

FACULDADE PAULISTA DE ARTES
CURSO DE MUSICOTERAPIA

MUSICOTERAPIA EM ONCOLOGIA:
“TENHO UM PACIENTE COM CÂNCER. E AGORA?”

DIÓGENES GUERINI UTRABO

São Paulo
2007

FACULDADE PAULISTA DE ARTES
CURSO DE MUSICOTERAPIA

MUSICOTERAPIA EM ONCOLOGIA:
“TENHO UM PACIENTE COM CÂNCER, E AGORA?”

DIÓGENES GUERINI UTRABO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção de título de Graduação do Curso de Musicoterapia, da Faculdade Paulista de Artes, sob a orientação da Prof^ª. Silvia Cristina Rosas e co-orientação da Prof^ª Cristiane Amorosino.

São Paulo

2007

Biblioteca José Carlos de Figueiredo Ferraz

U92m


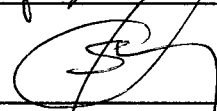

UTRABO, Diógenes Guerini

Musicoterapia em Oncologia: Tenho um paciente com câncer. E agora?. Orientação da Professora Cristiane Amorosino e da Professora Silvia Rosas. São Paulo: Faculdade Paulista de Artes, 2007.

1. Musicoterapia. 2. Paciente oncológico. 3. Câncer.

CDD 615.85

BANCA EXAMINADORA

Nota: 10,0 (Dez)

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho
a minha querida e amada
avó Lourdes (in memorium)*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela força, coragem. Saúde e sabedoria que me foi concebida durante esta jornada.

Agradeço também à Prof^a. Silvia Rosas, pelo apoio, paciência e por tudo o que me ensinou durante estes anos; e, à minha co-orientadora Prof^a Cristiane Amorosino, pelo apoio dado à minha monografia e estágios, além de seus ensinamentos.

Não posso deixar de agradecer à querida Prof^a Lílían Coelho, por tudo, pelas vivências, ensinamentos, pela paciência, por me ouvir, por me escutar, por entender meu silêncio, e pela força e base de minha formação acadêmica.

Deixo aqui meus agradecimentos à Erci, excelente musicoterapeuta, que me deu força, me fez parar para pensar, me ensinou a parar e olhar à partir de outras ópticas para então fazer algo.

Agradeço também aos profissionais que gentilmente cederam suas monografias para que eu pudesse analisá-las e incluí-las em meu trabalho. Obrigado Nelson Barreto, Kamila Fernandes, Deise Ferreira, Lizandra Gonçalves, Erci Inokuchi, Patrícia Oliveira e Fernanda Ortins Silva.

Agradeço a minha mãe, Regina Célia, pela batalha destes 4 anos, também pelo apoio e força; à meu pai, Donizete, pelo esforço e apoio, e à meu querido irmão, Rogério, pelo esforço, apoio e pela força.

Agradeço à minha Carol Baldin, por tudo, pelo apoio nas horas difíceis, pelo companheirismo de todos estes anos, pelas ajudas, ‘empurrões’ e pelas horas felizes desta pequena jornada, e que toda esta felicidade e amor sejam eternos, o que temos certeza de ser.

E, por último, mas não menos importante, agradeço aos meus amigos de sala, por tudo, pelas risadas, pelos estudos, pelo crescimento, evolução, paciência, amizade e irmandade.

RESUMO

O presente trabalho investiga o uso da Musicoterapia em Oncologia, tendo como objetivo principal apontar ao leitor “o que é a doença oncológica” e “quem é o paciente oncológico”, o desenvolvimento do câncer no indivíduo, seus aspectos orgânicos e psicológicos, os tratamentos médicos, etc. Discute, também, Musicoterapia: os fatos históricos da utilização da música para promover saúde e suas definições. Através de uma revisão bibliográfica de trabalhos que apresentam o processo musicoterapêutico com pacientes oncológicos, a fim de quebrar alguns estigmas e esclarecendo sobre a real condição deste paciente. O trabalho apresenta que traçando bons objetivos e utilizando as técnicas corretas os resultados têm alta probabilidade de serem positivos.

Palavras-Chave: Musicoterapia, Oncologia, Câncer, Paciente Oncológico.

ABSTRACT

The present work investigates the use of the Music therapy in Oncology, having as objective main to point the reader “what it is the oncologic illness” and “who is the oncologic patient”, the development of the cancer in the organic and psychological individual, its aspects, the medical treatments, etc. It argues, also, Music therapy: the historical facts of the use of music to promote health and its definitions. Through a bibliographical revision of works that present the music therapeutical process with oncologic patients, in order to break some stigmata and being clarified on the real condition of this patient. The work presents that tracing good objectives and using the correct techniques the results have high probability to be positive.

Keywords: Music therapy, Oncology, Cancer, Oncologic Patient.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 ONCOLOGIA	10
1.1 Câncer	10
1.1.1 Nomenclatura	11
1.1.2 Etiologia	12
1.1.3 Aspectos Orgânicos	13
1.1.4 Tratamentos Médicos	15
1.1.5 Aspectos Psicológicos	16
A – Depressão	16
B – Ansiedade	19
1.2 Tenho um Paciente com Câncer. E agora?	21
2 MUSICOTERAPIA	22
2.1 Definições	23
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	30
3.1 Trabalho I	31
3.2 Trabalho II	36
3.3 Trabalho III	40
3.4 Trabalho IV	45
3.5 Trabalho V	49
3.6 Trabalho VI	58
3.7 Trabalho VII	62
DISCUSSÃO	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem o intuito de ampliar os horizontes da musicoterapia, possibilitando trabalhar com o paciente oncológico com uma fundamentação teórica segura, para que o tratamento seja norteado e tenha sucesso.

Seu desenvolvimento se dá mostrando como a musicoterapia pode atuar nas diversas áreas da oncologia, tais como as partes: física, emocional, espiritual, autoconhecimento, etc.

A musicoterapia ajuda o paciente oncológico de forma não medicamentosa, sendo assim um processo não invasivo, lembrando que a musicoterapia não substitui o tratamento convencional, apenas complementa-o visando à qualidade de vida do paciente.

O subtítulo “*Tenho um Paciente com Câncer. E Agora?*”, partiu do livro “*Tenho Câncer. E Agora? - Enfrentando o Câncer Sem Medos ou Fantasias*”, da Associação Brasileira do Câncer¹. Este livro mostra ao paciente oncológico o que é o câncer, quais são seus deveres e direitos, formas de tratamento, entre outros assuntos. Partindo desta idéia, esta monografia foi idealizada a fim de expor ao leitor “*o que é*” e “*quem é*” o paciente oncológico, ou seja, o que é ter um paciente oncológico.

Com o intuito de expor ao leitor a Musicoterapia em Oncologia, o seguinte trabalho apresenta o que é o Câncer; os efeitos colaterais da doença sobre o paciente; seus tratamentos convencionais; o que é Musicoterapia; fatos históricos da utilização da música para a promoção da qualidade de vida; suas definições; o que é saúde; Revisão Bibliográfica de trabalhos científicos.

¹ A Associação Brasileira do Câncer é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), sem fins lucrativos, inteiramente mantida por doações e patrocínios corporativos. Parceira da American Cancer Society, a entidade tem o papel de educar a população a respeito da prevenção e detecção precoce do câncer, diminuir o sofrimento dos portadores da doença, bem como de seus familiares, cuidadores, amigos e profissionais de saúde e o de conscientizar os legisladores sobre a importância de disponibilizar os melhores cuidados no combate ao câncer.

1 ONCOLOGIA

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa Aurélio, oncologia compreende o estudo dos tumores em todos os seus aspectos (causas, estrutura, tratamento etc.) e também pode ser chamada de Cancerologia.

Designa-se Tumor:

“1. *Patol.* Qualquer aumento de volume desenvolvido em qualquer parte do corpo. 2. *Patol. Restr.* Massa constituída pela multiplicação de células de tecido (5), sem a estrutura dos processos inflamatórios ou parasitários conhecidos. Pode ser maligno ou benigno, conforme apresente ou não tendência a estender-se, a produzir metástase(s) ou a recidivar após ablação”. (AURÉLIO, 2004).

Quando células normais são danificadas ou necrosadas um mecanismo chamado apoptose as eliminam. As células cancerígenas alteram o gene BAX impedindo a apoptose e continuam a se multiplicar desordenadamente (WIKIPÉDIA, 13/mar/2007).

1.1 Câncer

É considerado Neoplasia Maligna, ou Câncer (como é mais conhecida), toda doença onde um ou mais determinados conjuntos de células se multiplicam de maneira desordenada e descontrolada (maligno), invadindo os tecidos próximos e/ou distantes (metástase). Ou seja, só pode ser considerado Câncer o tumor maligno (BARSA, 1999; WIKIPÉDIA, 2007; INCA, 1996).

Os tumores benignos não são considerados câncer por constituírem-se de uma massa localizada de células que se assemelham ao seu tecido original, se multiplicam vagarosamente e raramente constituem um risco de vida (BARSA, 1999).

Denomina-se carcinogênese o mecanismo que leva uma célula saudável a se transformar em cancerosa. A carcinogênese pode ocorrer por diversos fatores. Entre eles estão os fatores internos, externos e a inter-relação entre o interno e o externo. O fator interno refere-se tanto à hereditariedade quanto à capacidade do organismo de se defender de agressões externas. Já os fatores externos referem-se ao meio-ambiente e aos hábitos e costumes de um ambiente social e cultural. Entre 80% e 90%, de todos os casos de câncer,

estão associados a fatores externos, tais como o tabagismo, a exposição excessiva ao sol e alguns vírus que podem causar Leucemia. A intensidade e duração da exposição das células saudáveis aos carcinógenos (agentes/substâncias causadores do câncer) é que estimulam ou não o surgimento do câncer (BARSA, 1999; WIKIPÉDIA, 2007).

A evolução do quadro clínico, desde a formação da primeira célula cancerosa até a ocorrência da metástase, costuma ser lenta, dependendo da área afetada e do tratamento coadjuvante (BARSA, 1999; WIKIPÉDIA, 2007).

1.1.1 Nomenclatura

A palavra *Neoplasia* é de origem grega e refere-se a *Novo Crescimento*. Dentro da literatura médica da Grécia Antiga, várias referências a tumores foram encontradas. A criação dos termos *karkinos* (para as úlceras neoplásicas não-cicatrizantes) e *karkinōma* (para os tumores malignos sólidos) são de Hipócrates, conhecido como o “pai da medicina”. Ambos derivam-se da palavra *karkinos* (caranguejo, em grego). As razões da escolha desse termo por Hipócrates são desconhecidas (WIKIPÉDIA, 2007).

A classificação do câncer é dada de acordo com o tipo de célula de origem e a morfologia microscópica.

Tumores de células do mesênquima² são sarcomas, e tendem a metastizar pelo sangue:

- Lipossarcoma - morfologia semelhante aos adipócitos (células adiposas);
- Fibrossarcoma - semelhante a fibrócitos (Fibroblasto maduro);
- Rabdomiossarcoma - músculo esquelético;
- Leiomiossarcoma - músculo liso.

Tumores de células epiteliais³ são carcinomas:

- Adenocarcinomas - têm morfologia glandular;

² Tecido embrionário derivado da mesoderme. Durante suas fases de transformação, o mesoderma origina uma espécie de tecido conjuntivo primitivo chamado mesênquima. A partir do mesênquima, passam a se formar todos os tecidos conjuntivos (conectivo, adiposo, cartilaginoso, ósseo e hematopoiético), bem como os tecidos musculares. A **mesoderme** consiste num folheto embrionário, situado entre a endoderme e a ectoderme. A partir da mesoderme, por multiplicação e diferenciação celular, originam-se, por exemplo, o esqueleto, os músculos, e os sistemas circulatório, excretor e reprodutor. Este folheto dá origem aos sistemas nervoso central, muscular, circulatório, às glândulas endócrinas e às gônadas. (WIKIPÉDIA, 2006)

³ Um **epitélio** é uma camada celular que cobre todas as superfícies internas e externas do corpo. Os epitélios são caracterizados por serem constituídos de células com formas e disposição variáveis, sem substância intercelular nem vasos.

- Carcinomas epidermóides (ou de células escamosas) - são constituídos de células semelhantes às da pele, com queratina;

- Carcinoma hepatocelular - carcinoma de células renais.

Linfomas e leucemias são tumores das células do sangue e linfa, as quais têm origem na medula óssea. Se a maioria das células neoplásicas se concentra em órgãos linfóides são linfomas, se estão na medula óssea são leucemias.

Há os tumores de células germinativas como teratoma seminoma e outros (tumores do ovário e tumores do testículo); de células neuroendócrinas, os tumores carcinóides (tumor bem limitado, de cor amarela, que ocorre principalmente em órgãos do tubo digestivo); e os de células dos endotélios: hemangiossarcomas (vasos sanguíneos), linfangiossarcomas (vasos linfáticos), colangiossarcomas (vasos biliares) (WIKIPÉDIA, 2007).

1.1.2 Etiologia

Ainda não se tem definida a etiologia do câncer. O que há, atualmente, são teorias a respeito. Sabe-se, porém, que a Neoplasia Maligna é causada por mutações do DNA (ADN - ácido desoxirribonucléico), pode ser hereditária ou adquirida e atinge pessoas de qualquer idade, sexo, raça ou cultura. Não há possibilidades de transmissão entre indivíduos. Qualquer célula maligna que adentrasse em outro corpo seria destruída pelo Sistema Imunológico desse organismo.

Há diversos tipos de neoplasias e elas não apresentam a mesma etiologia. Entre os agentes cancerígenos (capazes de produzir câncer), os mais importantes são:

- Físicos: traumas e fraturas, radiações ionizantes (Raios X, Alfa, Beta e Gama) e ultravioletas, poluição atmosférica (benzopireno), radiação solar;

- Virais e Hormonais: alguns vírus da família Herpes, ciclo estrógeno-progesterônico presente (antes da menopausa), testosterona, mudança do código imunológico, papilomavirus, HTLV-1, vírus das hepatites B e C, entre outros;

- Químicos: alcatrão da hulha e tabaco (presentes no cigarro), alcoolismo, medicamentos, hábitos alimentares, arilaminas (corante industrial), aflatoxina (presente em comidas bolorentas);

- Hereditários: predisposição e condições imunológicas de cada organismo (sistema imunológico com defeito ou não);

- Imunológicos: o câncer não é combatido por este sistema por considerar uma auto-agressão.
- Doenças Pré-Cancerosas: gastrite atrófica, úlceras, polipose gástrica e intestinal, pancreatite crônica, cirrose (BARSA, 1999; CAPONERO et al., 2004).

1.1.3 Aspectos Orgânicos

A Dor é um sintoma comum em pacientes oncológicos. Este sinal de alerta, muitas vezes, possibilita o diagnóstico da ocorrência ou da progressão da doença. De acordo com Caponero et al. (2004), *“As síndromes álgicas que se manifestam nos doentes oncológicos são geralmente mais incapacitantes do que as que se manifestam em outras condições”* e *“A ocorrência de dor varia de acordo com o órgão que sedia o tumor primário e a natureza da neoplasia”*.

O sofrimento causado pela dor não tratada adequadamente de pacientes portadores de câncer é considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), um problema de Saúde Pública.

Camargo afirma que segundo a OMS, cerca de 50% dos futuros pacientes oncológicos evoluirão para o quadro fora da possibilidade de cura.

A Medicina Paliativa, utilizando-se de técnicas, pode manter a qualidade de (sobre)vida destes pacientes em níveis satisfatórios, mesmo em fase terminal, por não ter em vista a mudança da história natural da doença em si, mas suas complicações, intercorrências e sintomas desconfortantes que passam a existir no transcorrer de sua evolução. Seu objetivo principal é proporcionar o máximo de conforto possível enfatizando o controle adequado de sintomas e os aspectos emocionais, espirituais, sociais e familiares do paciente.

Paliativo (do latim *palliatus*) compreende tudo o que alivia, que mascara, que mitiga, suaviza, mas não cura. Esta é a definição mais aceita no meio clínico.

A OMS normatiza a carga de cuidados paliativos da seguinte maneira:

- Paciente em fase de tratamento curativo: Recebe pouquíssimo ou nenhum cuidado paliativo;
- Paciente em evolução para fase avançada: fazem-se outras tentativas terapêuticas oncológicas e os cuidados paliativos são intensificados.

Segundo Camargo⁴ (2003), *"Essa evolução é muito importante e deve ser progressiva para manter o máximo de qualidade de vida desse paciente em todos os estágios da doença"*.

A dor é mais freqüente quando a neoplasia (qualquer tumor, benigno ou maligno) localiza-se em áreas muito inervadas (região cervicocefálica e pelvipérineal, por exemplo) e tem sua intensidade aumentada nos pacientes deprimidos ou com pouco conhecimento sobre dor e analgesia.

Mesmo em países evoluídos socioculturalmente, os tratamentos da dor oncológica não são adequados. Há resistência a medidas antiálgicas por questões culturais, familiares, por desconhecimento e até mesmo pela falta de profissionais adequados na área de analgesia e cuidados paliativos.

A interpretação da dor não implica somente na transmissão de informações nociceptivas (do mecanismo de percepção de danos teciduais, mecânicos, térmicos ou químicos) às Unidades Neurais Sensitivas no Sistema Nervoso Central. Existe uma interação de estruturas no processamento destas informações, entre elas estão os centros responsáveis pela cognição e comportamento psíquico. Sentir dor depende da interpretação dos aspectos físico-químicos do estímulo nocivo, e a interpretação depende do alerta, humor, afeto, significado simbólico e aspectos culturais do sujeito.

Caponero et al. (2004), afirmam que

“O sofrimento dos doentes oncológicos resulta da interação das percepções sensitivas aversivas com as consequências da presença, progressão ou evolução da neoplasia e os processos neuropsicológicos negativos decorrentes das condições clínicas e de suas perspectivas.”

A dor no paciente oncológico pode estar relacionada, direta ou indiretamente, com o tumor primário e suas metástases, iatrogenias pelas intervenções terapêuticas e/ou dos procedimentos de investigação, ou não relacionada à doença oncológica. Além disso, pode ser localizada ou generalizada, superficial ou profunda, de origem visceral, somática, neuropática ou psicogênica, local ou referida (CAPONERO et al., 2004).

⁴ Dr. Antonio Carlos de Camargo A. Filho, chefe do Centro de Terapia da Dor e Medicina Paliativa do Hospital Amaral Carvalho, de Jaú, São Paulo.

Foley et al. (1982, apud CAPONERO et al., 2004) afirmam que *“a dor é resultante do câncer em 62% a 78% dos casos, é decorrente do tratamento em 19% a 28% e não é relacionada à neoplasia em 3% a 10%”*.

1.1.4 Tratamentos Médicos

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 1996),

“O tratamento do câncer requer uma estrutura médico-hospitalar e recursos humanos qualificados, integrando equipes multiprofissionais. O tratamento propriamente dito do câncer pode ser feito pela cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, utilizadas de forma isolada ou combinada, dependendo do tipo celular do órgão de origem e do grau de invasão do tumor.”

A cirurgia só pode ser realizada dependendo da fase em que se encontra a doença, se a massa for bem delimitada e minimamente invasiva, não esteja em órgãos vitais que não podem ser cortados ou não esteja espalhada pelo corpo. (WIKIPÉDIA, 2007)

No tratamento quimioterápico, são administrados drogas, hormônios e antitumorais que interferem com a síntese do DNA e matam as células em divisão. Este tratamento não mata somente as células cancerígenas que estão se multiplicando, mas todas as células (sãs ou não) que estejam se multiplicando; com isto, surgem os efeitos secundários como: diarreia, náusea e vômitos por causa da mucosa gastrointestinal, a queda de cabelos (alopecia) pelos folículos pilosos entre outros.

As células cancerosas têm déficit de proteínas reparadoras do DNA e, com isto, ficam mais vulneráveis a doses de radiação de alta energia (Raios X e Gama). A Radioterapia então, através de doses de radiação atacam mais as células cancerosas do que as células normais, porém, além dos efeitos secundários semelhantes aos da quimioterapia, há também, mesmo que pequeno, o risco de desenvolvimento de novos tumores (CAPONERO et al., 2004).

Alguns fármacos específicos diminuem a atividade de algumas proteínas cuja alta atividade é importante na proliferação de alguns tipos de tumor. A Leucemia Mielóide Crônica é curável através da administração desses fármacos (WIKIPÉDIA, 2007).

1.1.5 Aspectos Psicológicos

Teixeira (1984, apud Caponero et al, 2004), afirma que *“a percepção dos estímulos nociceptivos pode ser modificada pelo alerta e estado psíquico dos doentes”*. Com isto, os pacientes oncológicos podem vir a apresentar vários sintomas de origem psicológica, sendo mais comum: a depressão e a ansiedade.

A – Depressão

Para Ballone (2002),

“As pessoas que recebem um diagnóstico de câncer, passam por vários níveis de estresse e angústia emocional. O medo da morte, a interrupção de planos futuros, as mudanças físicas e psíquicas, as mudanças do papel social e do estilo de vida, bem como as preocupações financeiras e legais são assuntos importantes para qualquer pessoa com câncer. Entretanto, nem todas as pessoas com diagnóstico de câncer sofrem uma depressão grave”.

Algumas afirmações nos põem a pensar a respeito da presença da depressão em pacientes oncológicos, vejamos duas delas:

1. *“Pacientes de câncer apresentam uma incidência de depressão maior do que a população geral”* (WELLISCH, 2002, apud CARVALHO, 2004).

2. *“Pacientes terminais também apresentam uma alta incidência de depressão e a despeito deste fato somente 3% destes pacientes recebem tratamento medicamentoso”* (GOLDBERG, et al., 1985, apud CARVALHO, 2004,).

Para diagnosticar Depressão em pacientes oncológicos são adotados os critérios indicados no DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – 4ª Edição). Porém, quando se trata destes pacientes nem todos os critérios sugeridos pelo DSM-IV são apropriados.

Deve ser observada a possibilidade do paciente oncológico, mesmo em fase terminal, apresentar Distímia e Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido.

Carvalho (2004) afirma que

“O diagnóstico de Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido é um diagnóstico controverso em Cuidados Paliativos, já que requer uma avaliação mais subjetiva do que é normal. Se este conceito for aplicado de forma descuidada pode superpsicologizar o paciente, estigmatizando-o”.

O mesmo autor também descreve, em seu trabalho, que alguns fatores de risco como: gênero, idade, história anterior de depressão, apoio social, condição funcional, dor, fatores relacionados à doença, fatores relacionados aos tratamentos e aspectos existenciais devem ser considerados, analisados e avaliados como causadores para a depressão em pacientes terminais.

“A depressão pode ser um processo crônico pontuado por remissões episódicas. Pacientes de câncer que apresentam depressões frequentes têm maior possibilidade de terem tido episódios depressivos na juventude. Doenças como o câncer funcionam como um estressor maior.” (CARVALHO, 2004).

Há a necessidade de elucidar ainda que a fragilidade de uma Rede Social de Apoio é um fator que pode atuar como facilitador no processo de instalação de depressão ou seu agravamento.

Hoje, sabe-se que o Apoio Social é um elemento modulador de estresse importante. E que *“a experiência de suporte social parece ter importância no processo de ajuste psicológico em pacientes portadores de doenças graves”*. (Idem).

Existe paciente que não expõe ou divide seus sentimentos e emoções, principalmente por não querer ser um peso para a família, o que acaba aumentando o isolamento e a depressão. Dentre estes pacientes, os homens, geralmente, apresentam maior isolamento social do que as mulheres, além de preocupação com inabilidade para o trabalho; e os pacientes com doença mais avançada apresentam índices mais altos de isolamento social, comparados a pacientes com doença mais localizada (CARVALHO, 2004).

O autor lembra ainda que *“há também que se considerar que o estigma ligado ao câncer faz com que muitas pessoas se afastem dos pacientes de câncer, contribuindo assim para o isolamento social”*.

Este dado é importante, pois, os cuidadores, terapeutas, médicos etc., também fazem parte dessa sociedade que estigmatiza o paciente oncológico; o profissional

deve estar ciente disto para que possa pôr de lado o preconceito e dar suporte ao paciente, caso contrário isto pode interferir no tratamento e/ou contribuir para o isolamento social, o que pode gerar/aumentar a depressão e agravar o câncer.

Também associada à depressão está a condição funcional do paciente. Ainda em seu trabalho, Carvalho (2004) afirma que *“a piora do estado físico pode desencadear depressão”*.

A dor, como já visto anteriormente, é bastante comum em pacientes oncológicos, e para se diagnosticar a depressão é sempre recomendável que a dor seja removida antes de se firmar este tipo de diagnóstico.

Outro fator relacionado ao câncer que pode auxiliar a depressão nestes pacientes é a localização, em função de deformidades.

Há uma afirmação de Wellisch (2002) que devemos levar em consideração:

“Há ainda que considerar que a depressão parece ser mais incidente em pacientes portadores de tumores cerebrais, numa proporção de três vezes mais do que em outros pacientes com câncer e nove vezes mais do que na população geral”. (apud CARVALHO, 2004)

Os tratamentos do câncer podem, em alguns casos, levar o paciente a apresentar quadro de depressão.

“Alguns quimioterápicos e corticosteróides usados no tratamento de câncer podem desencadear quadros psiquiátricos importantes que exijam diagnóstico adequado e intervenção medicamentosa, mesmo em se tratando de pacientes em fase terminal” (CARVALHO, 2004).

Carvalho (2004) atenta que *“aspectos existenciais têm que ser considerados”*. Temos que ter em mente que *“pacientes que têm consciência do que está ocorrendo nesta fase de suas vidas podem se mostrar deprimidos”*, e para que possamos agir de modo ético *“é importante que possamos estar alertas a estes elementos e adotarmos uma atitude continente”*.

Ballone (2002) cita alguns mitos sobre o câncer; mitos estes que auxiliam a gerar/aumentar a depressão em pacientes oncológicos. Abaixo, podemos conferir alguns deles:

- *“Todas as pessoas com câncer estão deprimidas”;*
 - *“Depressão numa pessoa com câncer é normal”;*
 - *“Tratamentos não ajudam a Depressão no câncer”;*
 - *“Todos com Câncer sofreram uma morte dolorosa”.*
- (BALLONE, 2002).

O Profissional deve assumir o papel de esclarecedor de dúvidas, desmistificando a doença, tanto para o paciente quanto para a família.

B – Ansiedade

Ballone (2002), coloca que

“Na trajetória do câncer, a ansiedade se manifesta precocemente, mesmo durante os diversos momentos do diagnóstico. Depois, continua durante o tratamento e pós-tratamento. E, ao contrário do que possam pensar clínicos menos sensíveis, não se trata de um ‘problema do paciente’ se ele estiver demasiadamente ansioso. Isso porque a ansiedade pode comprometer significativamente o sucesso do tratamento e, conseqüentemente, comprometer o sucesso do médico.”

A partir destas informações podemos afirmar que é possível melhorar substancialmente o tratamento clínico se atendermos às questões emocionais do paciente oncológico.

O grau de ansiedade em pacientes oncológicos é bastante variável e pode aumentar de acordo com a evolução da doença ou conforme a agressividade do tratamento médico (BREITBART, 1995, apud BALLONE, 2002).

“Os investigadores têm descoberto que 44% desses pacientes têm declarado experimentar alguma ansiedade. Deles, 23% experimentam um grau de ansiedade mais significativo” (SCHAG, 1989, apud BALLONE, 2002).

Ballone (2002) afirma que *“a ansiedade, como atitude psico-fisiológica, pode ser parte da adaptação normal da pessoa à sua doença”.*

Ter um paciente oncológico com ansiedade não significa ter um paciente oncológico com mais um ‘problema’, ao contrário, Ballone (2002) afirma que

“Na maioria dos casos, as reações de ansiedade mais intensas são limitadas no tempo (circunstanciais) e acabam sendo até benéficas, no sentido de motivar pacientes e familiares a procurar medidas de alívio, como, por exemplo, obter mais informação sobre os benefícios do tratamento, novas atitudes diante da vida, etc”.

Porém, quando as reações de ansiedade não são circunstanciais ou têm intensidade muito forte podem afetar a adaptação. Esta situação é classificada como Transtornos de Ajustamento, que *“podem comprometer a qualidade de vida e dificultar a capacidade de funcionamento social e emocional do paciente com câncer. Nessa fase a ansiedade requer intervenção terapêutica”* (RAVAZI, 1994, apud BALLONE, 2002).

“Outros transtornos específicos da ansiedade, tais como a Ansiedade Generalizada, a Fobia e o Transtorno do Pânico, podem ser comuns entre estes pacientes e costumam preceder o diagnóstico da doença. O estresse causado por um diagnóstico de câncer e seu tratamento pode precipitar a recaída de um Transtorno de Ansiedade preexistente. Estes transtornos podem incapacitar e dificultar até o tratamento, motivo pelo qual requerem um diagnóstico imediato e um controle eficaz”. (MAGUIRE, 1993, apud BALLONE, 2002).

Esta afirmação mostra que a ansiedade, e seus transtornos, é algo comum em pacientes oncológicos. Estando alerta a isto o profissional pode atuar de modo mais eficaz, para auxiliar o paciente.

Ballone (2002) ainda afirma que

“Os pacientes da oncologia costumam apresentar ansiedade patológica tanto na época do diagnóstico quanto (e principalmente) durante o tratamento. Outros, já possuidores de Transtorno Específico da Ansiedade antes de adoecerem, muito possivelmente terão recorrência do quadro. Os sintomas somáticos da ansiedade podem incluir dispnéia, transpiração, enjôo e palpitações”.

Wilcox (1991, apud. BALLONE, 2002) descreve que *“os tumores localizados em certos locais podem produzir sintomas que se assemelham aos transtornos da ansiedade”.*

Devemos, então, estar atentos à origem da ansiedade, já que esta pode ser gerada por histórico de vida pessoal do paciente, medicamentos, sentimentos e emoções a respeito do diagnóstico e tratamento, apoio familiar, etc.

1.2 Tenho um Paciente com Câncer. E agora?

Acreditamos que quando temos todas as informações básicas sobre o câncer, tanto em seus aspectos orgânicos quanto psicológicos, podemos pensar sobre o paciente oncológico com mais concretude, com mais subsídios e assim podemos traçar objetivos mais palpáveis, mais próximos do paciente oncológico, com menos risco de provocar desconforto ou qualquer ocorrência do gênero, e com a probabilidade maior de sucesso no tratamento musicoterapêutico.

2 MUSICOTERAPIA

Textos sobre os efeitos da música sobre o ser humano podem ser encontrados, de acordo com Alvin (1967, p. 74), desde a história antiga de Israel.

Alvin (1967, p. 75), referindo-se ao texto bíblico ‘I Samuel: 15-23’, cita que,

“Na história de Davi e Saul a música foi empregada para aliviar uma depressão neurótica. Davi era assim um dos primeiros músicos chamados, por sua habilidade musical aplicada a uma pessoa com uma afecção mental”.

Benenzon (1985, p. 11), afirma que *“devemos estabelecer um limite entre os aspectos históricos, onde estão incluídas as lendas, e as claras investigações sobre o efeito da música e do som no ser humano, animais e plantas”*. E, com isto, assegura que o texto bíblico que descreve o emprego da música acima citado por Alvin é um exemplo do aspecto histórico da Musicoterapia.

Benenzon (1985, p. 12), expõe um aspecto científico quando fala sobre o fisiólogo francês *Féré de la Salpêtrière*, que utilizando o Ergógrafo de Mosso⁵ estudou a influência da música na capacidade de trabalho do homem.

Através de pesquisas realizadas nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial é que se começou a sistematizar os métodos utilizados hoje em dia.

A Universidade Estadual de Michigan (*Michigan State University - MSU*) estabeleceu, em 1944, o curso universitário de Musicoterapia, sendo, assim, o primeiro de seu tipo no mundo. (MSU⁶, 2003).

Quanto a Aplicação da Musicoterapia, Maldonado (2006) descreve em seu *site* que a Musicoterapia atua de maneira específica em cada caso; *“a musicoterapia é uma prática clínica que tem o objetivo de ampliar a qualidade de vida, incluindo a prevenção e tratamento paliativo de uma série de dificuldades e deficiências de diversas origens”*. Em alguns casos (mais específicos), a musicoterapia pode auxiliar na habilitação ou reabilitação fazendo uso da música, a sua ferramenta de trabalho.

⁵ Aparelho que avalia a fadiga muscular através do registro da contração máxima de um dos dedos da mão, a ritmo constante. A curva que se obtém chama-se ergograma. (SILVA, 1995).

⁶ *College of Music of Michigan State University*

Com esta “ferramenta de trabalho” – a música, como descreve Maldonado (2006), *“o cliente é trazido para um ambiente sonoro-musical, onde encontra a oportunidade de se desenvolver através de formas de utilização da música (ouvindo, compondo, recriando ou improvisando)”*.

Benenzon (1985, p. 101) lembra-nos que a Musicoterapia apresenta Contra-indicações quando afirma:

“Todo elemento científico, ao ser profanado pelo uso indiscriminado e sem conhecimento, traz implícito um efeito negativo que no sobrevir do tempo pode converter-se num verdadeiro perigo para a saúde do ser humano. A música não está isenta de correr um risco similar”.

O mesmo autor (1985, p. 107) esclarece a Epilepsia Musicogênica quando cita: *“A epilepsia musicogênica é uma das formas mais raras de epilepsia reflexa; (...) A música é o fator-estímulo desencadeante dos ataques (crises)”*. (Parêntese meu).

Os estímulos podem ser músicas ou seus componentes: melodia, ritmo, harmonia, ou até mesmo por timbres, intensidade sonora etc.

Estudos mostram que tal patologia não ocorre em uma única área encefálica, pois, dentre os casos estudados, alguns tinham as crises no lobo temporal, outros na área temporal (alguns do lado direito e outros do lado esquerdo), assim também como nas áreas parietal e pré-central. (BENENZON, 1985, p. 109).

2.1 Definições

Definir Musicoterapia não é algo simples, pois esta se encontra entre duas grandes áreas: Arte e Ciência. Bruscia (2000) afirma que:

“O primeiro grande desafio para a definição de musicoterapia é que ela é transdisciplinar por natureza. Isto é, a musicoterapia não é uma disciplina isolada e singular claramente definida e com fronteiras imutáveis. Ao contrário, ela é uma combinação dinâmica de muitas disciplinas em torno de duas áreas: música e terapia”. (p. 7).

Esta característica da Musicoterapia dificulta a criação de uma definição que abranja todos os seus caminhos e ainda satisfaçam a inteligibilidade de leigos, estudantes e

profissionais da área. Assim, hoje, a musicoterapia possui diversas definições, dentre as quais, a descrita por Bonny (1986, p. 4 apud BRUSCIA, 2000, p. 275):

“Musicoterapia pode ser definida como uma aplicação sistemática da música dirigida por um musicoterapeuta para promover mudanças na saúde física e/ou mental da pessoa. Como tal, seus aspectos funcionais, e não estéticos e de entretenimento, são enfatizados”.

A definição de Bruscia (1991) complementa esta definição, ao afirmar que os efeitos da musicoterapia incluem fatores emocionais, sociais e espirituais.

E ainda, Alvin (1975, p.44 apud BRUSCIA, 2000, p. 273):

“Musicoterapia é a utilização controlada da música no tratamento, reabilitação, educação e treinamento de crianças e adultos sofrendo de distúrbios físicos, mentais ou emocionais”.

Outros profissionais da área da saúde relatam a relação som-ser humano. O psiquiatra Jorge⁷ (1998) afirma:

“O som é a primeira relação com o mundo, desde o ventre materno. Abre canais de comunicação que facilitam o tratamento. Além de atingir os movimentos mais primitivos, a música atua como elemento ordenador, que organiza a pessoa internamente”.

Jorge não fala diretamente sobre a Musicoterapia, mas sobre a relação som ↔ ser-humano ↔ mundo, e em 1939, Mário de Andrade já discutia sobre a potência clínica da música, podemos observar isto quando Andrade cita:

“A terapêutica musical é o contrário da terapêutica de origem física. Se nesta aos doentes insensíveis aumenta-se a dose, na musical aos insensíveis deve-se diminuir a dose, músicas mais fáceis, sem grande complexidade, de mais modestas exigências estéticas. A música é equiparável aos medicamentos que se utilizam, como agentes terapêuticos, dos elementos vibratórios, luz, calor, raios X, e portanto, como se dá com estes e principalmente com a eletricidade, a dosificação tem de a princípio tatear

⁷ Carlos Augusto de Araújo Jorge, diretor da Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula (Funlar), da Secretaria Municipal Desenvolvimento Social do Rio de Janeiro.

terreno e deverá ser estabelecida para cada caso em particular”.⁸ (MÁRIO DE ANDRADE, 1939, p. 50 apud. TOURINHO, 2001).

Através do trabalho lúdico e não verbal, proporcionado pela musicoterapia, surge à possibilidade de abrir canais de comunicação (BENENZON, 1988) que possibilitarão ao paciente expressar seus sentimentos, emoções e aflições que pode ser mais difícil de se expressar em palavras, por exemplo.

A Musicoterapia usa como ferramenta de trabalho a música; esta pode alcançar as emoções e, assim, interferir em comportamentos de uma forma profunda. Em musicoterapia, o uso de canções, por exemplo, oferece apoio e meios para melhora do indivíduo. Existe uma associação inerente de canção com contato humano, uma vez que letras representam comunicação e expressão verbal melódica.

Ao cantar canções, abrimos canais de comunicação (BENENZON, 1988), e também, uma oportunidade para a elaboração de sentimentos relacionados ao processo único de cada indivíduo.

O trabalho musicoterapêutico ativa processos que podem acessar energias bloqueadas, canalizando-as para criatividade, expressão pessoal e elaboração da vivência, além de facilitar o alívio da dor e promover o conforto físico.

De acordo com Ferraz (2005):

“O conteúdo das canções freqüentemente reflete desejos e memórias importantes. O musicoterapeuta pode utilizar as mensagens verbais das canções para explorar pensamentos e sentimentos não ditos de outra forma. Fazer música não é somente uma atividade lúdica, que entretém e educa ao mesmo tempo. Fazer música ativa nossas capacidades internas de transformação, renovação e cura”.

Atualmente, há diversas definições de Musicoterapia, porém, Bruscia (2000) não as descarta, afirmando:

“Cada definição de musicoterapia reflete um ponto de vista muito específico sobre o que é música, sobre o que é terapêutico na música, sobre o que é terapia e como a música se relaciona com ela, e porque as pessoas precisam de música e de terapia para se manterem saudáveis”. (p. 4)

⁸ Como no original

Chagas (2003) descreve:

“A Musicoterapia é fruto do encontro entre saberes ligados à Arte e a Ciência. A princípio, trata-se de unir campos muito diferentes. A música contribui com todo o seu vasto âmbito de conhecimentos: musicologia, a estética, a morfologia, a educação musical, a música popular. A Ciência contribui com seus vários enfoques terapêuticos: a medicina, a psicologia, a neurologia”.

Dentre tantas definições de Musicoterapia, Bruscia (2000) descreve o trabalho musicoterápico, e com isto, acredito que, descreve e define a Musicoterapia de modo abrangente.

“Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança”. (p. 22)

Ou seja, a musicoterapia tem uma finalidade, uma intenção e é fundamentada em conhecimentos, onde uma pessoa com uma formação (com conhecimentos) musicoterápica atua como (musico)terapeuta auxiliando o cliente (aquele que carece de ajuda) a promover saúde, tendo em vista que saúde pode ser a ausência de patologias ou *“um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”* (OMS, 2003), ou ainda *“o processo que visa atingir o potencial máximo de integridade individual e ecológica do sujeito”* (BRUSCIA, 2000), e para isto o musicoterapeuta utiliza-se de experiências musicais, *“aceitando sem julgamento de valor tudo o que o cliente faça musicalmente tendo em vista o objetivo, o valor e o significado da música no processo terapêutico”*, que, com a combinação e interação da música, do cliente e do terapeuta pode resultar inúmero tipos de mudança. (BRUSCIA, 2000, p. 22-25).

Quanto à definição de saúde: Saúde procede do latim *sanitas*, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos. (Sanidade⁹).

⁹ Do lat. *Sanitate*. 1.Qualidade ou estado de são; 2.Salubridade; higiene; 3.Normalidade física ou psíquica. (AURÉLIO, 2006)

A OMS¹⁰ - Organização Mundial de Saúde – (1948) descreve: *“Saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”*.

Sá Junior (2004) afirma:

“A ‘definição’ de saúde adotada pela OMS não é definição vulgar e nem definição científica, pois discorda das exigências contemporâneas referentes à elaboração das definições (científicas ou não); tampouco é uma concepção ampla de saúde, mas apenas uma concepção de saúde humana”.

Em Musicoterapia, a discussão sobre o termo ‘Saúde’ dá-se da seguinte forma:

“Atualmente, existem duas perspectivas filosóficas que divergem quanto ao conceito de saúde: uma possui a visão científica mecanicista, em que a saúde é ausência da doença, tida como perturbação do funcionamento de algum dos subsistemas que compõem o ser humano e a outra é a perspectiva holística da promoção de saúde, na qual, a saúde passa a ser considerada expressão do grau em que um indivíduo é capaz de alcançar um equilíbrio existencial dinâmico”. (BRUSCIA, 2000; TARRIDE, 2002 apud PIMENTEL, 2003, p. 4-5).

Ruud (1991, apud PIMENTEL, 2003 p. 9) cita que

“Precisamos pensar saúde observando o ser humano, não apenas como uma criatura física ou biológica, mas como uma pessoa e um membro da sociedade, um ser biológico e psicológico que é influenciado pelos fatores econômicos e decisões políticas, uma pessoa apta a influenciar essas mesmas decisões políticas”.

E desta forma, Ruud nos mostra nesta citação que sua visão de saúde se dá através de uma óptica holística, tratando o indivíduo como um todo, e não somente como um portador de uma patologia específica ou, como o sendo somente tal patologia.

Pimentel (2003, p. 16-17) ajuda-nos a concluir este pensamento quando afirma que:

¹⁰ Agência especializada em saúde, fundada em 7 de abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas. Sua sede é em Genebra, na Suíça. O Diretor-Geral é, desde 2006, o sueco Anders Nordström.

“A prática Musicoterápica se aplica claramente à promoção de saúde, uma vez que o profissional qualificado obtém recursos e meios para mobilizar as pessoas, levá-las a refletir, incentivá-las e encorajá-las a tomar decisões, aumentar a auto-estima, estimular e incentivar novas habilidades, aumento de capacidade, facilitar a relação social, expressar sentimentos, conhecer e aumentar os limites individuais, propiciar nova forma de ver a vida, encorajá-lo a mudanças, oferecer opções e apoio emocional no enfrentamento dos seus problemas e conflitos”.

Bruscia (2000) em relação a isto discute sobre como a musicoterapia pode promover a saúde, e para isto, o autor adota a definição de saúde do dicionário Webster (1974 apud BRUSCIA, 2000, p. 84): *“Condição em que se está hígido do corpo, da mente e do espírito”*. Com isto, Bruscia afirma que *“Esta afirmação é significativa na medida em que ela implica que a saúde é uma condição holística”*. Lembrando que holístico refere-se ao Holismo que, segundo o dicionário Aurélio (2006), é uma *“Teoria segundo a qual o homem é um todo indivisível, e que não pode ser explicado pelos seus distintos componentes (físico, psicológico ou psíquico), considerados separadamente”*.

Bruscia (2000) descreve que a saúde pode ter uma orientação Patogênica ou uma orientação Salutogênica, onde:

Orientação Patogênica:

“A saúde é um estado de bem-estar ou homeostase que tentamos continuamente manter, mas que é constantemente rompido por enfermidades, doenças, lesões e assim por diante. Nessa orientação, a saúde é um fenômeno dicotômico: ou estamos saudáveis (...) ou estamos sem saúde”. (BRUSCIA, 2000, p. 85).

Orientação Salutogênica:

“A saúde de uma pessoa pode ser descrita ao longo de um *continuum*, dependendo da forma como a pessoa esteja resistindo, combatendo ou enfrentando as contínuas ameaças à saúde. (...) Nessa orientação, a saúde é mais um estado de heterostase do que homeostase, isto é, a saúde existe na presença (e apesar) das constantes ameaças ou fatores estressantes”. (BRUSCIA, 2000, p. 88).

Resumindo, Bruscia aborda a três conclusões fundamentais sobre saúde:

1. **A saúde é holística:** O que ultrapassa o corpo, incluindo a mente e o espírito, e indo além do indivíduo, incluindo a sociedade, a cultura e o meio ambiente em que vive;
2. **A saúde existe ao longo de um *continuum* multidimensional:** que está em mudança constante que permeia entre o salubre e a saúde de diversas maneiras;
3. **A saúde não é algo que possuímos:** pois é um processo ativo e a forma como nos encontramos neste processo.

Dentre tantas definições, Bruscia (2000) descreve a “*Saúde como uma forma de ser*”, onde encara a saúde da seguinte forma: “*a saúde é quem somos ao nos experienciarmos e como modelamos essas experiências*”.(BRUSCIA, 2000, p. 89) o que Ruud (1998, apud BRUSCIA, 2000, p.89) chama de “*qualidade de vida*” ou, mais precisamente, “*qualidade do viver*”. E, dentro deste mesmo tópico, Bruscia cita Aldridge (1996, apud BRUSCIA 2000, p. 89-90), que levou adiante muitas dessas idéias com referência a musicoterapia e foi mais adiante ao apresentar a saúde como uma “*identidade pessoal que criamos através do estilo de vida que escolhemos*”. A partir desta idéia ele afirma e conclui:

“Na modernidade, a saúde não é mais um estado em que não se está doente. Os indivíduos estão escolhendo tornarem-se saudáveis e, em alguns casos, declaram-se adeptos da atividade de estar bem. Essa mudança, da atribuição do status do ‘estar doente’ ao engajamento na atividade de ‘estar bem’, é um reflexo de uma tendência moderna, pela qual os indivíduos tomam para si a definição de si próprios ao invés de deixar que uma identidade seja imposta por outrem ... Enquanto um envolvimento pessoal ativo sempre esteve presente nos cuidados de manutenção e prevenção da saúde ... um novo desenvolvimento parece ser que ‘ser saudável’, ser uma pessoa ‘criativa’, ser uma pessoa ‘musical’ e ser uma pessoa ‘espiritual’ passaram a ser fatores significativos na composição do “estilo de vida” do indivíduo” (ALDRIDGE, 1996, apud BRUSCIA 2000, p. 90)

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Passaremos a apresentar artigos que selecionamos para este estudo, referentes à utilização da Musicoterapia em Oncologia.

Apresentaremos artigos publicados em revista científica, assim como estudos descritos em monografias de conclusão de curso, uma vez que se trata de assunto pouco descrito na bibliografia de Musicoterapia. Os trabalhos serão apresentados em ordem cronológica crescente.

Para a análise dos trabalhos, utilizaremos a seguinte metodologia:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHO:

Título do Trabalho

Tipo de Trabalho

Autor(es)

Orientador(es)

Local

Data

OBJETIVO:

METODOLOGIA:

Sujeitos

Métodos / Técnicas musicoterápicas(êuticas)

Resultados

Conclusão(ões) do(s) Autor(es)

OBSERVAÇÕES:

3.1 Trabalho I

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Título do Trabalho: “A importância da Musicoterapia nos tratamentos Anti-Câncer em Hospitais Infantis”.

Tipo de Trabalho: Monografia de conclusão do curso de graduação em Musicoterapia.

Autora: Patrícia Eleonora de Oliveira

Orientadora: Maristela Smith

Local: Faculdade Marcelo Tupinambá, São Paulo.

Data: 1993

OBJETIVO:

- Exposição pessoal vivida com a musicoterapia no tratamento anticâncer infantil no Hospital São Paulo, Escola Paulista de Medicina, SP.

METODOLOGIA:

Sujeitos:

O trabalho é direcionado ao câncer infantil, pacientes oncológicos pediátricos.

Métodos / Técnicas musicoterápicas(êuticas):

O musicoterapeuta que se dispõe a trabalhar em meio à dinâmica familiar de um paciente oncológico não pode radicalizar suas técnicas. Por mais que seja humanista, precisa abordar técnicas cognitivas ou psicanalistas, e assim por diante. De acordo com a autora, o que não pode é amalgamar determinadas atitudes, em vista do que se apresenta em musicoterapia clínica pura.

A autora segue a linha humanista, apesar de transitar entre a psicanálise e o cognitivismo. Podemos afirmar isto quando aponta que quando pensamos em musicoterapia vinculada à tendência humanista, logo encontramos a maneira ideal de entender o atendimento musicoterápico hospitalar: o homem é visto como homem, em vez de organismo; o homem existe num contexto integrado; o homem pode escolher, a partir de sua experiência. *“Assim, vemos a terapia do relacionamento, como nos trabalhos de Paul Nordoff e Clive Robbins, citado em Ruud (1990). É a maneira ideal de se entender, mas, talvez, não seja a mais fácil de trabalhar”.*

Oliveira aponta que dentro do tratamento musicoterapêutico no hospital, é importantíssimo avaliar as condições de trabalho, dando oportunidades às técnicas cognitivistas ou psicanalíticas. Isso para que se obtenha respostas adequadas, em momentos adequados e que além de tudo, sejam compreendidos e, não somente, “engolidos”; e a partir desta afirmação, exemplifica que no tratamento anticâncer, observa-se a importância do processo catártico como eliminador do estresse (técnica psicanalítica). Depois, utiliza-se música como elemento reforçador positivo (técnica cognitivista). E só então lança-se mão de elementos como visão dos relacionamentos, auto-estima, imaginação, a partir das técnicas humanistas.

O que a autora deixa claro é que o câncer já que é uma doença muito rígida, estigmatizada. A musicoterapia não deve agir como a doença, mas, principalmente, contra ela. E, só depois de internalizarmos estes princípios é que podemos nos dirigir para os momentos diferenciados da musicoterapia dentro do processo de cura de cada paciente.

A partir de seu trabalho prático, a autora afirma que qualquer paciente oncológico pediátrico passa por 3 (três) fases muito distintas, mas ligadas profundamente, dentro do seu processo musicoterapêutico no combate à doença. E estes momentos podem ser observados claramente, independente do tipo de câncer, da idade, do que a doença já trouxe como lesões ou do estágio em que se encontra. No entanto, a única diferença observável é a duração de cada momento, que varia de doente para doente, talvez pelo seu grau de maturidade, ou influências externas ou mesmo dinâmica familiar.

A autora nomeia estas fases de acordo com os resultados observados:

1. FASE RECREATIVA

A autora define: *“Aqui, o paciente aprende musicoterapia como um momento descontraído, como um momento seu, destinado à brincadeira do ‘expressar-se’”*.

E afirma que é importante colocar que, geralmente, nesta fase, o pequeno paciente estimula-se positivamente em tempo integral da musicoterapia. (Obs: É impossível, em qualquer das três fases, com qualquer paciente oncológico, estabelecer um processo musicoterapêutico a longo prazo. Na verdade, a importância se estabelece no momento musicoterapêutico).

E descreve que as sessões são muito agradáveis, tanto para o paciente, quanto para o terapeuta, porque está presente todo o tempo. Muitas vezes, a família pode participar e integrar-se agradavelmente.

2. FASE CATÁRTICA

A autora considera esta a fase menos agradável, porém a mais “útil”. Aqui o paciente, já vinculado ao terapeuta, tem na sessão o momento específico para reagir à sua doença, colocando seus medos, desespero, angústia, agressão para o mundo.

A música como canal de comunicação¹¹ propicia momentos intensos, deixando a criança bem à vontade quanto às suas condições e situação.

Também, em grupo ou individualmente, cria um momento terapêutico muito adequado para entender a rejeição a si mesmo e a auto-agressão.

Muitas das crianças, nesta fase, “explodem” emocionalmente como pequenas bombas, alterando seus comportamentos no momento da sessão, tentando brigar com o mundo; outros choram compulsivamente; e outros gritam e agridem verbalmente. O importante é que se note que não agridem as pessoas determinadas, a doença ou ao momento em que se encontram. Depois, relaxam de tal maneira, chegando a dormir ou sorrir espontaneamente, mesmo que tenham pela frente uma sessão inteira de quimioterapia.

A autora alerta que é necessária muita atenção do terapeuta nesta fase, pois se deve manipular bem as sessões, a fim de canalizar adequadamente as sessões com relaxamento. Nesta fase não se permite a integração familiar, pela intensidade das emoções expostas e para que não ocorra inibição.

É nesta fase que, internamente, as crianças começam a acreditar na música como uma aliada potente, não só como brincadeira, mas como um remédio bem mais prazeroso a ser tomado.

3.FASE ENERGÉTICA

A autora explica que esta fase foi assim nomeada por falta de algo mais específico e expressivo.

Aqui, a música atua diretamente como agente medicamentoso. Diminuem cefaléias, vômitos, náuseas, dores de estômago e, nos casos de quimioterapia, quando as sessões são feitas comunicativamente, diminuem, inclusive, as dores da medicação.

Neste momento, a musicoterapia torna-se passiva, novamente agradável e sempre necessária.

¹¹ Aqui a autora não cita Benenzon

Resultados:

Diminuição de cefaléias, vômitos, náuseas, dores de estômago e, nos casos de quimioterapia, quando as sessões são feitas paralelamente, diminuem, inclusive, as dores da medicação.

Conclusão(ões) do(s) Autor(es):

É a partir do pensamento de Claus Bang, *“a música pode estabelecer contato sem a linguagem, e através da musicoterapia, encontramos um potencial não utilizado em outros meios de comunicação”*, que a autora justifica ou, de acordo com ela mesma, ‘tenta justificar’ a importância da musicoterapia em hospitais de tratamento anticâncer.

E ainda afirma que os pacientes oncológicos, principalmente crianças e adolescentes, já bastantes debilitados, prendem-se em si mesmos, evitando o contato verbal com o mundo, como se esta fosse a única maneira de expressão, esquecendo-se até que o silêncio também é uma forma de expressão; no entanto, a música, ‘poeticamente’, aparece neste ambiente tão doloroso como movimento de integração e prazer.

A autora aponta que não podemos fazer da clínica anticâncer uma “casa de terror”. Sua humanização, colorindo o prédio, organizando livros e brinquedos, respeitando o espaço artesanal das crianças, só pode facilitar a cura e a vontade de continuar o tratamento, tanto para a criança, quanto para os pais e equipe de trabalho.

Deve-se tomar cuidado de não tornar a musicoterapia um “elemento mágico” ou um “último remédio milagroso” a ser tomado.

Se a criança acometida de câncer, pela música, deixa-se abrir a ponto de permitir sua cura, também por ela, é só porque esta música foi um estímulo adequado, manipulado conscientemente em conjunto pelo musicoterapeuta e pela própria criança.

A autora sugere imaginar a música neste tratamento como os pajés indígenas: *“fumaça importante, inebriante, que facilita o serviço dos deuses”* (referindo-se à área médica), como “elemento facilitador” da cura integral.

Não pretende que a musicoterapia tenha um valor sagrado e inabalável, mas é necessário que esteja adequada às realidades como uma possibilidade fantástica de tratamento.

Pode parecer simplista, mas comprova-se com este trabalho que a música é mesmo um canal comunicacional, uma via emocional, com conteúdos próprios, porém muito úteis no combate à dor.

A autora finaliza dizendo que, mesmo sendo diferente da clínica musicoterapêutica convencional, onde instrumentos, sala e vínculo terapêutico são mais aprimorados, esta “musicoterapia hospitalar” oferece condições holísticas para a musicoterapia, não fugindo aos seus objetivos principais e iniciais.

OBSERVAÇÕES:

Este trabalho deixa bastante claro o papel da música no tratamento de pacientes oncológicos e também mostra como ocorre a evolução do câncer no ser humano, conhecimento importante para que o profissional possa definir sua linha de trabalho de maneira mais clara e objetiva, com menos possibilidades de erros.

A autora tenta nos mostrar sua visão de que “A Musicoterapia não é mágica”. Apesar da data do trabalho, muitos profissionais ainda hoje acreditam no poder “mágico” da música e da musicoterapia.

Porém, há alguns pontos em que a autora do trabalho entra em contradição, por exemplo:

- A autora definiu-se como humanista, mas o humanista não se coloca contra a doença;
- Diz que a música atua diretamente como agente medicamentoso, e, somente a vibroacústica¹² pode ser comparada com tratamentos medicamentosos;
- A autora sugere imaginar a música neste tratamento como os pajés indígenas, isto é o sagrado em ação, portanto, sagrado sim.

E analisando hoje este trabalho, devemos lembrar das atualizações terminológicas, pois hoje não é mais utilizado o termo “Musicoterapia passiva”, e sim Musicoterapia Receptiva.

Algumas ocorrências dificultam a leitura e o entendimento do trabalho, o que pode afetar sua credibilidade, como a forma escrita, a digitação e sua formatação, pois o trabalho foi feito todo em *itálico*, o que dificulta o ato da leitura.

¹² Técnica desenvolvida por Tony Wigram. (*Vibro Acoustic therapy*)

3.2 Trabalho II

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Título do Trabalho: “Com palavras não sei dizer: A Musicoterapia em cuidados paliativos”.

Tipo de Trabalho: Monografia de conclusão do curso de graduação em Musicoterapia.

Autora: Lizandra Maia Gonçalves

Orientadora: Marly Chagas

Local: CBM – Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro.

Data: 2001

OBJETIVOS:

- Analisar a utilização do canto como recurso terapêutico na Musicoterapia em Cuidados Paliativos;
- Discutir o uso da música para o Músico e para o Musicoterapeuta.

METODOLOGIA:

Sujeitos:

Pacientes do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO), quarta unidade assistencial do Instituto Nacional do Câncer, situado em Vila Isabel, no Rio de Janeiro.

Métodos / Técnicas musicoterápicas(êuticas):

Apesar da autora não citar de maneira direta os métodos nem as técnicas utilizadas no trabalho, é possível observar através de seus relatos a respeito do trabalho realizado que foram utilizadas somente técnicas Receptivas.

O discurso da monografia se dá explanando um projeto, denominado ‘MusiVida’, que foi realizado e inserido no CSTO, com a filosofia de um trabalho não musicoterápico e não terapêutico, com o objetivo de ajudar na melhoria do ambiente hospitalar (pacientes e funcionários).

O grupo que desenvolveu o projeto era composto por 6 (seis) músicos, sendo que 3 (três) deles eram estudantes do curso de graduação em Musicoterapia do CBM. De acordo com a autora, não é possível separar a musicoterapia do projeto. Ela explica como a musicoterapia atua nas áreas: física, social e espiritual e, a partir disto, seguem-se os

relatos de experiências com os pacientes oncológicos, onde a autora descreve as músicas que cantava com os pacientes e as músicas que os pacientes pediam para que cantasse.

Por ser a cantora do grupo, a autora refere-se diretamente à voz e ao canto. Além da religiosidade dos pacientes e ao apoio familiar.

Há também análises de algumas letras cantadas e, análises subjetivas quanto a resposta dos pacientes para com a(s) música(s) cantada(s) e a presença e atenção dada pela autora a estes pacientes e suas respectivas histórias.

Resultados:

A autora descreve os seguintes resultados: relaxamento corporal, alívio da dor, aumento da auto-estima, expressão de conteúdos internos, aceitação social, conforto para os sentimentos, apoio às dúvidas, à raiva, ao medo e ao perdão.

Conclusão(ões) da Autora:

A autora começa a conclusão de seu trabalho com a pergunta: ‘A Musicoterapia possui limites?’, e logo em seguida cita o código de ética profissional, que impõe o limite de não assumir compromissos que não tenhamos condições de cumprir e pelos quais possuímos condições técnicas e pessoais; sendo assim, o musicoterapeuta não precisa restringir seu campo de atuação à clínica tradicional. E a autora, citando Santos, afirma que não há necessidade de delimitar a musicoterapia, no caso à atuação clínica. Em relação à diferença entre o musicoterapeuta e o músico, esta se dá nos recursos técnicos, formas de uso da música, etc. e quanto às técnicas, a autora afirma que: *“As técnicas que dominamos podem se transformar em armas a favor do crescimento do sujeito”*. E assegura: *“A musicoterapia poderá vir a contribuir valiosamente no que se refere ao tratamento paliativo”*.

A autora encerra seu trabalho relatando, particularmente, o quão valioso e gratificante foi o trabalho ‘MusiVida’.

OBSERVAÇÕES:

A autora define o objetivo do trabalho como: *“O discurso da monografia se dá explanando um projeto, denominado ‘MusiVida’, que foi realizado e inserido no CSTO, com a filosofia de um trabalho não musicoterápico e não terapêutico, com o objetivo de ajudar na melhoria do ambiente hospitalar (pacientes e funcionários).”*

Devemos voltar à atenção à frase: *“com a filosofia de um trabalho não musicoterápico e não terapêutico, com o objetivo de ajudar na melhoria do ambiente hospitalar (pacientes e funcionários)”*. Observemos que a autora mostra-nos uma filosofia de trabalho não musicoterápico e não terapêutico, porém, tem um objetivo e um título musicoterapêutico.

A metodologia do trabalho, ou a falta dela, dificulta seu entendimento, já que a autora não separa os dados técnico-científicos de suas experiências no projeto. Com isto não há a nomeação de técnicas, métodos ou qualquer outro componente que diz respeito a musicoterapia, assim como de instrumentos de avaliação.

A autora cita alguns autores da musicoterapia, mas não direciona a abordagem que segue (humanista, comportamental, psicanalista, etc.). Explica ainda como a música e/ou a musicoterapia atua nas áreas: física, social e espiritual, mas não utiliza nenhum autor da literatura musicoterápica para isto.

A forma com que o estudo é apresentado reforça a importância da utilização de uma metodologia científica capaz de apresentar a musicoterapia no que diz respeito à sua veracidade e cientificidade, e assim, auxiliá-la na direção de ganhar respeitabilidade, também, na esfera da ciência.

Outra observação é a dificuldade da autora em separar a cantora da terapeuta. As observações pessoais são importantes e até mesmo úteis, o que a autora mostra-nos de modo singelo sua evolução quanto profissional. Não se pode viver a mágoa, a dor, ou outros sentimentos do paciente/cliente; o papel do terapeuta é auxiliá-lo, oferecendo ferramentas para que sua vivência de tais mágoas e outros sentimentos possam ser trabalhados da melhor forma possível. Por exemplo, a autora revela que:

“Ao integrar-me no projeto [...] Iniciei uma investigação pessoal conjunta às necessidades de cada ‘presente’ aberto. Fui mapeando e delineando qual o meu papel com a ajuda dos pacientes e todos os que cruzam meu caminho no CSTO. Com certeza, todos deram-me subsídios para refletir. Sem eles, minhas indagações não teriam sentido ou existência”.

E revela ainda ter entrado no projeto (estágio) como cantora e não como musicoterapeuta, descobrindo este seu papel bem mais adiante.

O modo como a autora mostra sua evolução faz o leitor pensar em sua própria evolução profissional; o faz pensar também na questão: “Estou fazendo Musicoterapia com

este paciente?"; Estas questões nos "tiram do eixo", colocam-nos a pensar para que possamos "voltar ao eixo" e realizar de maneira adequada nossa profissão.

Algumas observações, teorias e alguns casos deste trabalho auxiliam a musicoterapia em sua cientificidade, pois nos mostram historicamente o uso da música, da fé, da liturgia e da cultura do próprio paciente/cliente para promover a melhora e o bem estar do mesmo.

3.3 Trabalho III

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Título do Trabalho: “Da Musicalidade à Musicalidade Clínica – De um concerto para um concerto”.

Tipo de Trabalho: Monografia de conclusão do curso de especialização em Musicoterapia.

Autora: Erci Kimiko Inikuchi

Local: CBM – Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro.

Data: 2002

OBJETIVOS:

- Refletir sobre a importância da musicalidade clínica na prática musicoterápica. Para o seu desenvolvimento, discorre-se inicialmente sobre a musicalidade e a musicalidade clínica, ressaltando-se que este termo não tem um emprego no meio musicoterápico brasileiro e que, segundo BARCELLOS, refere-se à musicalidade do terapeuta e à utilização e função específica dessa musicalidade no contexto musicoterápico.
- Reflexão utilizando-se o material clínico de uma sessão realizada durante o estágio na Casa Ronald McDonald, descrevendo-se a instituição, a clientela atendida e o processo musicoterápico em questão.

METODOLOGIA:

Sujeitos:

Pacientes da Ala de Transplantados de Medula Óssea da Casa de Apoio Ronald McDonald.

Métodos / Técnicas musicoterápicas(êuticas):

Improvisação livre, Recriação, Audição.

A autora descreve algumas características dos pacientes (mães e filhos) na ala dos transplantados de medula óssea, onde menciona que devido ao tempo prolongado de

permanência destes pacientes na instituição e a situação de isolamento apresenta-se o aspecto relacional, como tônica principal desta ala, mais do que a própria doença. A relação entre a mãe e seu filho torna-se bastante forte e principalmente para as mães é um momento onde também questões e reflexões pessoais vêm à tona. Envoltas nesta situação, acabam se fechando apesar de serem solidárias com os demais pacientes da ala. E também, muitas vezes, fecham-se em torno da doença da criança e não percebem que dentro de seu filho ainda existe um ser inteiro, saudável que possui vida, alegria e desejos como uma criança sadia e normal.

Inokuchi continua pontuando:

Objetivos característicos na ala de transplantados de medula óssea

Diante deste primeiro diagnóstico, basicamente os objetivos traçados foram:

- facilitar e aclarar a relação mãe-filho
- promover a comunicação entre os participantes do grupo
- encorajar/animar/fortalecer a mãe
- propiciar um tempo íntimo para que cada participante expresse seus conteúdos internos, principalmente para as crianças.

Outros objetivos mais específicos são traçados a cada sessão de acordo com o momento e o estado dos pacientes nesse dia.

Estes objetivos podem ser trabalhados sempre num clima de alegria, esperança, aconchego, amizade e diversão, através do fazer musical.

O papel do musicoterapeuta

- construtor de um espaço de comunicação sonoro-musical.
- integrador, intermediador e mediador das relações que se apresentam através do diálogo lúdico musical.
- promovedor de situações que permitam a expressão dos conteúdos internos dos pacientes e desenvolvimento de seu potencial recorrendo à criação musical

Cuidados e atitudes necessários ao musicoterapeuta na ala de transplantados de medula óssea

Pessoais físicos

- utilizar-se da máscara cirúrgica durante as sessões, mas também pode abdicar do seu uso quando os pacientes estão com suas máscaras.

- lavar as mãos ao chegar no local e após o manuseio do material a ser empregado durante as sessões.

- cuidar de sua própria saúde, pois nos estados gripais o musicoterapeuta não poderá estar em contato com os pacientes, impossibilitando-o de realizar as sessões.

Pessoais psicológicos

- estar disponível e flexível para enfrentar situações diversas e imprevistas.

- saber contornar situações desfavoráveis ao desenvolvimento do processo que possam levar ao *stress*.

- cultivar a atitude de lidar com o tempo presente, de viver o momento presente, de não criar expectativas e aceitar cada situação de maneira positiva, desde que não dependam de seus esforços.

- saber lidar com seus próprios sentimentos de frustração, separação e perda que podem vir à tona frente à situação de debilidade física e constante risco dos pacientes.

Em relação aos pacientes:

- apresentar-se como pessoa, engajando-se na situação vivida, colocando-se como um canal de escuta amigo e, a partir disso, criar um espaço, um encontro de seres humanos que compartilham um tempo dialogando através do musical.

- compreender o desejo dos participantes em não querer participar das sessões para motivá-los ou não.

- compreender as saídas dos participantes durante as sessões para intervir ou não.

- compreender o tempo de descanso das crianças durante as sessões. Algumas vezes estas acabam dormindo durante a sessão pelo desgaste físico ou embaladas pela música.

A dinâmica das sessões

O tempo de permanência das crianças na Casa de Apoio Ronald McDonald está vinculada ao tratamento no Hospital. Desta forma, a atividade de musicoterapia também acompanha este movimento, o que levaria a caracterizar-se como sendo de nível aumentativo.

A autora cita que na descrição de BRUSCIA (2000), a musicoterapia tem um papel secundário, de apoio e preparação para o tratamento principal, que é o de câncer, já

que os pacientes não têm acesso às sessões musicoterápicas, realizadas na “Casa”, após a alta do tratamento principal.

No entanto, pode observar que na ala de transplantados de medula óssea, os conteúdos trabalhados vão além dos relacionados à doença, abrangendo também suas consequências: isolamento, relação etc, o que dá um caráter mais profundo que o de mero apoio, principalmente se considerar o maior tempo de permanência dos pacientes na Casa, o que possibilita mais do que uma sessão única.

E para expor de maneira mais clara e objetiva a diferença entre o atendimento na Ala dos Transplantados e nas Demais Alas, a autora aponta tais diferenças e semelhanças no quadro abaixo:

MUSICOTERAPIA	DEMAIS ALAS	ALA DOS TRANSPLANTADOS
OBJETIVO	Geral: - melhorar a qualidade de vida do paciente durante o tratamento. - possibilitar através do fazer musical: - a expressão e organização de conteúdos internos do paciente. Específicos: traçados a cada sessão, conforme necessidades dos pacientes.	Geral: - melhorar a qualidade de vida do paciente durante o tratamento. - possibilitar através do fazer musical: - a expressão e organização de conteúdos internos do paciente; - a revelação/restauração da consciência da mãe sobre o lado saudável da criança. Específicos: traçados a cada sessão, conforme necessidades dos pacientes.
PROCESSO MUSICOTERÁPICO	Sessão como processo	Sessão/sessões como processo
DINÂMICA DA SESSÃO	Grupos abertos e não fixos	Grupo aberto com maior tendência a estabilidade de participantes
CONTEÚDOS INTERNOS TRABALHADOS	Relacionados à doença	Relacionados à situação de isolamento
LOCAL DAS SESSÕES	Sala de musicoterapia (3º andar) e/ou quarto	Sala de estar (4º andar) e/ou quarto
DURAÇÃO DAS SESSÕES	40 min.	Grupo – 1h30m a 2h00 Individual/dupla – 40 min.
ATENDIMENTO	Grupo e individual Divisão por faixa etária (4 grupos) Mães e filhos separadamente Para cada grupo – 2 musicoterapeutas Individual – 1 musicoterapeuta	Grupo e individual Não há divisão por faixa etária (Grupo único) Mães e filhos juntos Grupo único – 1 musicoterapeuta
TÉCNICA	Improvisação livre, Recriação, Audição	Improvisação livre, Recriação, Audição

Resultados:

O Musicoterapeuta se valeu de musicalidade clínica, neste caso, por responder de forma adequada, musicalmente, à produção sonoro-musical de um paciente e, estimular musicalmente a paciente que não interagia com o grupo.

Conclusão(ões) da Autora:

Em sua conclusão, Inokuchi afirma que num trabalho que pretende qualificar aspectos que fazem parte de um determinado tema procura-se categorias ou padrões. À medida que estes começam a se repetir não haveria necessidade de se adicionar mais dados. Após a análise de cinco exemplos de improvisação clínica do musicoterapeuta, percebeu-se a repetição de padrões que são objeto de comentários e que servem como confirmação ou não do foco deste trabalho: a importância da musicalidade clínica em Musicoterapia. Assim, afirma que, com tal repetição de padrões, já se tem elementos suficientes como achados que dão subsídios para caracterizar o fenômeno em estudo - a musicalidade clínica.

O levantamento e a análise das características da sessão realizada na Casa de Apoio Ronald McDonald, feitos neste trabalho, enfocaram uma questão que a autora considera primordial para a formação do Musicoterapeuta – a musicalidade clínica.

A autora ressalta ainda que não há como ser um Musicoterapeuta sem possuir a capacidade de perceber e produzir os elementos sonoros-musicais quando se pretende atuar na prática ativa do fazer musical. Deste modo, o Musicoterapeuta precisa estar bem preparado musicalmente para manejar seu instrumento de trabalho – a música – e, desta forma, poder utilizá-la visando ajudar o outro.

OBSERVAÇÕES:

A autora utiliza-se de uma linguagem específica e direciona o trabalho para a Musicoterapia, enfocando o que realmente é necessário a um musicoterapeuta, e para isto conta com exemplos clínicos.

Este trabalho não tem como enfoque principal mostrar como a Musicoterapia pode atuar na área oncológica, mas como o musicoterapeuta deve atuar diante deste paciente.

A formatação do trabalho e os dados contidos no mesmo seguem as normas técnicas, pois apresenta as técnicas, os sujeitos e resultados.

3.4 Trabalho IV

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Título do Trabalho: “Compondo a Vida: A utilização da composição musical em musicoterapia na promoção da melhoria da qualidade de vida de pacientes oncológicos”

Tipo de Trabalho: Monografia de conclusão do curso de graduação em Musicoterapia.

Autor: Nelson Vieira Barreto

Orientador: Renato Tocantins Sampaio

Supervisora Clínica: Ana Cristina Parente Sampaio

Local: UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Data: 2004

OBJETIVOS:

- Descrever a utilização da composição terapêutica utilizando aspectos da sua história de vida, como um meio de aumentar a auto-estima do paciente portador de câncer, podendo assim diminuir os efeitos colaterais da quimioterapia e acelerar o seu processo de evolução;
- Contribuir para que outras pessoas se interessem pelo tema, com isso aumentar as referências, que são muito escassas.

METODOLOGIA:

Sujeitos:

Seis pacientes do Hospital do Câncer – Fundação SOBECCan -, da cidade de Ribeirão Preto – SP, atendidos em Musicoterapia durante os meses de abril a junho de 2004.

Métodos / Técnicas musicoterápicas(êuticas):

O autor expõe o uso do método ‘Composição Terapêutica’, onde o musicoterapeuta ajuda o paciente a criar uma canção, uma melodia, uma letra ou qualquer tipo de produção musical. Apresenta ainda o método de ‘Experiência Receptiva’ ou

‘Audição Musical’, na qual o paciente ouve a música e responde de maneira silenciosa, verbal ou de qualquer outro modo.

Por ambos métodos, assim chamados pelo autor, utilizarem o canto e a canção, o mesmo descreve que: o canto é um excelente elemento terapêutico, pois a voz é o nosso instrumento natural, é através dela que nos expressamos; a expressão cantada é verdadeira, ou seja, dificilmente o sentimento será reprimido quando se canta ou quando uma canção toca o nosso íntimo, pois entra em contato direto com nossas emoções; a canção oferece a possibilidade para a comunicação, bem como continência para a elaboração de sentimentos relacionados ao processo único de cada paciente.

Para que se entenda melhor o desenvolvimento do trabalho, o autor descreve 3 (três) casos clínicos e conclui com as análises e discussão de resultados obtidos.

Resultados:

A pesquisa foi realizada a partir da questão: *“De que forma a composição musical em musicoterapia, utilizando aspectos musicais e de vida do paciente podem auxiliar na reabilitação e na melhora da qualidade de vida do paciente portador de câncer?”*. E, a partir dos relatos dos pacientes, de seus familiares e dos profissionais que os atenderam foi realizada a análise dos resultados. Vale ressaltar que também foi realizada a avaliação do teste de toxicidade para obter uma maior veracidade nos resultados, porém, os testes de toxicidade não indicaram nenhuma alteração nos efeitos colaterais, aspecto este levantado na questão da pesquisa, provavelmente pelas diversas variáveis ocorridas durante o processo, tais como: tempo, tolerância à medicação ou atendimento de um ou mais ciclos, devido ao exame de sangue não estar em conformidade para obtenção da medicação.

Conclusão(ões) do Autor:

O autor conclui que, tomados no seu conjunto, os resultados apresentados indicam que a técnica utilizada foi de grande benefício para promover o equilíbrio emocional e a reintegração psicossocial do paciente oncológico, evitando problemas decorrentes da estressante rotina hospitalar, levando momentos de prazer e conforto, e possibilitando outro canal de comunicação, fortalecendo assim seu estado psicológico.

Também conclui que este trabalho gerou um conjunto de hipóteses ou sugestões, as quais podem ser mais bem estudadas em próximos trabalhos com pacientes com câncer, tais como: - a importância do triângulo Paciente x Música x Musicoterapeuta, para se alcançar o objetivo proposto, em que a música do paciente vai de encontro à música do

musicoterapeuta; - se simplesmente a fragilidade do paciente e a modificação no ambiente hospitalar foram suficientes para a melhora ou se a música em si e a relação do terapeuta com o paciente foram os verdadeiros agentes modificadores; - e ainda, a importância da música e de seus efeitos no contexto espiritual do paciente.

O autor afirma ainda que, levando-se em consideração os resultados descritos acima, pode-se observar que a técnica de composição musical em musicoterapia proporcionou aos pacientes portadores de câncer uma melhora significativa na sua qualidade de vida, enquanto recebiam o tratamento de quimioterapia.

Barreto finaliza afirmando que a utilização da composição musical em musicoterapia, com pacientes oncológicos, é um método eficaz para explorar temas terapêuticos e expressá-los de forma menos dolorosa. Porém, como este foi um projeto piloto, acredita ser necessário um estudo mais aprofundado, com tempo suficiente e com uma população maior, pois deste modo poder-se-ia obter mais resultados, assim como verificar a possível ação benéfica em relação à alteração do sistema imunológico e, por consequência, se há diminuição dos efeitos colaterais do tratamento de quimioterapia.

Destaca que notou uma preferência, por parte dos pacientes, de temas relacionados com suas necessidades imediatas, nas composições. E que, portanto, seria de grande valia para próximos estudos, a realização de uma pesquisa mais aprofundada em relação à história de vida emocional do paciente antes da doença, seus projetos de vida e suas frustrações. Argumenta que estes aspectos não foram levantados nesta pesquisa, pois acredita que estes são fatores que influem tanto na resistência para contrair o câncer quanto para a sua evolução após seu surgimento; mas reconhece que tais dados poderiam ser utilizados no processo de composição com cada paciente.

Referente a investigação sonoro-musical, observou, e os pacientes também relataram, que a maneira informal de coleta de dados deixou-os à vontade, ao contrário do alguns imaginaram quando foram explicados os procedimentos da pesquisa. O autor afirma que isto proporcionou a criação de um ambiente mais seguro para os pacientes.

Observou também, que o musicoterapeuta deve:

- estar preparado teórica e musicalmente, assim como psicológica e espiritualmente para este tipo de intervenção;
- saber que estes pacientes são pessoas que estão fragilizadas, tanto física como emocionalmente;
- saber selecionar e ter um grande acervo de canções, além de estar preparado para executar qualquer tipo de estilo musical;

- dar espaço para possíveis expressões verbais do paciente e de seus familiares;
- criar um ambiente seguro e, principalmente,
- perceber as reais necessidades de cada paciente, respeitando seu estado e disposição.

OBSERVAÇÕES:

O autor descreve sua idéia e delineia o caminho de sua linha de raciocínio de maneira clara e objetiva, sempre utilizando uma linguagem e formatação científica em seu estudo. Utilizando-se dos casos clínicos, torna toda parte teórica de seu trabalho em algo veraz, consistente, palpável.

Através da mescla de linguagens específica e menos formal, o autor promove a comunicação entre a musicoterapia e outras disciplinas, tendo em vista que *comunicar* é o ato de *tornar comum*, para que haja a transmissão de pensamentos e informações.

3.5 Trabalho V

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Título do Trabalho: “Musicoterapia na prevenção e/ou diminuição do estresse psicofisiológico durante a hospitalização: Um estudo com pacientes entre 10 e 21 anos”.

Tipo de Trabalho: Monografia de conclusão do curso de graduação em Musicoterapia.

Autora: Fernanda Ortins Silva

Orientadora: Prof^a Ms. Eliamar Aparecida de Barros Fleury e Ferreira

Co-Orientadora: Psi. Ana Maria Caran Miranda

Local: Universidade Federal de Goiás

Data: 2005

OBJETIVOS:

- Investigar “se” e “como” a musicoterapia pode auxiliar na prevenção e/ou diminuição do estresse psicofisiológico em pacientes oncopediátricos, durante o período de hospitalização.
- A pesquisa bibliográfica sobre Musicoterapia Hospitalar, Psico-oncologia e Estresse, permeou todo o estudo desde a elaboração do projeto e teve como objetivo contextualizar e conceituar termos relevantes à pesquisa, bem como dar suporte teórico às reflexões feitas neste trabalho.

METODOLOGIA:

Para a coleta de dados foram aplicados questionários aos pais ou responsáveis no início do atendimento musicoterápico, a fim de averiguar, através de outro parâmetro, as fontes e/ou sintomas do estresse psicofisiológico que o paciente poderia estar apresentando. Dois questionários foram elaborados e baseados no Manual do Inventário de Sintomas de Stress – ISS, criado por LIPP (2002), e aplicados aos pacientes, com algumas alterações, tais como mudanças na linguagem e exclusão de alguns itens.

A aplicação destes questionários se deu antes e após o atendimento musicoterápico. Os mesmos abordaram aspectos físicos e/ou fisiológicos e psico-emocionais do paciente, antes e após o referido atendimento, buscando-se verificar as possíveis mudanças ocorridas. A coleta desses dados possibilitou à autora a realização de

relatórios essenciais ao desenvolvimento e análise da pesquisa. A autora faz uma observação dizendo que no transcorrer da coleta de dados, houve sessões de discussão com a musicoterapeuta/supervisora de campo, visando compreender as situações manifestas no atendimento e também o desempenho da musicoterapeuta/estagiária (autora deste trabalho).

A análise dos dados foi feita a partir do relato dos atendimentos, dos estudos dos questionários, dos depoimentos dos participantes e das observações feitas em estudos avaliativos pós-atendimento. Após a organização e estudo dos dados e de acordo com falas recorrentes, categorias foram construídas.

Sujeitos:

Pacientes internados no Serviço de Oncologia Pediátrica e na Unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO) do Hospital Araújo Jorge (HAJ), sendo que a maior parte dos atendimentos da pesquisa foi realizada no Serviço de Oncologia Pediátrica. Constituíram o corpo da pesquisa, 20 pacientes (10 masculinos e 10 femininos), na faixa etária de 10 a 21 anos, que se encontravam hospitalizados no período de agosto a setembro de 2005, independentemente do tempo de internação e do tipo de câncer.

Métodos / Técnicas musicoterápicas(êuticas):

As principais experiências musicoterápicas adotadas foram a Re-criação Musical e a Composição Musical.

A autora cita Bruscia (2000), ao descrever que na experiência Re-criativa o cliente pode executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte ou o todo de um modelo musical existente. E que, na Composição Musical, o terapeuta ajuda o cliente a criar canções, letras ou peças instrumentais, ou seja, algum tipo de produto musical. Geralmente, o terapeuta entra com o aspecto técnico e tenta adequar sua tecnicidade à capacidade musical do paciente.

Ressalta que mesmo utilizando, principalmente, estas duas experiências musicoterápicas, não havia uma regra ou uma pré-determinação de como os atendimentos ocorreriam, ou seja, não havia uma maneira específica, única e/ou estabelecida pela estagiária/pesquisadora. Propõe uma análise qualitativa e quantitativa dos resultados.

Resultados:

A autora observou que os pacientes relataram, ao final do atendimento musicoterápico, uma melhora em seu estado físico, emocional e psicológico, apresentando bem estar, tranquilidade, alegria e distração durante o atendimento. A melhora do estado psico-emocional, apesar de ter sido momentânea na maioria das vezes, desfocalizou a dor, a angústia, a patologia (o estar e o sentir-se doente), através dos momentos de distração que foram e são essenciais neste contexto.

Para Silva, a musicoterapia proporcionou aos pacientes momentos de relaxamento e desligamento dos sofrimentos, ou seja, os pacientes através da música, do canto ou da audição puderam viajar em seus pensamentos, acessando a fantasia ou o mundo escolhido por eles mesmos, sendo na maioria das vezes um mundo cheio de vida, amor, companheirismo, amizade e lembranças de uma vida saudável, seja ela passada ou futura, porém carregada de esperança.

Através do canto, do tocar, do compor e do ouvir música (s), também, puderam expressar sentimentos que muitas vezes tornar-se-iam difíceis de serem anunciados pelo verbal. Assim, através das experiências de Re-criação Musical e Composição Musical, principalmente, os pacientes utilizaram a música como canal de comunicação e expressão de conteúdos internos e/ou emergenciais de maneira, talvez, menos invasiva, auxiliando de forma efetiva no enfrentamento do estresse e/ou das situações emergenciais/alarmantes.

A musicoterapia, de acordo com Silva, pode contribuir por possíveis quebras do estresse psicofisiológico já instalado. A partir do momento que o paciente apresentou uma melhora em seu quadro clínico, seja no aspecto emocional ou físico, pode-se considerar que ele mudou o caos interno para um possível equilíbrio homeostático, mesmo que esta mudança seja momentânea. Acredita que isto talvez possa ser considerado como prevenção e/ou diminuição de algo pior que poderia acontecer, como por exemplo, uma decadência cada vez mais acentuada de seu estado, o que o levaria a desistir da vida e do tratamento.

Neste sentido, a autora verifica que a Musicoterapia não atua no processo de cura da patologia em si, das dores fortes e incômodos físicos apresentados, mas sim, na diminuição do estresse psicofisiológico, ajudando o paciente a enfrentar de maneira efetiva os transtornos causados pelo desconforto da hospitalização e dos procedimentos invasivos realizados, bem como na angústia causada pelo desejo de cura e/ou alta hospitalar. Afirmo ainda que a Musicoterapia age na conscientização da ansiedade presente durante o período de internação.

Assim, destaca que a Musicoterapia, em conjunto com a pesquisa clínico-qualitativa, pode acolher as angústias e ansiedades dos pacientes, respeitando suas individualidades e singularidades diante dos fatores estressores existentes, relacionados ao tratamento e à hospitalização.

Enfatiza-se que estes pacientes não tiveram o mesmo número de sessões musicoterápicas, em função do número de dias que ficaram internados, da disposição em participarem do atendimento, bem como da presença da estagiária/pesquisadora no hospital. Dessa forma, alguns pacientes foram atendidos várias vezes, enquanto outros foram atendidos somente uma vez. Cabe ressaltar que, diante da realidade hospitalar, jamais será estabelecido um padrão específico de dias hospitalização para todos os pacientes. Concluiu-se um total de 54 atendimentos no período de agosto a setembro.

O questionário aplicado aos pais ou responsáveis teve como objetivo averiguar, sobre outro olhar, os possíveis sintomas de estresse psicofisiológico que o paciente poderia estar apresentando antes ou durante a hospitalização, a partir do início ou após o tratamento medicamentoso, bem como tentar identificar a presença dos sintomas de estresse, diferenciando-os dos efeitos da medicação.

Este questionário foi aplicado aos pais ou responsáveis no primeiro contato da estagiária/pesquisadora com o paciente naquela internação, ou quando a internação era prolongada, uma vez que, neste caso, a sintomatologia poderia mudar com o passar dos dias.

Dos 20 pacientes atendidos, 26 questionários¹³ foram aplicados e respondidos pelos pais ou responsáveis.

É relevante expor que alguns pacientes não quiseram responder o questionário e que sua recusa foi respeitada pela estagiária/pesquisadora. Estes pacientes aceitaram a coleta de dados de maneira informal, ou seja, ao acabar o atendimento musicoterápico, era perguntado se o que estava sendo discutido poderia ser arquivado. Em caso afirmativo, os dados foram retirados dos relatórios de sessões e incluídos na discussão subjetiva. Sendo assim, dos 54 (cinquenta e quatro) atendimentos musicoterápicos realizados, 50 (cinquenta) questionários foram respondidos, logo a análise objetiva dos dados foi feita somente destes questionários.

¹³ Cabe ressaltar que dos 6 (seis) questionários “excedentes”, 4 (quatro) foram aplicados novamente por re-internações e 2 (dois) por internações prolongadas.

A autora apresenta os seguintes resultados, sobre a diferença dos sintomas físicos e fisiológicos com maior incidência, antes e depois atendimento musicoterapêutico apresentados no decorrer de 50 questionários respondidos por 20 pacientes atendidos:

Analisando os questionários, a autora observou que em 29 questionários respondidos, os pacientes percebiam o **corpo leve e relaxado** e em 27 percebiam-se **bem** fisicamente, antes do atendimento musicoterápico. Após o atendimento, houve uma melhora de 29 para 32 respostas o que equivale a uma melhora de 58% para 64% referentes ao item “**corpo leve e relaxado**” e, de 27 para 34 respostas correspondendo a uma melhora de 54% para 68% no item referente a estar sentindo-se “**bem**” em relação ao aspecto físico. Ou seja, assim, após o atendimento musicoterápico os pacientes permaneceram com o mesmo quadro anterior ou apresentaram melhora no estado físico sentindo o corpo mais leve e relaxado.

Em 4 (quatro) questionários os pacientes responderam que o corpo apresentava-se menos cansado. Em um questionário o paciente respondeu que estava sentindo o coração menos acelerado. Em dois, os sintomas de mãos ou pés frios não se faziam mais presentes e em outros dois, responderam sentir o corpo menos endurecido/tenso.

Quanto aos sintomas físicos e fisiológicos apresentados com menor incidência pelos pacientes atendidos, o autor registrou:

Em 10 (dez) questionários alguns pacientes responderam sentir o corpo ruim sem saber explicar como o sentiam, resposta esta dada antes do atendimento musicoterápico, e após o atendimento 2 (dois) tomaram consciência do estado físico. Em 2 (dois) questionários os pacientes responderam não sentir mais vontade de vomitar quando nervosos (a autora faz uma ressalva que a medicação pode provocar este tipo de mal estar, portanto, o item era direcionado à ansiedade, em consequência disto, uma possível expressão de sentimentos negativos, como angústia, ansiedade e/ou mesmo saudade pode ter ocorrido durante o atendimento, minimizando uma possível sintomatologia do estresse).

Antecedendo 1 (um) atendimento musicoterápico, a paciente respondeu estar raspando um dente no outro, portanto, após o atendimento, a mesma paciente respondeu, que esta sintomatologia não se apresentava mais.

Embora os sintomas físicos e fisiológicos não tenham sofrido grandes alterações após o atendimento musicoterápico, a autora observou que os sintomas alternavam-se de acordo com algumas variáveis, tais como, o tempo de internação, a própria hospitalização, os efeitos da medicação que estava sendo aplicada e os tipos de recursos de enfrentamento

que o paciente utilizava no decorrer de seu tratamento. Ora os pacientes pareciam acostumar com a hospitalização, sentindo-se melhores, pois o tratamento estava indo bem, ora sentiam o quadro clínico sofrer uma piora.

Em relação ao estado psico-emocional dos pacientes, antes e depois do atendimento musicoterápico, de acordo com a frequência apresentada, a autora verificou que:

50% dos sintomas psico-emocionais apresentaram maior frequência diante das respostas obtidas e, 50% apresentaram uma menor frequência.

Dos sintomas psico-emocionais com maior frequência relatados antes e depois do atendimento musicoterápico, a autora observou que dos 50 (cinquenta) questionários respondidos, em 42 questionários os pacientes responderam sentir tranquilidade e mais aliviados, ou seja, 84% dos questionários, os pacientes relataram sentir uma maior tranquilidade, bem como uma maior sensação de alívio, após o atendimento. Em 33 questionários, 66% de respostas dadas, os pacientes sentiram-se emocionalmente bem, após o atendimento musicoterápico.

Com relação aos itens **“Vontade contínua de rir ou chorar”** (entendida como emotividade excessiva), **“Ansiedade”** e **“De repente sente-se alegre”**, de forma contrária ao detectado anteriormente, a autora não observou significativa modificação após o atendimento musicoterápico e relata:

“Entendo este dado como algo que é permanente e real diante da hospitalização, ou seja, o paciente ao seu modo, seja com vontade contínua de rir ou chorar, com ansiedade ou não, cria mecanismos de enfrentar o estresse durante o período de internação. Neste sentido, o paciente vinha apresentando estes sintomas, que foram desencadeados por um ou vários fatores estressores, tais como, medicação, a própria hospitalização, fortes dores, procedimentos invasivos e outros, e que obviamente, durante o atendimento musicoterápico estes não foram e nem poderiam ser retirados”.

A autora observou os sintomas psico-emocionais apresentados com menor frequência, diante dos 50 questionários respondidos:

Os sintomas **“Irritação repentina”**, **“Vontade de fazer algo (de repente)”** e **“Raiva constante”**, não sofreram nenhuma alteração após o atendimento musicoterápico.

Parecem ser sintomas que permearam os dias de internação do paciente até aquele momento, e que o atendimento musicoterápico até então, não havia conseguido alcançar a profundidade que estes sentimentos se encontravam. Porém, a “**Vontade de fazer algo**” poderia ser saudável, sendo vista como projetos saudáveis e fortalecedores diante da hospitalização.

Em relação aos itens “**Vontade de fazer nada (apatia)**”, “**Vontade de fugir de tudo**” e “**Com medo / aperto no peito**”, poucos pacientes sentiram esta sintomatologia do estresse e foi observada pouca atuação da musicoterapia na alteração destes.

Além dos resultados apresentados, a autora considera interessante verificar como o paciente encara o atendimento musicoterápico durante a hospitalização. Ao final do atendimento musicoterapêutico, era perguntado ao paciente: “*O atendimento musicoterápico tem te ajudado no período de internação? () Sim () Não. Se sim, de que forma*”. Os 20 pacientes, participantes da pesquisa, durante os 54 atendimentos realizados, responderam que a Musicoterapia ajuda no período de internação.

A autora formou 4 (quatro) categorias de respostas ao questionamento “*Se sim, de que forma*”: **Bem estar, Divertimento, Distração e Tranquilidade**, constituídas de acordo com o conteúdo das falas e da ênfase dada na expressão da comunicação do paciente no momento da resposta.

Bem estar – esta categoria foi construída a partir de falas dos pacientes, em relação ao bem estar físico e emocional proporcionado pelo atendimento musicoterápico. Observou-se que as falas podem estar diretamente relacionadas a uma maior disponibilidade do paciente em enfrentar a situação de tratamento e/ou de internação. Neste sentido, o bem estar, após o atendimento, é entendido como um estado de disposição e de percepção do próprio paciente em relação à melhora do seu estado físico e/ou emocional. Esta categoria representou 35,56% das respostas dadas.

Divertimento – a categoria divertimento enfatizou os relatos dos pacientes em relação ao seu estado de ânimo e de alegria proporcionada pelo atendimento musicoterápico. Desta forma, ressalta-se nesta categoria a presença da música como fator modificador do estado de ânimo e humor do paciente, ou seja, o atendimento musicoterápico proporcionou momentos de alegria e entusiasmo em 66,67% dos relatos coletados.

Distração – esta categoria foi formada, segundo a ênfase dada pelos pacientes, em relação a como o atendimento musicoterápico pode tirá-los da realidade hospitalar vivida, ou seja, é uma categoria baseada nos relatos de como a musicoterapia viabilizou momentos

de distração, mesmo que por instantes, em relação ao contexto de sofrimento, de dor e/ou de preocupações vivenciadas pelos pacientes. Através da música, os pacientes puderam se distrair, pensar em outras coisas, ficar mais alegres, bem como “esquecer um pouco” seus problemas. Observou-se que em 44,45% dos relatos dos pacientes, a musicoterapia proporcionou momentos de distração.

Tranquilidade – esta categoria foi construída e baseada nas falas dos pacientes em relação ao estado de tranquilidade proporcionado pela musicoterapia. Constituem esta categoria, os relatos onde os pacientes trazem a sensação de estarem mais calmos, relaxados, menos estressados e tranquilos após o atendimento musicoterápico. Observou-se que 31,12% dos relatos se enquadraram nesta categoria.

Então:

- Em 35,56% dos casos: Bem-estar
- Em 66,67% dos casos: Divertimento
- Em 44,45% dos casos: Distração
- Em 31,12% dos casos: Tranquilidade

Conclusão(ões) da Autora:

Verificou-se que, no geral, os sintomas físico-fisiológicos e psico-emocionais apresentados pelos pacientes antes do atendimento musicoterápico, mostraram alterações, entretanto, não muito significativas após o mesmo, uma vez que fatores como a hospitalização, os procedimentos invasivos, a patologia em si, os sentimentos de perda, a saudade e outros, estavam presentes durante esta fase da vida dos pacientes e que, de maneira ímpar, devem ser observados como fatores estressores permanentes, bem como causadores latentes de estresse.

A autora conclui que, mesmo com estes dados em mãos, ainda não se pode afirmar que os pacientes não tiveram, de certa forma, uma prevenção e/ou diminuição do estresse psicofisiológico.

OBSERVAÇÕES:

Este trabalho utiliza uma linguagem específica, mas ao mesmo tempo aborda o tema de maneira que possa ser entendida/compreendida por diferentes áreas, não se restringindo à área da saúde.

Sendo assim, este não é um trabalho que se resume somente ao círculo da musicoterapia, mas o enfoque e formatação científicos auxiliam a musicoterapia a se demonstrar capaz de estar na esfera da ciência.

A autora demonstra claramente sua preocupação em conhecer seus pacientes, em traçar objetivos específicos individuais a cada um deles, objetivos estes com maior concretude, já que a autora conhece a doença, seus aspectos orgânicos e psicológicos, e conhece o paciente, assim pode fazer uso de técnicas com maior probabilidade de acerto, e desta forma suas sessões musicoterápicas(êuticas) tornam-se benéficas ao paciente.

A pesquisa da autora segue um percurso lógico, e as análises dos resultados mostram-nos o quão importante é seguir uma metodologia científica para que possa, assim como a autora, ter um trabalho bem elaborado, fácil de entender e que mostra os efeitos da Musicoterapia aplicada a pacientes oncológicos.

3.6 Trabalho VI

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Título do Trabalho: “Revisão Bibliográfica sobre possíveis efeitos da Musicoterapia em pacientes com Câncer”

Tipo de Trabalho: Monografia de conclusão do curso de graduação em Musicoterapia.

Autor: Kamila Perassol Fernandes

Orientadora: Angela Bataglioni

Co-orientador: Prof. Roger N. El Khouri

Local: UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Data: 2005

OBJETIVO:

- Fazer um levantamento de dados clínicos e de resultados de pesquisas, onde constam como pontos principais os efeitos de sons, músicas ou memórias emocionais no trabalho musicoterapêutico em oncologia.
- Discutir a partir deste levantamento de dados, a possibilidade de incluir a musicoterapia e suas experiências como um instrumento terapêutico coadjuvante à terapêutica tradicional, uma vez que sua forma de ação é através de atuação do sistema sensorial ao sistema límbico.

METODOLOGIA:

Sujeitos:

Pacientes do Serviço de Enfermagem da Universidade de São Paulo/RP

Métodos / Técnicas musicoterápicas(êuticas):

Não há. Por ser uma revisão bibliográfica, não há prática, e as bibliografias consultadas, pelo o que mostra o trabalho, não citam diretamente os Métodos e/ou as Técnicas Musicoterápicas(êuticas).

Resultados:

A autora relata os resultados encontrados na bibliografia, mostrados a seguir:

Em relação ao controle da dor em pacientes oncológicos, a autora cita Zimmerman et al. (1989), que submeteram pacientes com dor oncológica, que recebiam medicação analgésica (50% usando morfina), a ouvirem música com sugestão positiva de que haveria uma redução da dor. Em comparação a um grupo controle encontraram diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos. Os pacientes que ouviram música apresentaram uma redução da dor com significativa diminuição nos escores do Questionário McGill (componente afetivo) e da Escala Analógica Visual (VAS).

Outros resultados encontrados pela autora foram o de Munroe e Mount (1978), que utilizaram a Musicoterapia como recurso terapêutico complementar no controle da dor aguda e crônica. De acordo com a autora, em 1977, foi iniciado o primeiro Programa em Musicoterapia num serviço de cuidados paliativos do *Royal Victoria Hospital* para atender as necessidades dos pacientes terminais e de seus familiares abrangendo as dimensões físicas. Tal atendimento visava promover relaxamento muscular; quebra do círculo vicioso da dor crônica (por aliviar a ansiedade e depressão), e, portanto, era capaz de alterar a percepção dolorosa do paciente.

Dentre os autores e os resultados obtidos pelos mesmos a autora relata McCaffery (1990), que mostra o uso da música como uma abordagem não farmacológica efetiva para o controle da dor, que se caracteriza como um método de distração e está entre as estratégias mais eficazes no tratamento da dor.

Outro autor citado pela autora é Hicks (1992), que analisando diversos trabalhos de outros autores enfatiza que a música além de reduzir a tensão e diminuir a dor, promove a melhoria do sono.

A autora cita ainda Good (1995), que estudando os efeitos do relaxamento e da música em 84 (oitenta e quatro) pacientes submetidos à cirurgia abdominal observou que 89% do grupo experimental, após dois dias de intervenção, referiu diminuição de dor e ansiedade.

Os autores Owens e Ehrenreich (1991), de acordo com a autora, relatam que várias pesquisas indicam que a música afeta todos os maiores sistemas do corpo. Referem ainda que no estudo de Herth mostra uma diminuição de 30% do uso de medicações analgésicas quando a música foi utilizada.

Conclusão(ões) do Autor:

Um questionamento comumente encontrado em centros de tratamento de oncologia é sobre a influência da personalidade do indivíduo e sua relação com a evolução e com o prognóstico da doença.

No serviço de enfermagem da Universidade de São Paulo/RP, existe um trabalho formado por profissionais multidisciplinares, cuja intenção é impedir que o paciente se transforme no câncer que possui. Para evitar isso, os profissionais envolvidos montaram uma estratégia em que cada um executa o seu trabalho voltado para um só objetivo: o de aumentar a resiliência e o encorajamento do portador do câncer ou dos pacientes que mesmo em recuperação, já se encontram mutilados.

Em relação ao enfrentamento da doença, a autora relata que a musicoterapia cuidadosa e baseada em pesquisa dos efeitos sonoros e da vida emocional do indivíduo pode então intervir no tratamento tradicional de modo a promover um estado de estimulação competitiva com os estímulos dolorosos crônicos, que tenderá a interromper este círculo vicioso e contínuo das condições de resposta ao estresse.

E conclui que a musicoterapia não pode lidar com o controle de sintomas de origem genética ou degenerativa do câncer. No entanto, pode intervir no sistema límbico, e através desta interferência trabalhar para amenizar o estado emocional do paciente, estresse e defesas psicológicas nocivas ao tratamento. Além disso, a autora afirma que musicoterapia pode também melhorar a qualidade do sono através de técnicas que propiciem o relaxamento, restaurando assim parte dos ritmos circadianos importantes para a homeostase.

Em conclusão, a autora relata que, este levantamento de dados clínicos e de resultados de pesquisas, demonstram a possibilidade de incluir a Musicoterapia e suas técnicas como um instrumento terapêutico coadjuvante à terapêutica tradicional, uma vez que sua forma de ação é através de atuação do sistema sensorial ao Sistema Límbico.

Esta observação, de acordo com a autora, nos faz pensar que através de veículos próprios, a Musicoterapia poderá trazer benefícios na resistência imunológica, no controle da dor e no aumento da resiliência em portadores de câncer.

OBSERVAÇÕES:

Através de uma linguagem específica exposta de maneira clara e objetiva, a autora consegue mostrar quais as áreas a Musicoterapia pode atuar com o paciente oncológico.

O trabalho não apresenta nenhum caso clínico prático da autora, mas mostra teoricamente, além de como a musicoterapia pode auxiliar o paciente oncológico, os resultados obtidos e publicados.

3.7 Trabalho VII

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Título do Trabalho: “**Musicoterapia e Câncer Infantil:** Resultados de uma experiência”.

Tipo de Trabalho: Monografia de conclusão do curso de graduação em Musicoterapia.

Autora: Deise Luci Barsotti Ferreira

Orientadora: Prof^ª. Ms. Claudia Regina de Oliveira Zanini

Co-Orientadora: Mt. Eliamar Ap^a de Barros Fleury e Ferreira

Local: Universidade Federal de Goiás.

Data: 2002

OBJETIVOS:

- Este trabalho consiste em discorrer sobre a musicoterapia como um importante apoio à equipe de atendimento no tratamento da criança portadora de câncer. Este objetivo estrutura-se a partir de atendimentos musicoterápicos realizados com crianças portadoras de diversos tipos de câncer, na Pediatria do Hospital Araújo Jorge.
- O objetivo geral e os objetivos específicos são estabelecidos a priori pela supervisora de campo.
- O objetivo geral, com crianças na faixa etária de zero a onze anos de idade, é atuar de forma a minimizar o sofrimento da criança em situação hospitalar, favorecendo a autoexpressão através da linguagem não-verbal.
- Quanto aos objetivos específicos, a autora assim relaciona:
 - Proporcionar mudanças positivas nas reações e sentimentos da criança com câncer a partir de sua auto-expressão, auxiliando no fortalecimento do sistema imunológico;
 - Favorecer formas de enfrentamento da doença e tratamento através do uso da música;
 - Favorecer a desfocalização da dor e dos incômodos causados pelo tratamento;

- Proporcionar à criança, através de atendimentos individuais e grupais, o fortalecimento da auto-segurança, auto-estima e auto-realização;
- Auxiliar no desenvolvimento global da criança, ou seja, no desenvolvimento cognitivo-lingüístico, psicomotor e sócio-afetivo;
- Estimular as interações criança/criança em atividades musicais prazerosas;
- Fortalecer o vínculo mãe/filho através da ludicidade e afetividade inerente à linguagem musical.

METODOLOGIA:

Sujeitos:

280 crianças na faixa etária entre zero e onze anos de idade, portadoras de diversos tipos de câncer, vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), da Pediatria do Hospital Araújo Jorge que corresponde a uma das cinco unidades da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG), entidade de natureza privada e filantrópica.

Quanto ao perfil da clientela atendida, a autora ressalta alguns aspectos como: nível socioeconômico baixo; diversidade cultural (vindos de Goiânia, do interior goiano e de outros estados brasileiros); e diversos tipos de câncer, com predomínio da Leucemia.

Métodos / Técnicas musicoterápicas(êuticas):

Durante o período de atuação clínica (estágio), a autora observou a grande influência da família sobre a criança com câncer, atuando como uma ponte entre a criança e a equipe de atendimento. Em vista disto, considerou relevante inserir a família no atendimento musicoterápico, sempre que possível.

A autora insere o paciente nas seguintes experiências musicoterapêuticas:

a) Experiências de Improvisação

O paciente faz música tocando ou cantando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção de forma improvisada baseada em um referencial (uma idéia, um assunto, um tema, uma pessoa...) ou sem qualquer referencial além do próprio fazer musical. Esta técnica é utilizada para: estabelecer um canal de comunicação não-verbal e uma ponte para a

comunicação verbal, dar sentido à auto-expressão e à formação de identidade, desenvolver habilidades grupais, a criatividade, a liberdade de expressão, a espontaneidade e a capacidade lúdica, estimular e desenvolver os sentidos, desenvolver habilidades perceptivas e cognitivas.

- **Improvisação de Canções.** O paciente faz improvisações de letras, melodias e/ou o acompanhamento de uma canção.

- **Improvisação Instrumental Não-referencial.** O paciente faz improvisações com instrumentos musicais, sem qualquer outra referência senão os sons e a música. Em ambas variações o paciente pode improvisar só, com o musicoterapeuta ou em grupo.

b) Experiências Re-Criativas

O paciente aprende ou executa músicas instrumentais ou vocais, ou reproduz o modelo de qualquer tipo musical. Técnica utilizada para: melhorar as habilidades interativas e de grupo, desenvolver habilidades sensório-motoras, melhorar a atenção e a orientação, promover comportamento ritmado e a adaptação, desenvolver a memória.

- **Re-Criação Vocal.** O paciente reproduz vocalmente materiais musicais estruturados ou canções pré-compostas.

- **Atividades e Jogos Musicais.** O paciente participa de jogos musicais ou de qualquer atividade que seja estruturada pela música.

c) Experiências de Composição

O paciente é ajudado pelo musicoterapeuta a escrever canções, letras ou peças instrumentais, ou a criar qualquer tipo de produto musical. É utilizada para: desenvolver a habilidade de documentar e comunicar experiências internas e promover a exploração de temas terapêuticos através das letras das canções.

- **Escrever Canções.** O paciente compõe uma canção ou parte dela (a melodia, a letra ou o acompanhamento) com assistência do musicoterapeuta. Este processo inclui alguma forma de registro da composição realizada.

d) Experiências Receptivas

O paciente ouve música, respondendo de forma silenciosa, verbal ou a partir de outra modalidade. É utilizada para: promover a receptividade, estimular ou relaxar, desenvolver habilidades áudio-motoras, evocar fantasias e a imaginação, explorar idéias e pensamentos, evocar estados e experiências afetivas, estimular experiências espirituais.

- **Escuta para a Estimulação.** A escuta é utilizada para: estimular os sentidos, estabelecer contato com o ambiente, aumentar o nível de energia, evocar atividade sensório-motora, aumentar as percepções sensoriais, ou elevar o humor.

- **Escuta para a Ação.** São utilizadas canções e marcações musicais para obter respostas comportamentais específicas, como por exemplo, movimentos motores.

De acordo com os métodos apresentados pela autora, os atendimentos musicoterápicos envolveram as seguintes atividades:

- a) Execução instrumental;
- b) Canto;
- c) Movimentação corporal;
- d) Audição de CDs, fitas K7 e instrumentos musicais;
- e) Construção de instrumentos musicais;
- f) Representação gráfica de canções;
- g) Representação gráfica de criações musicais.

Resultados:

Os resultados dos atendimentos evidenciam os efeitos benéficos da musicoterapia apresentados pela literatura e confirma-a como um importante apoio à equipe de atendimento no tratamento da criança portadora de câncer.

Segundo a autora, a musicoterapia possibilitou mudanças positivas nas reações e sentimentos da criança portadora de câncer, contribuindo para o fortalecimento de seu sistema imunológico; atuou positivamente nos níveis físico, social e espiritual, amenizando estes níveis de sofrimento e auxiliou no desenvolvimento global (cognitivo-lingüístico, psicomotor e sócio-afetivo) dos pacientes com câncer.

A autora apresenta através do quadro comparativo abaixo, os resultados da musicoterapia junto à criança com câncer e sua família.

NÍVEIS DA ATUAÇÃO MUSICOTERÁPICA	FAIXA ETÁRIA		
	(0 – 2)	(2 – 7)	(7 – 11)
FÍSICO	<p>a) Possibilitou a desfocalização da dor, dos procedimentos invasivos e dos efeitos colaterais;</p> <p>b) Favoreceu a atuação física ativa;</p> <p>c) Promoveu alteração positiva de movimento e postura corporal;</p> <p>d) Auxiliou no desenvolvimento do esquema corporal;</p> <p>e) Estimulou a vocalização, auxiliando no desenvolvimento da linguagem oral.</p>	<p>a) Possibilitou a desfocalização da dor, dos procedimentos invasivos e dos efeitos colaterais;</p> <p>b) Favoreceu a atuação física ativa;</p> <p>c) Promoveu alteração positiva de movimento e postura corporal;</p> <p>d) Auxiliou no desenvolvimento do esquema corporal, da linguagem oral, da coordenação motora grossa e fina e no desenvolvimento das noções espaço-temporal.</p>	<p>a) Possibilitou a desfocalização da dor, dos procedimentos invasivos e dos efeitos colaterais;</p> <p>b) Favoreceu a atuação física ativa;</p> <p>c) Promoveu alteração positiva de movimento e postura corporal;</p> <p>d) Favoreceu a descoberta de aptidões musicais;</p> <p>e) Possibilitou o fazer, o produzir, indispensáveis para as crianças que estão afastadas da escola.</p>
PSICOLÓGICO	<p>a) Favoreceu a liberação de tensões, resultando em alteração positiva do humor e melhora do bem-estar emocional;</p> <p>b) Amenizou o contato com a realidade e rotina hospitalar;</p> <p>c) Possibilitou o prazer do explorar sensório-motor.</p>	<p>a) Favoreceu a liberação de tensões e a expressão de sentimentos negativos, resultando em alteração positiva do humor e melhora do bem-estar emocional;</p> <p>b) Possibilitou o prazer, o brincar, a criatividade, a imaginação e a autonomia;</p> <p>c) Auxiliou na melhor aceitação da hospitalização;</p> <p>d) Proporcionou o fortalecimento da auto-segurança, auto-estima e auto-realização.</p>	<p>a) Favoreceu a liberação de tensões e a expressão de sentimentos negativos, resultando em alteração positiva do humor e melhora do bem-estar emocional;</p> <p>b) Proporcionou a criatividade e a manutenção da autonomia;</p> <p>c) Auxiliou na melhor aceitação da hospitalização;</p> <p>d) Proporcionou o fortalecimento da auto-segurança, auto-estima e auto-realização.</p>
SOCIAL	<p>a) Favoreceu a interação mais intensa e positiva entre a criança e a família, principalmente com a mãe, resultando em maior segurança para a criança;</p> <p>b) Promoveu uma positiva relação entre as crianças e a musicoterapeuta.</p>	<p>a) Favoreceu a interação mais intensa e positiva entre a criança e a família;</p> <p>b) Promoveu uma positiva relação entre as crianças e a musicoterapeuta;</p> <p>c) Possibilitou um ambiente de cooperação entre as crianças e entre os familiares;</p> <p>d) Agiu como uma ponte entre as diferenças culturais.</p>	<p>a) Favoreceu a interação mais intensa e positiva entre a criança e a família;</p> <p>b) Promoveu uma positiva relação entre as crianças e a musicoterapeuta;</p> <p>c) Possibilitou um ambiente de cooperação entre as crianças e entre os familiares;</p> <p>d) Agiu como uma ponte entre as diferenças culturais.</p>
ESPIRITUAL	-	<p>a) Possibilitou a expressão de canções religiosas, atuando no sentimento de esperança.</p>	<p>a) Possibilitou a expressão de canções religiosas, atuando no sentimento de esperança;</p> <p>b) Proporcionou a expressão de sentimentos em relação à morte.</p>

Conclusão(ões) da Autora:

Este trabalho está vinculado ao Projeto de Pesquisa, do Serviço de Musicoterapia da Pediatria do Hospital Araújo Jorge, que está em desenvolvimento desde Janeiro de 2000.

A autora cita que o diagnóstico do câncer causa um profundo desequilíbrio e sofrimento em toda a família. Este desequilíbrio apresenta-se numa complexidade de reações e sentimentos, que podem ser observados tanto na criança quanto em sua família. Observa também, muitas vezes, a presença de fatores já existentes anteriormente ao diagnóstico da doença como dificuldades sociais e econômicas, características de relacionamento, crises conjugais, lutos e outros, que podem vir a ser evidenciados ou mesmo agravados pela doença. A atuação de uma equipe multidisciplinar pode, sem dúvida, ser de grande valia na ajuda à criança com câncer e sua família.

Após a análise dos resultados e dos registros dos relatórios, a autora conclui que houve o predomínio das técnicas: Improvisação de Canções e Re-Criação Vocal, sendo mais utilizadas com as crianças na faixa etária de dois a onze anos de idade. A técnica Improvisação de Canções foi muito utilizada também como recurso para um primeiro contato, para abrir o canal de comunicação entre musicoterapeuta e criança/família. Quanto às técnicas Receptivas, estas foram mais utilizadas com as crianças na faixa etária de zero a dois anos de idade.

A autora ressalta que vale lembrar que a criança com câncer e hospitalizada está viva e pode ser curada da doença. Em vista disto, foi indispensável a musicoterapia estar atenta ao seu desenvolvimento global (cognitivo-lingüístico, psicomotor e sócio-afetivo). E ressalta a importância dada à inserção dos membros da família nos atendimentos musicoterápicos. Este procedimento fez com que as crianças apresentassem mudanças positivas desencadeadas pelas vivências sonoro-musicais e pela inter-relação com seus familiares.

OBSERVAÇÕES:

O modo como foi escrito, os dados contidos e sua formatação tornam este trabalho científico. A autora utiliza uma linguagem específica e, ao mesmo tempo, exemplifica, tornando seu trabalho mais claro e objetivo.

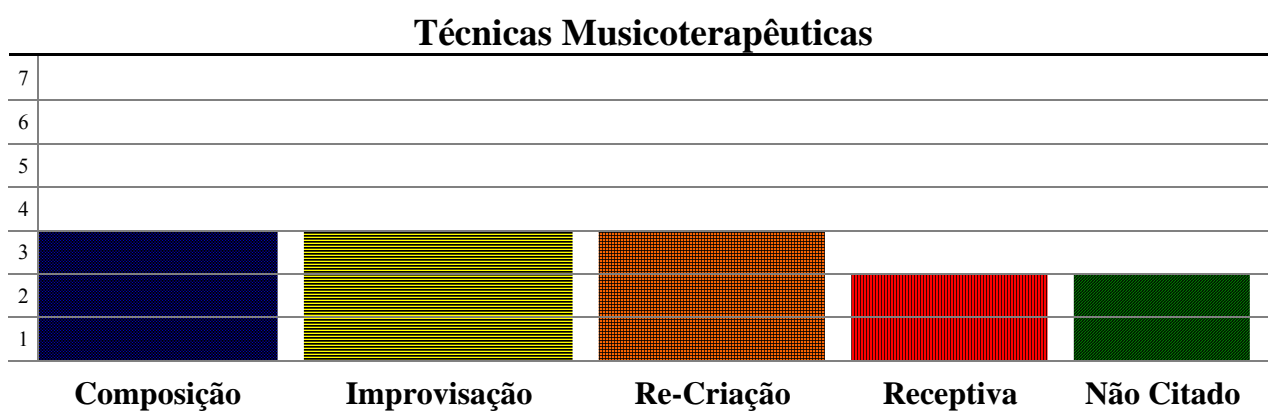
A autora mostra em seu trabalho a preocupação em traçar objetivos individuais para cada paciente e, assim, utilizar técnicas adequadas a cada paciente. Tendo em vista isto, a probabilidade de o resultado ser positivo aumenta.

DISCUSSÃO

A partir dos trabalhos apresentados, verificamos que, no geral, as técnicas utilizadas com pacientes oncológicos visam uma exploração das questões emocionais presentes, não tendo como objetivo trabalhar conteúdos internos ‘antigos’, ou seja, visam trabalhar a condição atual do paciente oncológico, na direção de alcançar a aceitação do estado em que se encontra e, assim, poder evoluir em seu tratamento.

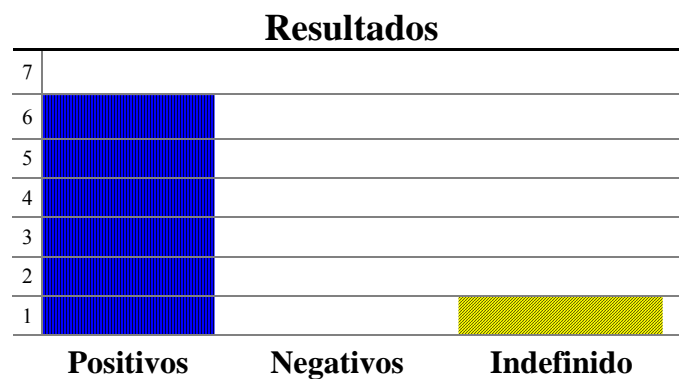
Com relação às Técnicas Musicoterapêuticas, nos trabalhos analisados, verificamos a utilização de: Composição, Improvisação, Re-Criação e Experiência Receptiva, o que sugere que não há, até o momento, uma única técnica que norteie a musicoterapia no atendimento de pacientes oncológicos.

Abaixo apresentamos o número de trabalhos, dentre os sete analisados, que utilizam cada uma das técnicas musicoterapêuticas. Alguns deles utilizam mais de uma técnica.



É possível observar, pelo gráfico acima, que as técnicas de Composição, Improvisação e Re-Criação foram as mais utilizadas, e a justificativa é que estas técnicas ajudam o paciente oncológico a expor seu sofrimento atual e a trabalhá-lo, a fim de dar uma melhor qualidade de vida ao mesmo.

Conforme seus autores, os resultados obtidos nos trabalhos analisados foram, na grande maioria, positivos, conforme mostra o gráfico abaixo:



Podemos dizer que todos os trabalhos obtiveram resultados positivos, já que o único trabalho que não apresentou este resultado, trata-se de uma revisão bibliográfica.

Acreditamos que alguns destes trabalhos, por toda sua linguagem e metodologia, poderiam ser publicados, já que seguem normas técnicas para tal. Isto ajudaria, e muito, a Musicoterapia, pois muitos têm dúvidas a respeito de sua cientificidade.

Em contrapartida, infelizmente, outros trabalhos não apresentam uma linguagem clara, objetiva, e nos padrões científicos, a ponto de ajudar a Musicoterapia; podemos afirmar que isto pode, até mesmo, prejudicá-la, já que grande parte destes trabalhos encontram-se disponíveis na Internet. Com isto, pessoas que desejam conhecer a Musicoterapia, e o fazem pela Internet, não sentem credibilidade e confiança.

A Musicoterapia está no Brasil há pouco tempo, acreditamos que com o passar do tempo, infelizmente só com o passar do tempo, os profissionais começarão a se acostumar com os aspectos científicos da pesquisa, o que ajudará a somar pontos a Musicoterapia.

Não podemos continuar acreditando que a Musicoterapia é mágica, que a música pode tudo, que podemos atingir tudo e/ou a todos com nossas técnicas mágicas. Musicoterapia não é magia, há ciência atrás de movimentação do Musicoterapeuta. E não podemos ter a ‘mente fechada/pequena’ a tal ponto de pensar: “P’ra quê fazer tudo isto em um mero trabalho?” ou “Pra quê escrever?”... Devemos escrever sobre nossa profissão, sobre nossa atuação, sobre os resultados que obtemos, etc.

Devemos expandir o universo da Musicoterapia. Não podemos pensar “Deixe que o outro faça”, devemos nós, cada um de nós, fazer sua parte, afinal, ser Musicoterapeuta foi uma escolha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como base uma fundamentação teórica e uma coleta de dados, a fim de expor ao leitor “o que é a doença oncológica” e “quem é o paciente oncológico”.

Julgamos que o valor de nosso estudo concentra-se na discussão da Oncologia, mostrando como se desenvolve o Câncer, seus aspectos orgânicos e psicológicos, os tratamentos médicos, e também ao discutir Musicoterapia, os fatos históricos da utilização da música para promover saúde, suas definições. Acreditamos que contribui para a área da Musicoterapia, ao investigar, através de uma revisão bibliográfica, trabalhos que apresentam o processo musicoterapêutico com pacientes oncológicos. Podemos então afirmar que a Musicoterapia aplicada por um musicoterapeuta qualificado e com objetivos clínicos traçados após uma reflexão sobre cada paciente oncológico pode apresentar resultados positivos, ou seja, promover a qualidade de vida do paciente oncológico.

Esperamos que esta monografia possa auxiliar quem pretende atender pacientes oncológicos, quebrando alguns estigmas e esclarecendo sobre a real condição deste paciente.

Quando conhecemos o paciente, os motivos que o levam a estar ali e o que é sua doença, como ela se desenvolve e quais os efeitos colaterais da mesma sobre o paciente, podemos nos sentir mais seguros e, assim, em condições de traçar objetivos mais bem direcionados e, deste modo, aumentar nossas possibilidades de obter resultados positivos.

Observamos que 6 (seis) dos 7 (sete) trabalhos analisados apresentam esta preocupação. Traçam objetivos concretos, trabalham com cautela, não fazem uso de técnicas que não sejam cabíveis dentro do atendimento a estes pacientes, pois o paciente oncológico apresenta alta fragilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVIN, J., **Musicoterapia**. Buenos Aires - Argentina: Paidós, 1967.

BALLONE, G. J. - **Transtornos Fóbico-Ansiosos**, in. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/ansitext2.html>> revisto em 2002, acessado em 20 de maio de 2007.

BARSA, Enciclopédia Britânica Brasileira. *Barsa CD, Câncer (medicina)*. 1999.

BENENZON, R. O., **Manual De Musicoterapia** : Tradução Clementina Nastari - Rio de Janeiro : Enelivros, 1985

BENENZON, R. O., **Teoria da Musicoterapia** – contribuição ao conhecimento não verbal. São Paulo : Summus, 1988.

BRUSCIA, K. (1998). **Definindo Musicoterapia**: Tradução Mariza Conde – 2ª ed. – Rio de Janeiro; Enelivros, 2000.

CAPONERO, R., VIEIRA, D. E., TEIXEIRA, M. J. **Dor No Doente Com Câncer**. 1/12/2004

CARVALHO, Vicente A. de, **Depressão e Câncer - Depressão em Pacientes Terminais**. Trabalho publicado nos Anais do VII Congresso Brasileiro De Psico-Oncologia. 26/8/2004.

CHAGAS, M. **Musicoterapia: Paradigmas, Campos De Conhecimento E Concepções Teóricas**. Artigo escrito para o XI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, 2003.

Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3ª. edição, 1ª impressão da Editora Positivo, revista e atualizada do Aurélio Século XXI, O Dicionário da Língua Portuguesa, 2004.

FERRAZ, Cristiane. **Musicoterapia**, in Portal Oncoguia, Internet, disponível em <http://www.oncoguia.com.br/frmMateria.aspx?COD_MATERIA=103 > Acessado em 28 de março de 2007.

HERZBERG, Vitoria e FERRARI, Claudio Luiz S., **TENHO CÂNCER. E AGORA? - ENFRENTANDO O CÂNCER SEM MEDOS OU FANTASIAS**, Associação Brasileira do Câncer, disponível em <www.abcancer.org.br>, acesso em 26 março de 2007.

Informações sobre Câncer. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em <www.inca.gov.br>, acesso em maio de 2007

Michigan State University College Of Music, Internet, disponível em <<http://www.music.msu.edu/academic/degrees/therapy.php>>, acessado em 20 de maio de 2007.

PIMENTEL, Adriana De Freitas. **Musicoterapia E Promoção De Saúde**. Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário, como requisito para obtenção do título de Musicoterapeuta.

SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda, **Desconstruindo a definição de saúde**. Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM) jul/ago/set de 2004, pg 15-16, Internet, disponível em <<http://www.portalmédico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornalJulAgoSet2004#>> Acessado em 15 de maio de 2007.

TOURINHO, Lúcia M. C., Internet, **Site Pessoal** disponível em <<http://www.targon.com.br/users/lucia/1001.html>>, acessado em 18 de maio de 2007.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Câncer e Cancro, disponível em <www.pt.wikipedia.org>, acesso em 12 de abril de 2007

MONOGRAFIAS ANALISADAS

BARRETO, Nelson Vieira, Ribeirão Preto, 2004, **Compondo a Vida – A Utilização da Composição Musical em Musicoterapia na Promoção da Melhoria da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos.**

FERNANDES, Kamila Perassol, Ribeirão Preto, 2005, **Revisão Bibliográfica Sobre Possíveis Efeitos da Musicoterapia em Pacientes com Câncer.**

FERREIRA, Deise Luci Barsotti, Goiânia, 2002, **Musicoterapia e Câncer Infantil: Resultados De Uma Experiência.**

GONÇALVES, Lizandra Maia, Rio de Janeiro, 2001, **Com Palavras Não Sei Dizer – A Musicoterapia em Cuidados Paliativos.**

INOKUCHI, Erci Kimiko, Rio de Janeiro, 2002, **Da Musicalidade à Musicalidade Clínica – “De Um Concerto Para Um Conserto”.**

OLIVEIRA, Patrícia Eleonora de, São Paulo, 1993, **A Importância da Musicoterapia nos Tratamentos Anti-Câncer em Hospitais Infantis.**

SILVA, Fernanda Ortins, Goiânia, 2005, **Musicoterapia na Prevenção e/ou Diminuição do Estresse Psicofisiológico durante a Hospitalização: Um Estudo Com Pacientes entre 10 e 21 Anos.**