

A REALIDADE DA MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PÓS-TRAUMÁTICOS AMPUTADOS NO BRASIL

Débora Cristina Rédua Cabral

Resumo

O artigo, a seguir, apresenta a realidade do quadro de amputações realizadas em várias regiões do Brasil, os sinais e sintomas que podem ocorrer após a remoção de um membro ou parte dele e as possibilidades de atuação do musicoterapeuta na atualidade. Consideramos o conceito de trauma importante para compreensão do processo de tratamento, portanto seu conceito será explorado de forma breve, introduzindo a importância da atuação do musicoterapeuta junto a este paciente. Além disso, serão exploradas as diversas maneiras que a música como terapia tem a contribuir no processo de recuperação do indivíduo que sofre a amputação. Concluindo-se que a musicoterapia tem muito a crescer com esta especificidade de pacientes, incluindo-se na equipe médica e em políticas públicas de atenção básica a saúde. Oferecendo suporte terapêutico desde a possibilidade de amputação à fase pós-operatória, tanto para o paciente como a sua família. Nos dias atuais, poucos são os trabalhos específicos de musicoterapia com pessoas amputadas, portanto o desenvolvimento do artigo se deu através de referências de base da musicoterapia e de profissionais de diversas áreas da saúde que já publicaram os efeitos do pós-trauma de amputação. A fundamentação teórica se respalda em livros como o de Lia Rejane Mendes Barcellos (1999), artigos de Letícia Macedo Gabarra e Maria Aparecida Crepaldi (2009); Daniela Agostinho (2013). Baseado nos autores citados e outros ao longo do trabalho, e nas reflexões adquiridas no decorrer da dissertação, concluir-se-á a importância do trabalho musicoterápico com pacientes pós-trauma de amputação.

Palavras-chave: Musicoterapia. Trauma. Amputado. Reabilitação. Pós-trauma.

Abstract

The article, below, presents the reality of the frame amputations performed in various regions of Brazil, the signs and symptoms that may occur after the removal of a limb or part thereof and the performance possibilities of the music therapist today. Was considered the notion of significant trauma to understanding of the treatment process, so their concept will be explored briefly introducing the importance of the role of music therapist with this patient. Also, will explore various ways that music as therapy has to contribute to the recovery of individuals suffering amputation process. Concluding that music therapy has a lot to grow with this specificity patients, including the medical staff and public policies for primary health care. Offering therapeutic support from postoperative possibility of amputation phase, both the patient and his family. Nowadays there are few specific music therapy work with amputees, so the development of the product was through baselines of music therapy and various areas of health professionals who have published the effects of post-traumatic amputation. The theoretical foundation backs up in books, Lia Rejane Mendes Barcellos (1999), articles, Letícia Macedo Gabarra and Maria Aparecida Crepaldi (2009); Daniela Augustine (2013). Based on the authors mentioned and others throughout the work, and reflections acquired in the course of the dissertation will conclude the importance of music therapy work with post-traumatic amputation patients.

Keywords: Music Therapy. Trauma. Amputated. Rehabilitation. Posttraumatic.

1 Introdução

O homem hoje, e desde a antiguidade (1997) como escreveu Bock, é descrito como aquele que trabalha e que, para viver, é necessário ter. Ter o que comer, o que vestir, onde morar e talvez constituir uma família. Para adquirir todos esses acessórios da vida é preciso

ser funcional, talvez ter *status*, ter sua auto estima equilibrada, não ter medo de encarar as dificuldades que virão, mas acima de tudo o reconhecimento pode "falar" mais alto. Seria o homem reconhecido pelo que é? Pelo que faz ou fala? Ou por seus componentes físicos?

A mídia, a sociedade, em geral, valoriza o corpo, o ser físico, a beleza, a estética, tudo que gera prazer. O homem pode nascer com uma deficiência, pode nascer sem a deficiência e continuar assim pelo resto de sua vida, como também pode nascer sem esta e, de repente, perder um membro do seu corpo. E esta perda, por mínima que seja, ocasionará alterações no seu cotidiano, na sua maneira de se perceber, entender o outro e o mundo que o cerca.

Hoje, a guerra não acomete somente as pessoas em campos de batalha como em filmes, mas sim em estradas, avenidas, ruas, qualquer lugar onde há meio de transporte. O índice de amputações decorrentes de acidente por colisão de meios de transporte só tem aumentado nos últimos anos, especificamente em algumas cidades.

No ano de 2013, a Secretaria do Estado da Saúde informou que o número de amputações em Roraima teve um aumento de 35% nos últimos anos. De 53 procedimentos em 2011 passou para 81 em 2012, sendo a maior parte em membros inferiores (MMII), como relatou Fialho (2013). O Hospital das Clínicas também divulgou que o número de amputados dobrou do ano de 2011 para 2012, de 13 para 26 e até aproximadamente meados de 2013 já chegou a 15. O chefe de trauma do Instituto de Ortopedia da Faculdade de Medicina da USP, Kodi Kojima, declarou que 10% dos acidentados perdem o membro no local do acidente, quando chegam ao Hospital, só resta realizar os cuidados normais, de acordo com Brasil (2013).

Duas pessoas por dia sofrem amputação no Hospital de Urgência de Teresinha(HUT), Pernambuco. No ano de 2012 foram registradas 664 amputações e, em sua maioria, por consequência de acidente de trânsito, como escreveu o Jornal Meio Norte (2013).

E além do alto índice por acidente, há o elevado número de pacientes que possuem diabetes e que, por complicações diversas, acabam tendo que passar por uma amputação. Não é de hoje que este número vem crescendo, portanto, o que os profissionais de saúde, as políticas públicas, vem acrescentando de maneira a proporcionar melhor qualidade de vida e garantir um futuro digno a esta população?

De acordo com o que foi divulgado pela entrevista do jornal O Globo, o Ministério da Saúde divulgou que 70% das cirurgias para a retirada de membros no Brasil são devido às diabetes: 55 mil amputações por ano no Brasil são de pacientes diabéticos. E o presidente da Sociedade de Diabéticos do Rio de Janeiro, Jackson Caiafa declara que quando se aplica um modelo de educação, de cuidado precoce, podem-se reduzir em até 80% as amputações. E,

para completar, a Sociedade de Diabéticos aponta que a maior causa das amputações no Brasil é uma doença previsível e tratável conforme noticiado no Jornal do Brasil(2010).

Além dos estados citados anteriormente, há o estado de Alagoas e Pedrosa, presidente do Conselho Regional de Medicina de Alagoas, declarou que o estado é “recordista brasileiro de amputações de membros por complicações vasculares do diabetes.” (CARVALHO, S., 2013, p.1). O mesmo citou uma avaliação amostral do Hospital de Coruripe, para as cirurgias vasculares, ocorreram 1.200 amputações no ano de 2012 e destas 1.100 foram realizadas por consequência de complicações do diabetes. (CARVALHO, S, 2013, p.1).

A Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), no Rio de Janeiro, apresentou que a maioria das vítimas de trânsito atendidas em 2010 eram homens, 75%. E a lesão mais comum é a de MMII. De um total de 249 pacientes, 136 ou 55% eram amputados, que representam 18% do total de 763 pacientes recebidos na Unidade de Amputados. Das amputações, 136, por trânsito, 53 foram por atropelamento e 50 por acidente de moto, 19 por acidente de automóvel e 13 por atropelamento com trem ou triciclo. A maioria das amputações é decorrente de alterações vasculares por diabetes, seguida de trauma urbano e a amputação transfemural, a sequela mais comum, conforme escrito por Lemle (2012).

Após a perda de um membro é preciso ter acompanhamento familiar, terapêutico e espiritual. A perda de um membro não é como o cortar de uma unha ou cabelo, esta perda pode ser classificada como um trauma. Um trauma que pode levar de meses a anos para ser curado ou amenizado. A imagem corporal, sua percepção sobre si mesmo passa por uma transformação radical por causa da ausência do membro. Mas esta alteração de sua percepção e imagem faz parte de um processo, que vai sendo construído junto de um terapeuta e apoio familiar. Além da ausência de um membro, o paciente pode vir a adquirir a síndrome do membro fantasma, que poderá acompanhá-lo em todas as suas atividades de vida diária. Tudo o que realizava com aquele membro, não mais o realizará da mesma forma.

Este trabalho, portanto, iniciará com o conceito de trauma, que é base para compreender a carga de sofrimentos e alterações que se passam e passarão. Não apenas a perda, do membro em si, de uma parte do dedo, da mão, do braço, da perna ou das pernas. O que a ausência deste membro pode significar para a vítima, quais poderão ser as alterações emocionais, físicas, sociais que farão parte deste novo homem?

Logo a seguir será apresentado o conceito de trauma e de forma geral como é a atuação do musicoterapeuta, através dos sinais e sintomas que o pós-traumático apresenta, como também a realidade da abrangência de intervenções musicoterápicas no Brasil.

2 Trauma, um conceito delicado

O trauma é descrito como:

“Acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica.” (LAPLANCHE, J; PONTALIS. J., 1998, p.522).

O autor aponta para a vida do sujeito, para a intensidade que começa a ser vivida devido a sua incapacidade. A reação ao trauma não poderá ser definida como adequada ou não, cada um tem a sua forma de reagir frente a um trauma e que irá provocar a reorganização psíquica deste, individualmente.

O mesmo autor completa:

“Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações.” (LAPLANCHE, J; PONTALIS. J., 1998, p. 522).

O trauma sofrido pelo sujeito está subordinado à tolerância que cada ser possui, o quanto cada um poderá suportar do trauma de ter perdido um membro, ou até mesmo o acidente, a patologia que o cerca, e que ainda persiste em retornar ao corpo. As alterações sofridas neste corpo, as associações e reações serão acompanhadas de limiares altos que podem ser tanto positivos ou negativos, ou seja, poderão reagir junto com a depressão ou não, sem ela, de forma positiva, excitante a ponto de haver adaptações e habilitações de vida renovadas de forma saudável.

A perda de uma parte do corpo pode implicar em profundas desorganizações na estrutura psicológica do indivíduo, ocasionando uma desestrutura do seu esquema corporal, sendo necessário um processo complexo de reorganização da sua vida, como escreveu Sabino, et al (2013). Esta reorganização poderá se iniciar com o processo de luto do membro perdido. O corpo enlutado deve se reorganizar psiquicamente como fisicamente. Seu esquema corporal deve ser redefinido.

As respostas frente à perda de um ou mais membros de um corpo podem ser vistas através de alguns mesmos sintomas à perda perinatal: nas primeiras semanas após o evento ocorrem sentimentos de tristeza profunda, raiva, culpa, além de entorpecimento, irritabilidade, insônia, falta de apetite e sintomas somáticos; além da redução de autoestima, a tendência de isolamento e sinais de depressão e ansiedade; e a manifestação do luto pode durar de seis meses a um ano, podendo ser estendida até por 18 meses ou mais, como descritos por Lana (2011).

Além dos sintomas acima, os sintomas depressivos são frequentes. É considerado um transtorno quando os sintomas se tornam tão graves que prejudicam o funcionamento normal do traumatizado e se ampliam por várias semanas seguidas. Nos sintomas se incluem mudanças de apetite, perturbações do sono, fadiga e perda de energia, podendo acentuar pequenas dores e se preocupar em excesso com a sua saúde. Além da depressão, podem ocorrer quadros de ansiedade e desesperança, de acordo com Sabino, et al (2013).

A fim de ficar mais claro a respeito do que podem ser essas amputações vamos a alguns exemplos: ponta de um dedo da mão ou do pé, um dedo, uma mão, metade de um braço, braço e antebraço, uma perna, as duas pernas, parte de uma perna, testículo e mama. Todos estes são exemplos de possíveis traumas de amputação que um indivíduo pode sofrer. Dentre estes traumas é importante que haja uma ressignificação do que é esse novo corpo, como ele se encaixará novamente no espelho, na sua mente, nos seus sonhos, nas suas atividades em casa, no trabalho e no lazer. “A utilização do termo amputação em cirurgia, refere-se à retirada de um órgão ou de parte dele, situado numa extremidade, como língua, mama, intestino, reto, colo uterino, pênis e membros”, como explicado por Luccia & cols, (1996, apud CREPALDI e GABARRA, 2009, p.61).

3 A Intervenção Musicoterápica No(s) Traumas(s)

A pesquisa da bibliografia pertinente, toda de origem nacional, em sua grande maioria, mostra a atuação dos profissionais ligados à saúde como psicólogos, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, porém nada específico do que é realizado com esses indivíduos através da musicoterapia.

No Brasil poucos são os registros referentes a esse tipo de pacientes que passam pelo tratamento musicoterápico. O trabalho musicoterápico com este público pode até existir, porém os registros são quase inexistentes em publicações nacionais, talvez pela dificuldade em se trabalhar com questões vinculadas à perda, reestruturação de imagem corporal e totalmente vinculadas a um trabalho interdisciplinar e habilitação para um novo viver ou até mesmo a dificuldade de inserção deste profissional na área pertinente.

O trabalho do musicoterapeuta possui princípios básicos: o princípio de ISO, objeto intermediário e objeto integrador. O princípio de ISO, de forma geral, pode ser descrito como a existência, conjunto, fenômenos de sons que nos caracterizam e nos individualizam. Ele irá resumir nosso padrão sonoro, desde a vivência gestacional até os dias em que vive. Ele se encontra em movimento e está sempre se estruturando ao longo da vida. Ou seja, este

princípio é um elemento dinâmico e que potencializa toda a força de percepção do passado e presente, produzindo um canal de comunicação entre terapeuta e paciente, que estará de acordo com seu tempo mental e sonoro/musical. O objeto intermediário é um instrumento musical e o som, ou os sons que permitem a comunicação terapêutica sobre o paciente, sem desencadear estados de alarma intensos ou alterações do esquema corporal. E o objeto integrador é aquele que, em um grupo musicoterápico, lidera sobre os demais instrumentos e concentra, em si mesmo, a dinâmica de um vínculo entre os pacientes de um grupo e o musicoterapeuta, como escreve Benenzon (1985).

3.1 A Clínica Musicoterápica

O tratamento musicoterápico possui uma sequência a ser seguida para que então a clínica possa ser aplicada, como descreve Barcellos (1999). Este item será baseado no que a autora descreve.

A gênese do atendimento inicia-se com uma entrevista inicial da parte do musicoterapeuta para o paciente e/ou cuidador, depois, uma ficha musicoterápica a fim de conhecer a história sonora do paciente. Para complementação das duas etapas anteriores pode ser realizado o estudo biográfico que documentará o estado do paciente no início do tratamento, um levantamento de hipóteses e planejamento terapêutico.

Após este início ocorre a testificação musical que é específica do processo musicoterápico e é a complementação da ficha musicoterápica; através de sua aplicação é possível observar quais são as possibilidades de comunicação do paciente, que envolvem as dificuldades, as inibições, as preferências, os impulsos, os bloqueios, as reações e os desejos frente aos diferentes parâmetros e instrumentos musicais.

Realizadas as entrevistas, observações e levantamento de hipóteses para o tratamento é necessário realizar o contrato terapêutico. Este tem por objetivo estabelecer os papéis de cada um, terapeuta e paciente, além de especificar os compromissos de ambas as partes: horário, frequência, duração das sessões, honorários, forma e momento do pagamento caso o atendimento seja realizado em consultório, além de faltas e férias do paciente e do musicoterapeuta e recibo para imposto de renda.

Para um delineamento da prática clínica é essencial estabelecer os objetivos. Estes são primórdios, porque irão estabelecer os alvos do processo musicoterápico, direcionando o caminho que o atendimento deve ser seguido e ajudando o musicoterapeuta a ter um procedimento técnico-científico.

Após a primeira fase de entrevistas e estabelecimento de objetivos, dá-se início às sessões de tratamento. Nas sessões é importante que o musicoterapeuta possa perceber o paciente e utilizar a linguagem musical compatível a fim de satisfazer seus interesses e necessidades para que então haja alcance dos objetivos pré-estabelecidos.

Cabe ao musicoterapeuta estar atento aos interesses e necessidades do paciente naquele momento, ou seja, captar a Identidade Sonora Complementar. É função do musicoterapeuta utilizar dos elementos e atividades musicais que atendam não só aos interesses do paciente, mas que possibilitem que se trabalhe as dificuldades dele. Para o musicoterapeuta vários fatores irão possibilitar um bom desempenho, tais como, “o conhecimento e domínio do seu elemento de trabalho – a música; o conhecimento da patologia do paciente e das dificuldades decorrentes desta; o conhecimento da história do paciente; e o autoconhecimento e a sua sensibilidade.” (BARCELLOS, 1999, p.48).

As sessões musicoterápicas podem ser muito ricas quanto ao que o paciente desenvolveu e no que o musicoterapeuta pode intervir. Assim como em observações e futuras intervenções a serem realizadas. Após as sessões é importante fazer as observações das sessões ou relatório das sessões. Estas observações são importantes para:

“sistematizar a coleta de informações, imprescindíveis a qualquer trabalho científico; documentar os dados significativos do processo musicoterápico; estabelecer bases concretas para um trabalho técnico-científico e eventuais pesquisas; e, permitir subsídios para a elaboração de Relatórios Progressivos e para a supervisão.” (BARCELLOS, p.58, 1999).

Além do registro das observações de sessão há o relatório progressivo, que é um relato escrito para avaliar as situações do paciente em relação ao tratamento. Seu objetivo é clarear onde o musicoterapeuta está com o desenvolvimento do processo musicoterápico como a responder a solicitação de outros profissionais que trabalham com o paciente em questão e sua família.

Realizadas as intervenções necessárias e objetivos sendo atingidos ocorre a alta. Para tal acontecimento é importante que tanto paciente, grupo, família e terapeuta estejam preparados. Da mesma maneira um encaminhamento para outra instituição ou outra forma de terapia. É importante que este processo seja cuidadosamente estudado e realizado.

3.2 Pré-Operatório E Encaminhamento A Reabilitação

Antes de dar início ao procedimento de retirada de um membro, é importante preparar o paciente. Em muitos casos, não há tempo hábil ou por um evento trágico, como em acidente de trânsito ou guerra, o indivíduo já sofreu a perda.

"Cavalcanti (1994b) destaca a entrevista pré-operatória como fundamental, objetivando informar o paciente sobre o que esperar da cirurgia, os benefícios e prejuízos, esclarecer dúvidas sobre temores relacionados à operação, garantir os cuidados realizados para prevenir riscos ou complicações." (GABARRA & CREPALDI, p.63, 2009).

Para tal fase é importante que o musicoterapeuta já esteja inserido, pois assim, as dúvidas, ansiedades, perguntas, medos, poderão ser minimizados. Não só através do falar, como também através de uma canção. Essa canção, de escolha do paciente, de preferência, poderá dar o início ao processo terapêutico a ser desenvolvido pós-operação gerando sentido ao que irá acontecer e significando a situação delicada pela qual está passando, assegurando-se no que já lhe foi orientado pela equipe médica.

"a comunicação deve ser honesta e realística, avaliando a aceitação e compreensão das informações recebidas, bem como assegurando os cuidados posteriores e suporte para enfrentar as situações que ocorrerão". (GABARRA & CREPALDI, 2009, p.63).

A honestidade, por parte do musicoterapeuta, é necessária e deve ser cuidadosa. O quanto que o paciente assimilou e aceitou do quanto será a sua perda poderá ser esclarecido após a operação. O suporte musicoterápico poderá dar amparo aos cuidados posteriores e às situações que ainda serão enfrentadas.

Gabarra e Crepaldi (2009) também citam Cavalcanti, (1994) e Parkes (1975) que relatam que a comunicação sobre a amputação desperta o sentimento de perda e luto, e esta pode ser comparada com a perda de uma pessoa querida. Parkes (1975, 1998) comprovou tal sentimento através de uma pesquisa comparando um grupo de pessoas amputadas e um grupo de viúvos, verificando que reagiam com o estado de torpor, reação imediata, mencionando memórias invasivas, evitando lembranças de sensação de presença. Porém, com o passar do tempo os sintomas diminuía e o retorno às atividades do cotidiano era retomado. No entanto, o grupo de amputados tinha uma taxa menor de retorno às atividades laborais e continuavam preocupados com a perda do que os viúvos.

Segundo Gabarra e Crepaldi (2009), a elaboração do luto, em específico, amputação, se inicia antes da cirurgia ocorrer e não há tempo determinado para o término. Lana (2010) completa que esta elaboração, através da musicoterapia, é uma das formas mais investigativas de dentre as terapias criativas para tal caso.

Desta forma é possível compreender um pouco do quão profundo pode ser a necessidade de acompanhamento terapêutico nestas situações e que irá desencadear a necessidade de tratamento no pós-operatório.

3.3 Pós-Operatório E A Realidade Expremida

O pós-operatório deve conter o suporte do paciente e família. É neste momento que a realidade da amputação e da perda chegam. Gabarra e Crepaldi(2009) citam Fitzpatrick (1999) quando considera que o processo de aceitação da amputação inicia-se frequentemente com períodos de descrença, torpor, preocupação, irritação, choro e insônia. Neste período inicia a sensação de ter sua independência e seus planos para sempre inalcançáveis.

Para Kojima, ortopedista e coordenador do grupo de trauma do Instituto de Ortopedia e traumatologia da Faculdade de Medicina da USP, entrevistado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo através do Imprensa (2013), as pessoas que passam pela amputação não possuem apenas o que se chama de '4D' do amputado: divorciado, deprimido, desempregado e desmoralizado, mas carregam consigo os impactos físicos, psicossociais e o custo de amputar um membro ao longo da vida, que pode chegar a R\$500.000,00, entre próteses, retornos médicos e reabilitação. Das vítimas 40% voltam a ter um nível funcional bom e 30% ruim.

Fica, portanto, toda essa sobrecarga de caminhos encerrados e novos a serem iniciados, mas por muitas vezes sem saber por onde começar. É onde o musicoterapeuta entra e intervém em sua necessidade, seja ela emocional, física, social ou familiar.

Após o trauma, vários são os sinais e sintomas a serem tratados. Gabarra e Crepaldi (2009) mencionam Fitzpatrick (1999), Gallagher & MacLachlan (2001) e Horgan & MacLachlan (2004) onde apontam: o processo de adaptação à perda do membro; adaptações físicas - nível de habilidade funcional, dor no coto, e dor fantasma do membro amputado; adaptações psicológicas - reações emocionais tais como ansiedade, depressão, irritação, tristeza, despotamento, sentimento de culpa, autoimagem ansiosa, e desconforto social.

Todas estas alterações podem ser observadas nesses pacientes através do comportamento de negligência no autocuidado do coto, evitar o contato visual com o membro amputado, expressão de embaraço, vergonha e até mesmo aversão ao seu próprio corpo. Essas reações, que são negativas, podem interferir no processo de reabilitação, autocuidado e aumento do isolamento social, como explica Gabarra e Crepaldi (2009) através de Wald & Alvaro (2004).

De acordo com o trabalho que a ABBR proporciona, o programa de reabilitação a estes pacientes inclui um treinamento antes e após a protetização e a adaptação do paciente à prótese, sua independência nas atividades de vida diária e a readaptação social e profissional, o que requer um longo tempo de tratamento. (REABILITAÇÃO, 2014, p.1)

Vale ressaltar sobre a importância de percepção que o musicoterapeuta deve ter durante toda a sessão, desde que esta se inicia. Principalmente nos jovens, idade em que as perdas devido a acidentes e tumores são mais frequentes, período onde suas atividades estão em alta e a constante busca pela independência é interrompida no seu desenvolvimento e então, sua dificuldade em relação a pessoas idosas pode ser maior, como apontou Gabarra e Crepaldi (2009) pelo que Fitzpatrick (1999) explica.

O musicoterapeuta precisa estar atento a todos esses aspectos - a história que ele traz, o contexto onde vive, sua história sonora, seu ISO, para então poder intervir, agir, estimular, orientar, de forma adequada, levando-o a uma nova percepção sobre si mesmo, o corpo em que se encontra, sua imagem corporal, sua percepção sobre o mundo que o cerca, as atividades que realiza, quais as mudanças sofridas e em como poderá olhar e fazer diferente.

Além de poder realizar um trabalho em equipe com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, em sua reabilitação, a intervenção da musicoterapia adicionada ao trabalho destes profissionais poderá alcançar maiores resultados para o paciente. Todos os sintomas citados anteriormente sobre pós-trauma poderão ser trabalhados e amenizados através de intervenções musicoterápicas como com canções, grupos de atendimento a fim de minimizar sentimentos de irritação, raiva, dor e culpa, o tocar de instrumentos para dessensibilização do coto, assim como a imagem sobre si mesmo.

3.3.1 Dor Fantasma

Segundo o que escrevem Gabarra e Crepaldi (2009) baseados em Demidoff, Pacheco & Sholl-Franso (2007) a dor fantasma é um dos aspectos que cerca o paciente amputado. E pode ser um sintoma que dificulta na adaptação psicológica e no processo de reabilitação motora. A sensação de dor na parte perdida do membro amputado pode-se apresentar de formas diferentes, como por exemplo, ardor, aperto e dor que varia em intensidade e frequência.

Tendo como base a mesma referência (2009) e como base Gallagher, Allen e MacLachlan (2001) a ocorrência da dor fantasma pode variar de 46% a 90% entre as pessoas amputadas e a sensação pode durar de minutos a horas, chegando a dias, chegando aos casos de dores contínuas.

Pacientes que não receberam suporte emocional antes da cirurgia de amputação referem mais dor fantasma do que os que tiveram suporte. Os aspectos psicológicos, como ansiedade e estresse, podem ser preditivos da dor fantasma, como destacaram Gabarra e Crepaldi (2009) através de Flor (2002).

A variedade de fantasmas que podem ser apresentados só será entendida quando se considerar as reações emocionais dos indivíduos em relação ao corpo. “... o membro fantasma de uma pessoa amputada como a reativação de um padrão perceptivo dado pelas forças emocionais” (SHILDER, 1999, p.74).

Cabe, portanto, a estes pacientes um acompanhamento contínuo e sólido para que no pós-cirúrgico o processo de dor, ansiedade e depressão não tenham espaço para acontecer.

Benetto, Forgione & Alves (2002) referenciados por Gabarra e Crepaldi (2009), descrevem que, se os pacientes forem encorajados a expressar esse sentimento de perda e sofrimento, ela pode ser prevenida, já que esta dor pode ser entendida pelo fator fisiopatológico, como também, uma tentativa de reintegração corporal.

Se esta dor pode ser prevenida através de expressão de sentimentos, a musicoterapia possui um papel fundamental no expressar dessa dor, este sentimento embutido e mascarado através do medo e incertezas. Através da musicoterapia, o paciente pode expressar-se da maneira que estiver mais confortável ou então pelo toque de um instrumento que lhe chamou atenção. O musicoterapeuta, nestes momentos, precisa estar atento para direcionar esta dor de forma saudável, direcionando e marcando o ritmo, harmonizando o que pode estar sendo cantado, tocado, improvisado e/ou composto.

Em contrapartida, Gabarra e Crepaldi (2009) apresentam o que Horgan e MacLachlan (2004) argumentam - os resultados da pesquisa são variados e inconclusos, colocando que a natureza precisa da relação entre dor fantasma e aspectos fisiológicos não é definida. Apontam que a dor fantasma acontece por causa dos estresses cotidianos, ansiedade, depressão, como qualquer outra pessoa que não tenha sofrido a amputação, podendo evoluir para outras síndromes de dor crônica como o restante da população.

Dadas essas inconclusões pode ser possível tratar o trabalho e função do musicoterapeuta como essencial para a prevenção, controle e promoção de saúde do paciente que sofre de vários sintomas que englobam este trauma e passam pela dor fantasma.

3.4 A Realidade Encontrada Para Tratamento Musicoterápico e o Sistema Único de Saúde dentro da ABBR

De acordo com a fisiatra Leila Menezes de Castro, superintendente médica de reabilitação da ABBR e chefe da unidade de amputados:

“De uma hora para outra, muda completamente a rotina de vida, a vida familiar, profissional, o equilíbrio econômico. Antes a pessoa tem acesso a tudo, faculdade, trabalho...Depois, se trabalhava formalmente, passa a ser licenciado, a renda diminui, a acessibilidade é dificultada, os gastos aumentam muito, porque assim passam a incluir remédios, dispositivos especiais para facilitar o dia-a-dia, a contratação de um cuidador ou alguém da família tem que parar de trabalhar para cuidar e acompanhar a pessoa durante esses meses. Tudo modifica, e a tendência é ter que gastar mais tendo menos.” (LEMLE, M., 2012, p.3).

A ABBR é uma instituição sem fins lucrativos e que atende pelo SUS oferecendo tratamento de reabilitação para crianças, adultos e idosos, com pequenas e grandes lesões. Foi criada com o objetivo de implantar e desenvolver a reabilitação no Brasil a partir do conceito da Organização Mundial da Saúde de aplicações médicas, sociais, educativas e profissionais de modo integrado, a fim de preparar ou readaptar o indivíduo deficiente para que alcance a sua integração total na sociedade.

Em 60 anos atendeu mais de 400 mil pacientes, possui três unidades operacionais, com capacidade de 3.100 pacientes, a maioria atendida pelo SUS. A entidade recebe pessoas de todos os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, com muitas modalidades de tratamento, segundo Lemle (2012). Devido ao alto número de pessoas atendidas na entidade e, por ser referência, o local foi escolhido para retratar a realidade brasileira.

Tendo como base os atendidos pela ABBR, onde cerca 70% dos pacientes são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é possível ter um pouco de noção da realidade brasileira. A instituição atende também pacientes por planos particulares, porém a maior parte dos convênios só cobre a fisioterapia, os outros tratamentos como o de musicoterapia são um custo particular para o paciente. Os pacientes poderão obter o reembolso do valor gasto (máximo de R\$2.700,00, que não cobre todos os gastos) através de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT), ao levar os recibos às seguradoras filiadas ao seguro obrigatório, como apresentou Lemle (2012).

Porém este seguro só irá cobrir as pessoas que sofreram este tipo de acidente, porque é um direito a toda vítima de acidente de trânsito, independente de culpa no ocorrido. Apesar da ajuda que este seguro oferece, não é suficiente, visto que a vítima recebe no mínimo seis meses de tratamento e, no entanto, requer atenção especial para o resto da vida, como alertou a fisiatra Leila Menezes de Castro, superintendente médica de reabilitação da ABBR e chefe da unidade de amputados, entrevistada por Lemle (2012).

Ana Franzoi, médica fisiatra, coordenadora de ensino e pesquisa da ABBR apontou que o encaminhamento à reabilitação é deficiente. Normalmente os pacientes acidentados chegam a entidade de três a quatro meses após o acidente, sendo que o ideal era que

chegassem logo após a alta, notando-se que a reabilitação ainda está afastada da emergência. O paciente traumático ainda leva um tempo até conseguir estruturar-se e ser encaminhado, o que deveria ser iniciado imediatamente após a alta hospitalar e chega a levar um ano para ter início, como relatou Lemle (2012).

A fisiatra completa que a demora para o início do tratamento se deve a uma soma de situações, dentre elas a própria dinâmica familiar, porque tudo fica mais difícil. Se era o paciente que sustentava a casa há muito o que se resolver após a perda. Além dessa situação, há o transporte e o problema do encaminhamento, pois nem sempre o médico encaminha o paciente para a reabilitação, como apresentou a entrevista de Lemle (2012).

3.5 Memória, Significação do Passado & Significação e Sentido do Presente

A memória de uma situação, um fato, um sentimento, são lembranças que trazem o passado à tona. Agostinho define memória nesses sentidos da seguinte forma: “A memória, é portanto, um sistema de representação que permite criar uma imagem do passado que corresponde a imperativos mnemóricos e quadros de significação do presente.” (AGOSTINHO, 2013, p.3).

O autor coloca a memória como um sistema que permite, ou seja, pode ocorrer ou não, a possibilidade de acontecer ou não a criação de uma imagem de passado. Esta imagem do passado refletirá no presente e corresponderá a quadros de significação do presente, que não necessariamente serão presentes, mas o fato de ter lembrado, trazido à memória, traz consigo seus significados, tornando-se presentes através do ato mnemônico.

Relacionando as memórias e significados de um paciente traumatizado, é possível encontrar algumas formas de como trabalhar com este. Cathy Caruth define o trauma como: “a repetição inconsciente de um evento que não se consegue deixar para trás.” (1996, apud AGOSTINHO, 2013, p.4). Portanto, o trauma está ligado à memória e ao inconsciente que não o deixa.

Além da significação que cada memória leva consigo, há o sentimento descrito por Parkes:

“o sentimento de mutilação entre as pessoas amputadas é frequente, principalmente no início, porém que elas aprendem a descobrir suas restrições e suas possibilidades, construindo um novo conceito de *self*, interferindo em sua visão pessoa de si.” (1975, 1998 apud GABARRA, L.M., CREPALDI, M.A., 2009, p. 65).

O sentimento de mutilação atrelado à memória do trauma e seu significado podem, portanto, ser reconstruídos através de um novo conceito, conceito este reproduzido e/ou produzido através da musicoterapia. Dunn coloca a importância de se atribuir um sentido

após o trauma: “A perda física encontra-se permeada por aspectos sociais e psicológicos, e representa algo irrevogável, de forma que a pessoa amputada necessita atribuir um sentido para este evento.” (1996 apud GABARRA L.M., CREPALDI, M.A., 2009, p. 65).

Em contrapartida, Barcellos (2007) aponta a realidade que musicalmente pode se apresentar em um paciente que reage através e com a música. Baseando-se no que a autora diz que a música pode ser um sistema semiológico, ou seja, produz sentido e que, para dar sentido a algo que recebo é preciso ter um contexto, pode-se pensar que em musicoterapia isto significa que um paciente poderá ou não estar atribuindo sentido, seja de forma consciente ou inconsciente, aquilo que produzirá musicalmente.

“A música só tem sentido no contexto” (BARCELLOS, 2007, p.7). De acordo com a autora quando um paciente toca não será sempre que este terá sentido. Poderá haver sentido caso seja de forma semântica, ou seja, se constrói no contexto e tem um sistema ternário.

As memórias e sentidos expressos pelo paciente traumatizado poderão ser significados ou até mesmo re-significados, se estiver dentro de um contexto. Contexto este que poderá ser amparado, tangenciado pela direção do musicoterapeuta e sua harmonização durante o tocar ou cantar de uma música, por exemplo.

4 Considerações Finais

Concluo que o trabalho de musicoterapia pós-trauma de amputação não abrange somente o fato de ter perdido um ou mais membros após um acidente ou doença, mas envolve a família, a sociedade que o cerca e os amigos.

A intervenção musicoterápica com estes pacientes, em específico, não possui trabalhos científicos de origem nacional. A importância para este tipo de intervenção ainda não é dada no Brasil. Da mesma forma um trabalho de prevenção à amputação não é realizado com excelência e pode ser visto através do cirurgião vascular Jackson Caifa que defende que as políticas públicas de atenção básica à saúde sejam revistas. A melhor forma de se evitar a amputação é impedir que o diabetes evolua com todas as suas complicações, mas para isto é necessário que seja diagnosticada cedo. Será preciso um grande projeto nacional para que tenha um impacto efetivo, como apresentou Carvalho (2012).

Além de passar pelo risco, que é a amputação, há o fator econômico que foi relatado pelo diretor da Associação Médica Brasileira, Carvalho (2012) através de Guilherme Pitta: quando tem-se que optar pela amputação, os gastos com verbas públicas são três vezes superiores ao invés de se adotar procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento efetivo.

Todos os dados, estatísticas, declarações e a falta de trabalhos científicos musicoterápicos com pós-traumáticos amputados, mostram a realidade em que o musicoterapeuta se encontra hoje. Pode estar atuando com estes pacientes, mas sem agregar conhecimento à comunidade científica ou então sua atuação é quase nula, visto que a possibilidade de quadro de profissionais musicoterapeutas é difícil dentro de uma instituição de reabilitação.

Em meio à falta de trabalhos efetivos de prevenção e à alta dificuldade em se ter um tratamento integral de todas as necessidades vividas pelo paciente pós-trauma de amputação, a ausência de políticas públicas que supram as necessidades de tratamento impede que muitas sejam as intervenções e ações minimizadoras de sintomas vivenciados pelos amputados.

A intervenção musicoterápica é de extrema importância com estes pacientes para que os seus sintomas como os de depressão, irritabilidade, culpa, sejam minimizados. E até mesmo a crise por ter de sustentar uma família, conseguir um novo emprego não se torne maior do que tudo.

Ser musicoterapeuta envolve dançar a música de outras pessoas, permitir-se entrar no compasso do outro e ter segurança para oferecer o novo e assim modificar o ritmo, pausas e uma nova melodia.

6 Referências

- AGOSTINHO, Daniela. Bósnia, minha pátria ferida: Trauma, pós-memória e representação em Filha da Guerra. *Imagofagia*. Revista de la Asociación Argentina de Estudios de Cine y Audiovisual. n.7, 2013, p.3.
- BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. Análise Musicoterápica: Da Produção à Recepção da Narrativa Musical do Paciente em Musicoterapia: um caminho para a compreensão de sua história. São Paulo: Estação EKI, 2007. p.6-7.
- BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. *Cadernos de Musicoterapia 4*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.
- IMPrensa, A. *Amputações por acidente de trânsito dobram em SP*. São Paulo, SP, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2013/julho/amputacoes-por-acidente-de-transito-dobram-em-sp>. Acesso em: 10 de março de 2014.
- BENENZON, Rolando O. *Manual de Musicoterapia*. Trad. Clementina Nastari. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985, p. 43-44.

BOCK, Ana Mercês Bahia. Formação do psicólogo: um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. *Psicologia, Ciência e Profissão*. vol. 17. n.2, 1997, p.37-42.

BRASIL, B.D. *80% Dos Pacientes Amputados Se Acidentaram Dirigindo Motos*. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2013/07/80-dos-pacientes-amputados-se-acidentaram-dirigindo-motos.html>. Acesso em: 02 de março de 2014.

BRASIL, B.D. *Diabetes É Maior Causa De Amputações No Brasil*. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2010/05/diabetes-e-maior-cao-de-amputacoes-no-brasil.html>. Acesso em: 15 de março de 2014.

BRASIL, Jornal do. ABBR completa 60 anos na reabilitação em busca da sustentabilidade. Disponível em: <http://m.jb.com.br/rio/noticias/2014/02/11/abbr-completa-60-anos-na-reabilitacao-e-em-busca-da-sustentabilidade/>. Acesso em: 23 de junho de 2014.

CARUTH, Cathy. Unclaimed Experience: Trauma, Narrative and History. In: AGOSTINHO, D. *Bósnia, minha pátria ferida: Trauma, pós-memória e representação em Filha da Guerra*. Revista de la Asociación Argentina de Estudios de Cine y Audiovisual. n.7, 2013, p.4.

CARVALHO, S. *Alagoas lidera ranking de amputações*. Disponível em: <http://gazetaweb.globo.com/gazetadealagoas/noticia.php?c=235281>. Acesso em: 02 de março de 2014.

CAVALCANTI, M.C.T. Adaptação psicossocial à amputação de membros. In: GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 63.

CAVALCANTI, M.C.T. Aspectos emocionais no pré-operatório em amputação de membros. In: GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 63.

DE BENETTO, K.M., FORGIONE, M.C.R., & ALVES, V.L.R. Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor fantasma. In: GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 66.

DEMIDOFF, A.O., PACHECO, F.G., % SHOLL-FRANCO, A. Membro-fantasma: o que os olhos não veem, o cérebro sente. In: GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 66.

DUNN, D.S. Well-being following amputation: salutar effects of positive meaning optimism, and control. In: GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 65-66.

FIALHO, B. Acidentes de Trânsito – Cresce o número de pacientes com membros amputados m Roraima. *Jornal Folha Bela Vista*, Roraima, 10 abr 2013. p. 1 e 3. Disponível em:

http://www.folhabv.com.br/Noticia_Impressa.php?id=149707. Acesso em: 02 de março de 2014.

FITZPATRICK, M. The psychologic assessment and psychosocial recovery of the patient with an amputation. In: GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 63 e 65-66.

FLOR, H. Phantom-limb pain: characteristics, causes, and treatment. In: GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 66.

GABARRA, Letícia Macedo; CREPALDI, Maria Aparecida. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 59-72.

GALLAGHER, P. ALLEN, D., & MACLACHLAN, M. Phantom limb pain and residual limb pain following lower limb amputation: a descriptive analysis. In: GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 66.

GALLAGHER, P., & MACLACHLAN, M. Adjustment to na artificial limb: a qualitative perspective. In: GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 63.

HORGAN, O., & MACLANCHLAN, M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. In: GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 65-66.

LANA, Ana Maria Arruda. O luto da perda reprodutiva: uma áera de atuação da musicoterapia. *Pesquisa e Música*. Revista do Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro: CBM, vol.10/11. n.1, 2010/2011, p. 41-65.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário da Psicanálise*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 522.

LEMLE, M. *Amputados são maioria entre vítimas de trânsito atendidas na ABBR*. Disponível em:

http://www.vias-seguras.com/os_acidentes/as_vitimas_de_acidentes_de_transito/as_lesoes_causadas_pelos_acidentes_de_transito/amputados_sao_maioria_entre_vitimas_de_transito_atendidas_na_abbr.

Acesso em 04 de março de 2014.

LUCCIA, N., Gof, F.S., & Guimarães, J.S. Amputação de membros. In : GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 61.

NORTE, P.M. *Duas Pessoas São Amputadas Por Dia No Hospital De Urgência De Teresina (HUT)*. Disponível em: <http://www.meionorte.com/noticias/geral/hut-realiza-664-amputacoes-ao-dia-maioria-causada-por-moto-195735.html>. Acesso em: 02 de março de 2014.

PARKES, C.M. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. In: GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 63 e 65.

PARKES, C.M. Psycho-social trasitions: comparison between reactions to loss of a limb and loss of a spouse. In: GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 63 e 65.

REABILITAÇÃO, Associação Beneficente de. *Unidade de Amputados*. Disponível em: http://www.abbr.org.br/abbr/centro_de_reabilitacao/unidades_de%20tratamento.html. Acesso em: 29 de março de 2014.

SABINO, Stephanie Di Martino, et al. Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes amputados de membros inferiores. *Revista Acta Fisiátrica*. São Paulo: vol. 20, n.4, 2013, p. 224-228.

SCHILDER, Paul. *A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994. p. 74.

WALD, J., & ÁLVARO, R. Psychological factors in work-related amputation: considerations for rehabilitation counselors. In: GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. Vol.30. 2009, p. 65.