

Cuidando com musicoterapia: 10 anos de musicoterapia no Hospital São Lucas

Maria Elena S. S. Gallicchio

Resumo: Este artigo introduz noções sobre a musicoterapia, a partir dos 10 anos de experiência de atendimento musicoterápico a crianças no Departamento de Pediatria do Hospital São Lucas-HSL da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Descreve alguns casos clínicos observados nesse período tecendo considerações sobre a abrangência e efeito dessa técnica que atua também sobre pais, familiares, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos e outros tantos cuidadores que atentos à criança, sentem nela e com ela as transformações ocorridas.

Palavras-chave: Musicoterapia. *Musicing*. *Setting*. Crianças. Cuidadores. Experiência criativa.



Maria Elena S. S. Gallicchio
Musicoterapeuta em atividade no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

A música

A música tem sido definida de inúmeras formas no decorrer da história. Para muitos musicoterapeutas essas definições parecem incompletas, não chegando à essência do que ela realmente é. Entretanto, mesmo sem tentar defini-la, qualquer pessoa pode compreender sua grandeza. Da mesma forma, é possível ao leigo entender sua importância no contexto musicoterápico.

A musicoterapia é definida pela Federação Mundial de Musicoterapia 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*¹.

Se essa definição credita à técnica os efeitos alcançados pela musicoterapia, muitos profissionais da área consideram a própria música o principal terapeuta. É ela quem trata os distúrbios do paciente². Segundo essa interpretação, o musicoterapeuta é o facilitador, aquele que vai intervir musicalmente para que ocorram as transformações clínicas

necessárias à melhoria do quadro do paciente. Tais transformações dizem respeito à reelaboração dos conteúdos internos, às questões subjetivas relacionadas ao medo, ao pouco amor próprio, à raiva, culpa, tristeza e outros tantos sentimentos, freqüentemente experimentados pelos pacientes internados. A respeito, Hospers, citado por Brandalise, comenta: *a tristeza expressa em música é algo muito diferente da tristeza expressa em vida; é somente por analogia que usamos a mesma palavra para ambas... a tristeza em música, é despersonalizada; extraída ou abstraída de situações pessoais, como por exemplo, a perda de alguém querido. Em música temos o que se chama de 'essência' da tristeza sem as condições causais*².

A observação das seções de musicoterapia permite afirmar que esse trabalho produz modificações físicas, tais como alterações no batimento cardíaco, diminuição da dor, equilíbrio da respiração e intensidade do rubor das faces. Enfim, tanto o mundo interno do paciente como sua dimensão física são tocados e tratados pela música. Embora constatar tais alterações seja parte do cotidiano terapêutico, muitas vezes parece surpreendente perceber o quanto essas transformações ocorrem vinculadas a um sentimento de alegria genuína e profunda, gerada pela experiência criativa com a música.

Observando o trabalho dos musicoterapeutas Nordoff e Robbins, Queiroz tece a seguinte consideração a respeito: *é uma alegria que não está em linha apenas com o 'prazeroso', com o 'divertido' mas uma alegria em linha com a 'vida', com a sensação suprema de 'estar vivo' e isso 'ser bom em si'*³. No trabalho em hospital,

desenvolvido com crianças muito doentes, a música se faz presente, muitas vezes, com característica do insólito, do extraordinário, do espantoso – este último atributo definido também como surpreendente, conforme Didier-Weill⁴ – por estar acontecendo em ambiente inusitado, comumente considerado pouco adequado a esse tipo de manifestação.

Refletir sobre a alegria que a criança geralmente manifesta durante as sessões, predispõe a pensar também sobre sua condição de paciente: Como está vivenciando o momento e como experimenta a realidade de seu corpo doente? Permite refletir sobre o fato de que a criança está inserida em um contexto que não a deixa esquecer, nunca, a realidade concreta do adoecimento, que é diferente de sua realidade psíquica, na qual consegue exprimir desejos e fantasias do inconsciente.

A criança hospitalizada em decorrência de patologias graves vive, neste momento, a experiência crua do real. Segundo Chemama, *é aquilo que, para o sujeito, é expulso da realidade pela intervenção do simbólico*⁵. Ela confronta-se com a vida e a morte, a dor e a perda, a frustração e a culpa. A culpa se manifesta quase sempre em relação aos pais e outros familiares, pois quando a criança é hospitalizada muitas vezes os pais deixam seus outros filhos, interesses, trabalhos e, em alguns casos, até a cidade onde vivem. Geralmente, manifestam as saudades que sentem por esses afastamentos. A criança percebe o que acontece e o seu sentimento de forma consciente ou inconsciente é de indignidade, culpando-se por estar doente.

É nesse contexto que a música se inscreve no ambiente hospitalar, no ato clínico musicoterápico, promovendo uma erupção súbita desse real, com seu desejo e força. A criança se espanta, se sente invocada e convocada, normalmente sem noção do que a está assaltando, mas consciente de que a música a faz reviver uma experiência já vivida. Experiência que reconhece por estar gravada em seu inconsciente. São sensações e sentimentos de perda e vácuo, prazer e reencontro, incluídas nas experiências primárias de seu processo de desenvolvimento. Tais experiências remetem aos primeiros afastamentos e reencontros com o outro – a mãe – e agora se repetem com a música. Sem saber como defini-las, refere-se, algumas vezes, ao que sente *como uma saudade de uma coisa boa*.

O poder evocativo da música é apontado por Zukerkandl, o qual considera que *a música acontece no movimento, no tempo e no espaço, entre dois mundos, o mundo físico e o mundo psíquico, chegando até nós pela percepção*⁶. O autor complementa essa idéia afirmando que a música *não nos leva a um outro mundo, mais puro e melhor, mas sim nos mostra uma outra visão de realidade*⁶. Essa outra visão de realidade, percebida por meio da música, parece enviar a criança doente e hospitalizada, que está com a percepção do seu mundo exterior e também de si mesma extremamente comprometida, a percepções representáveis e suportáveis. Assim, pela proposta do ato clínico musicoterápico, pode acontecer uma releitura das suas primeiras percepções do mundo. A música e seus elementos essenciais trazem essa visão: a possibilidade de alcançar essa dimensão de outra realidade.

A musicoterapia no Hospital São Lucas

Iniciado 1996, o trabalho de musicoterapia desenvolvido no Hospital São Lucas (HSL) destina-se a crianças internadas na enfermaria pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na Unidade de Tratamento Intensivo da Pediatria (Utip) e àquelas internadas em outras enfermarias por convênios. Desde o início do trabalho, elegeu-se como principal clientela a criança de até 15 anos e com neoplasias. Além delas, também são atendidos pacientes com doenças crônicas, os de internação prolongada e aqueles indicados nas reuniões semanais das equipes médicas do Departamento de Pediatria e da Comissão dos Direitos da Criança e do Adolescente e Cuidados Hospitalares. Nessas reuniões são repassadas as informações necessárias para organizar os atendimentos, como, por exemplo, quais procedimentos médicos e hospitalares estão previstos para tal dia e semana e como estão reagindo os que já fazem musicoterapia.

As crianças são atendidas duas vezes por semana, em sessões individuais ou em grupo, na sala de musicoterapia na enfermaria, no quarto de isolamento ou na Utip. As técnicas musicoterápicas mais freqüentemente utilizadas são: recriação, improvisação, composição, histórias musicadas/cantadas, audição musical e técnicas próprias de acesso ao inconsciente e imaginário. Os principais objetivos da terapia são:

- facilitar a comunicação e a interação com a interioridade do paciente, por intermédio do engajamento da relação terapêutica na experiência criativa, permitindo-lhe ser e estar na música;

- propiciar a melhora do estado de ânimo – felicidade em oposição à tristeza –, resultando na melhor aceitação do tratamento, bem como um estado físico e psíquico mais saudável, independentemente da enfermidade, dor e sofrimentos.

O primeiro contato com a criança, muitas vezes antes mesmo da confirmação de seu diagnóstico, é feito em uma visita a ela e seu responsável. Nesse momento, é explicado o que é a musicoterapia, seus objetivos e como será o atendimento musicoterápico, se aceito e livremente desejado pela criança. Uma investigação sobre sua identidade sonora também é iniciada nesse encontro. Segundo Benenson, a identidade sonora pode ser entendida como o conjunto de sons, ou fenômenos sonoros internos, que absorvidos desde a gestação caracterizam e individualizam o sujeito⁷.

Uma das características prioritárias do atendimento no HSL é facilitar o engajamento de pessoas em situações de *music-ing*⁸. Esse fenômeno caracteriza o fazer musical específico da musicoterapia, que vai além de estar tocando, cantando ou brincando com os sons. O *music-ing* consiste em uma forma particular da ação humana, que promove deliberadamente a interação entre criança, música e musicoterapeuta, com controle, na busca de objetivos.

Segundo Schön, citado por Kenneth Aigen, o *music-ing* implica conhecimento, mas o conhecimento implícito, conhecimento ação (knowledge-in-action): o paciente busca transformação, engaja-se na música⁷. Elliot, também citado por Aigen, afirma que esse fenô-

meno *consiste em atividades que fortalecem o self e nosso objetivo, como seres humanos, é estarmos engajados em atividades que reflitam esse desejo. Acharmos prazerosas e significativas atividades que sejam congruentes com nossa motivação fundamental em direção a nosso crescimento*⁷.

Pode-se exemplificar como “*não-music-ing*” o relato de uma pessoa que, cantando em coral, considera essa atividade terapêutica. Por certo, estará num “fazer musical”, mas, diferente do que ocorre no *music-ing* em musicoterapia, não poderá apropriar-se da música, alterando-a conforme suas necessidades. O pré-determinado pelo compositor ou regente deverá ser executado. Não terá o musicoterapeuta como facilitador; aquele capaz de intervir com e nos elementos da música com sua musicalidade clínica. Não serão perseguidos objetivos que resultarão em sua transformação. Enfim, os benefícios de seu “fazer musical” provavelmente estarão vinculados a sua pessoa, não se expandindo além do *setting* a que está restrito. O *music-ing*, ao contrário, como acontecimento musical facilitado a partir de técnicas precisas, se expande do *setting* musicoterápico abrangendo também os cuidadores.

Quando a sessão é coletiva e ocorre na sala de musicoterapia, procura-se organizar os grupos por faixa etária. Os materiais e instrumentos musicais são dispostos para fácil manuseio das crianças. Caso elas estejam impossibilitadas ou indispostas a sair das enfermarias, a sessão é realizada onde se encontram, com dinâmica semelhante. Os instrumentos musicais ficarão à disposição sobre os móveis, camas ou cadeiras.

Algumas vezes há dificuldades na realização das sessões nas enfermarias em vista das interrupções causadas por visitantes, outros profissionais, troca de cuidadores e conversas entre os familiares. Em tais circunstâncias busca-se continuar a sessão tentando manter, com a música, o espaço criado e tão necessário nesse momento, quando no processo terapêutico está envolvido o emocional da criança. Entretanto, muitas vezes, a aura da experiência criativa fragmenta-se e deve ser novamente restabelecida, já modificada pela interferência sofrida.

Ao iniciar-se o atendimento na sala de musicoterapia, ou em outro local, muitas vezes percebe-se que o cuidador necessita acompanhamento musicoterápico tanto quanto a criança. Nesse caso, procura-se integrá-lo à sessão, oferecendo-lhe instrumentos musicais e convocando-o a participar. Raramente isso incomoda a criança, na maioria das vezes, ao contrário, ela sente-se estimulada com a participação do adulto.

Antes e depois da sessão de musicoterapia, a criança é convidada a avaliar suas emoções pela aplicação da régua de auto-avaliação psicológica. Esta régua, de nove faces, representa estados de ânimo que variam desde a extrema tristeza à extrema alegria^{9, 10, 11}. Tal avaliação é feita pela criança e, a seu respeito, também por seu cuidador. Em casos nos quais o cuidador participou da sessão, a criança propôs fazer sua avaliação por ter percebido, nele, uma transformação. O quase sempre espontaneamente verbalizado pelos cuidadores que participam das sessões é o quanto a atividade lhes foi benéfica.

Quando a sessão é realizada com bebês, leva-se em conta que nas primeiras etapas da vida o ambiente está focado em um único ponto – a mãe ou o seu substituto. Nesse caso, tanto a mãe quanto o cuidador que a substitui ainda não são percebidos como entidade distinta do bebê, que necessita desse contato diádico para gradualmente construir uma imagem coerente de seu mundo.

Sempre que possível, a sessão deve envolver ambos, mãe e bebê. Ao trabalhar com essa díade, percebe-se que o estímulo da música passa mãe e filho, num ciclo ação e reação, que cria para o bebê um mundo exclusivo, bem dele, no qual o clima emocional é desencadeado pela natural reciprocidade entre os dois¹². Entretanto, às vezes é solicitado o atendimento musicoterápico para bebês desacompanhados ou abandonados. Nesses casos, procura-se com a música estabelecer o ciclo ação-reação-ação, buscando-se por meio do *musicing* o que é capaz de gradualmente transformar estímulos sem significado em signos significativos.

O registro das sessões é feito por escrito, por gravação, para posterior análise musical, e por fotografias – quando autorizadas verbalmente pelas próprias crianças e por escrito pelos pais ou responsáveis. Muitas vezes os familiares solicitam cópia das gravações das sessões em que os filhos participaram. A voz é um dos indicadores da identidade do ser humano e suas entonações revelam as emoções de quem fala. Ouvindo as gravações, os pais relatam sentir-se novamente próximos aos seus filhos, revivendo momentos de grande significado nessa fase difícil e sofrida.

Quanto ao registro fotográfico sabe-se que, geralmente, a criança sente prazer em ver-se fotografada. Sempre que possível, momentos da sessão são registrados e, posteriormente, oferecidas cópias das fotos à criança e seus familiares. Em qualquer circunstância, percebe-se nos cuidadores a valorização das vivências durante a musicoterapia: *quero mostrar a todos como V está bem e bonito tocando teclado*. Valorizar o momento da história da criança, em que as transformações físicas e emocionais são claramente constatadas, conforta aqueles que estão longe.

A musicoterapia e a criança: repercussões na família, equipe de saúde e equipe de manutenção

A seguir são apresentadas algumas vinhetas clínicas que ilustram a ação da musicoterapia, tanto nos próprios pacientes quanto naqueles que os acompanham e, mesmo, nos servidores das unidades atendidas por essa terapia. Em cada um desses exemplos pode-se perceber os muitos casos de cuidadores que, com histórias e perspectivas diferentes, sentem a música como força ativa e transformadora da experiência emocional, vivenciada na internação. Pais, médicos e funcionários percebem como essa experiência expande-se e também os beneficia, permitindo-lhes ter nela uma aliada.

Caso 1: Em 1998, D era uma criança de 11 anos, filho único, com diagnóstico de linfoma. Seu pai demonstrava estar muito chocado e mesmo revoltado com o sofrimento que enfrentavam. Na 8ª sessão de D, o acompanhou – pela primeira vez – à sala de musicoterapia.

Sentado a seu lado começou a experimentar o metalofone. Cantou o início da canção *Asa Branca* e perguntou se sabíamos que música era aquela. Passamos a tocá-la enquanto a solfejávamos. Pai e filho começaram a executá-la no metalofone e alternavam-se solfejando, cantando e utilizando também outros instrumentos. Quando D tocava no xilofone pentatônico, solicitava ao pai que completasse a melodia no metalofone. A interação com a música pela experiência criativa ocorria no tempo, movimento e espaço, entre menino, pai e musicoterapeuta. O pai deveria voltar ainda aquela tarde à cidade de Caxias do Sul, onde reside, mas não tinha vontade de terminar a sessão, mesmo comentando que deveria trabalhar durante a noite para completar sua tarefa. No final da sessão, disse: *como o som deste instrumento é relaxante*. Demonstrava, assim, o quanto a musicoterapia o tinha alcançado e acolhido durante aquela sessão.

Caso 2: O atendimento musicoterápico de W, 5 anos, aguardando transplante renal, foi enfaticamente solicitado pela médica especialista responsável por sua cirurgia, enquanto ele fazia hemodiálise. Quando chegamos com os instrumentos musicais na enfermaria, a médica residente nos perguntou o que iríamos fazer: *W é surdo*, comunicou. O menino começou a chorar, o que acontecia sempre que o visitavam. Oferecemos o teclado e o colocamos sobre a cama. A mãe, inicialmente, não pareceu muito convicta com o que fazíamos. Enquanto tocávamos procuramos colocar a mão de W sobre as teclas, para que sentisse a vibração do som. O menino foi buscando outros pontos de contato com o instrumento, percebendo vibrações,

integrando-se e interagindo musicalmente. Na sessão seguinte, quando entramos junto com a equipe médica na enfermaria, W nos recebeu sorrindo. O médico chefe da equipe da pediatria, responsável por W naquela semana, vislumbrando seu sorriso perguntou, demonstrando muita satisfação, se estávamos registrando o fato de ser *a primeira vez que este menino sorri aqui no hospital e isso se deve à musicoterapia.*

Caso 3: M, 9 anos, residente no interior do estado, encontrava-se internado na Utip após cirurgia corretiva do pé. A solicitação de seu atendimento partiu da funcionária encarregada da limpeza do setor. Ao término das seções de musicoterapia das crianças, ela nos procurou falando sobre o sofrimento, dores e depressão de M. Disse que acreditava *no bem que a musicoterapia faz às crianças* por vê-las melhorarem durante os atendimentos. Comentou também que acompanha o sofrimento das crianças enquanto faz a limpeza e se sente impotente diante dele: *é um alívio quando a senhora chega aqui, com seu carrinho de instrumentos.* Gentilmente, solicitou se *seria possível a senhora também atender M? Ele tem chorado muito.* No mesmo dia demos início ao atendimento. A funcionária observava atenta as sessões. Demonstrava pelo sorriso, olhar de confiança e o fato de, muitas vezes, demorar um pouco a mais quando da limpeza do leito de M, o quanto a melhora do menino, que não mais chorou, foi tocante para ela.

Caso 4: J era um bebê de 1 ano, com diagnóstico de disenteria crônica, anemia crônica e má absorção, internado desde o 14º dia de vida. Ficava constantemente sozinho na enfermaria,

sua mãe era pouco presente e em determinadas ocasiões demonstrava certa rispidez tanto para com ele como para com os profissionais que dele cuidavam. Por sugestão do responsável pelo caso, na mesma semana foi iniciado seu atendimento, após uma reunião especial com toda a equipe de saúde, inclusive o especialista em gastrologia e a mãe da criança. Como objetivos do trabalho terapêutico foram estabelecidos: fortalecer o vínculo entre a mãe e o bebê; desenvolver a linguagem, pouco estimulada, e fomentar o desenvolvimento social. Além disso, buscou-se estimular o desenvolvimento motor do bebê, já que J quase sempre estava deitado, com as mãos imobilizadas por talas, para evitar que arrancasse a sonda gastrointestinal, o que dificultava sua permanência sentado. Sugeriu-se à mãe que o acompanhasse em um dos dois atendimentos semanais. Desde os primeiros encontros foram observados os efeitos da musicoterapia, tanto pelos musicoterapeutas quanto pelos demais profissionais que cuidavam do bebê. Paulatinamente, a mãe foi desenvolvendo a reciprocidade em relação ao bebê, participando das sessões, relatando ter cantado para ele em outros momentos e reconhecendo as modificações ocorridas, acolhendo e sendo acolhida pela música.

Caso 5: C., 11 anos, com síndrome de Wiscott-Aldrich, doença degenerativa dos pulmões transmitida pela mãe aos filhos homens. C passava muitos dias sozinho e não demonstrava sentir falta da mãe. Porém, quando seu caso se agravou pedia desesperadamente por ela. Nas suas últimas improvisações colocou como títulos *Eu amo minha mamãe* e *Homenagem à minha mãe.* Fizemos cópia dessas gravações e

C, já na Utip, entregou-as à mãe, que passou a visitá-lo com mais frequência, permanecendo a seu lado e sendo sua principal cuidadora nos últimos dias de vida. Esse exemplo mostra como a musicoterapia cumpre o objetivo de contribuir na elaboração e resgate de sentimentos – sentimentos que, nesse caso, há muito faziam sofrer mãe e filho.

Caso 6: Em 2003 atendemos, por solicitação de uma médica, a menina A, 3 anos, com diagnóstico de neuroblastoma, em tratamento desde os três meses de vida e já transplantada. A mãe, secretária, abandonou a profissão para tomar conta de A. O pai é empresário. A estava internada por convênio. Como estava muito debilitada foram gravados alguns dos momentos de suas sessões. Em agosto de 2006, depois de quase três anos do óbito da filha, sua mãe telefonou contando ter agora uma outra filha, mas que desejava muito possuir uma cópia das gravações de A: *ela enquanto cantava estava feliz, fazendo aquilo de que tanto gostava. Nós sempre nos sentíamos melhores nos dias de musicoterapia. Ela alimentava-se e dormia melhor naqueles dias. Nem parecia que estávamos no hospital. Eu quero muito ouvi-la novamente. Quero também mostrar a B sua irmã, a voz de A.* Oferecemos também a M o desenho de um gato, feito por A, rasgado e colado com fita adesiva durante a sessão de musicoterapia: *ele fez curativos.*

O tema da morte (e da vida) e a musicoterapia

Ao trabalhar com crianças hospitalizadas, enfrentando doenças e tratamentos extremamente agressivos, inúmeras vezes torna-se

inevitável o confronto com a morte. Se, de início, os objetivos do trabalho direcionam-se a despertar na criança motivações de vida, melhora de seu bem-estar físico, emocional, mental e social, ao se perceber que seu estado se agrava, encaminhando-se para o terminal, faz-se necessário prepará-la – e a seus cuidadores – para o enfrentamento dessa passagem. Nessas circunstâncias, a sessão de musicoterapia é vivenciada da maneira mais plena possível, nada é deixado para a próxima, pela possibilidade desta não acontecer.

Frente à situação de terminalidade, o trabalho em musicoterapia segue as cinco fases do final da vida, sistematizadas por Kübler-Ross: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação¹³. Embora nem sempre essas fases sigam essa ordem, todas estão presentes, de forma muito clara no *musicing* da criança e de seus cuidadores⁹. O artigo *Criança e música versus câncer e morte*, que apresenta as fases de Kübler-Ross na musicoterapia, veiculado no Congresso Mundial de Musicoterapia, em Oxford/Inglaterra, em 2002, e publicado na íntegra na *Revista de Medicina da PUCRS*⁴, acrescenta às cinco fases mais uma: a da serenidade, resultante da observação prática diária no HSL.

Fase da negação

Muitas vezes, percebe-se nesta fase que mesmo sentindo que algo de muito grave está acontecendo, tanto a criança quanto seus pais procuram defender-se emocionalmente, negando a doença, o diagnóstico e, em alguns casos, o próprio tratamento. Na sessão de musicoterapia cantam e tocam músicas consideradas por eles como *alegres, boas de dançar*. Procuram

proteger-se por certa descontração: *isso vai passar, viemos só para fazer alguns exames.*

Fase da raiva

Como a criança continua a piorar e, além dos sintomas da doença, sente também os efeitos nocivos do tratamento, ela e seus cuidadores familiares, geralmente, começam a vivenciar a fase da raiva. Essa raiva se manifesta contra a situação, o sofrimento, a equipe médica – *que não acertam com esses remédios* – e, de forma generalizada, com maior ou menor intensidade, aos demais cuidadores que os rodeiam. Na sessão de musicoterapia, transparece na maneira agressiva como os instrumentos são tocados pela criança, geralmente com sons rápidos e fortes. As baquetas seguras fortemente nas mãos fechadas tocam sem pulsação regular, bem ao contrário, de forma bastante desordenada. Só no decorrer da sessão, após a música perpassar essa catarse sonora, a criança parece sentir-se mais aliviada desse sentimento.

Fase da barganha

Muitas vezes, essa fase vem próxima à da raiva. Já que ficar com raiva não ajudou no restabelecimento, talvez uma negociação alcance melhores resultados. Percebe-se a barganha, por exemplo, quando a criança passa de sons fortes e agressivos para sons suaves, embora esse não seja o indicador definitivo. Deverá vir acompanhado de outras demonstrações, tão sutis que se deve estar muito atento para notá-las: surgem nas entrelinhas musicais, nos sons que se transformam em dinâmica. Consideram-se também como indicadores dessa fase os olhares rápidos que a criança dá à sua volta enquanto toca fazendo essa mudança de intensidade. É

como se testasse o efeito que causa, como uma delas verbalizou: *vou ser boazinha, não vou quebrar nada e então vou poder sair daqui.* Essa fase pode também ser associada ao cunho religioso das canções: *nunca mais vou brigar e Jesus vai me curar.* Parece-nos que essa letra reflete a expectativa de a criança ser recompensada por bom comportamento e, assim, melhorar sua situação clínica.

Fase da depressão

Com crianças com câncer ou outras doenças que requerem freqüentes internações, a depressão é quase constante. Além da doença, sofrem a cada internação por abandonar sua casa, familiares, atividades, brinquedos e, muitas vezes, sua cidade: enfim, seu mundo. Geralmente, quando se percebe que a criança está muito deprimida, recusando-se freqüentemente a participar da sessão, lhe é oferecida uma audição musical, na qual não precisa *fazer nada, só ouvir.* Nessa audição são utilizadas as músicas classificadas anteriormente por ela ou por outras crianças como tristes. A partir daí, se passa ou não para outras técnicas, buscando a melhora do emocional do paciente.

Fase da aceitação

Percebe-se que a criança, muitas vezes com muita clareza, sente quando sua vida aproxima-se do final. Quase sempre antes disso, viveu momentos em que sentia muito medo. Assim como ocorre com os adultos, sente medo de estar sozinha, medo da noite, medo de dormir. Parece que, para poder entrar na fase da aceitação, mesmo muito debilitada, necessita colocar em ordem questões emocionais ainda não resolvidas.

Nessa fase, a criança em seu *musicing* parece voltar-se para si própria, com tranquilidade muitas vezes difícil de ser entendida pelos que a acompanham. Como ocorreu com P, com leucemia, 12 anos. Quando sua mãe chegou à sala de musicoterapia, a menina contou, sorridente e feliz, que criara uma música com uma história. Não tinha condições de cantá-la e pouco podia falar, mas mesmo assim narrou-a para a mãe, que a ouvia emocionada. Nessa história também se percebe a aceitação de sua partida, mesclada à esperança de uma transformação: *História da boneca de gesso – Boneca que nasce de uma flor, foi enfeitada por uma bruxa má, que a prende numa casa de gelo. Apaixona-se por um príncipe, que a salva, quando chora por ela. Parte para longe, voando com o príncipe.*

Fase da serenidade

Klüber-Ross fala da esperança que seus pacientes mantiveram até o último instante. A observação durante esses anos de aplicação de musicoterapia leva à ousadia de acrescentar a esse sentimento o da serenidade^{11, 12}. Serenidade que se mescla à esperança como mais uma fase, geralmente atingida pela criança em musicoterapia, criando o ciclo da música que renova reciprocamente: serenidade alimentando a esperança e a esperança gerando serenidade, num contínuo que renova a vida, independente de quanto tempo ainda dure. Como aconteceu a D, 4 anos, com câncer, na Utip, que menos de 24 horas antes de seu óbito ainda tinha vida e serenidade para, entre as repetições de sua canção preferida, fazer brindes de *viva!* com os chocalhos (caxixis) e glissandos no xilofone.

Cultura e musicoterapia: a possibilidade de expandir o *setting*

Para que os objetivos musicoterápicos sejam alcançados, faz-se preciso trabalhar musicalmente com as pessoas no contexto no qual se inserem. É importante reconhecer os fatores sociais e culturais de suas origens, saúde, doenças, relacionamentos e músicas conhecidas. Da realidade desses fatores depreende-se como auxiliar a criança a acessar situações musicais e a acompanhá-la ao longo do processo, atingindo contextos mais abrangentes do *musicing*.

Isso pôde ser observado no caso de J, 16 anos, paraplégico, que passou a manifestar interesse pelo gênero erudito trabalhado durante as sessões, o que anteriormente não fazia parte de sua identidade sonora. Seu interesse foi também despertado para os compositores e fatos da história da música aos mesmos ligados, chegando a mobilizá-lo a realizar movimentos físicos para conseguir assistir ao concerto do Festival Bach, realizado pela Orquestra da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra).

Durante os dez anos de experiência com musicoterapia foi observado, ainda, o despertar de algumas crianças para o desejo de “tocar” um instrumento musical. Desejo esse que é aceito, entendido e acolhido pela equipe de musicoterapia não como expressão da vontade pelo ensino formal de música, mas como expansão da vivência musicoterápica que atinge a musicalidade da criança, alcançando outras áreas de transformações criativas. É exemplo paradigmático o caso de R, 13 anos, paciente com

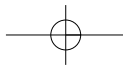
leucemia, que, após um ano confeccionando e vendendo pulseiras, comprou o seu teclado. No dia das comemorações pelos 10 anos de musicoterapia no hospital, R estava presente, com seu novíssimo teclado, tocando orgulhosamente com os músicos convidados o que aprendeu lendo partituras. Estava feliz e sua felicidade expandia-se em sua música.

Além de casos pontuais como esses, há momentos em se busca intensificar a experiência criativa do *musicing* por meio de atividades coletivas. É o que ocorre em comemorações como a festa de São João, o Dia da Criança e a Serenata de Natal, realizadas no Hospital São Lucas, quando as crianças internadas confraternizam-se com outras, estudantes de música da Escola de Música Tio Zequinha, que após serem devidamente preparadas participam cantando e tocando o mesmo repertório.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS): *saúde é um estado de total bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*¹⁵. Considera-se importante enfatizar a segunda parte dessa assertiva – “e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” –, em vista dos benefícios que a musicoterapia pode proporcionar e, muitas vezes, proporciona às crianças

internadas no Hospital São Lucas. Assim como o medo, a ansiedade, a tristeza e a dor, dor física sentida pelo outro como dor emocional, contagiam, também se pode constatar ao longo desses 10 anos que a alegria, a tranquilidade e as motivações despertadas nas sessões de musicoterapia se propagam entre os cuidadores que participam ou observam.

A motivação para continuar esse tipo de trabalho está implícita no próprio fazer terapêutico. Poder observar o prazer despertado com a música e os resultados que a experiência criativa propicia. O grande desejo da equipe é contribuir para que isso ocorra. Que as crianças possam continuar celebrando os objetivos alcançados, que muitas vezes acontecem naturalmente, como pulsão de vida e erupção de alegria. Envolvendo não só a elas, mas a todos os que as cercam, seus cuidadores familiares, seus cuidadores parceiros de hospitalização e todos os cuidadores profissionais de saúde que escolheram a criança como foco de seus trabalhos. Há que se pensar uma musicoterapia que ouse romper os limites das paredes da sala, acolhendo todo o tipo de cultura. E, das diferentes culturas, uma musicoterapia que expanda seu *setting* ocasionando as mais diferentes e benéficas repercussões à saúde de todos os sistemas envolvidos no tratamento de crianças hospitalizadas.



Resumen

Cuidando con la musicoterapia: diez años de musicoterapia en el Hospital São Lucas

Este artículo introduce nociones sobre la musicoterapia, a partir de los diez años de experiencia en la atención musicoterápica a niños y niñas en el Departamento de Pediatría del Hospital São Lucas/HSL de la Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Se describen algunos casos clínicos observados en este periodo, tejiendo consideraciones sobre la amplitud y el efecto de esta técnica, que actúa también sobre los padres, familiares, auxiliares de enfermería, enfermeros, médicos y otros tantos cuidadores que, atentos a los niños y niñas, sienten, en ellos y con ellos, los cambios y las transformaciones ocurridas.

Palabras-clave: Musicoterapia. Musicing. Setting. Niños. Cuidadores.

Abstract

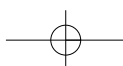
Care with music therapy: 10 years of music therapy at Hospital São Lucas

The article discusses some notions of music therapy based on 10 years experience with its use with children within the Department of Pediatrics of the Hospital São Lucas-HSL of the Pontificia Universidade Católica of Rio Grande do Sul (PUCRS). It describes some clinical cases observed during these years presenting comments about the scope and effect of the technique that influences also, parents, family members, nursing assistants, nurses, physicians and other caretakers who follow with and through the child the results achieved.

Key words: Music therapy. Musicing. Setting. Children. Caretakers.

Referências

1. Revista Brasileira de Musicoterapia 1996;1(2).
2. Brandalise A. Musicoterapia músico-centrada. São Paulo: Apontamentos, 2001.
3. Queiroz GJ. Aspectos da musicalidade e da música de Paul Nordoff e suas implicações na prática clínica musicoterapêutica. São Paulo: Apontamentos, 2003.
4. Didier-Weill A. Os três tempos da lei. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998.
5. Chemama R. Dicionário de psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2002.
6. Zukerkandl V. Sound and symbol: music and external world. Princeton: Princeton University Press, 1973.
7. Benenzon R. Teoria da musicoterapia. São Paulo: Summus, 1988.
8. Aigen K. Music-centered music therapy. Gilsum NH: Barcelona Publisher, 2005.
9. Kipper DJ. Exame da validade de instrumentos de avaliação de dor em crianças [Tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da PUCRS, 1996.
10. Loewy JV. Music therapy and pediatric pain. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books, 1997. p. 1.
11. Gallicchio MESS. Pedro e o lobo: musicoterapia com crianças em quimioterapia. Revista Brasileira de Musicoterapia 2001;6(5):81-93.



12. Spitz,R.A. O primeiro ano de vida. Porto Alegre: Martins Fontes, 1987.
13. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
14. Gallicchio MESS. Criança e música versus câncer e morte. Revista de Medicina da PUCRS 2002; 12(4):356
15. Organização das Nações Unidas. Constituição da Organização Mundial da Saúde OMS/WHO. [documento eletrônico]. [acessado em 16 Jul 2007]. Disponível em:URL: : <http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Oms/OMS.html>

Contato

Maria Elena S. S. Gallicchio – mgallicchio@cpovo.net