimos 6 meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	10	10
Q. 9 - Nos últimos 6 meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	8	8
Q. 10 - Aproximadamente, nos últimos 6 meses durante quantos dias ficou impedido de executar as suas atividades diárias devido à dor facial?	5	5
Q. 11 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial interferiu nas suas atividades diárias, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Não interferiu' e 10 é 'Incapaz de realizar qualquer tarefa'?	2	2
Q. 12 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de participar em atividades recreativas, sociais e familiares, onde 0 é 'Sem alteração' e 10 é 'Alterou completamente'?	5	5
Q. 13 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de trabalhar, onde 0 é 'Sem alteração' e 10 é 'Alterou completamente'?	2	2

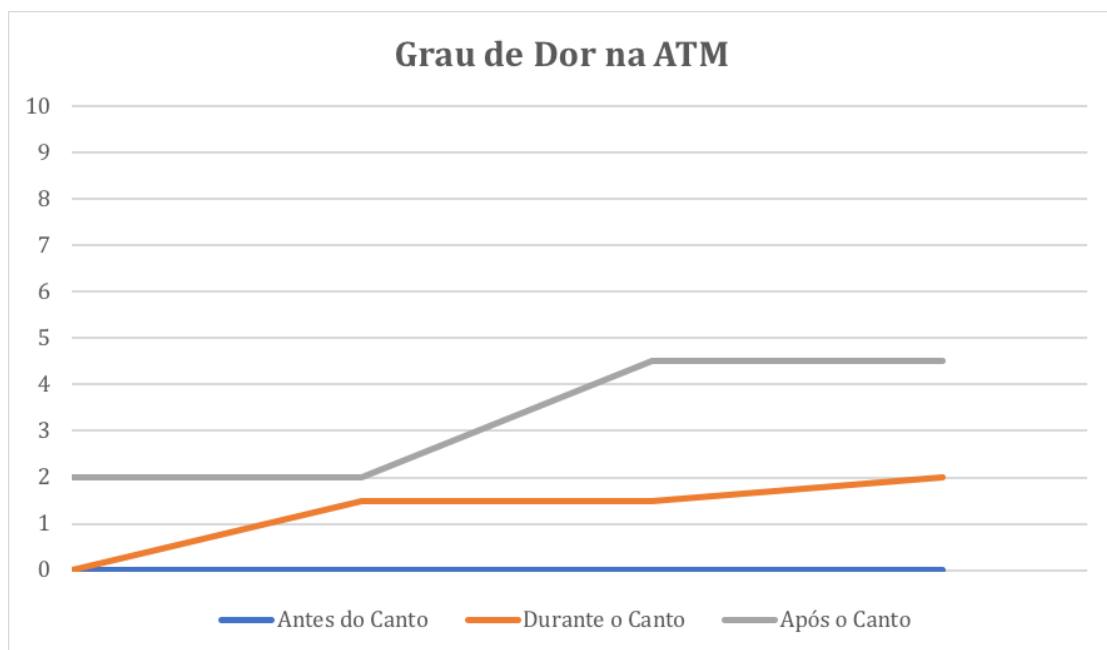
É verificado, então, que a Participante 1 possui uma classificação de Grau II - Alta Intensidade relativamente ao grau de dor crónica, uma vez que o cálculo das características da intensidade da dor é de 87, ou seja, superior a 50, e o resultado de incapacidade é de 1 ponto, isto é, inferior a 3. Deste modo, a dor é meramente pontual, não perturbando ou limitando de forma acentuada o seu dia-a-dia. Contudo, independentemente das características da intensidade da dor calculadas, assume-se que estes níveis de dor abarcam episódios de elevado desespero, questionando a sua estabilidade emocional, bem como condições físico-anatómicas para desenvolver a sua atividade na harmonia funcional desejada.

5.2.3.2. Participante 2

A participante 2 estuda Canto há 5 anos e categoriza-se como Soprano. Devido à mudança de estabelecimento de ensino, alterou uma vez de professor. A sua média de horas de estudo por semana é de 3 a 6 horas, nas quais realiza exercícios de aquecimento para preparar o corpo e a mente para as competências exigidas pelo repertório a executar. Considera que o trabalho de leitura é a sua maior facilidade no processo de aprendizagem, contrapondo com a sustentação de frases longas, que indica ser o aspeto de maior dificuldade.

Nesse sentido, implementa diversos exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal aquando das suas sessões de estudo, para otimizar a sua própria compreensão entre contração e distensão diafragmática. Recorre com frequência às gravações das suas aulas, de modo a obter uma melhor articulação entre o seu trabalho e aquele que é desenvolvido com o professor, e autorregular o seu método de estudo. Descreve-se como uma pessoa tensa, pouco confiante nas suas capacidades, muito indecisa e pouco descontraída, mas satisfeita consigo mesma, estável e feliz. Aponta que coloca a mão debaixo da cara ao dormir e assume que possui uma mastigação unilateral, nomeadamente tendenciosa para o lado direito, a zona de ATM não afetada.

Gráfico 5 – Avaliação Percetual do Grau de Dor na ATM da Participante 2.



Podemos observar que não existe qualquer desconforto antes da atividade vocal. Aquando da sessão de aula ou performance vocal, a sintomatologia de dor tem um aumento pouco considerável, uma provável consequência da tensão acumulada, já que a participante se descreve como uma pessoa bastante ansiosa e pouco segura de si. O sentido de responsabilidade e a pressão que associa a esta atividade fazem-na emergir numa condição de dor significativa após a mesma, o que se traduz, também, numa debilitação ao nível das estruturas musculares e articatórias adjacentes ao processo fonatório. Parece ainda que, dada a sua instabilidade emocional, se trata de um indivíduo que questiona frequentemente o seu rendimento de trabalho, colmatando numa DTM essencialmente determinada por fatores psicossomáticos.

Segundo o IAF, a participante sofre de DTM Leve, uma vez que a pontuação obtida é de 45 pontos. Verifica-se que existe uma limitação ao nível da amplitude mandibular e que a participante possui dificuldades aquando do processo mastigatório. Isto leva-nos a crer que este aspeto está conjugado com os níveis

elevados de ansiedade e stresse a que se expõe, convergindo na sensação de cansaço de toda a região da ATM.

Tabela 3 – Resultados do questionário Índice Anamnésico de Fonseca da Participante 2.

Pergunta	Resposta	
Sente dificuldade para abrir a boca?		10
Sente dificuldades para movimentar a mandíbula lateralmente?		5
Tem cansaço ou dor aquando da mastigação?		10
Sente dores de cabeça frequentemente?		0
Sente dor na nuca ou torcicolo?		0
Sente dor de ouvido ou na região da ATM?		10
Sente algum ruído na ATM aquando da mastigação ou abertura bucal?		0
Tem o hábito de ranger ou cerrar os dentes?		0
Sente que tem Maloclusão?		0
Considera-se uma pessoa tensa ou nervosa?		10

Tabela 4 – Resultados do questionário CDP/DTM da Participante 2.

Eixo II: Protocolo de Registo da Dor Crónica		
Q. 3 - Teve dor na face, maxilares, têmporas, à frente do ouvido ou no ouvido no último mês?	Sim	1
Q. 7 - Como classifica a sua dor facial no presente momento, isto é, exatamente agora, numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	3	3
Q. 8 - Nos últimos 6 meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	7	7
Q. 9 - Nos últimos 6 meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	3	3
Q. 10 - Aproximadamente, nos últimos 6 meses durante quantos dias ficou impedido de executar as suas atividades diárias devido à dor facial?	0	0
Q. 11 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial interferiu nas suas atividades diárias, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Não interferiu' e 10 é 'Incapaz de realizar qualquer tarefa'?	1	1
Q. 12 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de participar em atividades recreativas, sociais e familiares, onde 0 é 'Sem alteração' e 10 é 'Alterou completamente'?	2	2
Q. 13 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de trabalhar, onde 0 é 'Sem alteração' e 10 é 'Alterou completamente'?	0	0

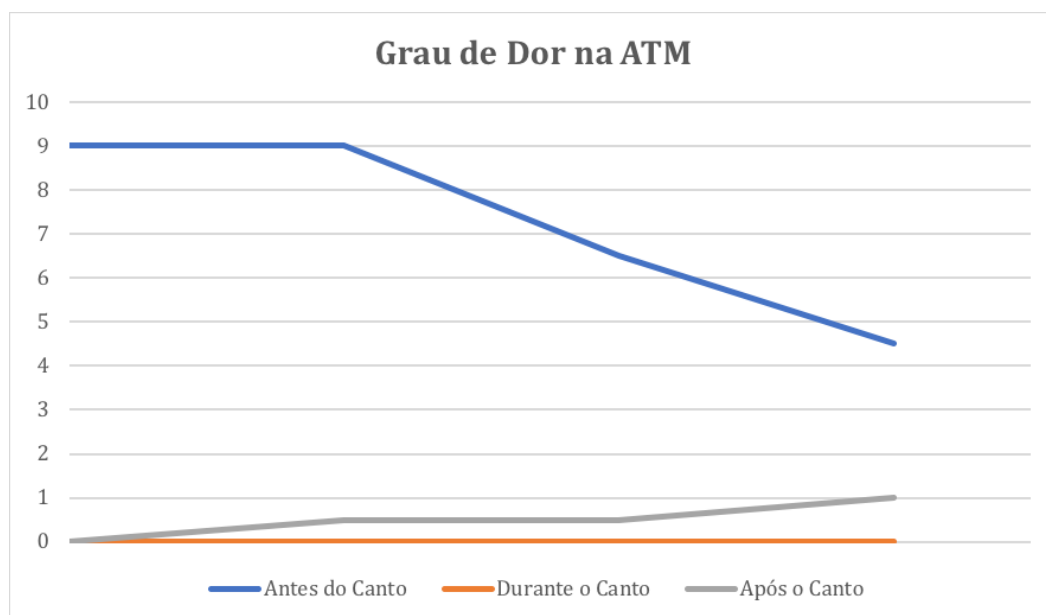
É verificado, portanto, que a Participante 2 possui uma classificação de Grau I - Baixa Intensidade relativamente ao grau de dor crónica, uma vez que o cálculo das características da intensidade da dor é de 43, ou seja, inferior a 50, e o resultado de incapacidade é de 0 pontos, isto é, inferior a 3. Deste modo, a dor

não condiciona a sua rotina e as atividades realizadas no dia-a-dia. Contudo, independentemente das características da intensidade da dor calculadas, assume-se que estes níveis de dor influenciam o processo de aprendizagem, já que a participante se encontra emocionalmente instável e, conseqüentemente, fisicamente desgastada aquando do mesmo. Estes aspetos conduzem a uma carência de uniformidade entre as estruturas mastigatória, articulatória e laríngea, provocando dificuldades no âmbito da produção e qualidade vocais.

5.2.3.3. Participante 3

A participante 3 estuda Canto há 4 anos e categoriza-se como Mezzo-Soprano. Também devido à mudança de estabelecimento de ensino, alterou uma vez de professor. A sua média de horas de estudo por semana é de 1 a 3 horas, nas quais realiza exercícios de aquecimento para preparar o corpo para a exigência do repertório a executar e, paralelamente, predispor a elasticidade de todo o sistema respiratório muscular para a produção vocal. Considera que a componente cénica é a sua maior facilidade no processo de aprendizagem, contrapondo com a equalização de registos, que indica ser o aspeto de maior dificuldade. Recorre com frequência às gravações das suas aulas, de modo a otimizar questões como afinação e interpretação, obtendo igualmente uma maior autonomia do seu método de estudo. Descreve-se como uma pessoa nervosa e inquieta, demasiado preocupada com detalhes que, na verdade, não têm importância ou pensamentos que acabam por perturbar a sua estabilidade, mas ao mesmo tempo decidida e senhora de si. A sua posição preferencial é dormir virada para o lado direito e a sua mastigação é regular.

Gráfico 6 – Avaliação Percetual do Grau de Dor na ATM da Participante 3



Podemos observar que existe um elevado desconforto antes da atividade vocal, muito provavelmente associado à tensão imposta na zona da ATM devido à carga de ansiedade visível no estado da participante. Aquando da sessão de aula ou performance vocal, a sintomatologia de dor não se traduz, quadro talvez explicado pela consciência de relaxamento e sensação de tranquilidade procuradas em prol de um resultado artístico final no seu todo. Após a atividade, nota-se um aumento pouco considerável, o qual será consequência da tensão acumulada, já que foi exercida uma contração ao nível muscular mandibular e, assim, estabelecida uma hipermobilidade de todas as estruturas anatómicas inerentes. Assim, o desconforto associado à prática vocal só se manifesta depois das atividades, o que, num indivíduo com fragilidade ao nível psicológico, pode desencadear um processo de rutura e, possivelmente, afastamento da área que ele assume como perturbadora ou mesmo prejudicial para a estabilidade da sua saúde.

Segundo o IAF, a participante sofre de DTM Leve, uma vez que a pontuação obtida é de 35 pontos. Verifica-se que existe uma limitação ao nível da abertura bocal, promovendo dificuldades na amplitude mandibular e desequilíbrio nas estruturas articulatórias subjacentes à produção vocal. A dor sentida antes da atividade do Canto pode igualmente estar relacionada com o hábito paranormal de ranger os dentes ao longo do sono (Bruxismo), o que predispõe a participante para níveis consideráveis de retraimento muscular de toda a zona da ATM.

Tabela 5 – Resultados do questionário Índice Anamnésico de Fonseca da Participante 3.

Pergunta	Resposta
Sente dificuldade para abrir a boca?	10
Sente dificuldades para movimentar a mandíbula lateralmente?	0
Tem cansaço ou dor aquando da mastigação?	0
Sente dores de cabeça frequentemente?	0
Sente dor na nuca ou torcicolo?	0
Sente dor de ouvido ou na região da ATM?	0
Sente algum ruído na ATM aquando da mastigação ou abertura bocal?	10
Tem o hábito de ranger ou cerrar os dentes?	5
Sente que tem Maloclusão?	0
Considera-se uma pessoa tensa ou nervosa?	10

Tabela 6 – Resultados do questionário CDP/DTM da Participante 3.

Eixo II: Protocolo de Registo da Dor Crónica		
Q. 3 - Teve dor na face, maxilares, têmporas, à frente do ouvido ou no ouvido no último mês?	Sim	1
Q. 7 - Como classifica a sua dor facial no presente momento, isto é, exatamente agora, numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	0	0
Q. 8 - Nos últimos 6 meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	5	5
Q. 9 - Nos últimos 6 meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	2	2
Q. 10 - Aproximadamente, nos últimos 6 meses durante quantos dias ficou impedido de executar as suas atividades diárias devido à dor facial?	0	0
Q. 11 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial interferiu nas suas atividades diárias, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Não interferiu' e 10 é 'Incapaz de realizar qualquer tarefa'?	0	0
Q. 12 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de participar em atividades recreativas, sociais e familiares, onde 0 é 'Sem alteração' e 10 é 'Alterou completamente'?	2	2
Q. 13 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de trabalhar, onde 0 é 'Sem alteração' e 10 é 'Alterou completamente'?	0	0

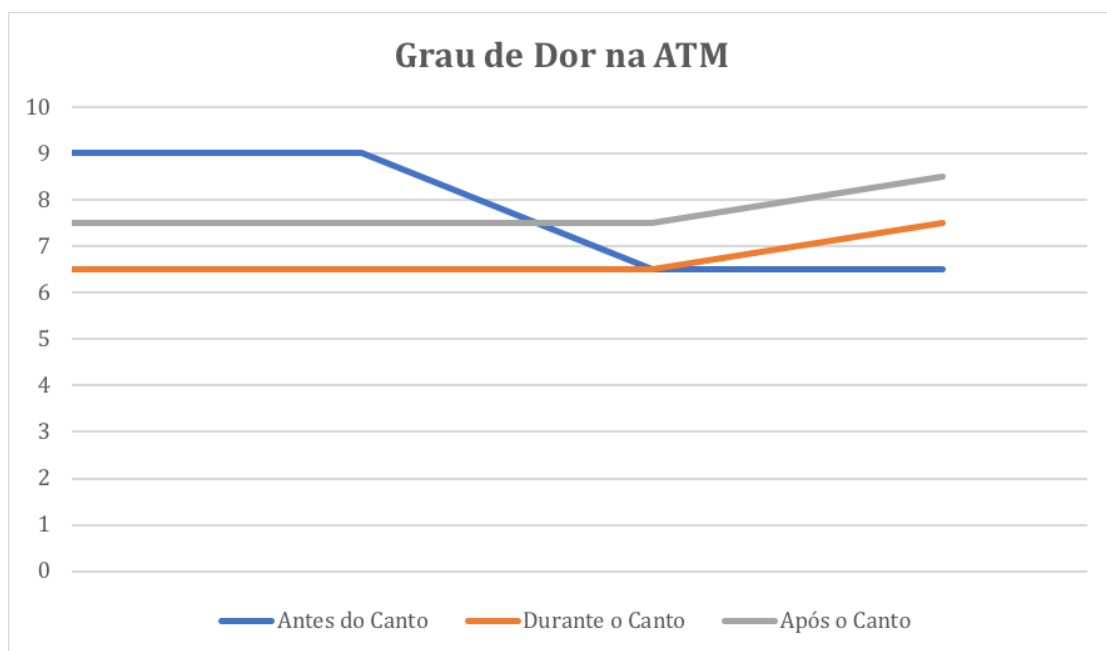
É verificado, então, que a Participante 3 possui uma classificação de Grau I - Baixa Intensidade relativamente ao grau de dor crónica, uma vez que o cálculo das características da intensidade da dor é de 23, ou seja, inferior a 50, e o resultado de incapacidade é de 0 pontos, isto é, inferior a 3. Deste modo, o grau de dor crónica é casual, não inferindo nas atividades realizadas ao longo do dia. Contudo, independentemente das características da intensidade da dor calculadas, entende-se que os níveis de dor calculados e referidos pela participante são reforçados aquando do processo de aprendizagem ou dos momentos prático-performativos, o que poderá levar a um desgaste emocional e psicológico, conduzindo a uma desmotivação pela área da voz. Por outro lado, a carência de uma solidez entre todas as estruturas integrantes na ação fonatória pode transportar-se em alterações da qualidade vocal, já que não será visível uma técnica vocal coesa graças ao impacto que a sintomatologia terá na firmeza e regularidade do aparelho vocal.

5.2.3.4. Participante 4

A participante 4 é também bastante jovem, estudando Canto há 2 anos e categorizando-se como Soprano. Por não se identificar com a pedagogia praticada, procedeu à alteração de docente no início do 2º ano. A sua média de horas de estudo por semana é de 6 a 9 horas, nas quais realiza exercícios de aquecimento não só para despertar e estimular o corpo para a produção vocal,

mas também para progredir e ser capaz de acompanhar o trabalho técnico realizado na sala de aula. Considera que a sua maior facilidade no processo de aprendizagem consiste na imitação vocal, algo que considera bastante natural em si, contrapondo com o domínio respiratório e a distensão/elasticidade muscular, características que indica como limitações. Descreve-se como uma pessoa demasiado preocupada e um pouco tensa, porém ponderada e confiante em relação às suas capacidades. A sua posição preferencial é o dormir de barriga para baixo com a mão colocada debaixo da cara e assume que possui uma mastigação unilateral, nomeadamente tendenciosa para o lado esquerdo, a zona de ATM não afetada.

Gráfico 7 – Avaliação Percetual do Grau de Dor na ATM da Participante 4.



Podemos observar que existe um grau de dor aguda na ATM antes da atividade vocal, o que pode estar relacionado com o hábito parafuncional de dormir com a mão colocada por baixo da face. Esta situação acarreta uma forte pressão sobre todas as estruturas da zona apoiada em questão e pode conduzir a desvios mandibulares, os quais, conseqüentemente, provocam ruídos ou estalidos articulares. Aquando da sessão de aula ou performance vocal, a sintomatologia de dor tende a diminuir, o que se pode explicar pela forma como a participante encara o Canto, isto é, uma atividade agradável, a qual lhe providencia momentos de relaxamento e sensação de bem-estar. Contudo, é visível que os níveis de dor são igualmente elevados, o que manipula de sobremaneira a sua estabilidade emocional e psicológica aquando do processo fonatório. Após a atividade, nota-se um aumento considerável da sintomatologia, o qual tem origem na tensão acumulada e em toda a contração exercida nas estruturas empregues na ação vocal, já que a participante se vê em toda a sessão condicionada e sujeita a circunstâncias de dor desmoralizadoras. Isto leva-nos a

crer que desencadeará no indivíduo uma carga exacerbada de fracasso, o que poderá potencializar uma perpetuação da patologia em evolução.

Segundo o IAF, a participante sofre de DTM Severa, uma vez que a pontuação obtida é de 80 pontos. Verifica-se que existe uma limitação ao nível da abertura da mandíbula, promovendo dificuldades na amplitude bocal. É visível igualmente dificuldade na movimentação mandibular lateral e sensação de cansaço aquando do processo mastigatório, o que propicia um desequilíbrio e desgaste das estruturas articulares coadjuvantes. As agudizações do grau de dor vivenciadas pela participante provocam frequentemente dores de cabeça ou desconforto na zona do pescoço/nuca, o que está intimamente ligado aos hábitos menos adequados praticados pela mesma, nomeadamente a posição adotada ao dormir ou a cerração dentária e o ranger das componentes articulares da ATM. Esta última ocorrência pode ser consequência de Bruxismo, uma vez que a participante se considera uma pessoa ansiosa e tensa. Assim, será potencialmente um indivíduo com predisposição para desenvolver Maloclusão.

Tabela 7 – Resultados do questionário Índice Anamnésico de Fonseca da Participante 4.

Pergunta	Resposta
Sente dificuldade para abrir a boca?	10
Sente dificuldades para movimentar a mandíbula lateralmente?	10
Tem cansaço ou dor aquando da mastigação?	10
Sente dores de cabeça frequentemente?	10
Sente dor na nuca ou torcicolo?	5
Sente dor de ouvido ou na região da ATM?	10
Sente algum ruído na ATM aquando da mastigação ou abertura bocal?	10
Tem o hábito de ranger ou cerrar os dentes?	5
Sente que tem Maloclusão?	0
Considera-se uma pessoa tensa ou nervosa?	10

Tabela 8 – Resultados do questionário CDP/DTM da Participante 4.

Eixo II: Protocolo de Registo da Dor Crónica		
Q. 3 - Teve dor na face, maxilares, têmporas, à frente do ouvido ou no ouvido no último mês?	Sim	1
Q. 7 - Como classifica a sua dor facial no presente momento, isto é, exatamente agora, numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	6	6
Q. 8 - Nos últimos 6 meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	10	10
Q. 9 - Nos últimos 6 meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	6	6
Q. 10 - Aproximadamente, nos últimos 6 meses durante quantos dias ficou impedido de executar as suas atividades diárias devido à dor facial?	15	15
Q. 11 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial interferiu nas suas atividades diárias, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Não interferiu' e 10 é 'Incapaz de realizar qualquer tarefa'?	6	6
Q. 12 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de participar em atividades recreativas, sociais e familiares, onde 0 é 'Sem alteração' e 10 é 'Alterou completamente'?	8	8
Q. 13 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de trabalhar, onde 0 é 'Sem alteração' e 10 é 'Alterou completamente'?	6	6

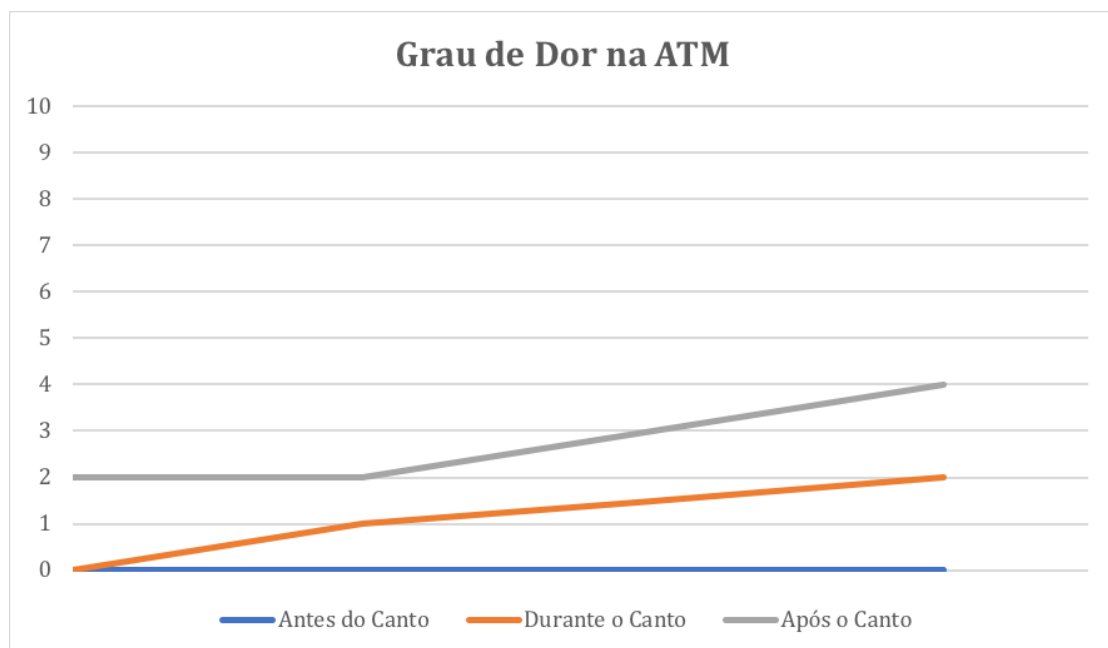
É verificado, então, que a Participante 4 possui uma classificação de Grau III - Moderadamente Limitante relativamente ao grau de dor crónica, uma vez que o cálculo das características da intensidade da dor é de 73, ou seja, superior a 50, e o resultado de incapacidade é de 4 pontos. Deste modo, concluímos que o grau de dor crónica detém uma elevada interferência na vida da participante, impedindo-a de vivenciar de forma harmoniosa as atividades do seu dia-a-dia. Observamos que esta sintomatologia alcança níveis agudos, despoletando debilidades psicológicas e emocionais, as quais são reforçadas aquando do processo vocal, tendo uma inferência direta no mesmo e promovendo distúrbios em todos os seus constituintes. Pode, assim, afirmar-se que um indivíduo que possua DTM Severa e um grau de sintomatologia de dor aguda não é capaz de atingir uma técnica vocal coesa, dado que estará sujeito a fortes limitações ao nível articulatorio, as quais não lhe permitirão alcançar uma solidez e estabilidade do gesto fonatório.

5.2.3.5. Participante 5

A participante 5 é a mais velha da amostra, estudando Canto há 7 anos e categorizando-se como Soprano. Devido à mudança de ciclo e, conseqüentemente, de estabelecimento de ensino, alterou uma vez de docente. A sua média de horas de estudo por semana é de 3 a 6 horas, nas quais realiza

exercícios de aquecimento para ativar o corpo e alcançar a impostação/colocação vocal desejada para o trabalho técnico que se segue. Dedicar grande parte das suas sessões a esta componente, já que a encara como uma base para a consolidação e consistência de uma técnica que lhe permita a estabilidade articulatória e a flexibilidade muscular necessárias para a tipologia do seu repertório. Aponta a execução de exercícios ou passagens em staccato e coloratura como as suas maiores facilidades no processo de aprendizagem, contrastando com a sustentação de frases mais longas, nas quais está latente uma ação vocal mais alienada sobre o legato, que considera ser o seu maior obstáculo. Descreve-se como uma pessoa muito nervosa e inquieta aquando de situações de maior pressão ou responsabilidade, mas tranquila e calma no seu quotidiano. Ao mesmo tempo, não é muito segura de si mesma, preocupando-se demasiado com o que a rodeia e levando as desilusões muito a peito, o que não lhe permite libertar o seu pensamento. Assim, implementa exercícios de relaxamento vocal no final das suas sessões, para promover uma distensão das pregas vocais, regressando gradualmente à frequência da voz falada. A sua posição preferencial para dormir é virada para o lado esquerdo e assume que possui uma mastigação unilateral, também tendenciosa para o lado esquerdo, a zona de ATM não afetada.

Gráfico 8 – Avaliação Perceptual do Grau de Dor na ATM da Participante 5.



Podemos observar que não existe qualquer sintomatologia de dor antes da atividade vocal. Aquando da ação vocal, seja ela ao nível do estudo, seja ela ao nível performativo, o grau de dor tem um aumento considerável, o que pode ser reflexo da contração e pressão desmedidas, as quais são exercidas sobre as estruturas musculares e articulatórias devido às elevadas cargas de stress

inferidas pela participante. Esta descreve-se como uma pessoa bastante ansiosa e nervosa, o que claramente contribui para que tenha consciência da necessidade de aplicar e implementar um protocolo de exercícios de relaxamento, os quais lhe vão permitir uma redução da dor e diminuição do grau de retraimento muscular. Após a atividade vocal, a sintomatologia intensifica progressivamente, o que pode estar relacionado com o nível de fadiga vocal provocado pela insistência e repetição até chegar ao resultado final artístico desejado. Além disso, as limitações encontradas aquando da abertura mandibular graças à dor sentida e aos ruídos articulares presentes na zona da ATM traduzem-se no sentimento de falha e frustração, transportando a participante a níveis psicológicos de elevada fragilidade e a uma ação fonatória ineficiente, impossibilitando-a de alcançar uma técnica vocal estável.

Segundo o IAF, a participante sofre de DTM Moderada, uma vez que a pontuação obtida é de 50 pontos. Verifica-se que existe uma limitação ao nível da mobilidade mandibular, o que resulta na sensação de cansaço do sistema mastigatório. Por outro lado, a participante revela dor em toda a zona envolvente da ATM e presença de estalidos articulares, o que gera particularmente um desconforto em todas as tarefas que abarquem estas estruturas musculares e articulares. Uma vez que se apresenta como uma pessoa nervosa e tensa aquando de situações de responsabilidade, leva-nos a crer que estes aspetos estão na origem de fatores psicológicos, os quais assentam em padrões de insegurança, falta de confiança e stresse, e são induzidos sem uma noção concreta da participante, demonstrando não saber como gerir ou lidar com o impacto que a patologia invoca na sua prática vocal.

Tabela 9 – Resultados do questionário Índice Anamnésico de Fonseca da Participante 5.

Pergunta	Resposta	
Sente dificuldade para abrir a boca?		10
Sente dificuldades para movimentar a mandíbula lateralmente?		0
Tem cansaço ou dor aquando da mastigação?		10
Sente dores de cabeça frequentemente?		0
Sente dor na nuca ou torcicolo?		0
Sente dor de ouvido ou na região da ATM?		10
Sente algum ruído na ATM aquando da mastigação ou abertura bucal?		10
Tem o hábito de ranger ou cerrar os dentes?		0
Sente que tem Maloclusão?		0
Considera-se uma pessoa tensa ou nervosa?		10

Tabela 10 – Resultados do questionário CDP/DTM da Participante 5.

Eixo II: Protocolo de Registo da Dor Crónica		
Q. 3 - Teve dor na face, maxilares, têmporas, à frente do ouvido ou no ouvido no último mês?	Sim	
Q. 7 - Como classifica a sua dor facial no presente momento, isto é, exatamente agora, numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	4	
Q. 8 - Nos últimos 6 meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	6	
Q. 9 - Nos últimos 6 meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Ausência de dor' e 10 é 'Pior dor possível'?	5	
Q. 10 - Aproximadamente, nos últimos 6 meses durante quantos dias ficou impedido de executar as suas atividades diárias devido à dor facial?	10	0
Q. 11 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial interferiu nas suas atividades diárias, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é 'Não interferiu' e 10 é 'Incapaz de realizar qualquer tarefa'?	5	
Q. 12 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de participar em atividades recreativas, sociais e familiares, onde 0 é 'Sem alteração' e 10 é 'Alterou completamente'?	3	
Q. 13 - Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de trabalhar, onde 0 é 'Sem alteração' e 10 é 'Alterou completamente'?	8	

É verificado que a Participante 5 possui uma classificação de Grau III - Moderadamente Limitante relativamente ao grau de dor crónica, uma vez que, apesar do cálculo das características da intensidade da dor ser de 50, o resultado de incapacidade é de 3 pontos. Deste modo, observa-se uma forte influência do grau de dor crónica no dia-a-dia da participante, condicionando-a aquando da realização das suas tarefas ou impedindo-a inclusive de ser capaz de manter uma regularidade na metodologia implicada nas mesmas. Observamos que esta sintomatologia lhe provoca sensações de cansaço, descontentamento, insatisfação ou mesmo frustração, impulsionando ações inadequadas e desprovidas de relaxamento ou elasticidade muscular, aspetos considerados fulcrais para uma base saudável do processo vocal. A limitação ao nível da mobilidade mandibular evoca traços altos de ansiedade e stresse, o que, conforme mencionado anteriormente com base nas investigações realizadas acerca da temática de investigação, constitui um fator de elevado risco para a evolução e perpetuação da DTM, e determina, certamente, inúmeras barreiras ao processo fonatório.

5.3. Docentes de Canto

Através dos seguintes gráficos, podemos observar os anos de prática pedagógica dos docentes colaboradores nesta pesquisa e a incidência da faixa etária dos alunos por si lecionados.

Gráfico 9 – Anos de Lecionação dos Docentes Participantes no Estudo.

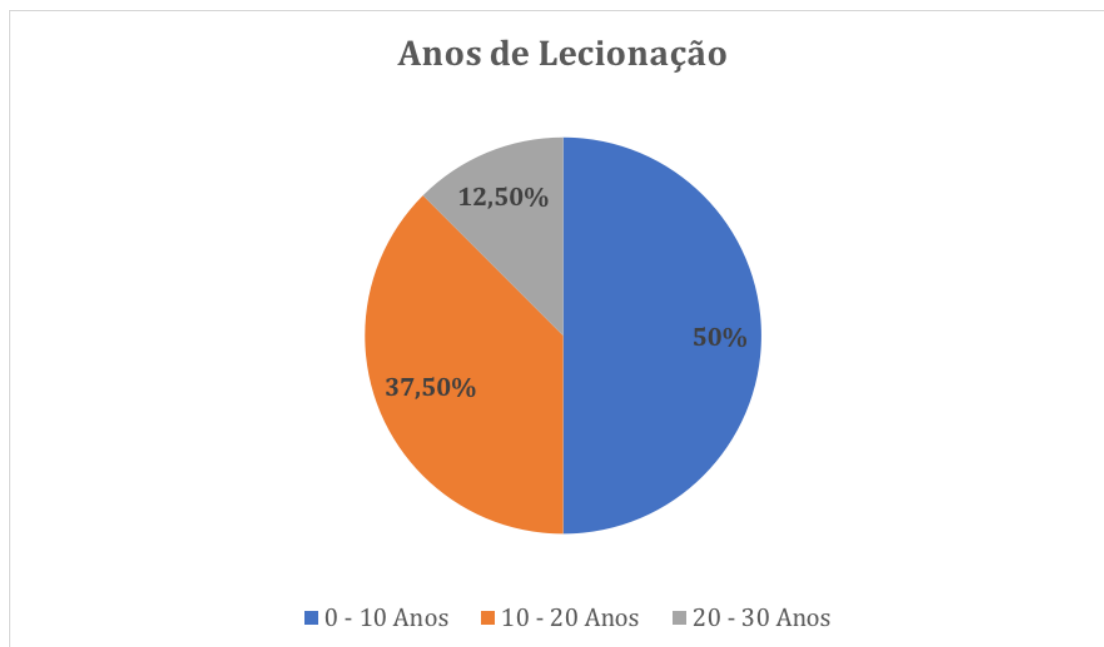
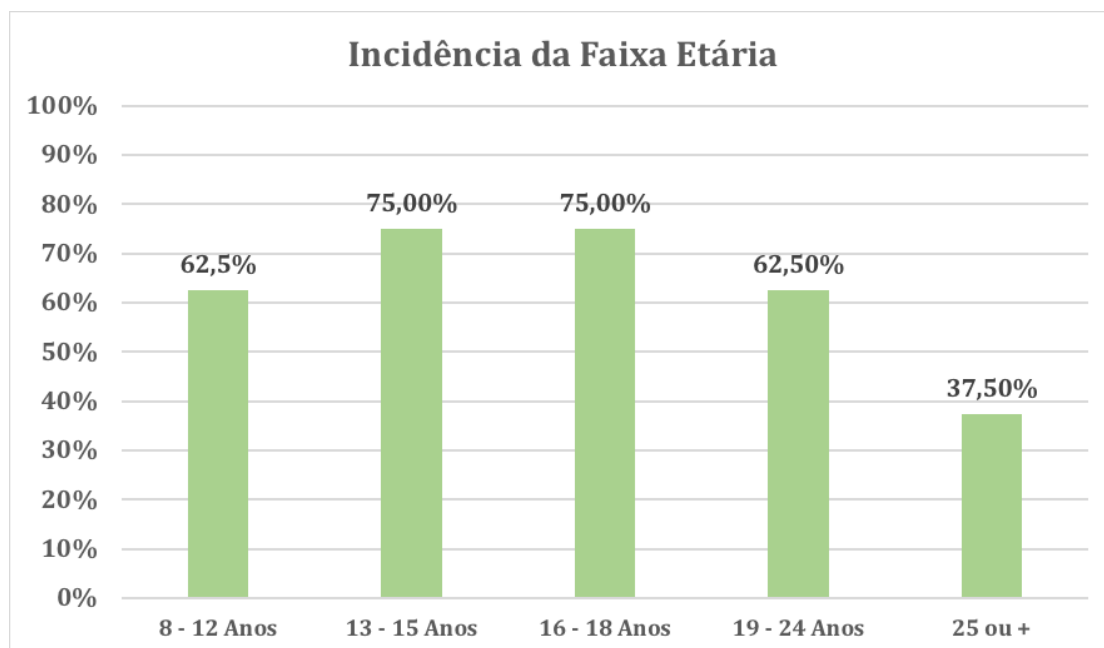


Gráfico 10 – Taxa de Incidência da Faixa Etária dos Alunos dos Docentes Participantes no Estudo.



Apontam a Articulação Temporomandibular como uma estrutura diretamente relacionada com as funções básicas da motricidade orofacial (mastigação e fala),

a qual deve estar o mais saudável possível, caso contrário surgem impedimentos quanto ao relaxamento laríngeo e à flexibilidade dos músculos envolvidos no processo de fonação. O mau funcionamento deste conjunto articulatório, pode prejudicar a aquisição de uma técnica adequada ou inclusive de uma boa dicção, o que trará consequências ao nível técnico (extensão do trato vocal ou elevação do palato), podendo até desencadear lesões musculares. Exposta está igualmente a expressividade, já que a pressão e tensão exagerada exercida ao nível muscular causa um elevado desconforto e não é propiciadora de condições benéficas e harmoniosas de um gesto interpretativo íntegro e natural. Pode, ainda, comprometer o equilíbrio de registos e a acuidade da afinação, já que o domínio da 'passagem' é impedido e é criada uma desarmonia em todo o mecanismo.

A mandíbula é apontada como um dos principais focos de complicação no processo de ensino, pois implica um respeito e uma noção do equilíbrio das forças a exercer. A ATM quer-se relaxada, de modo a ser possível a obtenção de ressonâncias que formarão um som timbrado ou designado de 'bonito', mas ativa ou estimulada, para que se alcance a compreensão de fonemas que formam as palavras com que nos expressamos. Ao mesmo tempo, a difícil conexão entre mandíbula e língua, outro elemento crucial para a fonação ao nível ressonador e articulatório, pode impedir os pequenos, mas essenciais gestos internos estruturais, fixando-a e não propiciando o seu processo natural num todo, já que proporciona igualmente uma restrição laríngea.

Vêm também ressaltar o peso que aspetos como a ansiedade trazem a problemas como a DTM. O stresse é um dos maiores inimigos da boa saúde e estabilidade do corpo humano, e, conseqüentemente, do bom funcionamento vocal. Alguém nervoso ou tenso, facilmente se retrai fisicamente em situações de maior pressão, um comportamento corporal contrário ao gesto equilibrado e relaxado pretendido, como por exemplo projeção da cabeça para a frente e estreitamento do pescoço, que, por sua vez, constituem potenciais causadores de problemas na ATM ou fatores perpetuadores da DTM. Assim, incutem, nas suas sessões, exercícios de correção de posturas inadequadas, visando o equilíbrio da coluna cervical como principal agente na prevenção da DTM. Indicam que estes comportamentos são muitas vezes responsáveis deste e de outros distúrbios, como é o caso do Bruxismo, pelo que é essencial a implementação de práticas que permitam um relaxamento físico antes e após ação vocal.

Salienta-se o caso específico reportado por um dos docentes. Um aluno, cujo sintoma manifestado era somente dor de ouvidos, foi aconselhado pelo mesmo a dirigir-se a um médico de medicina geral, ponderando que pudesse ser alguma pequena inflamação ou infeção. Contudo, o médico encaminhou o aluno em questão para um médico dentista, já que não se observou qualquer uma das ocorrências anteriormente referidas. Rapidamente se concluiu o diagnóstico de DTM Leve, a qual foi prescrevida com um tratamento baseado na utilização noturna de uma goteira. Esta estrutura veio dar mais peso à mandíbula inferior,

obrigando o aluno a relaxar com maior eficiência ao longo da noite e potencializando um maior bem-estar ao longo do dia ou aquando da realização das suas tarefas. Para este docente, esta situação fez com que se consciencializasse ainda mais acerca da necessidade de cuidar esta articulação e de estar preparado para outros eventuais casos de alunos que precisassem da sua intervenção do modo mais pleno possível.

Consideram este tipo de estudos extremamente importantes para uma otimização da qualidade vocal e da prática pedagógica implementada, a qual deve ser direcionada às necessidades de cada indivíduo. Está inerente a probabilidade de um professor de Canto ter na sua classe alunos ainda não diagnosticados com DTM. Contudo, a existência de pesquisas deste género conduz a uma tomada de consciência para uma melhor compreensão desta patologia e, assim, o inculcar de estratégias de prevenção em contexto de sala de aula, aliando sempre esta participação ativa com o acompanhamento constante de um médico especialista.

Qualquer professor é o resultado de uma grande panóplia de influências, quer dos seus próprios professores, quer da sua própria experiência como possuidor de uma voz e da que vai aglomerando ao longo dos seus anos de trabalho. Ainda assim, é importante a interligação dos campos de conhecimento, já que as terapêuticas implementadas são mais completas e, assim, serão desenvolvidas no sentido de complementar o todo. Através de exercícios recomendados por terapeutas da fala e fisioterapeutas, os docentes explicam que grande parte dos seus alunos apresenta melhorias na mobilidade mandibular e ao nível psicológico. Estas estratégias incitam, ainda, efeitos diminuidores da dor, o que indica que estes exercícios podem promover um maior bem-estar ao aluno, contribuindo significativamente para uma prevenção destas disfunções e um tratamento mais eficaz e duradouro das mesmas.

5.4. Profissionais de Saúde

As restrições causadas pela Disfunção Temporomandibular provocam uma elevada ansiedade ao paciente, o que intensifica o seu sofrimento. As principais modificações visíveis nestes casos são a capacidade limitada ou diminuição da abertura bucal, desvio lateral da mandíbula, movimentos mandibulares anormais e sons na ATM. Outros sintomas não associados às queixas principais devem ser analisados e avaliados objetivamente. A **Tabela 11** identifica-os e descreve-os, segundo as informações reunidas através das entrevistas aos profissionais de saúde participantes neste estudo.

Tabela 11 – Sintomas secundários associados à DTM.

Sintoma	Descrição
Dor Ortodentária	Sensação de dor ao nível dentário aquando percussão óssea ou higiene rotineira matinal.
Alteração dos Tecidos Orais	Sensação de dormência na língua ou inchaço da mucosa oral.
Alteração nos Ouvidos	Sensação de zumbido ou de ouvido tapado aliada à dificuldade de audição e tonturas.
Alteração no Nariz	Sensação de ardor na zona posterior do nariz e faringe ou de aperto na garganta, provocando dificuldade em beber, por exemplo, devido à sensação de sufocação.
Alteração de Outras Regiões	Sensações de tensão na zona dos ombros, braços e extremidade dos dedos, ou dores difusas e câibras nas regiões do peito, quadril e membros inferiores.

Para atingir um diagnóstico coeso, o exame deve iniciar-se pelo interrogatório ao paciente, prosseguindo com uma série de exames complementares mais específicos. Aqui, é possível alcançar um entendimento geral da condição clínica do indivíduo, enaltecendo questões chave determinantes para a avaliação. Apesar de se centrar nas principais queixas e sintomas, deve igualmente abordar as condições psicológicas inerentes ou mesmo a saúde física. Tópicos emocionais são levantados e podem explorar problemas inclusive profissionais, especialmente no que respeita ao ambiente no emprego ou relacionamento com os colegas de trabalho, no lar, atitude perante a vida, entre outros aspetos que se julguem apropriados. Como resultado do interrogatório, é normalmente realizado um exame visual e uma palpação das regiões da cabeça e pescoço, sendo a segunda comum quando há reclamação de dor. Esta última é uma técnica considerada simples, mas dela advêm vários contratempos ao nível clínico. É executada em todas as regiões da ATM e é fundamental atender aos seguintes pontos: reação do paciente e sensibilidade, nível de habilidade do profissional e região de palpação.

Já podemos compreender que a dor é o principal sintoma associado a esta disfunção e é, vulgarmente, a razão pela qual os pacientes se dirigem ao profissional de saúde. Esta sintomatologia é examinada, normalmente, através de um exame de palpação muscular, graças ao qual se pode alcançar um diagnóstico. A **Tabela 12** identifica e descreve os critérios das dores mais frequentes num paciente com DTM.

Tabela 12 – Identificação e Descrição dos Critérios de Diagnóstico das Dores numa DTM.

Patologia	Descrição
Mialgia	Dor de origem muscular que afeta o movimento mandibular, a função ou a parafunção. Aquando da palpação da musculatura mastigatória, esta aumenta consideravelmente.
Mialgia Local	Dor de origem muscular descrita como mialgia localizada devido à dor se manifestar apenas na zona palpada.
Dor Miofacial	Dor de origem muscular que se estende além da zona palpada.
Dor Miofacial Referenciada	Dor de origem muscular que se estende além da zona muscular.
Artralgia	Dor de origem articular que afeta o movimento mandibular, a função e a parafunção. Aquando da palpação da musculatura mastigatória, esta aumenta consideravelmente.
Cefaleias	As dores de cabeça associadas às DTM afetam os movimentos mandibulares, a função ou a parafunção. Aquando da palpação da musculatura mastigatória ou da existência de movimentação mandibular, esta aumenta consideravelmente.

Transversalmente, conferiu-se que existem outras sintomatologias e fatores particularmente importantes nos indivíduos portadores de DTM, estes últimos propiciadores para o progresso e difusão desta patologia. A partir da **Tabela 13**, enumeram-se e expõem-se essas mesmas causas e sintomas.

Tabela 13 – Principais Sintomatologias e Fatores para o Desenvolvimento de Disfunção Temporomandibular.

Sintomas/Causas	Descrição
Psicossomáticos	A perspectiva psicológica é de extrema importância em pacientes portadores de DTM. Os fatores psicológicos são variáveis e fulcrais aquando do diagnóstico das dores crônicas orofaciais. Sujeitos suscetíveis a níveis elevados de stresse, ansiedade ou depressão, tendem a ter uma maior somatização de fenómenos menos positivos e, conseqüentemente, adotam comportamentos de tensão psíquica, evocando estados emotivos contraprodutivos. Associados a estes efeitos, são visíveis ainda perturbações como desregulação do humor, presença de estados de espírito como tristeza ou irritação, pensamentos caracterizados pelo medo e insegurança, e associação de concepções negativistas, o que afeta de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo no seu todo.
Hábitos Parafuncionais	A relação entre a parafunção e dor muscular é biologicamente plausível. O uso de pastilhas elásticas, o roer as unhas ou os lábios, o conversar ao telemóvel apoiado entre o ombro e a mandíbula, o dormir com a mão por debaixo da face, entre outros, são hábitos que têm sido apontados como agentes causadores do desenvolvimento desta disfunção e, particularmente, fatores preponderantes para a sua progressão e/ou aparecimento de ruídos ou estalidos articulares.
Hiper mobilidade Articular	A hiper mobilidade articular local predispõe o paciente para a presença de luxação ou subluxação do côndilo, o que implica obrigatoriamente conflito na função regular e saudável do conjunto côndilo-disco e leva a uma desordem biomecânica intracapsular desta complexa combinação. Aquando da abertura mandibular, a ligação côndilo-disco é incapaz de retomar à sua posição normal sem

	manipulação do encerramento mandibular.
Bruxismo	Causa essencialmente originada através dos fatores stresse emocional e ansiedade, o Bruxismo surge como um dos principais promotores da dor miofacial mastigatória. Sinais caraterísticos são o desgaste dental, desconforto na zona dos músculos mandibulares ou ruído de cerração dentária ao longo do sono.
Oclusão	As alterações oclusais são fatores que desencadeiam ou perpetuam as DTM. O desvio da linha média mandibular, a mordida cruzada ou a Maloclusão são anormalidades que irão conduzir a ações igualmente paranormais, determinando uma alta probabilidade de princípios de disfunção ao nível da ATM.

Foi possível indagar-se vários tipos de tratamento com base nos dados fornecidos. A **Tabela 14** apresenta alguns dos mencionados pelos profissionais de saúde integrantes nesta pesquisa, traçando a sua relevância, aplicabilidade e inferência.

Tabela 14 – Tipologias de tratamento para pacientes com DTM.

Tratamento	Aplicabilidade Inferência
Termoterapia	Imediação infravermelha que permite aumentar a circulação e diminuir a dor através do aquecimento de uma determinada zona.
Massagem	Realizada para diminuir a tensão muscular e aconselhada a ser feita em vários momentos do dia pelo próprio paciente instruído devidamente por um profissional.
Exercícios Musculares	Eficaz para a redução de distúrbios funcionais musculares e na distensão dos músculos abdutores.
Medicação	Utilizada na maioria das vezes para promover uma estabilidade da condição psicológica do paciente, recorrendo-se a analgésicos anti-inflamatórios orais ou relaxantes musculares. No caso de uma dor muscular intensa, pode ser

	ministrada na zona afetada anestesia local.
Outros	Quando se observam alterações biológicas e estruturais da ATM, pode igualmente recorrer-se a tratamentos com base em intervenções cirúrgicas.

Através da sua experiência, os profissionais de saúde participantes nesta investigação podem revelar que, através dos diferentes métodos de tratamento, é possível observar-se resultados positivos. Das intervenções por si já realizadas com base nestes procedimentos, foram visíveis melhorias quanto à mobilidade, redução do grau de dor, aumento da qualidade do sono, diminuição de sintomas ao nível da mastigação, entre outros. Estes benefícios tendem a estender-se em curto e longo prazos, essencialmente quando o paciente absorve orientações de cuidado e exercícios para realizar autonomamente em casa.

Evidencia-se a importância das terapêuticas físicas, já que DTM e alterações posturais estão diretamente relacionadas. Simultaneamente, englobada nas terapias de suporte, a fisioterapia reduz e elimina sinais ou sintomas, recuperando ou estabilizando a atividade funcional da ATM. Assim, podemos assumir que relaxamento e reeducação da autoperceção podem ser mais eficazes do que os tratamentos farmacológicos.

Por outro lado, em pacientes que apresentem sintomatologia de Bruxismo é habitual a utilização de placas oclusais, as quais têm evidenciado excelentes resultados nestes casos. Esta estratégia aliada a terapias com recorrência a medicação ao nível do foro psiconeurológico, quando tomada antes de deitar, tem comprovado benefícios na medida em que as queixas dolorosas do paciente diminuem ao longo da manhã. Assim, todos os recursos disponíveis devem ser ministrados não de forma isolada, mas em conjunto com outras modalidades terapêuticas que lhes sejam coadjuvantes, determinando, obviamente, de que modo estas se complementam a fim de se potencializar ao máximo o tratamento.

CAPÍTULO 6

DISCUSSÃO

6. Discussão

"Considera-se a desordem temporomandibular como uma doença multifatorial, na qual uma séria de fatores como mecânicos, neurofisiológicos e psicológicos podem influenciar para sua predisposição, início ou perpetuação." (Selaimen, C., Brilhante, D. P., Grossi, M. L., e Grossi, P. K., 2007: p. 11)

A Disfunção Temporomandibular é uma condição clínica cada vez mais prevalente na sociedade atual e detém um grande impacto na vida dos que padecem desta patologia. Após o presente estudo, podemos afirmar igualmente que consiste num quadro clínico complexo, o qual envolve os músculos da mastigação, a Articulação Temporomandibular e as estruturas associadas, caracterizando-se por ser uma entidade multifatorial com uma forte componente psicossocial.

Expostos os resultados no capítulo precedente, os dados obtidos conduzem-nos a uma questão. Estará então o grau de DTM relacionado com a eficiência da ação vocal? Efetivamente, conseguimos concluir que o nível de sintomatologia de DTM infere, de forma intensa, nas funções musculares e articulatórias, pelo que o processo fonatório, bem como a qualidade vocal, estão indiscutivelmente comprometidos. Mais concretamente no que respeita às capacidades expressivas, uma vez que é visível a alta influência de fatores psicológicos no desenvolvimento desta disfunção, estas revelam-se ineficazes graças à carência de uma predisposição emocional consistente, a qual permita uma progressão em detrimento de interrupções ou retrocessos da prática performativa.

De salientar que não foi executada a primeira parte do questionário (Axis I ou Eixo I), bem como o exame clínico, instrumentos integrantes do RDC/TMD ou CDP/DTM. Assim, podemos considerar que este estudo está incompleto e, conseqüentemente, a sua avaliação impera subjetiva e volúvel. Paralelamente, a descrição dos exercícios realizados, quer pelas estudantes participantes deste estudo, quer pelos docentes entrevistados como complemento da pesquisa, não se encontram claros, nomeadamente quanto às repetições a realizar ou à duração e frequência da sua execução. Está, então, patente a falta de uma base padronizada de investigação, que possibilite uma análise e comparação mais coesa dos dados obtidos. Assim, novos estudos devem ser estimulados a fim de se procurar e definir metodologias mais modelares, as quais sirvam de orientação para os mais variados profissionais, de modo a que estes possam encontrar estes quadros clínicos aquando da sua prática.

É evidente que o Canto engloba diversas ações simultâneas de dificuldade extrema e que, sobretudo, dependem umas das outras. Uma pobre saúde da ATM vai inibir este ato humano graças aos desajustes musculares provocados. Podemos, portanto, afirmar que o professor deve compreender o 'todo' vocal e

que este só é possível quando todos os elementos que o constituem funcionam em harmonia, competindo-lhe e sendo sua responsabilidade traduzir a complexidade por detrás desta entidade, de modo a proporcionar uma reação clara e objetiva perante o resultado exposto por parte do aluno. Através de exemplos ou imagens, deve ser capaz de providenciar ao aluno ferramentas que lhe permitam alterar comportamentos menos benéficos do ponto de vista da eficácia da produção artística. Conjuntamente, ser consciente de que, ao ser produzida pelo próprio corpo e todos os elementos integrantes inerentes, a voz é extremamente vulnerável e suscetível ao desenvolvimento de diversas patologias nos mais diversos domínios das áreas por si exploradas. Desta forma, deve conseguir desenvolver estratégias e estabelecer metas de autorregulação do estudo, para que o aluno caminhe na consolidação de uma técnica vocal e na autonomia de comportamentos, os quais propiciem uma harmonia em todo o seu organismo com o intuito de conquistar um produto artístico de máxima qualidade.

Por fim, conseguimos observar que o diagnóstico atravessa diferentes estágios, assumindo-se primeiramente uma análise diferencial sustentada nos dados recolhidos através das questões colocadas diretamente aos pacientes e dos exames pelos mesmos realizados. Destaca-se, sem qualquer dúvida, a dor, a limitação dos movimentos mandibulares e a presença de sons na ATM. Ainda assim, de sobressair a sintomatologia associada à dor provocada pela DTM, habitualmente difusa e causadora de um elevado desconforto. Uma vez que esta intensifica na existência de movimentos ou gestos fortes por parte da mandíbula, verifica-se uma influência direta causa-efeito desta disfunção na prática do Canto, já que todos os órgãos biomecânicos envolvidos no processo se encontram afetados e/ou restritos, não fornecendo as condições mínimas necessárias para uma ação fonatória, mastigatória e articulatória na sua íntegra. É, ainda, possível referir o Canto como um ato contraproducente para um portador de DTM Moderada e Severa, uma vez que este processo se caracteriza pela elevada amplitude exercida ao nível da mandíbula e de todas as estruturas anatómicas subjacentes à ATM, estimulando a sua perpetuação e/ou progressão.

CAPÍTULO 7

CONCLUSÃO

7. Conclusão

"In order to ensure vocal progress, the teacher needs to know the desired outcome to be elicited from each specific exercise." (Clements, B., 2005: p. 17)⁶

Após a realização do presente estudo, é de frisar a dificuldade evidente na procura de literatura científica específica para a questão sob investigação. As publicações existentes assentam, sobretudo, em tópicos mais particulares, explorando a ATM e a sua constituição, as DTM e as suas inferências mais generalizadas, ou sintomatologias mais frequentes e de especial relevo científico, tais como o Bruxismo ou a Maloclusão. Assim, ressalva-se a necessidade da existência de outras investigações, as quais pretendam sustentar mais objetivamente a problemática aqui levantada. Esta encontra-se longe de estar cientificamente comprovada ou refutada, principalmente devido à escassez de padrões ou métodos de adequação que interrelacionem as diferentes áreas associadas à temática de investigação discutida nesta pesquisa, mais especificamente realçando qual o vínculo entre Articulação Temporomandibular e produção vocal.

Apesar da inviabilidade de fundamentar inteiramente esta associação, este estudo permitiu reforçar a necessidade de encaminhar indivíduos portadores de alguma das sintomatologias referenciadas para um diagnóstico clínico adequado, bem como alertar para a importância de uma tomada de consciência dos profissionais do Canto. Paralelamente, reforçou a importância destes profissionais consolidarem uma consciência para a necessidade de uma interdisciplinaridade ao nível da sua prática pedagógica, investindo na inserção de abordagens e metodologias distintas, mas que se complementem para alcançarem o mesmo resultado artístico final. Logo, afirma-se igualmente a relevância da criação de hábitos de estudo que promovam a autorregulação dos alunos, uma vez que estes estão entregues à autonomia nas suas sessões de estudo e devem ser capazes de lidar com os diversos obstáculos que surgem aquando do processo de aprendizagem.

Foi possível compreender que, para se chegar a um diagnóstico, é indispensável saber os antecedentes gerais clínicos, assim como quais os comportamentos da vida diária e se estes estão ou não sujeitos a stresse, condutas posturais, quer no trabalho, quer em casa, e hábitos orais deletérios (Bruxismo, estreitamento dentário, mascar pastilhas elásticas, morder o lábio inferior ou a parte interna da comissura labial, roer as unhas, entre outros). Simultaneamente, despistar possíveis fatores psicológicos e emocionais, os quais

⁶ "A fim de garantir o processo vocal, o professor deve saber qual o objetivo final de cada exercício implementado." (tradução da autora)

contribuem significativamente para elevados níveis de ansiedade, stresse e depressão, aspetos promotores da prevalência desta patologia.

Por outro lado, pareceu evidente a falta de sensibilização dos profissionais de Canto para esta temática. Assim, este estudo constitui um ponto de partida relevante para que outras investigações sejam desenvolvidas, estimulando uma intervenção adequada ao nível da pedagogia, a qual deve ser acompanhada por profissionais de saúde especializados. Acredito que um aluno orientado por uma equipa clínica especializada será mais eficiente, quer no seu estudo e performance, quer nos seus hábitos diários, usufruindo de um apoio tão completo que o conduzirá a diminuir os níveis de frustração e a aumentar consideravelmente o seu desenvolvimento técnico e artístico.

Conclui-se, por fim, que as estruturas articulatórias desempenham um papel fundamental na prática vocal e que, para o funcionamento de toda a unidade que representa a voz, é indispensável coexistir uma congruência e estabilidade de todas elas. Só deste modo será possível considerarmos que estamos na presença de uma técnica vocal correta e saudável, proeminente de uma solidez e equilíbrio do sistema músculo-esquelético, os quais providenciam uma base decisiva para um gesto vocal absoluto.

CAPÍTULO 8

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. Referências Bibliográficas

- Abboud, H., Itin, I., e Fernandez, H. (2012). Occupational Oromandibular Dystonia in an Opera Singer Mimicking Spasmodic Dysphonia. *Music and Medicine*, **4** (1), p. 37-39.
- Ai, M. (1985). *Temporomandibular Dysfunction: Approaching it from the Standpoint of Occlusion*. Tokyo: Ishiyaku Publishers, Inc.
- Ai, M. (1995). *Disfunção Temporomandibular - ATM - Diagnóstico e Tratamento*. Tokyo: Ishiyaku Publishers, Inc.
- Alexander, A. (1983). What Every Singer Should Know about the Voice. In Falkner, K. (ed) (1997). *Voice: Yehudin Menuhin Music Guides*, **3**, p. 26-32. Great Britain: Halsan & Co Ltd.
- Amir, O., Amir, N., e Michaeli, O. (2005). Evaluating the influence of warmup on singing voice quality using acoustic measures. *Journal of Voice*, **19** (2), p. 252-260.
- Austin, S. F. (2006). Jaw opening in novice and experienced classically trained singers. *Journal of the Voice*, **21** (1), p. 72-79.
- Barnard, L. W. (1979). Transtornos dei habla. In Morgan, D. H. et al., *Enfermedades del Aparato Temporomandibular: un enfoque multidisciplinario* (p. 453-457). Argentina: Mundi.
- Behlau, M. S. (2001). Avaliação da voz. In Behlau, M. S.: *Voz: O livro do especialista*, **3**, p. 91-172. Rio de Janeiro: Revinter.
- Bianchini, E. M. G. (2003). Verificação da interferência das disfunções da ATM na amplitude e velocidade do movimento mandibular durante a fala por meio da eletrognatografia. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, **8** (3), p. 109-115.
- Bruner, J. (1960). *The Process of Education*. United States of America: Harvard University Press.
- Camargo, Z. A., Rodrigues, K A., e Santos, S. A. dos (2001). Relação entre sintomatologia da desordem vocal e da alteração da articulação temporomandibular. In Ferreira, L. P., e Costa, H. O.: *Voz ativa falando sobre a clínica fonoaudiológica*, **5**, p. 237-249.
- Chaves, T. C., Oliveira, A. S., e Grossi, D. B. (2008). Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte I: índices e questionários; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. *Fisioterapia e Pesquisa*, **15** (1), p. 92-100.
- Chaves, T. C., Oliveira, A. S., e Grossi, D. B. (2008). Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte II: critérios diagnósticos; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. *Fisioterapia e Pesquisa*, **15** (1), p. 101-106.
- Clements, B. (2005). *A Practical Guide for First-Year Graduate Teaching Assistants in Voice*. Dissertação de Doutorado em Música apresentada ao College of Music da Florida State University.
- Coelho, T. T. T. (2001). *Análise perceptivo-auditiva da voz de indivíduos com disfunção temporomandibular*. Dissertação de Mestrado em Distúrbios da Comunicação apresentada ao Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Tuiuti do Paraná, em Curitiba.
- Cunali, R. S., Bonotto, D. M. V., Machado, E., Hilgenberg, P. B., Bonotto, D., Farias, A. C. de, e Cunali, P. A. (2012). Bruxismo do sono e disfunções temporomandibulares: revisão sistemática. *Revista Dor*, **13** (4), p. 360-364.

- Dimitroulis, G., Gremilion, H., Dolwick, F., e Walter, J. (1995). Temporomandibular disorders. *Australian Dental Journal*, **40** (6), p. 372-376).
- Ferreira, T., Silva, H., e Balata, P. (2008). Análise acústica e percetivo-auditiva da voz na disfunção temporomandibular. *International Journal of Dentistry*, **7** (4), p. 212-218.
- Fonseca, D. M., Bonfante, G., Valle, A., e Freitas, S. F. T. (1994). Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *Revista Gaúcha Odontológica*, **42** (1), p. 23-28.
- Gallardo, B. T. (2013). La voz y nuestro cuerpo. Un análisis funcional. *Revista de Investigaciones en Técnica Vocal*, **1** (1), p. 40-58.
- Guimarães, I. (2007). *A ciência e a arte da voz humana*. Alcabideche: Escola Superior de Saúde de Alcoitão.
- Howard, J. A. (1998). Temporomandibular Joint Disorders, Facial Pain, And Dental Problems in Performing Artists. *Performing Arts Medicine* (3rd ed.), **9**, p. 151-196.
- Khambata, A. S. (1983). The Physiology of the Voice. In Falkner, K. (ed) (1997). *Voice: Yehudin Menuhin Music Guides*, **2**, p. 13-25. Great Britain: Halsan & Co Ltd.
- Knoplich, J. (2003). *Enfermidades da coluna vertebral: Uma visão clínica e fisioterápica*. Rio de Janeiro: Robe.
- Lehmann, L. (1914). *How to sing* (2nd ed.). New York: The MacMillan Company.
- Lennon, M., e Reed, G. (2012). Instrumental and vocal teacher education: competences, roles and curricula. *Music Education Research*, **14** (3), p. 285-308.
- Lindblom, B., e Sundberg, J. (2007). The Human Voice in Speech and Singing. *Springer Handbook of Acoustics*, p. 669-712.
- Maciel, R. N. (1996). *Oclusão e ATM: procedimentos clínicos*. São Paulo: Santos.
- Machado, I., Bianchini, E., Silva, M., e Ferreira, L. (2009). Voz e Disfunção Temporomandibular em professores. *Revista CEFAC*, **11** (4), p. 630-643.
- Madeira, M. C. (1997). *Anatomia da face - Bases anátomo-funcionais para a prática odontológica*. São Paulo: Sarvier.
- Maluf, S. A., Moreno, B. G. D., Alfredo, P. P., Marques, A. P., e Rodrigues, G. (2008). Exercícios terapêuticos nas desordens temporomandibulares: uma revisão de literatura. *Fisioterapia e Pesquisa*, **15** (4), p. 408-415.
- Marzola, F., Marques, A., e Marzola, C. (2002). Contribuição da fisioterapia para a odontologia nas disfunções da articulação temporomandibular. *Revista Odonto Ciência*, **17** (36), p. 119-133.
- McKinney, J., C. (2005). *The Diagnosis and Correction of Vocal Faults: A Manual for Teachers of Singing and for Choir Directors*. United States of America: Waveland Press, Inc.
- Mello, E. L., e Silva, M. A. d. A. (2008). O corpo do cantor: alongar, relaxar ou aquecer? *Revista CEFAC*, **10** (4), p. 548-556.
- Miller, R. (1996). *On the Art of Singing*. New York: Oxford University Press.
- Miller, R. (2000). *Training Soprano Voices*. Oxford: Oxford University Press.
- Miller, R. (2008). *Securing Baritone, Bass-Baritone and Bass Voices*. New York: Oxford University Press.

- Molina, O. F. (1995). *Fisiopatologia craniomandibular: oclusão e ATM*. São Paulo: Pancast.
- Netter, F. H. (2011). *Atlas da Anatomia Humana* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Oliveira, M. C. (2000). *Diversas Técnicas de Respiração para o Canto*. Monografia apresentada ao CEFAC - Centro de Especialização em Fonoaudiologia, em Salvador, para finalização do curso de Especialização em Voz.
- Oliveira, M. F. R., e Crivello, J. R. (2004). O comportamento da movimentação mandibular em pacientes com disfonia funcional e organofuncional. *Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia*, **5** (19), p. 110-117.
- Paiva, R. C. (2012). *A Depressão e a Disfunção Temporomandibular - Estudo Clínico*. Dissertação de Mestrado em Medicina Dentária apresentada ao Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras.
- Pereira, R. P. A., Negreiros, V. A., Scarparo, H. C., Pigozzo, M. N., Consani, R. L. X., e Mesquita, M. F. (2006). Bruxismo e qualidade de vida. *Revista Odonto Ciência*, **21** (52), p. 185-190.
- Pereira, T., Brasolotto, A., Conti, P., e Berretin-Felix, G. (2009). Temporomandibular disorders, voice and oral quality of life in women. *Journal of Applied Oral Science*, **17**, p. 50-56.
- Pimenta, M. A. (2013). *Disfunção Temporomandibular em Cantores Líricos: Práticas Pedagógicas Saudáveis*. Dissertação de Mestrado em Música apresentada ao Departamento de Comunicação e Arte da Universidade de Aveiro.
- Póli, M. S., Morosini, M. R. de M., e Martinelli, R. de C. P. M. (2003). Abordagem interdisciplinar na disfunção temporomandibular - relato de caso. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, **7** (2), p. 171-177.
- Rockland, A., Teixeira, A. V. A., Silva, J. V. da, Lima, S. A. de A., e Oliveira, A. V de (2010). Influência da Disfunção Temporomandibular Muscular nas Alterações da Qualidade Vocal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, **51**, p. 41-47.
- Rugh, J. D., e Solberg, W. K. (1985). Oral health status in the United States: Temporomandibular Disorders. *Journal of Dental Education*, **49**, p. 398-405.
- Sá, M. (1997). *Segredos da voz, emissão e saúde*. Mem Martins: Sebenta Editora.
- Sacramento, A. C. P. (2009). *Técnica de Canto Lírico e de Teatro Musical – Práticas de Crossover*. Dissertação de Doutorado em Música apresentada ao Departamento de Comunicação e Arte da Universidade de Aveiro.
- Santos, P. P. de A., Santos, P. R. de A, e Souza, L. B. de (2009). Características gerais da disfunção temporomandibular: conceitos atuais. *Revista Naval de Odontologia*, **3** (1), p. 10-13.
- Sataloff, R. T. (1991). *Professional voice: The science and art of clinical care*. New York: Raven Press.
- Sataloff, R. T. (1993). La voz humana. *Investigación y Ciencia*, Febrero, p. 50-57.
- Seeley, R., Stephens, T., e Tate, P. (2005). *Anatomia & Fisiologia* (6th ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Selaimen, C., Brillhante, D. P., Grossi, M. L., e Grossi, P. K. (2007). Avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com desordens temporomandibulares. *Ciência & Saúde Coletiva*, **12** (6), p. 1629-1639.
- Silva, A., Morisso, M., e Cielo, C. (2007). Relação entre grau de severidade de disfunção temporomandibular e a voz. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, **19** (3), p. 279-288.

Sundberg, J. (1987). *The science of the singing voice*. Illinois: Northern Illinois University Press.

Sundberg, J., e Skoog, J. (1995). Jaw opening, vowel and pitch. *KTH-Quarterly Progress and Status Report*, **36** (2-3), p. 43-50.

Tauci, R., e Bianchini, E. (2007). Verificação da interferência das disfunções temporomandibulares na articulação da fala: queixas e caracterização dos movimentos mandibulares. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, **12** (4), p. 274-280.

Titze, I. (1994). *Principles of voice production*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Titze, I. (2001). Acoustic interpretation of resonant voice. *Journal of Voice*, **15** (4), p. 519-528.

Wolfe, J, Garnier, M., e Smith, J. (2009). Vocal tract resonances in speech, singing and playing musical instruments. *Human Frontier Science Program Journal*, **3**, p. 6-23.

CAPÍTULO 9

APÊNDICES

9. Apêndices

9.1. Apêndice A - Consentimento Informado



O presente inquérito ou entrevista insere-se num projeto do ensino artístico elaborado no âmbito do Mestrado em Ensino de Música. No sentido de alcançar uma consciencialização de professores e alunos de Canto para os riscos e consequências patentes na técnica vocal, pretende-se, primeiramente, clarificar a importância da Articulação Temporomandibular (ATM) no processo de ensino e aprendizagem do Canto. Numa segunda fase, compreender como pode esta interferir no mesmo, evidenciando quais as causas e os sintomas indicadores do desenvolvimento de uma patologia nessa articulação (DTM), e orientando ao nível da execução de exercícios ou criação de hábitos que potencializem uma prevenção e/ou tratamento da mesma.

Entendendo que é fundamental um parecer devidamente sustentado, a sua participação nesta pesquisa é de elevada importância e uma enorme mais valia para complementar e dar veracidade ao estudo.

Estabelece-se o compromisso de respeitar o direito à confidencialidade e proteção dos dados fornecidos, ficando guardados num local seguro à responsabilidade da autora. A sua identidade nunca será revelada ou reconhecida, mas ser-lhe-ão facilitadas possíveis publicações que se venham a realizar com base nos resultados obtidos nestes questionários.

Assim, solicitamos a sua confirmação para a sua participação no estudo.

Eu, _____, declaro que participo no projeto acima apresentado.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante,

9.2. Apêndice B - Questionário Suplementar

Questionário Complementar

O presente questionário pretende observar comportamentos perante a presença da DTM quer no estudo diário, quer na prática performativa, bem como efeitos produzidos ao nível da produção vocal.

Parte I - Prática Vocal

1 - Há quantos anos estuda Canto?

2 - Estudou sempre com o mesmo Professor? (Se a sua resposta for negativa, por favor indique o número de vezes que alterou e qual a razão para essa mudança.)

3 - Qual a sua classificação vocal?

4 - Quantas horas estuda, em média, por semana?

5 - Quantas horas estuda, em média, por dia?

6 - Quanto tempo estuda, em média, sem intervalo ou paragens?

7 - Costuma realizar exercícios de aquecimento antes de iniciar o trabalho de leitura e técnico do repertório? (Se a sua resposta for positiva, por favor indique o porquê dessa implementação.)

8 - Que tipos de exercícios costuma praticar durante as sessões de estudo (aquecimento corporal, exercícios de respiração, exercícios de postura, vocalizos em legato e/ou staccato, entre outros)?

9 - Dos exercícios anteriormente mencionados, quais os que considera mais relevantes no seu desenvolvimento vocal? Porquê?

10 - Qual a sua maior facilidade no Canto?

11 - Qual a sua maior dificuldade no Canto?

12 - Utiliza alguma(s) estratégia(s) para ultrapassar as limitações encontradas na execução do repertório? (Se a sua resposta for positiva, por favor indique quais e com que frequência recorre a elas.)

13 - Tem o hábito de praticar algum exercício de relaxamento vocal no final de uma sessão de estudo ou de aula? (Se a sua resposta for positiva, por favor indique o porquê dessa implementação.)

14 - Conhece alguma(s) estratégias(s) de otimização do estudo?

15 - Costuma gravar as suas sessões de estudo e de aula? (Se a sua resposta for positiva, por favor indique o porquê.)

Parte II - Avaliação Psicológica

16 - Como se descreveria a si própria? (Utilize frases concisas que demonstrem as emoções e estados de espírito comuns no seu dia-a-dia, tais como 'Sou feliz e segura de mim mesma' ou 'Tenho pensamentos que me perturbam e não tenho muita confiança em mim'.)

Parte III - Dados Pessoais

17 - Qual a sua data de nascimento?

18 - Qual o seu sexo?

19 - Qual a instituição de ensino que frequenta?

20 - Qual o regime de ensino? (Oficial ou não oficial)

21 - Qual o grau de formação? (Secundário ou Superior)

22 - Estuda outro instrumento? (Se a sua resposta for positiva, por favor indique qual.)

23 - Já recorreu a algum tratamento de correção dentária ou foi submetida a alguma intervenção cirúrgica Maxilofacial? (Se a sua resposta for positiva, por favor indique qual.)

24 - Quantas horas dorme, em média, por noite?

25 - Qual a sua posição mais frequente para dormir?

26 - Qual o seu lado preferencial de mastigação?

27 - Mastiga pastilhas elásticas com frequência?

28 - No seu dia-a-dia, considera ter algum hábito parafuncional, como por exemplo roer as unhas?

9.3. Apêndice C - Entrevista Docentes de Canto

Entrevista

GRUPO I – QUESTÕES RELATIVAS À IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

1 – Há quantos anos leciona a disciplina de Canto?

R.:

2 – Em que instituição trabalha neste momento?

R.:

3 – Quais as habilitações que possui e onde as concluiu?

R.:

4 – Qual a faixa etária média dos seus alunos?

R.:

GRUPO II – QUESTÕES INERENTES À ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

A Articulação Temporomandibular (ATM) é formada pelo encaixe dos ossos temporais da cabeça e dos côndilos situados nas extremidades da mandíbula (Figura 1). Assim, a abertura e o encerramento corretos desta última são fundamentais para um bom funcionamento desta articulação no sentido de constituírem um movimento articulatório determinante na procura de uma técnica vocal precisa e eficaz. Compreende-se por técnica vocal a capacidade de controlar um variado conjunto de processos neuromusculares que fundam o aparelho vocal, potencializando uma fonação pura, eficiente e sem esforço. Considerando as especificidades existentes no ato de cantar, depreende-se que o estudo da função da ATM no Canto seja de extrema pertinência.

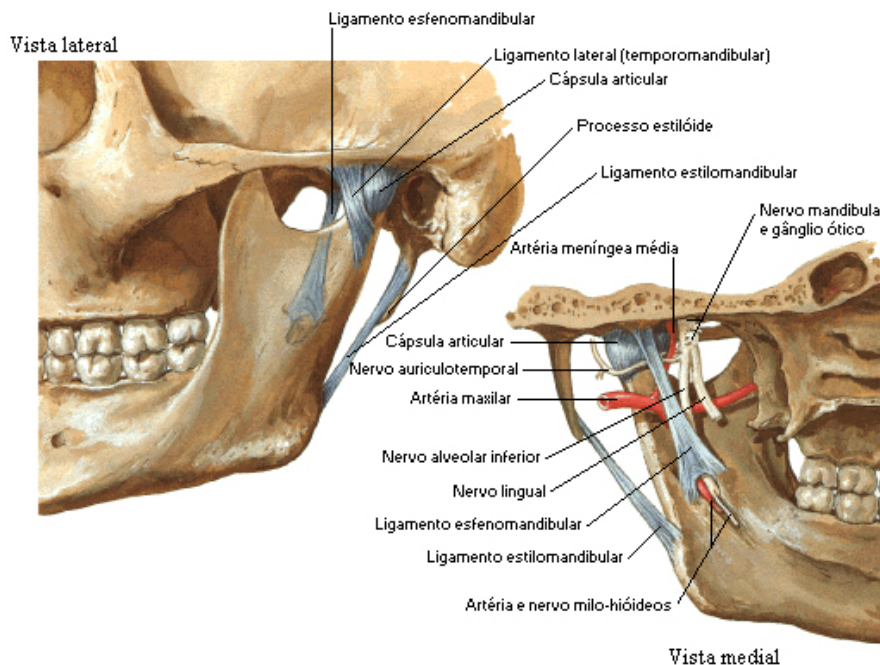


Figura 1: Representação da Articulação Temporomandibular (adaptado de <http://www.auladeanatomia.com/novosite/sistemas/sistema-articular/diartroses/articulacao-temporo-mandibular/>, acedido em 2 de janeiro, às 10h30).

1 – Considera que a saúde da Articulação Temporomandibular (ATM) seja preponderante na aprendizagem do Canto? Porquê? (Caso a resposta seja não, passar à questão 3)

R.:

2 - Explique em que medida o funcionamento deste mecanismo pode influenciar positiva ou negativamente o processo de aquisição de competências técnicas, expressivas ou até interpretativas, aquando da aula ou estudo individualizado do(a) aluno(a).

R.:

3 - Julga que o fator ansiedade, tão associado à área da Música e presente aquando dos vários momentos de pressão (tais como provas, performances diversas, entre outros), pode propiciar disfunções ao nível da *ATM*? Porquê?

R.:

GRUPO III – QUESTÕES INERENTES À DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

Conforme já foi mencionado anteriormente, a ATM é uma das articulações mais importantes ao ser humano. Assim, distúrbios nesta articulação poderão levar a consequências significativas em funções vitais, tais como a mastigação ou a capacidade de comunicação. No que respeita aos cantores, o risco de se exporem ao desenvolvimento de Disfunção Temporomandibular (DTM) é efetivamente muito elevado, destacando-se como principais fatores a hipermobilidade associada aos movimentos articulatórios de grande amplitude da mandíbula, o stresse e a ansiedade. Esta consiste na alteração mecânica da cápsula articular, interferindo com o habitual funcionamento da articulação. Devido à multiplicidade de causas associadas a esta patologia, o seu diagnóstico torna-se complexo, bem como a sua etiologia.

1 - Já teve na sua classe algum(a) aluno(a) diagnosticado(a) com a denominada Disfunção Temporomandibular (DTM)? Quais os sintomas associados (tais como dor, estalido, dificuldade na oclusão da ATM, entre outros)? (Caso a resposta seja não, passar à pergunta 8)

R.:

2 - Quais as limitações encontradas em sala de aula consequentes desta patologia?

R.:

3 - Quais as estratégias de correção/prevenção implementadas em sala de aula para colmatar a DTM? Especifique alguns dos exercícios executados para este propósito.

R.:

4 - Quais as estratégias de correção/prevenção sugeridas ao(à) aluno(a) para uma continuidade do trabalho realizado em sala de aula? Especifique alguns dos exercícios recomendados para este fim.

R.:

5 - Em algum momento de avaliação ou performance do(a) aluno(a) foi visível a influência deste problema, impedindo-o(a) de alcançar o sucesso? (Caso a resposta seja não, passar à pergunta 7)

R.:

6 - De que modo o nível de ansiedade pode estar intimamente ligado à situação exposta anteriormente? Considera que este fator propicia uma ampliação da DTM, podendo levar ao insucesso do(a) aluno(a) e, conseqüentemente, à sua desmotivação ou desistência do curso de Canto?

R.:

7 - Os exercícios e recursos por si utilizados em sala de aula têm algum fundamento científico, ou seja, recorreu a algum conselho de um profissional, ou sustentam-se numa pesquisa pessoal?

R.:

8 - Já presenciou ou tem conhecimento de outro(s) colega(s) de trabalho com algum(a) aluno(a) diagnosticado(a) ou apresentando possíveis sintomas de DTM? Como descreveria esse(s) processo(s)? (Caso a resposta seja não, passar à pergunta 11)

R.:

9 - Destacaria alguma(s) estratégia(s) pedagógica(s) implementada(s) na situação ou realçada(s) pelo(s) colega(s) de trabalho em contexto de conversa sobre esta problemática?

R.:

10 - Considera que este distúrbio perturbou a performance do(a) aluno(a) ou que a falha sistemática do seu desempenho o(a) impede de alcançar o sucesso e, conseqüentemente, o(a) leva a um nível elevado de ansiedade, stresse ou desmotivação?

R.:

11 - Reconhece a importância de um(a) aluno(a) que possua esta patologia ter, paralelamente, um acompanhamento suportado por um profissional especializado, o qual possibilite um tratamento científico adequado e relacione corretamente as terapias aos efeitos/resultados pretendidos? Porquê?

R.:

9.4. Apêndice D - Entrevista Profissionais de Saúde

Entrevista

GRUPO I – QUESTÕES RELATIVAS À IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

1 - Qual a área de saúde em que se especializou?

R.:

2 - Em que sentido se aproximam as suas habilitações e percurso académico da temática a ser investigada no presente estudo?

R.:

GRUPO II – QUESTÕES INERENTES À ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM) E SUA DISFUNÇÃO

3 - Como define a Articulação Temporomandibular (ATM)?

R.:

4 - Quais os principais sinais ou sintomas indicadores de alterações na ATM? Como é estabelecido o diagnóstico?

R.:

5 - Quais as causas que estão na origem da Disfunção Temporomandibular (DTM)?

R.:

6 - Quais os possíveis tratamentos para esta patologia?

R.:

7 - Existem algumas estratégias preventivas deste transtorno?

R.:

8 - A abertura bucal de grande amplitude está intimamente relacionada com o ato de cantar, logo a saúde desta articulação é preponderante na aprendizagem do Canto. Quais as limitações que poderão ser encontradas consequentes da DTM?

R.:

9- Julga que o fator ansiedade, tão associado à área da Música e presente aquando dos vários momentos de pressão (tais como provas, performances diversas, entre outros), pode propiciar disfunções ao nível da ATM? Porquê?

R.:

10 - Reconhece a importância de alguém que possua este distúrbio ter, paralelamente, um acompanhamento suportado por um profissional especializado, o qual possibilite um tratamento científico adequado e relacione corretamente as terapias aos efeitos/resultados pretendidos? Porquê?

R.:

11 - Com base na problemática levantada ao longo desta entrevista, considera ser relevante abordar e /ou acrescentar algo mais ao que já mencionou anteriormente? Gostaria da sua contribuição com alguma sugestão adicional assentando na sua experiência profissional.

R.: