

Psicologia e musicoterapia: uma parceria no processo psicoativo dos pacientes do Serviço de Transplante de Medula Óssea

Psychology and music therapy: a partnership in the psycho affective process of Bone Marrow Transplantation Unit patients

Maribel Pelaez Doró¹
Julita Maria Pelaez²
Carlos Antonio Dóro³
Aline Cristina Antonechen⁴
Marister Malvezzi⁵
Carmem Maria Sales Bonfim⁶
Vaneuza Moreira Funke⁷

Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná

RESUMO

As unidades de transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) são reconhecidas como locais de tratamentos de alta complexidade com incidência relevante de morbidade. São necessárias intervenções terapêuticas que contemplem não apenas a doença, mas também o doente enquanto sujeito da própria história. Este artigo apresenta os resultados de um estudo experimental longitudinal de uma intervenção da psicologia em parceria com a musicoterapia, que tinha como objetivo a mensuração dos efeitos da intervenção em comportamentos psicológicos, através das escalas de Humor, Dor e de Distress. Os resultados mostraram que após a intervenção do estudo vigente houve diminuição da frequência das queixas em relação aos efeitos secundários do tratamento. Conclui-se que essa intervenção terapêutica possibilita a integração dos recursos da musicalidade, da palavra e viabiliza ações favoráveis em relação ao paciente, uma vez que, o mesmo sente-se cuidado na sua condição de sujeito e não apenas de doente.

¹Psicóloga – Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba,Paraná. E-mail: maripdoro@uol.com.br

²Psicóloga e psicanalista - Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná. E-mail: julitamaría@bol.com.br

³Músico e musicoterapeuta - Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná. E-mail: cadoro10@gmail.com

⁴Psicóloga – Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná. E-mail: alinecristantonechen@gmail.com

⁵Médica e Diretora do Serviço de Transplante de Medula Óssea - Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná. E-mail: mmalvezzi@ufpr.br

⁶Médica - Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná. E-mail: carmem_bonfim@terra.com.br

⁷Médica - Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná. E-mail: vaneuzamf@uol.com.br

Palavras-chave: Psicologia; Musicoterapia; Oncologia; Transplante de Células-tronco Hematopoéticas.

ABSTRACT

The hematopoietic stem cell transplantation units (HSCT) are recognized as places of high complexity treatments with relevant morbidity incidence. Therefore, it demands therapeutic interventions, which addresses not only the disease but also the patient as the subject of his own story. This article presents the results of a longitudinal experimental study of the psychology care in partnership with music therapy in order to assess, in patients, the effects of the intervention in the following variables: distress, pain, and mood. In analyzing the results, we considered the percentage of patients who perceived changes in the expression of the variables. We concluded this therapeutic intervention enables the integration of the musicality resources and the word, enabling favorable actions in relation to the patients, as they feel the loving care in their condition as a constituting subject and not just as a constituted ill person.

Keywords: Music Therapy; Oncology; Hematopoietic Stem Cells Transplantation.

Introdução

Clínicas de alta complexidade como da Oncologia, Hematologia e Serviços de Transplante de Medula Óssea (STMO) são reconhecidos como locais de tratamentos que comportam morbidade, mortalidade e probabilidade alta do imprevisível comparecer. Posto isso, fica subentendido que, para o paciente, familiar e doador, adentrar nesse processo de tratamento é algo similar ao ato de pisar em terreno arenoso e incerto. Portanto, essas clínicas devem ofertar um cuidado integral e almejar uma equipe de saúde transdisciplinar que comporte médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, musico terapeutas e farmacêuticos, entre outros.

Nesse sentido, torna-se indiscutível que, para as clínicas que primam por qualidade de vida dos seus pacientes, é fundamental o investimento do cuidado ambiental, do trabalho humanizado e do desenvolvimento de raciocínios clínicos articulados com o diagnóstico, as intervenções e suas múltiplas possibilidades em relação à doença e ao potencial criativo inerente ao

processo de vida. Mas, ao mesmo tempo, constata-se que a abordagem contemporânea apresenta uma tendência comportamental que se restringe aos atalhos, prescrições e ao *time* da produção que demanda soluções instantâneas. Então, como adentrar na dialética do fazer com seriedade e almejar um cuidado integrado em relação àquele que adocece e ao corpo adoecido?

Um dos caminhos é através da introdução de estudos científicos como o vigente e, quiçá, com o reconhecimento de que um corpo, não é um mero corpo, vai além, transcende a objetividade cartesiana, é possuidor de uma identidade genética e energética expressa na peculiaridade psíquica. Possui um dono legítimo na sua sub/objetividade, portanto, suplantam até mesmo as evidências científicas, as estatísticas prováveis e os achados ditos como irrefutáveis!

Com esse pensamento e mediante as reflexões diárias das aplicações e implicações da psicologia sobre as especialidades, suas competências, limites e contribuições clínicas, nasceu o desejo de amainar a própria inquietação, advinda de barreiras encontradas nas tentativas de abordar o paciente em circunstâncias que o acesso através da palavra encontrava-se bloqueado por dificuldades externas ou internas. Nesse impasse de contribuição efetiva e ampliada da psicologia é que se estabeleceu a intervenção interdisciplinar da psicologia com a musicoterapia. É uma proposta de intercâmbio dialético com diálogos e ações integradas que amplificam e qualificam o atendimento clínico por meio da inclusão do recurso da musicalidade associado ao da psicodinâmica da palavra.

Segundo Zanetti (2008) a psicologia pode estabelecer uma conexão com a musicalidade como um novo domínio terapêutico aplicado à saúde no âmbito hospitalar, pela multiplicidade de adversidades e perdas subjacentes implicadas e desencadeantes de rupturas marcadas pelas angústias, receios e inseguranças, geradoras de uma destituição subjetiva. Por esta razão, entre outras, o psicólogo assume um posicionamento como mediador nas inter-relações do processo dialético do cuidado e do cuidador, sendo-lhe conferida a

função de facilitador e restaurador dos conteúdos psíquicos expostos no processo relacional e intrapsíquico de cada um dos envolvidos no STMO.

Posto isso, a musicoterapia pode se configurar como uma grande aliada da psicologia, bem como para outras especialidades que considerem o desdobramento terapêutico do cuidado como uma possibilidade na construção e/ou no resgate interativo de atitudes saudáveis que viabilizam o acesso à condição afetiva e transferencial de bem-estar do paciente.

Todos os envolvidos devem estar inclusos em dinâmicas de cuidados e de intervenções terapêuticas que contemplem não apenas a doença, mas também o doente e o cuidador familiar em sua ampla gama de necessidades e possibilidades. Através da prática interativa a equipe como um todo pode investir com conhecimentos específicos e complementares; também pode alçar a demanda ideoafetiva de cuidados universais associados à singularidade do paciente, desse modo, é possível minimizar os efeitos negativos provenientes das morbidades secundárias ao tratamento.

No contexto da oncologia e de centros transplantadores, qualquer fenômeno pode parecer ameaçador, desde as representações simbólicas até os sons, cheiros, olhares, tons de voz, mensagens supostas em rumores advindos da dor no sofrimento; tal realidade exige intervenções que visem à diminuição das aflições sentidas. A experiência de um transplante de células-tronco hematopoéticas caracteriza-se por períodos de vulnerabilidade psicológica com as mais adversas manifestações de alterações de humor (ansiedade e depressão), bem como fisiológicas (dor, náuseas, entre outras).

Para Vargas (2002), corpo e psique não são duas polaridades uma vez que nosso corpo é também psíquico. O que sentimos, pensamos e percebemos vai constituindo a nossa subjetividade, ou seja, o que ocorre no nosso ser se expressa em nossa totalidade. A psicologia tem um importante papel neste processo que contém o real e o simbólico, a incompletude do homem foi, e ainda é, a norteadora de infindáveis buscas.

Essa condição da natureza humana contribui para o entendimento psicoemocional da resignificação que o paciente, doador e familiar absorvem e são absorvidos ao adentrar na realidade permeada pela multiplicidade

existente no âmbito do imaginário e do real. Para Jung (1988) a relação psicoterapêutica entre o psicólogo e o paciente se dá entre um sistema psíquico pessoal que entra em interação com a outra pessoa que também representa um sistema psíquico. Nesse movimento interativo acontecem algumas trocas de conhecimentos, pontos de vistas aceitáveis ou refutáveis pelos padrões internalizados e/ou por motivações compensatórias e complementares das forças do inconsciente.

O papel do psicólogo, no *opus* diário, se configura através da escuta clínica que se refina com a qualidade de presença relacional, já que é na interface desse encontro que se clarifica aquilo que é da singularidade de cada um, que se amenizam tensões e determinados estados psicológicos provenientes das complicações e implicações do processo da angústia no adoecimento. Em alguns casos, a perspectiva do campo de trabalho do psicólogo se restringe quando o paciente está impossibilitado de falar em decorrência das morbidades inerentes da doença e do tratamento.

Se o acesso à palavra encontra-se restrito, a integração da comunicação psicológica pode ser articulada com alguns recursos provenientes de metáforas, analogias, parábolas, filmes, técnicas de visualização ativa, análise de sonhos, narrativas orais, elaboração criativa das mandalas, desenhos espontâneos, parcerias com outras especialidades e a arte, pela sua contribuição terapêutica como ação facilitadora na manifestação dos componentes subliminares da psique.

De acordo com Jung (1985) o psicólogo é obrigado a adentrar em inúmeros domínios, por vezes, é preciso deixar o castelo seguro da sua especialidade, por amor ao conhecimento, em busca da verdade. Além disso, não pode querer a submissão da alma através da estreiteza do laboratório, consultório ou da especialidade, deverá persegui-la em domínios novos e estranhos a ele, onde quer que ela tenha uma ação de modo evidente.

Por concordarem que a alma tem múltiplas formas de representações e se manifesta em todas as atividades do espírito, os autores do artigo vigente realizaram uma perseguição dos aspectos anímicos em outros domínios, no caso, a musicalidade.

Segundo Jung (1946-1955), a música expressa através dos sons o que as fantasias e visualizações manifestam em imagens visuais. A música é uma representação do movimento, do desenvolvimento e da transformação de motivadores do inconsciente coletivo. Portanto, com a parceria interdisciplinar entre a psicologia e a musicoterapia é possível alargar o campo de ação na direção da acessibilidade ao potencial intrínseco de cada um.

Para Bruscia (1998, p.286), a musicoterapia é uma modalidade terapêutica que utiliza elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) como um canal facilitador da comunicação, do relacionamento, da expressão de conteúdos psicoafetivos, da mobilização para desenvolver ou recuperar funções do indivíduo de forma que ele possa alcançar maior integração intra/interpessoal e conseqüentemente satisfação na qualidade de vida.

Em estudos realizados por Wazlawick (2006/2007) sobre a música e a psicologia histórico-cultural, a pesquisadora constatou que os participantes davam sentidos e significados para as suas histórias e que essas estavam relacionadas com determinadas músicas. Nas narrativas apresentavam correlações diretas da música em si com a memória afetiva e a autobiografia.

A psicologia tem se mostrado efetiva em pacientes hospitalizados com câncer que apresentam dor, depressão e transtorno de estresse pós-traumático; o mesmo podemos dizer em relação à ação da musicoterapia. (Beebe & Wyatt, 2009).

O presente estudo teve como objetivo principal qualificar uma modalidade de atendimento clínico da psicologia aos pacientes internados no STMO, através da intervenção psicoterapêutica que usufruiu dos recursos da palavra e da musicalidade. Para a sua concretização definiram-se como objetivo específico: avaliar os efeitos deste atendimento nas variáveis: distress, dor e humor. Nos pacientes adultos também se verificou as condições basais de qualidade de vida e da presença de humor depressivo e/ou de ansiedade.

Conforme a referência de consenso apresentada por Jacobsen et al.(2005), distress é definido como uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que oscila entre a

percepção da própria vulnerabilidade, tristeza, fantasias e medo ante o desconhecido.

A elaboração de projetos interdisciplinares que contemplem a ciência e a arte, como um todo, no cotidiano hospitalar se justifica, uma vez que contribuem para o aprimoramento da sensibilidade empática através de saberes diferenciados oriundos das parcerias. Ampliam a qualificação afetiva ambiental e dos laços relacionais do staff com os pacientes-famíliares e, por fim, criam oportunidades terapêuticas no sentido de amenizar o sofrimento e fomentar alternativas de enfrentamento.

Material e Métodos

Este estudo teve delineamento experimental longitudinal e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR). Foram incluídos 57 pacientes da Hemato/Oncologia internados para realizarem o Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH), de ambos os sexos e com idades compreendidas entre 13 e 69 anos. Todos os pacientes apresentavam autonomia para expressar verbalmente as próprias percepções em relação às intervenções da parceria psicologia-musicoterapia, que foram realizadas no quarto de cada um. Considerou-se como critério de exclusão a recusa do paciente ou do familiar responsável. Após explicação e assinatura do termo de consentimento (Anexo A) procedeu-se então à pesquisa. Foram aplicados os seguintes instrumentos: Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL. Essa escala visa verificar como a pessoa se sente acerca de sua qualidade de vida, saúde e outros domínios da sua vida (Fleck *et al.*, 2000). Os Inventários de BECK-A (Ansiedade) e BECK-D (Depressão) são questionários auto-aplicativos de múltipla escolha, desenvolvidos por Beck e seus colaboradores no *Center for Cognitive Therapy* (CCT) da Universidade de Pennsylvania, na Philadelphia, nos Estados Unidos. São indicados para pessoas a partir de 17 até 80 anos de idade. A sua aplicação é extensa, podendo ser usada com sobreviventes psiquiátricos ou não e na população em geral. (Cunha, 2001). O

Termômetro de Distress é uma escala que mensura e identifica o nível de distress, sendo o seu ponto de corte, o nível quatro, entre pontuações de zero a dez. É de fácil análise e de manejo. (Decat, Laros e Araújo, 2009). A Escala Visual Analógica de Dor e Humor, são similares a uma régua que pontua de zero a dez e que o paciente indica o número equivalente ao nível da dor ou do humor. (Jensen, Chen e Brugger, 2003). Ainda, foram utilizados o questionário demográfico-clínico, para coletar dados pessoais dos participantes, como por exemplo: idade, gênero, nível acadêmico, características socioeconômica e cultural, além dos aspectos relacionados a condição de saúde e do tratamento. Quanto à ficha da Musicalidade, foi elaborada pelo músico terapeuta com o objetivo de obter informações sobre as estimulações da musicalidade e das experiências com a mesma no seu cotidiano.

Análise Estatística

Os resultados de variáveis quantitativas foram descritos por médias, desvios padrões, medianas, valores mínimos, valores máximos, 1º quartil e 3º quartil. Variáveis qualitativas foram descritas por frequências e percentuais. Para avaliação da associação entre duas variáveis qualitativas foi considerado o teste exato de Fisher ou o teste de Qui-quadrado. Para a comparação de dois grupos em relação aos escores das avaliações, foi usado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Para a comparação dos resultados nas avaliações pré e pós, foi considerado o teste não-paramétrico de Wilcoxon. Para avaliação do efeito da musicoterapia nas manifestações de dor, distress e humor (piora ou melhora), foi considerado o teste binomial. Este mesmo teste foi usado para comparar grupos definidos pela classificação de BECK A e BECK D - leve (bom) ou grave (ruim). Para avaliação da associação entre duas variáveis quantitativas foi estimado o coeficiente de correlação de Spearman. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional SPSS v.20.0.

Procedimentos

Para o desenvolvimento da pesquisa, buscou-se um profissional voluntário da musicoterapia, como parceiro interdisciplinar da psicóloga do STMO. Primeiramente o músico terapeuta entrevistava o paciente para obter as informações necessárias à elaboração de um plano de ação musical e a psicóloga, separadamente, realizava a aplicação do protocolo de pesquisa basal. Ambos coletavam os dados pertinentes a cada especialidade, posteriormente, davam início às discussões sobre os pacientes do estudo e realizavam as intervenções em parceria. O paciente era abordado para responder à escala da dor, distress e do humor, em dois momentos, antes de iniciar e após as intervenções dos profissionais da musicoterapia e da psicologia.

Após o atendimento, os profissionais discutiam sobre os pacientes e a condução da direção clínica, considerando fatores objetivos e subjetivos de cada um. Reconhecendo sempre a necessidade de estarem informados em relação às condições clínicas do paciente e caracteres do perfil psicológico, musical, demográfico, cultural e o tempo de intervenção.

Resultados

Dados Demográficos

A amostra do estudo constitui-se de 57 pacientes, conforme descrito na metodologia. A Tabela 1 apresenta as características da população quanto ao sexo, idade, estado civil, filhos, escolaridade e condição de trabalho.

Tabela 1 - Distribuição Percentual das Características Demográficas da População do Estudo

	N	%
Sexo		
Masculino	33	57,9
Feminino	24	42,1

Idade		
< 18 anos	18	31,6
≥ 18 anos	39	68,4
Est. Civil		
Casado	32	56,1
Solteiro	25	43,9
Filhos		
Sim	32	56,1
Não	25	43,9
Escolaridade		
Até 8 anos	29	50,9
Acima de 8 anos	28	49,1
Condição		
Empregado	17	29,8
Desempregado	40	70,2

Nota: Teste de Qui-quadrado

Observa-se que 33 dos pacientes são do sexo masculino. O percentual de pacientes casados e com filhos foi o mesmo (56,1%). Com relação à escolaridade (49,1%) dos participantes tem mais de oito anos de estudo e 29,8% estão empregados.

Ansiedade e Depressão

A Tabela 2 apresenta a distribuição percentual da amostra de acordo com a escala BECK A (Ansiedade) e BECK D (Depressão).

Tabela 2 - Distribuição da Amostra de Acordo com a Variável BECK A (Ansiedade) e BECK D (Depressão)

	N	%
BECK A		
Bom	10	35,7
Ruim	18	64,3
BECK D		
Bom	11	39,3
Ruim	17	60,7

Observa-se que, no início do estudo, 64,3% dos pacientes apresentam queixas e sintomas de ansiedade, com menor ou maior intensidade, e 60,7% de depressão. Somente 28 pacientes foram avaliados com estas escalas por terem 18 anos ou mais de idade e por apresentarem as condições clínicas e motivacionais para responder no momento em que foram entrevistados.

Qualidade de Vida

A Tabela 3 apresenta os domínios da Escala WHOQOL dos pacientes adultos, no período antecedente do atendimento.

Tabela 3 - Descrição do Comportamento dos Domínios Físico, Psicológico, Relações Social e Meio Ambiente no Grupo de Pacientes Estudado

WHOQOL Domínios	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	1o quartil	3o quartil	Desvio padrão
Físico	28	66,5	66	31	94	56	81	15,1
Psicológico	28	64,1	69	19	94	53	75	18,4
Relações sociais	28	82,9	81	44	100	72	100	16,5
Meio ambiente	28	71,8	72	38	94	56	88	17,6

Somente 28 pacientes foram avaliados, com esta escala por terem 18 anos ou mais de idade, condições clínicas e motivacionais para responder no momento em que foram entrevistados. Os resultados em relação às condições físicas e psicológicas (mediana de 66 e 69) estão com mediana inferior aos outros domínios, mesmo assim, são considerados razoáveis. O domínio social que inclui o familiar e o domínio do meio ambiente que contempla o contexto de vida (mediana de 81 e 72, respectivamente) são fatores de suporte para a qualidade de vida dos pacientes.

Abordagem Qualitativa sobre a Dor

A Tabela 4 apresenta a distribuição qualitativa do efeito do atendimento sobre a dor, de acordo com a seguinte classificação: melhorou, piorou ou não teve alteração.

Tabela 4 - Distribuição do Efeito do Atendimento sobre a Dor Considerando Abordagem Qualitativa: Melhorou, Piorou ou Não Teve Alteração.

	Resultado pré-pós	Frequência geral	Percentual geral	Frequência dos que tiveram mudança	Percentual dos que tiveram mudança	Valor de p^*
1	Negativo/ruim	0	0,0%	0	0,0%	<0,001
	Positivo/bom	13	22,8%	13	100,0%	
	Sem alteração	44	77,2%		-	
2	Negativo/ruim	2	3,5%	2	6,5%	<0,001
	Positivo/bom	29	50,9%	29	93,5%	
	Sem alteração	26	45,6%		-	
3	Negativo/ruim	0	0,0%	0	0,0%	<0,001
	Positivo/bom	35	61,4%	35	100,0%	
	Sem alteração	22	38,6%		-	
4	Negativo/ruim	0	0,0%	0	0,0%	<0,001
	Positivo/bom	34	59,6%	34	100,0%	
	Sem alteração	23	40,4%		-	

*Teste binomial, $p < 0,05$

Em geral (93,5%) as respostas foram favoráveis em relação à mudança da intensidade da dor perante a ação do atendimento. Nas quatro sessões analisadas, verificou-se que essa intervenção tem potencial de mobilização favorável. Na primeira sessão, 22,8% confirmam este resultado; na segunda, 50,9% se beneficiam; na terceira intervenção 61,4% e na quarta sessão, a mudança também é favorável, ou seja, houve diminuição da dor, conforme a auto-percepção em 59,6% participantes. Porém, na segunda sessão, 3,5% apresentou uma mudança para pior em relação à intensidade da dor.

Abordagem Qualitativa sobre o Distress

Para a análise qualitativa da manifestação de distress, testou-se a hipótese nula de que a probabilidade de melhora é igual à probabilidade de piora, versus a hipótese alternativa de probabilidades diferentes. A distribuição dos resultados obtidos em relação ao efeito do atendimento clínico sobre o distress está apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição do Efeito do Atendimento sobre *Distress* Considerando a Abordagem Qualitativa: Melhorou, Piorou ou Não Teve Alteração

Sessão	Resultado pré-pós	Frequência geral	Percentual geral	Frequência dos que tiveram mudança	Percentual dos que tiveram mudança	Valor de p^*
1	Negativo/ruim	0	0,0%	0	0,0%	<0,001
	Positivo/bom	46	80,7%	46	100,0%	
	Sem alteração	11	19,3%	-	-	
2	Negativo/ruim	0	0,0%	0	0,0%	<0,001
	Positivo/bom	45	78,9%	45	100,0%	
	Sem alteração	12	21,1%	-	-	
3	Negativo/ruim	0	0,0%	0	0,0%	<0,001
	Positivo/bom	47	82,5%	47	100,0%	
	Sem alteração	10	17,5%	-	-	
4	Negativo/ruim	0	0,0%	0	0,0%	<0,001
	Positivo/bom	49	86,0%	49	100,0%	
	Sem alteração	8	14,0%	-	-	

*Teste binomial, $p < 0,05$

Observa-se que 100% dos pacientes apresentam sensibilidade positiva em relação ao atendimento. Nos quatro atendimentos clínicos analisados, verificou-se que essa intervenção tem potencial de mobilização favorável. De acordo com a auto-avaliação dos pacientes e resultados estatísticos, não houve (0,0%) registro de intensificação negativa da condição de distress pessoal. Na primeira sessão, 80,7% confirmam a percepção de melhoria em

relação ao estado anterior de distress; na segunda, 78,9%; na terceira intervenção 82,5% e na quarta sessão, a mudança favorável se manteve, ou seja, houve diminuição do distress, conforme a auto-percepção dos 86,0% participantes.

Abordagem Qualitativa sobre o Humor

A Tabela 6 apresenta os resultados obtidos em relação ao humor dentro da abordagem qualitativa.

Tabela 6 - Distribuição do Efeito do Atendimento sobre Humor Considerando a Abordagem Qualitativa: Melhorou, Piorou ou Não Teve Alteração

Sessão	Resultado pré-pós	Frequência geral	Percentual geral	Frequência dos que tiveram mudança	Percentual dos que tiveram mudança	Valor de p^*
1	Negativo/ruim	0	0,0%	0	0,0%	<0,001
	Positivo/bom	55	96,5%	55	100,0%	
	Sem alteração	2	3,5%	-	-	
2	Negativo/ruim	0	0,0%	0	0,0%	<0,001
	Positivo/bom	55	96,5%	55	100,0%	
	Sem alteração	2	3,5%	-	-	
3	Negativo/ruim	0	0,0%	0	0,0%	<0,001
	Positivo/bom	50	87,7%	50	100,0%	
	Sem alteração	7	12,3%	-	-	
4	Negativo/ruim	0	0,0%	0	0,0%	<0,001
	Positivo/bom	51	89,5%	51	100,0%	
	Sem alteração	6	10,5%	-	-	

*Teste binomial, $p < 0,05$

Considerando o percentual dos pacientes que tiveram mudança, no quesito humor, 100% apresentou sensibilidade positiva em relação ao atendimento. Considerando o percentual geral dos pacientes, houve respostas favoráveis em relação à mudança da intensidade do humor (ruim/bom) diante da ação do atendimento. Nos quatros atendimentos analisados, verificou-se que essa intervenção tem potencial de mobilização favorável. De acordo com a

auto-avaliação dos pacientes e resultados estatísticos, não houve (0,0%) registro de intensificação do mau humor. No primeiro atendimento, 96,5% confirmam a percepção de melhoria em relação ao estado anterior de humor; no segundo, 96,5%; na terceira intervenção 87,7% e na quarta, a mudança favorável se manteve, ou seja, conforme a percepção dos participantes houve diminuição do mau humor em 89,5%.

Distribuições das Associações entre as Manifestações de Dor, Distress e Humor

A Tabela 7 apresenta a distribuição da associação entre as manifestações de dor, distress e humor.

Tabela 7 - Distribuição da Associação entre as Manifestações de Dor, Distress e Humor

Sessão	Variáveis	n	Coef de correl de Spearman	Valor de p
1 pré	Dor x <i>distress</i>	57	0,27	0,046
	Dor x humor	57	-0,05	0,732
	<i>Distress</i> x humor	57	-0,14	0,309
pós	Dor x <i>distress</i>	57	0,30	0,025
	Dor x humor	57	-0,06	0,644
	<i>Distress</i> x humor	57	-0,25	0,056
2 pré	Dor x <i>distress</i>	57	0,29	0,032
	Dor x humor	57	-0,19	0,146
	<i>Distress</i> x humor	57	-0,40	0,002
2 pós	Dor x <i>distress</i>	57	0,24	0,068
	Dor x humor	57	0,15	0,272
	<i>Distress</i> x humor	57	-0,45	<0,001
3 pré	Dor x <i>distress</i>	57	0,29	0,027
	Dor x humor	57	0,08	0,537
	<i>Distress</i> x humor	57	-0,20	0,140
3 pós	Dor x <i>distress</i>	57	0,33	0,012
	Dor x humor	57	-0,28	0,033
	<i>Distress</i> x humor	57	-0,52	<0,001
4 pré	Dor x <i>distress</i>	57	0,42	0,001
	Dor x humor	57	0,02	0,883

	<i>Distress</i> x humor	57	-0,14	0,312
4 pós	Dor x <i>distress</i>	57	0,34	0,010
	Dor x humor	57	0,09	0,527
	<i>Distress</i> x humor	57	-0,30	0,026
1 (difpré-pós)	Dor x <i>distress</i>	57	-0,01	0,960
	Dor x humor	57	-0,08	0,561
	<i>Distress</i> x humor	57	0,41	0,002
2 (difpré-pós)	Dor x <i>distress</i>	57	0,13	0,341
	Dor x humor	57	0,28	0,034
	<i>Distress</i> x humor	57	0,47	<0,001
3 (difpré-pós)	Dor x <i>distress</i>	57	0,06	0,632
	Dor x humor	57	0,12	0,391
	<i>Distress</i> x humor	57	0,44	0,001
4 (difpré-pós)	Dor x <i>distress</i>	57	0,33	0,013
	Dor x humor	57	0,05	0,700
	<i>Distress</i> x humor	57	0,15	0,273

O coeficiente de correlação é uma medida da associação entre duas variáveis quantitativas (numéricas). Observa-se que a variável dor indica significância estatística ao ser correlacionada com distress ($p=0,046$), a dor interfere no humor e no distress. Existe a correção da dor com o humor e o distress, ou seja, a dor interfere no humor e no distress. Quanto ao teste estatístico, a hipótese nula é de que não há correlação entre as variáveis (coeficiente de correlação igual à zero) e a hipótese alternativa é de que há correlação (coeficiente de correlação diferente de zero). Ao correlacionar as variáveis do humor e do distress após o atendimento, verifica-se que o resultado indica que há uma correlação significativa entre distress e humor na avaliação após a terceira sessão. Como o coeficiente é negativo, valores mais baixos de distress correspondem a valores mais altos de humor (o que faz sentido). Já no diagrama B, valores baixos de dor correspondem a valores baixos de distress (também faz sentido).

Discussão

Apesar de todas as dificuldades inerentes às condições precárias da saúde pública, o STMO do Hospital de Clínicas em que se realizou esta pesquisa ainda fomenta protocolos clínicos interdisciplinares por entender que a doença e o tratamento são acontecimentos vivenciados por um doente que, antes e durante o processo deste estado de ser, foi e continua sendo um indivíduo e como tal, fica subentendido a sua condição *sine qua non* de indivisibilidade. Sendo assim, os profissionais da saúde devem primar por uma abordagem que inclua a doença em relação ao doente e que esse seja posto como sujeito protagonista da própria história.

No presente estudo foi evidenciado, em relação à qualidade de vida, que as condições físicas e psicológicas dos pacientes eram razoáveis, mediana de 66 e 69, respectivamente. O domínio Social (mediana 81) engloba o âmbito familiar e o domínio do Meio Ambiente (mediana 72) abrange o contexto de vida. Esses resultados indicam que os pacientes no período de inserção no STMO, no pré-atendimento, contam com o apoio dos familiares, com o suporte logístico do meio hospitalar e com a possibilidade de restaurar a saúde. Conforme essa percepção inicial expressa pelos pacientes em relação à qualidade de vida, verifica-se que eles consideram que as condições basais não são as desejáveis, mas são boas; o suporte familiar é um representante de proteção e fenômeno que qualifica a vida.

Apesar dos desfechos indesejáveis e das comorbidades inerentes ao tratamento de doenças com prognósticos reservados, após muitos atendimentos terapêuticos, os pacientes espontaneamente teciam comentários que expressavam a percepção de uma diminuição da frequência dos incômodos em relação aos efeitos secundários do tratamento tais como: náuseas, dores, tensão muscular e insônia. A maioria (100%) deles apresentou resposta satisfatória quanto à intervenção e em relação à redução do distress, também houve melhoria na recuperação do bom-humor. Apesar da proporção ser menor, verificou-se diminuição ou ao menos estabilização do nível da dor. Em geral, apresentaram mudanças perceptivas de uma condição biopsíquica tensional em direção ao relaxamento e bem-estar.

Esses depoimentos associados à impressão empírica dos pesquisadores foram confirmados através dos resultados quantitativos provenientes da análise estatística. Ao considerar o percentual dos pacientes que tiveram mudança, no quesito dor, a maioria (93,5%) apresentou sensibilidade positiva em relação ao atendimento. Não houve diferença significativa na associação da condição depressiva com dor, apesar da sensibilidade e das respostas serem favoráveis após o atendimento, a dor por vezes, se manteve na mesma intensidade do pré e/ou até mesmo apresentou uma intensificação desfavorável. Ao correlacionar a presença da dor com a ansiedade após o atendimento, não houve diferença significativa nessa associação. A presença de ansiedade não se mostra como um fator de interferência na intensidade da dor. O mesmo foi observado com relação à depressão. Entretanto, 100% dos pacientes foram sensíveis à intervenção da psicologia associada com a musicoterapia.

Naqueles que apresentavam um perfil basal sem sintomatologia indicativa de transtorno de depressão, verificou-se que no primeiro, terceiro e quarto atendimento, 100% da amostra demonstrou mudança favorável. No quesito distress, considerando o percentual geral dos pacientes, houve respostas favoráveis em relação à mudança da intensidade do distresse do humor perante a ação do atendimento em toda amostra (100%). Houve melhorias em relação à redução do distress, ou seja, sentiam-se mais tranquilos, com menor tensão emocional, menos desanimado e com recuperação da sensação de bem-estar emocional, esta diferença ocorreu em todos os atendimentos propostos. Conforme os resultados obtidos através das escalas de distress e de humor foi possível constatar resultados significativamente favoráveis em termos do resgate do humor satisfatório e da redução do incomodo oriundo do distress quer seja pelas condições próprias do tratamento ou por antecedentes pré-mórbidos conflitantes da vida pessoal.

Bradt, Dileo, Grocke e Magill (2011) corroboram com os resultados encontrados em termos da constatação dos benefícios que a musicoterapia pode trazer para os pacientes. Aqueles realizaram uma busca extensa para a revisão de ensaios clínicos com meta análises, selecionaram 30 estudos com

um total de 1891 participantes. Na conclusão da revisão apresentaram resultados que confirmam que o câncer geralmente vem acompanhado de muito sofrimento físico, emocional e social. Mas que a intervenção terapêutica da música contribuiu na redução das medidas de ansiedade e melhorou o humor, no sentido de bem-estar. Em relação à dor houve uma diminuição moderada em alguns sintomas fisiológicos como: batimento cardíaco, pressão sanguínea, nível de saturação do oxigênio, respiração.

Além da observação dos sintomas fisiológicos, é fundamental para os profissionais da psicologia e da musicoterapia a consideração da cultura de base dos pacientes, o contexto de inserção, a dinâmica do comportamento subjetivo e objetivo de cada paciente em relação ao adoecimento e ao tratamento para que possam estabelecer um atendimento que contemple os preceitos teóricos na clínica do que é dito, não dito ou mal dito pelo paciente.

As peculiaridades das histórias são postas através daquele que narra, no modo que conta a própria história de vida e sobre as sutilezas de mortes vividas e morridas nas carnes psíquicas. Na parceria dialética da psicologia com a musicoterapia é possível elucidar a essência do comportamento psíquico e assim a psicologia pode contribuir para com o trabalho da musicoterapia ajudando na compreensão das manifestações de cunho psicológico, dos traços de personalidade e da equação pessoal do paciente expressa no contexto do adoecimento e do tratamento. Essa parceria também se estabelece na troca de experiências fundamentadas que viabilizam um conhecimento, reconhecimento e apreensão de quem é esse que pensa, escuta, sente, faz, canta, silencia e/ou fala, quer seja a palavra expressa na sonoridade musical ou manifesta no verbo.

O diálogo entre estes profissionais tem muito a contribuir em benefício do paciente, afinal, os aportes teóricos são diferentes, mas isso não significa divergência de olhares. Segundo Wazlawick (2004/2006), Camargo e Maheirie (2007), a música é vivenciada pelo paciente, além da matéria musical em si está inclusa toda a rede de significados construídos no contexto social, econômico, político, experiências sentidas do coletivo e do singular de cada um.

Essa compreensão apresenta similitudes com o entendimento da psicologia em relação à representação simbólica, frequentemente, para o paciente o “acontecimento” do transplante simboliza um renascimento, então, não apenas células sanguíneas são renovadas, mas, simultaneamente, se infiltra um processo retrospectivo e de atualização reflexiva sobre o viver e o sentido da própria existência. Os recursos da palavra e da sonoridade musical podem propiciar um espaço fértil para que o paciente repense com flexibilidade, transite do verbal ao musical e vice-versa, ou seja, encontre, reconheça e/ou desconstrua construindo aquilo que possa dar sentido e razão de viver cada etapa da própria vida, inclusive a do momento específico no STMO.

Entende-se que não é possível capturar a verdade em absoluto, quer seja da efetividade da musicoterapia ou mesmo da psicologia. No entanto, os resultados contextualizados mostram que há um valor notório na aplicação das intervenções que ajudam no bem-estar e no autoconhecimento necessário para o resgate de uma saúde sustentável, considerando as oportunidades de crescimento que se abre com o adoecimento. Verifica-se que, mesmo sem explicações plausíveis, os pacientes, muitas vezes, realizam depoimentos que demonstram conquistas e satisfações, que são vividas e sentidas no corpo afetivo, apesar dos pesares.

Hillman (1984) menciona que quando a psicologia se torna uma especialidade e a psique se restringe ao conhecimento acadêmico, a alma desaparece, se perde na falta de sentido. Portanto, nem tudo é para ser explicado, é preciso contemplar, experimentar e viver nas carnes sensibilizadas por forças anímicas.

As lembranças vêm repletas de valores constituídos ao longo da vida e o paciente se fortalece ao se perceber também como constituinte dos sentidos depositados no compasso musical inserido no contexto descompassado do STMO.

Um mesmo comportamento ou música escolhida pode suscitar questionamentos sobre o que é da particularidade musical, da ideia, palavra, enfim, de toda rede de significados provenientes da realidade cultural ou o que

é oriundo de motivadores internos decorrentes da própria experiência de vida. Por essas possibilidades, as propostas de atendimentos interdisciplinares devem considerar as construções teóricas de cada especialidade e os impasses advindos de discussões sobre a práxis, o lugar e as diferenciações interpretativas.

Se a música em si pode ser uma espécie de gatilho para todo um porvir de novas experiências e/ou de atualizações de histórias vividas num passado longínquo ou até mesmo, de apenas ontem, então fica posto que tanto a palavra enquanto abstração pura e/ou como sonoridade, musicalidade, ruído podem estar alinhavadas e articuladas como uma colcha de retalhos, com detalhes, matizações, nó cego e furos com dimensões que vão para além, de acordo com os conteúdos sobrepostos oriundos dos afetos, desejos, sentimentos, pensamentos, sons, harmonizações e desalinhos.

Apesar do perfil musical viabilizar um entendimento para o músico terapeuta e outro para a psicóloga, o indivíduo é o mesmo. Nesse sentido, não se deve perder a riqueza, mas, sim, descortiná-la para que o paciente receba o que lhe é devido dentro da justaposição do todo que se é, evitando assim, o esfacelamento por partes cindidas na abordagem profissional. Essa não pode se apresentar de forma enrijecida e induzida pelo apoderamento da competência da especialidade, pois isso pode configurar uma incompetência.

Conclusão

No contexto da oncologia e hematologia foi perceptível a contribuição positiva no uso do recurso da palavra e da musicalidade, mesmo em circunstâncias adversas, como é inerente à condição clínica. As ocorrências inóspitas podem ser diluídas através das oportunidades terapêuticas propiciadas. Com isso, abre-se um espaço para atitudes salutares, integradoras e transformadoras.

Diante disso, fica posto que a realização da modalidade vigente de atendimento clínico aos pacientes internados contribuiu para o resgate do bem-estar, ajudou na redução do incomodo físico, emocional e por vezes, trouxe para eles a alegria de envolverem-se com atividades que rememoram uma

condição de normalidade, retirando a força do status do ser doente e criando possibilidades para o transitório renascer.

A parceria da psicologia com a musicoterapia mostrou-se profícua no sentido de que o trabalho através da musicalidade fomentou no paciente, lembranças, emoções, sentimentos, ativou imagens, produziu efeitos reparadores e/ou catárticos que viabilizaram oportunidades de trabalho analítico. Muitas vezes, sentiam-se mais tranquilos e com menor tensão emocional, fenômenos psicológicos que contribuíram para a restauração da sensação de bem-estar emocional.

As condições basais em termos da qualidade de vida foram favoráveis, os pacientes apresentaram como fatores de proteção o suporte familiar (relações sociais) e do meio ambiente. A presença de ansiedade e de sintomas depressivos não interferiu na aceitação do atendimento clínico.

A constituição da parceria interdisciplinar com abordagens teóricas advindas da psicologia e da musicoterapia viabilizou percepções sintonizadas com a expressão das emoções e temáticas abordadas, conseqüentemente ocorreu uma facilitação para a condição terapêutica que complementa o sério com o lúdico.

Enfim, esse estudo oportunizou uma experiência psicoafetiva através de diálogos interativos e musicais nos próprios quartos dos pacientes, que resultaram no resgate de memórias esquecidas e nas narrativas orais que viabilizaram a restauração da esperança de um futuro melhor, quer seja junto com os seus ou em lugares longínquos do mistério da vida.

Agradecimentos

Ao apoio financeiro integral e significativo incentivo recebido da Associação Alirio Pfiffer & Instituto Pasquini, em nome de toda diretoria, da Presidente Sra. Bettina Souza, da Gerente Administrativa Sra. Eryclea Porto Freire e Dr. Ricardo Pasquini sem tal suporte financeiro a pesquisa vigente não teria os recursos necessários para a sua realização.

Foi de fundamental importância a confiança depositada e o apoio logístico da Dra. Mariester Malvezzi, diretora da Unidade Funcional Hematoterapia, Hematologia e Oncologia do HC-UFPR. Não existiria a pesquisa se o músico terapeuta voluntário não se dispusesse a realização da mesma.

Referências

- Beebe, L. H. & Wyatt, T. H. (2009). Guided imagery and music: using the Bonny Method to evoke Emotion and access the unconscious. *Journal Psychosoc. Nurs. Ment Health Serv.*, 47(1), 29-33.
- Bradt, J. Dileo, C. C. Grocke D., & Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library, Issue 8. Acesso em 20 de março de 2016. <http://www.thecochranelibrary.com>
- Bruscia, K. (1998). *Definindo Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Decat, C. S. A., Laros, J. A., & Araújo, T. C. C. F. (2009). Termômetro de Distress: Validação de um Instrumento Breve para Avaliação Diagnóstica de Pacientes Oncológicos. *Psico-USF*, 14(3), 253-260.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência da Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Hillman, J. (1984). *O mito da análise*. Editora Paz e Terra.
- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Trask, P. C., Fleishman, S., Zabora, J., Baker, F., Holland, J. C. (2005). Screening for Psychologic Distress in Ambulatory Cancer Patients. A Multicenter Evaluation of the Distress Thermometer. *Cancer*, 103(7), 1494-1502.
- Jensen, M. P., Chen, C., & Brugger, A. M. (2003). Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *Journal Pain*, 4, 407-414.
- Jung, C. G. (1985). *O Espírito na Arte e na Ciência*. Obras Completas, volume XV. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

- Jung, C. G. (1988). *A Prática da Psicoterapia*. Obras Completas, volume XVI. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Jung, C. G. (2002). *Cartas 1946-1955*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Vargas, N. S. (2002). Símbolo e Psicossomática: O Corpo Simbólico. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica Junguiana*, 20, 29-34.
- Wazlawick, P. (2004). *Quando a Música entra em Ressonância com as Emoções: Significados e Sentidos na Narrativa de Jovens Estudantes de Musicoterapia*. (Dissertação de Mestrado). Curitiba. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
- Wazlawick, P. (2006). Vivências em Contexto Coletivos e Singulares onde a Música entra em Ressonância com as Emoções. *Revista Psicologia e Argumento*, 24(47), 73-83.
- Wazlawick, P. Camargo, D., & Maheirie, K. (2007). Significados e Sentidos da Música. *Psicologia em Estudo Maringá*, 12(1), 105-113.
- Zanetti, C. E. (2008). O Acompanhamento Terapêutico no Hospital Geral: Música e Psicologia Aplicada à Saúde. *Rev. SBPH*, 11(1), 50-59.

Anexo A

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DO ESTUDO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DO ATENDIMENTO DA PSICO/MUSICOTERAPIA PARA PACIENTES NO STMO TCLE

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como as pessoas percebem sua qualidade de vida, sentimentos de tristeza e de ansiedade e o quanto que a abordagem da psicologia e da musicoterapia pode ajudar ou não no resgate do bem-estar do paciente que está em tratamento no Serviço de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. STMO-HC-UFPR. Para isto, gostaríamos de contar com a sua *colaboração* durante um tempo para responder algumas perguntas. Várias questões serão feitas sobre diferentes aspectos de sua vida: saúde física, vida emocional, relação com os amigos e familiares, trabalho e meio ambiente. Estas perguntas são apresentadas em forma de questionário e escalas e serão realizadas no Ambulatório do STMO durante o tempo de uma consulta, que tem em geral a duração de uma hora. Posteriormente, quando estiver internado no 15ª andar e se quiser participar das atividades de aproximadamente 30 minutos, em conjunto com a psicóloga e o musicoterapeuta, deverá responder algumas perguntas, só que dessa vez, leva em torno de 3 minutos. Vamos querer saber se antes e após a atividade (psico/musicotp) você apresenta dor, algum incômodo físico e emocional e por último como se sente em relação ao próprio humor. O atendimento clínico desenvolvido por esses profissionais viabilizam uma oportunidade de compartilhar a musicalidade e conversas do interesse ou da necessidade do paciente. O transplante de medula óssea é um tratamento que apresenta um custo significativo não apenas no âmbito econômico, mas também, na dimensão psicológica, social e no bem-estar físico. Portanto, o convite para a sua participação em atividades com um(a) musicoterapeuta e psicóloga tem o intuito de amenizar possíveis sentimentos de tristeza, ansiedade ou depreensão proveniente das reações adversas do tratamento em si. A seguir o senhor(a) encontra um resumo sobre as atividades e a sua participação no estudo: a) a psicóloga fará uma entrevista com o(a) senhor(a) como parte do atendimento ambulatorial pré-transplante, nesse momento várias perguntas serão realizadas para que saibamos sobre a sua rotina de vida; b) assim que o senhor internar no 15ª andar, já na primeira semana, o musicoterapeuta lhe perguntará sobre as músicas da sua preferência, para posteriormente apresentar atividades com instrumentos musicais junto com a psicóloga; c) nas próximas semanas o senhor poderá ser atendido uma, duas, três vezes ou mais dependerá do seu tempo de internação e da sua disponibilidade física e motivacional para participar do atendimento com esses profissionais. Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada influenciará caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar. Lembre-se sua participação é voluntária. Asseguramos que todas as informações cedidas pelo(a) senhor(a) serão utilizadas, fotografada se/ou filmadas apenas com o intuito de assistência, ensino e pesquisa. Caso o(a) senhor(a) concorde, poderemos passar as informações obtidas a partir desta pesquisa para o seu médico e isto

poderá auxiliá-lo na compreensão de seu caso. Caso você tenha alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Eu, _____, afirmo que li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo para o qual fui convidado a participar. Sei que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento, sem justificar minha decisão e sem que esta afete meu tratamento médico. Concordo voluntariamente a participar deste estudo.

_____ Nome do entrevistado	_____ Assinatura
_____ Nome da testemunha	_____ Assinatura
Pesquisadora: Psic. Dra. Maribel Pelaez Dóro Tel: (41)3360-7882 / Cel: (41)9961-0044 E-mail: maripdoro@uol.com.br	_____ Assinatura

CURITIBA, _____