

TEMAS LIVRES

Aplicação da Musicoterapia Receptiva na Clínica Médica e Cardiológica

Autora: MT Cyntia Marconato - PR

Co-Autoras: Dra. Eva Cantalejo Munhoz (Cardiologista); Marcia Maria Menin (Psicoterapeuta); Maria Thereza Albach (Musicoterapeuta).

Palavras-Chaves: Musicoterapia Receptiva, Alteração de Comportamento, Musicoterapia em Cardiologia.

Consultório Médico e Cardiológico

A Musicoterapia pode ser conceituada como uma intervenção terapêutica, na qual o terapeuta emprega a música como instrumento ou meio de expressão a fim de iniciar determinadas mudanças e determinados processos de evolução direcionados à adaptação social e ao bem estar pessoal¹¹. A música como um "instrumento terapêutico" é uma abordagem atual em terapia, que não se baseia numa noção idealista acerca do "poder curativo da música".

A proposta de Musicoterapia Receptiva apresentada tem seu embasamento em uma concepção holística¹, considerando o organismo humano como um todo integrado que envolve padrões bio-psico-sociais e espirituais.

Material e Método

A Musicoterapia Receptiva foi aplicada de forma individualizada, através de audições musicais que, desenvolveram-se dentro do seguinte procedimento específico.

1. Estímulo Musical – tem como finalidade despertar sensações no paciente a partir da escuta semântica. Estas sensações são observadas, exploradas e analisadas dentro do processo musicoterapêutico. As composições utilizadas pertencem aos seguintes períodos: Renascentista, Barroco, Clássico e Romântico. Dentro destes períodos podem ser destacados os seguintes compositores: Bach, Beethoven, Brahms, Dvórák, Grieg, Haydn, Josquin des Prés, Mozart, Obrecht, Rackmaninoff, Vivaldi e Willaert.

2. Sensação – etapa em que se torna consciente as sensações emocionais e físicas experimentadas durante o estímulo musical, existindo um ambiente de confiança e tranqüilidade onde o paciente consegue expressar sem reservas suas sensações.

3. Situação – após tornar consciente as sensações desencadeadas durante o estímulo musical, o paciente identifica em que situações tais sensações apresentam-se com maior frequência.

4. Reflexão – nesta etapa o paciente reflete sobre as sensações vivenciadas na sessão e como ou porque tais sensações estão relacionadas a determinadas situações. Quando o paciente apresentou dificuldades ou resistências o terapeuta identificou os pontos mais importantes da sessão, de forma resumida e organizada, para facilitar a reflexão do paciente. A orientação verbal empregada nesta etapa difere inteiramente da orientação psicoterapêutica, uma vez que a orientação verbal musicoterapêutica é desenvolvida a partir da linguagem e estruturação musical. Dentro na orientação verbal musicoterapêutica é realizada uma análise entre a estrutura musical utilizada e a estrutura global do paciente. **OBS:** Esta divisão em três etapas (sensação, situação e reflexão) é apenas didática, uma vez que as três podem ocorrer em um mesmo momento.

5. Alteração de Comportamento – está relacionada com alterações de hábitos de vida. Tal alteração visa proporcionar ao paciente uma vida equilibrada, no que se refere a um grau de harmonia entre atividades percebidas como demandas externas (deveres) e atividades percebidas como auto-gratificação ou prazer (demandas internas / desejos)⁷. Enquanto estímulo sonoro, sensação, situação e reflexão são etapas presentes a cada sessão, a alteração de comportamento é esperada durante semanas ou meses.

Aplicada por um período de 18 meses em pacientes de consultório médico, a Musicoterapia Receptiva teve como objetivo geral investigar a aplicabilidade e a eficiência desta proposta na prática clínica e, os seguintes objetivos específicos: a) alterar o comportamento do paciente para corrigir hábitos e atitude que oferecem riscos à saúde de forma global e, especialmente riscos cardiovasculares; b) aumentar a percepção interna e a auto-estima do paciente; c) fortalecer a estrutura geral do paciente no sentido de equilíbrio e segurança emocional; d) favorecer a expressão emocional; e) contribuir para a elucidação de conflitos internos; f) proporcionar uma alteração positiva no prognóstico clínico do paciente.

Foram estudados homens e mulheres com idade superior a 18 anos, referidos pelo médico assistente, com sintomas de estresse, sofrimento emocional e necessidade de mudança de hábitos de vida, com o prévio consentimento do paciente, no período de agosto de 1998 à dezembro de 1999.

Cada paciente foi convidado a ingressar no projeto de aplicação da proposta de Musicoterapia Receptiva, recebendo inicialmente esclarecimentos acerca das finalidades do projeto e do processo musicoterapêutico. Foram selecionados 10 pacientes para a análise dos resultados, sendo 2 do sexo masculino e 8 do sexo feminino. Após a anamnese musicoterapêutica e da assinatura do termo de consentimento, os pacientes responderam um questionário de avaliação de riscos à saúde (questionário 1), e em seguida permaneceram durante 16 sessões semanais em acompanhamento musicoterapêutico. Terminado o número de sessões estabelecido, os pacientes responderam um segundo questionário de avaliação de riscos à saúde (questionário 2).

Resultados

Cinco pacientes mantiveram a prática de exercícios físicos; três não iniciaram nenhuma forma de exercício físico; um iniciou e um desistiu do tratamento.

Três pacientes aumentaram seu período e sua qualidade de sono; quatro não alteraram seu período de sono, sendo que dois já apresentavam um período de sono de oito horas ou mais, um afirmou que seis horas de sono são suficientes para o seu descanso e um devido sua sobrecarga de trabalho não conseguiu organizar seu tempo para aumentar seu período de sono; dois diminuíram suas horas de sono, um devido a problemas familiares e um atribuído ao aumento de atividades sociais noturnas.

Cinco pacientes melhoraram sua descrição da saúde global, sendo que dois pacientes avaliaram inicialmente sua saúde como boa e posteriormente como excelente, dois passaram de uma descrição regular para boa e um de ruim para regular; quatro pacientes mantiveram sua descrição, sendo que um continuou considerando sua saúde ruim (devido a arteriosclerose) e três continuaram avaliando sua saúde como regular.

Cinco pacientes aumentaram o consumo de alimentos ricos em fibras, sendo que dois pacientes que consumiam pouco passaram a consumir três a seis vezes por semana, um que raramente ingeria passou a consumir diariamente e um que ingeria pouco passou ao consumo diário de alimentos ricos em fibras; quatro pacientes mantiveram o consumo diário de alimentos ricos em fibras – tabela 1.

Sete pacientes mantiveram sua frequência de consumo de alimentos ricos em colesterol, sendo que cinco raramente ingeriam tais alimentos e dois ingeriam no máximo duas vezes por semana; dois pacientes diminuíram, sendo que um deixou de ingerir diariamente para três a quatro vezes por semana e um que ingeria de cinco a seis dias por semana passou a consumir raramente.

Quatro pacientes aumentaram seu nível de satisfação pessoal; três pacientes mantiveram seu nível de satisfação pessoal, sendo que dois permaneceram parcialmente satisfeitos (devido a fatores externos) e um permaneceu completamente satisfeito; dois pacientes diminuíram seu nível de satisfação pessoal – tabela 2, o que se relacionou (provavelmente) ao aumento da percepção interna que os levou a concluir que estavam acomodados e insatisfeitos na vida conjugal.

Seis pacientes mantiveram seu nível de satisfação profissional, sendo que três estavam satisfeitos, dois estavam parcialmente satisfeitos e um manteve-se insatisfeito (os três últimos casos devido a fatores externos); quatro aumentaram seu nível de satisfação pessoal avaliando inicialmente sua satisfação como parcial e posteriormente como completa; e um paciente diminuiu de parcialmente satisfeito para insatisfeito. (Considerando a mesma redução quanto à sua satisfação pessoal).

Seis pacientes diminuíram o nível de estresse, sendo que três pacientes avaliaram seu estresse inicial como alto e, posteriormente como baixo, dois que apresentaram um nível médio avaliaram-no posteriormente como baixo e um paciente com estresse inicial muito alto avaliou-o posteriormente como médio; três mantiveram o nível, sendo que dois avaliaram o nível como médio e um paciente manteve um alto nível de

estresse – tabela 3, (processo de separação conjugal e tratamento para dependência química do filho).

Seis pacientes melhoraram na avaliação de perspectivas de vida, sendo que dois pacientes que inicialmente não apresentavam nenhuma perspectiva passaram a acreditar nelas e, quatro pacientes passaram de não para sim; um paciente diminuiu, passando de sim para mais ou menos (relacionado às condições profissionais e as dificuldades com o namorado violento); dois pacientes mantiveram sua posição acreditando possuírem grandes perspectivas de vida – tabela 4.

TABELA 1 - FREQUÊNCIA COM QUE INGERE ALIMENTOS RICOS EM FIBRA

AVALIAÇÃO	NÚMERO	PERCENTUAL
Igual	04	44,4
Aumentou	05	55,6
TOTAL	09	100,0

Proporções @ $z = 0,004$; $p = 0,997$; NS.

TABELA 2 - NÍVEL DE SATISFAÇÃO PESSOAL

AVALIAÇÃO	NÚMERO	PERCENTUAL
Igual	03	33,3
Aumentou	04	44,5
Diminuiu	02	22,2
TOTAL	09	100,0

Proporções @ $z = 0,946$; $p = 0,344$; NS.

TABELA 3 - NÍVEL DE ESTRESSE ATUAL

AVALIAÇÃO	NÚMERO	PERCENTUAL
Igual	03	33,3
Diminuiu	06	66,7
TOTAL	09	100,0

Proporções @ $z = 0,946$; $p = 0,344$; NS.

TABELA 4 - CONCORDA QUE TEM GRANDES PERSPECTIVAS PARA SUA VIDA

AVALIAÇÃO	NÚMERO	PERCENTUAL
Igual	02	22,2
Aumentou	06	66,7
Diminuiu	01	11,1
TOTAL	09	100,0

Proporções @ $z = 1,888$; $p = 0,059$; NS.

A análise estatística comparando a avaliação inicial com a final demonstrou probabilidades limítrofes $p=0,059$ para ingestão de alimentos ricos em colesterol e perspectivas de vida, sugerindo haver tendência para a melhora, que não pôde ser comprovada pelo pequeno número de casos.

Discussão

Com base no acompanhamento musicoterapêutico, na análise da avaliação de qualidade de vida e, nos depoimentos dos pacientes, concluiu-se que 90% dos pacientes alcançaram os objetivos específicos estabelecidos no projeto de aplicação da proposta de Musicoterapia Receptiva na Clínica Médica e Cardiológica.

Torna-se importante salientar que todos os objetivos estavam interligados. Em primeiro lugar foi necessário desenvolver a percepção interna dos pacientes e resgatar sua auto-estima. Com o desenvolvimento da percepção interna e da auto-estima, foi possível fortalecer a estrutura geral dos pacientes no sentido de equilíbrio e segurança emocional. Este fortalecimento favoreceu a expressão emocional e contribuiu para a elucidação e/ou consciência de conflitos internos. Atingindo tais objetivos os pacientes encontraram-se aptos para analisar de forma crítica e consciente sua qualidade de vida e iniciar mudanças comportamentais necessárias para melhorar esta qualidade.

Todos os pacientes que mantiveram a prática de exercícios físicos melhoraram a qualidade destes exercícios. Os pacientes que não iniciaram exercícios físicos estavam conscientes da importância e necessidade da atividade física, porém não conseguiram organizar-se para iniciá-los. Existe a possibilidade de que o período da intervenção musicoterapêutica (16 sessões) seja muito pequeno para se obter uma alteração comportamental mais significativa.

O fortalecimento da estrutura geral do paciente no sentido de equilíbrio e segurança emocional provavelmente explica a melhora do período de sono, a diminuição do nível de estresse e a melhora das perspectivas de vida de 60% dos pacientes.

A descrição da saúde global dos pacientes baseou-se na percepção dos próprios pacientes, e não ser considerada como uma avaliação clínica.

Quanto às questões nutricionais após as 16 sessões 70% dos pacientes estavam ingerindo alimentos ricos em fibras diariamente. Em relação aos alimentos ricos em colesterol 70% dos pacientes já mantinham inicialmente uma dieta pobre e os pacientes que ingeriam tais alimentos diariamente reduziram significativamente o consumo.

O aumento da satisfação pessoal observada em 40% dos pacientes relaciona-se com a alteração de comportamento global de tais pacientes, com o fortalecimento da estrutura geral dos pacientes no sentido de equilíbrio e segurança emocional e com a elucidação de alguns conflitos internos. A diminuição da satisfação profissional de 1 paciente foi relacionada ao aumento de sua percepção interna e auto-estima. Tal paciente apresentou a mesma postura quanto sua satisfação profissional.

Conclusão

É possível afirmar que a aplicação da Musicoterapia Receptiva junto a Clínica Médica e Cardiológica é viável, contribuindo de forma adequada e eficaz, como uma intervenção terapêutica coadjuvante, no tratamento de comportamento de riscos para a saúde global e especificamente, cardiovasculares, bem como de sintomas associados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAPRA, Fritjof. O Ponto de Mutação. São Paulo: Cultrix, 1998.
2. CORDIOLI, Aristides V. Psicoterapias : abordagens atuais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
3. JOST, Jacques. Equilibre et Sante par la Musicotherapie. Paris: Éditions Albin Michel Medicines Actuelles, 1990
4. JOURDAIN, Robert. Música, Cérebro e Êxtase. Como a música captura nossa Imaginação. Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.
5. JUNG, Carl Gustav. Fundamentos da Psicologia Analítica. Petrópolis: Vozes, 1985.
6. LENFANT, Claude. Task Force on Behavioral Research in Cardiovascular, Lung, and Blood Health and Disease. Circulation. 1998;98:281-286
7. MARLATT, G. Alan. & GORDON, Judith R. Prevenção de Recaída : Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
8. MION, Délcio Jr. & NOBRE, Fernando. Risco cardiovascular Global. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.
9. PEREIRA, Júlio César Rodrigues. Análise de dados qualitativos. Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Edusp, 1999.
10. ROBICHAUD-EKSTRAND, Sylvie. The Influence of Music in Coronary Heart Disease (CHD) Patients Waiting for Hemodynamic Tests. Circulation 1999; 100, 18: 1-737.
11. RUUD, Even. Caminhos da Musicoterapia. São Paulo: Summus, 1990.
12. STRALIOTTO, João. Interpretação Cerebral do Som e da Música. Santa Catarina: Heck Publicações, 1998.
13. TYSON, Phillis & TYSON, Robert. Teorias Psicanalíticas do Desenvolvimento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.