

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA

LUDMILA RODRIGUES DA SILVA UTIDA

**OS EFEITOS DA MUSICOTERAPIA NOS NÍVEIS DE ANSIEDADE
E DE ESTRESSE EM PORTADORES DE VÁLVULA CARDÍACA**

Goiânia
2015

LUDMILA RODRIGUES DA SILVA UTIDA

**OS EFEITOS DA MUSICOTERAPIA NOS NÍVEIS DE ANSIEDADE
E DE ESTRESSE EM PORTADORES DE VÁLVULA CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Música da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Música.

Área de Concentração: Música na Contemporaneidade.

Linha de Pesquisa: Música, Educação e Saúde.

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

Goiânia
2015

LUDMILA RODRIGUES DA SILVA UTIDA

**OS EFEITOS DA MUSICOTERAPIA NOS NÍVEIS DE ANSIEDADE
E DE ESTRESSE EM PORTADORES DE VÁLVULA CARDÍACA**

Prof^a. Dr^a Claudia Regina de Oliveira Zanini

Prof^a. Dr^a Fernanda Albernaz do Nascimento

Prof^o. Dr. Gustavo Schulz Gattino

DEDICATÓRIA

À Deus e à minha mãe Lindomara Alves da Silva, pois foi com ela e para ela que surgiu o interesse pelo tema.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela vida, sabedoria e cuidado que Ele sempre teve e terá comigo.

À minha mãe, Lindomara Alves da Silva pelo tempo e apoio a mim dispensados na meninice.

À minha sobrinha Júlia Brum Honório Alves pelos incentivos.

Ao meu pai Alziro Zaru Pires da Silva que mesmo distante fisicamente sempre dispensou tempo e afeto para comigo.

Às minhas tias e tios Ivani, Divino Eterno, João e Lindamar, que sempre me ajudaram quando necessitei.

Ao Cláudio Silva Utida Rodrigues, meu marido, parceiro e confidente. Que me acompanha nesse processo de crescimento acadêmico e pessoal. Suportando e segurando firme na minha mão nos momentos de felicidade e de desespero.

À minha irmã Aline Alves da Silva pelo cuidado que têm tido com minha mãe.

A minha prima Érika, que me ajudou e me ajuda nos momentos difíceis.

À Prof^a. Dr^a. Claudia Regina de Oliveira Zanini, por ter aceitado participar deste trabalho, pelos ensinamentos passados, pela paciência e calma em alguns momentos e pelas oportunidades oferecidas.

Às minha amigas Ivany e Mayara, e ao meu amigo Hélvis, que me incentivaram e ofereceram suporte nos momentos de dificuldades acadêmicas e pessoais.

Aos meus sogros Massami e Marineide, e a minha cunhada Fernanda sempre elegantes e disponíveis.

“Quanto a mim, já fui oferecido em libação, e chegou o tempo de minha partida. Combati o bom combate, terminei a minha carreira, guardei a fé. Desde já me está reservada a coroa da justiça, que me dará o Senhor, justo juiz, naquele dia; e não somente a mim, mas a todos os que tiverem esperado com amor sua aparição.”

(2Timóteo 4,6-8)

RESUMO

As doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de morte em vários países do mundo. A Sociedade Brasileira de Cardiologia considera que a doença valvar representa uma significativa parcela das internações por doença cardiovascular. Os pacientes que passam por procedimentos invasivos relacionados à valvopatias necessitam de um acompanhamento multiprofissional. Este é um estudo de metodologia mista, quali-quantitativo, desenvolvido a partir de uma pesquisa-intervenção com aplicação de avaliação quantitativa (dentro de uma perspectiva de antes e depois) e uma análise fenomenológica do processo musicoterapêutico vivenciado. Tem como principal objetivo investigar quais os efeitos da Musicoterapia nos níveis de ansiedade e de estresse de pacientes com prótese cardíaca. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - HC/UFG. Foram incluídos pacientes maiores de dezoito anos, que expressaram sua aceitação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que não fizessem uso de psicotrópicos e que não estavam passando por outra terapia não farmacológica. A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Cardiologia do HC/UFG. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: ficha musicoterapêutica, escala para avaliação de estresse, inventário de ansiedade traço-estado, relatórios de sessões, áudios e/ou vídeos. O processo musicoterapêutico foi desenvolvido pela musicoterapeuta/pesquisadora, utilizando técnicas específicas da Musicoterapia no decorrer de dez semanas. Um grupo de três pacientes do sexo feminino, com idades entre 29 e 44 anos participou de todas as fases do estudo. Evidenciou-se que a Musicoterapia contribuiu para a redução do estresse e da ansiedade das pacientes participantes. A partir da análise qualitativa das sessões, revelou-se que as canções trazidas e os depoimentos no final dos atendimentos expressaram conteúdos internos e evidenciaram sentimentos como sofrimento, superação e resiliência entre as participantes. Com relação aos dados quantitativos, houve melhora, mas sem diferenças estatisticamente significantes. Concluiu-se que a Musicoterapia pode estar entre as possibilidades de tratamento não medicamentoso dos pacientes submetidos ao implante de válvula cardíaca metálica/biológica visando reduzir o estresse e a ansiedade.

Palavras Chave: Musicoterapia. Cardiologia. Valvopatias. Estresse. Ansiedade.

ABSTRACT

Cardiovascular disease is one of the main causes of death in many countries. The Cardiology Brazilian Society believes that the valve disease represents a significant proportion of hospital admissions for cardiovascular disease. Patients who undergo invasive procedures, related to heart valve disease, require a multiprofessional monitoring. This is a qualitative and quantitative study that aims to investigate what the effects of Music Therapy on the levels of anxiety and stress of patients with heart prosthesis are. Patients older than eighteen, who had expressed their acceptance by the Term of Free and Informed Consent, which did not make use of psychotropic drugs and were not going through another non-pharmacological therapy, were included. The research was developed at the Serviço de Cardiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Cardiology Service, Hospital das Clinicas, Federal University of Goiás). The following data collection instruments were used: music therapeutics form, scale for stress evaluation, trace-state anxiety inventory, session reports, audio and / or video. The music therapy process, in a humanistic perspective, was developed by music therapist / researcher, using specific techniques of Musicotherapy in the course of ten weeks. A group of three female patients, aged 29 to 44 attended all phases of the screening. It was evident that Musicotherapy helped reduce the stress and anxiety of the participating patients. The chosen songs and testimonies at the end of the consultations expressed internal contents and showed feelings such as; suffering, overcoming and resilience among the participants. Regarding quantitative data, there was an improvement, but without statistically significant differences. Musicotherapy may be among the non-drug treatment options for patients, who underwent implantation of metal / biological heart valve, to reduce stress and anxiety.

Key words: Music Therapy. Cardiology. Valvulopathies. Stress. Anxiety.

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES: UM OLHAR SOBRE A FISIOLOGIA.....	18
2.2 O SENTIR MUSICAL: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE MÚSICA E EMOÇÃO.....	20
2.3 SONORIDADES: AS MANIFESTAÇÕES HUMANAS	22
2.4 BENEFÍCIOS DA MUSICOTERAPIA.....	25
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	28
3.1 QUANTO AO TIPO DE PESQUISA E ABORDAGEM A SER UTILIZADA.....	28
3.2 PARTICIPANTES.....	29
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
3.4 DESCRIÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	31
3.5 RECURSOS UTILIZADOS NO PROCESSO MUSICOTERAPÊUTICO.....	31
3.6 PROCEDIMENTOS PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA DE CAMPO.....	31
3.7 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS QUALITATIVOS.....	32
3.8 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS.....	32
3.9 ATENDIMENTOS MUSICOTERÁPICOS.....	33
3.10 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS.....	34
3.11 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS.....	34
4 O CAMINHAR DA MUSICOTERAPIA COM UM GRUPO DE PACIENTES PORTADORAS DE PRÓTESE VALVAR.....	36
4.1 DADOS QUALITATIVOS.....	38
4.1.1 Conhecendo o grupo de pacientes com prótese valvar.....	38
4.1.2 Um percurso em musicoterapia grupal.....	38
4.2. DADOS QUANTITATIVOS.....	66
4.2.1 Resultados do IDATE-E.....	66
4.2.2 Resultados do ISSL.....	69
4.3 DISCUSSÃO DOS DADOS.....	72

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	82
ANEXOS	
APÊNDICES	

LISTA DE GRAVURAS

Quadro 1: Lista de frequência dos participantes às intervenções musicoterapêuticas....	36
Quadro 2: Classificação dos Escores de Estresse do Instrumento ISSL.....	69
Figura I: Fluxograma de Inclusão e Exclusão dos Pacientes para os Atendimentos de MT 36	
Tabela 1: Resultados do IDATE-E na primeira aplicação (M1).....	67
Tabela 2: Resultados do IDATE-E na segunda aplicação (M2).....	67
Tabela 3: Resultados da Média IDATE-E.....	68
Tabela 4: Resultados Média Antes – Depois (M1 e M2) no IDATE-E.....	68
Tabela 5: Valores das Médias e Conclusão, com relação ao IDATE-E, de cada participante do grupo de Musicoterapia nos M1 e M2.....	68
Tabela 6: Respostas do ISSL no M1.....	69
Tabela 7: Respostas do ISSL no M2.....	70
Tabela 8: Total Bruto no Teste Wilcoxon ISSL.....	70
Tabela 9: Resultados do ISSL - Total Bruto (M1) e Total Bruto (M2) com aplicação do Teste Wilcoxon ISSL.....	70
Tabela 10: Valores do Total Bruto e Classificação quanto ao Nível de Estresse de cada participante do grupo de Musicoterapia nos M1 e M2.....	71

INTRODUÇÃO

Em 2006, ao ingressarmos no Curso de Graduação em Musicoterapia, e já conhecendo a matriz curricular a ser estudada, sentimos ansiedade para cursar a disciplina de Anátomo-fisiologia, que trataria do sistema circulatório/coração, além de outros assuntos. Nesta ocasião ainda não sabíamos qual seria o tema do nosso trabalho de conclusão de curso - TCC. Somente em 2008, com melhor compreensão do curso e da profissão, pudemos definir o tema que passou a ser o objeto daquele estudo.

Naquele momento, inicialmente, tínhamos pensado em fazer um TCC que envolvesse pesquisa de campo, mas não pudemos concretizá-lo. Com o tema definido e já sabendo que seria algo sobre “Musicoterapia e doenças cardiovasculares”, começamos a buscar artigos relacionados, porém o resultado não foi satisfatório para fundamentar uma pesquisa com intervenção naquele momento. Sendo assim, minhas orientadoras e eu, decidimos elaborar uma revisão sistemática, visando encontrar o maior número possível de estudos e conhecer melhor o campo de atuação que poderia, no futuro, se tornar uma pesquisa de campo.

O uso da música como elemento que propicia o bem estar para a mente e o corpo é antigo. Apolo, personagem da mitologia grega, era o deus da medicina e da música e, por séculos, os benefícios da música para aqueles que se encontram doentes têm sido reconhecido, mas apenas em anos mais recentes esse conhecimento tem sido estudado de forma científica (TODRES, 2006). Segundo o autor, a música influencia as reações físicas, emocionais, cognitivas e sociais de indivíduos de todas as faixas etárias.

A música possui efeitos benéficos para pacientes com dor (NILSON, 2003), alivia a ansiedade pré-operatória nas crianças (KAIN, 2004), age sobre o sistema nervoso autônomo, reduzindo os batimentos cardíacos, a pressão arterial, a dor pós-cirúrgica (IKODOMIDOU, 2004) e tem um efeito positivo nos pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio (WHITE, 1999). Em um estudo sobre a dor após cirurgia abdominal, o uso de relaxamento e da música foi efetivo na diminuição da dor (GOOD, 2005). A música também age na redução da ansiedade e da dor após cirurgias de coração em adultos (VOSS, 2004).

Benenzon (1997) considera que a Musicoterapia é “uma disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento para produzir efeitos regressivos

e abrir canais de comunicação, com objetivo de empreender através dos mesmos o processo de treinamento e recuperação do paciente para a sociedade...”. (p. 274-5).

A Musicoterapia vem sendo utilizada em diversas áreas tais como: social, organizacional, educação, saúde mental, hospitalar, reabilitação (CUNHA & VOLPI, 2008). Existem diferentes tipos de reabilitação: cardiovascular, motora, respiratória, cognitiva, entre outras, sendo a primeira aquela na qual se enquadra o campo de atuação da presente pesquisa.

Para Dippe Junior (2008), as doenças cardiovasculares e ataques cardíacos são, em sua maioria, evitáveis através da adoção de estilos de vida saudáveis, incluindo atividade física, nutrição saudável, controle de peso e o não consumo de tabaco. Estas doenças estão entre as principais causas de morte em vários países do mundo, matando mais de 1,5 milhão de pessoas todos os anos e sendo responsável por 46% das mortes nas mulheres e 38% das mortes nos homens.

Para melhor entendermos o coração é necessário que entendamos sua anatomia e seu funcionamento. A seguir veremos como é a divisão do mesmo e como funciona o fluxo sanguíneo no interior das paredes desse órgão.

O coração possui quatro câmaras: duas superiores e menores, chamadas de átrios e duas inferiores e maiores, chamadas de ventrículos. Cada ventrículo possui uma válvula de entrada e outra de saída, que normalmente conduz o sangue em apenas um único sentido. O sangue flui, através da válvula tricúspide, do átrio direito para o ventrículo direito, da válvula pulmonar do ventrículo direito para as artérias pulmonares, da válvula mitral do átrio esquerdo (também conhecida como válvula bicúspede) para o ventrículo esquerdo e, por último, da válvula aórtica do ventrículo esquerdo para a artéria aorta (INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA, 2008).

A circulação pulmonar é a ventilação dos pulmões, onde se leva o oxigênio em contato com o sangue do coração. O bombeamento do coração faz circular o sangue desoxigenado para os pulmões para a remoção do gás carbônico. Os vasos que ligam o coração aos pulmões são chamados de vasos pulmonares. (VAN DE GRAAFF, 1942)

Conforme Van de Graaff (1942), o sistema circulatório (união do sistema cardiovascular e linfático) apresenta as seguintes funções/características:

- o transporte de nutrientes e oxigênio para as células corporais, de resíduos e dióxido de carbono das células do corpo para os órgãos de excreção; de hormônios das glândulas endócrinas para os tecidos corporais;

- a termorregulação, no que se refere à quantidade de calor perdida pelo corpo que é regulada pelo grau de fluxo sanguíneo através da pele;
- o equilíbrio ácido-base regulando o pH do corpo; e,
- a proteção contra doenças, onde acontecem adaptações em leucócitos para defender o corpo contra microorganismos e toxinas estranhas.

O funcionamento da artéria coronariana, uma das mais importantes do nosso corpo, envolve grandes metabolismos, físicos e psicológicos, gerando estresse para o paciente. Esse pode dificultar a recuperação pós-operatória e o aumento do tempo de internação e mortalidade (NILSSON, 2009).

A investigação e o desenvolvimento de tecnologias médicas inovadoras, dispositivos médicos, significam uma importante contribuição para o diagnóstico mais rápido e exato de patologias. Porém, ainda assim, existe uma parte da população que passa por procedimentos cirúrgicos (INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA, Op.Cit.).

Investigações envolvendo Música/Musicoterapia vem sendo desenvolvidas na área de Cardiologia há alguns anos. Sua utilização, com intensidade suave, em intervenção no período pré-operatório, tem mostrado evidências de que esta pode inibir o estresse e reduzir a ansiedade. Estudos mostram ainda que a música, em pacientes que tenham sido submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica, apresenta efeitos benéficos no pós-operatório. Assim, alguns estudos tem sido publicados envolvendo a aplicabilidade da Música/Musicoterapia neste campo (NILSSON, 2009; KAIN, 2004; IKODOMIDOU, 2004; WHITE, 1999; GOOD, 2005; VOSS, 2004).

Assim, trazemos a Musicoterapia como forma de atendimento a esses pacientes, pois ela se apresenta como uma possibilidade terapêutica a ser desenvolvida com aqueles que sofrem de doenças cardiovasculares. Henry (1995), citado por Hatem et al (2006), apresenta a Musicoterapia como um:

processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o paciente a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas. Como forças dinâmicas de mudança. É um processo multidisciplinar em que se usa, basicamente, como elemento principal de trabalho, a musical. (p. 186)

Zanini (2009) cita diversos autores que têm estudado a ação da música no ser humano, pois esta pode influenciar variações fisiológicas que incluem pressão arterial, frequência cardíaca, respiração, eletroencefalograma, temperatura corporal e respostas galvânicas da pele, assim como parâmetros bioquímicos dos sistemas endócrino e imunológico, além de variações emocionais. A autora ressalta que, dentro desse contexto, o musicoterapeuta também pode ser inserido como participante de uma equipe multiprofissional auxiliando no cuidado ao paciente na área de Cardiologia.

No contexto do paciente cardíaco, acreditamos que urge investigar o modo como ele encara o pós-operatório da cirurgia de troca valvar. Esperamos que a Musicoterapia possa ajudar como um tratamento com abordagem não medicamentosa, auxiliando na recuperação da qualidade de vida por meio do trabalho específico com o universo sonoro que povoa a vida dos pacientes. Ainda que estes sons possam não ser necessariamente musicais (como ruídos), podem ser vivenciados/utilizados como parte do processo de reabilitação terapêutica, no caso desses pacientes no processo musicoterapêutico. Estas experiências e aplicabilidades seriam relacionadas não só à melhoria da qualidade de vida de uma determinada clientela, mas também serviriam de referência para estudos interdisciplinares que se ocupem das relações entre música/universo sonoro e saúde.

Nosso principal objetivo com a presente pesquisa foi investigar quais os efeitos da Musicoterapia nos níveis de ansiedade e de estresse de pacientes com prótese mecânica cardíaca metálica ou biológica. Quanto aos objetivos específicos da investigação visamos:

- desenvolver estudos sobre Musicoterapia e Cardiologia;
- avaliar se a Musicoterapia influencia o nível de estresse do paciente com prótese mecânica metálica cardíaca e biológica;
- avaliar se a Musicoterapia influencia o nível de ansiedade do paciente com prótese mecânica metálica cardíaca e biológica; e
- observar como o trabalho específico com sons e canções que fazem parte da história sonoro-musical e da identidade sonora gestáltica/grupal e/ou cultural pode ser utilizado nas intervenções musicoterapêuticas com um grupo de pacientes com prótese mecânica metálica cardíaca e biológica. Dessa forma traçamos a seguinte linha de raciocínio que foi dividida em capítulos. No segundo capítulo, logo após a presente Introdução, apresentamos a fundamentação teórica, contendo esclarecimentos acerca

das doenças cardiovasculares, das sonoridades/músicas e da Musicoterapia. No terceiro capítulo são esclarecidos os métodos e materiais utilizados no decorrer da pesquisa de campo. No capítulo seguinte são trazidos os resultados qualitativos e quantitativos, as análises e a discussão dos dados. Posteriormente são apresentadas as Considerações Finais, visando trazer reflexões sobre todo o processo vivenciado para a elaboração da presente dissertação.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES: UM OLHAR SOBRE A FISIOLOGIA

Como dito anteriormente, as doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de morte em vários países do mundo, incluindo o Brasil (DEPPE JUNIOR, 2008). O autor explica que, em sua maioria, é possível evitá-las através de medidas simples, como a prática de atividades físicas, uma nutrição saudável, o controle de peso e o não consumo de tabaco. A pesquisa e o desenvolvimento de tecnologia médica inovadora, em especial certos dispositivos médicos como métodos não-invasivos, podem trazer importantes contribuições para o diagnóstico mais rápido e exato dessa classe de patologia.

Dentre a população das pessoas que têm algum tipo de doença cardiovascular, podemos destacar aquelas que passaram por um procedimento para implante de algum tipo de válvula (biológica ou mecânica metálica) em seu músculo cardíaco. Na maioria dos casos, o procedimento de implante de válvula cardíaca visa à substituição da válvula mitral (responsável pela passagem de sangue entre o átrio esquerdo e o ventrículo esquerdo do coração).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC e suas Diretrizes (2011), espera-se que o paciente, após o implante, possa retomar normalmente para as suas atividades diárias. No Brasil, essa entidade científica considera ainda que a doença valvar representa uma significativa parcela das internações por doença cardiovascular. Diferentemente de países mais desenvolvidos, a Febre Reumática é a principal etiologia das valvopatias no território brasileiro, responsável por até 70% dos casos. Sendo a Febre Reumática uma doença inflamatória, de caráter autoimune, provocada pela bactéria *estreptococo beta-hemolítico* do grupo A de Lancefield, a mesma responsável por infecções de garganta e pela escarlatina. A enfermidade, em geral, manifesta-se por volta de sete a quinze dias depois de um episódio infeccioso de faringoamigdalite com febre. O pico de incidência ocorre em 3% das crianças entre cinco e quinze anos, que apresentam alterações no sistema imunológico por herança genética.

Não obstante os avanços médicos recentes para os diagnósticos e as intervenções cirúrgicas, há uma população de pessoas que enfrentam problemas de ordem extramédica no pós-operatório ao longo de suas vidas. Isso porque um dos tipos

de válvula cardíaca é a mecânica metálica, feita de aço cirúrgico, que produz um ruído audível a alguns metros de distância. Aliado a isso, o medo de possivelmente não ter uma vida igual à anterior ao implante, o uso de medicamentos específicos para “afinar” o sangue chamados anti-coagulantes e o receio de a válvula se deslocar no pós-cirúrgico fazem com que o paciente tenha o nível de estresse elevado, principalmente aqueles que apresentam dificuldade de adaptação ao ruído que esta válvula emite.

Segundo Ferreira (2001), estresse é o conjunto de reações do organismo a agressões de origens diversas, capaz de perturbar o equilíbrio interno. Ainda de acordo com Gois e Dantas (2004), estresse é qualquer situação na qual uma demanda não específica exige que o indivíduo reaja e tome uma atitude. Uma situação tensa, fisiológica ou psicológica pode afetar a pessoa em todas as dimensões humanas. A resposta ao estresse é influenciada pela intensidade, duração e âmbito do estressor e pelo número de estressores presentes no momento. Estressores são definidos como estímulos prévios ou precipitantes de mudança que podem ser classificados em internos (aqueles que se originam dentro da pessoa como, por exemplo, uma febre) ou externos (aqueles que se originam fora da pessoa como, por exemplo, mudanças ambientais ou nas relações sociais).

Almeida (2011) relata que a opção entre os tipos de prótese no adulto é determinada, primariamente, pela avaliação do risco de sangramento relacionado à anticoagulação, com uma prótese mecânica versus o risco de deterioração estrutural valvar, com uma bioprótese.

Percebemos que na população de pessoas que são submetidas ao procedimento cirúrgico, o ruído produzido pela válvula mecânica metálica atua como agente estressor. E Hammermeister et al. (2000) encontrou incidência de reoperação mais alta em pacientes com próteses biológicas em comparação com mecânicos sendo assim um fator gerador de estresse nesses pacientes com esse tipo de implante. Além disso, observa-se que no pós-cirúrgico apenas os aspectos biológicos e clínicos são enfatizados em detrimento das relações que os pacientes estabelecem com o ruído produzido pela válvula metálica. Nota-se que o tratamento pós-operatório é entendido mais como médico-clínico (dentro de uma especialidade) do que como terapêutico, conseqüentemente desconsiderando um aspecto importante do processo de recuperação e adaptação dos pacientes.

As doenças cardiovasculares e seus procedimentos cirúrgicos, de uma maneira muito particular, fazem parte, ainda nos dias atuais, de um mito, onde quem passa por uma dessas cirurgias, de modo involuntário e inconsciente, imagina não conseguir levar uma vida normal, o que é uma inverdade. Conforme Rique; Soares; Meirelles (2002), indo ao encontro do que Deppe Júnior (2008) afirma, as doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de morte em vários países do mundo. No entanto, descobrindo o que se passa com o paciente, é possível tratá-lo, levando a ter uma vida normal.

A troca valvar, em muitos casos, pode ser considerada, como uma razão para a dificuldade do paciente em voltar a ter um vida produtiva, “normal”, em função de uma representação social¹ existente para o coração, por ser um órgão tão importante para o ser humano, ligado a contextos físicos, emocionais e, por vezes, sociais, influenciando em todos os âmbitos da vida.

Jenkins (1994) buscou indicar a relação entre os fatores psicológicos e as doenças cardiovasculares. Assim, definiu alguns fatores sociais que são comuns a esses pacientes:

- Mudança frequente de residência ou profissão;
- Nível sociocultural inadequado com a posição profissional que ocupa;
- Problemas do individuo com a família (mulher e filhos);
- Situação financeira;
- Problemas do individuo com o grupo que vive.

Todos os fatores apontados acima puderam ser observados ao se trabalhar com a clientela que foi objeto do presente estudo, em um processo musicoterapêutico voltado para a diminuição do estresse e da ansiedade.

2.2 O SENTIR MUSICAL: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE MÚSICA E EMOÇÃO

¹ De acordo com Arruda (2002), uma representação social está principalmente relacionada com o estudo das simbologias sociais a nível tanto de macro como de micro análise, ou seja, o estudo das trocas simbólicas infinitamente desenvolvidas em nossos ambientes sociais.

É muito interessante pensar na ideia de que existe alguma relação entre a música e as emoções humanas. É comum ouvir pessoas utilizando termos emocionais para se referir às músicas que escutam, nos mais variados contextos. Frases como “Esta música é triste,” “Esta música expressa melancolia,” “Esta passagem musical é jocosa,” são proferidas de forma mais ou menos irrefletida pela maioria das pessoas. Quanto ao que é veiculado por meio da música, pode-se verificar posicionamentos como o que se segue: “a música favorece uma saudável expressividade emocional, a fluidez dos pensamentos e a serenidade das reflexões, induzindo um estado de maior segurança (...) até então desconhecido”. (ANDERSON, 2005 apud LIMA; IWAMOTO; FILHO, 2008, p.1387)

Existem variações de pensamento quando se fala em “música e emoção”. Neste estudo serão comentados dois argumentos do crítico musical alemão Eduard Hanslick, defendidos em seu livro *Do Belo Musical* (1891). O primeiro refere-se ao fato de que as músicas não podem nem provocar, nem tampouco exprimir emoções definidas; o segundo aborda a Teoria dos Afetos, constituída no período Barroco.

O primeiro argumento de Hanslick (1891) visa atacar a ideia de que a música pode provocar emoções definidas. Podemos formulá-lo de maneira bastante simples, com o seguinte exemplo: se a música pudesse provocar emoções definidas, então haveria uma relação causal necessária entre ela e a emoção provocada no ouvinte; mas não há tal relação, uma vez que pessoas diferentes podem reagir com emoções diferentes à mesma música.

Há pessoas que se emocionam profundamente ao ouvir “Como é grande meu amor por você” de Roberto Carlos. Outras podem dizer simplesmente que não sentem emoções ao ouvi-la, podendo até ficar com sono. Assim, a música não pode provocar emoções definidas; pode, no máximo, provocar emoções diversas em diferentes pessoas, o que não lhe atribui qualquer valor especial, já que as emoções humanas podem ser provocadas pelos mais variados acontecimentos: uma vitória ou uma derrota de um time de futebol favorito, a morte de um familiar.

O segundo argumento poderia ser considerado um pouco mais sofisticado. Ataca a tese de que a música pode exprimir ou representar emoções definidas. Parte da ideia de que as emoções têm um elemento intencional, ou seja, um conteúdo que envolve estados mentais, como crenças, desejos etc.

Mesmo que os argumentos de Hanslick sejam interessantes e refutem a ideia de que a música é absoluta, d'Aversa (2010) assinala que a música é um meio de provocar e exprimir emoções definidas. Resta o fato de que a música, de alguma maneira, que ainda desconhecemos em sua totalidade, nos afeta emocionalmente. Assim, parece que precisamos explicar o processo pelo qual somos emocionalmente afetados pela música e, ao mesmo tempo, esclarecer a natureza desta experiência emocional.

2.3 SONORIDADES: AS MANIFESTAÇÕES HUMANAS

Lent (2001) explica que ouvimos sons em virtude de vibrações que são conduzidas através do ar. Tais vibrações, na forma de ondas sonoras, são transformadas em impulsos nervosos e levadas ao cérebro que as interpreta como espécies diferentes de sons que levam, de algum modo, à experiência de alguma emoção, ou ainda, como afirma Morin (1999, p. 131): “temos um cérebro mamífero com o sistema límbico, que permitiu o desenvolvimento da afetividade; enfim, temos o córtex e, sobretudo o neocórtex, que desenvolveu formidavelmente o cérebro do *homo sapiens*.”.

Segundo Lundy-Ekman (2004), o termo límbico, que significa “limite” poderia ser aplicado à atividade do sistema como um limite entre as áreas conscientes e inconscientes do encéfalo. O Sistema Límbico é uma estrutura cerebral que, muito embora não se tenha chegado a um consenso completo sobre ela, a maioria das autoridades científicas define que as seguintes áreas a constituem: hipotálamo, núcleos anteriores e mediais do tálamo, córtex límbico, hipocampo, amígdala (para LeDoux (1998) considerada como “sentinela emocional”) e porção basal do prosencéfalo.

Essa ideia de que as emoções residem nas características musicais originou-se, principalmente, no período Barroco, por volta do século XVII, baseada em uma antiga analogia entre música e retórica (disciplina que tem por objetivo estudar a produção e análise do discurso). A inovação do recitativo deu aos teóricos uma ampla ocasião para observar o paralelismo entre a música e o discurso (BUKOFZER, 1947, p.388).

Os músicos do Período Barroco buscavam novas tendências de expressão musical e, sobretudo nesse período apareceu uma de suas principais características, a

busca por uma forma de linguagem musical que servisse ao texto de maneira que os sons pudessem exprimir de fato os sentimentos, como amor, ódio, felicidade etc.

A concepção da música relacionada às emoções é trazida por Samuel Quickellberg, citado por Grout e Palisca (2007, p.209) na seguinte afirmação: “Adequar a música ao sentido das palavras, exprimir a força de cada emoção diferente, tornar as coisas do texto tão vivas que julgamos telas deveras diante dos olhos [...]” é por esse autor algo afirmativamente tocante e concreto.

Segundo Norman (2002), afeto e cognição podem ser ambos considerados sistemas de processamento de informação, mas com diferentes funções e parâmetros operacionais. O sistema afetivo é crítico, associando valência positiva ou negativa ao ambiente de forma rápida e eficiente. O sistema cognitivo interpreta e dá sentido ao mundo. Cada sistema influencia o outro: algumas emoções - estados afetivos - são orientadas pela cognição, e a cognição é orientada pelo afeto, conclui o autor.

A mente humana é inacreditavelmente complexa e, embora os indivíduos basicamente tenham a mesma forma de corpo, também têm diferenças individuais. Emoções, humores, características e personalidade são todos considerados aspectos e modos diferentes nos quais as mentes trabalham, especialmente ao longo do domínio emocional, afirma Norman (2003). Emoções podem mudar um comportamento, à curto prazo, porque respondem aos eventos de forma imediata ou podem durar períodos relativamente curtos, minutos ou horas. Humores são mais ou menos duradouros, pode-se medir em horas ou dias.

Então, afinal, o que é emoção? Para Lent (2001), a emoção é uma experiência subjetiva acompanhada de manifestações fisiológicas. O autor afirma que existem três grandes utilidades para as emoções: a sobrevivência do indivíduo, a sobrevivência da espécie e a comunicação social. Ainda considera que existem dois grandes grupos de emoções, as positivas, que nos dão prazer; e, as negativas, que provocam desprazer, como o medo, a ansiedade e o estresse.

Se a emoção tem a definição descrita acima, a música nos afeta emocionalmente “porque cria ambientes de humor aos quais reagimos em um nível subconsciente e não-verbal” (McCLELLAN, 1994, p.143).

Os efeitos da música podem ser sentidos em diferentes ambientes e situações sociais como já percebemos rotineiramente, no meio social, profissional, em publicidade, nos esportes, na televisão. Correia (2009, p. 344) afirma que atingir as

emoções é um dos principais objetivos da música e que, por esta razão, filmes, anúncios e instituições religiosas “creem no fato de que o tipo certo de música pode proporcionar, com sua imagem, mudanças emocionais no ouvinte”, ainda de acordo com o autor, a música pode afetar inclusive as emoções para “melhorar o desempenho em corridas de longa distância, na ginástica e em modalidades esportivas de competição, aumentando a resistência física e contribuindo para o controle da dor” (idem).

LeDoux (1998) afirma, categoricamente, que a mente humana não existe sem emoção, “as criaturas tornam-se almas de gelo - frias sem vida desprovidas de desejos, temores, tristeza, sofrimentos e prazeres” (p.24).

Para d'Aversa (2010), o fato de as músicas e as emoções humanas serem objetos de natureza tão distinta impede-nos de traçar semelhanças fortes e decisivas. No entanto, por partilharem algumas propriedades dinâmicas iguais, é possível estabelecer um grau de semelhança que nos permite explicar como as músicas podem exprimir emoções.

No contexto musical a percepção do andamento (variabilidade do tempo musical) e da dinâmica (variação da intensidade) pode alterar a forma com que o indivíduo sente e/ou se emociona ao vivenciar uma experiência sonoro-musical.

As indicações de andamento são as que estabelecem a velocidade na qual será tocada a música (ALVES, 2005). Para isto, d'Aversa (2010) esclarece que os termos geralmente utilizados são: *lento*, *larghetto*, *adágio*, *andante*, *allegro*, *presto*, *prestíssimo*. É claro que, ao longo da música, o andamento pode mudar e, para designar tal mudança, são utilizados outros termos, como: *accelerando*, *stringendo*, *rallentando*. Quanto às indicações de dinâmica, são as que determinam o volume ou a intensidade sonora. Exemplos de termos utilizados em música com este intuito são: *pianíssimo*, *mezzo piano*, *mezzo forte*, *fortíssimo*, *sforzando*.

Dinâmica é a propriedade de um som ser mais forte ou fraco (*piano*), com mais ou menos intensidade. Desta maneira, aparentemente, a capacidade da música para exprimir emoções reside no fato de algumas de suas propriedades partilharem semelhanças com algumas características dos sentimentos (D'AVERSA, 2010).

A música, segundo Delgado (2000), envolve a transformação dos estímulos sonoros em fenômenos elétricos e químicos, os únicos que podem circular no interior do cérebro. O autor afirma que o ouvido capta o som, que faz vibrar os tímpanos, iniciando fenômenos fisiológicos que passam pelas vias nervosas acústicas, as quais modificam

suas qualidades físicas e químicas, devido a intervenção de vários agentes inter-cerebrais, até chegar às estruturas centrais, que percebem, consciente ou inconscientemente, os sons musicais.

Deste modo, para se ter a emoção, Zampronha (2002) afirma que, além das dinâmicas musicais, a emoção também sofre influência da cultura, sendo assim pode-se pensar que em cada lugar há um modo de sentir a música de forma diferente.

Levitin (2010) corrobora com tal pensamento dizendo que uma parte crucial da emoção musical está na métrica, pois a música se comunica emocionalmente por meio de sistemáticas violações das expectativas, que podem ocorrer em qualquer domínio - alturas, timbre, contorno, ritmo, andamento e assim por diante, mas que não podem deixar de existir.

Nas conversas, ou seja, na expressão verbal, ações como os pedidos de perdão ou a expressão da raiva não se dão com precisão mecânica. À medida que a música é o reflexo do nosso cotidiano, da nossa vida, de nossas interações pessoais, precisamos expandir, contrair, acelerar, retardar, fazer pausas e refletir, e a única maneira de fazermos sentir essas variações de tempo é por meio de uma espécie de sistema de computação do cérebro, que extrai informações de quando devemos fazer os acentos (LEVITIN, 2010).

O mesmo autor aponta ainda que o cerebelo é fundamental, sendo a parte do cérebro que está intimamente ligada à questão do tempo. Deste modo, o papel do cerebelo é de suma importância no sentido de apoiar e ajudar os instrumentistas e regentes a acompanhar o tempo musical e a manter um andamento constante, inclusive para mobilizar no rastreamento do tempo musical dos ouvintes e em certos elementos da emoção, como alerta, medo, raiva, constatando também que esta implicado no processo auditivo.

Com relação à questão do tempo musical, Novaes (1994), no livro *Criatividade: expressão e desenvolvimento*, afirma que o tempo é objetivo e subjetivo. Szamosi (1988) aponta que em uma sociedade em que a vida social é estruturada e regulada por relógios precisos, onde o tempo medido invade a maioria dos aspectos da vida, ajustamos a nossa vida ao “tempo métrico”, que é mensurado pelos números dos nossos relógios, e ao “tempo que sentimos”, de caráter subjetivo, que é o tempo das sensações.

Para Novaes (1994), na criação científica ou artística, o tempo permanece sempre presente e suas facetas se interligam nas diversas modalidades de expressão que se complementam, como: ritmos, formas, imagens e movimentos.

Barcellos (1985), em texto abordando a utilização da música como elemento terapêutico, considerou que todas essas manifestações humanas produzem emoções, sentidos, significados e podem influenciar o viver e propiciar transformações.

Voltando-se, assim como Barcellos, para a importância da música na vida humana, Vargas (2012) acrescenta que “a música afeta cada um de modo singular e quando muitas vezes a fala e a ação impõem resistências, a música libera” (p. 955).

Assim, a partir dos autores citados, percebemos quão intrínseca é a relação entre a música e a emoção, que caminham pelo decorrer dos percursos de cada ser e da história da humanidade.

2.4 BENEFÍCIOS DA MUSICOTERAPIA

Os sábios falavam antigamente que a música era capaz de restaurar a divina harmonia e o ritmo do corpo, as emoções e o espírito do ser humano, pois a grande maioria dos males, tanto físicos quanto mentais sofria a ação da música (JARDIM, 2004).

O aspecto curativo da música sempre esteve presente no seio da humanidade. As sociedades primitivas davam mais importância aos cantos mágicos e às danças rituais do que às ervas medicinais para curar seus doentes. Segundo Leinig (1977), em um dos primeiros livros publicados sobre Musicoterapia no Brasil, os primeiros relatos escritos sobre a influência da música no ser humano foram encontrados em papiros médicos egípcios pelo antropólogo inglês Flandres Petrie, por volta de 1899. Jardim (2004) comenta que a música foi usada como ferramenta terapêutica pelos antigos chineses, persas, egípcios, gregos e outros povos.

Segundo a Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia, em julho de 1996, a Musicoterapia foi definida como:

A utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos

relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento. (UBAM, 1996, p. 4)

Apesar de a definição de Musicoterapia apresentada acima não ser a mais atual da Federação Mundial (*World Federation of Music Therapy*), pois em 2011 foi criada outra, consideramos a de 1996 como a mais abrangente em relação ao presente estudo.

Com relação às ações do musicoterapeuta no decorrer das sessões, foram definidos quatro métodos importantes, segundo Bruscia (2000), onde o paciente tem a experiência musical com propósitos terapêuticos. Estes métodos são: improvisação, em que ele canta alguma canção ou toca alguma melodia ou ritmo de improviso; re-criativas, o paciente executa, produz, interpreta e transforma algum modelo pré-existente; composição, método em que se pode compor canções, letras ou peças instrumentais; receptivas, o paciente ouve a música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade. Segundo o autor, cada método possui objetivo e variações; em todos há como serem trabalhadas, particularmente, as necessidades de cada paciente.

A música é o principal meio ou recurso de trabalho para o musicoterapeuta. Este profissional acredita no potencial terapêutico da música, em seu alcance e em suas possibilidades como reveladora e restauradora da alma humana, desta forma Milleco Filho, Brandão e Milleco (2001) citam que: “A musicoterapia pode ser definida como uma terapia auto-expressiva, que estimula o potencial criativo e a ampliação da capacidade comunicativa, mobilizando aspectos biológicos, psicológicos e culturais” (p. 80).

Em Musicoterapia, a relação entre música e linguagem pode ser observada a partir de diferentes olhares: o papel de música na mediação da comunicação entre terapeuta e paciente e a expressão (comunicação) do paciente por meio dos aspectos musicais. A questão da comunicação é de ordem prática, ou seja, como estabelecer, manter e desenvolver a comunicação entre musicoterapeuta e paciente através dos parâmetros musicais. Dessa forma, observamos que:

há uma tendência a considerar a relação música-emoção como concreta e direta. Se a música é vista como uma *representação* não verbal da emoção - ou a estrutura de uma emoção -, temos a possibilidade de nos ocupar de uma espécie de atividade comunicativa onde a música atua como veículo de comunicação direta como uma pessoa no nível emocional ou, geralmente implícito, no “nível natural” (RUUD, 1991, p.167).

A música não comunica somente aquilo que é exclusivamente musical, mas também pode incorporar outras modalidades de comunicação como palavras, movimentos e imagens (BRUSCIA, 2000). Perez (apud SAKAI; LORENZZETTI; ZANCHETA, 2004) afirma que no processo musicoterapêutico, enquanto a pessoa ouve, canta, toca e se movimenta, ela entra em contato com sensações, estados de espírito, sentimentos e emoções, expressando aspectos de sua vivência pessoal, abrindo uma nova porta à sua existência, ao progresso e à transformação, tomando então consciência de si por meio desta expressão.

Tendo em vista os aspectos citados acerca do tratamento musicoterapêutico para o ser humano, acreditamos que os índices de ansiedade e estresse do paciente submetido à troca valvar podem ser diminuídos por meio da Musicoterapia. Para tanto propusemos a presente pesquisa a fim de comprovar essa hipótese.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 QUANTO AO TIPO DE PESQUISA E ABORDAGEM A SER UTILIZADA

A presente pesquisa teve como método a abordagem quali-quantitativa ou de modelo misto. Podemos dizer também que o trabalho é uma pesquisa-intervenção com aplicação de avaliação quantitativa (dentro de uma perspectiva de antes e depois) e análise fenomenológica do processo musicoterapêutico vivenciado.

Neste tipo de pesquisa, fenomenológica, o interesse volta-se para as experiências vividas pelo participante. O terapeuta analisará os resultados para formular novos meios de intervir e ajudar o paciente. (WHEELER, 2005)

Segundo Freire (2010, p. 26) “muitas vezes, é possível partir de uma base quantitativa (objetiva) para construir uma interpretação qualitativa (subjetiva)”. Dados numéricos podem servir a leituras subjetivas [...]”. Alguns autores defendem a complementariedade existente na pesquisa mista. Silva (1998, p. 18) afirma que:

A relação desejada entre o quantitativo com o qualitativo pode ser considerada complementar. Ou seja, enquanto o quantitativo se ocupa de ordens de grandezas e as suas relações, o qualitativo é um quadro de interpretações para medidas ou a compreensão para o não quantificável.

Na mesma perspectiva temos Mitchell (1987), citado por Queirós (2006, p. 10), que explica, sobre a abordagem quantitativa, que:

[...] não se pode reduzir o trabalho de campo e as técnicas de análise a meras manipulações matemáticas. Ao mesmo tempo, tanto o conhecimento mais extenso – fornecido pelos métodos quantitativos – quanto às correlações estabelecidas entre os fenômenos podem ser extraídas através do raciocínio estatístico [...] os métodos quantitativos são, essencialmente, instrumentos auxiliares para a descrição. Ajudam a focalizar com o maior detalhe as regularidades que se apresentam nos dados coletados pelo pesquisador. A média, taxas e porcentagens são formas de resumir as características e as relações que se encontram nos dados.

Esta pesquisa utilizou dados qualitativos que foram complementados pelos dados quantitativos. De acordo com Freire (2010), a abordagem qualitativa não está alheia à realidade, nem totalmente ausente de objetividade, porém está voltada para a interpretação e compreensão dos fatos de uma forma total.

Acredita-se que a junção dessas abordagens proporcionou uma leitura mais próxima possível da realidade ocorrida durante a coleta de dados, acerca da contribuição

da Musicoterapia para pacientes portadores de válvula cardíaca. Juntamente à riqueza dos dados qualitativos, com a subjetividade da pesquisadora e dos sujeitos, foi acrescida a precisão dos dados quantitativos constatados nas informações referentes aos instrumentos de coleta de dados quantitativos (escala para avaliação de estresse e inventário de ansiedade traço-estado).

3.2 PARTICIPANTES

Num primeiro momento, fazia parte dos critérios de inclusão para a pesquisa que apenas seriam atendidos os pacientes que tivessem sido operados e que tivessem válvula mecânica metálica. Assim, fizemos reuniões com a participação da orientadora da pesquisa, com a presença do cirurgião chefe do Hospital das Clínicas para que este fizesse o encaminhamento dos pacientes.

Nas reuniões realizadas verificamos que a população beneficiada com os atendimentos estaria muito reduzida e talvez não conseguiríamos um número suficiente de pacientes, visto que os atendimentos realizados no Hospital das Clínicas beneficiam a população do interior e, sendo em sua maioria formada por pessoas carentes, pontuamos que, possivelmente, não teriam condições financeiras de estar em Goiânia toda semana para participar das intervenções musicoterapêuticas. Então, resolvemos ampliar nossos critérios de inclusão para termos a possibilidade de um número maior de participantes, incluindo aqueles que tivessem feito cirurgia de troca valvar, independente do material utilizado na válvula (metálica e biológica).

Após a aprovação no Comitê de Ética, explicamos todo o projeto à enfermeira chefe do serviço de Cardiologia e questionamos como poderíamos contatar os possíveis sujeitos da pesquisa. Ela sugeriu conversar com o responsável pela administração de prontuários, pegar uma listagem com nomes e fazer esse contato individual via telefone. Nesta lista encontramos o total de 104 pacientes.

Nas ligações descobriu-se que esses 104 pacientes não eram apenas os submetidos à cirurgia de troca valvar, pois a lista incluía pacientes que haviam colocado marcapasso e que tinham outras doenças cardíacas. Também constavam nomes de pacientes que já haviam falecido.

Os pacientes do Hospital das Clínicas, em sua maioria, eram do interior; incluindo pessoas de Goiânia, de outras cidades do entorno e até de outros estados. Em alguns casos, o paciente contatado afirmou que até gostaria de participar, mas por morar

longe ficava impossibilitado. Morar em Goiânia ou região metropolitana era um dos critérios de inclusão, pois a pesquisa foi planejada para uma intervenção musicoterapêutica semanal. Outros aspectos que fizeram com que os pacientes não aceitassem o convite para participar do estudo foi o fato de trabalharem, não tendo disponibilidade de horário e, por último, o fato de não se ter uma forma de declarar a participação do paciente no projeto, por um documento institucional.

Assim, em função do pequeno número de pessoas que aceitaram participar, foi necessário modificar o projeto inicial que previa a comparação de dois grupos, um experimental (que fizesse parte das intervenções de Musicoterapia) e um controle (que não participasse das intervenções, mas que também respondesse aos instrumentos de coleta de dados).

Tendo em vista estas dificuldades para a inclusão de pacientes/participantes, decidimos realizar a pesquisa com uma amostra de conveniência, formada com o número possível, em função dos que aceitaram o convite para participar da primeira reunião.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Antes do início da pesquisa de campo, foi elaborado um projeto, o qual foi submetido à avaliação e autorização da Comissão de Pesquisa da Escola de Música e Artes Cênicas (EMAC) e, logo após sua aprovação, o submetemos à avaliação do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas (CEP-HC/UFG), via Plataforma Brasil, onde foi registrado como Protocolo nº 253549 (ANEXO 1).

Somente após a aprovação final do CEP iniciou-se a coleta de dados no HC/UFG. Como relatado no tópico anterior, ligamos para todos os pacientes da listagem fornecida pela instituição, que pertenciam ao grupo vinculado ao atendimento ambulatorial cardiológico. Aqueles que estavam dentro dos critérios de inclusão (verificados por perguntas via telefone mesmo) foram convidados a participar de uma reunião quando foi possível esclarecer todos os demais aspectos da pesquisa.

Em seguida foi aplicado o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2), que foi emitido em duas vias, sendo uma destinada ao participante da pesquisa e a outra da pesquisadora. Neste momento foram dadas as informações da pesquisa e todas as implicações referentes à participação do

paciente/usuário no período da coleta de dados. Os participantes foram informados e ficaram cientes de que não haveria qualquer tipo de penalização caso desistissem de participar do estudo ou se considerassem necessário sua desistência.

Quanto à conduta da pesquisadora/autora, os resultados da pesquisa serão apresentados preservando a identidade dos sujeitos analisados e com o cuidado para não causar nenhum tipo de prejuízo aos participantes.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa sujeitos de ambos os sexos, com idade superior a dezoito anos; que tinham sido submetidos ao implante de prótese valvar; que estavam em tratamento/acompanhamento no serviço de troca valvar do Hospital das Clínicas da UFG há pelo menos seis meses; não participavam de outro processo terapêutico; não tinham *déficit* cognitivo; não faziam uso de psicotrópicos; e, que aceitaram participar da pesquisa através do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como critérios de exclusão, teve-se: pessoas com idade inferior a 18 anos, ser paciente de outra unidade hospitalar no quesito cardiologia; ser paciente que estivesse sendo atendido em outro tipo de terapia; e, que apresentasse déficit cognitivo ou que usassem medicamentos psicotrópicos.

Para efeito de análise dos dados finais, foram excluídos aqueles pacientes que faltaram a três ou mais encontros no período em que aconteceram as intervenções musicoterapêuticas grupais.

3.5 RECURSOS UTILIZADOS NO PROCESSO MUSICOTERAPÊUTICO

Para a realização da pesquisa foram utilizados os seguintes recursos: instrumento musical violão, voz e computador com saída de áudio e vídeo.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA DE CAMPO

No momento da assinatura do TCLE, descrito anteriormente, foram dadas explicações sobre o horário do atendimento, o tempo de duração dos atendimentos, e que teríamos a participação de mais dois colaboradores no decurso da pesquisa, que

seriam um individuo que filmaria ou gravaria as intervenções e a psicóloga, que aplicaria escala para avaliação de estresse e o inventário de ansiedade traço-estado.

3.7 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS QUALITATIVOS

Como instrumentos de coleta de dados qualitativos foram utilizados: a) Ficha Musicoterapêutica (ANEXO 3), preenchida na mesma data de aplicação do TCLE; b) registros de todas as intervenções por meio de relatórios e filmagens das sessões.

3.8 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados quantitativos, aplicados por uma psicóloga (Carolina Martins dos Santos)², antes da primeira (M1 - momento inicial) e após a última intervenção musicoterapêutica com o grupo (M2 - momento final):

a) o ISSL - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (LIPP, 2000), que possibilita mensurar questões psicológicas e físicas do estresse. Onde a aplicação seria feita por uma psicóloga, que reforçou as questões éticas sobre a preservação da identidade dos mesmos, no entanto o questionário é auto-explicativo, logo, os pacientes leram e responderam sem a intervenção direta da profissional.

b) Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-E), que foi desenvolvido por Spielberger (1970) na Universidade de Vanderbilt, traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio (1979). O IDATE é uma escala de auto-relato, que depende da reflexão consciente do sujeito no processo da avaliação do seu estado de ansiedade, assim como de características de sua personalidade. Ansiedade-Estado refere-se a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão que podem variar de intensidade de acordo com o contexto. Em nosso estudo verificamos apenas o estado emocional transitório, por se considerar que o período em que ocorreram as intervenções musicoterapêuticas foi breve.

² Os questionários utilizados são validados pelo Conselho de Psicologia e só podem ser aplicados por um profissional dessa área.

3.9 ATENDIMENTOS MUSICOTERAPÊUTICOS

O processo de intervenções musicoterapêuticas iniciou-se após as ligações aos pacientes, a reunião, a assinatura do TCLE, o preenchimento da Ficha Musicoterapêutica e a aplicação dos testes (pela psicóloga), conforme descrito acima. De acordo com Barcellos (1999) “é necessário que se conheça, além da música, o máximo possível da história sonora do paciente tornando-se, para isto, imprescindível a realização da ficha musicoterápica” (p. 28).

Iniciado o processo, a musicoterapeuta especificou verbalmente como seria o Contrato Terapêutico, que é definido por Barcellos (*Op.Cit*) como: “estabelecimento dos papéis de cada um, terapeuta e paciente, e especificar os compromissos de ambas as partes” (p.39). Nesse contrato, realizado com o grupo de participantes do estudo, foi acordado, entre as partes, aspectos referentes ao horário, à necessidade de manter uma assiduidade e duração das sessões, além do sigilo sobre assuntos abordados no *setting* terapêutico.

Seguindo o processo, a Testificação Musical não foi realizada exatamente como preconizou e definiu Barcellos (1999), como sendo:

uma complementação da ficha musicoterápica, isto é, na ficha colhemos as informações com o próprio paciente ou com o responsável e na testificação vamos observar as reações que os sons, o ritmo, os diferentes instrumentos, enfim, os distintos tipos de estímulos, provocam no paciente. Esta tem por objetivos observar as possibilidades de comunicação do paciente; as suas dificuldades, inibições, preferências, impulsos, bloqueios, reações e desejos frente aos diferentes parâmetros e instrumentos musicais (p. 33).

No entanto, apesar de a Testificação Musical não ter sido realizada com vários instrumentos por não haver um espaço conveniente para a realização da mesma, fizemos a atividade em uma sala pequena, onde ficamos após a aplicação dos questionários e no decorrer de todas as intervenções musicoterapêuticas.

Durante o processo musicoterapêutico foram utilizadas as seguintes experiências musicais descritas por Bruscia (2000): composição, re-criação e audição musicais. Para cada uma dessas experiências o autor propõe objetivos específicos e define diferentes variações, que podem ser utilizadas pelo musicoterapeuta de forma combinada durante o processo terapêutico.

Bruscia (2000) explana que a Composição Musical oferece ao indivíduo a oportunidade de criar uma música tocando, cantando ou fazendo sons corporais.

Já a Re-criação Musical de acordo com Bruscia (*Op.Cit*, p. 126) “o cliente aprende ou executa músicas instrumentais ou vocais ou reproduções de qualquer tipo musical apresentado como modelo”. Além de reproduzir, o cliente pode transformar o modelo musical exposto pelo terapeuta. Quanto à audição musical, segundo o mesmo autor, é a experiência em que o cliente ouve músicas e corresponde em silêncio, verbalmente, corporalmente ou de outras formas.

Para Piazzetta e Craveiro de Sá (2005), é importante salientar que as escolhas das peças musicais não são feitas de forma aleatória e sim de “modo a potencializar no encontro com a música um encontro do cliente consigo mesmo” (p.1294). Levamos esta forma de olhar para os pacientes durante todo o processo musicoterapêutico vivenciado nas intervenções.

Foram planejados oito atendimentos para análise musicoterapêutica, não incluindo nestes, a aplicação dos testes quantitativos, pois os mesmos foram conduzidos pela psicóloga em momentos distintos das sessões de atendimento.

Os primeiros dois encontros foram de assinatura de TCLE e esclarecimentos acerca do atendimento propriamente dito. Foram consideradas como a etapa de Testificação Musical (BARCELLOS, 1999) as duas primeiras sessões. Nessa etapa do processo musicoterapêutico o grupo foi observado quanto às preferências musicais, à forma como os participantes reagem diante dos estímulos musicais, à interação entre os participantes e entre eles e a musicoterapeuta, às escolhas e à forma de utilização dos instrumentos, dentre outros aspectos como: “comunicação do paciente; as suas dificuldades, inibições, preferências, impulsos e bloqueios” (BARCELLOS, *Op. Cit.*, p.33).

Após a etapa de Testificação Musical (1ª e 2ª sessão), deu-se início ao desenvolvimento das sessões musicoterapêuticas, propriamente ditas, que foram agrupadas da seguinte forma: fase inicial (3ª a 5ª sessão); fase intermediária (6ª e 7ª sessão) e fase final (7ª e 8ª sessão).

Os atendimentos musicoterapêuticos foram supervisionados pela orientadora da pesquisa e registrados em vídeo, para fins exclusivos da presente pesquisa, por um acadêmico do Curso de Musicoterapia.

3.10 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

A análise dos dados qualitativos, com um olhar fenomenológico, foi feita a partir dos relatórios, das observações, das filmagens das intervenções musicoterapêuticas grupais e da fala dos sujeitos, analisando os fenômenos que surgiram no decorrer dos atendimentos.

Para tanto, tivemos o que Coelho (2002) denomina “escuta em análise”, diretamente ligada à escuta da observação, passando da observação para a análise musicoterapêutica. Para Zanini (2009), trata-se de uma atitude bastante complexa, que vai além da análise musical propriamente dita, ou seja, além dos fenômenos sonoros, sendo assim considerados todos os aspectos biopsicossociais envolvidos no processo musicoterapêutico.

3.11 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

A análise dos dados qualitativos foi feita a partir dos dados dos instrumentos de coleta de dados citados: o ISSL - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (LIPP, 2000) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-E), desenvolvido por Spielberger (L1970) na Universidade de Vanderbilt, traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio (1979), do qual foi utilizado a parte referente ao Estado, por se tratar de um estado emocional transitório, ou seja, que podem ser alterados.

Buscando complementar os dados analisados qualitativamente os resultados quantitativos passaram por análise estatística para avaliar se os pacientes apresentaram melhora ou não no decorrer do tempo. Foram utilizados o Teste de Wilcoxon, em função das condições preliminares fornecidas pelo grupo de participantes do estudo, por ser uma mesma população/amostra, ter variáveis numéricas medidas em períodos distintos, por ser a variável mensurável de forma quantitativa, podendo ser discreta ou contínua (MONTEIRO FILHO, 2004).

4 O CAMINHAR DA MUSICOTERAPIA COM UM GRUPO DE PACIENTES PORTADORAS DE PRÓTESE VALVAR

Este capítulo destina-se a apresentar o caminhar da Musicoterapia desenvolvido com um grupo de pacientes, trazendo a caracterização do mesmo, as intervenções musicoterapêuticas realizadas por meio de descrições/relatórios, a análise musicoterapêutica de cada intervenção (apresentada paralelamente ao relatório, com fundamentação da Musicoterapia), os resultados dos testes aplicados e, finalmente, a discussão, onde relacionamos todos os dados coletados, confrontando-os com a fundamentação teórica apresentada inicialmente.

Conforme o que descrevemos na metodologia, cada paciente/participante deveria compor o grupo de atendimento musicoterapêutico, com o máximo de três ausências no decorrer do processo, não sendo possível a entrada de novos participantes ao longo do período. Assim, a pesquisa de campo se deu com um grupo fechado, que é determinado por Ribeiro (1995) como: “aquele em que os pacientes começam e terminam com o grupo”.

Na aplicação do TCLE foi esclarecido que não haveria nenhum tipo de auxílio, ou seja, que os pacientes não seriam remunerados em qualquer momento para que participassem da pesquisa. Alguns dos presentes à reunião disseram não ter condições de participar e desistiram.

Inicialmente, a partir da reunião, foi formado um grupo de 14 participantes de ambos os sexos. Para melhor esclarecer como se deu a participação dos pacientes, apresentamos o quadro a seguir, considerando a frequência em cada data da intervenção musicoterapêutica, onde “F” significa *Falta* e onde é “P” significa *Presente*.

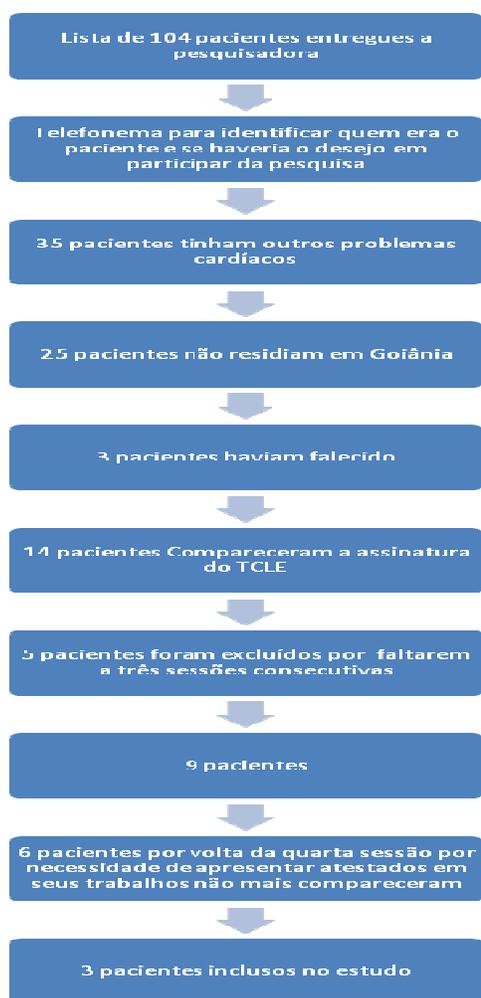
Quadro 1 - Lista de frequência dos participantes às intervenções musicoterapêuticas

INICIAIS DO PACIENTE	14/6	21/6	28/6	12/7	19/7	26/7	02/8	09/8	16/8	23/8	30/8
AC	F	P	F	F	F	F	F	F	F	F	F
AE	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
D	P	P	F	P							
IP	F	P	P	F	F	F	F	F	F	F	F
IC	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
JT	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
JE	P	F	P	F	F	F	F	F	F	F	F
MA	F	P	P	F	P	P	P	F	F	F	F
MD	P	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
MF	F	P	P	F	P	F	F	F	F	F	F

<i>M</i>	<i>P</i>										
<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>							
RA	P	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
RP	F	P	F	F	F	F	F	F	F	F	F

Podemos observar que a frequência às intervenções não aconteceu como esperávamos. Como a maioria dos participantes precisava de atestado médico para apresentar em seus trabalhos e este não foi viabilizado pela instituição, o número de participantes foi significativamente reduzido, lembrando que se o participante possuisse três faltas, como foi dito na assinatura do TCLE, seria excluído da pesquisa. Assim, tendo em vista todos os critérios adotados, permaneceram apenas três participantes no grupo estudo, como apresentamos no fluxograma de inclusão e exclusão (Figura I) dos pacientes na pesquisa de campo.

Figura I: Fluxograma de Inclusão e Exclusão dos Pacientes para os Atendimentos de MT



4.1 Dados Qualitativos

4.1.1 Conhecendo o Grupo de Pacientes com Prótese Valvar

O grupo final, ou seja, os pacientes que permaneceram todo o processo musicoterapêutico, foi composto por mulheres entre 28 e 44 anos, casadas, com um ou mais filhos, não fumavam, não bebiam. Participavam do tratamento pós-operatório padrão, que é concedido aos pacientes que foram submetidos à cirurgia de troca valvar. Com relação aos aspectos musicais, observamos nas fichas musicoterapêuticas, que a preferência musical era o estilo Sertanejo (canções sertanejas atuais e o sertanejo raiz) e que nenhuma delas tinha tido qualquer tipo de aprendizagem musical formal anterior.

Quanto à escolaridade, duas pacientes tinham o ensino médio completo e uma tinha o ensino fundamental incompleto.

4.1.2 Um Percurso em Musicoterapia Grupal

Conforme mencionado na metodologia, após a Testificação Musical, as sessões compreenderam a fase inicial; a fase intermediária e a fase final. Essas fases foram avaliadas baseadas na evolução das pacientes tendo como suporte os relatórios de sessão. Cada sessão foi subdividida em três momentos em um *continuum* de ações: acolhimento, desenvolvimento e fechamento. Após cada sessão foi feito um relatório musicoterapêutico e, junto à supervisão (com a musicoterapeuta orientadora da pesquisa), foi elaborado um planejamento para a sessão seguinte.

Neste subcapítulo foram descritas quatro, de oito intervenções realizadas no decorrer do processo musicoterapêutico, descrição que foi possível a partir dos registros feitos através de gravações em áudio e filmagens. Para cada sessão ora apresentada foi elaborada uma análise musicoterapêutica, considerando que essas foram realizadas a partir de um tema sugerido pela musicoterapeuta pesquisadora.

É importante citar que foi possível realizar apenas oito sessões (das doze que tínhamos inicialmente programado) em função do espaço físico, visto ser o mesmo em que os residentes (que estavam de férias) usavam para atendimento ambulatorial.

Outros aspectos que devemos referir neste momento é que os participantes serão citados por meio de suas iniciais, visando manter o sigilo em relação à identidade dos mesmos e que no decorrer dos relatórios e das análises musicoterapêuticas nos

denominaremos como “musicoterapeuta” e nos colocaremos em terceira pessoa do singular.

Sessão 1

Tema: “Memória sonora”

Dias: 12 de julho

Participantes: D, P e M.

Nesse dia compareceram três pacientes. Esperamos cerca de 20 minutos para dar início às atividades, aguardando a chegada de mais pacientes.

Nesse período de espera as pacientes falaram, naturalmente, de como foi a semana, sem nenhuma consigna³ prévia.

Inicialmente foi feito um alongamento breve, e alguns exercícios de respiração, durante o alongamento ouvimos um *pout-pourri* das canções que os pacientes haviam colocado em suas fichas musicoterapêuticas. Canções estas que foram selecionadas com intenção de favorecer a formação de vínculo. Para isso a pesquisadora escolheu as canções com andamento rápido.

Foi dada a consigna de que as pacientes deveriam criar uma linha da vida que, de acordo com Bruscia (2000), é uma variação da técnica re-criação musical, que aqui se enquadrou como uma atividade de jogos musicais, contendo fatos e músicas marcantes relacionados às fases vivenciadas. Foi entregue uma folha e caneta a cada paciente. Não foi estipulado tempo para a atividade e assim que terminassem elas deveriam avisar. Nesse momento a intenção era a de trabalhar o resgate de canções e o acesso às memórias através das canções, que conforme Zatorre (2005) tocar, ouvir, criar música envolve quase todos os processos cognitivos, entre eles a evocação da memória.

No meio da atividade a participante D começou a chorar. A pesquisadora/musicoterapeuta dirigiu-se até ela para saber se tinha condições de continuar e ela respondeu que sim. (Foi lhe entregue um lenço de papel.)

No momento seguinte a participante M também se emocionou e chorou, foi questionado se ela poderia continuar na sessão ao que respondeu afirmativamente.

³ Na área de Musicoterapia, Benenson (1998) traz consigna como uma forma de direcionar os pacientes dentro de um contexto musicoterapêutico, cabendo ao musicoterapeuta criar mecanismos para produzir estímulos e acionar a relação com o paciente.

A atividade inicialmente não tinha um tempo pré-determinado, porém como as pacientes estavam emocionadas a pesquisadora/ musicoterapeuta entrevistou para que pudessem mostrar suas respectivas linhas do tempo e falar sobre o material elaborado e das canções que surgiram.

A primeira a se manifestar foi a participante P, dizendo sua infância foi marcada pelas canções da Xuxa, Ilariê, entre outras. Disse querer ser paqueta (uma espécie de assistente de palco de Xuxa).

Ilariê (Intérprete: Xuxa, Compositor: Cid Guerreiro, Dito e Ceinha)

Tom: F#

Intro: F# C# F# C# F# C#

*F# C#
Tá na hora, tá na hora*

*F#
Tá na hora de brincar*

*C#
Pula, pula bole, bole*

*F#
Se embolando sem parar*

*C#
Dá um pulo vai pra frente*

*F#
De peixinho vai pra trás*

*C#
Quem quiser brincar com a gente*

*F#
Pode vir nunca é demais*

*F#
Ilari, lariê*

*C#
O, o, o*

*F#
Ilari, lariê*

O, o, o

Ilari, lari, lariê

*C#
O, o, o*

*F#
É a turma da xuxa que vai dando seu alô*

Segundo pensamos, essa canção pode ter sido utilizada por ser do repertório infantil, que provavelmente deve ter proporcionado momentos de segurança e

aconchego. Essa ideia pôde ser reforçada levando em consideração que essa é uma canção com dois acordes (V e I), começando e terminando na mesma tonalidade, percebendo-se um movimento de estabilidade e retorno (Krumhansl e Sheparad, 1979).

Disse ainda que Chiquititas e Carrossel também marcou a adolescência dela. Ainda sobre a adolescência ela falou sobre a música Pais e Filhos (composta por Legião Urbana), que a faz lembrar de seu pai, pois tinham uma relação descrita pela paciente, como conturbada. Falou ainda sobre a música “Filha”, de Rick e Renner, pois o pai chegou cantando a música dois dias antes de falecer. Ela chorou ao falar sobre a canção e disse que não teve tempo para falar tudo o que precisava dizer ao pai, que “ele só queria o bem dela”.

Espontaneamente M na tentativa de confortar o choro da colega, disse que não deveria se sentir culpada, por não ter tido tempo de dizer aquilo que deseja ao pai.

Filha (Intérprete: Rick e Renner , Compositor: Rick)

Tom: D

(Intro) D A G D A

D

Hoje eu parei pra escrever

A

Alguma coisa assim sobre você

G

E simplesmente me deixei levar

D

A

Pela emoção de poder lhe falar

D

No dia em que você nasceu

A

Vinda do amor de sua mãe e eu

G

Um lindo presente que o Senhor nos deu

D

A

A realidade de um sonho meu

D

E quando você chorou

A

Deus me ensinou uma nova canção

Em

G

Seus olhos de um anjo pequeno

D

A

Iam se fazendo minha religião

D
 Coisas que de mim não saem
A
 A primeira vez que me chamou de pai
Em G
 Vou lhe confessar agora minha filha
Em A D A
 Com você eu aprendi que um homem tem que ter família
D
 15 anos faz agora
A
 É de alegria que meus olhos choram
G
 Meu pequeno anjo que agora fascina
D A
 Para mim vai ser sempre minha menina
D
 Filha onde você vai
A
 Pode não sobrar um lugar pro seu pai
Em G
 Mas tenha certeza que eu vou sempre estar
D A
 Perto de você onde quer que vá
Em A
 Não é que eu vá te vigiar
D A/C# Bm
 Não é que eu queira ser seu dono
G A
 Isso é só um cuidado de pai
D A
 Filha eu te amo.

(solo base) *D F#7 Bm Em G D A D F#7 Bm G Em A*

D
 E quando você chorou
A
 Deus me ensinou uma nova canção
Em G
 Seus olhos de um anjo pequeno
D A
 Iam se fazendo minha religião
D
 Coisas que de mim não saem
A
 A primeira vez que me chamou de pai
Em G
 Vou lhe confessar agora minha filha
Em A D A
 Com você eu aprendi que um homem tem que ter família
D
 15 anos faz agora

A
É de alegria que meus olhos choram
G
Meu pequeno anjo que agora fascina
D A
Para mim vai ser sempre minha menina
D
Filha onde você vai
A
Pode não sobrar um lugar pro seu pai
Em G
Mas tenha certeza que eu vou sempre estar
D A
Perto de você onde quer que vá
Em A
Não é que eu vá te vigiar
D Bm
Não é que eu queira ser seu dono
G A
Isso é só um cuidado de pai
D A
Filha eu te amo.
Em A
Não é que eu vá te vigiar
D A/C# Bm
Não é que eu queira ser seu dono
G A D
Isso é só um cuidado de pai Filha eu te amo

A música e as canções estabelecem importante relação com as histórias de cada indivíduo que podem usá-las para “cantar” suas histórias, significar e compreender momentos da própria vida, como percebemos na canção anterior, sugerida pela paciente P.. Para Schapira et al (2007), a biografia musical pode comunicar e expressar o significado e o sentido das experiências que ocorrem no percurso da vida de cada indivíduo.

P finalizou sua fala dizendo que hoje gosta de cantar o hinário da Igreja para sua filha. Nesse momento P estaria tentando resgatar com a sua filha algo que a mesma não teve com o pai? A segunda a falar foi D. Disse que a canção da sua infância foi “Atirei o pau no gato”.

Atirei o Pau no Gato (Canção do folclore brasileiro)

Tom: C

C G
 Atirei o pau no gato - to
 Dm
 Mas o gato - to
 C
 Não Morreu - reu - reu
 C7 F F#º
 Dona Chica - ca
 C
 Admirou-se - se
 G7
 Do berro, do berro,
 C
 Do berro que o gato deu: Miau !

D. informou que se casou muito nova e também engravidou jovem e que se separou. Disse que trabalhava muito para cuidar do seu filho e que o grande “baque” da sua vida foi quando teve um infarto e não recebeu apoio de amigos ou de outros; acrescentou que uma música marcante foi do José Augusto, “Sábado”.

Sábado (José Augusto cantor e compositor)

Tom: C

G D9/F# Em C G Em Am7 C/D
 Todo sábado é assim eu me lembro de nós dois, é o dia mais difícil sem você
 Em Em7+ Em7 A7
 Outra vez os amigos chamam pra algum lugar, outra vez eu não sei

Am7 C/D
 direito o que eu vou falar
 G D9/F# Em C G Em7 Am7 C/D
 Quero explodir por dentro, inventar uma paixão, qualquer coisa que me arranque a solidão
 Em Em7+ Em7 C#m7/5- Am7 Cm G
 Um motivo pra não ficar outra noite assim.. sem saber se você vai voltar pra mim

C G D Am7
 Eu já tentei, fiz de tudo pra te esquecer, e até encontrei prazer mas ninguém
 D G G7
 faz como você
 C G D C
 Quanta ilusão ir pra cama sem emoção se o vazio que vem depois, só me faz lembrar
 G
 de nós dois

Como a pesquisadora não conhecia a canção, a paciente se dispôs a cantá-la e logo surgiu a manifestação de choro. Acredita-se que a música, nesse momento, trouxe sentimentos inconscientes para a consciência conforme Bruscia (1999) preconiza.

A última a falar foi M, dizendo que na sua infância não teve contato com música, apenas com os sons da natureza, pois morava na “roça”. A paciente contou sobre um momento marcante da sua adolescência, que foi quando ela começou a ter a febre reumática, pois foi quase desenganada pelos médicos. Falou sobre seu casamento que foi um período difícil e que a canção que marcou foi “Casamento Imundo”, porém em pesquisa após a sessão, verificou-se que se trata da música “Casamento Forçado”.

Brenner (1975) aborda o conceito de ato falho de Freud que foi compreendido como o ato de M. Esse conceito diz respeito à “formação de compromisso entre a intenção consciente do indivíduo e o recalcado” (p.142). Millecco Filho (2001) adaptou o conceito para a prática musicoterapêutica, definindo o *canto falho* como uma:

tentativa de mascaramento defensivo, principalmente nos casos de esquecimento. Por outro lado, uma falha na repressão de algum pensamento ou desejo inconsciente, mais notável nos casos de troca de palavras da letra ou da lembrança insistente de algum fragmento da canção. (p.96)

A seguir apresenta-se a letra e a cifra da música Casamento Forçado, na qual é possível observar conteúdos referentes a um relacionamento de casal, tendo relação com os sentimentos trazidos pela paciente em sua expressão sonoro-musical.

Casamento Forçado (Intérprete: Amado Batista / Compositor: Amado Batista e Reginaldo Sodré)

Tom: F

Introd: Eb Bb F C (2x)

F Bb
Me uní à alguém que eu não queria

C
Forçado pelas leis e família

F Bb
Me arrependo tanto, tanto do que fiz

C Bb F
Se houvesse outra vida eu queria

Bb

Pra poder viver de novo consciente
C

Ter a vida um pouco livre e independente
F *Bb*

Escolher tudo, tudo que eu quis
C *Bb* F

Ser um homem, ser maduro e ser feliz
Eb *Bb* F C

Esse casamento imundo e sujo me acabou de vez
Eb *Bb* F C

Esse sentimento inútil não quero pra nenhum de vocês
F *Bb*

Estou livre a liberdade chegou
C

E aquele tempo de tortura terminou
F *Bb*

E o sorriso amarelo que eu tinha
C *Bb* F

Ficou bonito e hoje está de outra cor
Bb

E lembrando aquela vida desgraçada
C

É que prefiro ficar mesmo assim sem nada
F *Bb*

Eu não arrisco outra vida de casado
C *Bb* F

Melhor sozinho do que mal acompanhado
Eb *Bb* F C

Esse casamento imundo e sujo me acabou de vez
Eb *Bb* F C

Esse sentimento inútil não quero pra nenhum de Vocês...

A paciente M afirmou que o nascimento dos seus filhos não foi um momento feliz, que foram prematuros. A paciente P logo se manifestou dizendo que é muito cansativo ter filho tendo problema cardíaco, que se sente dependente.

Esse primeiro atendimento mostrou que as pacientes em questão trouxeram canções com temática semelhantes, entre elas: perda, solidão e tristeza. Houve momentos felizes mas, nesse encontro, elas pouco valorizaram.

Finalizando o atendimento a pesquisadora pediu para que escrevessem uma palavra ou uma frase dizendo como foi a experiência de lembrar de histórias e das canções.

M disse que não foi fácil, que seria preferível esquecer, deixar para lá. M escreveu que estava no atendimento por ter gostado da terapeuta, e não por si mesma. P

anotou que há sempre alguém que está numa situação pior que a dela, D se sentiu calma e tranquila.

Sessão 2

Tema: “Composição”

Dia: 19 de julho

Participantes: M, MA, P, D, MF.

A sessão foi iniciada com um exercício de respiração. Uma das pacientes chegou durante a realização da atividade (MA). Em seguida, foi solicitado que as participantes se apresentassem dizendo o seu nome e uma característica pessoal. Seguem as descrições que as pacientes deram: M - às vezes comunicativa; P - brincalhona; D - Observadora e MA - Tagarela.

Na sequência, tocou-se a canção “Como vai?” (Figura II). Para cada participante foi cantado o seguinte verso:

Figura II - Partitura da música Como vai?

Como vai?

Autor desconhecido

Co-mo vai "fu-la-no" co-mo vai A nos-sa a-mi-za-de nun-ca a - cu - ba Fa -

re-mos o pos-sí-vel pa-ra ser-mos bons a - mi-gos Co-mo vai "fu-la-no" co-mo - vai.

Realizada esta atividade as integrantes foram divididas em duplas, para que fosse realizada uma composição. Utilizou-se a variação escrever canções, que para Bruscia (2000) é quando o cliente compõe uma canção original, ou parte dela, Ex: Melodia, letra ou acompanhamento, podendo ou não ser auxiliado pelo terapeuta.

Cada dupla geraria uma frase relatando como o atendimento cardiológico do hospital influencia na vida das pacientes. D e M formularam a frase: “O atendimento

esta sendo ótimo”. MA e P citaram “O atendimento em si é ótimo, só não nos agrada ter que vir sempre, não dá pra ter uma vida normal”.

Em um primeiro momento D e M fizeram a frase já escrita acima, porém mudaram posteriormente por sugestão da musicoterapeuta através do uso da técnica “Clarificar”, onde Chagas (1990) diz que para o tratamento é necessário a mobilização emocional, demonstrando e expondo um pouco mais intimamente as suas cicatrizes, ficando da seguinte forma: “O atendimento esta sendo ótimo em tudo, tem pessoas que lutam pra conseguir uma vaga, mas não conseguem”.

Depois desse processo de construção M sugeriu que fossem unidas as partes, o que pode ser compreendido como o comprometimento da paciente na atividade proposta, visto que esta ação não partiu da musicoterapeuta. Assim, a composição ficou como se apresenta a seguir (Figura III).

“O atendimento em si é ótimo, esta sendo ótimo em tudo.

Só não nos agrada ter que vir sempre, porque não dá pra ter uma vida normal

mas tem pessoas que lutam pra conseguir uma vaga, mas não conseguem.”

Nesse ínterim a paciente MF chegou quase uma hora atrasada, mesmo assim a paciente participou cantando.

Depois da sugestão das pacientes, que foi unir as duas frases elaboradas, elas também sugeriram a mudança da batida rítmica. Inicialmente estava na batida Rock a partir do pedido de mudança, a batida rítmica Country foi sugerida pela pesquisadora/musicoterapeuta, este aceito instantaneamente.

Figura III - Partitura da música O Atendimento (Composição das participantes do grupo)

O ATENDIMENTO

M.; P.; D.; M.A.

Andante ♩ = 105

O a-ten-di-men - to em si é ò-ti-mo es-tá sen-do ò - ti-mo em tu-do

Só não nos a-gra - da ter que vir sem-pre, po - que não dá prá ter u-ma vi-da nor - mar

Rap
melodia falada

Mas tem pes - so - ns que lu-tam prá con - se - guir u-ma vi-ga mas não con - se - guem

As pacientes quiseram passar a canção a limpo porque queriam esconder os rascunhos. A sessão foi finalizada com a seguinte canção de encerramento (Até a Próxima Vez), que acabou se tornando a canção de despedida do grupo, sempre utilizada nos finais das intervenções.

Figura IV – Partitura da música Até a Próxima Vez

Até a próxima vez

Autor desconhecido

A - té a pró-xi-ma vez A - té a pró-xi-ma vez Ó - hri

ga - do a vo - cês to - dos E a - té a pró - xi-ma vez

Após a canção as pacientes ainda verbalizaram as seguintes considerações:

P: se acha melhor compondo que cantando,

MF: gostaria de ter feito parte do processo.

M: qualquer pessoa pode compor,

D: a auto estima foi lá em cima,

MA: compartilhou da sugestão de P e que achou bom.

M: disse ao grupo que podem formar uma banda, então surgiu a ideia de apresentar a composição proporcionando um clima de descontração.

Sessão 3

Tema: “Emissão de ruídos lembrando um relógio e jogo musical onde relógio e tempo são as chaves”

Dias: 26 de julho

Participantes: D, M, P.

Foi solicitado que as participantes falassem do encontro anterior, se pensaram sobre o mesmo durante a semana. A participante D disse que foi bom, pois no dia a dia não se percebe; P disse que não teve muito tempo, pois a semana foi corrida; M falou que se sentiu animada e que gostaria de ter mais atendimentos.

Foi questionado a D se ela se sentiu à vontade para ajudar a realizar a composição, tendo em vista que se demonstra com uma postura mais observadora, ela respondeu que sim, porém com cautela, pois ao longo da sua vida quando ia opinar as pessoas não ouviam ou faziam pouco caso.

M afirmou que a paciente D fez quase toda a parte da composição designada à dupla, ajudando na elaboração do ritmo e da junção das partes. D afirmou que sua auto estima esta melhor e que o atendimento a esta ajudando a expor seu ponto de vista em relação a sua vida particular. P lembrou da parte da canção composta anteriormente “tem pessoas que lutam pra conseguir uma vaga, mas não conseguem” que foi sugestão de D. O grupo reforçou a ideia de que o atendimento no Hospital é essencial em suas vidas, principalmente pela questão econômica e qualidade dos atendimentos clínicos. P relatou sua questão financeira quando ficou grávida, e que tanto o parto quanto a

cirurgia cardíaca foram feitos pelo hospital. Em seguida cantou-se a canção “como vai?” Ela foi tocada uma vez para cada participante.

Após, foi pego um relógio, e foi dada a consigna para que cada participante pensasse em palavras ou frases que o remetesse ao tempo.

Nesse momento entendeu-se que esse elemento exerceu a função de objeto intermediário, compreendido como instrumento capaz de atuar terapeuticamente e facilitar a comunicação entre terapeuta e paciente (BENENZON, 1985).

M falou: “Nem relógio trabalha de graça.” Porém afirmou que nem sempre é verdade, que às vezes as pessoas fazem algo apenas para ajudar. P afirmou: “Tempo não para pra ninguém, todo mundo vive em função do tempo.” MA disse: “Me remete ao passado”. Em seguida, contou sobre suas gestações, que foram momentos complicados, pois ela já tinha a válvula e a gravidez era de risco e que foi até cogitada a possibilidade de tirar as crianças. Seu marido pediu o divórcio, afirmando, segundo a paciente, que não tinha preparação para vê-la como estava. No entanto durante o processo musicoterapêutico ela reatou com ele afirmou ainda: “tempo tem um significado maior para mim”.

D afirmou: não estava preparada, e agora, com o tempo vejo as coisas diferentes.

Em seguida, foi solicitado que as pacientes resgatassem de suas memórias canções cujo tema principal fosse o tempo:

P trouxe Cazusa, com a música “O tempo não para”. A paciente relatou que aprendeu a se defender para sobreviver e seu pai não concordava com algumas amizades, dizendo que estas poderiam ser má influência a outros. P se sentia “a cara”, que todos queriam ser seus amigos depois que ela começou a sair com as tais garotas. Atualmente P se considera mais frágil, que se sente cansada. Ela disse que hoje não sabe o seu limite e tem medo de tentar. Nessa altura, D disse que era para P tentar e deu o exemplo da sua vida. Aconselhou ainda que P tente e diga sempre a verdade sobre sua limitação.

D destacou a canção “É tempo de vencer”, dos intérpretes Jamily e Robson (Compositor: Beno César e Solange de César).

M lembrou da canção de Lourenço e Lourival, “Relógio quebrado”, nesse momento M chorou, pois se lembrou do seu tio falecido que ouvia a canção; e falou sobre a fé que tem na esperança de que venham tempos melhores.

MA trouxe a lembrança da canção “Pais e filhos”, Legião Urbana. Ela disse que existe muita troca com a sua família, que seus pais e ela já inverteram os papéis, que hoje é ela quem dá conselhos a eles. Ela ponderou que se sente excluída socialmente em alguns momentos por causa da sua origem boliviana, contou também que sua irmã não a ama e que ela gostaria que reconhecesse que elas são irmãs, porém que essa irmã a maltratou durante o período que ela esteve com reumatismo, que jogava ela da cadeira de rodas. Disse que hoje ela se dá valor, mas que gostaria ainda assim que a irmã não a rejeitasse.

M pontuou que tudo tem sua hora e que nem sempre as coisas saem na hora que queremos. Já P afirmou que às vezes temos tempo, mas não temos disposição, e que quando temos disposição não temos tempo.

Ao final, foi solicitada uma palavra para encerrar a sessão.

M: Propósito

MA: Tempo

D: Determinação

P: Deus

A sessão foi finalizada com a canção “Até a próxima vez”.

Sessão 4

Tema: “Criando uma história com a canção Pais e filhos da Banda Legião Urbana”

Dias: 02 de Agosto

Participantes: D, M, P e MA

Iniciamos com a canção “Como vai?”, fazendo uma vez dedicada à cada participante do grupo. Neste dia, as pacientes presentes, inicialmente, tiveram um pouco de dificuldade para relembrarem a música.

Continuando, foi conduzido um alongamento, iniciando com a respiração, depois ombros, cabeça e mãos. Foi solicitado que as participantes respirassem e ao soltar o ar fizessem, cada uma, um som diferente. Sorriram ao fazê-lo. Como MA chegou atrasada, terminou-se o exercício de respiração e foi cantada a canção “como vai?” para ela.

O grupo falou sobre uma possível apresentação, considerando que uma das principais funções da música está relacionada à necessidade humana de expressar seu mundo interno, subjetivo (MILLECCO FILHO; BRANDÃO; MILLECCO, 2001). Outra questão a pensar com o grupo foi se poderíamos montar um repertório para esse fim desde que as participantes demonstrassem interesse. Num primeiro momento a pesquisadora informou que seria feita essa apresentação na defesa do presente trabalho. Antes de dizerem que sim ou que não, a participante M já indicou outra canção, sendo ela, DNA de um Adorador, cujo intérprete é o cantor Gustavo Lima, dizendo que acha a canção bonita. No entanto, chegamos à conclusão de que seria mais interessante apresentar no ambiente hospitalar, que era onde aconteciam as sessões.

DNA de um adorador (Intérprete: Gustavo Lima, Compositor: Agailton Silva)

Tom: F

Intro: F Bb F Bb

F C
Ele tem, a química divina da transformação
Bb
Sabe onde tocar pra gerar ação
F
A vida dele é verbo, verbo faz viver
F C
Ele vai, além do impossível e da utopia
Bb
Tem em mão uma biotecnologia
F
A vida de quem vive e de quem vai nascer

Bb
O seu poder é soberano não dá pra falar
F
Ele faz a Terra flutuar e até girar
C Bb F
Ele agita o oceano, cria o vento, componentes da vida
Bb
Faz a nuvem virar chuva pra molhar o chão
F
A semente vira planta se transforma em pão
C Bb F
faz o Sol iluminar a Terra e deixá-la aquecida

F Bb
Ele faz, a lagarta do casulo não ser mais aquela
F Bb

Transformando em borboleta branca em amarela

F Bb C

Lhe dá asas e ainda lhe ensina a voar

F Bb

Ele faz, em qualquer matéria orgânica a transformação

F Bb

Mesmo ainda que o feto seja o embrião

F Bb C

Ele define aparências e como será

Dm Bb

Ele conta os neurônios de uma mente humana

Dm Bb

Ele multiplica células e uma membrana

Dm Bb C

Conhece nossa genética e nosso DNA.

Refrão(2x)

F Dm

Nem no céu nem na Terra

Bb C

Há um Deus maior

F Dm

Ele faz, e refaz

Bb

Ele é Deus

C

O resto é pó.

Intro: F Bb F Bb

Dm Bb

Ele conta os neurônios de uma mente humana

Dm Bb

Ele multiplica células e uma membrana

Dm Bb C

Conhece nossa genética e nosso DNA

Refrão(2x):

F Dm

Nem no céu nem na Terra

Bb C

Há um Deus maior

F Dm

Ele faz, e refaz

Bb

Ele é Deus

C

O resto é pó.

Com a sugestão desta canção a pesquisadora questionou se esse momento poderia ser o início do processo de tomada de consciência do grupo, quanto à auto

percepção (lembrando que esta é a quarta sessão de um total de oito). A canção surgiu naturalmente, além de mostrar na letra a transformação com a simbólica borboleta, está sendo transformada duplamente, em animal (lagarta em borboleta) e em cor (branca em amarela).

Tendo em vista que haveria oito sessões, e a forma como ocorreu o processo terapêutico, pôde-se compreender este como tendo as características de uma Psicoterapia Breve. Lowenkron (1993) a define como um tratamento cujo prazo de duração é acordado previamente entre o psicoterapeuta (musicoterapeuta) e o sujeito que busca ajuda para dar conta de um “problema específico”, ou seja, os efeitos de um sofrimento psíquico que se manifesta em uma área demarcável da vida do sujeito.

Na sequência, a musicoterapeuta/ pesquisadora propôs que a canção “Pais e Filhos” da banda Legião Urbana, fosse inserida no repertório, pois já havia surgido em dois momentos anteriores. As participantes ficaram receosas quanto à estética.

P questionou um possível nome para o grupo, ou como disse ela: “Qual é o nome da Banda?” A participante M sugeriu o nome LUDCARDIO, indicando que o vínculo do grupo com a terapeuta estava fortalecido, lembrando que o nome da musicoterapeuta em questão era Ludmila. Conforme afirma Barcellos (2004), através da musicoterapia consegue-se interagir, mobilizar e intervir musicalmente na produção dessas pacientes e de forma adequada. Após a sugestão do nome da banda, todas concordaram em se apresentar.

Fizeram uma brincadeira com o possível nome da banda, antes de se passar para uma próxima atividade. P, sorrindo, sugeriu o nome “As cangaceiras”, dando a entender que a M já tinha pensado anteriormente nesse nome.

Na sequência foi passada a consigna de que criariam uma história, sem verbalização e esta deveria ser contada com gestos corporais e sons. Foi apresentado um vídeo com a letra da canção Pais e Filhos. Foi esclarecido que para criar e estruturar a ideia elas poderiam conversar, só que no resultado final, não poderiam usar a palavra, a fala.

As pacientes solicitaram que fosse repetido o início da música. Perguntaram se para apresentar seria colocada a canção. A pesquisadora esclareceu que não, pois já que iriam emitir sons, o fato de tocar simultaneamente a música junto com os sons que elas produziriam poderia prejudicar a percepção da produção sonora.

Observou-se que tiveram muita dificuldade para criar, se levantaram, perguntaram a mesma coisa várias vezes. Esse comportamento foi compreendido como resistência, que segundo Barcellos (1999) pode ocorrer quando há uma tentativa de se desviar dos sentimentos dolorosos. A mesma autora aborda algumas técnicas sobre como lidar com esse comportamento sendo elas “escutar, refletir, contextualizar e introduzir variações”, que foi quando a pesquisadora/ musicoterapeuta sugeriu algo; no caso a história de uma pessoa comum que cresce e se torna pai. Sorriam muito ao tentarem criar até a pesquisadora/musicoterapeuta sugerir novamente que poderiam interpretar cada uma das participantes do grupo um personagem e em etapas diferentes do desenvolvimento.

Ao executarem o que foi solicitado M foi a mãe, P foi o Pai, D foi um pré-adolescente, e MA fez o personagem principal adulto.

Simularam o ciclo da vida, e passaram a mensagem de que “é preciso amar o outro como se não houvesse amanhã”. Riram muito.

Na sequência foi solicitado que falassem da experiência vivenciada.

D disse que não foi rebelde e que com a doença se sentia impotente, ela afirmou que a cirurgia em sua vida foi um recomeço, e atualmente ela esta namorando.

M disse que poderia ser uma mãe melhor, não sente amor pelos filhos que cuida, porque eles não foram planejados. Mas, apesar disso, com a doença, ela pensa no que seria deles se ela morresse. Pede a Deus para que ela se vá quando eles forem independentes.

P disse sempre demonstrar carinho, pois seu pai não o fazia com palavras, afirmou ainda, que ao perceber o olhar do seu pai, ela já sabia o que ele pensava. Que ela sempre viu a cirurgia como vitória, o casamento melhorou bastante, mas depois da cirurgia ela passou a falar tudo o que pensa, dizendo ainda não guardar as coisas para falar depois.

P ainda afirma que já pensou em seu marido fazer vasectomia, mas que com a cirurgia cardíaca ela falou para ele não fazer, e que quer ele feliz, pois se ela vir a faltar é para ele tenha outra família, ela ainda disse que o ama muito e que quer ver ele feliz.

Para MA, a cirurgia foi uma segunda chance, levando em consideração “que ela lutou muito para ter seus filhos”, pois os teve já com a prótese no coração.

Quanto à história que criaram, o grupo disse ter sido difícil reproduzir, o fazer mímica sem palavra foi difícil, mas que foi engraçado.

A sessão foi finalizada com a música “Até a próxima a vez”.

Sessão 5

Tema: “Cantando Pais e Filhos”

Dias: 09 de Agosto

Participantes: Neste dia estiveram presentes D, P e M.

Ao iniciar a sessão fizemos alongamento começando pelos pés e seguindo por pernas, braços, pescoço e respiração, o que levou as pacientes a bocejar bastante.

Começamos a cantar a canção “Como vai?”, para cada um dos participantes incluindo a terapeuta e o colaborador (acadêmico do Curso de Musicoterapia). Neste dia estiveram presentes D, P e M.

A musicoterapeuta trouxe para a sessão uma outra possibilidade quanto a apresentação mencionada no encontro anterior, que a apresentação fosse no Hospital mesmo, no corredor, onde médicos, enfermeiras e os demais profissionais poderiam ver alguns dos resultados do trabalho da Musicoterapia.

Cruzaram os braços, ficaram em dúvida por ter mais pessoas. Não decidiram naquele momento, pois a outra integrante do grupo MA não estava presente. Sendo assim, deixaram para decidir quando estivessem com todas as participantes do grupo juntas. Enquanto isso, seguimos com a Musicoterapia.

A musicoterapeuta perguntou sobre o nome da composição que elas fizeram e explicou sobre um “programa” que seria entregue no dia da apresentação. Sugeriu que o nome da composição fosse uma homenagem às próprias pacientes, como uma maneira de se valorizarem. Então, o grupo decidiu que o nome da composição seria “o Atendimento”.

A experiência proposta acima é denominada por Bruscia (2000) como Recriação musical cuja variação é definida como “Produção Musical”, na qual:

o cliente envolvido no planejamento e apresentação de um show, em uma dramatização musical, em uma apresentação musical, em um recital ou produção musical envolvendo uma audiência. A essência dessas atividades é apresentar para uma plateia e todos os preparativos envolvidos (p. 127).

Ao findar o assunto da apresentação, a musicoterapeuta esclareceu o que aconteceria no decurso da sessão. Trabalharíamos com a letra da canção “Pais e filhos”. Depois foi dito que assistiriam o vídeo da canção “DNA de um adorador”, do cantor Gustavo Lima, sugerida pela participante M em encontro anterior.

Após a experiência de audição musical (BRUSCIA, 2000) começamos a trabalhar o primeiro trecho da canção “Pais e Filhos”, por meio da recriação musical (idem), quando foi informado que se quisessem alterar a letra ou melodia poderiam fazê-lo, porém não foi alterado.

Durante a leitura da letra da canção M sugeriu que tirássemos a vocalização “uhhh” da canção, porém em votação onde o voto de D foi decisivo não tiramos. É importante salientar que D era mais calada do grupo, extremamente observadora e fazia poucos comentários. Ter no seu voto a decisão da não retirada de parte da canção; acreditamos que foi importante para melhora de sua auto-estima, visto que sua opinião foi validada.

Cantamos a música e durante esse feito descruzaram o braço e D bocejou bastante. Isso nos sugere um estado relaxamento, fazendo-nos crer que o fato sua opinião ter sido levada em conta gerou essa condição de tranquilidade.

A paciente M estava preocupada com a estética da canção, então esclareci que o foco não era esse.

Antes de passar para o próximo item perguntei como foi cantar a canção e como foi saber sobre a outra sugestão para cantar no hospital. M disse que tudo bem, porém todas deveriam gostar da ideia, e que uma apenas não resolveria. P disse que por ela não cantaria, mas que pelas integrantes e pela musicoterapeuta, ela apresentaria, e que o problema era a timidez, mas expliquei que poderiam começar com a música que elas se sentissem mais seguras.

No meio da fala de P, foi dito por M que a canção “Pais e filhos” tem a ver com elas, pois todas tiveram problemas ou com seus pais ou com seus filhos.

A canção sugerida por M, “DNA de um adorador”, foi apresentado ao grupo,

Foi sugerido pela musicoterapeuta que todos tivessem uma pasta com a letra das músicas, para não se preocuparem em decorar a letra e para que não gerasse mais

uma tensão além da expectativa da apresentação, no qual todas concordaram. Finalizamos com a canção “Até a próxima vez”.

Sessão 6

Tema: “Concluir a temática da canção Pais e Filhos e começar DNA de um adorador”

Dias: 16 de Agosto

Participantes: As participantes que estiveram presentes foram M, D e P.

Neste dia estiveram presentes as participantes M, D e P. Começamos cantando a canção “Como vai?” Em seguida entreguei a letra de “Pais e Filhos” para utilizarmos a experiência de Re-criação Musical (Bruscia, 2000), ao cantarmos a canção. Foi questionado se as participantes tinham alguma dúvida quanto ao significado do conteúdo da canção, visto que a mesma foi construída utilizando metáforas. Falamos sobre a narrativa que a canção nos trouxe e que algumas partes teriam questionamentos, mas que não tinham dúvidas acerca dos mesmos.

Durante a música percebi que P demonstrou-se ausente, ao termino questionei se havia alguma dúvida, ela disse que não, que só havia perdido o foco. Perguntei sobre o que ela estava pensando, ela disse estar pensando na época da escola.

Dando seguimento falei sobre respirarem no final de cada frase. Visando deixá-las mais tranquilas tendo em vista a ansiedade frente a apresentação. O trecho “eu moro com meus pais” foi repetido por três vezes. Aproveitei que o celular da D tocou e recolhi a letra de Pais e Filhos, passando então para a música DNA de um adorador. Em seguida D compartilhou que ao telefone era sua mãe, e que a mesma deveria tirar o Útero. Ao dizer essa informação percebemos que D demonstrou confiança no grupo.

Peguei o computador e disse que não conhecia essa música até então, e que existiam várias palavras que não são do nosso dia a dia, falei sobre a articulação dos sons, e lemos a letra. Cantamos os dois primeiros trechos e ensaiamos com o violão.

Elas ficaram concentradas na letra da canção, enquanto viam o vídeo na versão original. Depois trabalhamos cantando o refrão e o último trecho da canção que fala sobre “neurônios”, que foi um dos principais trechos que as participantes tiveram dificuldade em executar por várias vezes seguidas. Segue abaixo o trecho em questão:

*Ele conta os neurônios de uma mente humana
Ele multiplica células e uma membrana
Conhece nossa genética e nosso DNA*

Ao observar a letra da canção é possível fazer um paralelo com a vida das participantes, visto que todas tiveram um problema cardíaco onde o tecido valvar não mais poderia ser regenerado, assim como é citado na letra da música. Desta forma essas pacientes tiveram que passar por uma cirurgia para reparar algo que o seu corpo já não conseguia resolver sem a ajuda externa, ou seja, a dificuldade em cantar esse trecho pode estar associada a própria aceitação da cirurgia e do reconhecimento que o seu corpo por si só já não seria capaz de viver sem essa colaboração externa.

Ruud (1998), Smeijsters (1999) e Leite (2003) consideram a utilização de diferentes formas de metáforas em Musicoterapia. Tanto as experiências musicais quanto a relação terapêutica poderão se tornar uma metáfora que irá permear as vivências e as relações do paciente fora do espaço terapêutico (LEITE, 2003 apud BARCELLOS, 2009). Nesse sentido, o cantar, o escutar e/ou o tocar música se torna uma ressonância do mundo interno da pessoa que canta, escuta e/ou toca. (SMEIJSTERS, 1999)

Foi perguntado novamente se havia alguma palavra que elas desconheciam. M disse que achou interessante o trecho que fala da lagarta se transformando em borboleta, pois “crê que somos lagartas e que muitas vezes somos transformados, e que a sua vida foi transformada”. A musicoterapeuta perguntou se ela se achava uma borboleta, então M disse que sim, mas uma borboleta com asas meio curtas e, que mesmo curta, ainda conseguia voar. Foi questionado às demais participantes se elas também se consideravam borboletas, P disse que há borboletas que só vivem um dia, ao que a musicoterapeuta argumentou, dizendo que nem todas. Surgiu o assunto sobre o ciclo de vida de alguns animais, dentre eles o mosquito, pois em alguns casos vivem somente um dia. M ainda ressaltou que essa música “pra quem esta balançado, ela é firmeza” e a musicoterapeuta perguntou se no dia da apresentação quem a ouvisse conseguiria se animar. M respondeu que sim.

Combinamos de a musicoterapeuta trazer a letra no encontro seguinte para continuarmos ensaiando. Relembramos que esse era o antepenúltimo encontro, e que teríamos mais três semanas juntas, conforme o que havia sido estipulado no contrato terapêutico. M teceu o comentário de “que ta tão bom”, que no último encontro

poderíamos fazer uma festinha. Assim, combinamos que haveria uma despedida, quando levaríamos refrigerante e quitandas da preferência de cada uma. Na sequência nos encaminhamos para a canção de finalização “Até a próxima vez”.

Sessão 7

Tema: “Terminar o ensaio DNA de um adorador”

Dias: 23 de Agosto

Participantes: As participantes que estiveram presentes foram M, D e P.

Começamos cantando “Como vai?” para o filho de M, que neste dia estava presente, e para os demais, D, o colaborador, P e M. O filho de M. Conversamos sobre o cronograma, onde no último encontro teríamos a psicóloga refazendo os questionários e seria discutida a ordem de apresentação das músicas; nesse momento fez-se silêncio e M sugeriu a sequência: “Pais e filhos”, “DNA de um adorador”, e “O atendimento”. P disse que “O atendimento” deveria ser a última para os espectadores “não saírem correndo”. Acreditamos que essa fala se referiu a um possível receio, por se tratar de uma composição do grupo.

Combinamos sobre o vestuário, então sugeri que viessem todas com a mesma cor de roupa, ou com jeans e camisa colorida. P disse que todas iguais seria mais difícil, porém de jeans seria mais fácil, com blusa colorida, e de sandália. Falei sobre o programa que faria a respeito da apresentação, contendo os nomes das canções.

Falamos das letras das músicas, se elas conseguiram ouvir em casa.

M pediu para que a auxiliasse a começar, que tinha dificuldade nas entradas.

Falamos sobre a articulação das palavras e revimos o vídeo da canção “DNA de um adorador”. As pacientes sentiram dificuldade em se desprender da estética musical, sendo assim elas quiseram ouvir o cantor e sua versão. M, apesar do auxílio audiovisual, continuou com dificuldade. Ouvimos novamente juntas, cantando com a gravação, e conseguimos. No entanto, ao fazer sozinhas, P não fez a parte do “casulo” como na canção a seguir:

*Ele faz, a lagarta do casulo não ser mais aquela
Transformando em borboleta branca em amarela
Lhe dá asas e ainda lhe ensina a voar*

*Ele faz, em qualquer matéria orgânica a transformação
Mesmo ainda que o feto seja o embrião
Ele define aparências e como será*

Novamente observamos a utilização da música como metáfora, pois aqui P demonstra sua dificuldade em “transformar-se”. Muggiati (1973), citado por Millecco, Brandão e Millecco Filho (2001, p. 81)

Outro importante ponto a ser investigado é a inter relação de palavra e música durante o próprio ato sonoro, ou seja, no momento exato em que se ouve a canção. Ainda que o ouvinte não consiga ou não queira captar as palavras numa primeira audição, o seu inconsciente raramente deixa de registrar a mensagem do compositor.

P demonstrou através do canto uma dificuldade que é em sua vida, levando em consideração a aceitação em participar do processo musicoterapêutico. Relembrei que “Ele faz” deve ser mais forte, pois esse Ele é alguém superior. Após essa intervenção as pacientes conseguiram concluir a música. Desta maneira, o que fiz enquanto musicoterapeuta foi encorajá-las mostrando que tinham em quem se apoiar, tendo sensibilidade em orientá-las a fazerem o proposto.

Falamos sobre a postura e sobre a altura que deveriam segurar a pasta que continha as letras das músicas, para que não escondessem o rosto. Acrescentei que se colocassem na frente do rosto acabariam bloqueando o som. Na sequência demonstrei que cantando com a cabeça baixa o som não chegaria para os que estariam no corredor, que elas tinham a missão de mostrar a essas pessoas, por meio da música, que há uma esperança. Pedi para que elas comesçassem a cantar suavemente. Finalizamos essa sessão com a canção “Até a próxima vez”.

Sessão 8

Tema: “Finalizando o atendimento”

Dias: 30 de Agosto

Participantes: Estavam presentes P, M e D.

Estavam presentes P, M e D. Iniciamos com um alongamento. D perguntou à paciente P se não estava com calor, pois a mesma estava com uma blusa de frio. Disse

as pacientes durante o alongamento que elas estavam indo a sessão cada dia mais bonita, produzidas com roupa diferentes, maquiagem.

Após o alongamento a musicoterapeuta perguntou o que as pacientes acharam de diferente nelas, durante o decorrer do período de atendimentos, durante as oito semanas de sessões, no dia a dia, na rotina, se perceberam algo ou não? A seguir, passo a transcrever as respostas ao meu questionamento, exatamente na ordem e da forma como disseram.

M: *Eu acho que mudou.*

Eu: *o que você acha que mudou?*

M: *A gente se sente inútil, pelo menos eu sinto, para gente ganhar força e chegar a onde a gente quer né. Reconhecimento, lidar melhor, dar uma animada, porque a gente tem a mente muito negativa.*

Eu: *Se fosse pra gente continuar o atendimento você continuaria?*

M: *Continuava, é meio difícil, porque ela trabalha, ela trabalha (apontando para as colegas), eu também trabalho, mas meu trabalho não influi por ser mais no fim de semana, é bom, a gente pega amizade com você com o Jefferson (acadêmico que registrou os encontros), então na sexta agente vai querer vir e não tem como, acabou, achei bom.*

D: *quando comecei eu tava muito debilitada, muita gente falando, principalmente minha mãe. Eu vou sim, não estou morta, até minha patroa falou, ah você esta diferente, minha auto-estima esta melhor.*

Eu: *mas você atribui essa melhora ao atendimento?*

D: *Sim, é ao atendimento. Assim, antes eu via as coisas e não falava, agora eu chego e já converso. (com os braços cruzados). Pra lidar com as pessoas.*

P: *Eu lembro que quando eu comecei aqui, eu tava numa fase bem ruim, lembra de eu ter te falado? (Problemas com o marido da sogra dela) Não quero ver você perto da minha filha, porque você não é nada meu, nem do meu marido e nem da minha filha, não quero ver você perto da minha família. Daí a gente tá com planos para comprar a nossa casa. Melhorou muito depois do atendimento eu tava muito nervosa e com muita raiva, descontava em todo mundo, era muita raiva dentro de mim, e agora não, eu tô mais alegre, me ajudou a conversar mais, antes eu ficava muito fechada, pensava só em coisa ruim, agora não; falo, dou conselho para levantar a pessoa, depois da cirurgia eu fiquei muito estressada, nervosa, ninguém podia chegar perto de*

mim que eu já dava patada, e eu não era assim, antes eu só falava coisa boa, depois da cirurgia eu fiquei assim (Observação: Como a paciente sempre chegava mais cedo, essa fala, foi em um dos momentos em que organizava a sala e ela já estava aguardando. Essa fala era que o esposo da sogra se aproximava da filha da paciente de modo duvidoso, sugerindo um certo abuso).

Eu: *mas você acha que o atendimento te ajudou?*

P: *é eu acho, eu tô mais alegre, tipo se eu to passando mal eu tomo o remédio e penso que vai melhorar.*

Eu: *Qual foi o momento desses oito encontros que tivemos, que vocês sentiram que as coisas começaram a mudar, que a partir daí que vocês viram diferença?*

P: *No dia em que preenchemos a folha, eu vi assim... que eu era uma pessoa muito amarga, muita raiva em mim, que a pessoa que fosse olhar ia até assustar ao ver. Ai depois a gente conversando, você força a gente conversar, não é que força, tipo assim, enquanto a gente não fala o que esta sentindo ou pensando você não sossega, abrindo a garganta (risos), a D a gente não ouvia a voz dela.*

Eu: *então foi a partir do preenchimento da ficha que você falou a si mesma, vou mudar?*

P: *Foi*

Eu: *E vocês duas?*

M: *No dia que agente fez aquela música linda, maravilhosa, com a auto estima lá no chão eu pensei, ficou até legal. Só não sei se vou ter coragem de apresentar (risos)...*

Eu: *Vai sim, eu acredito em vocês. E você D?*

D: *Me sentia uma coisa inútil, não pode trabalhar, não pode isso, não pode aquilo, e graças a Deus tive apoio, e vindo aqui ouvindo as meninas, a gente percebe a vida diferente, que não é só a gente que tem problema. Os exercícios, acho que foram os exercícios de respiração, ai você vai conversando e ouvindo, porque não sou de contar minhas coisas para os outros não, agora tô até pensando em casar, minha patroa quer fazer uma festa, mas um jantar vai ter. Aproveitando, como vou casar e não sou operada, tenho que procurar um médico pra ver o que eu devo tomar né, pra não ter filho?*

Eu: *Sim, ai ele vai te orientar qual medicamento será o mais indicado.*

P: *O Medicamento mais apropriado é bem caro.*

Neste momento, passamos a falar sobre a paciente que teve filho com a válvula, que é muito perigoso. Falamos sobre métodos contraceptivos, e cirurgia de laqueadura.

M: *Ah, não tem um remédio que agente toma que melhora a garganta.*

Eu: *Tem uns gargarejos que são bons.*

Pegamos as folhas com as letras das canções e conversamos sobre uma festinha de confraternização no dia da apresentação.

Ouvimos DNA de um adorador; Cantamos a canção inteira junto com o violão. Repetimos a parte “dos neurônios”. Por fim, passamos toda a canção com o violão novamente.

M: *Elas cantaram muito forte, senti firmeza.*

Em seguida ouvimos “Pais e Filhos”. P não quis a letra, pois disse que já tinha memorizado. M, no fim do vídeo, disse que, na parte “*sou uma gota d’água*” ficou pensando muito. Afirma que as demais integrantes estão sempre falando de família, dos pais, e que ela não fala. Então pergunta se eu havia percebido. Antes que eu pudesse dar uma resposta a paciente disse que os pais dela não interferiam muito em sua educação, o que ela gostaria que eles tivessem feito.

Ela disse que não entendia, então eu disse para ela que talvez eles não tivessem feito por não saber como fazer.

P disse que o pai dela já era o oposto que sempre estava por perto, mas ela não soube dar valor. M disse ainda que gostaria de ser diferente com os filhos dela, mas que não conseguia.

Eu: *Disse que é complicado dar para alguém aquilo que não se recebeu, mas que devemos procurar um meio de fazê-lo se estamos vendo que isto esta nos prejudicando.*

M contou uma história de que seu pai a acusou de estar junto com um homem, e ela não estava, mas o fez só para pirraçar. Então disse que talvez fosse preconceito ou a forma dele de dizer para que ela tivesse cuidado. Ela então disse que ele deveria ter dado conselho e não acusar.

Então tornei a perguntar se ela estava fazendo diferente com os filhos dela, já que ela tinha essa visão. Ela disse que aponta, mas não fala o porquê das coisas. Questionei se ela conseguia ver que se não foi interessante com ela, porque ela repetia

as mesmas coisas com os filhos? Respondeu que “esta no sangue, dá tempo de concertar”, acrescentando que seria melhor ela pensar antes de falar ou agir com seus filhos, pois do mesmo jeito que uma experiência ruim a marcou, nos filhos dela também pode marcar. P disse ainda a M que falar “burro, ignorante”, são palavras ruins, marcam negativamente a criança.

Cantamos a música com o violão. Em seguida a sessão foi finalizada, lembrando que na semana seguinte seria a apresentação.

4.2. Dados Quantitativos

Como foi dito anteriormente, tivemos a participação de uma psicóloga no projeto, visando a aplicação dos dois questionários utilizados, sendo eles: o ISSL - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (LIPP, 2000) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-E), este último apenas analisado no que se refere à Ansiedade - Estado. Esclarecemos que os resultados referentes às médias no IDATE entre *scores* de Traço e Estado serão considerados. Ambos os questionários foram aplicados em um mesmo dia, sendo o primeiro momento (M1) antes da primeira intervenção musicoterapêutica e o segundo momento (M2) após a última intervenção da musicoterapêutica com o grupo. Sendo assim, apresentamos a seguir os resultados e análises estatísticas advindos destes momentos, pois pretendemos avaliar se as pacientes apresentaram melhora ou não no decorrer do tempo. Como as informações foram obtidas de um mesmo paciente em períodos distintos, tivemos dados pareados. Logo, trata-se de testes envolvendo duas amostras pareadas.

4.2.1 Resultados do IDATE-E

No IDATE-E, cada afirmação é composta por escores de 1 a 4, sendo que o valor máximo é de 80, para cada um dos questionários. Nas duas escalas, escores altos indicam mais ansiedade, sendo que a classificação gerada pelos resultados (*scores*) é assim definida:

- Nível normal: 40 (+ ou - 2);
- Tende a ansiedade: acima de 42; e,
- Tende a depressão: abaixo de 38.

Apresentamos, nas tabelas a seguir, os resultados dos *scores* do IDATE – E (Estado) nas duas aplicações (M1 e M2) realizadas pela psicóloga.

Tabela 1: Resultados do IDATE-E na primeira aplicação (M1)

NOME	Data nascimento	SEXO	Pontuação I ansiedade Estado	Pontuação II ansiedade Traço	Média	Conclusão
JE	06\06\61	M	47	39	43	Tende a ansiedade
M*	06\12\79	F	41	47	44	Tende a ansiedade
P*	22\11\85	F	51	65	58	Tende a ansiedade
MA	17\12\83	F	45	54	49,5	Tende a ansiedade
A	27\02\90	F	43	45	44	Tende a ansiedade
D*	18\12\70	F	43	32	37,5	Tende a depressão
MF	01\04\62	F	46	53	49,5	Tende a ansiedade
R	25\11\82	F	51	58	54,5	Tende a ansiedade
I	05\03\74	F	42	42	42	Tende a ansiedade

* Pacientes que permaneceram no estudo até o momento da segunda aplicação dos questionários.

Tabela 2: Resultados do IDATE-E na segunda aplicação (M2)

NOME	Data nascimento	SEXO	Pontuação I ansiedade Estado	Pontuação II ansiedade Traço	Média	Conclusão
M	06\12\79	f	40	43	41,5	Normal
P	22\11\85	f	38	47	42,5	Normal
D	18\12\70	f	42	49	45,5	Tende a ansiedade

Com relação ao IDATE-E, apresentamos a seguir os resultados, tendo como base a aplicação do Teste Wilcoxon.

Tabela 3: Resultados da Média IDATE-E

Diferença entre as posições		N	Média das Posições	Soma das Posições
Média Antes – Média Depois	Posições Negativas	1 ^a	2,00	2,00
	Posições Positivas	2 ^b	2,00	4,00
	Nulas	0 ^c		
	Total	3		

-
- a. Média Antes menor que Média Depois
 - b. Média Antes maior que Média Depois
 - c. Média Antes igual a Média Depois
-

Teste Wilcoxon IDATE-E

Na Tabela acima foram apresentadas duas posições positivas, uma negativa e nenhuma nula. Assim verificamos duas diferenças positivas, isto é, a média antes é maior que média depois, e uma diferença negativa, na qual a média antes é menor que média depois.

Tabela 4: Resultados Média Antes – Depois (M1 e M2) no IDATE-E

Teste Estatístico ^a	
Z	-0,535 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,593

a. Teste de classificação de posições de Wilcoxon

b. Com base em posições negativas.

Observamos que as somas das posições positivas (2) diferem das somas das posições negativas (1). Asymp. Sig ou $p = 0,593$, maior que 0,05. A Média antes foi maior que a Média depois. Ocorrendo diminuição de valores entre IDATE (Média) antes e depois (em dois pacientes), sem diferença estatisticamente significativa.

Assim, ao analisar os escores do IDATE-E e sua relação com o estado de ansiedade em que estava cada paciente que participou do processo musicoterapêutico do início (M1) ao fim (M2), tem os seguintes dados (Tabela 5). Estes indicam que houve diminuição de valores em dois pacientes e aumento em um, tanto nas pontuações referentes à Ansiedade - Estado como nas médias (referente às médias aritméticas entre Ansiedade - Traço e Ansiedade - Estado), sendo que o terceiro paciente avaliado saiu de uma tendência à depressão para uma tendência à ansiedade.

Tabela 5: Valores das Médias e Conclusão, com relação ao IDATE-E, de cada participante do grupo de Musicoterapia nos M1 e M2

NOME	Pontuação I ansiedade Estado	Média M1	Conclusão M1	Pontuação I ansiedade Estado	Média M2	Conclusão M2
M	41	44	Tende a ansiedade	40	41,5	Normal

P	51	58	Tende a ansiedade	38	42,5	Normal
D	43	37,5	Tende a depressão	42	45,5	Tende a ansiedade

4.2.2 Resultados do ISSL

Com relação aos dados do ISSL, temos que considerar as seguintes classificações para os escores verificados.

Quadro 2: Classificação dos Escores de Estresse do Instrumento ISSL

Partes do ISSL	I	II		III
Fases	Alerta	Resistência	Quase exaustão	Exaustão
*Nº de Sintomas	7 – 15	4 – 9	10 – 15	9 – 23
*Número inferior a estes, em cada fase, não caracteriza estresse				

Inicialmente apresentamos os dados absolutos referentes aos escores aferidos com a aplicação do ISSL, pela psicóloga participante da pesquisa.

Tabela 6: Respostas do ISSL no M1

NOME	Data nascimento	SEXO	Total sintomas físicos	Total sintomas psicológicos	Total Bruto	Fase
JE	06\06\61	M	6	6	12	I – Alerta
M*	06\12\79	F	18	9	27	III – Exaustão
I	05\03\74	F	13	12	25	III – Exaustão
P*	22\11\85	F	9	14	23	III – Exaustão
MA	17\12\83	F	14	8	22	III – Exaustão
A	27\02\90	F	26	17	43	III – Exaustão
D*	18\12\70	F	6	3	9	II resistência
MF	01\04\62	F	8	6	14	II - Quase exaustão
R	25\11\82	F	10	5	15	II - Quase exaustão

* Pacientes que permaneceram no estudo até o momento da segunda aplicação dos questionários.

Tabela 7: Respostas do ISSL no M2

NOME	Data nascimento	SEXO	Total			Conclusão
			Total sintomas físicos	Total sintomas psicológicos	Total Bruto	Fase
M	06\12\79	F	8	5	13	II - Quase exaustão
P	22\11\85	F	6	4	10	II - Quase exaustão
D	18\12\70	F	5	2	7	I – Alerta

Com relação ao ISSL apresentamos a seguir os resultados, tendo como base a aplicação do Teste Wilcoxon.

Tabela 8: Total Bruto no Teste Wilcoxon ISSL

Diferença entre as posições		N	Média das Posições	Soma das Posições
Total Bruto antes - Total Bruto depois	Posições Negativas	0 ^a	0,00	0,00
	Posições Positivas	3 ^b	2,00	6,00
	Nulas	0 ^c		
	Total	3		

a. Total Bruto antes menor que Total Bruto depois

b. Total Bruto antes maior que Total Bruto depois

c. Total Bruto antes igual a Total Bruto depois

Na tabela acima são apresentadas três posições positivas, nenhuma negativa e nenhuma nula. Desta forma, verificamos três diferenças positivas, isto é, Total Bruto antes (M1) foi maior que Total Bruto depois (M2), indicando diminuição do nível de estresse em todos os participantes do estudo que permaneceram até o final do processo musicoterapêutico.

Tabela 9: Resultados do ISSL - Total Bruto (M1) e Total Bruto (M2) com aplicação do Teste Wilcoxon ISSL

Teste Estatístico ^a	
Z	-1,604 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,109

a. Teste de classificação de posições de Wilcoxon

b. Com base em posições negativas.

As somas das posições positivas (3) diferem das somas das posições negativas (0). Asymp. Sig ou $p = 0,109$, maior que 0,05, não havendo diferença estatisticamente significativa com relação ao Total Bruto no ISSL.

Assim, ao analisar os escores do ISSL e sua relação com classificação quanto ao nível de estresse em que estava cada paciente que participou do processo musicoterapêutico do início (M1) ao fim (M2), temos os seguintes dados (Tabela 10). Estes indicam que houve diminuição de valores para todos os participantes; dois pacientes saíram da fase de exaustão para quase exaustão e o terceiro paciente avaliado saiu da fase de resistência para a fase de alerta.

Tabela 10: Valores do Total Bruto e Classificação quanto ao Nível de Estresse de cada participante do grupo de Musicoterapia nos M1 e M2

NOME	Total Bruto	Fase M1	Total Bruto	Fase M2
M	27	III - Exaustão	13	II - Quase exaustão
P	23	III - Exaustão	10	II - Quase exaustão
D	9	II Resistência	7	I - Alerta

4.3 Discussão dos Dados

Este subcapítulo foi construído levando em consideração todos os resultados, tanto quali quanto quantitativos, tendo-se como base os dados das pacientes que permaneceram em todas as etapas da presente pesquisa e a fundamentação teórica inicialmente apresentada na presente dissertação.

O desenvolvimento da coleta de dados ocorreu através de um processo musicoterapêutico constituído de quatro fases. Antes do início do processo musicoterapêutico foi realizada a aplicação dos testes ISSL (LIPP, 2000) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-E), de Biaggio (1979). A Testificação Musical (1ª e 2ª sessão), consistiu na aplicação da ficha musicoterapêutica e na realização de observações acerca da expressão e interação musical dos pacientes. Logo após seguiu-se o que caracterizamos como fase inicial do processo musicoterapêutico (3ª a 5ª sessão); fase intermediária (6ª e 7ª sessão) e fase final (7ª e 8ª sessão). Os testes aplicados inicialmente, ISSL e IDATE-E, foram refeitos na semana seguinte à última sessão, após a apresentação musical organizada pelo grupo.

As avaliações iniciais, realizadas através da ficha musicoterapêutica e da testificação musical, demonstraram maior preferência pelo estilo sertanejo atual e o de raiz. Esses dados estão em consonância com o histórico de vida das participantes, duas delas são provenientes da zona rural do estado de Goiás e uma da zona urbana do mesmo estado.

Sampaio (2010) ressalta que o gênero sertanejo é reconhecido como uma das vertentes da identidade goiana. Deste modo, as participantes nos revelam, através dos elementos musicais, suas características culturais.

No que se refere ao ISSL e ao IDATE-E avaliamos no momento inicial (M1) que todas as pacientes que finalizaram o processo apresentavam índices importantes de estresse e ansiedade-estado. A paciente D chamou-nos a atenção por apresentar um quadro definido como “Tende a depressão”, resultado este demonstrado na escala IDATE-E.

Nessa etapa após os testes, iniciamos também o estabelecimento de vínculo que, segundo Mororó (2010, p. 80), é compreendido como uma “relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa”. O desenvolvimento de vínculos estáveis é objetivo para todo profissional que acolhe, escuta e cuida do ser humano (FRANCO *et al.*, 1999). Nesse sentido de criação e fortalecimento de vínculo, vimos que o mesmo realmente se estabeleceu quando, na fala do grupo, os participantes expressaram a vontade de que o nome do mesmo fosse LUDCARDIO, remetendo a parte do nome da musicoterapeuta/pesquisadora em questão.

No decorrer do período com o grupo, conseguimos que as pacientes revelassem conteúdos internos, facilitando sua auto-expressão. Estes conteúdos revelaram uma vida cheia de incertezas e conflitos familiares, concordando com Jenkins (1994), o qual afirma que existe uma relação entre os fatores psicológicos e as doenças cardiovasculares. Algumas características apontadas pelo autor são: mudam frequentemente de residência ou profissão; possuem problemas com a família (mulher e filhos); baixo nível sócio-econômico e problemas do indivíduo com o grupo que convive.

Outro aspecto importante observado na evolução do grupo foi a auto-expressão, que acreditamos ter sido viabilizada, tanto em função do vínculo terapêutico como pelos elementos e a mobilização que a música proporciona. Costa e Vianna, em pesquisa publicada em 1982, descreveram o uso da Musicoterapia no tratamento de grupos de pessoas por meio da autoexpressão - com a utilização da linguagem musical em atividades como produções rítmicas simples, exploração de sons corporais e vocais, facilitação do uso expressivo da voz e experimentação de instrumentos.

Foi observado no grupo pesquisado que o processo musicoterapêutico contribuiu para o aumento da capacidade de comunicação e para o processo de estruturação e de socialização do grupo também observado por Costa e Vianna (Op. Cit.). Chegamos a essa conclusão, pois as pacientes apresentaram três canções com

conteúdos significativos para o processo musicoterapêutico; onde duas delas foram trabalhadas a partir da Re-criação Musical e a terceira por meio de uma Composição Musical do grupo, experiências musicais descritas por Bruscia (2000).

Para chegarmos nesse resultado de três canções a serem apresentadas, foi necessário que houvesse, da parte da musicoterapeuta/pesquisadora, um momento de escuta ou o que Barcellos (2005, p. 11) descreve como sendo uma “ação receptiva”, que é o instante “em que o musicoterapeuta está em estado de atenção para perceber o paciente como um todo e aquilo que ele veicula e/ou expressa”.

Ainda no pensamento de Barcellos (2005) é necessário que o profissional se prepare para responder/agir e, para tal, é preciso que processe os elementos veiculados pelo paciente, ou seja, analise o que aconteceu. Como foi demonstrado nos relatórios anteriormente apresentados ficou perceptível tal aspecto.

Através da escuta musicoterapêutica foi possível chegar ao uso da técnica/experiência mais adequada e traçar os objetivos terapêuticos para o grupo. Sendo assim, as experiências que verificamos serem mais oportunas foram: composição, re-criação e audição musical (BRUSCIA, 2000). Para cada uma dessas experiências o autor propõe objetivos específicos e define diferentes variações, que podem ser utilizadas pelo musicoterapeuta de forma combinada durante o processo.

Bruscia (Op. Cit.) explica que a Composição Musical oferece ao indivíduo a oportunidade de criar uma música tocando, cantando ou fazendo sons corporais. Com o uso dessa experiência, os principais objetivos que alcançamos foram:

- o desenvolvimento da habilidade de planejamento e de organização;
- o desenvolvimento da habilidade de solucionar problemas de forma criativa;
- a promoção da auto-responsabilidade;
- a explanação de temas terapêuticos através da letra da canção composta;
- o desenvolvimento da capacidade das pacientes em integrar e sintetizar partes de um todo, veiculando significados e sentidos aos conteúdos trazidos através da música.

Dentro dessa experiência usamos a variação *escrever canções*, pois a canção composta foi original, com a minha assistência, lembrando que a canção citada foi “*O atendimento*”.

Na Re-criação Musical, de acordo com Bruscia (*Op.Cit*, p. 126), “o cliente aprende ou executa músicas instrumentais ou vocais ou reproduções de qualquer tipo musical apresentado como modelo”. Além de reproduzir, o cliente pode transformar o modelo musical exposto pelo terapeuta.

Foram várias as canções re-criadas no decorrer dos atendimentos musicoterapêuticos, porém as que usamos para a apresentação final foram “*DNA de um adorador*”, do intérprete Gustavo Lima e “*Pais e Filhos*”, da banda Legião Urbana. Alguns dos objetivos relacionados que alcançamos ao utilizar essa experiência foram:

- a promoção da identificação e da empatia com os outros pacientes que compunham o grupo;
- a melhoria das relações intra e interpessoais a partir das atividades interativas;
- o desenvolvimento de habilidades de interpretação e comunicação de ideias e sentimentos.

Ainda com relação à experiência de re-criação musical, além do cantar e valorizar a marcação rítmica e entonação, foi proposto o planejamento de uma apresentação/recital, que foi realizado no último dia de atendimento, se enquadrando na variação *produção musical*, também proposta por Bruscia (2000).

Quanto à audição musical, segundo o mesmo autor, experiência receptiva, é o momento em que o cliente ouve músicas e corresponde em silêncio, verbalmente, corporalmente ou de outras formas. Nesta, os objetivos musicoterapêuticos propostos e alcançados foram:

- a promoção da comunicação e da receptividade;
- o desenvolvimento das relações intrapessoais;
- a estimulação da auto-expressão;
- o relaxamento corporal e mental;
- a evocação de estados e experiências afetivas;
- o estabelecimento de conexões entre as pacientes e o grupo trabalhado.

A variação usada foi a *escuta para estimulação* utilizada para estimular os sentidos, despertar a atenção, estabelecer contato com a realidade, e aumentar os níveis de energia.

Os testes aplicados demonstraram que os níveis de ansiedade e estresse foram alterados de modo positivo, sendo que as experiências utilizadas foram assertivas,

pois obtivemos melhoras nos resultados finais, apesar de não termos tido um número de participantes suficiente para comprovar mudança estatística, o que pode ser considerado como uma das limitações do estudo.

Uma das canções que nos chamou a atenção foi “*Relógio quebrado*”, dos intérpretes Lourenço e Lourival. Ela foi apresentada pela participante M no terceiro atendimento, no qual se trabalhou com a temática “Emissão de ruídos que lembrem um relógio e jogo musical onde o tema relógio e tempo seriam a chave”. A letra da canção e o próprio título já nos sugerem algo intenso, pois é o tempo que move a vida de cada ser.

Com relação à questão do tempo musical, Novaes (1994), no livro *Criatividade: expressão e desenvolvimento*, afirma que o tempo é objetivo e subjetivo. Szamosi (1988) aponta que em uma sociedade em que a vida social é estruturada e regulada por relógios precisos, onde o tempo medido invade a maioria dos aspectos da vida, ajustamos a nossa vida ao “tempo métrico”, que é mensurado pelos números dos nossos relógios, e ao “tempo que sentimos”, de caráter subjetivo, que é o tempo das sensações.

Como afirmado anteriormente, Novaes (Op. Cit.) aponta que na criação científica ou artística, o tempo permanece sempre presente e suas facetas se interligam nas diversas modalidades de expressão que se complementam. Todas essas manifestações humanas produzem emoções, sentidos, significados e podem influenciar o viver, propiciar transformações (BARCELLOS, 1985).

Aqui inferimos que as pacientes tiveram seus “relógios”, seus corações, metaforicamente, modificados. Lembrando que existe uma marcação rítmica quanto ao bombeamento cardíaco que nos remete a um relógio. Essas pacientes tiveram seu “tempo” modificado, o que confirmamos na fala de M, que diz “a gente se sente inútil, pelo menos eu sinto”, ou seja, um “relógio quebrado”.

Ao fazerem a cirurgia de troca valvar essas pacientes tiveram uma nova chance, estando imersas em estresse, tanto antes, quanto depois do procedimento e, conseqüentemente, resultando em muita ansiedade no que dizia respeito ao futuro, gerando insegurança por terem no seu corpo, a partir da cirurgia, algo não biológico, do qual dependia suas vidas, algo que não nasceram com elas. Do mesmo modo como o objeto relógio, que tem marcação de tempo e pode estragar, essas pacientes, inconscientemente, poderiam se questionar “Esse material posto em meu peito também

pode quebrar?” Somente esse constante questionamento desencadeia estresse e geraria ansiedade, o que comprovamos nos testes pré atendimento.

Através do processo musicoterapêutico fomos capazes de auxiliar no desenvolvimento da autoconfiança dessas pacientes. Dessa forma, podemos relacionar estes sentimentos à melhora nos resultados finais dos testes de estresse e ansiedade, apesar de não termos uma diferença estatisticamente significante.

Outra questão que observamos é que as participantes que ficaram até o fim do processo têm perfil familiar bastante similar, que envolvem abandono, separações, desconfianças, problemas com os pais e com os filhos, o que nos levou a acreditar que a canção *Pais e Filhos*, num plano inconsciente pôde representar muito bem, reaparecendo sempre em momentos que se falou em ciclo e família. O seu reaparecer nos faz inferir na caracterização de um processo de cura quanto ao aspecto de problemas familiares, o que confirmamos através da canção *DNA de um adorador*, no trecho que diz “*Transformando em borboleta branca em amarela*”, pois a borboleta naturalmente é um animal que se transforma, além do que, o próprio processo de cura quanto a aceitar que a partir da cirurgia, teriam que se transformar e aceitar as mudanças que viriam, se adaptando, conseqüentemente, mudando e se transformando.

Fazendo uma análise do processo musicoterapêutico, podemos propor algumas observações e reflexões:

1- O processo musicoterapêutico foi iniciado utilizando a experiência de audição musical, que segundo a definição de Bruscia (2000), nos mostra ser uma experiência que não exige um envolvimento do paciente no fazer musical;

2- Em um segundo momento, utilizamos a experiência de re-criação musical, na qual já surge o “Eu” como participante na execução musical, ou seja, já acontece maior exposição e participação, onde se percebe o desprendimento em ser julgado pelos outros participantes do grupo.

3- Em um terceiro momento realizamos a composição musical que, além da participação no fazer é necessário também o criar, o que nos mostra um passo adiante, que observamos maior confiança na exposição de ideias, musicais e/ou verbais. É importante ressaltar ainda que essa composição foi realizada com algumas características de previsibilidade, como por exemplo o tom, que era o mesmo da música de início e término das sessões. No entanto ao transcrever a canção percebemos que não se apresentava como tonal, como era previsível, mas sim em modal (Modo Mixolídio),

ou seja, um modo grego. Assim, percebemos como um momento de extrapolar ou ir além do que faziam musicalmente, trazendo uma característica diferenciada em relação ao repertório usual das sessões anteriores. Teria essa manifestação musical uma relação com um processo de ampliação das emoções e contato com seus conteúdos, vislumbrando maior conexão consigo e trazendo evidentes efeitos terapêuticos?

Para Barcellos (2005), a familiaridade e previsibilidade da canção popular são aspectos que proporcionam conforto na prática clínica musicoterapêutica, ou seja, são características que favorecem a segurança para aquelas que necessitam se sentir fortalecidos. Isso aconteceu com o grupo estudado, inclusive na criação e no fortalecimento de vínculo, pois ao trazer o que é familiar, observou-se que as relações interpessoais foram se desenvolvendo entre as participantes e entre elas e a musicoterapeuta/pesquisadora. Em nosso estudo, portanto, percebemos que, ao trazer canções descritas na ficha musicoterapêutica, o vínculo logo se tornou forte, tanto que as pacientes propuseram que o nome do grupo fosse LUDCARDIO trazendo as iniciais do meu nome para o nome do grupo.

Dileo (2009), musicoterapeuta pesquisadora na área de Musicoterapia em Medicina, aponta que a escuta musical pode ser uma intervenção eficaz para a redução da taxa de ansiedade em pessoas com doenças cardiovasculares, isso também ocorre quando o repertório é escolhido pelo próprio, sujeito participante do estudo, o que ocorreu na presente pesquisa. Vimos, em nosso estudo que, a partir das experiências utilizadas, que envolveram elementos trazidos por Dileo (Op. Cit.), entre outros, o processo musicoterapêutico possibilitou a diminuição do estresse e da ansiedade nas pacientes analisadas. O que pudemos constatar nos resultados de M1 e M2, apesar de não ter dado diferença estatística significativa, provavelmente pelo número de adeptos ao estudo, o mesmo nos mostrou uma significativa mudanças nas três pacientes que se comprometeram em ir até o fim do processo. Observamos que os dados qualitativos e os dados quantitativos foram complementares, possibilitando uma análise mais complexa do processo vivenciado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo inicialmente contou com algumas intempéries no âmbito da aceitação dos pacientes em estar presencialmente no mesmo. Essa dificuldade em comprometerem-se apareceu assim que convidamos para a assinatura do TCLE, onde alguns pediram um atestado médico, documento este que não poderíamos produzir por não estar nas especificações do trabalho.

Desta maneira, cerca de 4/5 dos contatados desistiram de participar por terem compromisso com seu trabalho. Por se tratar de pacientes de baixa renda, entendemos que seria difícil faltarem um dia na semana durante o período previsto de dois meses.

Inicialmente nosso principal objetivo na presente pesquisa foi investigar quais os efeitos da Musicoterapia nos níveis de ansiedade e de estresse de pacientes com prótese mecânica cardíaca metálica ou biológica. Consideramos que nosso objetivo foi alcançado. No entanto, como dissemos anteriormente, o número de adeptos à pesquisa foi limitado, devido a solicitação de atestado médico e também porque o setor atende diversas pessoas com diferentes doenças cardíacas, ou seja, não era possível modificar nosso objetivo voltado para pacientes com prótese mecânica cardíaca metálica ou biológica.

Com relação aos objetivos específicos foi possível constatar que a Musicoterapia teve êxito em diminuir os níveis de estresse e de ansiedade dos pacientes. Apesar de não termos tido dados com diferença estatisticamente significativa, as pacientes relataram melhora física e emocional, o que também foi ao encontro dos testes aplicados (ISSL e IDATE-E).

Observamos, com o trabalho, que as canções que fazem parte da história sonoro-musical e da identidade sonora gestáltica/grupal e/ou cultural (Benenzon) podem ser utilizadas nas intervenções musicoterapêuticas com um grupo de pacientes com prótese mecânica metálica cardíaca e biológica. Em nosso estudo, essas canções em sua maioria eram populares de estilo sertanejo. Assim, verificamos que esse aspecto foi possível de ser identificado através do uso de canções escolhidas pelas participantes por meio da ficha musicoterapêutica e da composição feita pelas mesmas; como já dito na

utilização das experiências de audição, re-criação e composição musical (Bruscia, 2000).

Outro aspecto relevante é que a utilização de diferentes formas de metáforas aconteceram no processo musicoterapêutico. As que consideramos mais importantes foram: 1) o uso do relógio como temática usada pela musicoterapeuta/pesquisadora, e 2) o aparecimento de uma canção que possuía borboleta na letra.

Na metáfora de número um, o relógio aparece como tempo cronológico, como marcador, assim como a marcação que o coração nos impele na sístole e na diástole. Além disso, o coração é conhecido na cultura popular como o órgão sensível, o que sente primeiro, o órgão das emoções. Sendo assim, percebemos que as pacientes se mostraram sensíveis em diversos momentos, chorando e sorrindo de modo que ousamos dizer que continuariam o processo por “tempo” indeterminado, que aquele momento, que os noventa minutos semanais, que duravam nossos encontros, poderiam ir além das oito semanas planejadas e que os assuntos e as emoções não seriam esgotados.

Quanto à metáfora número dois, sabemos que a borboleta sofre uma mutação/transformação ao longo de sua existência. Entendemos que, de modo inconsciente, ao trazer uma canção com esse conteúdo, as pacientes estavam se transformando também, mudando inclusive a forma de se vestir, de se comunicar e, principalmente, mudando o modo de ver a doença. Saíram de um estado “quase que totalmente introvertido”, no início das intervenções musicoterapêuticas, para o “mostrar-se com cautela”. Pensamos que poderiam chegar a um estado de “extroversão”, ou seja, as portas ficaram abertas para trabalhos futuros, tanto com essa demanda, quanto com as que ficaram fora de nosso estudo, visto que atendemos apenas pacientes que fizeram troca valvar para próteses mecânica cardíaca metálica ou biológica e, como exposto anteriormente, com um número bastante reduzido de participantes, em função de fatores alheios à nossa vontade.

O coração e seus significados sociais, amorosos, relacionais nos fizeram crer que as pacientes que permaneceram até o fim do processo eram extremamente sensíveis. Sensíveis quanto à exposição de conteúdos, sendo cautelosas inicialmente ao cantar e ao se vincularem, mas que, após esse primeiro momento, “se entregaram” ao tratamento, ao processo musicoterapêutico.

Tanto nas experiências musicais quanto na relação musicoterapeuta-paciente percebemos que houve êxito. Nesse sentido, o cantar, o escutar e/ou o tocar música se

tornou uma ressonância com o mundo interno das pacientes que cantaram, escutaram e/ou tocaram.

Finalmente, cremos que o motivo do processo ter obtido os resultados positivos aqui evidenciados foi essa entrega das pacientes ao acontecer musical/musicoterapêutico e o cuidado da musicoterapeuta em escolher, inicialmente, as canções e os temas de cada sessão embasados na ficha musicoterapêutica, ferramenta utilizada pelo profissional musicoterapeuta. Outro fator que consideramos significativo foi a inserção de uma profissional formada, ou seja, uma profissional com formação acadêmica específica para o cuidado e uma abordagem bio-psico-socio-espiritual do ser humano.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Adriana Silveira de; Paulo Dornelles Picon; Orlando Carlos Belmonte Wender. **Resultados de pacientes submetidos à cirurgia de substituição valvar aórtica usando próteses mecânicas ou biológicas**. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular vol.26 no.3 São José do Rio Preto jul./set. 2011.

ALVES, Luciano. **Teoria Musical: lições essenciais: sessenta e três lições com questionários, exercícios e pequenos solfejos** – São Paulo: Irmãos Vitale, 2005.

ARRUDA, Ângela. **Teoria das representações sociais e Teorias de Gênero**. Cadernos de Pesquisa, n. 117, novembro/ 2002.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Cadernos de Musicoterapia, 4. Etapas do processo musicoterápico ou para uma metodologia de musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

_____. **Cadernos de Musicoterapia 2**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

_____. **Alguns Escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

_____. **Musicoterapia: Transferência, Contratransferência e Resistência**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

_____. **A Música Utilizada como Elemento Terapêutico**. 2º Encontro Nacional de Pesquisa em Música, São João del Rei, 1985.

_____. **A previsibilidade da canção popular como “holding” às mães de bebês prematuros**. In XV congresso da ANPPON, 2005. Disponível em: http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2005/sessao22/lia_rejane.pdf.

_____. **Mecanismos de atuação do musicoterapeuta: ações, reações e inações**. In V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em : <http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/pesquisa/2005%20Rejane%20mecanismos%20do%20musicoterapeuta.pdf>. Acesso em: 18. Maio. 2015.

BENENZON, Rolando. **O. Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

BENENZON, Rolando O. **O Autismo, A Família, A Instituição e a Musicoterapia**. Tradução: Rogério Lima; Revisão Técnica: Lia Rejane Mendes Barcellos. Rio de Janeiro: Ed. Enelivros, 1997.

BENENZON, Rolando O. **La nueva musicoterapia**. Colaboradores: Violeta de Gaiza, Gabriela Wagner. Argentina. Ed. Lemen, 1998.

BIAGGIO, Angela M. B. **Ansiedade, raiva e depressão na concepção de C. D. Spielberger** / Anxiety, anger and depression according to the concept of C.D. Spielberger. Rev. Psiquiatria. Clínica. São Paulo, v. 25, n. 6, p. 291-93, nov.-dez. 1998.

BRENNER, Charles. **Noções básicas de psicanálise**. São Paulo: Imago, 1975.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Enelivros 2000.

CHAGAS, Marly. **Ritmo, som, vida. In energy e Cura**. Petrópolis: Vozes, Rev. de Cultura e Vozes, ano 84, número 84, set./ out., 1990, p. 585-592.

CHAN, Moon Fai. **Effects of music on patients undergoing a C-clamp procedure after percutaneous coronary interventions: A randomized controlled trial**. Heart e Lung, Vol. 36, Nº. 6, 2007.

CORREIA, Cléo Monteiro França. **Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico**. Marilena Nascimento, (coordenadora), São Paulo: Memnon, 2009.

COELHO, L.M.E. **Escutas em Musicoterapia: a escuta como espaço de relação**. 2002. 128 p. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Semiótica) -Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2002.

COSTA, C.S.M.; VIANNA, M.N.S. **Musicoterapia: grupos de pacientes psiquiátricos internados por períodos breves**. J. Bras. Psiquiatr., v.31, n.3, p.185-94, 1982.

CUNNHA, Rosemyriam; VOLPI, Sheila. A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. R.cient./FAP, Curitiba, v.3, p.85-97, jan./dez. 2008.

D'AVERSA, Rafael Alberto s. **Música e emoção**. Acesso em: <<http://criticanarede.com/musicaeemocao.html>>, disponível em: 29/10/2012.

DELGADO, José M. Rodriguez. Neurofisiología y música. In: TORO, M. Bétes de (Comp.). **Fundamentos da musicoterapia**. Madrid: Ediciones Morata, S.L., 2000. p. 17-19.

DILEO, C. B. J., **Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients (Review)**. Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

FREIRE, Vanda Bellard. **Horizontes da pesquisa em música**. Disponível em: <http://www.martinsfontespaulista.com.br/anexos/produtos/capitulos/632258.pdf>. Acesso em: 6 out. 2014.

NILSON, U.; RAWAL, N.; ENQVIST, B.; UNOSSON, M. **Analgesia following music and therapeutic suggestions in the PACU in ambulatory surgery: a randomized controlled trial**. Acta Anaesthesiol Scand.2003; 47:278-83.

GOOD, M. et al.. **Relaxation and music reduce pain following intestinal surgery**. Res Nurs Health. 2005; 28:240-51.

NILSSON, Ulrica. **The effect of music intervention in stress response to cardiac surgery in a randomized clinical Trial**. Heart e Lung Vol. 38, Nº. 3.

JUNIOR, Tufi Dippe. **Cirurgia das válvulas cardíacas**. Disponível em: <http://www.portaldocoracao.com.br/tratamentos.php?id=795>. Acesso em: 05/10/2008.

BUKOFZER, Manfred F. **Music in the Baroque Era – From Montiverdi to Bach**. w.w.Norton e Company. Icn. New York 1947.

FRANCO, T. B., Bueno , W. S.; Merhy , C. C. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 15, n. 2, 1999. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>.

GATTI, Patrícia, **A expressão dos afetos em peças para cravo de François Coupeirin (1668-1733)**. Universidade Estadual de Campinas – Instituto de Artes.

GOIS, C. F. L.; DANTAS R. A. **Estressores em uma Unidade Pós-Operatória de Cirurgia Torácica: avaliação da enfermagem**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.12, nº1, p. 22-27 , Jan. – Fev./2004.

GROUT, Donald V. e PALISCA, Claude V. **História da música ocidental**. Tradução: Ana Luiza Maria, Lisboa, Gradiva, 2007. Citação de Samuel Quickellberg, cit. in wolfgang Boetticher, Orlando di Lasso ,1,240.

HAMMERMEISTER K.E., Sethi GK, Henderson WG, Grover FL, Oprian C, Rahimtoola SH. **Outcomes 15 years after valve replacement with a mechanical versus a bioprosthetic valve: final report of the Veterans Affairs randomized trial**. J Am Coll Cardiol. 2000;36(4):1152-8.

HANSLICK, E. (1891) **Do Belo Musical**. Trad. A. Mourão. Lisboa: Edições 70, 1994.

JARDIM, Helen Silveira. **A música como ferramenta da prática psicopedagógica**. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, 2004.

Jenkins JS, Flacker GC, Nolte B, Price LA, Morris D, Kurz J et al. **Causes of higher inhospital mortality in women than in men after acute myocardial infarction**. Am J Cardiol 1994; 73: 319-22.

KRUMHANSL, C. & SHEPARD, R. D. **Quantification of tht hierarchy of tonal functions within a diatonic context**. Perception and performance, v. 5, p. 579-94, 1979.

LEDOUX, J. **O cérebro emocional** [Tradução de Terezinha batista dos Santos]. Rio de Janeiro : Objetiva; 1998.

LEINIG, Clotilde Espínola. **Tratado de Musicoterapia**. São Paulo: Sobral Editora Técnica Artes gráficas LTDA, 1977.

LEITE, Teresa. Music, metaphor and “being with the other”: music therapy with with psychiatric patients. **Voices: A World Forum for Music Therapy**, v. 3, n. 2, Retrieved in July 1, 2003. Disponível em: <http://www.Voices.no> Acesso em: 07 mar. 2015.

LENT, Roberto. **Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais da neurociência**/Robert Lent. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

LEVITIN, Daniel J. **A música no seu cérebro: a ciência de uma obsessão humana**/ Daniel J. Levitin; tradução de Clóvis Marques . 2ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

LIMA, Elcione de; IWAMOTO, Eizo; FILHO, J. B. Destro. **Musicoterapia no processo cirúrgico de partos e os efeitos da música para as pacientes, familiares e equipe médica**. In: 21º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENGENHARIA BIOMÉDICA, 2008, Salvador. Anais... Salvador, 2008.

LIPP, M. N. **Manual de Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 9 – 12.

LOWENKRON, Theodor S. **Psicoterapia Psicanalítica Breve**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

LUNDY- EKMAN, Laurie. **Neurociência: fundamentos para reabilitação**/ Laurie Lundy-Ekman; tradutores Fernando Diniz Mundim, Vilma Ribeiro Souza Varga. _ Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MITCHELL, J. Clyde. **A questão da quantificação na antropologia social**. In: FELDMAN-BIANCO, Bela (org.). Antropologia das sociedades contemporâneas . São Paulo: Global, p.77-126, 1987.

MATTHESON, Johannes. *Der Vollkommene Capellmeister*. Tradução e comentário de Harriss Ernest.EUA;UMI – Dissertation Services, Michigan,1993. UMT.

MATTHESON, Johannes. *Das Neu – eroffnet Orchester*. Tradução: Lucia Carpena e Renati Sudhaus (Nov./2000). Hamburgo,1713.

McCLELLAN, Randall. **O poder terapêutico da música**. Tradução: Tomás Rosa Bueno. São Paulo: Siciliano, 1994.

MELO, Fábio de. **Teoria dos Afetos**. Disponível em: < <http://historiadamusica2011.blogspot.com.br/2011/07/teoria-dos-afetos-teoria-dos-afetos.html>>, Acesso em: 08/11/2012.

MILLECO FILHO, L. A.; BANDÃO R. M. R.E.; MILLECO. R. P. **É preciso Cantar: Musicoterapia, cantos e canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001. 136 p.

MONTEIRO FILHO, GERCINO. **Segredos da estatística: em pesquisas científicas /** Gercino Monteiro Filho. – [S.l.: s.n.], 2004 (Goiânia: GEV). 188p.

MORIN, Edgar. **Repensar a reforma, reformar o pensamento: A cabeça bem feita.** Instituto Piaget, 1999.

MORORÓ, M. E. M. L. **Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial.** [Dissertação]. São Paulo, 2010. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

NORMAN, D. Emotion **Design: attractive things work better.** In: Interactions Volume 9 Issue 4 July/2002 pp: 36 – 42.

_____. **Attractive Things Work Better.** Revised February 24, 2003
Disponível: <http://www.jnd.org> Acessado em: 10/12/2012.

NOVAES, Maria Helena. **Criatividade: Expressão e desenvolvimento/** organizadoras Eunice M. L. Soriano de Alencar, Angela M. Rodrigues Virgolim, - Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

PIAZZETTA, Clara. Márcia Freitas; CRAVEIRO de SÁ. Leomara. **Escuta musicoterápica: uma construção contemporânea.** Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Música – ANPPOM, 15, 2005, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://tv.ufrj.br/anppom/sessao22/clara_piazzetta_leomaracraveiro.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA, n.2. Definição de Musicoterapia. Rio de Janeiro: UBAM, 1996, 88 p.

RIBEIRO, Ponciano Jorge. **Psicoterapia grupo analítico: teoria e técnica. 2 edição. São Paulo. Livros Neli. 1995. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=cYy3T1tU65gC&pg=PA114&lpg>>.** Acesso em: 25 nov. 2012.

RIQUE, Ana Beatriz Ribeiro; SOARES, Eliane de Abreu; MEIRELLES, Cláudia de Mello; **Nutrição e exercício na prevenção de doenças cardiovasculares.** Rev Bras Med Esporte. Vol. 8, Nº 6 – Nov/Dez, 2002.

RUUD, E. (org). Música e saúde. São Paulo, Summus, 1991.

_____. **Music therapy: Improvisation communication and culture.** Gilsun, Barcelona publishers, 1998.

SAKAI, F. A.; LORENZZETTI, C; ZANCHETTA, C. **Musicoterapia corporal.** In: CONVENÇÃO BRASIL LATINO AMÉRICA, CONGRESSO BRASILEIRO E ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. 1., 4., 9., Foz do Iguaçu. Anais... Centro Reichiano, 2004. CD-ROM. [ISBN - 85-87691-12-0]

SAMPAIO, Edna Rosane de Souza. **A música sertaneja como uma das vertentes da identidade goiana.** Goiânia, GO, 2010. Dissertação de mestrado, Escola de Música e Artes Cênicas, 2010.

SCHAPIRA, D.; FERRARI, K; SÁNCHEZ, V. et al. Musicoterapia: **Abordaje Plurimodal.** Buenos Aires: Adim Ediciones, 2007. 222p.

SILVA, Rosalina Carvalho da. **A Falsa Dicotomia Qualitativo -Quantitativo: Paradigmas que Informam nossas Práticas de Pesquisas.** 1998. Minuta do Capítulo do Livro: Romanelli , G. ; Biasoli-Alves, Z.M.M. (1998) Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa- Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP USP / CAPES ; R. Preto:Editora Legis-Summa). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v9n16/10.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2011.

SMEIJSTERS, Henk. **Developing concepts for a general theory of music therapy-music as representation, replica, semi-representation, symbol, metaphor, semi-symbol, iso-morphè, and analogy.** In: Info CD Rom II. Editoração e concepção de David Aldridge. Herdeck, 1999. p. 283-330.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz Brasileira de Valvopatias: I Diretriz Interamericana de Valvopatias.** Brasil, 2011.

TODRES, ID. Music is medicine for the heart. J Pediatr (Rio J). 2006; 82:166-8.

THAMINE, P. Hatem; LIRA, Pedro I. C.; MATTOS, Sandra S.; **Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca;** Jornal de Pediatria Copyright © 2006 by Sociedade Brasileira de Pediatria.

VAN DE GRAAFF, Kent Marshall. 1942. **Anatomia e fisiologia humana/** Kent M., Van de Graaff, R. Ward Rhees; Tradução Mário Sérgio Galvão Bueno; revisão técnica Mário de Francisco - São Paulo: McGraw-Hill e Makron, 1991 – (Coleção Schaum).

VARGAS, Maryléa Elizabeth Ramos. **Influências da música no comportamento humano: explicações da neurociência e psicologia.** Congresso internacional da faculdades est, 1., 2012, São Leopoldo. Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, v. 1, 2012. | p.944-956.

WHEELER, L Barbara. **Music Therapy Research,** Barcelona Publishers (NH), Inglês, 586 p., 2005.

ZATORE, R. Music, **the food of neuroscience?** Nature Publishing Group, 2005, p-312.

ZANINI, Claudia Regina de Oliveira et al.. **O Efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida e na Pressão Arterial do Paciente Hipertenso.** Arq Bras Cardiol 2009; 93(5): 534-540.