

COM PALAVRAS NÃO SEI DIZER: A MUSICOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.¹

LIZANDRA MAIA GONÇALVES

RESUMO

Este trabalho visa focar a Musicoterapia em Cuidados Paliativos, analisado através da utilização do canto como recurso terapêutico. Discute também o uso da música para o músico e para o musicoterapeuta, decorrente da participação no projeto MusiVida – implantado no Centro de Suporte Terapêutico Oncológico, quarta unidade assistencial do Instituto Nacional do Câncer, em Vila Isabel, no Rio de Janeiro. MusiVida tem o intuito de melhorar o ambiente hospitalar e melhora da qualidade de vida dos enfermos adultos matriculados no hospital, fora de possibilidades de tratamento, utilizando a música.

INTRODUÇÃO

“A arte de morrer é tão importante como a arte de viver, o futuro do ser depende talvez inteiramente de uma morte corretamente controlada...”
(O livro dos mortos tibetano, Prefácio à segunda edição).

Falar sobre morte num país de cultura ocidental como o nosso é extremamente difícil. Nossa sociedade sequer gosta de pensar no processo de envelhecimento, que dirá na morte, ambos processos naturais. Ao contrário da cultura oriental onde a morte é uma dádiva, festejada e considerada uma segunda etapa de vida, parte de um

¹ Monografia apresentada ao Conservatório Brasileiro de Música como requisito para a conclusão do curso de graduação em Musicoterapia. Orientador: professora Marly Chagas, 2001

contínuo, um privilégio. Pensar em perder alguém estimado em seu ciclo natural é mais aceitável do que a perda considerada tola e sem nexos, como em acidentes de carro e/ou assaltos, pois seria uma interrupção desse ciclo. A morte é algo para nós ocidentais temível e ameaçadora. Tentamos sempre fugir dela, que é uma realidade sem noção do quando e como. A morte faz parte da vida tanto para ricos quanto pobres, para negros e brancos, não faz distinção.

Em uma abordagem fenomenológica existencial, *Rothschild e Calazans* (Kóvacs, 1992, p.144) relatam o pensar na morte, como pensar na morte do outro, descartando a discussão sobre a sua própria morte: “não posso (eu) morrer, mas o outro sim!”. Pensamos na questão da mortalidade para outro dia, outra hora...amanhã. Muitos dizem : vou morrer sabe-se lá Deus quando – ou quando um grupo está a falar sobre morte, logo aparece a frase: vamos mudar de assunto!

“Temer é sempre temer algo, algo frente a mim por um porquê. O nosso mais peculiar pode ser, do qual nos esquivamos, é a morte...” (Kóvacs, 1992, p.144).

Algumas pessoas dão “Graças a Deus” pela vida ao ver a morte de outro ser. De certo, “Graças a Deus” pode ser encarado como “Graças a não-morte” – uma fuga. É difícil pensar em morte se estamos vivos e temos que levar nossa vida adiante. Imaginar a morte seria a inviabilização de sonhos, desejos, projetos pessoais e profissionais, o futuro.

Kübler-Ross (1991, p.23 e 24) relata nossa sociedade como uma sociedade inclinada e tendente à ignorar ou distanciar-se da morte, evitando-a. O ser humano não tem como fingir estar eternamente à salvo. O tema da morte, a partir de novembro de 2000, tem sido objeto de minhas perguntas, desde que uma vez por semana convivo com pessoas gravemente enfermas, sem possibilidades de tratamento. Esta convivência se dá porque faço parte de um projeto – Musivida, que visa levar a música para enfermarias do CSTO.

Antes de começar o projeto, pensava: como agiria em um trabalho como cantora em Cuidados Paliativos, em enfermagem com pacientes com câncer, à beira da morte, atuando dentro de uma filosofia não-terapêutica – sendo eu uma Musicoterapeuta?

Foi esta indagação a principal motivadora para a realização desta monografia, que pretende analisar questões referentes a utilização da música em Cuidados Paliativos. Lanço mão da análise teórica feita por *Kübler-Ross, de Carvalho, Bromberg, Kóvacs* em articulação com a minha própria experiência no desenrolar do projeto.

CAPÍTULO I

CÂNCER

1.1. CONCEITO

Para compreender o âmbito das questões a serem abordadas, é importante focar o que significa o câncer e o que vem a ser um cliente fora de possibilidades de tratamento.

Analisando o câncer de uma maneira bem simples, podemos dizer que ele ocorre quando células sofrem mudanças em seu material genético, apresentando um aumento em seu número e uma proliferação em descontrole. Caso o sistema imunológico apresente alguma falha em diferenciar as células normais das células ou tecidos anormais, produzidas pelo organismo, o câncer poderá ter uma condição à evolução. As células cancerosas são chamadas de malignas porque podem se locomover fora de seu órgão de origem. Acontecido esse crescimento a distância, há o que chamamos de

metástase. O proliferar das células não causa a metástase, essa ocorre quando células anormais enraízam-se em outro órgão. Teoricamente, qualquer célula do corpo pode transformar-se e originar um tumor maligno.

Tumores quer sejam malignos ou benignos, são denominados e vistos como neoplasma ou neoplasia. Hoje em dia, neoplasma é um sinônimo para tumor.(Farnettane, 2000, p. 34 e 35).

“Várias mutações tem que ocorrer na mesma célula para que ela adquira este fenótipo de malignidade e a biologia molecular vem estudando com acuricidade estes detalhes.”(Yamaguchi, 1994, p.21)

Atualmente, muitos são os tipos de tratamento contra o câncer. O tratamento é realizado por uma equipe multidisciplinar, participando do tratamento médicos oncologistas, radioterapeutas, cirurgiões, enfermeiras, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, entre outros. Estudiosos sobre o assunto câncer e/ou morte citam a importância da família como agente fundamental para o tratamento e a cura do câncer.

1.2. ETIOLOGIA, SINTOMATOLOGIA E ETAPAS DE TRATAMENTO

As causas multifatoriais para o surgimento do câncer são substâncias químicas, fatores externos (ambientais), radiações e infecções virais, que podem contribuir vindo a causar alguma intercorrência e alteração na estrutura celular.

A biologia molecular permite, graças aos estudos altamente progressivos, compreender o câncer de acordo com as mudanças no material genético de suas células.

Devido as alterações nas células orgânicas, muitos sintomas podem surgir para o indivíduo portador de neoplasia : depressão, dores de cabeça, dores no local do tumor, vômito, náuseas, diarréia são alguns dos sofrimentos pelos quais passam os doentes.

Muitos cânceres como os de pulmão, fígado, pele, esôfago, orofaringe, útero, mama e bexiga, poderiam ser prevenidos se hábitos como etilismo, exposição em excesso aos raios solares e dieta saudável fossem abolidos. Atualmente, o que chamamos de prevenção, como exames ginecológicos regulares, hemogramas para detecção de anomalias como câncer de próstata, auto-exame da mama e acompanhamento médico-periódico, são procedimentos indispensáveis para o diagnóstico precoce (de Carvalho, 1994, cap. I).

Embora não seja uma prevenção propriamente dita, o diagnóstico precoce é fundamental para o êxito do tratamento da maioria dos tumores neoplásicos.

De acordo com o tipo de câncer (sabendo-se que existem mais de 200 tumores) e seu estágio, existem diversos tratamentos que possuem um efeito satisfatório, destinados à cura do câncer, tais como a cirurgia oncológica, hormonioterapia, imunoterapia, quimioterapia, radioterapia e transplante de medula. O câncer pode ser dissipado, se diagnosticado a tempo.

1.3. CUIDADOS PALIATIVOS

Caso não haja mais possibilidades de tratamento tendo em vista a proporção avassaladora do crescimento celular e suas mutações, inserimos os cuidados paliativos associado ao trabalho em equipe para a preparação e aceitação da morte, tanto para o doente quanto para o cuidador.

O termo paliativo significa “reduzir a viloência de; diminuir”. Segundo Munro (1984), uma redução e/ou diminuição da dor, ajudando na melhora da qualidade de vida de portadores de doença terminal. Esse trabalho se dá quando o sujeito não possui mais chances de tratamento que possa curá-lo e restabelecê-lo a sua vida normal. A doença progressiva pode ser clinicamente assegurada, enquanto a doença em estágio avançado é mais difícil para definição, podendo ser exemplificada com o surgimento da metástase extensiva, problemas cardíacos e dependência total em condições neurodegenerativas ou AIDS.

No tratamento paliativo não acontece um processo, pois tratando-se desse tipo de clientela a internação é variável indo de breve à “longa”. Diversos são os objetivos de intervenção psicológica nesse período e no que diz respeito à morte pelo câncer. Podemos ajudar essa pessoa a tomar decisões, facilitando-as (em relação à família, finanças, etc.), dar apoio à família e à equipe envolvida.

Podemos auxiliar o enfermo fazendo com que o tempo de tratamento e internação seja respeitoso e digno, colaborando para uma melhor qualidade de vida. É um trabalho de suporte às necessidades oriundas da patologia, ajudando o outro a ter consciência de seu estado (muitas vezes negado) e fazer com que este ainda acredite na vida, mesmo que esta esteja esvaindo-se.

CAPÍTULO II

MUSICOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

2.1. A MÚSICA, O MÚSICO E O MUSICOTERAPEUTA

Trabalhar com música é comum a muitas atividades profissionais: os compositores de *jingles*, os diretores musicais, de filmes, os professores, os musicoterapeutas. Mas o que faz diferença da música como terapia, particularmente, quais são as possibilidades de utilizá-la em cuidados paliativos? Podemos ter claro que somos musicoterapeutas, que estamos utilizando recursos técnicos empregados na musicoterapia, mesmo quando estivermos trabalhando em outras situações que não comportem uma abordagem estritamente clínica.

A música é um recurso comum em cuidados paliativos visto que é extremamente eficiente no controle da dor. Enfermeiros, psicólogos e a família dos pacientes fora de possibilidades de tratamento já descobriram a importância de se colocar a música para seus doentes. Alguns projetos em cuidados paliativos como Musivida (Rio de Janeiro), Doutores do Riso (Recife), Doutores da Alegria (São Paulo), apresentam de diversas formas, músicas para adultos e crianças em cuidados paliativos. Contudo, será a música feita por músicos idêntica a realizada por musicoterapeutas?

“A música não tem a mesma significação para o músico e o musicoterapeuta. Para o musicoterapeuta analítico, a música passa a ser um “objeto perdido” do qual se pode retornar a lógica significante do paciente, é um objeto gerador de ressonâncias, subjetividade. Para o paciente, a música reveste um fenômeno de projeção, às vezes, de construção, para o musicoterapeuta um fenômeno a escutar.”(Pelizzari, 1993,p.39)

A linha proximal que existe entre músico e musicoterapeuta é demasiadamente tênue, mas a diferença está no modo com que observamos o enfermo e tentamos compreendê-lo.

O trabalho do músico, intenção e objetivo é o tocar! Um músico não terá a intenção que um musicoterapeuta possui em analisar uma música, atenção para a canção com que o paciente e a família expõem-se; se houve mudança na letra original, no ritmo, na melodia; se é um canal para pedir perdão, para afirmar o amor, para dizer adeus.

Para o músico, o que estiver sendo executado por ele ou doente será nada mais que música: uma um tanto alegre (mas música), uma um tanto triste (mas música). São palavras cantadas. Para o musicoterapeuta, um susurro, um suspiro, um grito, poderá se transformar em algo que nos leve ao encontro do que o paciente está sentindo. Na maioria das vezes é uma relação que se constrói, o vínculo conquistado no momento

da execução musical, uma comunicação verbal ou não-verbal facilitada pela música, uma comunicação à todo tipo de expressão.

“A música permite o extravasar de vários conflitos e emoções que nos acometem, num espaço apropriado e permissivo com apoio do terapeuta.”(Ruud, 1990, p. 42 e 43)

2.2. A MUSICOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Atualmente há várias pesquisas e artigos mostrando a contribuição da música em medicina (não somente a música, como trabalhos artísticos diversos). A música permite alcançar muitos níveis da consciência, agindo como catalisadora de emoções profundas, podendo dar suporte à comunicação tanto verbal quanto não-verbal. Com base nisto, é que considerei importante relatar meu papel como cantora e musicoterapeuta em um ambiente hospitalar. Sendo assim, é relevante esclarecer nesta monografia, o que é Musivida.

Musivida é o nome dado a um projeto realizado e inserido no Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO). Em novembro de 1998, o CSTO foi inaugurado, sendo a quarta unidade assistencial do Instituto Nacional do Câncer (INCA), situado em Vila Isabel, no estado do Rio de Janeiro – oferecendo serviços de cuidados paliativos para os pacientes matriculados na instituição. Alguns pacientes recebem alta da enfermaria, mesmo estando em fase terminal (muitos preferem estar em suas casas). Musivida é dedicado a ajudar na melhoria do ambiente hospitalar, tanto para os pacientes como para os funcionários, objetivando a atenção para a parte saudável dos pacientes através da música. O projeto é composto por seis músicos, sendo três estudantes do curso de graduação em musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música.

Visitamos as enfermarias às terças-feiras (10:00h às 12:00h) e as quintas-feiras (14:00h às 16:00h). Cada um destes turnos conta com dois músicos, mas cada músico

visita um quarto, sendo que um músico vai à ala direita da enfermaria e o outro à ala esquerda da mesma. O músico toca/canta para qualquer pessoas que estiver presente na enfermaria além dos pacientes.

Na função de cantora do projeto com pacientes em processo terminal, pude observar diferentes aspectos da prática clínica e dos limites e possibilidades de atuação do musicoterapeuta.

FRIEDMAN, em 1978, descreve o uso da música considerando seu poder e/ou potencialidades e da aceitação da valia da musicoterapia, separando-as em áreas que podem ser atingidas com estes clientes em cuidados paliativos. Considera as áreas física, psicológica, social e espiritual, como possíveis de serem atingidas através da música.

Na área *física* observa-se que pode-se alcançar o relaxamento muscular, a substituição da cronicidade da dor, diminuindo-se a percepção da dor e capacitando o enfermo à uma colaboração física dentro de suas possibilidades.

Observei que alguns pacientes, quando conscientes, procuram fechar os olhos para ouvirem as canções. Notei que com isso, partes tensionadas do corpo relaxam. Outros suspiram como se estivessem descarregando, colocando algo de ruim para fora; pacientes mais receptivos, esperançosos e/ou conformados em relação a doença, entusiasmam-se cantando e outros conseguem alguns momentos de sono. Ex.:

Dona Terezinha (por volta dos 60 anos): rosto enfaixado, podendo ser visto somente seus olhos. O câncer provocara um buraco em sua face. Estava consciente, traqueostomizada, expelindo muita secreção. Enquanto a enfermeira trocava seu curativo, fiquei cantarolando, fazendo vocalizes e *boca quiuza*. Tentava suavizar a dor que era visível e insuportável em seu olhar. Ela segurava forte seu lençol. O medicamento usado na face deveria estar ardendo demais e para o meu espanto, o buraco era fechado com uma gaze umidificada com o mesmo medicamento.

Perguntei-lhe se tinha preferência por alguma canção. Disse-me que não com a cabeça. Comecei, então, a cantar “Terezinha de Jesus”, sem fazer ligação consciente com seu nome. Dona Terezinha chorava muito e ao final, ergueu as mãos, aplaudiu e pegou minha mão unindo com a dela, colocando-as em meu peito, do lado esquerdo e dando batidas. Disse que esperava que ela tivesse gostado e olhei de novo para a placa com seu nome e ri!

Falei: “Dona Terezinha...cantei sua música, não foi?!”. Dona Terezinha piscou os olhos em sinal de afirmação! Provavelmente durante sua medicação, conseguiu voltar sua atenção à mim, esquecendo a enfermeira ao seu lado, que de certa forma provocava-lhe dores não intencionais, no momento da troca dos curativos, higiene corporal. Mesmo com fortes dores, esta paciente respirava mais tranquila, menos nervosa. Conseguimos uma relação, uma comunicação naquele dado momento. Seu olhar era o sorriso que não podia me dar como agradecimento.

FRIEDMAN acredita que a música, na área *psicológica*, atua no emocional do paciente, contribuindo para o recuperar de suas auto-estima, assim como estimular sua memória para lembranças – que porventura tenham sido importantes e sirvam como referencial para o progresso da situação recente. Podemos desenvolver no paciente, meios de expressão de sentimentos, sejam estes meios verbais ou não, deixando o paciente ciente da realidade e mantendo a integridade de sua identidade e o conceito de *self*. Ex.:

A princípio encabulada, não sabia a música que pedir e o que gostaria de ouvir. Perguntei se havia preferência por alguma canção, cantor(a), grupo:

- Diz: “KLB”.
- Perguntei qual música?
- Disse-me: “Aquela! Vida!
- Respondi: “Acho que sei...da novela? Mas como começa? Você lembra?”

Ainda retraída, cantou baixinho “A dor desse amor”, acompanhada por mim.

Vejamos a letra:

“ Estou morrendo, morrendo por dentro,
é tanta saudade morando em meu peito...
Vida! Devolva minhas fantasias,
Meus sonhos de viver a vida,
Devolva-me o ar.
Sem teu carinho, meu mundo fica tão vazio
E os dias quentes são tão frios,
E as noites me trazem a dor desse amor...”

Toda a letra é sugestiva sobre o momento dessa mulher, seus sentimentos. Enquanto ela cantava, também chorava pois a música parecia contar tudo o que sentia. Após termos cantado, ofereci uma outra canção a ela, como uma canção que a acolhesse. Cantei “Bem que se quis” (Marisa Monte). A paciente canta, já sorrindo, e quando terminei agradeceu-me e disse que adorava Marisa Monte e essa música, cuja letra é a seguinte:

“Bem que se quis, depois de tudo ainda ser feliz,
mas já não há caminhos para voltar,
e o que é que a vida fez da nossa vida,
e o que é que a gente não faz por amor?
Mas tanto faz,
Já me esqueci de te esquecer porque
O teu desejo é meu melhor prazer,
E o meu destino é querer sempre mais,
A minha estrada corre p’ro seu mar.
Agora vem p’ra perto vem,
Vem depressa vem sem fim
Dentro de mim,
Que eu quero sentir o teu corpo pesando sobre o meu,
Vem meu amor vem p’ra mim
Me abraça devagar,
Me beija e me faz esquecer”.

Área *social* é fundamentada por Friedman seguindo os parâmetros de aceitação social de expressão do *self*, um elo de ligação entre diferenças culturais e para a vida dos pacientes em atividades em grupo, estabelecendo um senso comunitário entre familiares e outros, passado e presente, através de estímulos de associação da mente.

No trabalho do projeto Musivida, algumas vezes lia alguns prontuários, embora essa não fosse uma exigência do projeto, procurando um dado importante sobre quem é o paciente, se possui família ou responsável, sua idade e ano que nasceu, atentando às décadas (se das décadas de 40, 50, 60, 70, 80 em diante). Isso favorece à uma abordagem hipoteticamente precisa sobre que tipo de música o enfermo gosta e poderá pedir, podendo o musicoterapeuta oferecer. Interessante e relevante a fisionomia e o sotaque (ajuda, no caso de não termos nenhum dado sobre a história de vida do enfermo). Ex.:

Era dia de comemoração da Páscoa no CSTO e todos os músicos estavam trabalhando. Enquanto tocávamos em uma das enfermarias, um homem nos chamou até o quarto onde estava com sua mãe internada, pedindo-nos para tocar e cantar para ela. Esse filho nos apresentou à sua mãe, que estava acordada, porém mostrava-se “desligada” do que acontecia ao seu redor. Começamos a tocar e cantar e o quarto logo estava com várias pessoas (enfermeiros, acompanhantes dos outros quartos, outros olhando da porta). O filho dessa senhora chorava sem parar e quando terminamos ele pediu para sua mãe agradecer e dizer que gostou, mas ela não respondeu. Então, esse nos diz: “Ah, deixa, digo por ela...!”. A partir desse momento, ela surpreende a todos... batendo palmas! Seu filho não aguentou a emoção, voltando aos prantos. Todos os que presenciaram ficaram emocionados.

A área *espiritual* proporciona conforto para os sentimentos, apoio às dúvidas, à raiva, ao medo e ao perdão através da experiência musical. Há pacientes que se punem pelo próprio estado e imploram o perdão de Deus (na maior parte dos casos, são pacientes com câncer provenientes de etilismo e tabagismo). Outros podem usufruir da música como um manto, oferecendo-lhes calor humano, apoio, acolhimento. Observo

isso com pacientes sem familiares no hospital: muitos esperam a chegada dos músicos com ansiedade, podendo ser evitada então uma depressão maior pelo fato de além de terem câncer, não terem ninguém. Enfermos em estado de coma e/ou como induzido podem ser mobilizados de alguma forma através do uso da música. Ex.:

Uma senhora apresentando 60 anos ou mais, estava em coma e provavelmente não estaria até o final daquela semana. Aproximei-me dela apresentando-me e dizendo que iria cantar. Cantei “Como é grande o meu amor por você”. Aparentemente não era observada nenhuma reação. Quando terminei de cantar disse-lhe: espero que tenha gostado. Mal terminei a frase e essa senhora moveu a cabeça sinalizando a resposta. Emocionei-me profundamente, assim como as enfermeiras que estavam presentes. Agradei-a por ter me recebido, afagando seu cabelo e dizendo-lhe para não ter medo, pois havia muitas pessoas cuidando dela naquela enfermaria. Despedi-me. Penso que o conteúdo da mensagem dessa música, nesse contexto, pode ser compreendida de forma espiritual. Considerando que o amor grande, sem limites que alguém tem por uma pessoa moribunda, é divino, é transcendente, é o preparador para uma grande e nova viagem.

2.3. O CANTO TERAPÊUTICO NO PROJETO MUSIVIDA

A filosofia do Musivida é a de um trabalho não musicoterápico e não terapêutico. Kloezen (médica e mentora do projeto) deixa isso claro. “A música serve como um instrumento de mudança no ambiente de modo tranquilo, suave, leve e respeitoso, vindo a ter um efeito positivo para quem estiver escutando-a”. Cresceu então meu interesse em relatar nessa monografia algumas de minhas experiências vivenciadas, pelo fato de sentir-me atuando como, além de simplesmente uma cantora, como o que sou na verdade: musicoterapeuta.

Não há necesssidade de delimitar a musicoterapia, pois ela possui diferentes papéis que vão além da atuação clínica (SANTOS, 1998). Ao integrar-me no projeto, não tive como deixar isso de lado. 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.

Tenho claro que a musicoterapia em cuidados paliativos não se apresenta com a estrutura tradicional de um processo terapêutico, mas entendendo a musicoterapia como uma intervenção clínica, cujo procedimento principal é a música – o trabalho por mim realizado, pode ser classificado dentro da musicoterapia em medicina, particularmente musicoterapia em cuidados paliativos.

BARCELLOS, em 1998, descreve o uso da música em atividades variadas e podendo vir a ter efeitos terapêuticos, sendo que a única possuidora de objetivos terapêuticos é a musicoterapia.

Confrontando-me com toda a dor do que é ter um câncer devastando o ser humano por dentro, metástase já feita, corpos deteriorando-se, úlceras de decúbito, tristeza impregnada nos rostos, total dependência e vulnerabilidade, pude notar a diferença entre um choro “conformado” e outros implorando para sair daquela condição monstruosa, de todo um pesadelo.

A maior parte dos pacientes possui uma necessidade de escuta e quando sentem-se à vontade e “abertos” à minha presença, usam em demasia o verbal e venho a saber de toda uma história de vida. Tento ver o cliente como um todo, dando-lhe espaço e tempo, sabendo escutá-lo. Não existe processo terapêutico neste tipo de trabalho e com essa clientela, a maior parte dos internados vivem um mês, uma semana, quinze dias, um mês e meio? Complicado saber.

“A música ajuda a contactar os próprios sentimentos” (HILLMAN, 1984. p43.)

Assim sendo, faço uso da música como elemento facilitador de relações interpessoais, fazendo com que de alguma forma, já estabelecido um vínculo, o enfermo possa “jorrar” seus sentimentos contidos, dando suporte e apoio após, oferecendo a esse uma tomada de consciência de sua debilidade física e emocional.

O maior desafio que encontrei ao trabalhar com pessoas fora de possibilidade de tratamento foi, no que concerne a como dar suporte ao enfermo e o que fazer com seus conteúdos, sendo a música um meio, uma via à externalização ou introjeção de emoções. Sentimentos que todo e qualquer ser humano possui. Então, que objetivos traçar para conseguir algo com essas pessoas? Somente usando a voz... um “presente” musical sem ter preocupações com o que virá depois da entrega desse.

“É evidente que o trabalho numa nova área levará o musicoterapeuta a estudar para que possa melhor lidar com aspectos específicos que desta poderão advir” (BARCELLOS, 1998, p43).

Considero a minha voz, assim como meu cantar, podendo vir a ser terapêutico, na medida em que interajo com o paciente, que o deixo falar, escuto-o e intervenho se necessário. Quando presencio uma crise, a música me oferece a base para sustentar a emoção do enfermo. Com a música estou presente, junto ao seu sofrimento e ao de sua família.

A família com certeza é imprescindível para o bem-estar de todo o ser humano, assim como vários tipos de relação afetiva. O caso de câncer inserido na família gera fortes abalos emocionais e físicos, onde muitos dos membros desta família são afetados após o diagnóstico.

A família, nesse caso, necessita de cuidados, pois é como se ela também fosse um paciente a mais. A equipe que estiver cuidando do enfermo, deverá dar assistência a essa família ou cuidador, explicando sobre a doença, fazendo com que se adapte e aceite, reagindo à realidade patológica, dando apoio às necessidades para que a família aprenda a lidar com a doença e o doente.

O trabalho da assistente social, do psicólogo, terapeuta ocupacional e outros profissionais é importante no que diz respeito ao cuidado com a família e o doente. Paciente/família ainda se dirigem constantemente à figura do médico e no que diz respeito à equipe multidisciplinar, geralmente é como se essa não existisse. Há uma

sobrecarga maior sobre o médico. Cabe ao psicólogo, que atua nessa área de psiconcologia, penetrar nesse seio familiar dando suporte tanto a esta quanto ao paciente e a própria equipe de saúde, que se desgasta profundamente e precisa de uma motivação a continuar e levar seu trabalho à frente. (de CARVALHO, 1994).

O enfermo pode expor com uma canção parte de sua história social, que está ligado à Identidade Sonora e Identidade Sonoro-cultural. (BENZON, 1985) e pode, dessa maneira, compartilhar seus conteúdos internos com o apoio do terapeuta.

Pergunto qual o tipo de música que gostariam de ouvir, que cantor(a) identificam-se, grupo ou estilo musical, tentando fazer com que cantem comigo, ou então, somente estejam abertos à escuta. Muitos entram em depressão profunda e guardam rancor pelo estado em que estão, preciso ser paciente e cautelosa.

Observo que os pacientes conformados são, em geral, muito religiosos. Trabalhando no CSTO notei a influência da religião no processo de passagem, entre a vida e a morte, onde hinos, louvores, canções religiosas são extremamente importantes para esses doentes que professam e proferem uma religião. É importante sermos imparciais, não criando barreiras impedindo o realizar de um trabalho e/ou misturando nosso papel como cuidador como o de quem está sendo cuidado, ou seja, não cantar para um umbandista por ser eu evangélica, tentar mostrar que a religião do doente é errada ou deixar o paciente dominar a situação, fazendo com que o terapeuta se abra pessoalmente. Cabe-nos aceitar o outro como ele se mostra a nós, intervindo em algo (se necessário for) para o crescimento do paciente.

Dentro do estudo musicoterápico, o prazer que as músicas religiosas proporcionam a esse tipo de paciente está relacionada a Identidade Sonora e Identidade Sonoro-Cultural do mesmo, pois faz parte da sua realidade, do seu meio, facilitando uma abertura a qualquer espécie de comunicação. Ex.:

Paciente (homem aparentando aproximadamente 40 anos) estava dormindo. Sua acompanhante estava na porta conversando com um enfermeiro e ao querer entrar no

quarto ela diz: ele não vai querer, é evangélico e só gosta de música assim. Ouvindo isso, voltei-me a ela e disse-lhe: que bom, não tem problema, eu sei cantar esse tipo de música. Ela riu, um tanto surpresa, e entramos juntas no quarto. Cantei “Aclame ao Senhor”, tentando fazer com que ele despertasse, desacreditada pelas acompanhantes que achavam que eu não iria conseguir ter sua atenção. Quase ao final, ele abriu os olhos, espreguiçou-se e agradeceu-me pela música. Disse ter adorado. A música parecia ter agradado demais a ele e seus familiares. Dificilmente acordamos de bom-humor, uma pessoa doente... no seu caso, acordou sorrindo.

Um outro paciente, também religioso, após ter cantado, disse-me assim: essa foi boa, pena que receberei alta, não vou poder encontrar-te e tê-la cantando para mim em outros dias.

Em suma, o canto é utilizado a séculos pelo homem, até mesmo para entrar em contato com algo que consideramos maior do que nós mortais, isso se acreditamos em algo que esteja acima da nossa mortalidade. Antigamente, povos primitivos, crenças diversas, tipos de dança, usavam e usufruíam da música e do canto (voz), que é o primeiro instrumento humano como uma forma de alcançar o supremo e de estar mais próximo e em contato com esta (s) divindade (s).

“A utilização litúrgica da música e do canto se faz presente, enfim, em todos os povos e civilizações, sendo esta uma forma do humano resgatar a unidade cósmica, o sentimento de pertinência com o Todo” (FILHO, Millecco, BRANDÃO e MILLECCO, 2000)

O canto funciona como uma ponte, elo de ligação entre o Bem e o Mau, Céu e Terra, Divino e Profano, Deus e Homem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Afinal, quais os limites de nossa atuação como musicoterapeutas? Limites? Obviamente existem no que diz respeito à ética profissional. Devemos ter consciência, como agentes da saúde, em não assumir compromissos que não tenhamos condições de cumprir e pelos quais possuímos condições técnicas e pessoais (UBAM, artigo1).

Possuindo, portanto, qualificação técnica, os musicoterapeutas não precisam restringir o seu campo de atuação a clínica tradicional, pode-se ampliar o trabalho à outros campos.

Desde o início de nossa formação, somos apresentados às áreas mais conhecidas de trabalho de um musicoterapeuta, porém não temos a necessidade de nos acomodar ao conhecido e fechar vários leques de oportunidades de trabalho, em locais onde a musicoterapia pode vir a ser uma grandiosa *promoter* da saúde e reintegração de um indivíduo na sociedade. Hospitais, creches, maternidades, sociedades como narcóticos e alcoólicos anônimos, escolas, são novos espaços para a implantação de nosso ofício.

Nossa formação pode ser valiosa e qualificada em diversas áreas ainda não exploradas. O medo do novo desconcerta o ser humano e com certeza é mais fácil reexplorar o já explorado, mas quão alegre e desafiador pode ser o abrir e cruzar novos caminhos ainda não pisados e virgens.

As técnicas que dominamos podem se transformar em armas a favor do crescimento do sujeito. Podemos atuar e utilizar a música em vários locais como agentes sensibilizadores. Não há primordialidade de que haja e se faça sempre terapia. (Santos, 1998).

Vários são os campos de atuação da musicoterapia. Usadas em diversos *settings*, com populações diferenciadas. Bruscia (2000), inclui a musicoterapia médica como uma das propostas de atuação para o musicoterapeuta.

A musicoterapia poderá vir a contribuir valiosamente no que se refere ao tratamento paliativo. A presença da música no ambiente hospitalar, na maior parte dos casos é bem recebida pelos pacientes (até mesmo por seus familiares e membros da equipe médica de outras áreas), podendo oferecer um conforto em relação a varias questões, como nos casos mais comuns e rapidamente observáveis: dor, pânico da morte, tristeza e sofreguidão exacerbada, raiva, isolamentos, não aceitação da doença usando de artifícios inconscientes, como se tudo estivesse como antes da doença; servindo de apoio/base canalizadora para os citados, em momentos em que as palavras não suprem todas as necessidades do paciente, fazendo com que este, por meio da música, consiga voltar a ter uma “vida normal” – aceitando sua doença e tentando conviver melhor com a situação atual, vindo então a expressar todos os tipos de emoções contidas ou não, ajudando tanto psicologicamente quanto no físico e social.(Munro,1994).

Finalizando, Musivida está sendo para mim, um valioso e gratificante trabalho, possibilitando-me o enfrentar de meus medos e ansiedades em relação a mim mesma e no que consiste o ser humano. Permitiu ampliar minha visão do que é terapia e terapêutico, fazendo-me entender que a morte é apenas mais um ciclo de vida e que a musicoterapia empregada na área médica possui um grande poder e se for usada adequadamente, poderemos crescer com mérito na mesma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARCELLOS, Lia Rejane M. *Cadernos de Musicoterapia-4*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1998.
- BENENZON, Rolando. *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.
- _____ R. *De la teoría a la práctica..* B.A: Paidós, 2001
- BROMBERG, Maria Helena P.F. *A Psicoterapia em situações de perdas e luto*. São Paulo: Livro Pleno, 2000.
- BRUSCIA, K. *Defining Music Therapy*. N.Y: Hillman Boxill, 2000
- CARVALHO, Maria Margarida M.J. *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editorial Psy II, 1994.
- FARNETTANE, Andréa T. *Musicoterapia e Psicossomática*. Monografia para obtenção do título de especialista em Psicossomática – Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, 2000.
- FILHO, Millecco, BRANDÃO, MILLECCO. *É preciso cantar, Musicoterapia, Cantos e Canções*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.
- FRIEDMAN, M. A. *Some Practical Aids in helping yourself* Deal with the critically ill patients. S.F, 1978.
- Instituto de Informação e Suporte em Oncologia – *Day care Center*. Fone / fax : (5511) 3064 – 7769.
- KÓVACS, Maria. *Morte e Desenvolvimento Humano*. Casa do Psicólogo. São Paulo, 1992.
- KÜBLER, R. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1991.
- MUNRO, S. *Music Therapy in Palliative / Hospice Care*. USA: English Language, 1984.
- PELIZZARI, Patrícia. *Musicoterapia Psicoanalítica: El malestar en la voz*. B.A.: Ricardo R. Resio, 1993.

- ROGERS, C. R. *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Toraes, 1970.
- SANTOS, Marco. IV Fórum Estadual de Musicoterapia, *Clínica Musicoterápica: Limites e Transgressões* - Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 1998.
- www.hospicecare.com
- UBAM. Código de Ética. Disponível no site <http://go.to/ubam>