

NEUROACÚSTICA APLICADA NO TRATAMENTO DE UMA PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE BURSITE AGUDA

Marcelo Peçanha de Paula ^a, Élcio Moraes ^b

^a*Psicanalista clínico, pesquisador e autor do Método Neuroacústica.*

^b*Psicólogo, análise bioenergética CBT, máster practitioner em PNL.*

Sumário

A utilização dos sons gravados no disco Parte 1 do Kit *Neuroacústica* (Estimulação e Integração dos Hemisférios Cerebrais*) é a causa mais provável da remissão completa de um caso de bursite aguda. Uma mulher com 41 anos de idade estava em tratamento médico. A paciente apresentava dor, intensa e contínua, sem apresentar alívio mesmo com o uso de compressas, além do analgésico sistêmico. Apresentava humor deprimido, queixava-se de afastamento social, insônia e tristeza. Após 7 semanas do início do tratamento medicamentoso, permanecendo com dor contínua e intensa, submeteu-se a uma sessão de psicoterapia com o uso de *Neuroacústica* (Estimulação dos Hemisférios Cerebrais) pelo co-autor deste artigo, profissional treinado no método, e houve a remissão total dos sintomas após 3 semanas. A metodologia da pesquisa seguiu os passos do estudo de caso, onde viabilizou-se estabelecer o confronto entre teoria e prática, visando comprovar a influência dos Estímulos Auditivos Dirigidos sobre psicossomatizações.

Palavras-chave: Hemisférios cerebrais; Neuroacústica; Psicoacústica; Estímulo auditivo dirigido; Processamento de informações; Memórias traumáticas; Bursite aguda.

Contatos dos autores:

Marcelo Peçanha de Paula^a

e-mail: menteologia@hotmail.com

Élcio Moraes^b

1. Introdução

O Kit Neuroacústica: Estimulação e Integração dos Hemisférios Cerebrais é um método original de intervenção por meio de estímulos sonoros elaborados com tecnologia de sons 3D (sons tridimensionais) de modo a construir por modalidade auditiva os mesmos resultados obtidos com a estimulação visual e cinestésica do modelo de Processamento de Informações nas memórias traumáticas e bloqueios emocionais causados por eventos de alto impacto emocional. O Kit, contém 3 CDs composto por Parte 1 – Estimulação dos Hemisférios Cerebrais, Parte 2 – Integração do Hemisférios Cerebrais e Parte 3 – Estimulação/Integração dos Hemisférios Cerebrais (DE PAULA, 1998). A literatura disponível sobre a Neuroacústica ainda é escassa e sua confirmação científica enquanto método de intervenção em memórias traumáticas ainda necessita maiores estudos sobre suas aplicações e benefícios.

O uso do método Neuroacústica pelo autor deste artigo foi iniciado a partir de 1997 quando confeccionou os primeiros Kits. O primeiro material escrito pelo autor sobre o assunto foi “Processo Terapêutico Integrado: Neuroacústica” que contém instruções, em forma de manual, orientando e propondo protocolos para o melhor aproveitamento do material. Faz parte de uma série de escritos reportando à Menteologia como uma nova proposta de abordagem terapêutica integrada.

O “princípio ativo” do CD de Estimulação dos Hemisférios Cerebrais é a presença de um som que alterna nos canais estéreos (esquerda e direita) num intervalo regular aplicado sobre música incidental que tem a finalidade de disfarçar, ou atenuar, o incômodo que

algumas pessoas sentem ao serem submetidos a estímulos contínuos e intermitentes.

O “princípio ativo” do CD de Integração dos Hemisférios Cerebrais é a presença de um estímulo que se desloca de uma orelha a outra, continuamente, dando ao sujeito a sensação auditiva de que o som transita dentro de sua cabeça a cada vez que se desloca de uma orelha a outra. Este tipo de estímulo auditivo é chamado de som transiente e seu efeito é possível mediante a utilização de um recurso de áudio chamado FADE OUT e FADE IN em cada canal de áudio do estéreo (esquerdo e direito). Também neste caso é aplicado, junto com o som integrador, uma camada de música incidental para evitar desconfortos aos usuários.

A Neuroacústica também foi utilizada com sucesso relativo num caso clínico de AVC Isquêmico da Área de Broca com diagnóstico de afasia (1997) com recuperação da fala após três sessões, com intervalo de 15 dias entre cada uma. Este caso, atendido num total de treze sessões num período de 6 meses, foi apresentado no XVII Encontro Mineiro de Musicoterapia de Minas Gerais (DE PAULA, 2006).

2. Histórico do paciente

Mulher, 41 anos, casada, cabeleireira, não-destra, sem histórico significativo de doenças e cirurgias. Dois partos normais, filho de 21 e 15 anos. Tipo sanguíneo A com Rh positivo.

A paciente relacionou seu problema ao impacto emocional da morte da mãe. A mãe havia falecido em outubro de 1998 não resistindo a uma cirurgia de ponte de safena.

Em junho de 1999, oito meses do falecimento da mãe, a paciente começou a sentir fortes dores no ombro

direito e na tentativa de alívio e considerando que era algo referente à coluna fez tratamentos alternativos, os quais não apresentaram resultados esperados.

Os sintomas descritos pela paciente foram:

- Dor constante
- Dor nervosa
- Insônia por dor
- Sem alívio significativo com compressas
- Limitação dos movimentos do membro superior direito por dor e tentativa de poupar e não agravar o problema, por dificuldade de levantar o braço.
- Sentia-se muito triste
- Afastamento social por humor deprimido
- Pessoas de sua convivência chamaram-lhe a atenção fazendo observações sobre: “Você está muito decadente”, “Você está abatida”, “Você está muito triste”, “Você está muito caída”.

Não tendo nenhum alívio dos sintomas procurou atendimento médico-hospitalar. Foi atendida por um clínico geral que a encaminhou a outro médico-especialista.

O especialista diagnosticou Bursite Aguda e prescreveu analgésicos e anti-inflamatórios específicos. Ao término a paciente deveria, caso continuasse com dor, retornar e submeter-se à punção no local.

2.1. O que é Bursite Aguda:

A bursite é a inflamação dolorosa de uma bursa (um saco plano que contém líquido sinovial que facilita a movimentação especialmente de algumas articulações e músculos e reduz o atrito) (BERKOW, BEERS, BOGIN & FLETCHER 2002). É uma das Doenças das Bolsas Mucosas. As bolsas mucosas são espaços fisiológicos

providos de cápsula conetiva e revestidos por uma sinovial. Formam-se nos pontos onde há atrito, pelo deslize, sob pressão, de partes moles sobre ossos ou onde a pele é comprimida permanentemente contra uma saliência óssea. As irritações mecânicas externas podem levar a um estado doloroso de irritação. Infecção, tuberculose e reumatismo provocam a inflamação aguda ou crônica (RÖSSLER 1981).

A localização mais comum é na bolsa subdeltóidea, segundo Azcona (2003). Texto encontrado em consulta à BVS – Biblioteca Virtual em Saúde (seção dos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde). Como Doença Músculo-esquelética está catalogada nosologicamente em Artropatias (C05.550). A Bursite Aguda responde pelo código C05.550.251 (BVS, 2006). Segundo esta fonte, o sinônimo em português para Bursite é “Capsulite Aguda”.

A dor no ombro, causada por inflamação da bursa também é conhecida como “bursite do ombro”, “Síndrome do impacto”, ou ainda “Síndrome de impacto do ombro” (SGARBI 2006).

Toda vez que uma pessoa move o ombro de modo a contrair, ou irritar, a bursa inflamada há uma reação de dor. No topo do ombro, a bursite provoca dor quando se estende o braço lateralmente, ou quando o volta para frente com a palma da mão virada para baixo. Estando a bursite localizada na parte posterior do ombro, a dor se manifesta pela torção do braço em ambas as direções. Pode haver também uma sensação de “mordida” num determinado ponto do movimento do ombro (RANDAM 2002).

As dores e a limitação dos movimentos são as manifestações mais comuns. Algumas vezes, porém, apenas o inchaço – que surge lenta e progressivamente – é que incomoda o paciente (RÖSSLER 1981). Outras

vezes, os diversos tecidos do ombro tornam-se inflamados e doloridos limitando o movimento e o uso do ombro. Como resultado, a articulação pode até “endurecer”, uma condição chamada de “ombro congelado” (IOF – Instituto de Ortopedia e Fisioterapia 2006).

2.1.1. Suas causas prováveis:

Segundo Rezende (2006) – em artigo publicado no site da Sociedade Brasileira de Reumatologia - a causa mais comum da bursite (assim como da tendinite) é o trauma local ou “overuse”. Excesso de trabalho ou jogo, particularmente se o paciente tem mau condicionamento físico, má postura, ou usa o membro afetado em uma posição forçada e desajeitada. Ocasionalmente uma infecção dentro da bursa ou ao redor do tendão será responsável pela inflamação. Pode estar associada a outras doenças como Artrite Reumatoide, Gota, ou a Artrite Psoriásica, inclusive existe uma maior frequência nas Artrites Reativas.

2.1.2. Dados epidemiológicos:

Este problema, de ordem músculo-esquelética, é comum para pessoas de todas as idades, sendo uma das grandes causas de afastamento do trabalho (REZENDE 2006). De acordo com informações do Medical Services do Grupo Aventis Pharma (2006), acomete a faixa etária de 15 a 50 anos e o sexo predominante é o masculino.

A Bursite Subdeltóidea Aguda, como exemplo, é a causa mais frequente da limitação da mobilidade articular que não respeita as proporções capsulares. Esta doença tem início súbito, atingindo seu apogeu em apenas três dias. O paciente refere dores de intensidade progressiva, inicialmente localizadas no

ombro e projetando-se em seguida até o punho. O exame revela acentuada limitação da mobilidade. Esta afecção difere do padrão capsular pela limitação predominante da abdução, enquanto a rotação externa se revela praticamente normal. As dores costumam ser muito intensas durante os primeiros dez dias; a cura espontânea leva cerca de seis semanas. É perfeitamente possível que ocorra uma recaída dentro dos cinco anos seguintes, seja no mesmo ombro, seja no lado oposto. A calcificação do tendão do músculo supra-espinhal é capaz de provocar a bursite aguda, quando os sais de cálcio se distribuem de repente na luz da bolsa subdeltóidea (FISIOMBRO 2006).

2.1.3. O tratamento:

As orientações do IOF (2006) sobre o tratamento diz que geralmente envolve atividades alternantes, descanso e terapia física para ajudar o paciente a melhorar a força do ombro e sua estabilidade. Medicação prescrita visa reduzir a inflamação e a dor. Cita, inclusive, que a prescrição medicamentosa deve ser seguida exatamente como prescrita, principalmente no caso dos injetáveis.

Para Sgarbi (2006), o tratamento é clínico. Fisioterapia antiálgica e antiinflamatórios não hormonais. Caso haja falha do tratamento clínico por seis meses indica o tratamento cirúrgico.

Na Clínica de Dor, segundo Andrade Filho (2001), recorre-se a Bloqueios Locais produzindo interrupção do caminho nervoso, além de aplicação tópica. Aplica-se corticosteróide de longa ação por infiltração, sendo necessários de 10 a 15 ml da solução (bupivacaína a 0,25% associada à metilpredisilona 40 mg ou a outro corticosteróide de longa duração). Segundo Andrade Filho, a dor cede de 10 a 20 minutos após a administração e

pode durar de 4 a 8 horas. Há necessidade de se administrar antiinflamatórios não esteroidais para se evitar dor ainda maior quando cessar o efeito do bloqueio.

Para Rössler, sempre que possível, primeiro, eliminar a causa. Na Bursite ou Polisserosite reumáticas, punção e injeção de corticóides, sinovialectomia. Na Bursite Purulenta ou Tuberculosa, extirpação. Na Bursite Calcárea, também, instilação de predisolona, tentar, eventualmente, a radioterapia, o calor, a diatermia e, sendo o caso, extirpar partículas maiores de cálcio.

2.1.5. As complicações:

Segundo os Coordenadores Científicos do CONNECTMED, as complicações na Bursite Aguda é que além de poder evoluir para Bursite Crônica pode deslocar-se para um quadro de incapacidade física severa.

2.1.6. O Prognóstico com tratamento:

Com tratamento, espera-se ter um bom prognóstico. O IOF cita que uma cirurgia pode ser necessária para resolver os problemas no ombro, entretanto 90% dos pacientes com dor no ombro são curados com tratamento de atividades alternantes, descanso, exercícios e medicação.

O curso do tratamento pode ser orientado pela atuação de um ortopedista, ou cirurgião ortopédico, segundo o IOF. Para Rezende, a maioria dos casos de Bursite (inclui-se também a Tendinite) são auto limitados, mas se por algum motivo a remissão da lesão, ou a diminuição da dor, não está evoluindo a contento, o reumatologista, como o perito em patologias musculoesqueléticas não cirúrgicas, é o

profissional mais indicado para avaliar e tratar esta doença.

2.2. A aplicação do método Neuroacústica:

Tendo tomado a medicação prescrita e sem nenhum alívio da dor, e com muito receio de ter que se submeter à punção, submeteu-se a um atendimento psicoterápico com o co-autor deste artigo.

A paciente, após discorrer sobre seus sintomas (ver item 2.), relatou que no dia seguinte estava programada a punção já que a dor não havia cedido com a medicação.

Foi dada à paciente algumas informações sobre a possibilidade de tratar-se, em parte, de um problema psicossomático e que é como se o corpo, por influência emocional, impedisse, ou dificultasse, a ação do medicamento. Informou, ainda, que sua experiência clínica demonstrava que muitas vezes as pessoas reprimem emoções intensas como raiva, por exemplo, causando intensa sensação de tristeza, angústia pressionando o peito e que com grande freqüência este quadro associa-se a problemas fisiológicos e funcionais.

A paciente também recebeu informações sobre a influência que os pensamentos e emoções exercem sobre os processos inflamatórios, já previsto na literatura técnica.

Em seguida, passou-se ao detalhamento, em linguagem simples, o princípio de funcionamento do Método Neuroacústica, usando-se como metáfora, a idéia de que aqueles sons possibilitariam mobilizar todos os recursos emocionais (simbolizado como hemisfério cerebral direito) e seus potenciais de raciocínio analítico (simbolizado como hemisfério esquerdo) e que ao alternar sons nas orelhas esquerda e direita, facilitaria a

comunicação e equilíbrio dos hemisférios cerebrais possibilitando o processamento do trauma emocional envolvido comentando, inclusive, a possibilidade de que no seu caso pelo fato de ser canhota os hemisférios podem atuar como o oposto dos destros.

A paciente recebeu orientação para regular, sob seu conforto, o nível do volume do som que sairia nos fones de ouvido além de concentrar-se no local da dor, enquanto ouvisse os sons. Durante a sessão com a Estimulação ela, provavelmente, veria em sua “tela mental” algumas imagens, lembranças, e feixes de luz. Também são esperados, de forma menos freqüente, figuras geométricas e sensações variadas pelo corpo. Mas sempre mantendo em mente a idéia de concentra-se no local da dor deixando passar tudo o mais que viesse em seu pensamento, “como se não fosse com ela”.

A sessão durou 60 minutos, o tempo de gravação do CD Parte 1. E, de forma sucinta, foi registrado as seguintes interações:

0-10 minutos, permaneceu, praticamente, sem reações dignas de nota.

10-15 minutos, disse que a dor estava aumentando e começou a apresentar expressão de dor.

15-18 minutos, disse que a dor estava seguindo pelo braço. Sua mão tornou-se enrijecida com os dedos esticados e travados. Queixou-se mais uma vez de dor intensa. Foi orientada a concentrar-se onde a dor estivesse, enquanto prestava atenção aos sons.

18-20 minutos, relatou diminuição da dor, sendo esta substituída por formigamentos nas pontas dos dedos. Foi aplicado a ela uma técnica de deslocamento de atenção/concentração de dor ensinada no Curso de Reestruturação Cognitiva (DE PAULA, 1998). Esta técnica visa concentrar, de forma focada, a atenção num único ponto do corpo e liberando

todo o restante do deslocamento. Os pontos utilizados foram dois dedos, primeiro um e depois o outro, da mão que apresentava os formigamentos sugerindo “como se a dor saísse pelas pontas dos dedos”.

20-25 minutos, foi sugerido que voltasse a dirigir sua atenção ao ombro direito (ponto inicial do processo).

30-60 minutos, adormeceu e permaneceu assim até ser despertada no término do CD.

Ao término, foi perguntado como estava se sentindo. Dizia-se com um pouco de alívio da dor.

A paciente não retornou para atendimentos posteriores de seqüência. Dava retornos por telefone dizendo que a dor não voltara à intensidade de antes da aplicação dos estímulos. Passado uma semana, ela passa a relatar melhoras progressivas. Voltou a dormir bem e concluiu que estava apresentando diminuição da dor a cada dia.

Ao final de três semanas a dor havia, segundo a paciente, desaparecido completamente.

A paciente não retornou para consulta nem com o médico especialista, nem com o psicoterapeuta. Para fins de averiguação a paciente foi procurada após oito anos (maio de 2006), e durante entrevista com o autor - autorizada pelo psicoterapeuta e por ela - a paciente disse ter ficado livre da dor desde o atendimento (julho de 1998) e que não sentiu mais dor alguma neste membro, que hoje pode movimentar sem nenhuma restrição, ou limitação aparente dizendo-se curada da bursite e recuperado a alegria de viver. Sobre a morte da mãe, que segundo ela fora a causa do problema, ela considera um evento normal da vida e que atribui ao problema emocional que teve a causa principal do diagnóstico de bursite e acrescenta que na sua opinião este tipo de problema (emocional) seja comum a muitas pessoas na vida que levamos hoje em dia.

3. Estudo de Caso

Analisando o trabalho do co-autor com a paciente percebe-se que ele seguiu os passos adequados ao uso do Método Neuroacústica conforme orientação disposta no conteúdo do curso “Neuroacústica: psicoacústica aplicada” (De Paula, 1997).

Ao instruir a paciente sobre o funcionamento do processo de estimulação auditiva de forma lúdica e acessível possibilitou reunir os elementos necessários à construção do FRAME de intervenção que é o elemento diferencial do uso da Estimulação Auditiva Dirigida (De Paula).

A construção do objeto de intervenção, aqui denominado FRAME, consiste na identificação estrutural dos componentes que entende-se compõe a estrutura básica de um trauma, ou memória traumática (SHAPIRO, 1995; DE PAULA, 1997; SERVANSCHREBER, 2004).

A importância desta conceituação é fundamental para que se compreenda que o estímulo auditivo, em suas inúmeras aplicações, pode destinar-se a resultados funcionais-orgânicos passivos (De Paula, 1997 e 2006), assim como, um instrumento clínico de intervenção específica num problema ou memória apresentado pelo paciente, sendo este o caso em estudo.

Procurou-se justificar na literatura o levantamento Caracterológico da paciente pelo qual podemos identificar elementos explicativos dos motivos pelos quais ela teria desenvolvido um processo inflamatório, desta natureza e seriedade, associado ao impacto da perda de sua mãe apenas 8 meses depois.

3.1. Dados coletados:

Para disponibilizar uma perspectiva do perfil psíquico da paciente os autores utilizaram como referência o Inventário de Análise Caracterológica de Berger (1965). Berger foi o primeiro a construir um levantamento amplo do poderíamos nos referir como a determinação quantitativa dos eixos propostos por Le Senne (1963) e tendo sua aplicabilidade confirmada por Gaillat (1976) que mensurou sua consistência como método.

Os eixos levantados no Inventário são: Emotividade (E) e não-Emotividade (nE), Atividade (A) e não-Atividade (nA), Primariedade (P) e Secundariedade (S), para a identificação do Temperamento. Para os Fatores Complementares (Berger), acrescenta-se: Amplitude de Campo de Consciência: estreito ou amplo, Polaridade (Vênus ou Marte), Avidéz e não-Avidéz, Interesses Sensoriais, Ternura e Secura Afetiva, Paixão Intelectual e Índice de Libido Disponível.

Gaillat faz referência a Caracterologia como Ciência do Caráter mas adverte sobre a dificuldade de consenso sobre o que venha a ser o objeto desta ciência: o caráter. Para este autor, a Caracterologia vai esforçar-se por encontrar, atrás da extraordinária diversidade dos seres, elementos psíquicos (psicológicos) comuns, e, combinando-os definir tipos de caráter. Entendendo que determinados tipos de caráter por sua peculiaridade pode envolver somatizações, psicossomatizações e até conversões emocionais em musculatura e órgãos.

Para fins didáticos os eixos utilizados para a análise do caso clínico limitar-se-ão aos três elementos que

segundo literatura definem o tipo de Temperamento. Segundo Gaillat, estes três fatores - Emotividade (Símbolo E, eixo X) e não-Emotividade (Símbolo nE, eixo X'), Atividade (Símbolo A, eixo Y) e não-Atividade (nA, Y'), Secundariedade (Símbolo S, eixo Z) e Primariedade (Símbolo P, eixo Z') – foram colocados em evidência por Heymans e Wiersma mas consolidados por René Le Senne que também os chamou de “fatores de base” e “fatores fundamentais”. Pode-se visualizar esta organização numa perspectiva tridimensional do caráter (Gráfico 01).

A análise dos dados coletados, baseados do Inventário de Análise Caracterial da paciente respondido em três momentos em perspectiva do *antes* e *depois* do processo de perda instaurado com a morte de sua mãe acrescido de um levantamento sobre sua idealização pessoal de *como gostaria de se ver* nos leva a concluir que nas suas respostas para o *antes* da perda corresponderam a seguinte fórmula caracterial E.A.S. (X,Y,Z) denominado Temperamento *Apasionado* (Berger; Gaillat), com os índices quantitativos nas coordenadas “a” (5,5,7) consecutivamente (Gráfico 01 e 02).

No levantamento de como se percebia *depois* da morte da mãe a paciente passa a descrever-se mediante o Inventário como correspondendo a fórmula caracterial nE.nA.S. (X',Y',Z) denominado Temperamento *Apático* (Berger; Gaillat), com os índices quantitativos nas coordenadas “b” (2,4,6) consecutivamente (Gráfico 01 e 02).

Já no levantamento de como gostaria de se ver, a paciente se descreve mediante o Inventário como correspondendo à fórmula caracterial nE.A.S. (X',Y,Z) denominado Temperamento *Fleumático* (Berger; Gaillat), com os índices quantitativos nas coordenadas “c” (2,5,7) consecutivamente (Gráfico 02).

Visando a compreensão de uma personalidade com suas idiossincrasias e peculiaridades a caracterologia sugere uma continuidade de suas observações unindo análise do inventário e a observação clínica como procedimentos complementares direcionados à Personologia e a Idiologia (Gaillat) representados pelos autores no gráfico 03.

3.2. Conclusão

O estudo sobre paciente em tratamento de bursite, sem sucesso na medicina convencional, e que se submeteu ao tratamento com Neuroacústica e apresenta recuperação dos movimentos normais dos membros superiores (ombros e braços), obtendo, assim, o alívio das dores, justifica-se, visto que vem comprovar que o método pode auxiliar nos tratamentos de doenças musculares, agudas e crônicas, decorrentes de esforço de superação das próprias forças, por indivíduos em situação de estresse.

De acordo Gaillat, toda ação exige do não-Ativo um esforço mais ou menos importante, será muitas vezes obrigado a apelar para sua vontade. Ao cansaço muscular propriamente dito acrescentará, portanto, o desgaste nervoso, o que aumentará o seu cansaço. No momento em que o não-Ativo ultrapassa certos limites razoáveis, torna-se com efeito vítima de esgotamento. Dado importante no caso estudado refere-se ao fato de que a paciente não é destra, o que exige dela uma superação no controle motor.

Se nos reportarmos a Dahlke (1992), quando afirma que: os ombros dizem algo sobre o tipo de conflito que se tem com o mundo, sendo que os mesmos em ângulos retos estão realmente na altura certa. Ombros caídos, “expressam resignação”, “geralmente suportam mais cargas

(responsabilidades), do que são capazes, seus possuidores estão sobrecarregados”. Confrontando os dados observáveis, no comportamento da paciente notar-se-á que o diálogo interno forma a imagem do corpo (Keleman, 1995). Quando do início da entrevista clínica a paciente relata-nos a visão que outrem tem dela: você “está abatida”, “muito decadente”, compatível com humor deprimido apresentado pela mesma caracterizado por Gaillat como “depressão nervosa”, dando clara percepção de sua baixa auto-estima e frágil amor-próprio.

A discussão sobre os estímulos auditivos e sua aplicabilidade terapêutica não se esgota aqui. Não obstante, introduz um novo conceito nas pesquisas sobre a audição humana. A *neuroacústica*, De Paula (1998), pode - com os recursos que já dispõe - ser uma ferramenta fundamental na solução de traumas e diagnósticos de psicossomatizações. Inclusive, nos casos cujos trabalhos em outras metodologias não se mostram frutíferos, ou indicados (DE PAULA, 2006).

Bibliografia:

- ANDRADE FILHO, Antônio Carlos Camargo. Dor: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca, 2001.
- BERGER, Gaston. Tratado Prático de Análise do Caráter. 2^a ed. Rio de Janeiro: Agir, 1965.
- BERKOW, R., BEERS, M. H., BOGIN, R. M., FLETCHER, A. J. Manual Merck de Informação Médica: Saúde para a Família. Barueri: Manole, 2002.
- BVS, Biblioteca Virtual de Saúde. DeCS, Descritores de Ciência da Saúde. Disponível em <http://www.bases.bvs.br> Acessado em 15 de maio de 2006.
- CONNECTMED, Coordenadores científicos do. Medical Services da Aventis Pharma. Disponível nas opções de “Quadros Clínicos” seguido da opção “Bursite”. Disponível em: <http://www.connectmed.com.br/mestudantes>. Acessado em 10 de maio de 2006.
- DAHLKE, Rüdiger. A Doença como Linguagem da Alma. 2^a ed. São Paulo: Cultrix, 2000.
- DE PAULA, Marcelo Peçanha. Curso *Neuroacústica: psicoacústica aplicada*. Realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, 1997.
- DE PAULA, Marcelo Peçanha. *Processo terapêutico integrado: neuroacústica*. Belo Horizonte, Minas Gerais, Fundação Biblioteca Nacional, registro: 58611, 1998.
- DE PAULA, Marcelo Peçanha. Reestruturação Cognitiva, curso. Apostila com 28 páginas, 1998.
- DE PAULA, Marcelo Peçanha. Os sons e a sua importância no equilíbrio dos hemisférios cerebrais. XVII Encontro Mineiro de Musicoterapia, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006.
- DE PAULA, Marcelo Peçanha. Dessensibilização e Reprocessamento de Memórias Traumáticas Utilizando Estímulo Auditivo. XIII Semana de Musicoterapia da UNAERP, Ribeirão Preto, São Paulo, 2006.
- FISIOMBRO. Caminho do Corpo. Informativo de fisioterapia. Disponível em: <http://br.geocities.com/fisiombro/bursite1.html> . Acessado dia 18 de maio de 2006.
- GAILLAT, Roger. Chaves da Caracterologia. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

- IOF, Instituto de Ortopedia e Fisioterapia. Disponível em http://www.iof.com.br/int_default.php?p=artigos/art_ombro#Bursite Acessado em 15 de maio de 2006.
- KELEMAN, Stanley. Corporificando a Experiência: construindo uma vida pessoal. São Paulo: Summus, 1995.
- LE SENNE, René. Traité de Caractérologie. Paris: Presses universitaires de France, 1963.
- RANDAM, Jenner. Disponível no site Saúde em Movimento, 2002. Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibei.asp?cod_noticia=750. Acessado em 18 de maio de 2006.
- REZENDE, Marcelo Cruz, MD. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Disponível em: www.reumatologia.com.br/doi2.htm Acessado em 18 de maio de 2006.
- RÖSSLER, Helmut. Manual de ortopedia. São Paulo: Atheneu: Ed. Da Universidade de São Paulo, 1981.
- SERVAN-SCREBER, David. Curar: o stresse, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem psicanálise. 2ª ed. São Paulo: Sá Editora, 2004.
- SGARBI, Maurício W. Moral. Unimes – Universidade Metropolitana de Santos. Disponível em: http://www.unimes.br/aulas/MEDICINA/Aulas2006/4ano/Ortopedia/Sindromes_dolorosas_do_adulto.htm Acessado em 18 de maio de 2006.
- SHAPIRO, Francine. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. 3ª ed. New York: Guilford, 1995.

Este artigo pode ser obtido na íntegra no site www.neuroacustica.com no link: <http://www.neuroacustica.com/artigos/Busite%20aguda%20v%202.4c.pdf>

Anexo 01

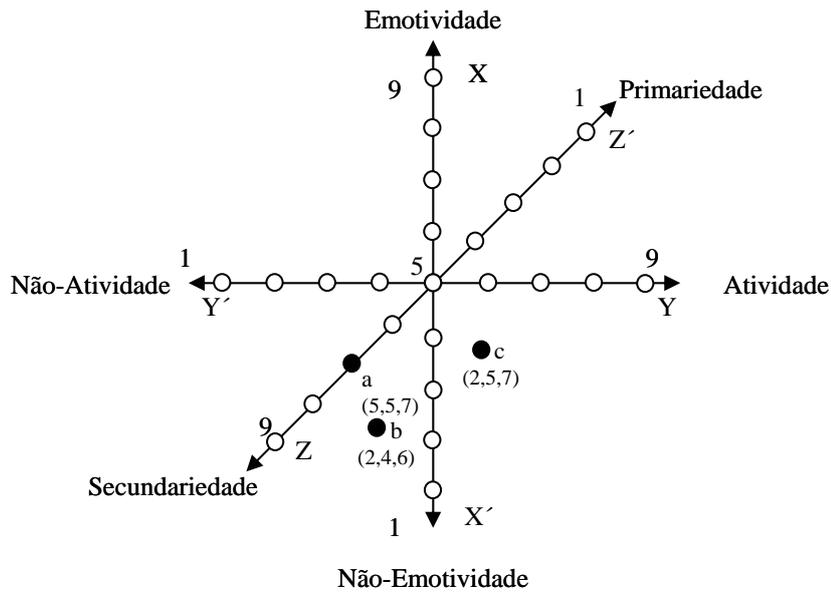


Gráfico 01

Fonte: autor do artigo.

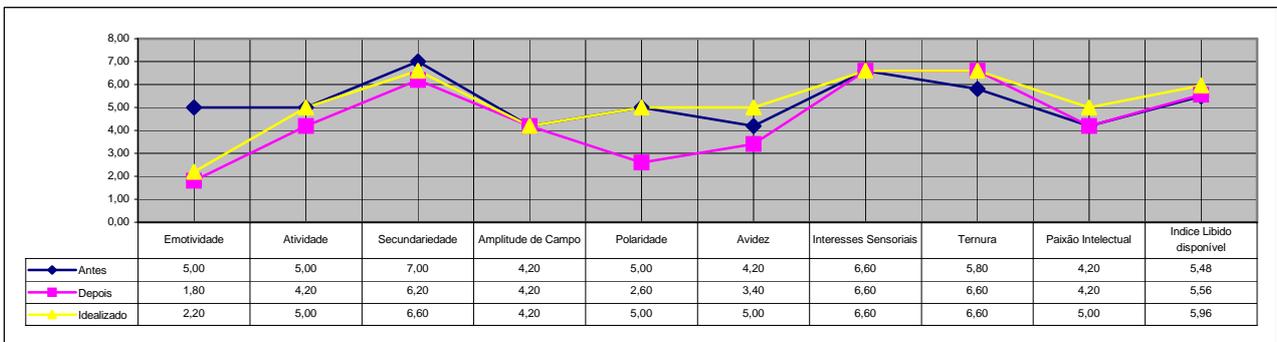


Gráfico 02

Fonte: autor do artigo.

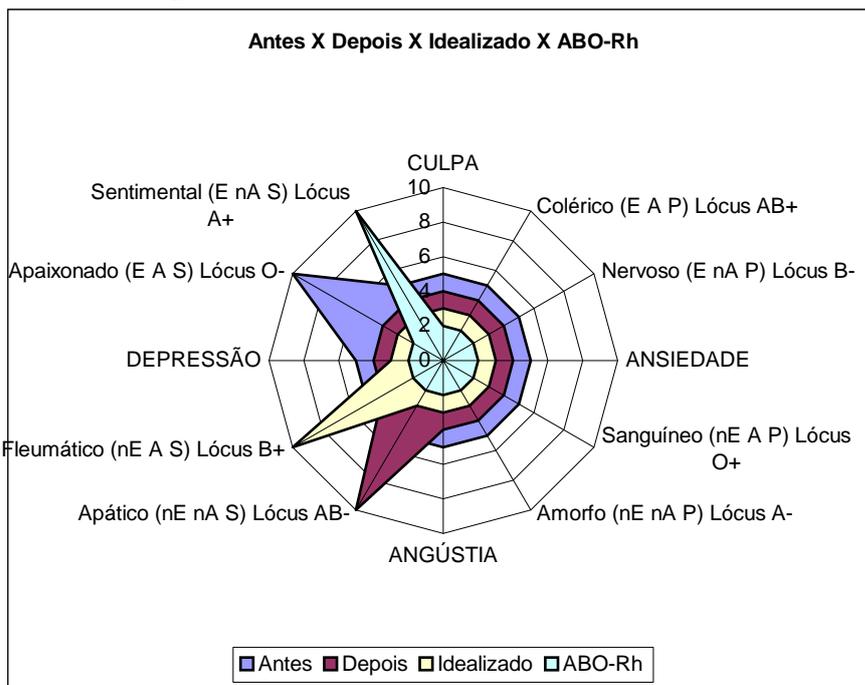


Gráfico 03

Fonte: autor do artigo.