

**FACULDADE PAULISTA DE ARTES**  
**CURSO DE MUSICOTERAPIA**

**MUSICOTERAPIA COM PACIENTE HIV**

**RAPHAEL SOARES**

**SÃO PAULO**

**2008**

**FACULDADE PAULISTA DE ARTES**  
**CURSO DE MUSICOTERAPIA**

**MUSICOTERAPIA COM PACIENTE HIV**

**RAPHAEL SOARES**

**Monografia de Conclusão de Curso,  
apresentado à Banca Examinadora, com  
exigência parcial para obtenção de título de  
Graduação do Curso de Musicoterapia,  
Faculdade Paulista de Artes, sob orientação  
da Profª. Silvia Cristina Rosas e co-  
orientação da Profª. Gisele C. Furusava**

**SÃO PAULO**

**2008**

BANCA EXAMINADORA

---

---

---

## DEDICATÓRIA

*À minha avó Luzia  
(In Memoriam).*

## **AGRADECIMENTOS**

Os meus sinceros agradecimentos a orientadora Prof. Silvia Cristina Rosas pelo incentivo, apoio e prestatividade durante toda a execução deste trabalho.

Aos amigos e parentes pelo constante apoio, dedicação e prestatividade.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para que este trabalho pudesse ser concluído e a DEUS por nos dar forças todos os dias para poder continuar.

## **RESUMO**

O presente trabalho tem como finalidade apresentar alguns estudos de casos sobre a contração do vírus do HIV e os atendimentos de Musicoterapia. Tendo também como função apresentar ao leitor alguns dados relevantes sobre a patologia, como Histórico, Quadro Clínico, Dados Atuais e Aspectos Psicológicos entre outros tópicos importantes.

**PALAVRAS CHAVE:** Musicoterapia, HIV, AIDS, Paciente Soropositivo.

## **ABSTRACT**

This paper aims to present some case studies on the contraction of the HIV virus and the attendance of Music Therapy in these cases. And has also main function to present the reader some relevant data on the disease, such as Historical, Clinical, Current Data and Psychological Aspects among other important topics.

**KEY WORDS:** Music therapy, HIV, AIDS, HIV positive patient

*Um rochedo não é abalado pelo vento; a mente de um sábio não é Perturbada pela honra ou pelo abuso.*  
*(Buda Sakyamuni)*



# SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS .....	20
1 INTRODUÇÃO .....	10
2 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) E VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) .....	12
2.1 Definição .....	12
2.2 Histórico .....	13
2.3 Origem do vírus .....	16
2.4 Quadro Clínico .....	16
2.5 Dados Atuais .....	17
2.5.1 Terceira Idade é o que mais contrai o HIV .....	19
2.5.2 Aids avança entre os mais escolarizados em São Paulo .....	20
2.5.3 Cientistas Criam “células assassinas” para combater o HIV .....	21
2.6 Cuidados domiciliares à paciente portador de HIV .....	22
2.6.1 Orientação aos familiares .....	22
2.6.1.1 Cuidados com secreções corporais .....	22
2.6.1.2 Cuidados Respiratórios .....	23
2.6.1.3 Prática Sexual .....	23
2.6.1.4 Drogas .....	23
2.6.1.5 Cuidados na administração de medicamentos .....	23
2.6.1.6 Limpeza da casa .....	24
2.6.1.7 Técnica de lavagem de roupas .....	24
2.6.1.8 Animais Domésticos .....	24
2.7 Formas de transmissão .....	24
2.8 Aspectos psicossociais .....	25
2.8.1 O paciente .....	26
2.8.2 O Companheiro e a Família .....	27
2.8.3 O Profissional de Saúde .....	28
2.9 Tratamento .....	28
2.9.1 Tratamentos medicamentosos existentes .....	29
a. Bloqueio da ligação com CD4 .....	29
b. Inibição da enzima viral .....	29
c. Inibição da formação de proteínas .....	29
d. Inibição da formação de novas cápsulas .....	30
3 MUSICOTERAPIA .....	31
3.1 Revisão Bibliográfica de Estudos de Musicoterapia e HIV .....	32

3.1.1	A Musicoterapia como processo físico-psicológico em relação de ajuda a pacientes com depressão e medo nos casos de AIDS. ....	32
3.1.2	A vida como o Jazz: Esperança, significado e Musicoterapia no tratamento de doenças que ameaçam a vida. ....	38
3.1.2.1	AIDS e Musicoterapia: Mantendo a Integridade e Esperança nos Imunologicamente Desafiados. ....	39
3.1.3	Musicoterapia em AIDS Pediátrica .....	42
3.1.4	Musicoterapia com Pacientes HIV+ - Uma Experiência na Casa de Apoio Brenda Lee .....	48
3.1.4.1	Caso A. ....	52
3.1.4.2	Caso M.....	54
3.1.4.3	Caso B. ....	56
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	61

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1996-2007 (Fonte, Ministério da Saúde, s/d). .....	18
Tabela 2 – Formas de Transmissão .....	25

## 1 INTRODUÇÃO

Interessei-me pelo estudo e atendimento com pacientes contaminados pelo vírus do HIV, porque existe uma instituição onde crianças e adolescentes soropositivos são internos na qual eu doava uma quantia mensal. Todo mês é doada uma importância pela comunidade, porém não muito significativa, para auxiliar no tratamento, alimentação, lazer e todas as outras necessidades de qualquer ser humano.

A instituição ALIV (Associação Aliança pela Vida) é uma ONG, onde diversos profissionais como médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos e outros envolvidos na área da saúde, dão os atendimentos e a assistência necessária para os pacientes. A maioria dos profissionais são voluntários, pois a instituição não tem verba suficiente para remunerá-los. Hoje esta instituição já está maior e bem reconhecida e adquiriu isso com muito trabalho e dedicação e também com o auxílio mensal do governo do estado. A partir daí mudei a instituição na qual doava esta quantia mensal para a Casa de Apoio GAMAR – Grupo de Apoio ao Menor Abandonado de Rua, que atende crianças portadoras do vírus HIV que foram abandonadas por suas famílias.

Notei que nesta instituição não existem profissionais da área de Musicoterapia, e futuramente interessei-me em ingressar nesta área de atuação. Diversas vezes já fui chamado para atuar junto a outros profissionais da área de saúde nesta instituição, porém ainda não tive tempo hábil, pois atualmente estou estagiando em outra instituição.

O foco deste trabalho é uma Revisão Bibliográfica de alguns casos de atendimento de pacientes soropositivos e também alguns trabalhos escritos por profissionais de saúde, indicando como deveriam ser os atendimentos com essa patologia.

Em alguns artigos notei que a Musicoterapia é bastante valorizada tanto pelos pacientes, quanto pelos profissionais de saúde envolvidos.

Neste trabalho irei citar dois casos de atendimentos com pacientes soropositivos, desde atendimentos pediátricos, as influencias de certos tipos de músicas nestes pacientes e de que formas estas interferem nos mesmos, até citações de alguns Musicoterapeutas e outros profissionais da área da saúde.

## 2 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) E VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

### 2.1 Definição

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS):

“É todo o conjunto de doenças associadas com infecção viral da imunodeficiência humana constituem um problema grave e urgente de âmbito global, com amplas dimensões sociais, culturais, econômicas, políticas, éticas e legais. Essa urgência decorre, principalmente, da fácil disseminação, da evolução para a morte e da inexistência de tratamento efetivo e de vacina.” (MARIN, PAIVA e BARROS, 1991).

Segundo Leon Chaitow e Simon Martin AIDS ou HIV também se define:

“Uma progressão lógica e natural, resultante de mecanismos de defesa seriamente danificados, presentes em determinados e bem caracterizados grupos de pessoas: no Ocidente, homossexuais, viciados em drogas intravenosas e hemofílicos. Foram estes que primeiro revelaram como até que ponto a humanidade está se descuidando de sua saúde.” (CHAITOW e MARTIN, 1998).

A Aids é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV. Esta sigla é proveniente do inglês - ***Human Immunodeficiency Virus***. Também do inglês deriva a sigla AIDS, ***Acquired Immune Deficiency Syndrome*** (Ministério da Saúde, s/d).

Pouco tempo depois da descoberta da doença o CDC<sup>1</sup> também definiu a AIDS: *"qualquer doença, como PPC ou sarcoma de Kaposi<sup>2</sup>, que indique um defeito da imunidade celular em indivíduo que não tem causa documentada de imunodeficiência"* (MARIN, PAIVA, e BARROS, 1991).

---

<sup>1</sup> CDC: Centers for Disease Control – Centro de Controle de Enfermidade ou Moléstias

<sup>2</sup> PPC ou sarcoma de Kaposi: Rompimento de vasos sanguíneos geralmente em pacientes soropositivos

O HIV destrói os linfócitos<sup>3</sup>, tornando a pessoa vulnerável a outras infecções e doenças oportunistas, chamadas assim por surgirem nos momentos em que o sistema imunológico do indivíduo está enfraquecido (Ministério da Saúde, s/d).

## 2.2 Histórico

Por volta de 1981, em São Francisco e em Nova Iorque, quase concomitantemente, foi notificado ao CDC, em Atlanta, o aparecimento de alguns casos de indivíduos com uma pneumonia extremamente rara e grave e um determinado tipo de câncer de pele que, habitualmente, além de raro, só acometia pessoas idosas de ascendência judaica ou que viviam nos países banhados pelo Mediterrâneo. (CENTER FOR DISEASE, 1981, apud MARIN, PAIVA E BARROS, 1991)

Foi descoberto pelo CDC que as pessoas doentes tinham características em comum: sexo masculino, jovens homossexuais e viciados em drogas injetáveis. Logo a doença foi caracterizada como desconhecida, infecciosa e também foi descoberto que sua transmissão era através de atividades sexuais e/ou uso de seringas infectadas (através de drogas ou tatuagens) (Ibidem).

Tempos mais tarde, foram encontrados casos de HIV não só nos Estados Unidos como também na Europa. Foi declarado motivo de emergência, pois a epidemia estava em uma fase de expansão muito rápida (KAPOSI'S SACROMA, 1981, apud MARIN, PAIVA E BARROS, 1991).

Existiam casos que eram comprovados por exames e também casos que eram conhecidos como a AIDS mais suave, com os sintomas mais

---

<sup>3</sup> Linfócitos: células responsáveis pela defesa do nosso organismo.

lentos e denominava-se “Complexo Relacionado à AIDS”, onde os pacientes apresentavam sintomas mais leves como: linfadenopatia<sup>4</sup> persistente e generalizada, febres, sudorese noturna, fadiga e perda de peso. Desse casos, que não eram comprovado diagnósticamente, alguns evoluíam para o AIDS e outros não.

Foi adotada em 1985, pela Organização Mundial de Saúde, a denominação AIDS, que por sua vez já havia sido criada pelo CDC, em 1982. Somente um ano depois, em 1986 foi estipulado pelo Comitê Internacional de Taxonomia dos Vírus, o termo HIV (KAPOSI'S SACROMA, 1981, apud MARIN, PAIVA E BARROS, 1991).

Pouco tempo depois se verificou que o vírus do HIV não apenas acometia homens jovens homossexuais, como também usuários de drogas endovenosas<sup>5</sup>, hemofílicos e parceiros sexuais de pacientes soropositivos. Esta situação fez com que estudiosos verificassem que a doença em questão era transmissível e de fácil infecção entre os seres humanos.

A doença foi classificada como vírus, pois atacava diretamente os linfócitos T4 (helper)<sup>6</sup>, e as doenças causadas por bactérias e fungos não acometiam os linfócitos (MONTAGNIER, 1986, apud, MARIN, PAIVA E BARROS, 1991).

Foi em maio de 1983 que o francês Luc Montagnier, do Instituto Pasteur em Paris, isolou o vírus pela primeira vez e o denominou como Vírus Associado à Linfadenopatia (LAV). Um ano mais tarde, em 1984, o Dr.

---

<sup>4</sup> É o crescimento de um ou mais linfonodos (também chamados de gânglios linfáticos), especialmente dos situados no pescoço, axilas e virilhas

<sup>5</sup> Endovenosas: do dicionário Priberan dentro + venoso (veias)

<sup>6</sup> É um co-receptor de células protetoras do tipo T, macrófagos, monócitos e células dendríticas, presentes na pele e em mucosas, principalmente dos órgãos genitais. É uma proteína receptora da glicoproteína gp120 do vírus da Aids (HIV).



Robert Gallo, nos Estados Unidos, fez a mesma experiência achando ser o pioneiro no assunto e o denominou como Vírus Linfotrópico das Células T Humanas (HTVL III) (Ibidem).

Os primeiros casos de HIV no Brasil foram descobertos no início dos anos 80, mais especificamente em 1982, encontrados apenas na região sudeste, em estados mais desenvolvidos, entre eles São Paulo e Rio de Janeiro. O vírus foi descoberto em pessoas mais propensas a desenvolvê-los, conforme já citado acima, os homossexuais ou que faziam uso de drogas injetáveis (Ministério da Saúde, s/d).

O HIV foi classificado em dois padrões de infecção. Os primeiros padrões foram os usuários de drogas injetáveis, na maioria heterossexuais, homossexuais, bissexuais ou hemofílicos. Neste caso, a maior parte atingida pelo vírus eram os Estados Unidos, Europa Ocidental, América do Sul e Austrália (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1989, apud MARIN, PAIVA E BARROS, 1991).

O segundo padrão era o contato sanguíneo de pessoas não infectadas com as soropositivas; acreditava-se que a infecção se dava principalmente pela transfusão sanguínea. As regiões mais afetadas por este padrão eram a África e Caribe (Ibidem).

Em 1991, calculava-se que para cada caso diagnosticado haveria de 50 a 100 pessoas infectadas, o que não dava parâmetros em números para Organização Mundial de Saúde. Portanto, apenas se tinha uma base de pessoas infectadas pelo vírus HIV.

Foi notado um número muito grande de casos pediátricos e estudos revelaram que o contágio foi desenvolvido no período perinatal, transfusão de sangue e/ ou seus derivados (Organização Mundial de Saúde, s/d).

### **2.3 Origem do vírus**

Estudiosos acreditam que o vírus estava infectando a raça humana desde o início do século XX, aproximadamente desde 1920, porém isto é apenas hipótese e nada foi confirmado sobre isto, até o momento. (VARELLA E ESCALEIRA, 1989, apud MARIN, PAIVA E BARROS, 1991)

Acredita-se que o vírus origina-se de pequenos povoados da África Central, onde os mesmos não tinham muito contato com o mundo exterior (civilização). Houve muitas emigrações das áreas rurais para os centros urbanizados (periferia) devido à falta de oportunidade e crescimento na área rural, isto fez com que a variedade de parceiros sexuais e a prostituição aumentassem de forma brusca e, assim, a expansão do vírus cresceu estrondosamente. (Ibidem)

Em meados dos anos 70 era comum os grupos de homossexuais passarem férias no Caribe, isto fez com que o vírus se expandisse pelos Estados Unidos em seus principais centros urbanizados, como Nova Iorque, São Francisco e outros estados de grande porte.

O vírus se expandiu com facilidade, pois grupos homossexuais e usuários de drogas injetáveis estavam em fácil exposição a ele (Ibidem).

### **2.4 Quadro Clínico**

Os sintomas do HIV não aparecem logo que o indivíduo está infectado.

Para que o quadro clínico se forme existe um tempo que varia de três a seis meses, após a infecção. Em outras doenças virais, os sintomas aparecem em cerca de uma semana. O HIV pode ser um vírus assintomático, porém quando os sintomas aparecem são bem definidos como: indisposição, febre, erupção cutânea, dor de garganta e linfadenopatia. (MARIN, PAIVA e BARROS, 1991)

Segundo o Center for Disease Control (CDC) a sintomatologia pode ser classificada em quatro grupos:

Grupo I: Infecção aguda, onde os sintomas estão presentes de forma crítica, também chamada de síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária.

Grupo II: infecção assintomática, apesar do indivíduo ser soro positivo os sintomas não estão despertados.

Grupo III: Linfadenopatia progressiva generalizada ou síndrome linfadenopática (SLA). O paciente apresenta sintomas inespecíficos e muito variável.

Grupo IV: Outras doenças:

- Doença Constitucional
- Doença Neurológica
- Doença Infecciosa secundária
- Cânceres Secundários
- Outras Condições.

## **2.5 Dados Atuais**

Atualmente, o vírus do HIV não é mais uma incógnita para sociedade brasileira e mundial, os riscos de contração ao vírus estão bem menores desde o surgimento desta doença, isto se dá tanto pela orientação a população perante aos riscos da contração do vírus, como também pelas novas ciências em constante desenvolvimento e atualizações.

Abaixo conseguiremos visualizar o índice de incidência epidemiológica dos casos de HIV+ notificados pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

**Tabela 1 - Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1996-2007 (Fonte, Ministério da Saúde, s/d).**

UF de Residência	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Brasil</b>	24536	26951	30146	27527	28398	27886	29166	29144	27020	23628	18879	4277
<b>Norte</b>	475	600	723	799	774	959	1022	1043	1433	1282	1062	266
Rondônia	57	70	84	68	104	110	151	149	144	131	131	60
Acre	6	13	22	28	25	29	40	35	42	48	22	0
Amazônia	119	188	217	290	287	293	310	280	411	430	344	36
Roraima	18	15	24	25	47	49	32	69	95	52	51	0
Pará	228	242	297	290	225	366	367	409	620	515	409	147
Amapá	21	38	26	44	35	47	57	35	44	57	50	7
Tocantins	26	34	53	54	51	65	65	67	77	49	55	16
<b>Nordeste</b>	2112	2458	2906	2916	2823	2864	3374	3705	3726	3463	2714	450
Maranhão	183	207	294	274	298	310	353	468	461	331	394	106
Piauí	80	103	94	111	153	151	166	163	181	202	133	1
Ceará	344	453	580	559	541	566	590	729	731	610	481	30
Rio G. do Norte	111	135	184	133	158	158	134	187	125	149	96	45
Paraíba	139	151	194	245	218	206	210	211	204	193	110	14
Pernambuco	563	586	781	669	654	778	1072	973	903	877	611	45
Alagoas	95	110	80	101	26	21	28	35	145	216	178	80
Sergipe	82	98	105	112	101	75	96	139	126	133	69	0
Bahia	515	605	594	712	674	599	725	800	520	752	642	129
<b>Sudeste</b>	16698	17599	19288	17070	17013	16248	16362	16024	14095	12068	9113	1711
Minas Gerais	1667	1808	1791	1786	1735	1696	1895	2160	1859	1571	1132	86
Espírito Santo	245	349	299	415	411	456	513	511	509	433	300	69
Rio de Janeiro	3541	3979	4209	3643	3801	3741	3552	3315	3265	2626	1793	81
São Paulo	11245	11463	12889	11226	11066	10355	10402	10038	8462	7438	5888	1475
<b>Sul</b>	3957	4738	5807	5460	6262	6251	6619	6424	5829	5136	4638	1720
Paraná	1158	1473	1534	1622	1745	1722	1785	1783	1620	1493	1172	263
Santa Catarina	1123	1160	1482	1377	1570	1667	1672	1507	1412	1252	1137	443
Rio G. do Sul	1676	2105	2791	2461	2947	2862	3162	3134	2797	2391	2329	1009
<b>Centro-Oeste</b>	1294	1556	1422	1282	1526	1564	1789	1948	1937	1679	1352	130
Mato G. do Sul	281	283	300	264	263	278	312	289	276	188	191	14
Mato Grosso	294	339	292	192	263	291	386	427	513	440	279	42
Goiás	411	568	503	44	612	681	708	705	746	674	615	23
Distrito Federal	308	366	327	342	388	314	383	527	402	377	267	51

*\* Para o período de 1980 a 1995, consultar Boletins Epidemiológicos anteriores ou acessar [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), no menu Área técnica > Epidemiologia > Boletim epidemiológico.*

Veremos agora algumas notícias importantes e atuais, no Brasil e no mundo, referente aos estudos e pesquisas sobre o vírus do HIV. Essas reportagens podem ser encontradas no site Folha Online e também no Ministério da Saúde.

### **2.5.1 Terceira Idade é o que mais contraí o HIV**

O índice de contaminação pelo vírus do HIV em pessoa idosas cresceu estrondosamente nos últimos anos. Em 2001 os casos registrados anualmente não passavam de 52, em 2004 foram registrados mais de 120.

Foram constatados, através de pesquisas, que os números de pacientes soropositivos entre as faixas etárias menores ficaram instáveis ou com uma leve diminuição, enquanto o índice para o idosos aumentaram rapidamente, principalmente em mulheres com mais 60 anos, sendo que o crescimento foi de 567% entre 1991 e 2001, contra 98% entre homens da mesma idade.

A explicação para esse aumento especialmente nos casos femininos se dá pelo fato de que as mulheres não correm mais o risco de engravidar e por isso dispensam o uso de camisinha, entre outros preservativos. Porém as paredes vaginais ficam menos irrigadas, aumentando assim o risco de se formarem feridas que acarretam uma exposição maior ao HIV dessas mulheres.

Muitos casos não são constatados logo no início, pois pela idade dos pacientes os profissionais de saúde inicialmente não pedem nenhum exame para verificação de contaminação do HIV e chegam até ficar surpresos pelo fato da doença ter sido contraída por uma pessoa mais velha que, teoricamente, tenha sua vida sexual inativa.

Alguns casos são confundidos com os sintomas da própria velhice como falta de apetite, emagrecimento, perda da memória, dores no corpo, entre outros sintomas encontrados em paciente soropositivos

Segundo o Ministério da Saúde, s/d, esse aumento de infecção pelo vírus do HIV em idosos, se deu pelo fato de novos medicamentos entrarem no mercado (Viagra) e avanços tecnológicos na área da saúde referente ao aumento do desempenho sexual em idosos.

A AIDS, na terceira idade, é muito cruel para o paciente, pois muitas vezes são abandonados por suas próprias famílias e também ficam internados em hospitais sem previsão de retorno ao seu lar.

### **2.5.2 Aids avança entre os mais escolarizados em São Paulo**

Ao contrário do que se pensa o HIV não é mais um vírus que ataca apenas as idade mais avançadas de 25 a 40 anos. Desde que a sexualidade nos adolescentes tornou-se a florada, a probabilidade de contrair o vírus cresceu.

Estudos levantados entre os últimos dez anos mostram em números o quanto cresce essa exposição ao vírus dos adolescentes entre 13 e 18 anos.

Através de pesquisas levantadas pela Secretaria de Estado da Saúde constatou-se que a Aids, além de estar presente entre os adolescentes, acometem mais os que possuem escolaridade maior, ou seja, adolescentes com oito ou mais anos de estudos. Sendo que de 1997 a 2007, contatou-se um aumento de mais de 13,2% em mulheres e 11,5% em homens.

A Secretaria de Estado da Saúde, explica que essas ocorrências vêm se destacando entre os jovens, não por estarem desinformados sobre o

vírus, mas por acharem que isso seria uma coisa distante e que não aconteceria com os mesmos.

Também nos relata que, pessoas da mesma idade com uma escolaridade menor, apenas três ou menos anos de estudo, o índice de infecção teve uma diminuição significativa, sendo que em 1997 haviam sido relatados 61,2% dos casos de AIDS e em 2007 esse índice caiu para 12,8%, isso entre homens e mulheres.

### **2.5.3 Cientistas Criam “células assassinas” para combater o HIV**

Como havíamos visto anteriormente, o vírus do HIV não é mais um grande ameaçador da vida humana. As novas ciências em saúde estão cada vez mais eficazes e também mais atualizadas, conforme veremos nesse artigo, onde cientistas afirmam ter conseguido neutralizar o vírus do HIV, mesmo após suas diversas mutações na tentativa de escapar das células T, que são responsáveis pelo combate de quaisquer vírus intruso em nosso organismo.

A maioria dos tipos de vírus são eliminados por nosso próprio organismo. Porém, o vírus do HIV sofre diversas mutações na tentativa de escapar de nossas defesas.

Os estudos foram realizados no Reino Unido e divulgado pela revista “Nature Medicine”, informam que as novas células criadas são capazes de se prenderem ao vírus do HIV e neutralizá-lo mesmo após a doença já ter se manifestado pelo organismo humano.

Conforme relatos do médico imunologista Andrew Sewell (s/d), podemos crer o quanto serão eficazes essas “células assassinas” para os caso de HIV. “[...] Quando o organismo fica infectado com HIV, o sistema imunológico não sabe o que o vírus vai fazer, mas nós sabemos [...]” e ainda complementa “[...] Diante das células assassinas que criamos, o vírus vai morrer ou ser forçado a mudar seu disfarce de novo, enfraquecendo-se

*no caminho. Nós preferimos a primeira opção, mas eu suponho que veremos a segunda [...]”.*

Segundo relatos dos cientistas, mesmo que essas células não neutralizem o vírus e apenas o deixe mais fraco ou impotente de mutações, já seria um grande avanço, porque seria mais fácil de eliminá-lo posteriormente.

## **2.6 Cuidados domiciliares à paciente portador de HIV**

Segundo Dhundale e Hubbard (1986), os pacientes portadores do vírus HIV permanecem na supervisão de profissionais de saúde apenas na fase de manifestação da doença, ou seja, quando os sintomas estão mais latentes. Após essa fase, apenas um acompanhamento periódico e um tratamento medicamentoso são realizados.

Profissionais de saúde, tanto médicos, psicólogos, quanto terapeutas ou enfermeiros devem estar preparados para o atendimento domiciliar, isto inclui, além do tratamento ao paciente portador do vírus, a orientação para os familiares sobre como se portar perante essa exposição (MARIN, PAIVA e BARROS, 1991).

### **2.6.1 Orientação aos familiares**

#### **2.6.1.1 Cuidados com secreções corporais**

Os pertences pessoais, como roupas íntimas, toalhas de banho e rosto, escovas de dente, ou qualquer outro objeto que tenha fácil contato com secreções, devem ser utilizados estritamente pelos portadores do vírus, evitando assim o contágio para outras pessoas (BARROS e MARIN, 1989).

Segundo o Ministério da Saúde, no contato acidental com secreções corporais do paciente infectado, deve-se lavar imediatamente a área



afetada com água e sabão, e por precaução extra e lavar também com álcool (Ibidem).

### **2.6.1.2 Cuidados Respiratórios**

Os ambientes de maiores estadias dos pacientes infectados devem ser bem ventilados, para evitar maiores riscos de contágio com doenças oportunistas como, pneumonia, tuberculose e quaisquer outras doenças transmissíveis pelo ar (BARROS e MARIN, 1989).

### **2.6.1.3 Prática Sexual**

Os pacientes devem evitar práticas sexuais principalmente as que envolvam a mucosa retal. Todas as práticas que não envolvem as trocas de fluídos são seguras, tais como, abraços, beijos superficiais e até masturbações mútuas (BARROS e MARIN, 1989).

Tanto os pacientes como seus parceiros sexuais devem tomar conhecimento da prática sexual ativa do outro, o que, segundo alguns grupos de apoio norte-americanos diminuem intensamente as chances de contágio (Ibidem).

### **2.6.1.4 Drogas**

Quaisquer tipos de drogas devem ser evitados, sejam elas endovenosas ou não, pois as mesmas fazem com que o sistema imunológico diminua sua vulnerabilidade, facilitando o acesso de doenças oportunistas (BARROS e MARIN, 1989).

### **2.6.1.5 Cuidados na administração de medicamentos**

Deve-se tomar um cuidado específico com medicamentos via parenteral<sup>7</sup>. Todas as agulhas devem ser descartáveis, e após o uso devem ser isoladas em recipientes fechados com tampas e também em sacos

---

<sup>7</sup> Medicamentos que não precisam passar pelo sistema digestivo antes de chegar ao sangue

plásticos para, então, jogá-las no lixo. Sempre na administração desses medicamentos é imprescindível a utilização de luvas (BARROS e MARIN, 1989).

#### **2.6.1.6 Limpeza da casa**

Todos os locais de fácil acesso as secreções do paciente devem ser especialmente limpos. Segundo o Ministério da Saúde, os locais podem ser facilmente desinfetados e desativar o vírus apenas com água e sabão, porém alguns locais com mais periculosidade devem ser limpos com uma solução de Hipoclorito de Sódio diluído (a cada uma parte de Hipoclorito de Sódio acrescenta-se dez partes de água) (Ministério da Saúde, s/d).

#### **2.6.1.7 Técnica de lavagem de roupas**

É uma lavagem simples com a mesma solução utilizada na limpeza dos cômodos, o Hipoclorito de Sódio. Há necessidade de uma segunda lavagem apenas com água para remoção do produto (BARROS e MARIN, 1989).

#### **2.6.1.8 Animais Domésticos**

Apesar dos animais domésticos serem de grande valia para suporte psicológico dos pacientes, são também transmissores de doenças que atingem diretamente o sistema imunológico fragilizado dos pacientes (BARROS e MARIN, 1989).

### **2.7 Formas de transmissão**

Existem diversas formas de contágio, entre elas destacam-se, uso de drogas intravenosas, ato de relações sexuais, transfusão de sangue, através do leite materno e também a transmissão vertical<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Forma de contágio durante a gestação, infectando o feto.

Algumas curiosidades citadas pelo Ministério da Saúde (s/d) são de grande valor para informação à sociedade preconceituosa perante o HIV.

**Tabela 2 – Formas de Transmissão**

<u><b>Assim pega</b></u>	<u><b>Assim não pega</b></u>
Sexo vaginal sem camisinha.	Sexo, desde que se uso corretamente a camisinha
Sexo anal sem camisinha.	Masturbação a dois
Sexo oral sem camisinha.	Beijo no rosto ou na boca
Uso da mesma seringa ou agulha por mais de uma pessoa.	Doação de sangue
Transfusão de sangue contaminado.	Picada de inseto
Mãe infectada pode passar o HIV para o filho durante a gravidez, o parto e a amamentação.	Aperto de mão ou abraço
	Talheres/ copos
Instrumentos que furam ou cortam não esterilizados.	Assento de ônibus
	Sabonete/ toalha/ lençóis

## **2.8 Aspectos psicossociais**

Toda síndrome ou doença propriamente dita carrega consigo, além de seus fatores físicos, fatores psicossociais relevantes envolvidos na patologia, que se relacionam com a vida diária do paciente.

No caso do paciente HIV positivo, esses fatores envolvem uma demanda muito grande de problemas como: seu convívio social, econômico, cultural e político que estão completamente alterados e abalados. Este problema é denominado pelo Ministério da Saúde como Síndrome Social (Ministério da Saúde, s/d).

A AIDS ainda, por sua forma de contágio e transmissão, levanta alguns temas importantes, porém mascarados para serem discutidos num âmbito social e até cultural. São eles: Sexualidade e o uso de drogas (MARIN, PAIVA E BARROS, 1991).

Pensando em uma questão social, a AIDS não acarretará problemas apenas ao infectado, mas também para o seu companheiro (a), familiares e amigos, bem como aos profissionais de saúde que prestam atendimentos clínicos ao mesmo.

### **2.8.1 O paciente**

Além da angústia para saber se o diagnóstico de HIV é positivo ou não, o paciente enfrenta outros problemas que levam ao medo e a depressão (duas questões muito exacerbadas no aspecto psicológico do paciente), tais problemas incluem: falta de compreensão familiar e de amigos e até o abandono dos mesmos, agravando a depressão e o medo (MARIN, PAIVA e BARROS, 1991).

Quando o diagnóstico é fechado, o paciente tende a sentir-se vulnerável e incapaz de enfrentar uma doença com uma rápida e certa evolução para morte. Tende também a isolar-se, negando a doença, o que dificulta tanto o tratamento medicamentoso, quanto o tratamento terapêutico (Ibidem).

O HIV é estritamente ligado a sexualidade e ao uso de drogas ilícitas. Portanto, o paciente, bem como seus familiares, tendem a esconder o diagnóstico da sociedade em que vivem com medo de serem excluídos ou julgados (Ibidem).

São comuns que os pacientes soropositivos sintam-se culpados pelo o estado em que se encontram, relembram e vivenciam as situações pelas quais passaram até chegar onde estão, seus diversos parceiros sexuais, seus momentos de usuários de drogas endovenosas, isso faz com que se sintam vulneráveis e inválidos, por não poderem voltar atrás e inverter a situação na qual se encontram. (Ibidem)

Os terapeutas, e os outros profissionais de saúde, podem utilizar essas lembranças com o intuito de aumentar o mecanismo de defesa do paciente, desde que este não seja maléfico para os mesmos. As lembranças também podem ser utilizadas como canal de abertura para comunicação com o paciente (Ibidem).

**“Durante a evolução da doença é comum a presença de sentimentos contraditórios que contribuem para tornar o viver ainda mais difícil: os indivíduos sentem um enorme desejo de viver e prolongar a vida, ao lado de intenções e fantasias suicidas, amor e carinho pelas pessoas que estão por perto e lhe prestam assistência, ao lado de inveja e raiva por sua saúde” (Plucienik, 1988).**

Para o paciente não só o apoio da sociedade, como também o apoio dos familiares é crucial, principalmente quando os sintomas estão bem avançados, pois terá dificuldades muito grandes em tarefas domésticas, como fazer compras e outras atividades diárias de uma pessoa sem o acometimento da patologia.

### **2.8.2 O Companheiro e a Família**

Não só o paciente como também a família são afetados, pois sofrerão uma exclusão social perante este diagnóstico.

No caso do companheiro (a) a preocupação se refere a, como a doença foi adquirida, a culpa de possivelmente ter transmitido a doença e também a preocupação com sua vulnerabilidades à infecção (FLASKERUD, JH, 1987, apud MARIN, PAIVA e BARROS, 1991).

O relacionamento familiar e afetivo perante uma doença como o HIV fica completamente abalado, principalmente na fase de crises agudas do paciente, pois ele depende tanto fisiologicamente, quanto psicologicamente de todos que estão a sua volta (PLUCIENIK, apud MARIN, PAIVA e BARROS, 1991).

### **2.8.3 O Profissional de Saúde**

Segundo Flaserud (1987), inicialmente o profissional já fica resabiado por sua saúde, pois devido ao contato muito próximo com o paciente, se o profissional não for instruído, pode causar rejeição para com o paciente. Por isso, o apoio aos profissionais é essencial, entre eles destacam-se; reuniões regulares, que são realizadas semanalmente ou quando as dúvidas vierem a tona; acompanhamento psicológico com o intuito de obter um apoio emocional (MARIN, PAIVA E BARROS 1991).

Profissionais de saúde sofrem injunções de seus cônjuges e familiares para que deixem o emprego, evitando assim a infecção para si mesmo e seus familiares. Outros vivenciam estigmas sociais, sendo até mesmo evitados por amigos e companheiros (FLASKERUD, apud MARIN, PAIVA e BARROS, 1991).

Trabalhar com pacientes com HIV realmente é um impacto muito grande, tanto para os profissionais quanto para seus familiares.

Acreditamos que isso faça com que alguns deles deixem suas áreas, seja por seus familiares, ou pessoas envolvidas em seu meio social, como também por suas concepções próprias.

### **2.9 Tratamento**

Até o presente momento, nenhum tratamento é considerado completamente eficaz, seja para inativação do vírus ou para o aumento do sistema imunológico.

Um dos tratamentos mais eficazes para portadores do vírus HIV é o AZT (Azidotimidina), pois é o único que pode causar uma melhora generalizada como: aumentar o tempo de vida do paciente, retardar o aparecimento dos sintomas, reduzir as infecções oportunistas, restaurar o

QI rebaixado das crianças por conta da Aids e reduzir a gravidade da demência associada a AIDS (MARIN, PAIVA E BARROS, 1991)

O AZT é uma droga que tem a função de diminuir os sintomas do vírus HIV e inicialmente foi criado para tratamento contra o câncer. Seu principal componente é a timidina<sup>9</sup>, que apesar de ser criado para outra função, se mostrou muito eficaz contra o HIV (CHAITON e MARTIN, 1988).

O AZT é um dos grandes causadores de efeitos colaterais, pois conta com uma diversidade tóxica que é inserida no organismo junto ao medicamento. Cientistas tentam achar a combinação certa dos remédios, para o combate do vírus e, além disso, a diminuição dos efeitos colaterais (MARIN, PAIVA E BARROS, 1991).

### **2.9.1 Tratamentos medicamentosos existentes**

#### **a. Bloqueio da ligação com CD4**

Impede que a proteína CD4 da superfície da célula ligue-se ao vírus, bloqueando a sua entrada e impedindo a infecção.

#### **b. Inibição da enzima viral**

Indispensável para transformar o RNA em DNA, a transcriptase reversa. Exemplos: AZT, DDA, DDC, DDI, fosforoformato e rifabutin.

#### **c. Inibição da formação de proteínas**

Necessárias para a produção de novas unidades virais.

---

<sup>9</sup> ou mais corretamente, desoxitimidina é uma molécula também conhecida como nucleosídeo que é formada quando uma timina é ligada a um anel de desoxirribose via uma  $\beta$ -N<sub>1</sub>-ligação glicosídica.

**d. Inibição da formação de novas cápsulas**

Tratamento que visam impedir que as proteínas virais e o RNA sejam transportados para a membrana da célula e aí modelados em novas unidades virais.



### 3 MUSICOTERAPIA

Nestes anos de estudo consegui concluir uma definição em Musicoterapia, conforme segue:

**“Musicoterapia é todo e qualquer tipo de som utilizado de forma terapêutica, a fim de melhorar ou reabilitar aspectos físicos, sociais, psicológicos e emocionais. A forma de atendimento de um Musicoterapeuta depende de sua carga de instrução teórica e prática, individualizando assim, cada Musicoterapeuta e sua forma de tratar cada paciente e suas necessidades.”**

Conforme citado anteriormente, o presente trabalho tem como foco uma Revisão Bibliográfica.

Veremos a seguir em alguns trabalhos de atendimentos em Musicoterapia e HIV e também estudos referente a esses atendimentos.

### **3.1 Revisão Bibliográfica de Estudos de Musicoterapia e HIV**

#### **3.1.1 A Musicoterapia como processo físico-psicológico em relação de ajuda a pacientes com depressão e medo nos casos de AIDS.**

**Autor:** Steenbock, C.

**Ano:** VII Encontro nacional de pesquisa em Musicoterapia (S. Paulo-SP) – 2007.

Neste caso são apresentados diversos estudos relacionados com pacientes soropositivos de autores da Musicoterapia como Bruscia, Benenzon, entre outros profissionais da área de saúde como Halpern, Capra e Chopra, médicos conceituados nesta área de atuação. Não se trata do estudo de atendimentos, mas sim como se atender pacientes soropositivos e seus problemas decorrentes.

Primeiramente o autor cita Bruscia e como se dá sua forma de utilizar a Musicoterapia em atendimentos nas diversas patologias, mais especificamente nas doenças que comprometem a vida como o HIV.

**“É utilizada não somente por suas próprias propriedades curativas, mas também para intensificar os efeitos da relação cliente-terapeuta ou de outras modalidades de tratamento, apresentando canais de comunicação importantes e possibilitando o atendimento de forma individual e em grupo.” (BRUSCIA, 2000, p. 43).**

Conforme o autor, podem existir duas formas de atendimentos em Musicoterapia nos casos de HIV, sendo atendimento individual e atendimento em grupo.

No atendimento individual, além das técnicas citadas no caso anterior, o autor cita também que a Musicoterapia pode ser utilizar,

também, a linguagem verbal (contando histórias ou simples conversas) promovendo assim uma melhor empatia entre paciente/terapeuta e um melhor desenvolvimento da comunicação do paciente perante a sociedade.

O intuito desta forma de verbalização, cita o autor embasado em Bruscia (ibid, p 23), é desenvolver expressões não-verbais e verbais, afim de criar um dialogo, que trate de assuntos relativos da vida. A sociedade em que esse paciente se encontra, sua forma de vida atual e principalmente assuntos que envolvam seu estado de saúde.

Acredito que isso pode ser de grande relevância tanto para o paciente, quanto para o terapeuta. Entender a doença e seus aspectos físicos e psicológicos pode auxiliar o paciente a aprender a conviver com a patologia de uma forma saudável, e não se entregar a mesma. Os pacientes devem sempre lembrar que a doença está com eles e não ele com a doença. Podemos relacionar isto com citações de Deepak Chopra médico indiano especializado em medicina mente-corpo.

**“Enquanto o paciente está convencido de seus sintomas, continua preso a uma realidade onde estar doente é a entrada dos dados que predomina (...). Essa é principal ilusão que precisa urgentemente ser destruída. Os sentimentos e as emoções contidos neste individuo devem ser trabalhados, e os mais importantes, serão muitas vezes, revelados para o próprio individuo que as expõe. Com isso aos poucos o paciente poderá ir se libertando da idéia de que a doença ira dominá-lo até os últimos dias de sua vida.” (CHOPRA, 2000, p. 226).**

Além do que foi citado acima, os atendimentos também podem ser em grupo, visando os mesmos objetivos dos atendimentos individuais, com alguns tópicos a mais e específicos que só se poderiam alcançar neste tipo de atendimento.

O autor cita que o objetivo principal desses atendimentos é trabalhar a integração desses pacientes através do uso de instrumentos musicais, para que o paciente compartilhe com os outros integrantes do grupo suas experiências musicais e não-musicais.

O autor concorda que é possível analisar o estado atual do portador e verificar e suas possibilidades de integração com o outro (onde o outro também seria um paciente soropositivo inserido no grupo de atendimento) que se encontra na mesma situação patológica.

Conforme cita o autor pode-se trabalhar diversos assuntos pertinentes com os pacientes os quais terão que conviver no decorrer de suas vidas, como sexualidade, respeito, preconceito entre outros. Citando Benenzon, (1985) podemos crer que os atendimentos seriam de grande melhoria, não só para o paciente, mas também para o terapeuta envolvido.

**“O prazer da expressão sonora e corporal e os canais de comunicação que se abrem são vividos com intensa gratificação por parte do terapeuta, do paciente e do grupo em questão, gerando assim um conforto perante a eles.” (BENZON, 1985, p. 89).**

O autor coloca os efeitos da música sobre o corpo humano, citando isto referindo-se aos aspectos fisiológicos, como mudança de metabolismo, liberação de adrenalina, aceleração da frequência respiratória ou a sua regularização. Halpern (1985, p. 115) descreve que “... os sons também provocam sentimentos e criação de imagens no ouvinte e uma variedade de respostas como medo, familiaridade, lembranças, raiva preocupação e amor.”

Podemos fazer uma relação com o sistema emocional e imunológico através desta citação. Sabendo que a música faz com que o corpo tenha alterações fisiológicas e também alterações psicológicas, trabalhar esses aspectos em conjunto, talvez fosse a melhor forma de atendimento em

casos de pacientes soropositivos. De acordo com os atendimentos decorrentes com esses pacientes, a função do Musicoterapeuta é descobrir qual música e/ou sons que influenciam no sistema emocional e imunológico.

O autor tem como base também o escritor e terapeuta Pier Campadello que por sua vez cita:

**“Podemos estabelecer um paralelo entre a função reguladora ou desarmoniosa da música e seus aspectos psico-biológicos para o indivíduo. A música com esses fatores apresenta características específicas nas mudanças fisiológicas e também nas estruturas celulares do sistema imunológico, onde as mesmas mantêm contato com células nervosas, alterando-se entre si de acordo com a estrutura musical.” (CAMPADELLO, Pier)**

Neste trabalho o autor cita que um dos principais sintomas psicológicos dos pacientes soropositivos é o medo e como este vai influenciar em sua vida e assim que forma de atendimento em Musicoterapia esses pacientes devem receber como uma forma de encorajamento, autoconhecimento e auto-estima.

“O ego fica invadido por essa angústia livre, que, não tendo um melhor destino, derrama-se no somático”, afirma TRINTINAGLIA (2001, p. 61).

A partir dessa citação podemos com mais clareza, definir o objetivo da Musicoterapia, que é desenvolver os potenciais, explorar os medos desses pacientes, para que o confronto com esse sentimentos gere uma solução, ou pelo menos um conhecimento do porque sentir esse medo dando, assim, uma melhor organização intra e/ou interpessoal, gerando uma melhora e com certeza maior qualidade de vida.

Podemos também nos basear em Kenneth E. Bruscia, quando mesmo escreve:

**“A Musicoterapia trabalha promovendo receptividade, evocando estados e experiências afetivas, e explorando idéias e pensamentos. Com isso, o Musicoterapeuta pode direcionar seus objetivos específicos em relação ao indivíduo, fazendo-o relacionar-se com os seus medos e angústias.” (BRUSCIA, Kenneth, 2000, p. 231).**

O autor cita que a Musicoterapia deve envolver toda a vida do paciente, seja pessoal, familiar, profissional e social. Através da Musicoterapia pode-se recontar a história dos pacientes, dando ênfase aos aspectos positivos, e menor relevância aos aspectos negativos.

### **Considerações sobre o estudo**

Acredito que nos primeiros atendimentos o indivíduo, utilizará a música de forma instantânea, talvez uma forma menos terapêutica para ele mesmo, não conseguindo exteriorizar seus medos ou angústias, a música e os sons são utilizados a deriva, e cabe ao Musicoterapeuta guiar esse paciente para o autoconhecimento e a auto-expressão. Não que esses primeiros atendimentos de exploração com música e os sons não sejam de grande valia para o processo terapêutico, até para construção de uma ficha musicoterapêutica mais fidedigna, mas o processo de autoconhecimento, criação e improvisação só serão mais bem estruturados numa fase posterior.

Conforme cita Kenneth E. Bruscia:

**“Nesses momentos de contato com a música o indivíduo a utiliza primeiramente como descarga emocional, para em um momento posterior, ele apresente e tenha consciência de sua auto-expressão, da sua criatividade da sua auto-valorização e das suas próprias**

**questões de existência direcionando o objetivo principal da terapia, que é promover saúde” (BRUSCIA, Kenneth, 2000, p. 24).**

Lembrando sempre que os tratamentos diversos e o coquetel de AZT que são ingeridos pelos pacientes, geram muitos efeitos colaterais e também um grande estresse pelos exames e tratamentos prolongados. A Musicoterapia também tem como objetivo a diminuição desse estresse, através de um atendimento mais “liberal”, sendo uma Musicoterapia com o intuito mais recreativo.

**“O estresse prolongado anula o sistema imunológico do corpo e suas defesas naturais contra as infecções e outras doenças. Portanto, é necessário que também o estresse seja trabalhado, com o intuito da diminuição do mesmo, melhorando as respostas físicas e psicológicas do tratamento e consequentemente, a qualidade de vida” (CAPRA, 2000, p. 319)**

### **3.1.2 A vida como o Jazz: Esperança, significado e Musicoterapia no tratamento de doenças que ameaçam a vida.**

**Autor:** PhD David Aldridge e PhD Gudrum Aldridge

**Ano:** Não especificado pelo autor

**Local:** Não especificado pelo autor

Como vimos no artigo anterior, este também não aborda a Musicoterapia e o HIV especificamente, mas, sim estudos de como atender pacientes com doenças que ameaçam a vida.

Os autores iniciam o seu trabalho com a escrita de Michel Foucault.

**‘O que me instiga é o fato de que em nossa sociedade, a arte se tornou algo que só se refere a objetos e não a indivíduos, ou à vida. Arte é algo especializado ou feito por especialistas, que são os artistas. Mas poderia a vida de cada um se tornar uma obra de arte? Por que a lâmpada ou a casa pode ser um objeto de arte, mas não nossa vida?’(FOUCAULT, Michel, 1986, p. 50)**

Este trabalho propõe um atendimento musicoterapêutico através da música improvisada. O autor cita que essas músicas improvisadas podem chegar ao nosso corpo e mente em diversas formas, como horizontalmente, verticalmente e dinamicamente. Também é possível recepcioná-la individualmente e de forma grupal.

Esses sons recepcionados, só se tornam musicais de acordo com nossa cultura, pois temos uma demanda significativa de sons que se tornam músicas de acordo com nossas vivências.

O autor faz uma comparação como o corpo humano e um hardware de computador, onde no mundo moderno não se dá a atenção devida ao



que o corpo necessita, assim quando estamos doentes levamos o corpo para “consertar” e não procuramos saber a principal causa deste “conserto” ou ao menos damos importância a tal.

O corpo sofre constantes improvisações devido ao meio-externo e suas constantes experiências adquiridas através desse meio, o autor cita isto como “Desafios da Vida”.

Em resumo, a tarefa do Musicoterapeuta é facilitar essas improvisações, de forma com que esses desafios sejam superados ao longo de nossas vidas.

Baseado em René Descartes e sua mais famosa frase “Penso, logo existo”, do latim, “Cogito, ergo sum”, os autores fazem uma analogia desta com a Musicoterapia, criando outra frase, “Executo, logo existo”. Segundo os autores estas improvisações que nosso corpo e mente sofre, não vão alterar quem somos e nem como somos, apenas precisamos aceitar que recebemos mudanças em nossas vidas. Porém permanecemos reconhecíveis, perante nossa sociedade.

#### **3.1.2.1 AIDS e Musicoterapia: Mantendo a Integridade e Esperança nos Imunologicamente Desafiados.**

Conforme os autores, estudos indicam que emoções positivas como esperança, alegria, beleza e amor, são benéficos ao sistema imunológico, o qual é diretamente afetado pelo vírus do HIV.

O autor propõe um atendimento com terapia e arte, com isso o mesmo indica que os pacientes podem explorar e expressar seus seres através da arte.

Podemos a partir daí, fazer um paralelo com a Musicoterapia, pois penso em arte como uma forma de criação. Portanto podemos novamente

relacionar com os métodos de Kenneth E. Bruscia, sendo eles o de Improvisação e o de Composição, onde o paciente em questão pode criar em cima de uma estrutura musical já estabelecida, ou também fazer uma nova criação de seus parâmetros musicais, tornando-se assim sua própria arte interna em algo externo e real.

**Abordagem:** Podemos notar que os autores utilizam-se de uma abordagem humanista quando escrevem:

**“Não só a Musicoterapia existencial de terapia que aceita as pessoas como são, e lhes oferece uma oportunidade de que se definam como desejam ser; ela é também originalmente voltada a questões estéticas de forma e noções existenciais de potencial em vez de estar voltada para conceitos de patologia.” (Aldridge, 1993 a; Aldridge, 1993 b).**

### **Considerações sobre os estudos**

Este estudo nos faz realmente pensar, por que vivemos ou como tratamos a vida, não somente as nossas vidas, mas também a do próximo, tudo isso relacionando com a arte.

Podemos notar que os autores são completamente liberais na questão dos sons como forma improvisada. Acredito que isto seria muito acolhedor para os pacientes infectados pelo vírus do HIV, pois é uma forma de expressar as suas angústias e sentimentos reprimidos decorrente de suas vidas ameaças por uma doença que por sua vez pode ser letal.

Porém com os estudos de hoje e os tratamentos existentes não se encontram mais pacientes soropositivos padecendo por conta desta doença. Mesmo assim, seus sentimentos e angústias não vão deixar de aparecer e assim precisam ser exteriorizados de forma terapêutica para que não se gere, futuramente, problemas emocionais mais implicantes.

Podemos pensar que nosso corpo enquanto um organismo bio-psico-social que esta em constante improvisação e sendo improvisado pelo nosso mundo até então moderno. Estas improvisações são necessárias para manter o equilíbrio de nosso corpo, para suprir as exigências externas e internas desse organismo.

Quando, podemos co-relacionar essa idéia com o principio de ISO de Rolando Benenzon, pois isso significa nossa identidade e razão de ser e existir.

**“ISO quer dizer igual, e resume a noção da existência de um som, ou um conjunto de sons, ou fenômenos sonoros internos que nos caracteriza e nos individualiza. É um fenômeno de som e movimento interno que resume nossos arquétipos sonoros, nossas vivencias sonoras de nascimento e infantis até nossos dias.” (BENZON, Rolando, 1985, p. 43).**

Quando o autor nos fala sobre as mudanças em nosso corpo, podemos concluir que essas seriam no caso deste estudo, uma doença que ameaça a vida, como o HIV, e que talvez nosso corpo e mente não está preparada para isso. Porém com o auxilio da Musicoterapia podemos conseguir com que o individuo se adéque a sua nova forma de vida e auxiliar o mesmo antes de tudo aceitar essa nova forma de vida.

### **3.1.3 Musicoterapia em AIDS Pediátrica**

**Autor:** Nícia Maracajá do Rego Barros Domingues

**Ano:** Trabalho apresentado no IV Fórum Estadual de Musicoterapia (RJ, 1998)

**Local:** Universidade Castelo Branco (Rio de Janeiro)

O trabalho apresentado a seguir, trata da Musicoterapia na área pediátrica, realizado com crianças abrigadas, portadoras do HIV. Os atendimentos ocorreram na Universidade Castelo Branco, no Rio de Janeiro, e fez parte do projeto social denominado ResgaTO.

Como explica a autora, esse projeto com crianças abrigadas tem como objetivo dar qualidade de vida e melhor adequação social e, inicialmente, os atendimentos eram realizados apenas por Terapeutas Ocupacionais (TOs).

Tempos mais tarde, a Musicoterapia foi inserida junto aos atendimentos das TO's e, atualmente, o projeto mantém convênio de estágio com o Conservatório Brasileiro de Música (CBM).

#### **Sujeitos:**

Os sujeitos do estudo são crianças contaminadas com o vírus HIV pela transmissão vertical (Peri natal), mas a maioria não apresentava, à época, a AIDS. Durante o período de atendimento de Musicoterapia, o grupo variou entre 11 e 13 crianças, sendo 5 meninos.

Domingues ressalta que os dados que dispunha das crianças, não eram suficientes para completar uma ficha musicoterapêutica, sendo que

de algumas não tinha nem a data do nascimento. Porém, alguns dados relevantes para a melhoria dos atendimentos foram colhidos no decorrer das sessões.

Alguns dos problemas que foram identificados nas crianças foram:

- Deficiências afetivas, principalmente pelo fato de serem abrigadas e separadas de suas famílias, e também pelo fato de muitas vezes ficarem internadas.
- Deficiências Motoras, decorrentes tanto de doenças, como da falta de estímulos adequados e da falta de brincadeira própria ao seu estágio de desenvolvimento
- Deficiência de Linguagem, atraso, “língua presa” e troca de fonemas.

### **Objetivo**

Como objetivo do atendimento em conjunto, Musicoterapia e terapia ocupacional visavam, principalmente, a melhora no rendimento escolar, fortalecimento dos vínculos, melhora do esquema e da imagem corporal e do aparelho fonador.

### **Fundamentação Teórica**

Domingues cita Aberastury, em quem se baseou para relacionar as formas de brincar e estágio do desenvolvimento das crianças, cita um trecho do artigo “A Música no Tratamento de Distúrbios Imunológicos”, de Maranto (1990), para quem experiências que sejam emocionalmente positivas vão intensificar o funcionamento do sistema imunológico. Assim, justifica seu foco em estimular todo o potencial das crianças para melhorar

a auto-imagem e, conseqüentemente a auto-estima tendo como objetivo a qualidade de vida.

A autora utiliza também, Uricoechea (1993) para afirmar que a música tem o "poder de penetrar a mente e o corpo" através dos receptores que existem no corpo, tanto a nível periférico como mais profundamente nas terminações nervosas das vísceras.

### **O Processo de Atendimento**

A autora esclarece que o Projeto ResgaTO é transdisciplinar, que trabalha visando apenas o cliente, em uma fusão de processos terapêuticos. Afirma que a “[...] Musicoterapia se movimenta de maneira harmoniosa dentro dele, em um ritmo que sempre é dado pelas crianças. Assim, dependendo de suas vivências, somos obrigados a mudar o que havíamos planejado, adequando-nos a realidade deles. Por exemplo, quando alguma criança é internada ou morre, às vezes, eles não querem música, pedem-nos que conte histórias.”

A técnica musicoterapêutica utilizada, principalmente, foi a improvisação livre e cantigas de roda. A autora argumenta que, com as crianças mais velhas utilizava a improvisação musical livre e até gritos para "desmutizar", uma vez que percebia que estas, em comparação as crianças comuns da mesma faixa etária, eram passivas, falavam baixo ou pouco e apresentavam o choro muito baixinho.

A autora relata que o trabalho de Musicoterapia e Terapia Ocupacional, possibilitou que certa vez, após um passeio ao Zoológico e ao Teatro de Sombras, pudessem trabalhar com as crianças os sons e os movimentos de cada bicho, diferenças entre o corpo, sons e movimentos destes e das crianças, e que isto auxilia no autoconhecimento, tanto corporal, quanto sonoros.

Domingues também relata trabalho com o bumbo, um dos instrumentos que as crianças mais gostavam. Este, a Musicoterapeuta utiliza em substituição a Bola Bobath, e as crianças deitam de barriga para baixo e outras ficam tocando nas peles laterais do instrumento, ou rolando-a para frente e para trás, com o intuito de executar o movimento protetor de “pára-quedas”.

### **Conclusões da Autora**

Domingues coloca que pode perceber grande melhora em todos os objetivos.

Conclui que foi possível verificar que o que as crianças mais necessitam é de afeto e que a música é uma grande facilitadora na formação e consolidação dos vínculos afetivos.

Reconhece que ainda há muito a ser feito, uma vez que o trabalho estava em andamento, à época da apresentação, mas que iniciaram da maneira correta para alcançar, senão a cura das crianças, uma “[...] melhora substancial em sua qualidade de vida, ou seja, tornando-as mais aptas a consolidarem sua luta pelo fortalecimento do seu sistema imunológico”.

### **Considerações sobre o estudo**

Como se trata de um relato de experiência, apresentado num Fórum de Musicoterapia, o material publicado no site da AMT – RJ, é bastante sintetizado e, portanto, alguns aspectos sobre o trabalho não foram mencionados.

Mas pela descrição apresentada, podemos supor que segue uma Abordagem Humanista, pois como Domingues cita, a visão é

transdisciplinar e “[...] trabalha visando apenas o paciente, em uma fusão de processos terapêuticos [...]” e complementa que a “[...] Musicoterapia se movimenta de maneira harmoniosa dentro dele, em um ritmo que sempre é dado pelas crianças [...]”. Coloca que, às vezes, o que foi planejado para um atendimento é alterado para adequar-se à realidade delas e que, inclusive, em algumas situações (internação ou morte de alguma criança), elas não querem ouvir música, preferindo que contem histórias. E é essa característica de atendimentos criados e guiados inteiramente pelas crianças que nos faz pensar na Abordagem Humanista.

Achamos interessante essa preferência das crianças por histórias, ao invés de música, e pensamos que isso possa estar relacionado ao fato de que as crianças associem a Musicoterapia a algo alegre e que, nestes momentos, talvez as histórias pudessem representar melhor seu luto.

Interessante também o termo “desmutizar” utilizado pela autora, para se referir às crianças mais passivas. Este comportamento mais introspectivo também pode estar associado ao fato de serem crianças órfãs, abandonadas ou afastadas judicialmente das famílias, ou ainda, por terem algum nível de fantasia com relação ao vírus HIV. Porém, o trabalho não aprofunda estas questões.

Quanto ao atendimento propriamente dito, além do trabalho realizado com Improvisação, podemos verificar a utilização do método de Re-Criação, acreditamos que caberiam outras possibilidades. Por exemplo, a construção de instrumentos no método de Re-Criação, e o método de Composição, para trabalhar os sons de cada um, visando conhecer e se identificar com estes; a partir dos instrumentos construídos, poderia se compor uma música para cada paciente ou uma só música para todo o grupo, o que auxiliaria no autoconhecimento e na identificação grupal.



Confirmando o aspecto lúdico dos atendimentos, Domingues menciona outra sessão, que denomina de 'Equilibrista', também envolvendo o método Re-Criativo. As crianças devem passar por um barbante esticado no chão sem se desequilibrar, enquanto as outras como espectadores, emitem sons em tambores com o intuito de fazer o "Equilibrista" sair do barbante ou "cair" no chão. A criança que está na "corda bamba" deve caminhar seguindo os ritmos emitidos por quem está do lado fora. Era uma atividade que gerava muitas risadas e alegria para todos.

O trabalho ainda estava em andamento, mas sentimos falta de saber quantas sessões tinham sido realizadas até o momento em que foi descrito, assim como da frequência e tempo das mesmas.

Apesar dos poucos dados que temos do trabalho de Domingues, concordamos que as sessões devam ter um caráter lúdico e que a Musicoterapia, atuando no sistema emocional dessas crianças pode auxiliar na melhora de seus sistemas imunológicos, uma vez que acreditamos na inter-relação entre os dois.

Salientamos ser importante que os trabalhos de Musicoterapia, mesmo os apresentados como relatos de experiência, sigam os mesmos padrões de apresentação exigidos em eventos científicos, para que o seu conteúdo seja melhor compreendido e, só assim, valorizado como merece.

### **3.1.4 Musicoterapia com Pacientes HIV+ - Uma Experiência na Casa de Apoio Brenda Lee**

**Autor:** Elisângela Lopes de Almeida Moraes

**Ano:** 2003/2004

**Local:** Casa de Apoio Brenda Lee

O trabalho apresentado a seguir, trata-se de atendimentos de Musicoterapia realizado na Casa de Apoio Brenda Lee. Inicialmente veremos um breve histórico referente à instituição e posterior os estudos de atendimentos da Musicoterapia e HIV com três casos.

A Casa de Apoio Brenda Lee fica localizada no Bairro da Bela Vista em São Paulo, é uma instituição que foi fundada em 1988, por Cícero Caetano Leonardo, transexual conhecido como Brenda Lee. Em sua casa anteriormente funcionava um prostíbulo, após sua contaminação pelo vírus do HIV Cícero Caetano decidiu transformá-la em um abrigo para portadores deste vírus, sendo travestis, homossexuais ou não.

Moraes ressalta que o principal funcionário e voluntário da instituição foi Brenda Lee, pois fazia o que fosse necessário para auxiliar os pacientes acometidos pelo vírus, seja limpando, dirigindo ambulância dia e noite, na cozinha e entre outras atividades que fossem necessárias. E também Brenda Lee foi maior psicóloga da instituição, mesmo sem formação, pois estava sempre disposta a conversar com os pacientes quando fosse solicitada e como era portadora do vírus e por ter sido um travesti sofria os mesmos preconceitos sociais que os outros pacientes.

Com a morte de Brenda Lee, a casa de apoio passou a ser de propriedade dos familiares de Brenda. Após um acordo na Justiça, a instituição continua o seu trabalho, mas ainda aguarda a regulamentação

da escritura da casa, com o auxílio de amigos e colaboradores a casa foi comprada da família de Cícero Caetano e hoje é administrada por um corpo diretivo composto de cinco membros, por um conselho fiscal de três membros e um conselho consultivo formado por quinze membros.

### **Sujeitos:**

Inicialmente a instituição abrigava apenas três pacientes e o próprio fundador, após alguns anos com o auxílio da secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, passou a abrigar mais de trinta pacientes infectados pelo vírus e isso com total apoio e assistência médica.

Após a definição pelo senso corporativo da Vigilância Sanitária, a instituição hoje pode abrigar apenas 26 pacientes no máximo.

Em 2003 foi adquirido um terreno de 440m<sup>2</sup> em frente à atual instituição em nome da Casa de Apoio Benda Lee, foi adquirido também um financiamento para manutenção da estrutura do imóvel junto ao Programa Nacional DST/AIDS – UNESCO.

A autora nos relata que “[...] De modo geral, os pacientes são pessoas de nível sócio econômico precário, sendo grande parte rejeitada ou até abandonada pela família, e marcada por atitudes discriminatórias de várias ordens, como histórias de vida desestruturadas, alguns com vivências de marginalidades”.

Atualmente a instituição atende 22 pacientes, todos internos e auxilia com cestas básicas todos aqueles que têm dificuldades financeiras. O auxílio parte direto da comunidade, os suprimentos arrecadados são entregues, e mantendo a instituição pelo menos por seis meses.

Os atendimentos eram realizados em grupo, as terças-feiras e aos sábados com uma média de nove pacientes por sessão. Esses atendimentos aconteceram de agosto de 2003 até Junho de 2004. Moraes não nos fala o tempo exato de cada sessão.

### **Objetivo:**

- Integração do Grupo, para isso Moraes relata que o canto era um dos fortes elementos para essa integração acontecer.
- Resgate da Identidade individual através do ISO.
- Trabalhar os conteúdos relevantes (como a doença em si, a falta de esperança, vício, o passado, etc.) através do fazer musical.
- Encontrar/criar ISO Grupal, a fim de fazer com que todos se enxerguem e comecem a respeitar suas diferenças.

Moraes ainda nos relata alguns objetivos específicos que seriam de grande relevância nos atendimento de Musicoterapia.

- Estimular a auto-expressão.
- Melhorar o contato inter e intrapessoal e a comunicação entre os moradores da casa
- Minimizar a angústia e a dor psicoemocional
- Auxiliar na aceitação da doença e do tratamento medicamentoso.

### **Fundamentação Teórica**

Moraes utilizou como bases para alcançar seus objetivos os métodos de composição e improvisação de Kenneth E. Bruscia e a formação do ISSO de Rolando O. Benenzon.

Moraes também nos trás outras áreas de atuação como a filosofia e a medicina quando ressalta em afirmações de René Descartes que “[...] *A mente é um fluído nervoso dirigido, separando corpo e mente onde a música afeta diretamente essa corrente, conectando corpo e mente [...]*” e ainda nos complementa com citações de Louis Roger “[...] *as propriedades vibratórias do som atuam nos órgãos humanos, ossos e fluídos [...]*”.

Esse estudo também teve como base teórica, os estudos da medicina e um livro de suma importância para os atendimentos, escritos de John G. Barlett, Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV, Faculdade de Medicina da Universidade Johns Hopkins, 2002.

Veremos a seguir três casos de atendimentos citados por Moraes neste presente trabalho.

#### **3.1.4.1 Caso A.**

Paciente do sexo masculino, 31 anos, casado. Contraiu o vírus através de relações extraconjugais. A autora cita que além do vírus contraído A. tinha uma atrofia em seu membro superior esquerdo.

A. sofreu pelo abandono da família e principalmente pela privação imposta por sua ex-esposa de se relacionar com seus filhos, com isso gerando uma série de problemas psicológicos e emocionais, como depressão, angústia e solidão.

A. foi um dos primeiros pacientes a ser atendido pela Musicoterapia junto ao grupo, era uma pessoa muito tímida e não conseguia expressar seus sentimentos ou vontades tinha grande facilidade rítmica e se identificava muito bem com qualquer tipo de sonoridade, mesmo sem nenhum contatado mais íntimo com a música.

O atendimento de A. durou cerca de quatro meses, pois a Musicoterapeuta saiu de férias de Dezembro de 2003 até Fevereiro de 2004. Dentro de algumas sessões trabalhadas com este paciente, é importante ressaltar que a Musicoterapeuta dava ênfase sempre às técnicas de improvisações musicais e receptivas, com o intuito de o paciente integrar-se ao grupo, exteriorizar seus sentimentos e vontades reprimidas.

Em seu retorno das férias, a autora e Musicoterapeuta cita que o paciente A. não estava mais nos atendimentos, pois a doença já havia passado para um quadro mais crítico. A musicoterapeuta passou a atendê-lo em seu quarto, em sessões individuais, apenas com músicas receptiva.

Como a instituição não tem profissionais especializados para cuidar de casos mais graves de HIV, o paciente A. estava com um sério risco de

ser transferido para outra instituição. Embora sempre enfatizasse que não queria isso, pois não sabia se iria ser bem tratado como lá.

A vontade de A. a retornar a ser como era antes e também aos atendimentos em grupo da Musicoterapia, fez com ele melhorasse de forma surpreendente, com caminhadas diárias e uma alimentação correta elaborada por nutricionistas. Dentro de um mês e meio estava de volta aos atendimentos de Musicoterapia em grupo.

Comenta a autora que A. foi muito bem recepcionado pelo grupo em questão e desde então A. age mais com um co-terapeuta do que paciente, auxiliando outros pacientes nas terapias, a tocar instrumentos, mantendo uma base rítmica para que possam improvisar, entre outras atividades auxiliaadoras para o grupo.

### **3.1.4.2 Caso M.**

Conforme relatos da autora e Musicoterapeuta, M. é transexual com 40 anos de idade e contraiu o vírus do HIV se prostituindo em países da Europa, onde viveu praticamente sua vida toda, tem muita facilidade em realizar trabalhos artísticos como pintura, tricô, crochê, bordados, etc. e isso é seu sustento e sua nova forma de vida.

Foi relatado pela autora que M. inicialmente, não queria participar das sessões de Musicoterapia, mas sempre aparecia no final de cada sessão, depois no meio delas, até que começou efetivamente a participar das mesmas, junto com o grupo que já estava em terapia.

A autora também nos fala que M. tem muita facilidade em tocar quaisquer instrumentos e tem boa ritmicidade. Porém não se entusiasma muito em tocá-los, mas gosta de cantar junto com o grupo. Também é relatado que M. estudou piano clássico, flauta doce, entre outros instrumentos, mas não se lembra direito como tocá-los, pois faz um bom tempo que não tem esse contato.

A autora no diz que M. sempre toca o pau-de-chuva, apenas marcando o ritmo e sempre traz as músicas Pavão Misterioso e O Vira de Ney Matogrosso. A autora comenta, também, que M. sempre traz músicas relativas à família com letras que envolvam pais e filhos.

Nas sessões de Musicoterapia a Musicoterapeuta tenta dar ênfase ao lado lúdico, colocando músicas de forma receptiva e solicitando aos pacientes que desenhem, ou façam algum trabalho com argila e materiais artísticos, com o intuito de externalizar os sentimentos e emoções dos pacientes.

Nestas sessões, cita a autora que M. é bem produtivo, conseguindo expressar alguns de seus anseios.



A autora comenta que em uma sessão M. faz um desenho e comenta que representa quando ele saiu de casa deixando seus pais sozinhos. Porém não relata isso de forma ruim, diz que isso foi o melhor, pois o casal ficou mais unido com a saída do filho de casa, que não ficaram tristes, pois a união deles fazia com que a dor ficasse menor.

### **3.1.4.3 Caso B.**

B. é do sexo masculino e transexual com 23 anos de idade, contraiu o vírus do HIV através de programas que fazia para se sustentar desde os 14 anos de idade.

Segundo a autora, B. possui facilidade em tocar instrumentos e uma tonalidade afinada, mas nunca teve um contato íntimo com música. Seu estilo musical é música lenta e gosta muito de músicas evangélicas. O paciente lembra constantemente de sua infância e que tem saudade dela, ia com sua mãe na igreja evangélica, mas teve que deixar tudo pra trás por conta de sua opção sexual.

A autora comenta que B. era o mais novo paciente da instituição e que não tinha muita intimidade com o grupo e nem com os profissionais da casa. Não era muito de falar, pois era muito tímido, quando lhe era perguntado sobre a sessão de Musicoterapia, apenas dizia que gostava de estar ali com o grupo cantando e que era muito bom participar disto.

Como nos outros casos anteriormente comentados, as atividades eram lúdicas, com arte e desenhos inclusos nestas. A autora coloca que eram utilizadas músicas infantis como músicas receptivas e posteriormente externalizariam em forma artística. B. era o paciente que mais se mostrava interessado em fazer as atividades e expressar o que estava sentindo no momento.

A autora também comenta que em conversa formal com B. o mesmo disse que essas sessões o levavam para sua infância, uma época em sua vida que não gostaria de esquecer jamais e até queria vivê-la novamente.

Conforme vimos no caso de A. a Musicoterapeuta ficou um período fora da instituição, decorrente das festividades do final de ano.

Como acontecerá com A., B. também estava muito debilitado na data do retorno das sessões de Musicoterapia, pois além do vírus do HIV, tinha convulsões epiléticas e como os remédios para esse problema o deixava com muito sono, não poderia participar das sessões.

A autora comenta que tentou mudar os horários das sessões para que B. participasse, pois era uma peça fundamental para o grupo. Porém não foi possível atender esse pedido, pois tinham horários a cumprir que não poderiam ser desfeitos. Algumas semanas depois, B. estava na sala esperando para o atendimento em Musicoterapia, pois já havia se recuperado e disse que os atendimentos eram muito importantes para ele, portanto iria fazer de tudo para participar e não iria se entregar a doença.

A autora cita um relato importante que B. trouxe no final de uma das sessões – “a vida é bela e graças à música tenho vontade de cantar, dançar e ficar cada vez melhor.”

### **Conclusões da Autora**

Moraes nos coloca a importância que os atendimentos de Musicoterapia têm para os pacientes, pois conforme ela mesma nos relata, é possível verificar uma melhora significativa em questões emocionais e sociais destes pacientes, quanto para a Musicoterapia, que em meio às áreas de atuação da saúde, ainda é pequena.

Reconhece ainda que alguns anos atrás a preocupação com o paciente HIV positivo era prepará-lo para a morte, e que hoje é possível fazer com que esses pacientes vivam bem com sigo mesmo e em convívio com os outros pacientes e a sociedade em geral.

### **Considerações sobre o estudo**

Com os relatos dos atendimentos que vimos acima, pensamos que a duração seria de 1 hora à 1 hora e meia por sessão.

Podemos pensar que Moraes se utiliza de uma Abordagem Humanista quando nos fala “[...] *A Musicoterapia é utilizada em conjunto com a teoria de Maslow, é um meio onde o paciente pode desenvolver e explorar o seu próprio potencial*”. Quando a autora cita Abraham Maslow pensamos que a mesma refere-se a sua teoria de que o conhecimento intrínseco vem de dentro da pessoa e consiste em aprender a ser um ser humano.

Além deste teórico da “terceira força” da psicologia, Moraes também teve como fundamentação teórica Carl Rogers e Frederick Perls, sendo estes os principais teóricos desta abordagem.

Moraes também nos deixa claro que sua forma de atuação para os atendimentos foram baseados em Kenneth Bruscia, nestes contendo os

métodos de Improvisação, Re-Criação, Composição e ainda Musicoterapia Receptiva. Também foram utilizados instrumentos musicais do estilo melódico e percussivo.

Em minha opinião, os atendimentos de Musicoterapia foram de grande relevância para melhor desempenho social, emocional e psicológico para os pacientes, pois estes atendimentos auxiliaram os mesmos a retomarem suas vidas e aceitar a doença que os atrapalhavam.

Acredito que a Musicoterapia tenha auxiliado muito nas questões de autoconhecimento, auto-expressão e aumento relevante do sistema emocional, conforme Moraes ressalta era um dos objetivos a serem alcançados através da Musicoterapia.

Podemos pensar, então, que se deve trabalhar realmente de forma lúdica e através de expressões corporais externalizando os sentimentos e emoções com isso além de o próprio paciente se contagiar com essa alegria, também se pode passar esses sentimentos bons para os outros de seu convívio

Porém acredito que deveriam ser feitas mais sessões relacionadas com a família e como eles vêem essa estrutura, pois seriam dados importantes para o andamento da Musicoterapia com relação aos pacientes, isso poderia ser feito através do lúdico mesmo, como enfatiza Moraes, também com improvisações e composições referente à família.

Acredito que Moraes junto com a Musicoterapeuta fez um grade trabalho com os pacientes em questão, auxiliando a externalizar seus sentimentos e emoções e também auxiliando no convívio com o grupo.

Podemos pensar também que a Musicoterapia foi e é de suma importância para os pacientes HIV+, trazendo assim mais alegria e vontade viver para esses pacientes.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos notar que HIV não é mais uma incógnita para nossa sociedade, que não temos mais pessoas padecendo desse vírus, tudo isso por conta dos estudos medicinais e também a terapias complementares e alternativas com esses pacientes.

Este trabalho de Revisão Bibliográfica realmente me fez pensar de que forma nossa vidas são importantes para nós e para os que convivem em nosso meio.

Acredito que isto seja apenas uma pequena parcela do que podemos alcançar com Musicoterapia e esse tipo de paciente. Podemos fazer, ainda, muito mais nesta área nos unindo a outros profissionais da área da saúde, conforme vimos no trabalho de Nícia Maracajá do Rego Barros Domingues – Musicoterapia em ADIS Pediátrica. Como podemos ver e concluir, os atendimentos são bem recebidos pela equipe de saúde e o mais importante pelos pacientes envolvidos.

A Musicoterapia vai auxiliar esses pacientes a não perderem a vontade de viver e lutar contra essa doença e também auxiliar estes a conviverem em sociedade, não deixando para trás suas vidas, suas emoções e sentimentos contidos na construção desse ser.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro, sd site: [http://www.amtrj.com.br/IV\\_forum5.shtml](http://www.amtrj.com.br/IV_forum5.shtml), acesso em Maio de 2008.

BARROS, MARIN. **Cuidados Domiciliares ao Paciente com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Revista Acta Paulista de Enfermagem específicos em a AIDS.** São Paulo: Editora EPU, 1989.

BARTLLET, John G. e GALLANT, Joel E. **Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV.** São Paulo: Editora Abbott, 2003.

BENZON, Rolando O. **Manual de Musicoterapia,** São Paulo: Editora Enelivros, 1985

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia.** Rio de Janeiro: Editora Enelivros, 2000.

CARVALHO, João Alberto. **O Amor que Rouba os Sonhos – Um estudo sobre a exposição feminina ao HIV.** São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2003.

CHAITOW, Leon e MARTIN, Simon. **Um mundo sem AIDS – Um revolucionário plano holístico de Saúde e Terapia.** Rio de Janeiro: Editora Ground, 1998.

DHUNDAKEM K. & HUBARD, P. **Homecare for the Aids patient.** 1986.

FLASKERUD, J. H. **Psychosocial Aspects. Journal of Psychosocial Nursing,** 1987

Folha Online – BBC Brasil. s/d site [www.folha.uol.com.br/folha/bbc](http://www.folha.uol.com.br/folha/bbc), acesso em Agosto de 2008.



MARIN, PAIVA E BARROS. **AIDS e Enfermagem Obstétrica**. São Paulo: Editora EPU, 1991.

Ministério da saúde, s/d site: [www.aids.gov.br/](http://www.aids.gov.br/), acesso em Abril 2008.

PLUCIENIK, T. I. **Distúrbios Psicológicos Associados à AIDS**. São Paulo, 1988.

**Revista Brasileira de Musicoterapia**, Ano IV – Número 5, 2001.

RUDD, Even, **Caminhos da Musicoterapia**. São Paulo: Editora Summuns, 1990.

RUDD, Even. **Música e Saúde**. São Paulo: Editora Summuns, 1991.

#### **MONOGRAFIAS ANALIZADAS**

LOPES, Elisângela de Almeida Moraes, São Paulo, 2004, **Musicoterapia com Pacientes HIV+, Uma Experiência na Casa de Apoio Brenda Lee**.