

Musicoterapia e hemofilia: um encontro possível*

“...mas sei, que uma dor assim
pungente, não há de ser inutilmente, a
esperança...”
(Aldir Blanc)

MESSAGI, Jônia. Maria. Dozza.¹

joniamaria@hotmail.com

Instituição: Faculdade de Artes do Paraná

Departamento: Departamento de Musicoterapia

RESUMO: O presente trabalho traz o resultado de uma pesquisa que teve início em 2000, com a oportunidade de atuação na supervisão de estágios de 3º ano do Curso de Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná, em sessões musicoterápicas aos hemofílicos da Associação Paranaense dos Hemofílicos de Curitiba – PR. Após o término do estágio foi dada continuidade ao levantamento de dados junto a um grupo de seis pacientes hemofílicos, com o objetivo de refletir teórica e praticamente a ação terapêutica da Musicoterapia na área médica, e proceder a uma revisão bibliográfica sobre as ações práticas da Musicoterapia no controle do estresse e da dor no hemofílico. A pesquisa de caráter qualitativo, descritivo e exploratório foi feita através de entrevistas semi-estruturadas e na realização de, em média, dez sessões musicoterápicas, com os pacientes. A análise dos dados, através de metodologia específica, possibilitou a constatação objetiva e subjetiva de que os recursos musicoterápicos contribuem para que ocorram modificações fisiológicas e emocionais para o hemofílico, melhorando sua qualidade de vida.

Palavras chaves: hemofilia, musicoterapia, estresse, dor.

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem a finalidade de apresentar os resultados de uma pesquisa em Musicoterapia, feita com pacientes hemofílicos, na modalidade de pesquisa qualitativa com um caráter exploratório experimental. Tem por objetivo descrever e analisar os significados dos fenômenos rítmicos, sonoro, musicais e verbais num contexto musicoterápico. Os atendimentos foram realizados no ano de 2001 na Associação Paranaense dos Hemofílicos,² tendo como orientadora inicial a musicoterapeuta e

* A organização dos dados para a composição deste artigo teve a orientação dos doutorandos Prof. Setela Maris Ioris e Prof. Carlos Mosquera, Professores da Faculdade de Artes do Paraná.

¹ Musicoterapeuta e Mestre em Educação, professora da Faculdade de Artes do Paraná (FAP).

² Histórico da Associação Paranaense dos Hemofílicos: “A Associação Paranaense dos hemofílicos é uma entidade filantrópica particular, (...) que oferece hospedagem aos portadores de hemofilia do interior do

pesquisadora Dr^a. Mt. Cheryl Marantto da Temple University - USA. A proposta era a de refletir teórica e praticamente, a ação terapêutica da Musicoterapia na área médica, sem interferir em nenhum momento com o tratamento médico recomendado. Buscou-se ainda, analisar as possibilidades de inserção da Musicoterapia no tratamento dos hemofílicos, contribuindo para o controle do estresse, da dor, e dos estados físico-emocionais, através de técnicas musicoterápicas.

A escolha dos itens privilegiados para a análise deste trabalho, decorreu, dos resultados de entrevistas semi-abertas, realizadas no ano de 2000, com pacientes e com toda a equipe multiprofissional, por ocasião da abertura de estágio supervisionado para alunos do 3º ano de Musicoterapia, sendo esta pesquisadora, a supervisora.

È importante salientar, que essa pesquisa passou pela aprovação da instituição e que cada participante assinou um termo de compromisso livre e esclarecido.

SOBRE A DOENÇA

Pelo fato de se estar lidando com o doente hemofílico, é relevante refletir sobre a doença, pois essa, além de ter um significado biológico, tem também significado cultural, social e histórico.

Alguns estudiosos trouxeram significativas interpretações sobre o tema como, por exemplo, Sontag (1984), que percorreu sobre a doença, trazendo suas diferentes concepções ao longo da história, além de refleti-la na dimensão metafórica. Para Nascimento (2005, p. 29-30), o tema doença: “Possibilita o conhecimento sobre estruturas e mudanças sociais, (...) processos de construção de identidades individuais, constituição de campos de saber e disciplinas”. Segundo Helmann (1994, p.104) a definição de doença, “não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o *significado* que o indivíduo confere a mesma”. Para Angerami (2002, p.11) “(...) a doença é antes de tudo uma anomalia de desequilíbrio entre o físico e o emocional e suas intercorrências com a realidade social do paciente”.

È importante entender então, que a doença não se resume ao sintoma biológico, pois afeta o homem na sua totalidade, interferindo em sua relação com a vida, nos aspectos sociais, afetivos, culturais e de trabalho. Lewis (1930, in Angerami, 2001, p. 70), ao

Estado do Paraná e Santa Catarina, além de tratamentos nas áreas de hemoterapia, fisioterapia, ortopedia, odontologia, psicologia e Serviço Social”.

discorrer sobre doença diz: “A convivência constante do risco eminente de adoecer, de entrar em ‘crise’, torna os pacientes crônicos mais vulneráveis a transtornos emocionais. Toda doença representa, pois, um ataque ao seu corpo e a sua personalidade”. A hemofilia é uma dessas doenças que altera e interfere no viver cotidiano dos indivíduos, como será visto a seguir.

SOBRE A HEMOFILIA

A hemofilia é uma doença genético-hereditária que se caracteriza por um distúrbio no sangue. O sangue possui vários e diferentes componentes, cada um com uma função especial, sendo uma delas a de controlar hemorragias que seriam os fatores de coagulação³. Na hemofilia, um fator de coagulação não existe ou tem pequenas quantidades levando a pessoa a ter crises hemorrágicas, que podem ser traumáticas (por ferimentos) ou espontâneas (que acomete os músculos e as articulações). Predomina no sexo masculino, em que a mulher é portadora de um cromossomo x afetado. Existem dois tipos de hemofilia: a hemofilia “A” que também é conhecida como clássica, e atinge 85% dos pacientes, e se caracteriza pela falta do fator VIII; e a hemofilia “B”, conhecida como fator Christmas que atinge 15% dos pacientes caracterizando-se pela falta do fator sanguíneo IX. Tanto uma quanto a outra aparecem em graus leve, moderado e grave⁴.

A forma grave da hemofilia caracteriza-se por hemorragias espontâneas ou causadas por pequenos traumatismos da vida diária freqüentes nas articulações, músculos e órgãos internos. A hemofilia grave é portanto uma doença dolorosa, incapacitante e deformante. A hemofilia moderada caracteriza-se por sangramentos após pequenos traumas, com alguns episódios de hemorragias espontâneas e com menos intercorrências. Já na hemofilia leve os sangramentos nunca ocorrem é preciso um traumatismo intenso, cirurgia, biópsia, etc. (CAIO et. al. 2001, p.597).

As constantes crises hemorrágicas podem levar a diversos graus de incapacidade física. Sua freqüência e extensão variam de acordo com a pessoa podendo, fatores emocionais, tais como a tensão e a ansiedade, desencadear o processo hemorrágico. Para controlar as crises é necessário um tratamento efetuado com a reposição dos fatores VIII ou IX, além de outros tratamentos, como o fisioterápico. Caio et al, citam em seu artigo:

³Ver manual do Programa Centeon de Orientação e apoio em Hemofilia.

⁴Ver <http://site.uol.com.br/chesp/oque.htm> consultado em 03/12/99

(...) o indivíduo com hemofilia pode necessitar, a qualquer momento, de uma reposição urgente do fator de coagulação, terapêutica de alto custo operacional e geralmente disponível em poucos centros especializados. Esse fato cria uma situação psicossocial peculiar para o portador da hemofilia: a de um indivíduo que vive sob a constante ameaça de um sangramento inesperado e na eterna dependência, em termos de distância geográfica e disponibilidade, e um centro especializado de tratamento (op. cit, p. 597)

Diante do exposto, entende-se que o portador de hemofilia, é um sujeito que está propenso a um alto grau de estresse, uma vez que esta, como doença crônica que é, torna-se um fator estressor, pois leva o indivíduo a conviver com o espectro da incerteza, a ter suas perspectivas de vida fragilizadas e sem possibilidade de projetar-se para o futuro. Um dos seus medos constantes é a progressão da doença e até mesmo a morte. O depoimento de um paciente confirma essa afirmação, quando ele diz que ao dormir, tem medo de acordar no dia seguinte com hemorragias que possam afetar suas articulações e musculaturas, além de em órgãos vitais e, *não acordar no dia seguinte (sic)*. No entanto, esse é um comportamento velado, pois nem todos os pacientes exteriorizam claramente esse receio. Com relação às crises hemorrágicas e estresse, Angerami,(2002, p. 43), diz: “muito embora a gravidade da hemofilia seja classificada baseada no nível de fator circulante no sangue, é sabido que em fases de estresse, ansiedade ou angústia, o hemofílico está muito mais sujeito a sangramentos”.

SOBRE A DOR

Além dos fatos acima relatados, a dor é um fator recorrente no hemofílico e pelo caráter subjetivo que ela possui, carrega sentidos diferenciados. Por isso, é difícil avaliar a sua extensão. No entanto, é necessário compreendê-la e defini-la, pois só assim poder-se-á entender o universo do sujeito, objeto deste estudo.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor ela é entendida como “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões” (In Angerami, 2001, p.94).

Pode-se depreender então, que a dor é considerada uma experiência pessoal e subjetiva, influenciada por variáveis afetivo-emocionais. Sobre esse aspecto, Sofaer (1994, p. 31), comenta: “Cada experiência dolorosa do indivíduo é influenciada por sua própria história pessoal, pela compreensão que ele tem da dor e por seu estado mental. Pessoas com condições idênticas ou similares irão se comportar de modo diferente por causa da

variação na personalidade e experiência”. Mas, independente das peculiaridades da relação que o sujeito estabelece com a dor, ela pode imobilizá-lo em vários aspectos, tornando a pessoa impotente, tendendo a levá-la ao isolamento, muitas vezes, a agir violentamente ou de forma não aceitável socialmente. Enfim, por tudo isso a dor pode ser considerada como um fator limitador e gerador de estresses físicos e emocionais.

Diante do exposto, buscou-se nessa pesquisa, entender nas sessões musicoterápicas, por meio das expressões verbais e sonoro-musicais do paciente hemofílico, o significado, a compreensão e a apropriação que ele tem de si, de sua doença, e do estar doente para, a partir daí, propiciar mudanças na qualidade de vida, reduzindo o estresse e minimizando a dor, seja ela nos seus aspectos físicos ou emocionais.

METODOLOGIA

No ano de 2000 iniciou-se o trabalho de coleta de dados com a realização de entrevista qualitativa (semi-estruturada). Nesse convívio inicial com o paciente foram levantados dados, os quais permitiram entender-se o cotidiano do hemofílico e algumas características da doença. A partir disso, foi possível encontrar duas grandes temáticas de análise: a dor, e os estados físico-emocionais. Para essas, foram construídas duas fichas⁵ de registro, cujos dados eram anotados no início e fim de cada sessão, pelo paciente. As fichas foram previamente conhecidas por eles para o posterior preenchimento. Os dados das duas fichas foram levantados em sessões individuais semanais, com aproximadamente uma hora de duração, com seis pacientes, (1; 2; 3; 4; 5; 6), em que em média, cada um participou de 10 sessões musicoterápicas, registradas em fita K7. Ao final de cada atendimento, foram feitos registros escritos de fatos relevantes quanto às expressões corporais, manifestações rítmicas, sonoro-musicais e verbais dos pacientes. Como também, as transcrições literais das gravações para análise.

Para a consecução do trabalho, foi estabelecido que os pacientes, objeto de estudo da pesquisa, deveriam ter no mínimo 20 anos e que tivessem permanência na instituição por pelo menos dois meses, o que permitiria um processo de no mínimo sete encontros.

⁵ Ficha I - verificação da “dor”, com uma escala crescente de 1 a 10 para o registro da sensação de dor no momento; Ficha II – “dos estados físico-emocionais”, procurou-se elencar os sentimentos revelados na entrevista realizada no ano anterior, organizados em duas colunas: ansioso\calmo; triste\feliz; relaxado\tenso; irritado\tranquilo; indiferente\interessado; cansado\bem disposto. Nessa ficha também com escala de 1 a 10 o paciente assinalava em ordem crescente os sentimentos do momento;

Procedimentos: a) no início do atendimento de cada paciente, foram realizados protocolos musicoterápicos: ficha musicoterápica e testificação musical. b) durante o processo de pesquisa, a sala para os atendimentos era previamente preparada, com os instrumentos de percussão, perfilados em uma escala decrescente de timbres e intensidade sonora, do mais grave ao mais agudo, do mais forte ao mais fraco. Esta preparação tinha como objetivo, permitir ao paciente o acesso aos instrumentos, como uma possibilidade de expressão dos seus estados (conforme fichas de registro I e II). Nesse trabalho, foram utilizados, violão, uma pasta contendo um repertório de canções de estilos variados, e CDs, com músicas para o momento do relaxamento. c) estabeleceu-se uma estrutura de sessão: onde em um primeiro momento o terapeuta acolhia verbalmente o paciente, em seguida o paciente verbalizava, contando fatos relevantes vividos na última semana, além de o mesmo falar sobre seu estado físico-emocional e dor que estaria sentindo naquele momento da sessão. Após esse momento verbalizado, o paciente fazia preenchimento das fichas de registro I e II; no segundo momento: de musicoterapia ativa/interativa⁶, pretendia-se que o paciente expressasse seu estado físico-emocional e a intensidade da dor que tivesse surgido no momento da verbalização, por meio dos instrumentos de sua escolha e/ou canções escolhidas na pasta, além de improvisações e composições; um terceiro momento de musicoterapia receptiva⁷. Neste momento, o paciente era levado a relaxar, por meio de técnicas de relaxamento muscular progressivo, escutando músicas preparadas previamente para a desfocalização da dor e da ansiedade, entre outros sentimentos. Esse momento, algumas vezes esteve associado a atividades de visualização. Quanto ao repertório foram analisadas músicas, que induzissem a esse estado.

Após isso, acontecia um quarto momento, verbal, para encerramento, com reflexão sobre as experiências vividas naquela sessão. Fazia-se uma leitura qualitativa dos conteúdos transcritos das fitas K7, das anotações de cada atendimento e da leitura musicoterápica⁸ das ações musicais que aconteciam nas sessões.

⁶ BARCELLOS (1992, p. 7) “Musicoterapia ativa interpessoal ou Musicoterapia inter-ativa, onde há uma inter-ação musicoterapeuta –paciente”. Este momento ativo caracterizava-se com o paciente escolhendo o instrumento e demonstrando sua dor e ou sentimento; o momento interativo, inclui a musicoterapeuta pesquisadora, interagindo sonoro-musicalmente com o paciente sempre que sentia necessidade.

⁷ BRUSCIA (2000, p. 129), chama de experiências receptivas, “aquela onde o cliente ouve musica e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade”.

⁸ BARCELLOS (2004) Baseada na autora, por leitura musicoterápica entende-se a significação das produções musicais surgidas em cada atendimento..

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para maior compreensão do processo e melhor aproveitamento dos dados dividiu-se esse item em dois sub-itens: o primeiro agrupa a dor e o estado físico emocional, devido ao fato, de que esses dois elementos, apareceram intimamente ligados pela sua própria natureza e o segundo que trata da produção rítmico sonoro–musical, decorrente de todo processo.

QUANTO A DOR E ESTADO FÍSICO-EMOCIONAL

Como o material colhido na pesquisa foi extenso, selecionou-se para este artigo, um recorte dos fatos mais significativos e reveladores do sujeito em questão.

Paciente 1 – verbalmente disse estar bem e não estar com dor, em nenhuma das 12 sessões, mas se queixava de cansaço, preocupação, ansiedade e embora não tivesse marcado dor na ficha de registro I, disse apresentar um pouco de dor no ombro, na sessão 3; nas sessões 6, 8, 9 e 11 ele discorre sobre a dor do hemofílico. São suas palavras: *A dor começa a caminhar meio imperceptível. No começo nem parece ser uma dor, chega a ser mais um desconforto do que uma dor, como se deixasse um pouco(...)* Aí ele pára, fica reticente como se procurasse o termo correto, pensa e diz: *desanimado*. E continua: *(...) em certo momento chega a dar irritação, que não é uma dor, mas dá essa irritação, pois está sempre ali e, dependendo da situação, chega a doer muito*. Sobre a doença, em uma sessão ele fala das dificuldades sociais e emocionais que o hemofílico enfrenta e do preconceito e da pouca informação que as pessoas têm a respeito da doença. Fala também da reclusão dos hemofílicos e da depressão a que estão sujeitos.

O paciente diz que os hemofílicos devem buscar sua independência e não ficar dependente dos pais. Em outra sessão, diz que os hemofílicos desistem facilmente, entregam-se às dores, aos preconceitos as dificuldades. Fala da importância da família ajudar o hemofílico e que algumas famílias de hemofílicos que estão na Instituição, tem uma visão muito atrasada, a respeito disso, não incentivam os filhos a estudar porque dizem que não adianta nada: *para que estudo se eles não podem trabalhar, eles têm que ficar em casa*.

Paciente 2 – das 10 sessões efetuadas apresentou dor em quatro; disse estar bem em nove sessões, mas nas sessões 1, 2, 4, 5, 6 e 9 disse estar ansioso, tenso e aborrecido e mesmo não tendo registrado estar com dor, em algumas sessões falou sobre ela. São suas

palavras: *A dor deixa tenso, ansioso, preocupado. Diz o paciente: (...) devagarinho ela vai subindo, vai latejando e chega no grau máximo. Em outra sessão, ele conta que está aposentado, mas quando trabalhava, sentia angústia e medo, de ter dor e crise hemorrágica à noite e não poder ir trabalhar no dia seguinte, diz que isso era muito ruim, ter um compromisso e o medo de não poder cumprir.*

Paciente 3 – No processo de atendimento relatou estar com dor em nove das 14 sessões, embora afirmasse estar bem em todas elas, mas, dizia também estar tenso, ansioso, cansado, desanimado, triste irritado, em todas elas. Em uma das sessões ele fala sobre a dor e diz: *(...) como é bom não sentir dor, e comenta que a dor é física, mas muitas vezes tem algo de emocional na dor, e que a pessoa busca isso, para justificar alguma coisa. O paciente continua: a dor foi uma coisa que me acompanhou durante a minha vida toda, desde bebê praticamente e eu passei a conviver com ela, ela passou a fazer parte da minha vida.*

O paciente fala também sobre a doença e o que ela acarreta na vida dele. Diz ele: *hoje se eu for analisar, eu sonhei muito na minha vida, eu sonhei em ser uma pessoa normal, sonhei em trabalhar como segurança, sonhei em ser algo que era um pouco distante da minha realidade, só que hoje devido às coisas que aconteceram comigo, eu caí um pouco na real e sei que tenho limitações, sei que não posso fazer uma viagem longa, sem levar o fator comigo. Eu sei que tenho limitações e tenho que me conformar com ela e até conviver com ela. Por exemplo, algumas atividades como jogar vôlei, jogar futebol, não tem como, sair, correr, hoje eu já consigo entender que não tem como, eu não consigo fazer, mas antes não, eu achava que era uma pessoa normal. Percebe-se nesse relato extremamente significativo, o que vem sendo colocado neste trabalho, a respeito de o quanto a doença pode ser limitadora e das dificuldades de projeção para um futuro que acarreta.*

Paciente 4 – apesar de, em média, os pacientes desta pesquisa terem feito dez sessões, este sujeito, pelo fato de morar em Curitiba, participou de 22. De todas as sessões vivenciadas, apresentou dor em cinco sessões. Em todas as sessões disse estar, tenso, cansado, ansioso, irritado, nervoso, decepcionado, preocupado. Nas sessões 8, 11, 13, 20, 21 e 22, mesmo afirmando estar bem, ele fala da dor e diz que ela o torna ansioso. Comenta que as dores são intensas, chega até a desmaiar. São suas palavras: *(...) fico andando pela sala feito louco(...) fico andando, pensando o que vou fazer para passar a dor. Descreve também como ele sente que é a hemorragia e diz que a sensação é de um*

inchaço muito grande: (...) *é como se o sangue fosse abrindo espaço entre as articulações, para ocupar. Continua o paciente: (...) o próprio sangramento vem por questões psicológicas, se ficar nervoso, no outro dia com certeza, o cotovelo ou outra parte do corpo vai amanhecer inchada. Diz ainda que a dor o deixa cansado e triste.*

Fala que o trabalho gera nele desânimo, dizendo: *não consigo dormir direito, trabalhar não consigo direito...* Ele diz que dá vontade de *ir no boteco e tomar uns martelinhos*. Em uma determinada sessão o paciente conta que tinha um aniversário para ir, mas machucou o pé e que ao invés de aproveitar o aniversário como todo mundo, ele não conseguiu pois tinha dor. Fala que isso é comum, ao invés de estar em casa no fim de semana tranqüilamente, tem que pegar ônibus e ir para o hospital para fazer a reposição do fator. Comenta que essa situação, gera nele cansaço, desânimo e tristeza, porque ele poderia estar fazendo algo melhor e está com dor e tem que ir para o hospital. Complementa num tom de lamento: (...) *puxa é chato ser hemofílico, mas daí eu penso que tem gente pior*. O paciente reflete sobre o sentimento e a sensação de cansaço que sempre traz nas sessões e diz que o mesmo é por causa da rotina: do trabalho, de ter que ir ao HEMEPAR⁹ fazer aplicação do fator, de não poder tomar cerveja e diz que isso o deixa triste

Paciente 5 – é importante salientar que este paciente é hemofílico, mas não estava na Associação para tratamento, e sim, para acompanhar o irmão (hemofílico) que iria fazer uma cirurgia. Ele foi encaminhado a Musicoterapia pela Assistente Social, por achar que estava bastante estressado por cuidar do irmão e que a Musicoterapia faria bem a ele. Das oito sessões efetuadas, em todas disse estar sem dor e estar bem. Nas sessões 1, 2, 3 e 4, apesar de dizer que estava bem, disse estar tenso, apreensivo e ansioso. Não fala da dor, mas fala da condição de ser hemofílico e de sua infância. São suas palavras: (...) *brincava, mas meio sozinho assim, eu não ia jogar com uma turminha, que nem ele (o irmão que está para se operar), jogava bola com os outros, os outros machucavam ele, eu não, eu tinha bola, mas só podia jogar em casa, sozinho. (...) brincava mais sozinho*. Sobre ir a festas e se divertir, o paciente fala que em festas e bailes ele não ia, porque era de noite e o pai não era muito favorável porque podia dar briga e podiam se machucar e como eles são hemofílicos, (ele e os irmãos) podia ser perigoso. O paciente continua: (...) *gosto mais de*

⁹Hemepar: Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Paraná, onde os hemofílicos fazem a reposição do fator coagulante.

festinha particular, com amigos, que é mais seguro e mais gostoso, quando é assim é mais tranquilo.

Paciente 6 - das sete sessões efetuadas, não relatou dor em nenhuma delas e disse estar bem em todas, mas apesar disso, nas sessões 1, 2 e 3 disse estar ansioso e tenso. O paciente fala sobre a dor e o sentimento que ela causa, principalmente, o medo de não poder cumprir compromissos assumidos: (...) *medo eu sinto, medo eu sempre sinto, não por causa da dor, quando às vezes eu tenho um compromisso, serviço, a gente tem que trabalhar no dia seguinte e a noite a gente sente dor, machuca, aquilo dá uma angústia terrível, já aconteceu comigo, várias vezes, está registrado em firma, tem que trabalhar, tem aquele compromisso, você depende daquilo, a gente machuca. Aí a depressão, a angústia mais por causa do serviço do que propriamente da dor, comigo acontece isso, aí é terrível, daí da aquela insegurança.*

Comenta ainda, que a doença afeta o estado emocional e diz como os hemofílicos lidam com ela: *eu acho que pelo que eu conheço, olha! eu não digo tudo, mas a maioria deles sofre esse mesmo problema ,é psicológico. Diz também que: a angústia é um dos fatores mais terríveis no nosso problema é isso aí, a angústia e a depressão né, porque eu mesmo, quando machuco, rapidamente eu entro em depressão, aquela angústia”. E continua: aquela angústia né, as vezes a gente está bem, bem mesmo, super bem, sentiu que machucou de uma hora pra outra parece que desaba o mundo... perde tudo, a gente sabe que vai ter que ficar um tempo parado né, que já não vai dar para fazer aquela ocupação que a gente vinha fazendo, então a gente já pensa, então é de uma hora pra outra a gente desmorona para falar a verdade.*

O paciente comenta ainda que a doença afeta os relacionamentos afetivos: *Afeta sim, e eu acho que a maioria dos hemofílicos pensa: puxa vida eu vou assumir um compromisso, uma família, do jeito que eu sou, não tem assim uma firmeza no serviço, eu não vou ter condição para sustentar uma família, eu acho que a maioria pensa assim, e às vezes, não é verdade não”. Ele relata também sobre o que as pessoas pensam da doença: no meu tempo quem não entendia direito via a gente como uma pessoa inválida, doente, uma doença, hoje já não, pelo que eu vejo já é tratada de uma maneira diferente, (...).*

Discussão: Ficou evidente nas várias sessões e em diferentes aspectos, que há uma visível contradição entre não ter dor e estar mal, ou ter dor estar bem, ou ainda estar bem, mas estar ansioso, tenso, cansado, entre outros. Em algumas sessões aparecia a queixa da dor física, presente em alguma parte do corpo, em outras, ela era relatada, ou seja, o

paciente chegava na sessão e discorria sobre a dor na sua vida. A respeito disso Sofaer (1994, p. 27), diz: “as manifestações físicas de dor, podem não estar presentes”. Isso evidencia que a dor, fator recorrente no hemofílico, pelo caráter subjetivo que possui, carrega sentidos diferenciados, podendo ser influenciados por variáveis emocionais. Por isso, é difícil avaliar a sua extensão. As vezes, ela, a dor, se “vestia” de sentimentos tais como: cansaço, ansiedade, desânimo, como observou-se em vários relatos dos pacientes. Constatou-se que esses sentimentos, fazem parte dos pacientes que convivem com dor crônica. Percebeu-se que ela imobiliza, torna a pessoa impotente, podendo ser considerada, como um fator gerador de estresse físico e emocional.

Sobre estresse, Markham (1989) e Moraes (1999), trazem que os sintomas são ansiedade, angústia, irritabilidade, insônia, fraqueza, sensação de isolamento cansaços constantes, entre outros. Ao analisar os relatos acima expostos, vê-se que muitos desses sentimentos são uma constante na vida dos hemofílicos tratados nessa pesquisa. Angerami (2001, p. 52) diz: “...a ansiedade é o sinal do perigo da mente, um sinal que se manifesta em presença de um problema. Como sinal, a ansiedade é análoga a dor, e tão importante quanto esta”.

Como já foi considerado e constatado nos relatos dos hemofílicos, a doença não se resume ao sintoma biológico, pois afeta o homem na sua totalidade, interferindo em sua relação com a vida nos aspectos sociais, afetivos, culturais e de trabalho, alterando o seu cotidiano.

Esse fato fica evidente no relato do paciente 6, quando ele delata o medo que a dor/doença causa, e a ameaça de não poder cumprir seus compromissos, principalmente de trabalho. Ainda sob esse aspecto, o paciente 2, embora aposentado, fala da angústia e do medo de ter crises hemorrágicas à noite, e no dia seguinte não poder trabalhar. Angerami (2001, p. 104) diz: “O paciente sofre por ter medo de ficar com seqüelas, incapacitado, de ter perdas materiais e sociais e principalmente da morte. Estes são alguns, dentre muitos fatores apresentados pelo doente. Mas, independente de seu quadro orgânico e das questões psicológicas, ele sofre existencialmente”. Outro fato constatado é que os próprios pacientes têm consciência de quanto às questões emocionais, alteram, ou interferem, no processo dor/hemorragia, como é o caso do relato dos pacientes 4 e 6. A esse respeito, Angerami (1996, p. 43) coloca: “muito embora a gravidade da hemofilia seja classificada, baseada no nível de fator circulante no sangue, é sabido que em fases de estresse, ansiedade ou angústia, o hemofílico está muito mais sujeito a sangramentos”.

Outra característica dos pacientes atendidos, era a grande necessidade de verbalização, que eles tinham. Traziam muitas histórias de sua vida, e era importante que se desse espaço para que isso acontecesse, pois essa era uma forma de os mesmos, no ato de falar, pudessem organizar e apossar-se de seus sentimentos. Sofaer (1994, p. 40), fala sobre a importância de se dar suporte psicológico ao paciente com dor e diz a autora que é importante: "desenvolver uma relação com o paciente e que dê a ele uma oportunidade de discutir seus sentimentos". Ainda sobre esse assunto, a autora diz:

Quando se permite que um paciente se expresse, ele pode mostrar emoções fortes associadas a experiências atuais ou pregressas, e também associadas a uma sensação de falta de habilidade em construir um caminho para melhorar sua qualidade de vida, de viver (p.129-30).

Angerami (2001, p. 97) também discorre sobre a importância de se permitir que o paciente fale sobre sua dor, pois: "... à medida que ele fala sobre a dor, passa a ter maior experiência e maior compreensão sobre a mesma. Com isso, poderá sair da posição passiva da vivência e assumir uma postura de 'crer-se' na experiência e não mais de 'a-dor-é-ser'". Dessa colocação do autor, sobre a dor, pode-se fazer uma transposição para o conceito de doença, uma vez que muitas vezes, o "ser doente" é tão presente para o paciente que ele "é a doença". Por isso, buscou-se no espaço das sessões, propiciar que o paciente falasse e representasse sua condição de ser doente, ou ter uma doença, e de ter dor, seja ela sentida, ou relatada, como forma de apropriação da mesma.

Outro fato importante foi o relato emocionado do paciente 3, sobre a sensação de impotência e os limites que a doença causa na vida dele, além de refletir que a dor é física, mas também emocional. Nesse aspecto, Sofaer (1994, p. 126) reflete "(...) a 'dor física' não é uma entidade removida do sofrimento psicológico, embora as pessoas a expressem e lidem com ela de diversas formas".

Enfim, após todos esses relatos significativos dos pacientes, fica claro que tanto a doença, como a dor, decorrente desta, assumem proporções que vão além dos aspectos físicos, não podendo ficar dissociada dos aspectos psicológicos e sociais.

QUANTO A PRODUÇÃO MUSICAL

Quanto às manifestações rítmicas, sonoro-musicais e verbais, procurou-se levar os pacientes, a cada sessão, a exteriorizarem e representarem seus sentimentos e dores, por meio de canções e do uso dos instrumentos de percussão, dispostos na sala, como já

explicitado nesse trabalho. Em algumas sessões, foi possível trabalhar também, com improvisação e composição musical. Percebeu-se desde o início do convívio com os pacientes, muitas vezes, a dificuldade para identificarem claramente, tanto os seus sentimentos, quanto o estado da dor. Para tanto, todas estas manifestações exteriorizadas eram gravadas e em seguida ouvidas, para que os mesmos, pudessem refletir sobre a característica das suas produções, fazendo uma correlação com o sentimento/dor, trazido por ele na sessão.

Descreve-se a seguir, as manifestações rítmico-sonoro musicais e verbais dos pacientes em algumas sessões.

Paciente 1 – Normalmente expressava-se muito, mas verbalmente, com um discurso prolixo, às vezes não muito claro e entrecortado, relutava em ir aos instrumentos. Das 12 sessões, em seis não tocou nenhum instrumento e nas demais tocou a caixa de ferramentas¹⁰, o atabaque, o reco-reco, o pandeiro, e o caxixi. Fez uso de hinos religiosos em 7 sessões, praticamente não deixou entrar músicas de gênero popular.

Em uma sessão, o paciente faz com o instrumento como é a caminhada da sua dor. Ele então pegou o atabaque e começou a percutir com suavidade, com intervalos entre um toque e outro. Aos poucos os sons ficaram mais próximos, mais intensos, depois diminuiu a intensidade, voltou a ficar mais forte e parou. Voltou-se a fita para ele ouvir, ao que ele diz: *É, é assim mesmo*. Ele diz que ela, a dor começa a caminhar meio imperceptível: *no começo nem parece ser uma dor, chega a ser mais um desconforto do que uma dor, como se deixasse um pouco... desanimado*. Pergunto como fica o sentimento dele com crises de dor. Ele pega o reco-reco, toca um pouco, larga e pega o pandeiro. Toca com intensidade média, sem uma estrutura definida, percutindo livremente, ininterruptamente, sem pausa. Toca por alguns segundos e para. Ao colocar-se a fita para ele ouvir diz: *(...) foi ruim ouvir (...)*. Diz que não sabe que palavra usar para definir, mas que *(...) foi algo como um incômodo total*.

Quanto ao momento do relaxamento, este paciente comentava na maioria das sessões, que se sentia bem. Normalmente ele não relatava associações. Às vezes, dizia sentir-se na praia e às vezes na mata.

Pacientes 2 - a característica desse paciente era o fato de ter medo de tocar os instrumentos, agitar-se e ficar com dor. O interessante é que para representar sua dor ou

¹⁰Caixa de Ferramentas é uma caixa de madeira com recortes sobre o tampo, o que possibilita sonoridades diferentes.

seu sentimento, na maioria das vezes, pegava instrumentos de porte médio como pandeiro, caixa de ferramentas e algumas vezes o atabaque, o pau de chuva, o chocalho e o afoxê. Com relação às canções ele sempre dizia que não sabia cantar, mas sempre cantava comigo, normalmente deixava a escolha por minha conta, mas pela entrevista inicial, eu sabia do gosto por músicas sertanejas, sambas e marchas de carnaval. É sua fala: (...) *um sambinha eu gosto, da música popular, eu gosto, música sertaneja, eu também gosto, mas é pra eu ficar igual do jeito que eu to aqui, sentado sem mexer.* Em uma sessão, disse estar bem, mas com dor na virilha, fato esse que o deixa nervoso. Solicitado para escolher um instrumento para representar o estado do momento, ele escolheu o pandeiro e percute em ritmo de samba. Quando ouve, ele diz: (...) *é, não estou muito nervoso, estou bem calmo, até.* Em outra sessão diz estar com dor. Pega o atabaque e percute ininterruptamente, com forte intensidade, o som é martelado. Quando pergunto se a dor do momento é assim, ele diz: (...) *fica pior ainda.* Peço para mostrar a caminhada da dor. Ele então continua com o atabaque e percute pausadamente, aos poucos intensifica, o som fica quase como se fosse o batimento do coração quando acelerado. Ele diz: (...) *devagarinho ela vai subindo, vai latejando e chega ao grau máximo.* Ao ser perguntado como seria uma dor suportável, ele escolhe o pau de chuva, manuseia-o suavemente e diz: (...) *essa é uma dor que dá perfeitamente pra agüentar.* Sobre o relaxamento ele, em todas as sessões dizia que tinha sido bom, que tinha estado em um lugar tranquilo, normalmente com água e mato, elementos da natureza.

. Paciente 3 - Esse paciente tem uma relação com a música, diferente dos demais. Toca violão de ouvido (sem conhecimento formal de música) e vem de uma família em que muitos parentes tocam um instrumento. Por isso, com ele particularmente, as sessões assumiram um caráter musical mais intenso. O paciente tocou violão em todas as sessões, improvisou, cantou canções da MPB, de gêneros variados, mas com a predominância para hinos religiosos. Com relação aos instrumentos rítmicos usava-os com propriedade, sendo porta-voz de seus sentimentos. Em uma sessão, o paciente escolhe o atabaque para representar a ansiedade, percute com forte intensidade sonora com as duas mãos alternadas. Depois disso, como toca violão, foi solicitado que ele passasse também para o violão esse sentimento. Ele então toca em ritmo de balada, suavemente na tonalidade de DoM e sua relativa menor (Am), tocou por pouco tempo, parou e depois continuou tocando e falando porquê estava ansioso. Em seguida foi novamente ao atabaque para representar o sentimento que trouxe quando verbalizou as suas angústias, como se

estivesse exorcizando aquele sentimento. Tocou marteladamente, pausadamente e depois intensificou o som alternando as mãos, com forte intensidade e disse: (...) *quero estar calmo, tranqüilo, despreocupado*. Foi solicitado então que ele escolhesse um instrumento que representasse o sentimento que ele queria ter. Ele então, escolhe o pau de chuva, fecha os olhos e movimenta lentamente o instrumento, de um lado para o outro e diz: (...) *eu fecho os olhos e vejo uma cachoeira com água, calma (...)*. Fala com um leve sorriso nos lábios. Ao retornar ao violão, ele improvisa mantendo a harmonia anterior dedilhando as cordas com mais vivacidade em um andamento *allegro*, enquanto toca vai cantando o que ele gostaria de ter, a música fica assim: (...) *eu quero ter paz, eu quero amor, quero sabedoria, para viver e dizer eu sou livre, livre para amar, livre para voar, livre para ser, eu quero viver, eu quero viver, sem pensar no amanhã, sem chorar (...)* eu quero alegria, eu quero sorrir eu quero dizer, (...) *eu quero viver eu quero a cura espiritual e também material, pra minha dor expulsar*.

Esse paciente fala muito sobre a importância da música na vida dele e conta como ele apossa-se dela para trabalhar os seus sentimentos. Ele diz: *um dia desses estava triste e tentei ouvir uma música bem agitada, alegre, eu não consegui sentir paz, e daí eu fui procurando alguma coisa que fosse adequada, e daí algo intermediário e daí foi indo... foi indo ... quando vi, voltei para aquela música inicial aí consegui escutar de novo. Diz ainda: o importante é achar a música certinha para o momento que eu estou vivendo*.

Ele não sentiu necessidade de representar a dor, mas muito mais os sentimentos, que eram intensos, com relação à doença, as suas incertezas no seu relacionamento afetivo, quanto ao seu trabalho, quanto ao seu futuro.

Sobre o relaxamento, ele relata que uma noite estava com dificuldade para dormir e então, começou a lembrar da técnica de relaxamento que fazia nas sessões e pediu para a esposa fazer junto. Ele deixou uma fita com músicas suaves tocando para ouvir e diz que dormiu. Comentava também, que no momento do relaxamento, normalmente a dor passava.

Paciente 4 – Este paciente também tocava violão, não com tanta propriedade como o anterior, mas elegeu o violão como o instrumento de maior uso nas sessões. Com relação aos instrumentos rítmicos tocava-os com propriedade, como o chocalho, o pau-de-chuva, o reco-reco, o pandeiro, o afoxé, a caixa de ferramentas e o atabaque. O repertório de canções variava entre MPB e hinos religiosos, com a predominância destes. Ele também improvisava com o violão e chegou a compor uma música em uma das sessões, quando se

trabalhou o sentimento de medo diante de uma extração de dente, fato esse extremamente estressante para o hemofílico, pelo risco de hemorragias. Em uma sessão trouxe o sentimento de tristeza. Para representá-lo, pegou o violão e improvisou com acordes menores de forma harpejada, em andamento moderado. Percebia-se em sua fisionomia uma característica nostálgica. Aos poucos ele foi mudando: tocou com mais vigor alterando a intensidade e o andamento se aproximando a uma batida de *rock*. Permanece um pouco nessa produção e volta ao andamento dos arpejos, mas agora, com um pouco mais de intensidade, mais vigoroso, mais alegre. Esse paciente fez várias dramatizações com os instrumentos de percussão representando situações vividas. Na 5ª sessão o paciente representou a dor. Pegou o pandeiro e tocou-o. Percutiu ininterruptamente e intensamente, parou e continuou percutindo mais forte, dizendo como a dor podia ficar pior. Este paciente valeu-se muito do atabaque para representar os sentimentos de ansiedade, tensão e preocupação, sentimentos esses, muito presente nas sessões. Normalmente, ele repetia a forma de execução.

Uma característica interessante deste paciente é que ele cantava sempre entrecortado, sem o domínio de toda a letra e repetia que não sabia cantar. Na última sessão ele cantou mais. Ficou um momento só cantando sem tocar o violão, fato inédito, pela dificuldade trazida nas sessões, e também, pelo senso crítico muito forte com relação a sua voz. Nos relaxamentos, na 3ª, 4ª e 19ª sessão o paciente diz que: *veio uma preocupação*. Diz que sentiu o corpo solto e flutuando, mas a cabeça não. Nessas sessões não relaxou muito, mas nas outras, ele comenta que o relaxamento é bom, esquece a dor e vai para o mar, floresta, bosque, passarinho, lugar tranqüilo.

Paciente 5 - É possível afirmar pela ficha musicoterapêutica, que o universo musical deste paciente é muito limitado. Quase não escutavam música em casa e sua vida social era relativamente limitada, (bailes, festas). A música não era significativa na vida dele, mesmo assim, nas sessões ele trouxe algumas músicas da MPB. Com relação ao uso dos instrumentos rítmicos, houve uma apropriação maior dos mesmos, como possibilidade de expressão dos sentimentos. O paciente usou chocalho, pau-de-chuva, reco-reco, pandeiro caixa de ferramentas e atabaque.

Na sessão 4, disse estar tenso e escolheu a caixa de ferramentas para representar. Tocou com intensidade média para forte e com os sons alternados. Às vezes tocava concomitantemente depois, alternava o movimento das mãos novamente, sem se preocupar em ritmar.

Sobre a sua identificação com os instrumentos, ao longo das sessões, ele foi apropriando-se mesmos, para representar seus sentimentos. Ele disse: (...) *é eu acho que fica mais fácil achar o instrumento que corresponde, embora eu não sei se toco, mas você começa a se identificar mais com o instrumento (...). Assim, eu acho que sei identificar mais o som de cada um, digamos se você conhece o som de cada um é mais fácil identificar com o sentimento no momento, por exemplo, se eu tivesse que escolher aqui agora, se eu tivesse, eu iria saber o que escolher, tocar.*

Sobre o relaxamento ele diz que a música faz com ele viaje, mas diz também: (...) *você nunca está relaxado 100%, pode estar no momento, mas você não pode ficar, quando você sabe que tem uma pessoa para cuidar e que está doente (...). Em outros momentos ele traz: passou um monte de coisa na minha cabeça, mas sempre a harmonia me passava na cabeça, bem alegre; gostava do som de cachoeira, de mata; " (...) imaginei na minha casa, na minha cidade (...).*

Paciente 6 - Este paciente ressaltava nas sessões o quanto gostava de música, mas cantava pouco, preferindo escutar a terapeuta cantando. Porém, acompanhava com o chocalho todas as canções cantadas. Na exploração dos instrumentos, pôde-se observar muitos limites, pois das sete sessões trabalhadas ele tocou chocalho em quatro e afoxé, guizo, pau de chuva e caixa de ferramentas nas outras. Ou seja, ele escolheu na maioria das vezes, os instrumentos de intensidade sonora fraca, para média. Na sessão 2 ele escolheu o afoxé para representar seu sentimento. Apresentando-se ansioso, pegou o instrumento e tocou com intensidade forte, ininterruptamente, girando o instrumento com um leve acento em cada volta. Na sessão 3 o paciente pegou o chocalho e tocou intensivamente, fortemente como se fosse um som de trem nos trilhos. Perguntado se tem um motivo especial para tocar daquele jeito com o chocalho ele disse: (...) *um motivo assim de alegria.* O paciente tocou em várias sessões este sentimento de alegria usando o chocalho e algumas vezes o afoxé. A sua alegria é pelo fato do tratamento estar dando certo e ele estar se recuperando bem da cirurgia. Outro ponto significativo das sessões foi o uso de muitas canções, das quais, ele retirava as frases que faziam mais sentido em sua vida.

No momento do relaxamento este paciente se emocionava muito, devido ao som de água predominante em algumas músicas usadas, mas ao ser perguntado se ele gostaria de trocar de música e ouvir outras, dizia que não, pois gostava muito dos sons de água.

O paciente verbaliza muito sobre a importância do momento das sessões. A esse respeito, diz: *surpreso, né que essa é uma nova experiência para mim, surpreendente até*

eu não sabia que a música mexia tanto com a gente assim (...) parece que cada vez que eu venho aqui, parece que mais a gente vai se relaxando, se soltando (...) a primeira sensação a gente não sente, parece que a gente está se desligando do corpo, parece que consegue só mentalizar na música e parece que agente esquece do corpo, essa é a sensação que eu tive, parece que esquece mesmo do corpo, você vai viajando.

Discussão: Pelos dados acima pode-se perceber uma predominância pelos hinos religiosos para três pacientes; nos outros três, um repertório de música popular, mas muito tímido. Com relação aos instrumentos, houve uma preponderância de chocalho, pau-de-chuva, reco-reco, pandeiro, caixa de ferramentas e atabaque. O que se percebeu no decorrer das sessões é que houve uma proximidade maior, um entendimento maior, por parte do paciente de que os instrumentos musicais e as canções podiam ser veículos expressivos de seus sentimentos e de sua dor, seja esta em que esfera for. Este fato torna-se relevante uma vez que, dos pacientes atendidos, somente dois tinham uma relação mais estreita com a música; os outros quatro pacientes, não. Outro fator é que todos verbalizavam muito, tornando difícil a passagem para a produção musical. Daí a importância do exercício de representar os sentimentos por meio de canções e/ou do uso dos instrumentos que estavam na sessão, de gravar estas produções e colocar para os mesmos ouvirem e refletirem, pois a meta era a posse verdadeira do sentimento ou dor do momento. Percebeu-se também que as representações nos instrumentos tinham uma correlação estética com os sentimentos verbalizados. É o caso do paciente 1 que para representar o sentimento que a dor causa traz desagrado e incomodo na audição de sua produção.

Outros pontos importantes são: a incidência de contradições entre o discurso verbal e a produção musical, como aparece no relato do paciente 2; a manifestação da necessidade de tranquilidade e bem-estar, manifesta pelo paciente 3, em contraposição ao sentimento de ansiedade trazido no relato verbal e no toque do instrumento. Torna-se também evidente nas falas dos pacientes, que o momento do relaxamento, na sua maioria foi bom, trazendo benefícios aos mesmos.

Era comum nas sessões, a manifestação dos pacientes sobre a condição de ser hemofílico. O conteúdo dessas manifestações, era “tocado” ou “cantado” nas sessões, além claro, de serem bastante verbalizados, mas isso também era relevante, pois o espaço musicoterapêutico, configurava-se como uma possibilidade para que as “músicas” das

queixas, impressas nos timbres, andamentos e ritmos da fala, viessem a tona, permitindo que o paciente, de alguma forma, se apossasse de si mesmo.

CONCLUSÃO

A pesquisa trouxe dados importantes para a discussão da Musicoterapia em diferentes aspectos. O trabalho possibilitou uma abordagem interdisciplinar, com outros enfoques e áreas de conhecimento entre História, Musicoterapia e Saúde. Em termos de procedimentos metodológicos, a pesquisa propiciou uma forma de avaliação e estrutura de sessão específica, o que poderá contribuir para posterior aplicação e/ou adaptação para outras áreas de atendimento em Musicoterapia. Verificou-se, através das fichas, que para tristeza, irritação, interesse, felicidade, tensão, tranquilidade, indiferença e dor, não houve diferenças significativas. Já nos itens ansiedade, relaxamento, cansaço, calma e boa disposição, essa diferença foi considerada significativa. Isso leva a pressupor que houve uma mudança do estado do paciente.

A leitura das produções rítmicas, sonoras e musicais, da escolha das canções assim como do conteúdo leva a crer que houve uma “posse” por parte do hemofílico de sua dor e de seu estado físico emocional no momento da sessão, fato esse, que possibilitou que ele se percebesse como sendo mais do que a doença que o acompanha. Houve depoimentos muito ricos dos pacientes, sobre o quanto as sessões haviam sido importante para eles, além de ser visível a diferença no estado fisionômico deles, do início para o fim da sessão, nos aspectos tranquilidade e bem estar.

O ponto importante desses dados e que permitiram entender-se mais, o universo de sentimentos do hemofílico, veio por meio da leitura qualitativa dos dados das sessões. Nesse processo de análise, foi possível perceber que os portadores de hemofilia convivem com uma realidade ambígua. Ou seja, as anotações das fichas nem sempre correspondiam ao que era trazido verbalmente e nas produções musicais. Estas sim, reveladoras de um sentimento mais próximo da realidade impressa pela doença hemofilia. A escuta da própria produção musical pelo paciente¹¹ foi uma estratégia para a tomada de consciência de seu estado e de como poder lidar melhor com ele.

¹¹ Escuta da própria produção musical: tudo o que o paciente criava com os instrumentos era gravada para posterior audição e reflexão do que sua produção musical significa para ele. Assim, ele passa a compreender com mais clareza o seu estado no momento, ou o sentimento que ele trouxe, como uma forma de apropriação de si mesmo, da real dimensão da sua doença e da sua dor, uma vez que essa é a dificuldade do hemofílico.

Outro fato relevante na pesquisa foi a presença e a importância de canções. Dessas, particularmente os hinos religiosos, nas sessões, permitiram que o paciente fizesse uma reflexão de sua vida e uma transcendência da dor que a própria doença impõe, trazendo, apoio, lenitivo e esperança de cura. Da mesma forma, verificou-se a preferência por compositores cujo conteúdo poético refletem dor, revolta, desalento e protesto que os identifica.

Estudando o universo da patologia e embasados pelo trabalho realizado percebeu-se que a doença hemofilia, produz para o paciente um cotidiano peculiar, de idas e vindas a hospitais, efeitos diferenciados sobre as emoções, os quais geram tensão, isolamento, resistência, incerteza, depressão, revolta, baixa auto-estima, dor crônica aguda, lesões em várias partes do corpo principalmente nas articulações. Esses fatores provocam no hemofílico um sentimento de insegurança, de imprevisibilidade, ansiedade e medo de ser acometido por hemorragias, desencadeando um alto grau de estresse.

Os pacientes sujeitos dessa pesquisa, explicitaram através do trabalho musicoterápico, de análise dos significados dos fenômenos rítmicos, sonoro, musicais e verbais uma tomada de consciência de seu potencial de vida, pois relataram a opção de repetir os exercícios de relaxamento em casa, bem como, a audição de músicas que lhes trouxessem bem estar e apaziguasse a ansiedade, além de relatarem a importância das sessões de Musicoterapia .

Após análise de todos os relatos e depoimentos dos pacientes, pode-se inferir que houve uma melhoria de qualidade de vida e que um dos objetivos que era a verificação da inserção da Musicoterapia para o tratamento dos hemofílicos foi atingido, uma vez que se percebeu que no processo musicoterápico, o paciente se delata, se percebe e se encontra no fazer musical.. No entanto, a pesquisa não se encerra aqui, pois é necessário continuar com estudos, pesquisas e trabalhos que tragam novas questões, novas respostas, novos rumos da Musicoterapia na área Médico-Hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGERAMI,Valdemar Augusto; CHIATTONE, HeloisaB.C. de; NICOLETTI, Edela. *O doente a Psicologia e o hospital*. São Paulo: Pioneira, 1996.
- ANGERAMI,Valdemar(org.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Pioneira, 2001.
- ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DOS HEMOFÍLICOS: Histórico da Associação Paranaense dos Hemofílicos.
- BARCELLOS, Lia Rejane. *Cadernos de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros,1992.
- _____. *Musicoterapia alguns escritos*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

- BRUSCIA, Kenneth. *Definindo Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- CAIO, Vânia et al. Genética comunitária e hemofilia em uma população brasileira. In *Cadernos de Saúde Pública* Rio de Janeiro: 17(3):595–605, mai-jun, 2001. Site www.sciello.org/pdfcsp/v17n3/4642.
- CAMON, Valdemar Augusto Angerami et al. *Psicossomática e a Psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2001.
- DAVIS, Martha; ESHELMAN, Elizabeth Robbins; MACKAY, Matthew. *Manual de relaxamento e redução do stress*. São Paulo: Summus, 1996.
- HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
<http://site.uol.com.br/chesp/oque.htm>. consultado em 03/12/99
<http://sites.Uol.com.Br/chesp/oque.htm>
- MARKHAM, Úrsula. *Superando o estresse: um guia prático para aprender a lidar com as pressões do dia-a-dia*. São Paulo: Best Seller, 1989.
- MORAES, Antonio Carlos Rodrigues. *Combatendo o inimigo: aprenda a evitar o stress e gerenciar seu tempo*. São Paulo: Gente, 1999.
- NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. *As pestes do Século XX: tuberculose e AIDS, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- SOFAER, Beatriz. *Dor: Manual prático*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
- SONTAG, Suzan. *A doença como metáfora*. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002
- Programa Centeon de Orientação e Apoio em Hemofilia. *O que é Hemofilia: Um guia para os jovens*.