

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**ENCONTROS MUSICAIS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM  
JUNTO A SISTEMAS FAMILIARES NO CONTEXTO DA QUIMIOTERAPIA**

**LEILA BRITO BERGOLD**

Rio de Janeiro  
Dezembro, 2009



**ENCONTROS MUSICAIS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM  
JUNTO A SISTEMAS FAMILIARES NO CONTEXTO DA QUIMIOTERAPIA**

**Leila Brito Bergold**

Tese de doutorado apresentada a Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE) do Departamento de Enfermagem Fundamental.

**Orientadora: Prof. Dra. Neide Aparecida Titonelli Alvim**

Rio de Janeiro  
Dezembro, 2009

**ENCONTROS MUSICAIS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO JUNTO A  
SISTEMAS FAMILIARES NO CONTEXTO DA QUIMIOTERAPIA**

Leila Brito Bergold

Tese de Doutorado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada por:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Neide Aparecida Titonelli Alvim  
Presidente (UFRJ)

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Marly Chagas  
1<sup>o</sup> Examinadora (CBM)

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Batalha de Menezes  
2<sup>o</sup> Examinadora (MCT)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mercedes Trentini  
3<sup>a</sup> Examinadora (UFSC)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia de Assunção Ferreira  
4<sup>a</sup> Examinadora (UFRJ)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Marléa Chagas Moreira  
Suplente (UFRJ)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fátima Helena do Espírito Santo  
Suplente (UFF)

Rio de Janeiro  
Dezembro, 2009

Bergold, Leila Brito.

Encontros musicais: uma estratégia de cuidado de enfermagem junto a sistemas familiares no contexto da quimioterapia / Leila Brito Bergold. – Rio de Janeiro, 2009.

xvi, 240 f

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN, 2009.

Orientadora: Neide Aparecida Titonelli Alvim

1. Enfermagem Oncológica. 2. Estratégia de Cuidado. 3. Relações Familiares. 4. Música. I. Alvim, Neide Aparecida Titonelli. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. III. Encontros musicais: uma estratégia de cuidado de enfermagem junto a sistemas familiares no contexto da quimioterapia.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho

a todos os participantes dos Encontros Musicais, sujeitos e não sujeitos, por me apontarem novos caminhos no trabalho e na vida, trazendo outro significado para as palavras amor e alegria;

a Jacy, que me incentivou e apoiou durante toda a jornada.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

À minha orientadora, Neide Aparecida Titonelli Alvim, por acreditar nas ‘possibilidades’ da pesquisa apesar dos ‘limites’ que se apresentavam, nos momentos em que a ‘instabilidade’ nos sacudia em nossa trajetória.

À minha ‘observadora’ nos encontros, Denise da Conceição Silva, que enxergava aquilo que eu não podia no momento, trazendo novas visões e novas perspectivas à tese.

Aos companheiros de trabalho, Sargentos Denílson Marinho e Márcio Araújo, por auxiliarem não somente na pesquisa, mas por dividirem a difícil jornada de trabalho, sempre com um sorriso e disposição para ajudar e cantar.

## AGRADECIMENTOS

À equipe do Hospital-Dia, por colaborarem com a pesquisa, dividirem o espaço e apoiarem das mais diferentes formas, inclusive com o canto.

Aos pacientes, familiares e profissionais dos outros setores do hospital, que puderam entender esse momento especial e me apoiaram.

Aos membros do NUCLEARTE, em especial, às Dras. Márcia de Assunção Ferreira e Márcia Lisboa pelos questionamentos e incentivos que muito ajudaram na evolução da tese.

Aos colegas e professores da pós-graduação que contribuíram para que eu entendesse que não estou sozinha nessa jornada investigativa exaustiva.

Aos funcionários da pós-graduação Sônia e Jorge, que continuam me ajudando em todas as questões complicadas com carinho e atenção.

Aos membros da Banca Examinadora, efetivos e suplentes, por terem dedicado tempo e atenção para contribuir com o aprimoramento da pesquisa.

Aos amigos que entenderam minhas ausências e esquecimentos, e aguardaram pacientemente o meu retorno.

À Denise e Zilda, que me ajudaram a entender o outro lado de ser familiar e amiga de uma pessoa portadora de câncer.

À minha família, que mesmo distante geograficamente está próxima ao meu coração.

Àquele que me escuta, mesmo quando eu duvido disso.

**VOA**

Se teu sonho for maior que ti  
Alonga tuas asas  
Esgarça os teus medos  
Amplia o teu mundo  
Dimensiona o infinito  
E parte em busca da estrela...

Voa alto!  
Voa longe!  
Voa livre!  
Voa!

E esparrama pelo caminho  
A solidão que te roubou  
Tantas fantasias  
Tantos carinhos  
E tanta vida!

Voa alto!  
Voa longe!  
Voa livre!  
Voa!

(Ivan Lins / Leda Selma)

## RESUMO

BERGOLD, Leila Brito. **Encontros musicais: uma estratégia de cuidado de enfermagem junto a sistemas familiares no contexto da quimioterapia.** Orientadora: Neide Aparecida Titonelli Alvim. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem).

Este estudo discutiu a implementação da estratégia de cuidado Encontros Musicais (EM) junto a clientes em tratamento de quimioterapia e seus familiares. Os EM caracterizaram-se como estratégia grupal multifamiliar no contexto da quimioterapia que promoveu o cuidado expressivo através de músicas, narrativas e dialogicidade. É importante desenvolver estratégias terapêuticas voltadas para os clientes e familiares, visto que todos os envolvidos são afetados negativamente pelo adoecimento e tratamento do câncer. Os objetivos do estudo foram: avaliar os encontros musicais como estratégia de cuidado desenvolvida junto a sistemas familiares que (con)vivem com o câncer; analisar a pertinência dos encontros musicais na perspectiva dos sistemas familiares deles participantes; discutir limites e possibilidades dessa estratégia no contexto da quimioterapia. A fundamentação teórica teve abordagem transdisciplinar fundamentada no Paradigma da Complexidade de Morin, buscando aproximar a enfermagem e a musicoterapia. O Caritas Processes de Jean Watson sustentou o desenvolvimento de um ambiente de reconstituição no espaço da quimioterapia, apoiado pela música como recurso terapêutico, com base na relação entre identificação musical e contexto cultural de Even Ruud. A pesquisa qualitativa foi desenvolvida segundo a metodologia da Pesquisa Convergente-Assistencial, sendo utilizadas como técnicas de produção de dados: entrevistas; discussão grupal e observação nos grupos de convergência. O cenário foi um hospital militar na cidade do Rio de Janeiro. Foram realizados 8 EM com a duração de 1 hora cada. Participaram 27 sujeitos, sendo 17 clientes em tratamento de quimioterapia e 10 familiares. Aplicou-se a análise de discurso francesa sobre os dados produzidos. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A implementação dos EM foi influenciada pela instabilidade relativa aos múltiplos fatores que se inter-relacionam no contexto da quimioterapia que se configuraram como limites, mas também como possibilidades da estratégia ao promoveram mudanças benéficas para o processo terapêutico. Os resultados apontam que a música promoveu relaxamento, descontração, conforto espiritual, alteração positiva do humor e mudança de atitude. As narrativas e o diálogo grupal estimularam o compartilhamento de problemas e ideias, desenvolvendo afinidades, interação e apoio entre os participantes. A hipótese do estudo foi ampliada, uma vez que o recurso musical utilizado foi além do estímulo às narrativas e ao diálogo nos grupos de convergência, e possibilitou conforto, acolhimento e interação entre os sujeitos do cuidado. Os EM constituíram-se como estratégia de cuidado grupal, sustentados na intencionalidade de cuidar da enfermeira/facilitadora e na atitude positiva dos participantes, protagonistas do processo terapêutico implementado, que transformaram o contexto da quimioterapia em um ambiente de reconstituição que resultou em crescimento e potencialização dos clientes e familiares no enfrentamento das diferentes situações que permeiam a (con)vivência com o câncer.

**Palavras-Chave:** Enfermagem Oncológica. Estratégia de cuidado. Relações Familiares.  
Música

## ABSTRACT

BERGOLD, Leila Brito. **Encontros musicais: uma estratégia de cuidado de enfermagem junto a sistemas familiares no contexto da quimioterapia.** Orientadora: Neide Aparecida Titonelli Alvim. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem).

This study discusses the implement of the Musical Encounters (ME) care strategy, developed amongst clients in chemotherapy treatment and their relatives. The ME are characterized as a multifamily-group strategy that promoted expressive care through music, narratives and dialogue. It is important to develop therapy strategies aimed at the clients and the family, once the process of sickening and the cancer treatment affects all negatively. The study's objectives were: evaluate the ME as strategy of care developed amongst family systems living with cancer; analyze the pertinence of the musical encounters on the perspective of the enrolled family systems; discuss the limits and possibilities of this strategy on the context of chemotherapy. The theoretical support has had a Transdisciplinary approach, based on Edgar Morin Complexity Paradigm, trying to bring nursing and musical therapy together, supported by Jean Watson's and Even Ruud's theories. The qualitative research was developed according to Assistential-Convergent Research methodology. The scenario was a military hospital in the city of Rio de Janeiro. Eight ME were carried out, taking approximately one hour each. Twenty-seven persons were subjected, being seventeen clients in chemotherapy treatment and ten family members. The french discourse analysis was applied on the produces data. This research was approved by Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. ME implement was influenced by the instability related to multiple factors, which interact in the context of chemotherapy, characterizing complex phenomena. These factors configure limitations, but also possibilities of the strategy, since they promote benefits for the therapeutic processes. Results show that, on the subjects' perspective, music promoted relaxation, entertainment, spiritual relieve, positive change of humor and change of attitude. The narratives and the group dialogue stimulated problem and idea sharing, developing kinship, interaction and support amongst the participants. The hypothesis of the study was enlarged, once the musical resource used went beyond the stimulus of narratives and dialogue in the converging groups, creating relief, shelter and interaction amongst the subjects. ME consisted on a strategy of group care, sustained by intentionality to care for the nurse/facilitator and the participants' positive attitude, main actors at this therapeutic process, since they displayed potential to change the chemotherapy context into a healing environment, which resulted in growing and empowerment for clients and family, in dealing with different situations that encompass living with cancer.

**Key words:** Oncologic Nursing. Strategy care. Family Relations. Music.

## RESUMEN

BERGOLD, Leila Brito. **Encontros musicais: uma estratégia de cuidado de enfermagem junto a sistemas familiares no contexto da quimioterapia.** Orientadora: Neide Aparecida Titonelli Alvim. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem).

Este estudio discutió la implementación de la estrategia de cuidado Encuentros Musicales (EM) junto a clientes bajo tratamiento quimioterapéutico y sus familiares. Los EM se caracterizaron como estrategia grupal multifamiliar que promovió el cuidado expresivo a través de músicas, narrativas y diálogo. Es importante desarrollar estrategias terapéuticas volcadas a los clientes y familiares, visto que todos los envueltos se ven afectados negativamente por el proceso de la enfermedad y el tratamiento del cáncer. Los objetivos del estudio han sido: evaluar los encuentros musicales como estrategia de cuidado desarrollada junto a sistemas familiares que (con)viven con el cáncer, analizar la adecuación de los encuentros musicales bajo la perspectiva de los sistemas familiares participantes, discutir límites y posibilidades de esta estrategia dentro del contexto de la quimioterapia. La fundamentación teórica tuvo un abordaje transdisciplinar fundamentado en el Paradigma de la Complejidad de Edgar Morin, aproximando la enfermería y la musicoterapia. El Caritas Processes de Jean Watson sostuvo el desenvolvimiento de un ambiente de reconstitución en el espacio de la quimioterapia, apoyado por la música como recurso terapéutico, con base en la relación entre biografía musical y contexto cultural de Even Ruud. La investigación cualitativa fue desarrollada según la metodología de la Investigación Convergente Asistencial, siendo utilizadas como técnicas de producción de datos: entrevistas individuales, discusión y observación en los grupos de convergencia. El estudio se realizó en un hospital militar en la ciudad de Río de Janeiro. Se llevaron a cabo 8 EM con la duración de una hora. Participaron 27 sujetos, siendo 17 clientes bajo tratamiento quimioterapéutico y 10 familiares. Sobre los datos producidos se aplicó el análisis del discurso francés. Esta investigación fue aprobada por el Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. La implementación de los EM fue influida por la inestabilidad relativa a los múltiples factores que se interrelacionan en el contexto de la quimioterapia, que se configuraron como límites, sino también como posibilidades de estas estrategias, pues promovieron cambios benéficos para el proceso terapéutico. Los resultados apuntan que la música estimuló relajamiento, distracción, reconforto espiritual, alteración positiva del humor y cambios de actitud. Las narrativas y el diálogo grupal permitieron compartir los problemas y las ideas, desarrollando afinidades, interacción y apoyo entre los participantes. La hipótesis del estudio fue ampliada, ya que el recurso musical utilizado fue más allá del estímulo a las narrativas y a los diálogos, lo que hizo posible el confort, el acogimiento y la interacción entre los sujetos del cuidado. Los EM se constituyeron como estrategia de cuidado grupal, sostenidos mediante la intención de cuidar que emana de la enfermera/facilitadora y en la actitud positiva de los participantes, protagonistas del proceso terapéutico implementado, puesto que transformaron el contexto de la quimioterapia en un ambiente de reconstitución que resultó en crecimiento y potencialización de los clientes y familiares en el enfrentamiento de las diferentes situaciones que penetran la (con)vivencia con el cáncer

**Palabras clave:** Enfermería Oncológica. Estrategia de Cuidado. Relaciones Familiares. Música.

## LISTA DE QUADROS, FIGURAS E MÚSICAS

<b>Quadro nº 1</b> - Sistema de classificação do estadiamento do câncer .....	31
<b>Quadro nº 2</b> - Grupamento por estádios .....	31
<b>Quadro nº 3</b> - Quantitativo de sujeitos e músicas cantadas, temas centrais e principais conteúdos abordados nos encontros musicais .....	48
<b>Quadro nº 4</b> – Fases da PCA desenvolvidas na Tese .....	51
<b>Quadro nº 5</b> – Sistema familiar 1 (CF1 + FF1) .....	55
<b>Quadro nº 6</b> – Sistema familiar 2 (CF2 + FF2) .....	56
<b>Quadro nº 7</b> – Sistema familiar 3 (CF3 + FF3) .....	56
<b>Quadro nº 8</b> – Sistema familiar 4 (CF4 + FF4) .....	57
<b>Quadro nº 9</b> – Sistema familiar 5 (CM5 + FF5) .....	58
<b>Quadro nº 10</b> – Sistema familiar 6 (CM6 + FF6) .....	59
<b>Quadro nº 11</b> – Sistema familiar 7 (CF7 + FM7) .....	60
<b>Quadro nº 12</b> – Sistema familiar 8 (CF8 + FF8) .....	60
<b>Quadro nº 13</b> – Sistema familiar 9 (CM9 + FF9) .....	61
<b>Quadro nº 14</b> – Cliente desacompanhado (CF10) .....	62
<b>Quadro nº 15</b> - Cliente desacompanhado (CM11) .....	63
<b>Quadro nº 16</b> - Cliente desacompanhado (CM12) .....	63
<b>Quadro nº 17</b> - Cliente desacompanhado (CF13).....	63
<b>Quadro nº 18</b> - Cliente desacompanhado (CF14) .....	64
<b>Quadro nº 19</b> - Cliente desacompanhado (CF15) .....	65
<b>Quadro nº 20</b> - Cliente desacompanhado (CF16) .....	65
<b>Quadro nº 21</b> - Cliente desacompanhado (CF17) .....	66
<b>Quadro nº 22</b> – Familiar desacompanhado (FF10) .....	66
<b>Quadro nº 23</b> – Caracterização dos participantes dos EM .....	67
<b>Quadro nº 24</b> – Estadiamento do câncer e tratamento dos clientes participantes dos EM...	68
<b>Quadro nº 25</b> – Envolvimento dos clientes e familiar desacompanhados com o processo grupal: comparação entre estado clínico, interação, cuidado e influência sobre sistema familiar amplo .....	75
<b>Quadro nº 26</b> – Envolvimento dos Sistemas Familiares com o processo grupal: comparação entre estado clínico, participação familiar, interação, cuidado e influência sobre sistema familiar amplo .....	76

<b>Quadro nº 27</b> – Número de participações nos EM e a relação com ações observadas ou relatadas pelos sujeitos durante os encontros.....	81
<b>Quadro nº 28</b> – Análise da música em relação aos espaços de identificação dos sujeitos...	89
<b>Quadro nº 29</b> – Níveis de experiências musicais como categorias analíticas .....	89
<b>Quadro nº 30</b> – Músicas escolhidas e sua relação com espaços de identificação e níveis das experiências musicais .....	90
<b>Quadro nº 31</b> – Narrativas originadas das músicas escolhidas pelos sujeitos .....	117
<b>Quadro nº 32</b> – Temas abordados pelos sujeitos nos EM .....	119
<b>Quadro nº 33</b> – Comunicação não-verbal: atitude interativa e não-interativa .....	150
<b>Quadro nº 34</b> – Síntese da avaliação dos EM a partir da ótica dos sujeitos .....	184
<b>Quadro nº 35</b> – Síntese dos elementos que conformaram o processo terapêutico Ocorrido nos EM .....	187
<b>Quadro nº 36</b> – As intervenções de enfermagem nos EM e sua relação com o Caritas Processes .....	205

#### FIGURAS:

<b>Figura nº 1</b> – Elementos do Caritas Processes envolvidos na promoção do ambiente de reconstituição no contexto dos Encontros Musicais .....	194
<b>Figura nº 2</b> – Holograma do sistema de cuidados co-construído pelos participantes nos EM.....	199

#### MÚSICAS:

<b>Música 1</b> – Canteiros (CF14) .....	17
<b>Música 2</b> – Eu sei que vou te amar (CF8) .....	36
<b>Música 3</b> – Noites traiçoeiras ( CF10) .....	54
<b>Música 4</b> – Outra vez (CF16) .....	69
<b>Música 5</b> – Deixa a vida me levar (CF1) .....	87
<b>Música 6</b> – O que é o que é (CF7) .....	114
<b>Música 7</b> – Jesus Cristo (CF17) .....	145
<b>Música 8</b> – Lembra de mim (CF4) .....	164
<b>Música 9</b> – Yo vengo a ofrecer mi corazón (Facilitadora) .....	188
<b>Música 10</b> – Foi um rio que passou em minha vida (CM6) .....	207

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	01
1. Minhas experiências profissionais com música, trabalhos grupais e família .....	01
2. A problemática e a construção do objeto de tese .....	05
Questões norteadoras e Objetivos .....	11
3. Justificativa e Importância do Estudo .....	12
 <b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL</b> .....	 18
1.1. Pensamento complexo: fundamentos para se pensar o cuidado em oncologia junto ao sistema familiar .....	25
1.2. A evolução teórica de Watson para o Caritas Processes... .....	33
1.3. Música, cultura e saúde.....	27
1.4. O câncer e a quimioterapia: influências/repercussões no sistema familiar.....	30
 <b>CAPÍTULO II: CAMINHOS METODOLÓGICOS</b> .....	 37
Tipo de Pesquisa.....	37
Etapas da Pesquisa Convergente-Assistencial.....	38
a) Fase da Concepção .....	38
b) Fase da Instrumentação: decisões metodológicas .....	39
c) Fase da Perscrutação .....	44
d) Fase da análise e interpretação dos dados.....	49
Princípios éticos da Pesquisa .....	52
 <b>CAPÍTULO III: DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS</b> .....	 55
 <b>CAPÍTULO IV: ENTRE LIMITES E POSSIBILIDADES: AS MÚLTIPLAS VARIÁVEIS IMPRESSAS NA FORMAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DOS EM</b> .....	 70
4.1. Desenvolvimento dos EM e a delimitação dos temas .....	71
4.2. As diferentes formas de interação dos participantes no âmbito dos grupos de convergência e suas respectivas motivações .....	73
4.3. Número de participações e as ações dos sujeitos voltadas para o conforto, autoexpressão, interação e cuidado no espaço terapêutico dos EM.....	80

**CAPÍTULO V: A MÚSICA COMO ATIVADORA DO PROCESSO EXPRESSIVO  
E INTERATIVO NA ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA E DE PESQUISA**

IMPLEMENTADA .....	88
5.1. Relacionamento pessoal com a música: estética, reflexão e autoexpressão.....	92
5.1.1. Experiência musical e o fenômeno estético: prazer ligado à estética pessoal....	93
5.1.2. Nível semântico de experiência musical: a relação entre o sentido das das músicas e a identidade musical dos sujeitos .....	96
5.2. Relacionamentos familiares: autoexpressão, segurança e cuidado .....	105
5.2.1. Música e vivências familiares .....	105
5.2.2. Música e interação familiar .....	106
5.3. Relacionamento grupal: limites e possibilidades do uso da música .....	109

**CAPÍTULO VI: NARRATIVA E DIALOGICIDADE NO ÂMBITO DOS ENCONTROS  
MUSICAIS: ELEMENTOS CONTRIBUINTES AO CONHECIMENTO E AO APOIO À**

INTERAÇÃO GRUPAL .....	115
6.1. Expressão pela linguagem verbal .....	116
6.1.1. Relacionamento Pessoal: a necessidade de autoexpressão .....	108
6.1.2. A expressão verbal na perspectiva familiar .....	133
6.1.3. A expressão verbal como forma de conhecimento entre os participantes do grupo .....	139

**CAPÍTULO VII: ATITUDES IMPRESSAS PELOS SUJEITOS NA ESTRATÉGIA  
TERAPÊUTICA E DE PESQUISA IMPLEMENTADA: DESTAQUE NA**

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL.....	146
7.1. Atitudes expressadas pelos participantes e sua influência no processo terapêutico....	146
7.1.1. Atitudes expressas pelos sujeitos por diferentes formas de comunicação não-verbal .....	149
a) Os gestos, o toque e o choro como expressões da comunicação não-verbal..	152
b) O canto como comunicação não-verbal e sua influência no bem-estar e interação grupal .....	154
c) O riso como expressão da ludicidade nos EM: vivência grupal de enfrentamento .....	158

<b>CAPÍTULO VIII: ENCONTROS MUSICAIS NA ÓTICA DOS SUJEITOS: AVALIAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA GRUPAL DE CUIDADOS NO CONTEXTO DA QUIMIOTERAPIA .....</b>	<b>165</b>
8.1. Influência da música no processo terapêutico .....	167
8.2. Influência da linguagem verbal e da interação no processo terapêutico .....	172
8.3. Outras possibilidades terapêuticas dos Encontros Musicais .....	176
<b>CAPÍTULO IX: A INTENCIONALIDADE DO CUIDAR DA ENFERMEIRA NA CO-CONSTRUÇÃO DE UM AMBIENTE DE RECONSTITUIÇÃO .....</b>	<b>189</b>
9.1. Relação entre o Caritas Processes e o desenvolvimento dos EM .....	190
9.2. Contribuições transdisciplinares para o desenvolvimento dos Encontros Musicais ...	194
9.2.1. Contribuições do pensamento complexo e do construcionismo social .....	195
9.2.2. Contribuições da Musicoterapia .....	200
9.3. A estrutura dos Encontros Musicais e seu potencial terapêutico .....	201
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>208</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>222</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>231</b>
APÊNDICE 1: Ficha de identificação e entrevista do cliente .....	231
APÊNDICE 2: Ficha de identificação e entrevista do familiar.....	232
APÊNDICE 3: Roteiro para observação dos encontros musicais.....	233
APÊNDICE 4: Quadro de categorização dos encontros musicais .....	234
APÊNDICE 5: Quadro de participação dos sujeitos .....	235
APÊNDICE 6: Termo de consentimento livre e esclarecido (cliente).....	236
APÊNDICE 7: Termo de consentimento livre e esclarecido (familiar).....	238
<b>ANEXO: Aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>240</b>

## INTRODUÇÃO

### **1. Minhas experiências profissionais com música, trabalhos grupais e família**

Minha formação profissional sempre esteve voltada para duas áreas: a científica e a artística. Iniciei muito cedo o estudo de música, mas, à época da escolha profissional, optei pela graduação em enfermagem por compreender que poderia estar mais próxima ao objeto do meu interesse - o cuidado ao ser humano. Após completar a graduação, e já exercendo a enfermagem, percebi que poderia unir ambos interesses, científico e artístico, através da musicoterapia e busquei a graduação também nessa área.

No meu exercício profissional, sempre procurei assistir ao cliente de forma integral, a partir da percepção de suas necessidades biopsicossociais. Com o decorrer do tempo, percebi que essa abordagem implicava entendê-lo e atendê-lo no seu contexto de vida, inclusive, familiar. Isolá-lo deste contexto não atendia suficientemente às suas diferentes demandas de cuidado.

Por diversas vezes, observei que dificuldades nas relações familiares criavam empecilhos na recuperação dos clientes, especialmente quando se tratava de pessoas com doenças crônicas ou portadoras de necessidades especiais, e que as orientações relacionadas ao cuidado ao cliente, fornecidas à família pela equipe de enfermagem, nem sempre produziam o efeito desejado. Ou seja, orientar não era suficiente para fomentar mudanças nessas relações que resultassem na efetividade do cuidado, tanto aos clientes quanto à sua família.

Em busca de ferramentas que pudessem melhor instrumentalizar minha atuação profissional, em 1995 iniciei especialização em Terapia Familiar Sistêmica. Esta formação modificou minha visão de mundo sobre o cliente e seu contexto familiar, aproximando-me do pensamento complexo, que embasou novas práticas relacionadas às concepções deste paradigma emergente da ciência, dentre essas, as abordagens transdisciplinares.

Estudos e práticas transdisciplinares promovem a troca de conhecimento evitando a hierarquização de um saber sobre o outro. A transdisciplinaridade permite distinguir e separar as disciplinas ou domínios científicos e, ao mesmo tempo, fazê-los se comunicarem sem reduzi-los pela simplificação. Isso porque, o paradigma cartesiano, que originou o modelo biomédico de assistência, baseado na redução e separação, tem-se revelado insuficiente para resolver boa parte dos problemas que afetam a saúde das pessoas, sendo necessário desenvolver novas formas de pensar (MORIN, 2006).

Assim, a emergência de um novo paradigma vem contrapor o modelo cartesiano, o paradigma da complexidade, que considera os componentes que constituem um todo como inseparáveis (op. cit). A influência do paradigma emergente possibilita a percepção da família como um sistema complexo em que há interdependência e interatividade entre os seus integrantes, que se influenciam inter-retroativamente afetando o todo.

As experiências transdisciplinares das quais tive a oportunidade de participar, desde então, no meu local de trabalho, o Hospital Central do Exército (HCE), me possibilitaram atuar de forma diversificada, integrando meus conhecimentos oriundos da enfermagem, da musicoterapia e da terapia de família, utilizando-os para aprimorar minha prática, como profissional de saúde. É importante destacar que o desenvolvimento de atividades transdisciplinares com outros profissionais tinha por finalidade ampliar os recursos de cada profissional na tentativa de maximizar os efeitos terapêuticos que buscávamos alcançar com os clientes e seus familiares (BERGOLD, 2008).

Dentre essas atividades, destaco os projetos assistenciais desenvolvidos a partir de 1997 na Clínica Psiquiátrica e no Serviço de Reabilitação do Hospital Central do Exército (HCE) juntamente com uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional, visando facilitar a reinserção familiar e social dos clientes provenientes dessas clínicas.

Com o intuito de estimular a cooperação familiar no processo terapêutico, e também, na preparação para a alta desses clientes, criamos grupos multifamiliares com a participação de outros profissionais inseridos na assistência a essas clientelas. Com a evolução dos projetos, a equipe percebeu que, em determinadas ocasiões, era imprescindível que cliente e família estivessem juntos no desenvolvimento da atividade grupal, de modo a promover a interação destes através do desvelar de sentimentos, atitudes e papéis de cada um na relação familiar, impulsionando mudanças de posturas (BERGOLD, 2003).

Posteriormente, em 1999, desenvolvi trabalho semelhante junto a clientes em tratamento de quimioterapia no Hospital-Dia do HCE, a convite da enfermeira encarregada à época, com a finalidade de contribuir com o esclarecimento de questões relacionadas à doença e à terapêutica medicamentosa, além de estimular a expressão de seus sentimentos. Deste modo, buscávamos reduzir a angústia e o grau de ansiedade por eles vivenciados.

É oportuno ressaltar que, quando as atividades desenvolvidas incluíam um estímulo musical, os sentimentos dos participantes afloravam tanto mais fácil quanto mais intensamente, na forma de choro e de risos. Os participantes tinham a oportunidade de

expressarem seus sentimentos mais profundos, levando-me à reflexão sobre as palavras de Simonton (1990, p.28) ao referir-se à importância da expressão e conscientização dos próprios sentimentos:

A baixa autoestima confirmada por tantos estudos começa a desaparecer logo que o paciente passa a cuidar mais de si mesmo e a se expressar emocionalmente. Assim que ele passa a se concentrar nesses pontos, os progressos em sua vida e em seu processo de cura começam a aparecer.

No entanto, embora houvesse interesse do grupo profissional pela continuidade do trabalho, motivado pelos resultados positivos que vinham sendo alcançados com a experiência, esta atividade foi interrompida em razão de os profissionais nela envolvidos terem sido deslocados do setor, o que revelou tratar-se de uma estratégia cujos interesses eram particularizados, restringindo-se à ação de alguns profissionais. Ou seja, não fazia parte da política da instituição ou do setor.

Além dessas atividades transdisciplinares, iniciei em 2000 um outro projeto influenciado pela minha formação sistêmica, com um enfoque voltado para a humanização hospitalar, visto que este contexto frequentemente repercute de forma negativa sobre o processo de recuperação dos doentes. À essa época, me conscientizei da minha corresponsabilidade como integrante do sistema hospitalar e passei a desenvolver uma atividade denominada “Visitas Musicais” junto a clientes hospitalizados nessa mesma instituição (BERGOLD, 2008).

A proposta dessas visitas é promover a humanização hospitalar através da música cantada e tocada, com base no respeito à autonomia do cliente em decidir sobre a música de sua preferência, em visitas realizadas nas enfermarias por uma equipe de músicos a qual coordeno. Essa proposta partiu da observação de alguns clientes acamados, internados por longos períodos, que demonstravam sentir-se melhor a partir do contato com a música e com as pessoas envolvidas nessa atividade musical: músicos, outros clientes e equipe de enfermagem. A partir dessa constatação, passei a organizar e sistematizar essas visitas com o objetivo de provocar mudanças no ambiente hospitalar através da música, procurando acolher e proporcionar conforto e bem estar ao maior número possível de clientes internados.

Esta atividade conduziu-me à dissertação de mestrado em enfermagem que discutiu as concepções de clientes hospitalizados sobre as visitas musicais. Nesta, procurei obter, a

partir da visão dos clientes participantes desta atividade, subsídios para discutir a influência das visitas no contexto hospitalar.

Os clientes participantes conceberam as influências dessas visitas sob diferentes vertentes: emocional, ao promover a expressão de diferentes emoções, como alegria, alívio da tensão e da angústia; cognitiva, por promover reflexão e resgate de lembranças latentes; física, ao proporcionar conforto e bem-estar para o corpo na sua plenitude; e social, ao promover um momento de encontro, de interação e comunicação entre os que dela participam, além de facilitar a expressão da identidade social dos clientes internados.

Os resultados dessa pesquisa apontaram a visita musical como uma estratégia terapêutica potencializadora da relação humana, que promove a integração do cliente no ambiente hospitalar, revelando assim sua importância para a enfermagem fundamental (BERGOLD, 2005).

É oportuno ressaltar que uma das reivindicações do grupo de clientes sujeitos dessa pesquisa foi justamente a criação de um espaço grupal envolvendo música e diálogo. A própria dinâmica de criatividade e sensibilidade, parte importante do método de pesquisa utilizado à época<sup>1</sup>, baseada na crítica reflexiva grupal de Freire (1980), foi considerada pelos participantes um espaço de compartilhamento de experiências, de sentimentos e de ideias.

A utilização de grupos como estratégia terapêutica, desde suas primeiras iniciativas, baseia-se na possibilidade de um ou mais participantes influírem benéficamente sobre os outros, tornando-se um espaço de suporte emocional entre pessoas com preocupações e experiências semelhantes (MUNARI; FUREGATO, 2003). Além disso, tem entre suas características ser um espaço de reflexão e de interação através do desenvolvimento da capacidade do diálogo e da escuta sensível.

Essas experiências demonstraram as possibilidades de aliança entre música e estratégias grupais de cuidado e impulsionaram-me na presente tese à proposta de criação dos encontros musicais, pensados como uma estratégia de cuidado passível de aplicação pela enfermagem.

---

<sup>1</sup> Método de Pesquisa Criativo-Sensível, cujo eixo norteador de produção, discussão, análise e validação dos dados são as dinâmicas de criatividade e sensibilidade.

## 2. A problemática e a construção do objeto de tese

Os resultados alcançados com a dissertação de mestrado somados às experiências assistenciais anteriores, especialmente as vivenciadas junto a clientes sob tratamento quimioterápico, revelaram-se importantes na conformação da problemática e construção do objeto da presente tese.

Durante os encontros, no contexto da quimioterapia (QT), os clientes falavam sobre o momento em que souberam do diagnóstico de câncer e solicitavam esclarecimentos acerca da doença e do tratamento. Em diversas ocasiões, nossa equipe observou que alguns repetiam insistentemente o relato do episódio, evidenciando o imenso impacto emocional que essa descoberta trouxera a eles, demonstrando dificuldade em superar o momento do diagnóstico. Além disso, não participavam com entusiasmo de outros assuntos ou atividades. O diagnóstico cria um mundo paralelo em que se convive com um 'intruso' que leva à vivência de sentimentos de perda além de provocar um afastamento da vida cotidiana (MERCÊS; MARCELINO, 2004).

Essa dificuldade em superar o impacto diante da descoberta da doença é preocupante, pois pode se transformar em depressão e agravar o quadro orgânico devido às implicações no sistema imunológico. Existe uma relação entre a depressão e o aparecimento de tumores, além desta ser associada à diminuição do número e de atividade das células Natural Killer (NK), conhecidas por sua capacidade de destruir células neoplásicas. Aprender a manejar o stress físico e psicológico no contexto do adoecimento e tratamento do câncer é muito importante, e quando não há uma intervenção efetiva, a condição imunológica pode piorar, aumentando a vulnerabilidade da pessoa (AMORIM, 1999).

Nessa experiência desenvolvida no contexto da quimioterapia, alguns clientes relatavam o quanto a constatação da presença do câncer havia modificado, de forma positiva, suas vidas; não pela doença em si, mas por esta permitir uma reavaliação de seus modos de pensar que culminava com o aumento do prazer de viver. A maioria, no entanto, relatava experiências negativas, principalmente no que tange às restrições de lazer e às interferências nas relações sociais. Ao tempo em que expressavam esperanças na recuperação plena da saúde, demonstravam insatisfação com sua condição atual. Outros clientes ainda apresentavam um discurso excessivamente otimista, por vezes, artificial, que parecia denunciar um estado de negação à doença.

Essa ambivalência é comum e revela a oscilação entre o medo e a esperança, tornando-se prejudicial quando os sentimentos considerados negativos, como o medo e a raiva, não podem ser expressos. A repressão dos sentimentos exige um dispêndio muito grande de energia tornando-se um perigo para a saúde devido à ansiedade em escondê-los, o que pode levar a uma condição estressante. Somente com a expressão, conscientização e o enfrentamento desses sentimentos é que o paciente pode aliviar o estresse e dedicar-se à sua recuperação, o que vem ao encontro das proposições teóricas de Watson (2002).

O desenvolvimento da atividade grupal junto aos clientes com câncer trazia à tona as dificuldades por eles sentidas em viver essa realidade e, como o surgimento da doença influenciava seu cotidiano e suas relações sociais, em especial, com os familiares. Eles revelavam o quanto era difícil e penoso conversar com seus familiares acerca de temas relacionados ao câncer, como: limitações impostas pelo tratamento, redução da autonomia e outros que envolviam sentimentos considerados negativos, a exemplo da tristeza e do medo.

Para Marcon e Elsen (1999) já não basta entender o doente como pertencente a uma família, mas situar ambos como foco da assistência de enfermagem. Como a família geralmente não está preparada para enfrentar o adoecimento e suportar o sofrimento de seu familiar, isso acaba contribuindo com que esse processo de enfrentamento se torne ainda mais sofrido para todos os envolvidos.

Pensar a família como um sistema implica em vê-la como um complexo de elementos em mútua interação, uma unidade que deve ser focalizada na interação de seus membros (WRIGHT; LEAHEY, 2002). Para Wernet e Ângelo (2003), na perspectiva sistêmica de família, toda e qualquer vivência interfere e altera o funcionamento da mesma.

A família possui capacidade de adaptação, e sempre busca uma forma de reestruturação para manter o seu ideal de vida. Assim, a família é quem diz ser, cujos indivíduos podem ou não estar relacionados a linhas de sangue ou legais, mas se consideram como família. Dessa forma, 'sistema familiar' nesse estudo refere-se a uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados ou viverem juntos, mas entre os quais existe um compromisso e um vínculo, o que inclui familiares próximos, distantes ou mesmo companheiros ou amigos que convivem ou participam do cuidado ao cliente.

Assim é, pois, necessário um olhar especial sobre esse sistema quando ocorre um caso de câncer com um de seus membros. Nessa situação não apenas o paciente, mas todos os integrantes da família necessitam de proteção e apoio, sob pena de apresentarem outros

problemas de saúde. A situação familiar se complica ainda mais se o responsável pelos cuidados também adoecer.

Sobre este aspecto, Silva (2000) ressalta a necessidade de modificar o estilo de vida e alterar as prioridades da família como forma de evitar um desgaste maior. Acrescenta que, por um lado, os eventos estressantes podem levar a oportunidades de mudança, resultando em benefícios à saúde e crescimento para os envolvidos. Por outro lado, para alguns indivíduos ou famílias, esses eventos podem reduzir a capacidade de enfrentar efetivamente os problemas.

Os estudos na área de oncologia (LEWIS, 2004; MOLINA, 2006; BERVIAN; GIRARDON-PERLINI, 2006; HAYASHI; CHICO; FERREIRA, 2006; BARROS; LOPES, 2007), aliados à minha experiência profissional vêm apontando que a maioria dos clientes refere-se à importância do apoio familiar no tratamento, e como se sentem gratos por poderem contar com essa ajuda. Contudo, alguns relatam dificuldades nas relações familiares, que contribuem com o aumento da depressão, ansiedade, medo, sensação de solidão e desamparo.

Essas dificuldades podem estar relacionadas à preocupação e ao medo da exposição dos sentimentos e conflitos internos dos clientes, numa forma de proteção àqueles que os acompanham. Por outro lado, o medo exacerbado por parte dos familiares pode resultar em cuidados excessivos aos clientes, tolhendo-os em sua autonomia, ou em uma falsa alegria e/ou esperança para dar força ao doente, impedindo-os de demonstrar tristeza ou angústia, e nesse ‘mascaramento’ da dor tornam-se prisioneiros dela, não podendo enfrentar a situação com liberdade (MERCÊS; MARCELINO, 2004).

Molina (2006) salienta que o enfrentamento do câncer no sistema familiar ocorre através de três processos distintos e sequenciais: descobrindo a doença, que envolve conflito emocional; percebendo mudanças após diagnóstico para toda família, envolvendo, entre outros, aspectos orgânicos, sociais, e mesmo espirituais; e a última etapa, que envolve a necessidade de adaptação, tendo que conviver com o câncer.

Vale também destacar que não é só o diagnóstico de câncer que produz alterações significativas, o tratamento quimioterápico também afeta todo o sistema familiar. Este promove mudanças nas suas relações que interferem, não somente no desenvolvimento da doença, mas no curso de suas vidas. Essas alterações, quando negativas, podem levar todo o sistema à dificuldade de expressar sentimentos e de discutir estratégias de enfrentamento da situação. Assim sendo, é importante que a enfermeira perceba a situação em que os

familiares se encontram para poder cuidá-los de forma efetiva, lançando mão de estratégias capazes de contribuir com a integridade desse sistema.

Ocorre que a instituição hospitalar e a dinâmica do cuidado neste contexto, apesar de apontarem a importância de uma abordagem psicossocial ao cliente e seu familiar, ainda se volta muitas vezes para uma prática tecnicizada. Isso se deve em grande parte ao aumento de tecnologias ‘hardware’ com as quais a enfermagem tem que lidar, em especial, no contexto da oncologia, como os equipamentos, produtos químico-farmacêuticos, procedimentos e protocolos específicos. Já as tecnologias ‘software’, constituídas por instrumentos sociais, como produção de vínculo e acolhimento no cuidado, ainda são pouco discutidas e valorizadas na prática clínica (SECOLI; PADILHA; OLIVEIRA LEITE, 2005).

O papel gerencial do enfermeiro é também um outro fator que o pode afastar de intervenções de apoio e presença efetiva junto aos clientes ao ter que desempenhar funções voltadas para a organização do ambiente e o atendimento às exigências institucionais quanto ao controle de material e medicação. Assim, o acúmulo de funções, a necessidade de uma constante atualização frente à evolução dos equipamentos e medicamentos, além do próprio desgaste emocional proveniente da convivência com clientes graves, contribuem com o afastamento do enfermeiro de uma de suas mais importantes funções, qual seja, o suporte emocional aos clientes, incluindo a família.

Nesse ínterim, há que se refletir sobre as condições e possibilidades do enfermeiro para prestar cuidado integral ao cliente e sua família. Em uma pesquisa realizada com enfermeiros que trabalham em oncologia, estes apontaram que não têm conhecimento sobre o que “foge à rotina ou aos procedimentos técnicos”, servindo de argumento para o enfoque nos cuidados técnicos (RECCO; LUIZ; PINTO, 2005).

Denota-se daí que a insegurança quanto ao lidar com o sofrimento do cliente e sua família pode restringir a ação do enfermeiro na promoção do cuidado de natureza expressiva, uma vez que este cuidado implica em estabelecimento de vínculos e de relações de confiança e reciprocidade que, muitas vezes, o enfermeiro “não tem capacidade de oferecer por não ter conhecimento sobre as devidas estratégias de enfrentamento” (op. cit., p. 89).

Mesmo quando se destaca a importância de suporte aos pacientes oncológicos para o enfrentamento da doença, esse é visto principalmente como orientação e esclarecimentos

sobre a doença e o tratamento (FRIGATO; HOGA, 2003). Há um predomínio de intervenções centradas no atendimento às necessidades psicobiológicas, enquanto as psicossociais acabam voltadas ao caráter educativo, de natureza informativa, com destaque ao autocuidado do cliente. As intervenções pautadas nas necessidades de autoestima, autoimagem, aceitação e segurança emocional ainda são muito escassas (GUTIERREZ et al, 2000).

Com efeito, as características próprias do hospital e do cuidado, neste contexto, restringem propostas inovadoras que conclamam os profissionais de saúde a pensarem o cuidado sobre outra lógica. Em consequência, essas iniciativas acabam sendo particularizadas, isoladas.

Moreira (2002) ressalta a importância de a enfermagem contemplar ações de natureza expressiva no planejamento do cuidado aos clientes em quimioterapia. Aponta para a necessidade do “saber-fazer”, que se, por um lado envolve aspectos técnicos importantes no cuidado a esse cliente, por outro, pode contribuir para o desenvolvimento de uma prática tecnicada, pautada por padrões e normas que não garantem uma assistência holística que envolva desejo, prazer, interações sensíveis e emocionais.

Segundo a autora, favorecer aos clientes a expressão de fatores que possam estar desencadeando sua ansiedade auxilia-os a elaborarem melhor a percepção de seus problemas e a adotarem mudanças de comportamento mais favoráveis a eles mesmos. Aponta ainda que, entre os cuidados imediatos mais requeridos pelos clientes em tratamento de quimioterapia para aliviar o estado de ansiedade, estão aqueles relativos ao apoio emocional, ambiente confortável, além de cuidados físicos, ressaltando a importância de se pesquisarem estratégias que promovam o cuidado sensível.

O termo estratégia relaciona-se à arte de aplicar os meios disponíveis ou explorar condições favoráveis para alcançar objetivos específicos (FERREIRA, 1999). Tem sido amplamente utilizado em estudos realizados pela enfermagem como ação que cria condições para: implementar o cuidado, intervenção ou assistência (MORAIS, 2005); promover mudanças de visão ou comportamento do cliente/família/enfermeiro (FERREIRA, 2006); melhorar a qualidade da assistência ou da saúde (CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005), entre outros.

Morin (2006, p.62) utiliza o termo estratégia como um dos três caminhos para enfrentar a incerteza da complexidade do mundo pós-moderno. É o esforço realizado no sentido de estar preparado para a incerteza existente nas consequências de qualquer ação

designada pelo autor como uma das vias para a ‘ecologia da ação’. Assim, a estratégia tem em vista um objetivo, determina os desenvolvimentos da ação e escolhe um deles em função do que ela conhece sobre um ambiente incerto; procura reunir as informações colhidas e os acasos encontrados no percurso. Para o autor, “a vida exige estratégia, e se possível, serendipidade<sup>2</sup> e arte”. Compartilhando desta visão, defendo nesta tese o desenvolvimento de uma atividade integradora junto ao sistema familiar que convive com o câncer, preparada para a incerteza e para os possíveis achados valiosos nesse caminho.

Quero destacar que apesar de se falar na família como um sistema, o que frequentemente se observa na prática são os clientes vistos separadamente do seu núcleo familiar e vice-versa, ainda que se considere a influência deste ambiente sobre o cliente. Essa postura, embora salutar, é reducionista, pois separa os integrantes da família, a despeito da consideração de que, através de sua forma de interagir eles influenciam e são influenciados pelo contexto da doença. Lewis (2004) afirma que a maior parte das pesquisas enfoca o paciente ou o cuidador familiar, mas não enfoca a família como família, em uma concepção de sistema, tendo em vista a complexidade a ela inerente.

Um dos problemas complexos abordados por Morin (1996) é o de disjunção relacionado ao estudo do homem, pois ele é simultaneamente biológico e não biológico e é estudado separadamente: o biológico, pelo departamento de biologia e, o cultural e psicológico, nos departamentos de ciências humanas, o que impõe sempre uma visão mutilada. Além disso, o homem não é somente biológico-cultural, mas também social, tendo uma natureza multidimensional que inclui um pensamento duplo: o racional, empírico e técnico; e também o simbólico, mitológico e mágico. Ou seja, não pode ser visto de forma reducionista ou disjuntiva, sob o risco de perder a sua complexidade.

Assim, a emergência do paradigma da complexidade não pretende alcançar o princípio unitário de todos os conhecimentos, porque isso seria uma nova redução que apagaria toda a diversidade do real, mas pensar em uma lógica que, ao mesmo tempo separa e associa, sem reduzi-los a unidades elementares (MORIN, 1999). Nesse enfoque, esse é um estudo transdisciplinar que busca aproximar os conhecimentos do campo da enfermagem e da musicoterapia para subsidiar o desenvolvimento dos encontros musicais, sob a influência do pensamento complexo.

---

<sup>2</sup> Segundo The New Penguin Compact English Dictionary, serendipity é a faculdade de descobrir prazer ou coisas valiosas pelo acaso.

Amparada nesse paradigma, a presente tese considera que as intervenções de enfermagem de natureza integradora e participativa devem ser consideradas no conjunto das estratégias de cuidado desenvolvidas junto ao cliente e sua família. Os encontros musicais podem se constituir em uma dessas estratégias.

Nesse sentido, optei como proposta de tese aliar a música à atividade grupal multifamiliar, através da *implementação dos encontros musicais como estratégia de cuidado junto ao sistema familiar no contexto da quimioterapia*, sendo este o **objeto** de estudo, na intenção de avaliar sua contribuição para a ciência do cuidado de enfermagem. Com este propósito, utilizo-me da sensibilização através da música e sua relação com o contexto cultural (RUUD, 1998); e das bases teórico-filosóficas que sustentam o Caritas Processes (WATSON, 2008).

A conformação do objeto de tese parte do **pressuposto** de que a música estimula o diálogo e promove o encontro da enfermeira e seus clientes (sistema familiar) no âmbito dos encontros musicais, ampliando as possibilidades de interação entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, o que resulta na potencialização do cliente para o enfrentamento das diferentes situações que permeiam o adoecimento pelo câncer e o contexto da quimioterapia.

### **Questões Norteadoras:**

- a) Que limites e possibilidades se apresentam à implementação dos encontros musicais como estratégia de cuidado e de pesquisa em enfermagem?
- b) Qual é a pertinência dos encontros musicais na perspectiva dos participantes?
- c) De que modo essa estratégia pode contribuir com o cuidado de enfermagem em oncologia?

### **Objetivos:**

- a) Implementar uma estratégia inovadora de cuidado em enfermagem sob a ótica da complexidade.
- b) Avaliar os encontros musicais como estratégia de cuidado e de pesquisa desenvolvida junto ao sistema familiar que con(vive) com o câncer.
- c) Analisar a pertinência dos encontros musicais na perspectiva de seus participantes.
- d) Discutir limites e possibilidades dessa estratégia no contexto da quimioterapia.

### **3. Justificativa e Importância do Estudo**

A incidência do câncer cresce no país e no mundo acompanhando o envelhecimento populacional em decorrência do aumento da expectativa de vida e das transformações globais que alteraram a situação de saúde pela urbanização acelerada e novos modos de vida e padrões de consumo. Com o recente envelhecimento da população brasileira, é possível identificar um aumento expressivo na prevalência do câncer, o que demanda um grande esforço para oferecer uma atenção adequada aos doentes (BRASIL, 2006).

As estimativas sobre a incidência de câncer em 2008 válidas também para 2009 apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer, sendo o mais incidente o câncer de pele do tipo não melanoma (115.000 novos casos), seguidos pelo de próstata e pulmão no sexo masculino, e os de mama e colo de útero no sexo feminino (BRASIL, 2007).

Esse aumento da incidência de câncer tornou-se um grande problema de saúde pública, envolvendo tanto a etapa de diagnóstico precoce quanto os meios de reabilitação física, social e psicológica. O avanço na detecção precoce, bem como, em novas possibilidades de tratamento, tem resultado em um aumento da sobrevivência. Contudo, a melhoria da expectativa de vida se contrapõe a uma alteração no estado de saúde global devido não só à doença, como aos tratamentos propostos que causam grande impacto no paciente e na sua família (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Um dos piores momentos vivenciados pela família é o do recebimento do diagnóstico, pois, tanto o paciente quanto sua família se deparam com uma avalanche de sentimentos, por vezes, ambivalentes e contraditórios. O sofrimento para os envolvidos está intimamente ligado ao desconhecimento sobre o que possa lhes aguardar e ao medo da morte. A sensação de descontrole é marcante, pois os familiares não sabem se conseguirão conviver com o sofrimento e se terão condições de ajudar o doente (MOLINA, 2006; BERVIAN; GIRARDON-PERLINI, 2006).

O câncer é, portanto, uma das doenças crônicas que mais provocam impacto negativo por estar relacionado a uma expectativa de morte e por ser seu tratamento considerado um processo difícil e desgastante, o que demanda o desenvolvimento de redes de apoio, estando a família, na maioria das vezes, no centro desta rede.

A família participa de todo o processo de vida de seus membros, nele presente o relativo à saúde e à doença. Nesse sentido, o diagnóstico e o tratamento de câncer pode desencadear uma desorganização a nível pessoal e familiar que, retroativamente afeta todo

o sistema. O tratamento quimioterápico amplia ainda mais a complexidade que o envolve, considerando os diversos fatores que interferem neste processo, intensificando a necessidade de cuidado junto a este sistema no enfrentamento da situação. E, para ser compreendido em toda sua amplitude necessita da concepção de cada pessoa dele participante, como sujeito.

No que tange à produção do conhecimento na área da enfermagem em oncologia, na década de 80/XX as enfermeiras já realizavam experiências no âmbito acadêmico que se revelaram úteis para desenvolver metodologias específicas no cuidado junto à família. Estas experiências visavam estimular ao máximo a participação familiar, a partir da identificação das dificuldades e forças da família para cuidar do doente (MARCON; ELSSEN, 1999).

Na década de 90/XX houve um aumento de publicações de enfermagem indicando uma ampliação do olhar sobre a família como unidade e descrevendo sua vivência em diferentes cenários de cuidado. É importante destacar a influência de Wright e Leahey (2002) sobre vários estudos realizados nesse período, principalmente no tocante ao fato de que a intervenção de enfermagem junto às famílias não deva obedecer a um padrão determinado. Elas sugerem que a enfermagem, juntamente com as famílias, discuta quais intervenções são mais úteis para estas, frente à experiência de uma doença específica.

As autoras (op. cit.) apontam a importância de conceptualizar ideias de intervenção a partir de concepções advindas do pós-modernismo e construcionismo social, ressaltando a impossibilidade de conhecermos a 'realidade'. Outras enfermeiras brasileiras salientam a importância de interagir com a família a partir de uma troca de saberes (MARCON; WAIDMAN, 2003), baseado no conhecimento do processo de cuidar aprendido e construído pelas famílias em sua trajetória (ELSEN, 2002).

Analisando fontes bibliográficas recentes sobre oncologia no Brasil (SILVEIRA, C.S.; ZAGO, M. F., 2006), observa-se existência de lacunas nesta área, demonstrando que a pesquisa ainda não está consolidada, apesar dos avanços alcançados ao longo de mais de duas décadas. Um aspecto que chama atenção é que, dos artigos publicados em enfermagem sobre oncologia, somente 19% são derivados de dissertações ou teses. Dentre as temáticas que vêm sendo abordadas, ressalta-se a importância da atuação dos profissionais de saúde como relevantes no enfrentamento da doença, não só através da informação ao cliente e sua família, mas no encorajamento e conforto oferecidos a estes.

Estudo acerca da produção e difusão do conhecimento de enfermagem na área de oncologia aponta que a preocupação principal das enfermeiras relaciona-se com aspectos da assistência e organização do processo de cuidar de clientes e familiares (MOREIRA et al, 2006). Contudo, poucas utilizam teorias de enfermagem como embasamento teórico neste processo, preferindo buscar respaldo na área própria de oncologia ou das ciências sociais, indicando uma importante lacuna no âmbito da enfermagem.

Apesar do avanço na forma como se concebe o cuidado à família, as publicações oficiais sobre o tema não mostram o mesmo progresso. O Ministério da Saúde, por exemplo, aponta a necessidade de se garantir acesso aos serviços e cuidado integral na área de oncologia (BRASIL, 2006). No entanto, das 119 páginas publicadas sobre a situação do câncer no Brasil e os modelos assistenciais na área, somente um parágrafo é dedicado ao cuidado integral, referindo-se à família apenas como ‘apoio familiar/suporte social’.

Assim, embora a maior parte das pesquisas abordadas nesses estudos focalize a interação familiar e a necessidade da enfermagem em priorizar o diálogo ou promover apoio emocional a esse grupo social, na sua maioria, clientes e familiares não são concebidos em uma perspectiva de sistema. Com efeito, o avanço científico e tecnológico, embora tenha possibilitado o aumento da taxa de cura, sobrevida e melhoria da qualidade de vida dos portadores de câncer, por si, não dá conta da complexidade que envolve o sistema familiar que vive situação de câncer.

Assim, é importante que se imprima uma visão mais ampliada sobre o processo saúde-doença em prol de uma assistência integral e humanizada, incluindo ações que envolvam o cuidado ao sistema familiar como um todo complexo e dinâmico. Há, portanto, necessidade de se estender o desenvolvimento de estudos que abordem a utilização de estratégias de cuidado criativas e sensibilizadoras junto a este sistema e que se sustentem no entendimento da complexidade que lhe é própria.

A necessidade de se investir em estratégias de cuidado que abranjam o cliente em sua integralidade tem apontado para a integração do conhecimento advindo de outras disciplinas. Assim, evidencia-se a importância da transdisciplinaridade para o estudo de problemas complexos, como os relacionados ao contexto da assistência em saúde ao cliente em tratamento oncológico e sua família, pois a “constituição de um objeto e de um projeto, ao mesmo tempo interdisciplinar e transdisciplinar, é que permite criar o intercâmbio, a cooperação, a policompetência” (MORIN, 2006, p. 110).

Nesse estudo, a ideia é aliar o campo do saber e de prática próprios da enfermagem com o da musicoterapia, de modo a contribuir com a efetividade do cuidado de enfermagem. A enfermagem e a musicoterapia se tangenciam desde suas origens enquanto profissões. Nightingale (1989) se referiu à música como uma possibilidade terapêutica, embora impraticável à época devido ao seu alto custo. Vale destacar que o surgimento da musicoterapia, no período compreendido entre as duas guerras mundiais, contou com a participação de duas enfermeiras norte-americanas, Ilse e Seymour que contribuíram para divulgar o uso da música nos hospitais (BERGOLD, 2005).

Outra interface entre as duas profissões, é que ambas produzem seu conhecimento a partir da prática, da necessidade de encontrar soluções para os problemas com os quais se deparam na realidade. Chagas (2008) aponta que a própria musicoterapia é 'híbrida', pois se baseia tanto na arte, através da música, quanto na ciência, com os fundamentos terapêuticos da utilização desta, e que o principal motivador desta construção interdisciplinar é o problema que exige resposta.

Assim também ocorre na enfermagem. Na busca de respostas, dentre outras ações interdisciplinares, os enfermeiros têm buscado na musicoterapia recursos para a sua prática, realizando alguns estudos em que utilizaram a música com as seguintes finalidades: redução da dor crônica (DOBRO; SILVA, 1999); interação enfermeira-cliente ou da própria equipe (SÃO MATEUS, 1998; ALVES, 2001); promoção de bem-estar ou prevenção do estresse no ambiente hospitalar voltados para adultos e crianças (BACKES et al, 2003; WEBER et al, 2003); facilitadora no processo de ensino-aprendizagem tanto para clientes quanto para enfermeiros (RAVELLI, 2004; BERGOLD; ALVIM; CABRAL, 2006); cuidado de enfermagem em hemodiálise (INCHOSTE et al, 2007); recurso no desenvolvimento de oficina terapêutica em saúde mental (CAMPOS; KANTORSKI, 2008).

Alguns destes estudos procuravam enfatizar efeitos específicos da música, procurando alcançar finalidades terapêuticas com clientela inserida em diversos cenários. Contudo, o desenvolvimento, tanto da prática, quanto de pesquisas, vem mostrando que sua influência é mais abrangente, não podendo ser reduzida a um aspecto somente, pois a música envolve reações sensoriais, hormonais, fisiomotoras e psicológicas. Sua utilização terapêutica, portanto, deve focalizar o ser humano integralmente de modo a atendê-lo em todos os seus aspectos, respeitando o seu potencial e a sua forma de ser (BERGOLD, 2005).

Munari e Furegato (2003, p. 10), sobre os objetivos dos trabalhos em grupo, salientam que estes oferecem suporte para ajudar pessoas “durante períodos de ajustamentos a mudanças, no tratamento de crises ou ainda na manutenção ou adaptação a novas situações”. Contudo, as autoras apontam que a maioria das publicações sobre atividades grupais não se refere ao preparo dos enfermeiros para o desenvolvimento dessas experiências, ressaltando que estes profissionais têm poucas oportunidades de conhecer aspectos teórico-vivenciais sobre o trabalho grupal. Torna-se, portanto, imprescindível a divulgação de pesquisas que abordem essas atividades, especialmente na condição de estratégias terapêuticas no campo da assistência de enfermagem.

Destaca-se também que, apesar de a enfermagem atualmente estar demonstrando interesse no desenvolvendo de atividades grupais em diferentes âmbitos da assistência, inclusive na oncologia, há poucos estudos que utilizam desta abordagem abrangendo o contexto da quimioterapia, especialmente, com o uso do estímulo musical como parte dessa estratégia; ainda mais, considerando a relação da pesquisa e cuidado no âmbito de grupos de convergência como parte da metodologia deste estudo, a Pesquisa Convergente Assistencial. Tais abordagens podem trazer subsídios importantes para o cuidado de enfermagem no contexto da oncologia.

É importante, também, refletir sobre estratégias que enfocam abordagens integradoras de cuidado no âmbito do ensino. Waldow (2004) salienta que os currículos de enfermagem e a atitude docente, apesar de discutirem a importância de estudar o ser humano de forma integral, na prática enfatizam prioritariamente as habilidades técnicas na assistência. Isto cria uma dicotomia entre prática e ensino que poderá se refletir posteriormente na atuação do profissional que atribuirá pouca valorização à interação cliente-enfermeira e cliente-família como um aspecto importante no cuidado.

Nesse sentido, é de suma importância estudos que abordem práticas criativas e sensíveis e que incluam clientes e seus familiares, abrindo novas possibilidades tanto no âmbito da assistência quanto do ensino, uma vez que essas práticas no cuidado valorizam, sobremaneira, aspectos da subjetividade humana (BERGOLD; ALVIM; CABRAL, 2006).

Destaca-se, ainda, a possibilidade de utilizar a música como um recurso no cuidado de enfermagem capaz de promover o diálogo inter e intrafamiliar em outros grupos de apoio a clientes com doenças crônicas e seus familiares, ampliando abordagens, que sustentadas em estudos transdisciplinares, possam contribuir tanto para a ciência como para os fundamentos e a arte da enfermagem.

## Canteiros

(Fagner - sobre texto de Cecília Meireles)

Quando penso em você  
fecho os olhos de saudade  
Tenho tido muita coisa,  
menos a felicidade  
Correm os meus dedos longos  
em versos tristes que invento  
Nem aquilo a que me entrego  
já me traz contentamento

Pode ser até manhã,  
cedo claro feito dia  
Mas nada do que me dizem  
me faz sentir alegria  
Eu só queria ter no mato  
um gosto de framboesa  
Prá correr entre os canteiros  
e esconder minha tristeza

Que eu ainda sou bem moço prá tanta tristeza  
E deixemos de coisa, cuidemos da vida,  
Pois se não chega a morte ou coisa parecida  
E nos arrasta moço, sem ter visto a vida

## CAPÍTULO I

### MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

As escolhas que fiz acerca dos teóricos com os quais venho construindo um diálogo, nesta tese, fazem parte da bagagem de conhecimento que tem acompanhado minha trajetória de vida, tanto pessoal quanto acadêmico-profissional. Quando iniciei a formação sistêmica, minha forma de perceber o mundo passou por uma mudança vinculada ao contato com o paradigma da complexidade, o que me auxiliou a perceber as relações que unem e constroem os sistemas, principalmente o familiar.

Essa forma de pensar o mundo como um tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, incertezas e desordem, é denominado pensamento complexo (MORIN, 2007), e venho exercitando-o com a intenção de encontrar respostas mais satisfatórias para os problemas que surgem na minha prática profissional. Assim, através do enfoque da complexidade procuro unir as bases teóricas deste estudo: a teoria do cuidado transpessoal, de Watson (1996; 2002; 2007), e a relação entre música e cultura abordada por Ruud (1990; 1991; 1998).

A escolha pelos teóricos que sustentam esse estudo transdisciplinar tem para mim um significado pessoal. Conheci ambos em 2003, no Rio de Janeiro, em diferentes eventos científicos, quando me preparava para fazer a seleção para o mestrado. Eles me impressionaram, não somente pelos conhecimentos que transmitiam, mas por suas atitudes, que transpareciam coerência na forma como se relacionavam com as pessoas.

Utilizei-os como referência durante o mestrado e, aprofundando meu conhecimento sobre ambos, percebo que minha escolha afinal recaiu sobre uma visão diferente do mundo aliada às atitudes que as pessoas adotam em seus contextos. Perspectivas essas que estão presentes também no desenvolvimento dessa tese.

#### **1.1. Pensamento complexo: fundamentos para se pensar o cuidado em oncologia junto ao sistema familiar**

Para delinear a base teórica que sustenta esta tese, considero importante destacar alguns aspectos das transformações paradigmáticas que vêm ocorrendo na ciência moderna, pois a mudança de paradigmas tem grande influência nas concepções atuais sobre família e sobre as novas abordagens que ampliam o contexto do cuidado de enfermagem.

Segundo Esteves de Vasconcellos (2003, p.69), a ciência tradicional, comumente chamada de moderna, se baseia em três pressupostos. O primeiro é o da simplicidade, que reside na crença em que, separando-se o mundo complexo em partes, encontram-se elementos simples, ou seja, é preciso separar as partes para entender o todo. Esse pressuposto acarreta numa atitude de análise e busca de relações causais lineares que influenciou toda a ciência moderna.

O segundo pressuposto é o da estabilidade, a partir do qual acredita-se que o mundo é estável e que é possível prever os fenômenos e controlá-los. O terceiro, o da objetividade, se baseia na possibilidade de conhecer objetivamente o mundo como ele é na realidade. Este último, também, teve grande influência na ciência, pois pressupõe uma única versão do conhecimento e a separação entre o sujeito que conhece e o objeto a ser conhecido, impondo que a subjetividade do sujeito deve ficar à parte do objeto estudado.

Uma das transformações no paradigma pós-moderno, segundo Santos (2002), ligada à crise do paradigma dominante, refere-se justamente ao fato de que toda ação humana é subjetiva e não pode ser descrita ou explicada com base nas suas características exteriores e objetiváveis, uma vez que o ato externo pode corresponder a sentidos de ação muito diferentes. Outra questão se refere ao fato de que não é possível estudar um objeto sem o alterar; o que conhecemos do real é o que introduzimos nele, esmaecendo as fronteiras entre o sujeito e o objeto.

A mudança paradigmática também sofreu influência do conhecimento advindo das ciências sociais sobre a importância do contexto para o conhecimento científico, e a busca não só do conhecimento das coisas, mas do conhecimento do conhecimento. A biologia contribuiu para a mudança a partir da substituição da noção de lei pelas noções de sistema, estrutura, modelo e processo, o que auxiliou no declínio da hegemonia da causalidade, que começa a ser substituída pela ideia de circularidade.

Para Esteves de Vasconcellos (2003), o pensamento sistêmico está profundamente implicado nesse novo paradigma da ciência, que provocou alterações nos três pressupostos descritos anteriormente, indicando mudança: da simplicidade à complexidade, da estabilidade à instabilidade e da objetividade a intersubjetividade. Importa destacar que esta mudança vem ocorrendo gradativamente, e não substituiu o paradigma da modernidade que ainda prevalece hegemônico em muitos campos do conhecimento.

Morin (2006, p.14), entre outros epistemólogos, amplia o pressuposto da complexidade interligando-o aos outros pressupostos da transição paradigmática, afirmando

que há complexidade onde quer que se produza um emaranhamento de ações e interações. Para o autor, a complexidade existe de fato:

quando os componentes que constituem um todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico) são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, o todo e as partes.

O estudo da complexidade, inicialmente, se relacionou ao da cibernética<sup>3</sup> e à concepção da interação entre os elementos de um sistema, que se refere a “nada está isolado no universo, tudo está em relação” (MORIN, 1996, p. 275). Cada indivíduo em uma sociedade é uma parte de um todo, mas como a sociedade intervém desde o seu nascimento através da linguagem, normas e cultura, o todo também está na parte. Contudo, isso não significa que o indivíduo seja um simples reflexo do todo, pois conserva sua singularidade e individualidade, mas ainda assim contém o todo.

Este é o princípio do holograma: não só a parte está no todo, mas o todo está na parte. Nesse sentido, o autor faz uma crítica à ciência moderna, que separa o objeto do seu contexto e, também, do observador, apontando a disjunção e a redução do pensamento ao buscar a explicação do todo através da constituição de suas partes, querendo assim eliminar o problema da complexidade. Outra questão é que essa forma de pensamento obscurece os problemas complexos, e que a imposição do paradigma da objetividade faz com que acreditemos ver a realidade. Contudo, vemos apenas o que o paradigma nos pede para ver.

Quanto ao pressuposto da instabilidade, Morin (1996) destaca a existência de fenômenos aleatórios que não podem ser determinados e que agregam incerteza ao pensamento, podendo ser utilizados como um elemento necessário aos processos de criação e invenção. Os fenômenos aleatórios estão relacionados ao reconhecimento da desordem ligada à entropia, uma medida da desordem molecular, que abalam a ideia de um mundo ordenado e estável funcionando como uma máquina. A desordem exige uma nova forma de pensar que inclui a indeterminação e imprevisibilidade dos fenômenos (ESTEVES DE VASCONCELLOS, 2003).

Dessa forma, as alterações nos pressupostos da ciência moderna, provenientes da evolução da própria ciência, acarretaram mudanças em diversas áreas do conhecimento,

---

<sup>3</sup> Disciplina científica que surgiu no final da década de 40, fundada pelo alemão Norbert Wiener, utilizando como conceitos chave a informação e a organização e produzindo um questionamento profundo sobre o mecanicismo e o objetivismo da tradição científica. Definida por Wiener como a ciência que estuda o controle e a comunicação no animal e na máquina.

inclusive na forma de abordar as questões familiares. Esta fica evidenciada na evolução dos modelos de terapia familiar, assim como na assistência de enfermagem às famílias.

Os estudos realizados sobre o câncer e a sua influência na vida pessoal, familiar e social do indivíduo apontam para a importância de uma abordagem transdisciplinar de modo a se evitar a redução e a simplificação das concepções acerca do cuidado na área, criando novas possibilidades de estratégias de cuidado que atendam o cliente em sua integralidade.

Morin (1996), em sua defesa ao pensamento sistêmico, aponta o nascimento de ciências diferentes das disciplinas clássicas como a cosmologia, as ciências da terra e a ecológica, que reúnem dados de outras disciplinas, criando novas conexões e reflexões. Destaca serem ciências que têm por objeto um sistema e sugere que a ideia de objeto é fechada, monótona e uniforme, e deveria ser substituída pela noção de sistema.

A abrangência desses aspectos indica que a importância da complexidade não se relaciona à possibilidade de novas soluções para os problemas, ou de uma nova metodologia, mas sim, pela possibilidade de incitar novas formas de pensar e agir. Os desenvolvimentos próprios de nosso século nos confrontam, inevitavelmente, com os desafios da complexidade. Entre esses, o problema do ensino, devido a compartimentação dos saberes e da incapacidade de articulá-los uns aos outros. Assim, o autor entende que a aptidão para contextualizar e integrar é uma qualidade fundamental da mente humana, que necessita ser desenvolvida.

Essa premissa é importante, pois a relaciono à necessidade de concebermos o cliente em seu contexto, considerando sua integração com a família como um sistema. Essa interrelação dos membros do sistema familiar, para ser compreendida em toda sua amplitude, necessita da concepção de cada um de seus membros como um sujeito “que dá unidade e invariância a uma pluralidade de personagens, de caracteres, de potencialidades”. Ou seja, o sistema familiar, para ser apreendido, necessita de uma concepção complexa do sujeito, o que aumenta a complexidade do próprio sistema. A compreensão humana nos chega quando sentimos e concebemos os seres humanos como sujeitos e nos tornamos abertos a seus sofrimentos e alegrias (MORIN, 2006, p.128).

As alterações na forma de compreendermos o mundo e as relações complexas que fazem parte deste, provenientes do paradigma emergente, contribuíram para o desenvolvimento de novas abordagens com a família. Contudo, para efeitos deste estudo,

apresento os conceitos que têm uma relação mais próxima com o desenvolvimento dos Encontros Musicais.

A visão sistêmica familiar se beneficiou muito das contribuições de Maturana (1995), que em seus estudos apontou a ‘clausura operacional’ do sistema, referente ao fato de que, embora a relação com o ambiente seja fundamental, esse não controla os cursos do sistema, que responde às suas próprias leis de constituição e compatibilidade. Assim, a informação para um sistema não é algo pré-definido, mas algo que faz sentido para ele, o que significa que o sistema não admite ‘interação instrutiva’, ou seja, não é comandado por estímulos externos.

Por isso, a questão do ensino/aprendizagem é tão complexa: se a informação ‘ensinada’ não fizer sentido o outro não a assimila. É necessário um estímulo próximo ao sistema, ou uma linguagem compatível com o que ele pode assimilar. Mas, é importante destacar que isso não significa estagnação do sistema, pois os eventos aleatórios e a resposta imprevisível do sistema geram movimentos criativos que podem levar à mudança e evolução do sistema.

Outra questão importante é a inclusão do observador nos sistemas que observa, pois ele próprio é um sistema auto-organizador que forma um novo sistema, o sistema observante, no qual observador e sistema observado interatuam através de processos auto-referenciais (MATURANA, 1995).

Outro conceito importante desenvolvido por Maturana (op. cit), que contribuiu para o construtivismo<sup>4</sup>, é que não há realidade independente da linguagem, o mundo não é composto de coisas externas que se captam no ato de observar, e sim um mundo que surge dinamicamente na relação com outros seres humanos.

Assim, se o mundo em que vivemos se configura com o dos outros na convivência e na linguagem, construímos a linguagem e a nós mesmos nessa convivência, o que aponta a importância da intersubjetividade. A linguagem não transmite informação e não reflete o mundo, ela cria o mundo e o sujeito a partir de um domínio cooperativo de interações, através de referenciais compartilhados (RAPIZO, 1996).

Outro ponto importante para a presente tese é a ‘narrativa’, que é o campo das histórias em comum compartilhadas pelas famílias, pelos grupos sociais e pelos profissionais. Esse conceito advém do construcionismo social que define a realidade como

---

<sup>4</sup> Teoria da psicologia que propõe que o conhecimento resulta da interação de uma inteligência sensório-motora com o ambiente, segundo o Novo Aurélio Dicionário da Língua Portuguesa.

acordos narrativos co-organizados em conversações. A realidade de cada um se baseia em acordos, em consenso; o foco da atenção não é o indivíduo ou família, mas as histórias encaixadas no espaço virtual da conversação entre pessoas (SLUZKI 1997).

Nesse enfoque, a terapia de família baseia-se em uma conversação terapêutica que busca e explora o diálogo, o entrecruzamento de ideias no qual novos sentidos estarão continuamente evoluindo. O papel do terapeuta é o de um artista da conversação, ele facilita e cria o espaço para uma conversação dialógica, sendo um observador/facilitador/participante desta conversação (GOOLISHIAN; ANDERSON, 1996).

Considero esse um enfoque importante na condução de uma estratégia de cuidado que envolve atividade em grupo, como é o caso dos Encontros Musicais. A enfermeira, assim como o terapeuta, é uma observadora, facilitadora e participante da conversação, e busca através dos acordos e consensos entre as narrativas uma forma de desenvolver o cuidado expressivo junto aos participantes.

Estas realidades narrativas, construídas socialmente, podem conferir sentido e organização à experiência individual. Contudo, para alcançar este tipo especial de conversação terapêutica, é necessária uma postura baseada na posição de 'não-saber', o que gera uma genuína curiosidade que estimula essa conversação. Nesse processo, um novo sentido emerge tanto para o cliente quanto para o terapeuta. Assim, a curiosidade é uma posição terapêutica que dá oportunidade para a construção de novas formas de ação e interpretação (CECHIN, 1996).

A curiosidade sobre o sistema familiar pode trazer recursos importantes para aumentar a interação entre seus membros e a enfermeira, facilitando o diálogo que pode levar ao crescimento de ambos. Assim, a interação entre os sistemas familiares e a enfermeira nos Encontros Musicais pode se desenvolver em direção a um sistema de cuidados que, no sentido de promover suporte, pode ser considerado como uma rede social.

Para Sluzki (1997), os processos de rede<sup>5</sup> se dão no espaço interpessoal. A rede social contém e é gerada pelas histórias que constituem a identidade de seus membros, legitimando a posição relativa dos participantes e gerando a existência simbólica destes membros. É co-construir novas narrativas que possam ampliar as possibilidades de ação do

---

<sup>5</sup> A rede social pessoal é a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui para o seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua autoimagem. Constitui uma das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência, incluindo os hábitos de cuidado da saúde e a capacidade de adaptação em uma crise.

sistema, a partir da visão do terapeuta e do sistema, incluindo as diferenças de cada um e o conhecimento sobre a rede social.

Desta feita, para uma nova abordagem familiar, é importante uma visão diferenciada que implicará em uma atitude diferente da enfermeira que inclua a percepção da família como sistema e da complexidade que envolve o binômio saúde-doença a partir das mudanças paradigmáticas discutidas até aqui. Morin (2006) defende como essencial trabalhar com uma percepção de cultura que permite distinguir, contextualizar, globalizar os problemas multidimensionais, globais e fundamentais e dedicar-se a eles. Destaca que a parte mais importante da vida social vem das relações intersubjetivas, e que para conhecer o que é humano, individual, interindividual e social é preciso unir explicação e compreensão.

Nesse sentido, o que mais importa quando penso o cuidado com o sistema familiar não é o acúmulo de informações sobre/para ele, mas a atitude de curiosidade respeitosa que permitirá construir, através das músicas e dos diálogos (narrativas) o sistema de cuidados que inclua a visão da enfermeira e do sistema familiar.

## **1.2. A evolução teórica de Watson para o Caritas Processes (WATSON, 2002; 2007; 2008)**

Watson (2002), ao atualizar sua teoria para o ‘cuidar-curar transpessoal’ aponta a mudança de paradigma da enfermagem para além da pós-modernidade que se estrutura sobre o cuidar baseado em uma ontologia, uma ética de relacionamento, de ligação e consciência. Essa consciência está relacionada à mudança de visão de si e do outro, em uma procura de mudança ontológica no modelo de cuidar.

A importância do conceito em expansão acerca do que significa ser humano é fundamental para o cuidar na enfermagem. Este abarca mente-corpo-alma como centro da atenção. O cuidar interessa-se pela arte do ser humano, interessa-se pelo transpessoal e transcultural, pelo objetivo, subjetivo e intersubjetivo. “Cuidar e curar dizem respeito à relação, não à separação, ao significado, à essência e à descoberta da sacralidade no próprio ato de cuidar” (WATSON, 2002, p.15).

Watson (op cit.) afirma que para evoluir significativamente é necessário ver de forma diferente o próprio mundo e aponta novas visões emergentes da ciência, como o pensamento quântico, fundamentais para essa evolução. Apoia-se nos aspectos da complementaridade relacionada às partículas ou ondas da matéria que apontam o fim do pressuposto da objetividade, já abordadas anteriormente. Refere-se, também, à desordem e

às mudanças rápidas relacionadas ao princípio da incerteza, assim como ao modelo holográfico e à complexidade, à noção do todo inteiro e à interligação de todas as coisas. Destaca, ainda, um campo de cuidar no qual influi o conceito quântico de ondas irradiando de cada pessoa e tornando-se parte de um novo campo de possibilidades, afetadas pela consciência de cada um e pela intencionalidade.

Alguns pressupostos dessa mudança de paradigma referem-se à constatação de que o cuidar é realizado em relação, e consiste de uma consciência de valores e motivos. Uma relação de cuidar e um ambiente de cuidado preservam a dignidade humana, o todo e a integridade, através de uma presença e escolha autênticas. Envolvem processos e possibilidades de autocrescimento, autoconhecimento e autorecuperação. O enfoque nesse novo campo de possibilidades, em que estão envolvidos a consciência de cada um, e a intencionalidade de cuidar da enfermeira no momento de cuidar promove o encontro entre esses sujeitos.

Posteriormente, Watson (2007) avançou na fundamentação do Ser-em-Relação com o paradigma do Cuidar, ampliando-a para um modelo científico, que reintegra a metafísica com o domínio do físico e reafirma a Ética-do-Pertencer ao campo do Amor Cósmico Universal. Este último avanço, segundo a autora, traz uma dimensão sagrada ao trabalho de cuidar, tornando mais explícita a concepção de que as experiências do viver humano são fenômenos com dimensões espirituais, filosóficas, éticas e morais.

Watson em 2008 atualizou seu livro “Nursing: the Philosophy and Science of Caring”, onde afirma que a Ciência do Cuidar é o ponto de partida para a enfermagem; como um campo de estudo oferece uma fundamentação disciplinar para a profissão. A teórica provê uma meta-narrativa, guia de valores ético e moral para sua ciência e o fenômeno humano; uma abordagem para cuidar-reconstituir pessoa-natureza-universo. Isso reintroduz as dimensões espirituais e sagradas de volta ao nosso trabalho, vida e mundo.

Contudo, a autora pontua que há uma diferença entre a disciplina da enfermagem e a profissão de enfermagem. A disciplina transmite conhecimento à profissão, mas esta, sem clareza do seu contexto disciplinar, perde-se nas mudanças do mundo externo e na pressão para a conformidade com o *status quo* do momento. Apesar de haver mudanças atualmente em todas as disciplinas, a enfermagem ainda se encontra presa em pensamentos datados ligados a uma ontologia de separação física e material do mundo.

Em contraste, há a ontologia relacional que respeita o fato de que estamos todos conectados ao campo universal infinito. A ciência do cuidar explicita a unidade e conexão

existente entre todas as coisas e o grande círculo da vida: mudança, doença, sofrimento, morte e renascimento. Sua orientação move a humanidade mais próxima à moral comunitária, às relações de paz com outras comunidades.

Sua teoria atual aborda o Caritas Processes (2008) como uma ampliação dos Fatores de Cuidado (Carative Factors), sendo o centro de sua filosofia/teoria. Caritas é uma palavra de origem latina que significa apreciar, prestar uma especial atenção a, representa a caridade e compaixão, generosidade de espírito, algo precioso que necessita ser cultivado e mantido. A autora optou por Caritas por considerar que ele invoca intencionalmente a palavra amor, que faz uma conexão mais explícita entre cuidar e amor. Amor é o mais alto nível de consciência e a grande força para toda a reconstituição do mundo. Entre as suposições básicas da ciência do cuidar, adaptada e modificada das versões anteriores, destacam-se:

- O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado interpessoalmente; contudo, a consciência do cuidar pode ser comunicada além, transcende tempo, espaço e físico.
- Os processos e conexões intersubjetivos mantêm vivo o sentido em comum de humanidade; eles nos ensinam como ser humanos, identificando-nos com os outros, onde a humanidade de um se reflete no outro.
- Cuidar consiste dos Fatores de Cuidado / Caritas Processes que facilitam a reconstituição, o sentido de totalidade, e contribuem para a evolução da humanidade.
- O cuidar efetivo promove reconstituição, saúde, crescimento individual e familiar e um sentido de totalidade, perdão, que produz consciência e uma sensação de paz que transcende o medo do mal estar, doença, diagnóstico, traumas, transformações e outros.
- Cuidar é aceitar a pessoa, não somente como é agora, mas como pode vir a ser.
- Uma relação de cuidado é a que convida à emergência do espírito humano, expondo seu potencial, estando autenticamente presente e permitindo que a pessoa explore as opções, escolhendo a melhor ação para si, para estar em relação a qualquer momento.
- A prática do Cuidar é central à enfermagem. Suas contribuições sociais, morais e científicas estão no seu comprometimento profissional aos valores éticos e ideais da Ciência do Cuidar na teoria, prática e pesquisa.

Entre as premissas da Ciência do Cuidar, também adaptadas de seus escritos anteriores, destaco as seguintes, que se relacionam com a presente tese:

- A Ciência do Cuidar abrange pluralismo epistemológico, procurando entender a interseção e as conexões desenvolvidas entre as artes e as ciências humanas e da saúde.

- A Ciência do Cuidar abrange todas as formas de conhecer/ser/fazer: ética, intuitiva, pessoal, empírica, estética e mesmo espiritual/metafísica maneiras de conhecer e Ser.

Watson (2002) se refere ao uso intencional e consciente de modalidades transpessoais de cuidar-curar que atualizem artes pré-modernas de cuidar de Nightingale. Ao relacionar as modalidades auditivas, ela refere que Nightingale introduziu a importância do som e da música como básicos para a saúde e cuidados de enfermagem. A autora destaca o poder da enfermagem para controlar e alterar o ruído ambiental que pode provocar mudanças no sistema de cuidados, mas que poucos enfermeiros usam sistematicamente a música como uma arte de cuidar. Aponta, entre outras finalidades terapêuticas a utilização da música durante a quimioterapia como forma de reduzir as náuseas e vômitos nos pacientes adultos, além de atuar como catalisadora para aumentar as capacidades interiores de autocura.

Para a autora (op.cit.), o cuidar-curar transpessoal requer uma epistemologia em expansão e integra todas as formas de conhecimento. Essa integração dos conhecimentos aponta para a importância da realização de pesquisas com abordagem transdisciplinar. Não no sentido da homogeneização, que reduziriam todos os fenômenos a uma explicação de um único saber globalizante, como aponta Vasconcelos (2004, p. 108); ou seja, sem considerar as diferenças e incompatibilidades na origem histórica, conceitual e epistemológica das disciplinas assim como as implicações éticas, ideológicas desses pontos de vista. Mas sim, no intento de “reconhecer a complexidade e multidimensionalidade dos fenômenos físicos, biológicos, humanos, sociais e ambientais, que exigem um conjunto pluralista de perspectivas diferentes de abordagem”. Como este conjunto que abrange, nesse estudo, conhecimentos sobre sensibilização musical, sistemas familiares, e cuidado de enfermagem no contexto da quimioterapia.

### **1.3. Música, cultura e saúde (RUUD, 1990; 1991; 1998)**

Segundo Ruud (1998), não considerar o contexto cultural e social que envolve a música dificulta a percepção da forma que a sociedade e cultura podem se organizar para promover saúde. Aceitar que a vida emocional interior está relacionada a um amplo conceito de saúde pode ressaltar a importância da música para a nossa cultura.

Se o reconhecimento da emoção é considerado uma questão cultural e, se a música é considerada uma espécie de representação de emoções na nossa cultura, isso aponta para a música como um importante meio para definir e identificar essas emoções. Ou seja, a

comunicação através da música, de como e quando se canta ou toca uma canção, é “uma maneira importante de definir, diferenciar, pesquisar e apontar nuances na vida interior, ou trazer à baila áreas até então não pesquisadas nesse panorama” (RUUD, 1991, p. 168).

Para Ruud (1998), é imprescindível refletir sobre os aspectos interpessoais da identidade relacionados ao contexto cultural onde essa identidade se forma. Fazer parte de um grupo social e cultural, em um tempo histórico específico, em um determinado lugar situa o sujeito de maneira particular na cultura como um membro de uma classe social, grupo étnico ou de determinado gênero. Abrange também a construção de sua paisagem musical. O contato com a música durante o desenvolvimento do sujeito o faz conhecer diferentes culturas, e adquirir um importante conhecimento social.

Rudd (op.cit.) afirma que a música, por estar sempre presente no nosso cotidiano, estrutura e ancora muitas situações por nós vivenciadas, tendo um papel importante ao realçar e posicionar os eventos de nossas vidas de forma significativa. As experiências musicais nos trazem à consciência sentimentos relacionados às experiências vividas. A canção pode criar lembranças bastante fortes, que ao serem lembradas durante uma situação assustadora, podem auxiliar a pessoa a superar uma tarefa difícil.

É importante ressaltar que, para o autor, o conceito de música relacionado ao homem também pode ter um enfoque reducionista, pois se este é apresentado como um ser puro ou espiritual, sem corpo ou cultura, a música passa a ser uma linguagem universal ou espiritual que influencia nossas mentes, independente da história ou cultura. Essa postura acrítica pode levar a formulações generalistas para a utilização terapêutica da música sem contextualizá-la dentro da cultura.

Isso aviva o debate acerca das questões sobre quem controlará quem, apontando para a importância da ética e do respeito frente à escolha musical do outro na afirmação de sua autonomia. Dessa forma, torna-se importante enfatizar a relação do ser humano-música como societária e vinculada à cultura, o que nos predispõe a fazer a leitura dos contextos culturais que originam interconexões entre música e identidade (RUUD, 1990). Na pesquisa do mestrado sobre as visitas musicais, essa relação ficou evidenciada quando os sujeitos desta, ao escolherem músicas de sua preferência se sentiram valorizados, diminuindo assim o processo de despersonalização que ocorre com frequência no contexto hospitalar (BERGOLD, 2005).

Desta feita, é imprescindível, em qualquer atividade terapêutica que envolva manifestações musicais, respeitar as singulares representações da música e não impor uma

nova linguagem ou modelo para o cliente reescrever suas experiências. Agir a partir do repertório musical do cliente está de acordo com um respeito básico pela sua identidade musical, sua dignidade e direitos humanos (RUUD, 1998).

O autor (op. cit) destaca a natureza interdisciplinar da própria musicoterapia que busca uma concepção de indivíduo no qual os fatores biológicos, psicológicos e sociológicos são considerados necessários para um entendimento do cliente e sua relação com a música e como essa relação pode ser utilizada numa estratégia terapêutica. Aponta, ainda, que para essa concepção é necessária uma mudança para um paradigma de holismo e complexidade compatíveis com uma teoria sistêmica que tem um enfoque ecológico, relacionando o cliente com seu meio.

Chagas (2008) avança nessa questão afirmando que a própria musicoterapia, ao ter origem interdisciplinar, é considerada híbrida, pois a sua prática não pertence à música, à psicologia ou à medicina. A autora afirma ainda que a existência de um conhecimento híbrido como a musicoterapia já significa uma transformação nas estruturas disciplinares anteriores, o que a aproxima da complexidade, “própria às tramas que articulam arte e ciência”.

Outro ponto importante abordado por Ruud (1998) é o ‘comportamento saudável’ como algo que influencia sistematicamente nossa qualidade de vida. Afirma que nos cuidamos, não somente através de hábitos alimentares ou exercícios para o corpo, mas também por meio do nosso comportamento cultural, que inclui, entre outros: como passamos nosso tempo, manejamos nossas vidas, como somos apegados aos nossos valores, como escutamos música.

Ruud também desenvolveu um modelo teórico para analisar a música desenvolvida no processo de musicoterapia com outro teórico, Lars de Bonde, que o apresentou em um curso<sup>6</sup>, o qual tive a oportunidade de assistir recentemente. Esse modelo aponta quatro níveis de experiências musicais que podem ser avaliados em musicoterapia: fisiológico, sintático, semântico e pragmático. O primeiro se refere às reações fisiológicas ao som enquanto o nível sintático relaciona-se às regras e princípios gerais da estrutura musical. O semântico está relacionado ao fenômeno existencial e espiritual, que envolve experiência de humor, relevância e significado. O pragmático, relaciona a música como uma atividade que pode ser realizada com outros, ligado à interação: música como processo e atividade.

---

<sup>6</sup> Curso “Analisando a Música em Musicoterapia – improvisações e composições: uma visão de métodos quantitativos e qualitativos” ministrado dias 26 e 27 de setembro de 2008 no VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia” – Palácio Capanema, cidade do Rio de Janeiro – RJ.

Nessa tese, para fins da análise dos encontros musicais, como estes não envolveram as reações fisiológicas ao som, nem cabe discutir as regras ou estrutura das músicas cantadas, só serão utilizados como critério analítico o fenômeno estético, e os níveis semântico e pragmático. Serão utilizadas também as categorias relacionadas com os espaços de identificação dos sujeitos com a música: espaço pessoal, espaço social, espaço tempo/lugar e espaço transpessoal, que serão detalhados no capítulo 5.

#### **1.4. O câncer e a quimioterapia: influências/repercussões no sistema familiar**

Os dados epidemiológicos apontam que o câncer é um problema de saúde pública no Brasil, com a incidência acompanhando o ritmo do envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida e as transformações relacionadas ao desenvolvimento acelerado. Os dados relativos ao ano de 2004 revelam que ocorreram 141 mil óbitos decorrentes de diferentes tipos de câncer, representando 13,7% de todos os óbitos registrados no país ficando atrás somente das doenças do aparelho circulatório que chegou a 27,9% (INCA, 2008).

A diferença entre incidência e mortalidade mostra a relação entre casos novos e o número de óbitos, e é influenciada basicamente pela gravidade de cada tipo de câncer, devido às suas características de malignidade, e também pelo diagnóstico precoce e existência de tratamento eficaz (INCA, 2008).

O diagnóstico do câncer inclui identificar o estágio do tumor para que seja feito o prognóstico e sejam decididas as opções de tratamento. A identificação do estadiamento deve ser feita antes que o tratamento comece para fornecer os dados básicos que permitirão avaliar os resultados da terapia (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

O estadiamento determina o tamanho do tumor e a existência de metástases, existindo diversos sistemas para classificar a extensão da doença. Nesse estudo será utilizado o sistema TNM por ser o mais comum, sendo usado inclusive no local em que se realizou a pesquisa. Nesse sistema o “T” refere-se à extensão do tumor primário, “N” ao envolvimento de linfonodos e “M” à extensão da metástase, conforme apresentado no Quadro nº 1, enquanto os grupamentos do sistema TNM são usados para definir o estadiamento, conforme o Quadro nº 2.

### Quadro nº 01 – Sistema de classificação do estadiamento do câncer

<b>SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO (TNM)</b>	
<b>TUMOR PRIMÁRIO (T)</b>	
TX - O tumor primário não pode ser avaliado	
T0 - Sem evidências de tumor primário	
Tis - Carcinoma in situ	
T1, T1, T3, T4 Tamanho crescente e/ou extensão local de tumor primário	
<b>LINFONODOS REGIONAIS (N)</b>	
NX - Os linfonodos regionais não podem ser avaliados	
N0 - Nenhuma metástase para linfonodo regional	
N1, N2, N3 Envolvimento crescente dos linfonodos regionais	
<b>METÁSTASE A DISTÂNCIA (M)</b>	
MX - A metástase à distância não pode ser avaliada	
M0 - Nenhuma metástase à distância	
M1 - Metástase à distância	

### Quadro nº 2 – Grupamento por Estádios

(Fonte: International Union Against Câncer – <http://www.uicc.orb>.)

<b>Estadiamento</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio II A	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estádio II B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estádio III A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Estádio III B	T4	Qualquer N	M0
	Qualquer T	N3	M0
Estádio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

O tratamento oncológico baseia-se em quatro intervenções básicas: cirurgia e radioterapia como tratamentos locais e a quimioterapia (QT) e a terapia com agentes biológicos (hormônios, anticorpos ou fatores de crescimento) como tratamentos sistêmicos (ANJOS; ZAGO, 2006). Frigato e Hoga (2003, p.213-4) afirmam que essas intervenções têm grandes repercussões, provocando transformações nas relações entre os clientes e seus familiares, “o que requer atenção e suporte por parte dos profissionais, sobretudo da enfermagem”.

A quimioterapia é um tratamento clínico sistêmico que atinge tanto as células normais quanto as neoplásicas, afetando principalmente as células de reprodução rápida como as da medula óssea, mucosa intestinal e folículos pilosos. A ação sobre as células normais pode acarretar muitos efeitos colaterais, como a mielodepressão, náuseas, vômitos, anorexia, constipação, diarreia, fadiga e mucosite, além da toxicidade do medicamento quimioterápico que pode também causar neuropatia periférica, ototoxicidade e nefrotoxicidade (FRIGATO; HOGA, 2003).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2008), os principais efeitos colaterais dos antineoplásicos são: náusea e vômitos; febre; fadiga e mal estar; e alopecia. Entretanto, Silva e Derchain (2006) apontam que as repercussões emocionais à doença podem até exceder os sofrimentos de ordem física. Parte desses sentimentos está ligada a concepções desenvolvidas no ambiente cultural sobre o câncer e que geram expectativas negativas sobre a doença e o tratamento.

É importante refletir sobre o temor que acompanha todo o tratamento quimioterápico, relacionado à expectativa dos efeitos colaterais. Para os clientes, cada ciclo é diferente, pois provoca reações adversas e singulares que podem, ou não, já terem sido experimentadas por eles e que acompanham toda a trajetória da quimioterapia, não importando quantas vezes eles tenham vivido essa situação. Tal aspecto traz um alerta à enfermagem, pois, ao partir do pressuposto que após o primeiro ciclo, os efeitos colaterais já são conhecidos pelos clientes, os profissionais podem não considerar a angústia dos clientes a cada novo ciclo, o que pode promover um descompasso entre a assistência prestada e o cuidado recebido (CAMARGO; SOUZA, 2002).

Cabe ressaltar, também, a importância da atitude desse profissional frente ao tratamento quimioterápico. Como afirmam Anjos e Zago (2006, p.39), “a experiência da quimioterapia envolve uma dimensão que vai além das reações de náuseas e vômitos, nem sempre valorizada pelos profissionais de saúde, entre eles, os enfermeiros”.

A influência da quimioterapia sobre a vida do cliente se faz presente não só pela transformação em seus corpos físicos, que afeta sua imagem corporal e sua autoestima, mas, também, pelos sentimentos conflituosos relacionados a essas transformações, como dor, sofrimento, medo, frustração, angústia e desespero (FONTES, 2006).

Para o familiar, a quimioterapia também promove sofrimento, havendo relatos de ser um evento constrangedor, doloroso e que faz com que este sinta como se ele próprio

estivesse fazendo também o tratamento. É visto como doloroso pelos efeitos colaterais, sendo responsabilizado pelas alterações no cotidiano e emocionais, transformações dos corpos e inabilidade física, promovendo tristeza, medo, nervosismo depressão e angústia (SOUZA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

Um dos suportes mais importantes é o familiar, que se revela no apoio para o cliente não desistir da vida, através de palavras de encorajamento, ajuda física e emocional e também na participação efetiva das decisões e questões relacionadas ao tratamento, assim como no acompanhamento durante a quimioterapia (BERGAMASCO; ÂNGELO, 2001; MELO; SILVA; FERNANDES, 2005; BERVIAN; GIRARDON-PERLINI, 2006). Outra forma de apoio evidenciada é o estar com o familiar doente junto, presente ou perto.

Ainda são subestimadas as repercussões do adoecimento por câncer sobre todo o contexto familiar. É notório, contudo, que, devido à gravidade da situação e o tempo prolongado da doença e do tratamento, ocorre uma instabilidade familiar que pode se agravar a partir da necessidade imperiosa de um membro da família atuar como cuidador (PIRES, 2002).

Esta instabilidade, diante da alteração da rotina e das funções familiares, associada à angústia de ver um ente querido com doença grave, pode sobrecarregar a família levando-a a transtornos físicos ou psíquicos. Além disso, o próprio tratamento produz sofrimento, não apenas na esfera física, mas também na psicológica e social, tornando o cliente e a família, emocionalmente abalados. Assim, a importância da participação familiar em grupos terapêuticos não pode ser reduzida somente a cuidar de quem cuida. A enfermeira deve estar atenta ao fato de a participação familiar ser fundamental na promoção da saúde do próprio sistema.

Um dos aspectos que se alteram a partir da constatação da doença e durante o tratamento é o religioso, tanto para o cliente quanto para a família. Implica em busca pela espiritualidade, paz interior ou salvação, sendo constatado que algumas pessoas consideram ir à igreja e desenvolver trabalhos voluntários como as atividades que lhes dão mais prazer (MOREIRA, 2002).

É importante destacar o papel da enfermagem na assistência oncológica, pois através da prática dialógica pode-se realizar o cuidado expressivo, no sentido de aliviar sentimentos destrutivos e ameaçadores. Desse modo, o cliente pode sentir-se encorajado a verbalizar seus temores, expressar suas dúvidas, preocupações, anseios e expectativas, em

uma “autêntica relação de ajuda, de solidariedade e apoio no enfrentamento das situações que se apresentam ao viver e conviver com o câncer” (FONTES, 2006, p. 89).

Assim como o cliente, a família deve ser assistida tão imediatamente quanto possível, no sentido de receber esclarecimentos sobre a doença, os tratamentos e suas possíveis repercussões na vida sócio-familiar de todo o sistema, de modo a melhor prepará-lo para lidar com as diferentes situações no con(viver) com a presença do câncer. Molina (2006) salienta que o cuidado integral é importante para a convivência intra-familiar na superação de uma doença grave.

O papel das enfermeiras torna-se fundamental na assistência oncológica, uma vez que acompanham o cliente e sua família durante todas as fases da doença, desde aquela que precede a confirmação diagnóstica até durante o tratamento e sua reabilitação. Essa continuidade é uma oportunidade ímpar para apoiar o sistema familiar no processo de enfrentamento da doença (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2007).

Novos questionamentos e concepções devem ser estimulados, no sentido do reconhecimento da necessidade de apoiar o paciente e sua família como uma unidade que precisa de ajuda. Contudo, não se deve perder a perspectiva das necessidades individuais de seus componentes, respeitando a vulnerabilidade e o estado emocional de cada um (BIELEMANN, 2003). Escutar e olhar com atenção torna-se um importante instrumento para entrar em seu mundo e escutar com envolvimento suas experiências e sentimentos. Ou seja, apreender que o cuidar é uma arte a ser aprendida (SALES; MOLINA, 2004).

Seguindo esta direção, novas abordagens vêm sendo realizadas na assistência de enfermagem em oncologia que buscam realizar um cuidado integral ao cliente (AMORIM, 1999; FERNANDES; RODRIGUES; CAVALCANTE, 2004; SECOLI; PADILHA; OLIVEIRA LEITE, 2005; CASARIN; HECK; SCHWARTZ, 2005; BARBOSA; SANTOS; LEITÃO, 2007).

Denota-se que a necessidade de promover suporte ao cliente (con)vivendo com o câncer e seu familiar é um assunto que vem sendo cada vez mais debatido, mas a prática ainda se mostra pouco eficaz para atender às necessidades e anseios expressados por eles nos diversos estudos realizados. Assim, é importante que se imprima uma visão ampliada sobre o processo saúde-doença em prol de uma assistência integral e humanizada, incluindo ações que envolvam o cuidado ao sistema familiar como um todo complexo e dinâmico.

Ademais, há necessidade de se ampliar o desenvolvimento de estudos que abordem a utilização de estratégias de cuidado sensibilizadoras junto ao sistema familiar, sendo os encontros musicais uma proposta pertinente e inovadora nesse contexto, o que mostra também a relevância da presente tese.

## Eu Sei Que Vou te Amar

(Tom Jobim / Vinícius de Moraes)

Eu sei que vou te amar  
Por toda a minha vida eu vou te amar  
Em cada despedida eu vou te amar  
Desesperadamente, eu sei que vou te amar  
E cada verso meu será  
Prá te dizer que eu sei que vou te amar  
Por toda minha vida  
Eu sei que vou chorar  
A cada ausência tua eu vou chorar  
Mas cada volta tua há de apagar  
O que esta ausência tua me causou  
Eu sei que vou sofrer a eterna desventura de viver  
A espera de viver ao lado teu  
Por toda a minha vida

## CAPÍTULO II

### CAMINHOS METODOLÓGICOS

#### **Tipo de Pesquisa**

Considero a abordagem qualitativa a mais adequada para o desenvolvimento deste estudo que abrange um imbricamento de aspectos que importam à pesquisa e ao cuidado: a implantação de uma estratégia de cuidado que aplica a música como recurso terapêutico articulado à prática do cuidar de enfermagem no contexto da quimioterapia. A estratégia é desenvolvida no encontro da enfermeira com sistemas familiares con(vivendo) com o câncer, em uma perspectiva grupal denominada Encontros Musicais.

Em uma proposta de pesquisa transdisciplinar, que por sua natureza estimula o diálogo e a troca entre diversos campos do saber no enfoque de fenômenos complexos, a metodologia qualitativa torna-se imprescindível. Tais fenômenos são marcados pelos processos de emergência de propriedades novas ou diferentes a partir da interação das partes ou de níveis diferenciados de realidade ou organização, marcando a necessidade de distintas epistemologias e paradigmas. Além disso, neste estudo é importante refletir que o imperativo da complexidade é também pensar de forma organizacional, que inclua uma relação profunda com o ambiente, uma relação auto-eco-organizadora (MORIN, 1999).

Tendo em vista os aspectos subjetivos que conformam o objeto em estudo, a abordagem qualitativa permite, não somente uma melhor avaliação e aprofundamento de tais aspectos como, também, a descoberta de novas perspectivas. Além de descritiva, por descrever as dimensões, as variações e a importância do fenômeno, a pesquisa é também exploratória uma vez que não somente investiga a natureza complexa dos fenômenos, mas a de outros fatores com os quais ele se relaciona.

Para responder as questões da pesquisa e atingir os objetivos propostos, optei pela Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) por sua orientação estar voltada para a resolução de problemas, realização de mudanças ou introdução de inovações nas práticas de saúde que podem levar a construções teóricas (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA abrange a situação de cooperação mútua entre pesquisador e sujeitos da pesquisa por requerer a participação ativa destes, o que vem ao encontro da proposta de atuar junto a sistemas familiares no contexto da quimioterapia, implementando uma

estratégia inovadora de cuidado, em um processo de co-construção, mantendo uma postura ética voltada para o respeito aos interesses dos participantes.

A característica intrínseca da PCA é a aproximação intencional da pesquisa com a assistência, mantendo a autonomia de cada um desses processos. Isso implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial enquanto investiga, e ao mesmo tempo beneficiar a pesquisa com o acesso às informações procedentes deste contexto. Avalio que essa perspectiva seja atendida com os Encontros Musicais (EM), pois ao mesmo tempo em que oferece subsídios favoráveis à prática de cuidados utilizando a música como recurso terapêutico, também produz dados que contribuem para a construção da ciência da enfermagem, especialmente neste caso, aplicada ao contexto da quimioterapia.

É importante destacar que a intenção nesta pesquisa não é atribuir ênfase ao “pensar” ou ao “fazer”, mas ao “aprender a fazer”, que segundo Trentini e Paim (2004) levam à renovação da prática. Nesse enfoque, procurei desenvolver uma sistematização para os EM, que se deslocasse “do que fazer” para o “como fazer”, chegando ao “saber fazer”, que será detalhado adiante.

## **Etapas da Pesquisa Convergente-Assistencial**

### ***a) Fase da Concepção***

Esta fase se deu a partir da experiência prévia, já relatada, no âmbito da clínica oncológica, quando desenvolvi um trabalho em equipe com clientes e familiares e percebi a importância da música naquele contexto para descontrair, promover o diálogo e integrar as pessoas. O ingresso no curso de doutorado, aliado à possibilidade de retorno àquele setor, culminou com a proposta de desenvolvimento de uma estratégia de cuidado que congregasse clientes e familiares de modo a contribuir para o processo de reconstituição destes (WATSON, 2002).

Durante a revisão bibliográfica para a construção da tese, este projeto tomou uma dimensão mais consistente, quando verifiquei que outros enfermeiros compartilhavam do propósito de assistir as famílias que convivem com o câncer (MOLINA, 2006; BIELEMANN, 2003; BARROS; LOPES, 2007; BERVIAN; GIRARDON-PERLINI, 2006). Sabe-se, também, que o tratamento quimioterápico acarreta uma série de transformações que ampliam a angústia tanto do cliente, quanto do familiar (FONTES, 2006, ANJOS; ZAGO, 2006, SALES; MOLINA, 2004). Estes fatores me levaram à

proposta de implementação dos encontros musicais como uma estratégia de cuidado junto a esses sujeitos, pensados sob a ótica de um sistema, haja vista tratar-se de uma unidade complexa cujos elementos afetam e são afetados mutuamente, interferindo em todo o seu funcionamento.

***b) Fase da Instrumentação: decisões metodológicas***

► ***Espaço***

O espaço escolhido foi o Hospital-Dia do Hospital Central do Exército (HCE), localizado no bairro de Benfica, cidade do Rio de Janeiro. Neste local ocorrem internações breves para realização de pequenas cirurgias e para o tratamento medicamentoso voltado para a neurologia e oncologia.

Este setor foi recentemente reformado e é dividido em três segmentos: 1) Entrada - consta de recepção com cadeiras para espera, secretaria e banheiros. 2) Meio - corredor largo, com cadeiras encostadas à parede, ladeado por portas. Possui acesso ao consultório médico; à sala da chefia e do posto de enfermagem; a três boxes com duas camas e cadeira para acompanhante providos com vidros nas portas para facilitar a visualização do corredor; além de uma sala comunitária com 7 poltronas, um aparelho de TV, também com janelas de vidro voltadas ao posto de enfermagem e uma porta com vidro com vista para o corredor. 3) Centro cirúrgico de pequeno porte localizado ao final do corredor.

O tratamento de quimioterapia é realizado ou nos boxes, onde ficam os clientes mais debilitados que necessitam de leito e também àqueles que preferem um ambiente mais isolado; ou, na sala comunitária.

O local escolhido para a implementação dos EM foi a sala comunitária, considerada adequada para a atividade. No planejamento prévio da estratégia, consultei a equipe de enfermagem sobre a colocação de cadeiras extras, quando necessário, para acolher os familiares. A equipe aprovou a medida e a cada encontro, eu mesma providenciava cadeiras de plástico extras de acordo com o número de acompanhantes.

A equipe de enfermagem do setor é composta por 4 enfermeiros, sendo 3 civis e 01 tenente enfermeiro, que se revezam nas atividades de chefia, organização do ambiente, pedidos de medicamento e material, além da assistência direta aos clientes e orientações aos familiares. Há também 4 técnicos de enfermagem: 3 civis e 1 sargento, que instalam as medicações e mantêm o controle das mesmas, sendo responsáveis, também, pela observação e cuidado aos clientes que realizam a QT. Os procedimentos para infusão

venosa aos mais debilitados ou com rede venosa deficiente são realizados pelos enfermeiros. O horário da equipe de enfermagem é distribuído pelos turnos da manhã e da tarde, pois o setor não funciona à noite.

A equipe médica é formada por 3 oncologistas: 1 major e 2 tenentes. Há, ainda, visitas periódicas realizadas pelos serviços de psicologia e nutrição. Esta última orienta a dieta e coordena os copeiros que trazem a alimentação para os clientes em tratamento.

Nessa fase da decisão metodológica, intensifiquei o diálogo com a equipe de enfermagem no sentido de sensibilizá-la quanto ao apoio necessário ao desenvolvimento da pesquisa no setor. As informações e sugestões dessa equipe contribuíram, sobremaneira, para o êxito da implementação da estratégia. Os enfermeiros esclareceram minhas dúvidas sobre o estado dos clientes, além de facilitar o acesso à listagem diária dos que estavam programados para a QT bem como aos dados do prontuário. Contribuíram, também, com sugestões sobre o melhor dia para realizar os encontros, tendo sido definida a quinta-feira para o desenvolvimento da atividade por concentrar maior número de clientes agendados para este tratamento.

### ► *Participantes*

O total de participantes foi 27, sendo 17 clientes em tratamento de quimioterapia em condições físicas que não os impedissem de participar, e 10 familiares acompanhantes. Ambos deveriam demonstrar interesse em participar da pesquisa. Os sujeitos familiares tinham relações de parentesco bem próximas: maridos, esposas, filhas ou irmãs. Eram as pessoas que costumeiramente acompanhavam os clientes ao hospital por motivos diversos, inclusive para o tratamento quimioterápico.

Houve somente uma exceção: uma familiar que era sobrinha de uma cliente sem condições físicas de realizar o tratamento na sala comunitária e que solicitou permissão para participar assim mesmo, concordando em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), requisito necessário para o desenvolvimento da pesquisa dentro dos princípios éticos.

Assim, participaram do estudo 9 clientes acompanhados, totalizando 9 sistemas familiares, 8 clientes desacompanhados, e 1 familiar desacompanhada. Três clientes tinham acompanhantes familiares, mas um deles não quis participar do EM, enquanto os outros 2 participaram, mas não quiseram assinar o TCLE. Os dados desses familiares não foram utilizados na pesquisa.

Embora o enfoque inicial estivesse voltado para a observação do sistema familiar no desenvolvimento dos encontros, amparada pelo princípio ético de que clientes interessados em participar e que estivessem desacompanhados no momento do encontro também se beneficiariam desta estratégia terapêutica, optei por incluí-los, nos encontros, mesmo sem acompanhantes, utilizando dessa forma os dados produzidos por estes. O mesmo princípio foi aplicado a familiar desacompanhada que demonstrou interesse pelos EM.

Além disso, pensei na oportunidade de incluir, na pesquisa, clientes não acompanhados por familiares para observar se isso influiria no processo terapêutico deles, ou mesmo se o seu sistema familiar, mesmo ausente no momento do EM seria influenciado de alguma forma, baseando-me no relato destes clientes durante os encontros.

O critério de elegibilidade inicial incluía, somente, os clientes que estivessem iniciando o tratamento quimioterápico e seus respectivos familiares. Contudo, as características da organização do Hospital-Dia naquele momento, com o aumento do número de clientes em tratamento, se transformaram em um obstáculo para o início dos encontros, pois não era possível separar os da fase inicial dos que já estavam com o tratamento em curso. Assim, foram incluídos como sujeitos clientes de diferentes fases do tratamento quimioterápico antineoplásico e seus familiares.

Esta conduta, além de resolver o mencionado impasse, também atendeu ao apelo de uma das enfermeiras do setor que sugeriu incluir, além dos que estavam iniciando o tratamento, como era a proposta original, os que já faziam QT há algum tempo, e mesmo os que estavam em tratamento paliativo, pois em sua expectativa, todos poderiam se beneficiar dessa estratégia terapêutica.

Essa sugestão se mostrou acertada e, posteriormente, incorporei-a ao processo de implantação dos Encontros Musicais, o que vem ao encontro da PCA no que tange à importância dada à integração e envolvimento do pesquisador com o serviço, cenário da pesquisa. Uma das técnicas de enfermagem também manifestou interesse pela atividade e passou a divulgá-la entre os clientes e seus familiares, o que facilitou o meu contato inicial com estes.

#### ► *Técnicas escolhidas para a produção de dados*

As técnicas foram selecionadas de acordo com a necessidade de produção de dados que atendessem aos propósitos da pesquisa. Assim, esses dados foram provenientes das entrevistas individuais com os clientes e com os familiares, fase exploratória da pesquisa,

dos encontros musicais e das observações feitas no âmbito dos EM. Além disso, procedeu-se, também, à investigação do prontuário, realizada a partir da listagem dos clientes agendados para a QT no dia estabelecido para os encontros, e teve a finalidade de obter informações sobre o câncer, o estadiamento deste e o plano de tratamento, além de outras relacionadas ao seu estado de saúde.

Foram criadas duas fichas de identificação: uma para o cliente e outra para o familiar, ambas incluídas no roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice 1 e 2). As fichas dos clientes continham dados de identificação, além de informações sobre o seu diagnóstico e tratamento; enquanto a destinada aos familiares constava de dados de identificação e o motivo pelo qual acompanhavam os clientes.

A entrevista consistiu de três questões básicas para ambos os sujeitos, cuja finalidade era a de obter informações sobre as mudanças ocorridas em suas vidas após o surgimento do câncer, e sobre a família con(vivendo) com a doença, com vistas ao conhecimento prévio sobre o sistema familiar; além de conhecer as expectativas dos participantes acerca dos EM, de modo a contribuir com a avaliação da estratégia implementada em etapa posterior.

Um critério, pensado a priori, para o desenvolvimento dos EM, sem êxito operacional, foi o vínculo dos clientes ao esquema medicamentoso de três semanas de intervalo entre as sessões ou de sessões semanais. A intenção era oportunizar a formação de grupos, com a realização de vários encontros com os mesmos integrantes. Tal iniciativa não foi possível ser implementada por dificuldades institucionais, a exemplo de participantes do 1º EM que tiveram seu dia de tratamento alterado por falta do medicamento específico, não comparecendo mais aos encontros subsequentes. Além dessas dificuldades, motivos pessoais também impediram que alguns clientes se mantivessem no seu grupo de inserção inicial, como a suspensão do tratamento por surgimento de infecções ou outras questões intrínsecas a ele, o que adiava a QT por uma semana, ou por vezes, por período superior.

Apesar dessas alterações, a proposta original de promover o encontro da enfermeira com seus clientes, articulando a música à prática de cuidados mediada pelo diálogo foi mantida. Do mesmo modo, a construção coletiva do conhecimento sobre os temas eleitos à discussão também ocorreu, o que enriqueceu a produção e análise de dados para a pesquisa.

No entanto, a estratégia implementada em cada grupo era finalizada no âmbito do mesmo encontro, havendo a possibilidade de os mesmos participantes retornarem em outros

encontros. Contudo, a formação dos grupos não ficava limitada à participação desses sujeitos nos EM subsequentes. Foi desenvolvido um total de 08 EM; 11 sujeitos participaram apenas de 01 EM e 16 participaram de 2 a 5 EM.

As atividades em grupo pressupõem uma estruturação baseada em determinados critérios (MUNARI; FUREGATO, 2003). No caso dos EM, estes se constituíram como grupos de convergência pesquisa-cuidado formados com as seguintes características: abertos, podendo haver participação de diferentes sujeitos em cada encontro; pouco estruturados, pois a condução do processo grupal era feita em conjunto com os participantes; heterogêneos, com participação de ambos os sexos, com idades variadas, podendo ser clientes em tratamento de quimioterapia ou familiares com diferentes laços de parentesco. O ponto comum a todos os grupos foi a (con)vivência de seus participantes com o adoecimento pelo câncer e com o tratamento de quimioterapia, o que possibilitou a convergência nas narrativas e discussões dos sujeitos.

As observações feitas durante os EM, mediante um roteiro pré-estabelecido (Apêndice 3), tiveram a finalidade de registrar atitudes, gestos, expressões, choros, saída e entrada de participantes, interrupções externas, entre outros aspectos, visando apreender o desenvolvimento pessoal e a interação grupal. Essas observações auxiliaram, também, na identificação dos sujeitos relacionando-os tanto à fala quanto à música escolhida.

O registro dessas observações teve o apoio de uma auxiliar de pesquisa, enfermeira participante do núcleo de pesquisa ao qual esta tese se integra, sem vínculo com a instituição, cenário do estudo. Ressalta-se sua relevante contribuição à pesquisa devido ao seu acurado poder de observação.

Antes de iniciar os EM, realizei reunião com esta enfermeira para discutirmos o roteiro de observação e a forma de registro. Além dos registros feitos pela auxiliar de pesquisa, procedi também o registro da auto-observação, que segundo Trentini e Paim (2004) é importante para o pesquisador porque é possível ocorrerem situações que podem ser esquecidas se não forem registradas.

Contei também com o auxílio valioso de 3 militares: 01 soldado, 01 cabo e 01 sargento, músicos que realizam as visitas musicais no Serviço de Musicoterapia e que se revezaram na tarefa de gravar os encontros. Outra contribuição destes músicos foi o revezamento no acompanhamento ao violão das músicas solicitadas pelos participantes.

### **c) Fase da Perscrutação**

#### **► 1ª Etapa: Aproximação (fase exploratória)**

Esta etapa visava aprofundar meu conhecimento sobre os clientes para melhor desenvolver os EM. Assim, aproximava-me dos clientes e seus familiares enquanto aguardavam ou realizavam o tratamento de quimioterapia, procurando colher opiniões sobre a atividade. Alguns se mostravam reticentes, enquanto outros demonstravam entusiasmo e desejo de participar. Tendo em vista os interessados, comecei a preencher a ficha de identificação e proceder à organização dos grupos, conforme destaque anterior.

É importante ressaltar que alguns sujeitos não realizaram a entrevista integralmente, pois esta ocorria no período da manhã, em momento que antecedia os EM, e, em alguns destes, devido ao grande número de participantes, não houve tempo hábil para realizar a entrevista na sua totalidade. Outro obstáculo que dificultou o desenvolvimento de algumas entrevistas, impedindo, inclusive, a participação de alguns sujeitos em potencial, relacionou-se às atividades que antecediam a quimioterapia, como os exames laboratoriais e médicos, e os trâmites para a internação hospitalar necessários para a realização da QT.

Contudo, mesmo não tendo sido incluídos como sujeitos esses entrevistados contribuíram com sugestões, como o horário mais adequado para o desenvolvimento dos encontros, ou seja, após os exames e consulta médica, quando os clientes estariam na sala comunitária aguardando ou iniciando a QT.

Nesta fase de aproximação, através de encontros individuais, ou conversas informais em grupo, tive a oportunidade também de colher informações sobre temas que os sujeitos em potencial gostariam de abordar. Apesar da variedade de respostas, um aspecto foi marcante em suas falas: o fato de expressarem o desejo de não falar sobre a doença. Assim, elegeram temas como música, poesia, cinema, novela, relacionamento familiar, exercícios físicos, esporte, moda, animais domésticos e ecologia.

Essa ideia ganhou força quando realizei as entrevistas com os sujeitos. Ao falarem sobre as suas expectativas acerca do encontro, observei que estas se relacionavam a situações de prazer e conforto expressas em frases e palavras como: *esquecer os problemas, distrair, relaxar, descontrair, passar o tempo, sentir alegria ou algo agradável, ter mais ânimo, conhecer novas pessoas, interagir e se integrar com os outros participantes.*

Este fato determinou a eleição do primeiro tema abordado nos EM: “A música que me faz bem”. Assim, se atenderia às expectativas dos participantes, levando-os a ativar a memória sobre situações que lhes dão prazer, através do estímulo musical.

► **2ª etapa: Desenvolvimento dos Encontros Musicais**

Os EM foram desenvolvidos semanalmente, no período de setembro a outubro de 2008, às quintas-feiras, a partir das 10:30h, e encerrados por volta das 12:00h.

O início dos EM era precedido de consulta à relação dos clientes que realizariam a QT e de conversa individual ou junto ao familiar, a fim de convidá-los a se integrarem aos EM. Além desses, estendia o convite aos que estavam na sala comunitária, e, ainda, aos que aguardavam pela consulta médica. Em seguida, realizava a seleção do material necessário à atividade: cadeiras extras, violão, gravador, aparelho de MP3, prancheta com papel e caneta para anotação das observações, e organizava o espaço com a ajuda dos auxiliares de pesquisa, de modo a facilitar o desenvolvimento da atividade.

No desenvolvimento dos EM foi mantida a mesma dinâmica, visando estabelecer uma sequência de procedimentos que facilitasse a avaliação posterior: esclarecimentos necessários sobre a pesquisa e as etapas da atividade; apresentação dos participantes, seguida da discussão sobre o tema do encontro e escolha de músicas, acompanhada de interação dialógica; avaliação da atividade e sugestões para os próximos EM. Ao final, agradecia a participação de todos e reiterava que estaria naquele local para a atividade, semanalmente.

Antes de proceder ao 1º EM, informei à equipe de enfermagem sobre o início da atividade. Submeti o tema “A música que nos faz bem” aos participantes do encontro, ressaltando a justificativa de sua escolha, tendo obtido a concordância de todos sobre o tema apresentado. Destaca-se que esse tema foi desenvolvido nos três primeiros EM. As escolhas das músicas foram entremeadas pelo movimento do diálogo entre os participantes. No 1º EM foram cantadas 14 músicas; as discussões giraram em grande parte sobre a música e a fé religiosa.

Após este 1º EM, realizei reunião com a auxiliar da pesquisa e os músicos que apoiaram a atividade com vistas a avaliarmos os resultados obtidos e refletirmos sobre as modificações que se fizessem necessárias. Posteriormente, retornei ao Hospital-Dia para perguntar à equipe de enfermagem se havia sido observada alguma mudança no comportamento dos participantes, atitude que repeti em outros momentos com vistas à avaliação da estratégia implementada.

No 2º EM foram cantadas 15 músicas. Inicialmente, o discurso grupal girou em torno da música e histórias de vida. A última delas, “O que é o que é” (Gonzaguinha),

mobilizou o grupo à discussão sobre a doença e morte e os recursos que criam para enfrentá-las. Não houve participantes oriundos do 1º EM.

Os participantes do 3º EM, a princípio, estavam inibidos, talvez pelo seu número reduzido, mas gradativamente, começaram a escolher músicas, intensificando o diálogo entre eles. Diferente dos encontros anteriores, a conversa mobilizou-os, logo no início, à discussão sobre as relações familiares depois do adoecimento, deixando pouco espaço para a música. Dos 6 sujeitos participantes, 3 já haviam participado do 2º EM.

No 4º EM, dada à previsão de presença de alguns participantes do 1º EM devido ao esquema de 21/21 dias, sugeri novo tema, influenciada pelo envolvimento dos sujeitos na discussão havida no encontro anterior: “Minha família e eu”, tendo sido aceito por todos os participantes. Ressalta-se que este mesmo tema foi também desenvolvido no 5º e 6º EM, oportunizando que os outros sujeitos também discutissem o assunto. No entanto, estimulados pelas músicas escolhidas, a discussão neste encontro retomou o enfoque da crença religiosa, abordando a música religiosa, somado à questão do tratamento com quimioterapia. Dos 5 participantes, 3 haviam participado do 1º EM. Das 6 músicas eleitas, 5 foram religiosas.

No 5º EM, acatando a sugestão dos participantes, apresentei uma relação de músicas impressas para que pudessem consultar na hora de suas escolhas. Levei também um aparelho para tocar Compact Disc (CD), pois no encontro anterior haviam dito que trariam CD para escutar e cantar juntos. Foram cantadas 12 músicas de estilos variados, uma delas de um CD do Padre Marcelo Rossi, gravado e doado por uma das participantes. Dos 7 sujeitos participantes, 5 haviam participado anteriormente de 1 a 2 EM.

Assim como no 2º EM, inicialmente a discussão abordou a música, mas ao final girou em torno do enfrentamento da doença e do tratamento quimioterápico. O assunto surgiu em função de uma nova participante que iniciava a QT e mostrou-se muito tensa e ansiosa, tendo sido confortada por mim e demais participantes do encontro.

No 6º EM foram escolhidas 11 músicas de estilos variados. Os participantes optaram por assuntos relacionados à música e histórias de vida até que uma cliente participante ocupou parte do tempo falando insistentemente sobre o câncer, o preconceito que o cerca, e o processo de vida/morte. Naquele momento, seu discurso não influenciou o movimento do diálogo, haja vista a opção do grupo em permanecer falando sobre histórias de suas vidas. Contudo, no momento da avaliação do encontro, a cliente retomou o tema, mobilizando o discurso de outra cliente que fez um importante desabafo sobre o

preconceito que cerca o adoecimento por câncer. Dos 7 participantes, 5 já haviam participado de EM anteriores.

Avaliando os resultados do 4º, 5º e 6º EM percebi que a escolha prévia do tema não estava favorecendo o seu aprofundamento no âmbito do grupo, que acabava se movimentando pelas intencionalidades dos participantes e não propriamente pelo tema inicial proposto, fato, aliás, comum, em interações grupais. Deste modo, sugeri temas livres aos participantes dos dois últimos encontros.

O 7º EM contou com um total de 6 sujeitos participantes. Foram tocadas 8 músicas, sendo 3 de CD trazidos pelos participantes. As músicas iniciais incentivaram depoimentos voltados para histórias de vida, relações familiares, a quimioterapia e seu enfrentamento, e, ainda, sobre a importância da fé, reiterando os temas abordados nos EM anteriores. Na avaliação do encontro, tendo em conta que todos já haviam participado de 02 a 03 EM, solicitei que avaliassem o processo que vivenciaram durante os mesmos.

O 8º EM, último encontro para pesquisa, foi marcado por uma certa agitação e ansiedade dos integrantes que mantiveram muitas conversas paralelas. Além das influências internas ao grupo, esta ansiedade pode ter sido intensificada pelas frequentes entradas da equipe de enfermagem na sala onde se desenvolvia o encontro e por duas interrupções da nutricionista. Do total de 6 sujeitos participantes, todos já haviam integrado de 1 a 4 EM anteriores.

Foram escolhidas 10 músicas de estilos variados. Destas, as primeiras mobilizaram a discussão para histórias de vida, relações familiares e atitudes de enfrentamento do câncer. As demais, contudo, tiveram um caráter mais lúdico voltado para o prazer e, também, para o acolhimento de dois participantes, que não se sentiam bem.

O quadro a seguir apresenta o quantitativo de sujeitos participantes, o total de músicas tocadas e os principais temas abordados em cada EM.

**Quadro n° 03: Quantitativo de sujeitos e músicas cantadas, temas centrais e principais conteúdos abordados nos Encontros Musicais**

EM	Clientes	Familiares	Total de Sujeitos	Total de Músicas	Temas centrais sugeridos	Principais conteúdos abordados
1° EM	6	4	10	14	A música que nos faz bem	Música; Fé religiosa
2° EM	4	4	8	15	Idem	Música; Hist. de Vida; Adoecimento; Vida/Morte; Enfrentamento
3° EM	3	3	6	6	Idem	Relações familiares; Adoecimento
4° EM	4	1	5	6	Minha família e Eu	Fé religiosa; Quimioterapia; Música
5° EM	5	2	7	12	Idem	Música; Adoecimento; Quimioterapia; Enfrentamento
6° EM	5	2	7	11	Idem	Música; Hist. de Vida; Adoecimento; Vida/Morte;
7° EM	4	2	6	8	Nenhum	Hist. de Vida; Rel. Familiares; Fé religiosa; Quimioterapia; Enfrentamento
8° EM	4	2	6	10	Nenhum	Hist. de Vida; Rel. Familiares; Adoecimento; Enfrentamento

Durante os encontros foram realizadas gravações em MP3 visando registrar os discursos dos participantes, as questões levantadas, os temas discutidos, as músicas escolhidas e cantadas, de modo a facilitar a análise do material e contribuir com a avaliação dos EM no plano de suas principais características, limites e possibilidades.

Assim, à medida que os EM foram sendo realizados, procurava transcrever paralelamente as fitas para avaliar o processo individual de participação de clientes e familiares, o processo grupal e a evolução dos próprios encontros. As transcrições paralelas tiveram por finalidade incorporar as mudanças necessárias para potencializar as possibilidades terapêuticas dos encontros face aos limites que se apresentavam.

#### ***d) Fase da Análise e Interpretação dos Dados***

O processo de categorização do material bruto foi iniciado após cada transcrição, com o levantamento temático a partir dos discursos produzidos. Essa análise inicial foi realizada em forma de Quadros de Categorização (Apêndice 4), em que constavam: o número do EM; o tema central (quando havia); o perfil do encontro com uma descrição sucinta e geral do que mais o caracterizou, assim como o clima estabelecido; a identificação dos participantes, as atitudes deste observadas durante os encontros, as músicas por eles escolhidas e suas falas separadas por temas. Estes quadros facilitaram a análise dos temas por encontro e por participante, dando uma ideia do conjunto. Anexado a cada quadro inseri uma parte voltada para a auto-observação das minhas atitudes nos EM.

Dos quadros de categorização dos temas, separei informações referentes à forma de participação de cada sujeito (Apêndice 5 - Quadro de Participação dos Sujeitos). Esses quadros ficaram anexados à ficha de identificação e entrevista de cada sujeito, o que me permitiu traçar o perfil de cada um através de todo o seu processo de participação na pesquisa.

Dessa forma, a análise se processou pela triangulação dos dados obtidos com as entrevistas, com as observações feitas pela auxiliar de pesquisa e com a transcrição das gravações realizadas durante os encontros musicais com os grupos de convergência. O discurso produzido pelos sujeitos nos EM foi analisado de acordo com a proposta de análise de discurso de Orlandi (2003), visto que esta trabalha com o processo de constituição dos sujeitos e dos sentidos, tornando-se uma valiosa ferramenta de análise dos mesmos.

A importância da análise de discurso para essa pesquisa é devida ao fato de que esta é realizada não somente pelo conteúdo, mas também pela forma como o sujeito faz sua enunciação. Segundo Orlandi (op. cit.), nesta análise, além das condições de produção em sentido estrito do contexto imediato, são consideradas também o seu sentido amplo, que inclui as condições de produção no contexto sócio-histórico e ideológico que podem ser fundamentais para a análise de fenômenos complexos.

Assim, os dados relacionados ao ocorrido no momento do encontro, relatados pela observadora, eram vinculados aos discursos dos participantes, caracterizando as condições de produção do discurso e o seu sentido estrito. Posteriormente, esses dados foram comparados com os dados obtidos pela ficha de identificação e entrevistas, com o objetivo de analisar o sentido amplo do discurso, vinculado ao contexto do adoecimento pelo câncer e sua relação com crenças e vivências familiar e social dos participantes.

Destarte, foram enfatizados aspectos que incluíam o silêncio, o dito e o não dito; o interdiscurso, como aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente; a polissemia, que diz respeito aos múltiplos sentidos do discurso; e os processos parafrásticos, relacionados às diferentes formulações do mesmo dizer (Orlandi, 2003).

Para a análise dos discursos produzidos nessa pesquisa, foram considerados os seguintes elementos de materialidade lingüística:

- . reticências (...): indica uma pausa no pensamento;
- . reticências [...]: indica um fragmento da enunciação dialógica;
- . interrogação (?): indica uma pergunta ou um questionamento;
- . exclamação (!): indica surpresa ou espanto;
- . vírgula (,): indica uma breve pausa na fala, posteriormente continuada;
- . ponto (.): indica o término de uma enunciação dialógica;
- . travessão (-): indica o início de uma enunciação dialógica.

Para facilitar a apreensão do caminho metodológico percorrido, as fases da PCA apresentam-se resumidas no Quadro nº 04, a seguir.

**Quadro nº 04: Fases da PCA desenvolvidas na Tese****1ª) Concepção:**

- percepção das possibilidades terapêuticas da música para mobilizar a expressão de clientes e familiares em experiência prévia no ambiente da QT;
- revisão bibliográfica: apontou a importância do cuidado sensível e interativo junto a clientes e familiares que (con)vivem com o câncer.

**2ª) Instrumentação: Decisões Metodológicas**

- Espaço: Hospital-Dia do HCE.
- Participantes: clientes em tratamento de QT e familiares acompanhantes.
- Técnicas selecionadas: entrevistas com clientes e familiares; investigação do prontuário; discussão no grupo de convergência; observações do grupo realizadas pela auxiliar da pesquisa; gravação e transcrição dos Encontros Musicais (grupos de convergência); auto-observação.

**3ª) Perscrutação:**

1ª Etapa: aproximação: com a equipe de enfermagem visando esclarecimentos e sugestões; entrevistas com os sujeitos para eleição dos temas iniciais que seriam apresentados aos grupos de convergência.

2ª Etapa: desenvolvimento dos grupos de convergência (EM) com os seguintes passos: apresentação dos participantes; apresentação/discussão dos temas; escolha das músicas seguidas pela expressão destas (canto) entremeadas por conversas; avaliação da atividade.

**4ª) Análise:**

- Transcrição das gravações;
- Análise inicial: quadros de categorização temática; quadros de participação dos sujeitos; triangulação das entrevistas com as observações realizadas no grupo de convergência e com os quadros citados.
- Análise de discurso (Orlandi)

## **Princípios Éticos da Pesquisa**

O projeto de pesquisa foi inicialmente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Central do Exército, obtendo aprovação do mesmo. Posteriormente, por questões administrativas entre este CEP e a CONEP, optou-se por validar novamente todo o processo ético desse estudo, submetendo o relatório de pesquisa ao CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery / Hospital Escola São Francisco de Assis, que aprovou o mesmo sob o Protocolo nº 068/09 (Anexo 1).

A vinculação dos participantes obedeceu ao disposto na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regula as Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, mediante assinatura do TCLE, preparados para clientes e familiares separadamente (Apêndices 6 e 7).

Deste modo, os sujeitos foram informados que sua identidade permaneceria em sigilo, ou seja, apenas as informações por eles fornecidas seriam divulgadas para fins de pesquisa e outros estudos. Para efeito de preservação das identidades dos sujeitos, optei por identificá-los por letras e números, da seguinte forma: cliente = C, familiar = F, acrescidos das letras M (Masculino) e F (Feminino) para caracterizar o gênero. Em seguida, o número referente à ordem de inserção nos EM, mantendo a seguinte sequência: primeiros os sistemas familiares (Ex: CF1+FF1), depois os clientes desacompanhados (Ex: CF10) e por último a familiar desacompanhada (FF10). Seguindo essa lógica, CF1 e FF1 foram as primeiras integrantes do 1º EM a ter seu nome incluído no relatório, assim como CF10 foi a primeira cliente desacompanhada.

Nos capítulos de análise, essa identificação foi apresentada acrescida do número do EM, em alusão ao trecho de análise correspondente. Exemplo: CF3-EM4 refere-se inicialmente ao sujeito CF3 e depois ao 4º EM. Quando acrescentados outros números, estes representam a totalidade dos EM nos quais os sujeitos participaram: CF3-EM1,4,7. As identificações foram redigidas em negrito para que tivessem destaque no texto.

Essa opção deveu-se à minha resistência pessoal em colocar pseudônimos que pudessem induzir a qualquer outra interpretação, além de impor uma ‘caracterização’ que poderia não ser aprovada pelos sujeitos. Outro motivo para essa caracterização foi permitir uma rápida identificação pelo leitor acerca de quem é o cliente e quem é o familiar, o sexo, e em qual EM ocorreu determinado fato.

No âmbito das entrevistas e, posteriormente, nos EM, foram destacados os objetivos do estudo e a dinâmica dos EM, sendo ressaltados os princípios éticos quanto à participação dos sujeitos na pesquisa. Ao perceber qualquer resistência à assinatura do TCLE, lhes era explicado que participariam da estratégia, caso desejassem, independente de sua inserção na pesquisa, e, ainda, que poderiam aderir à mesma ou desistir de sua participação a qualquer momento. Poucas pessoas se recusaram a assinar, embora a maioria tenha optado por levar o TCLE para casa no intento de ouvir a opinião da família, devolvendo-o assinado em momento posterior.

A triangulação dos dados produzidos levou aos seguintes capítulos de análise:

.Capítulo 4: Entre limites e possibilidades: as múltiplas variáveis impressas na formação e implementação dos encontros musicais.

Capítulo 5: A música como ativadora do processo expressivo e interativo na estratégia terapêutica implementada.

Capítulo 6: Narrativa e dialogicidade no âmbito dos Encontros Musicais: elementos de promoção do conhecimento e de apoio à interação grupal.

Capítulo 7: Atitudes impressas pelos sujeitos na estratégia terapêutica implementada: destaque na comunicação não verbal.

Capítulo 8: A intencionalidade do cuidar da enfermeira na co-construção de um ambiente de reconstituição.

Capítulo 9: Encontros musicais na ótica dos sujeitos: avaliação de uma estratégia grupal de cuidados no contexto da quimioterapia.

## Noites traiçoeiras

(Carlos Papae - Cantada por Padre Marcelo)

Deus está aqui neste momento  
Sua presença e real em meu viver;  
Entregue sua vida e seus problemas;  
Fale com Deus ele vai ajudar você.

Deus te trouxe aqui  
Para aliviar o seu sofrimento  
É ele o autor da fé do princípio ao fim  
Em todos seus tormentos  
E ainda se vier noite traiçoeira  
Se a cruz pesada for, Cristo estará contigo;  
E o mundo pode até fazer você chorar,  
Mas Deus te quer sorrindo.

Seja qual for o seu problema,  
Fale com Deus ele vai ajudar você;  
Após a dor vem a alegria,  
Deus é amor não te deixará sofrer.

### CAPÍTULO III

#### DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS

Este capítulo destina-se à apresentação dos participantes da pesquisa. É importante conhecer os sujeitos como indivíduos singulares, sem perder de vista a perspectiva de sua inserção no sistema familiar. Ademais, é preciso conhecer o lugar de onde as pessoas falam, sua formação discursiva; afinal, as palavras mudam de sentido segundo as posições daqueles que as empregam justamente porque não têm sentido em si mesmas (ORLANDI, 2003). Importa também conhecer a forma como cada sujeito se inseriu na estratégia implementada.

Nessa perspectiva, a descrição dos participantes tem por base as seguintes fontes de dados: ficha de identificação, anotações do prontuário, entrevista individual, observações realizadas durante os encontros musicais e material obtido através da gravação destes. Esta descrição está organizada em quadros que indicam os sistemas familiares seguindo a ordem de participação nos EM, compostos pelo cliente (CM ou CF) e o respectivo familiar (FM ou FF). A seguir se processa a descrição dos clientes e da familiar desacompanhados no momento dos encontros.

#### **Quadro nº 05: Sistema familiar 1 (CF1 + FF1)**

(CF1)	(FF1)
<p>Sexo Fem., 68 anos, natural de Santa Catarina, divorciada, cursou o 2º Grau. Trabalhou como corretora de imóveis, mas é dependente do ex-marido para fins de tratamento no Exército. Kardecista. Portadora de tumor de pulmão com metástase para coluna torácica e fígado, EC IV. Iniciava o tratamento quimioterápico naquela oportunidade, após 4 meses de exames. Havia realizado radioterapia em outra ocasião, segundo ela, para um tumor que já era metástase.</p> <p>Tem somente uma filha que a acompanha. Participou somente do 1º EM, não vindo no dia marcado para os encontros subsequentes. Referiu gostar de todo tipo de música. Em casa costuma escutar música clássica. Participou do encontro em companhia de sua filha, de quem demonstrou ter muito orgulho, apresentando-a como terapeuta. Nesse encontro referiu dor</p>	<p>Filha de CF1, quarenta anos, terapeuta, desenvolve atividades relacionadas às práticas alternativas.</p> <p>Diante da proposta feita ao grupo de escolher a música que lhe faz bem, optou por cantar um mantra, justificando que este é ligado à deusa de misericórdia. Considera benéfica a utilização da música nos encontros, como um recurso para auxiliar em um momento como o do tratamento com quimioterapia. Durante o Encontro Musical permaneceu atenta à mãe e aos outros participantes, preocupando-se se haveria tempo para todos participarem. Ao final, apoiou a sugestão de um participante, de trocarmos os telefones no intento de manterem contato e de se apoiarem mutuamente, prontificando-se a tirar cópias da lista</p>

<p>abdominal e dorsal, o que, segundo ela, dificultou sua participação. Eu e a filha tentamos colocar almofadas para proporcionar conforto a ela durante a quimioterapia. Ela falou pouco e enfocou o adoecimento, a fé em Deus, e o desejo de viver “<i>um pouco mais</i>”. Seu discurso apontou dois pontos principais: a necessidade de se “<i>conformar</i>” com a doença e a morte, e o desejo de “<i>lutar até o fim</i>”. Cantou pouco; a música que escolheu foi “Deixa a vida me levar” (Zeca Pagodinho), comentando em seguida que esta se relacionava a deixar a vida levar, “<i>pois a pessoa faz tantos planos e de repente dá tudo ao contrário</i>”.</p>	<p>com os números de telefones para distribuir ao grupo.</p>
---	--

**Quadro nº 06: Sistema familiar 2 (CF2 + FF2)**

(CF2)	(FF2)
<p>Sexo Fem., 69 anos, natural do Rio de Janeiro, cursou até a 5ª série, casada. Telefonista aposentada, é dependente do único filho, de 33 anos, militar do exército. Católica. Portadora de Tumor de pulmão E, massa pulmonar com compressão de arcos costais e invasão de mediastino, sendo contra-indicada cirurgia; EC IV. Relatou que o câncer foi diagnosticado em maio de 2008, tendo apenas realizado exames. Já iniciou a QT, e nesse dia estava realizando o 2º ciclo do tratamento.</p> <p>Participou somente do 1º EM. No contato inicial, durante a entrevista, falou pouco e baixo, justificando estar rouca devido a exames realizados que traumatizaram sua garganta. Apesar disso, falou sobre a família de origem, ressaltando sua união. Relatou sobre a morte de um dos irmãos, evento que a abateu sobremaneira. Veio acompanhada por uma das irmãs, que também participou do EM. Delicada na sua forma de agir aparentava certa fragilidade. Durante o EM ela falou pouco; escolheu duas músicas: uma instrumental, chamada “Soledade” que tocou em seu casamento; e, a outra, que ela iniciou espontaneamente, foi “Casinha na Marambaia”.</p>	<p>Irmã de CF2, quase não falou; não quis escolher música. Não interagiu com o grupo, mas cantou uma música.</p>

**Quadro nº 07: Sistema familiar 3 (CF3 + FF3)**

(CF3)	(FF3)
<p>Sexo fem., 55 anos, nascida em Barra Mansa, Rio de Janeiro. Cursou Nível superior, aposentada, casada e dependente do marido para efeitos de tratamento no HCE. Tem 3 filhos adultos, sendo um rapaz e duas moças. Católica praticante. Portadora de</p>	<p>Filha de CF4, 24 anos, nascida em Barra Mansa, Rio de Janeiro. Estudante de</p>

<p>Tumor no endométrio com invasão de mais da metade do miométrio, mas sem invasão do canal endocervical, ou vascular, margem do miométrio livre; realizou anexectomia, linfadenectomia cadeia ilíaca D; alto risco. Plano de QT adjuvante, seguido de RXT e BQT; 6 ciclos de 21/21 dias. CF4 relatou que o câncer foi diagnosticado em julho de 2008, sendo feito em seguida a histerectomia total.</p>	<p>medicina, solteira, mora com a mãe. Católica.</p>
<p>Participou do 1º EM, que foi o primeiro dia de QT, e depois do 4º e 7º EM, sempre acompanhada das duas filhas. Duas irmãs também participaram, uma no 4º EM e a outra no 7º EM. Contudo, somente uma das filhas assinou o TCLE, tornando-se também sujeito da pesquisa. Na entrevista relata que se aposentou no início do ano e preparava-se para mudar para outro estado para acompanhar o marido que foi transferido. Falou sobre sua aposentadoria em tom de revolta, dizendo que agora que chegara o momento de aproveitar a vida, apareceu a doença. Relatou estar muito triste, pois o marido não pôde acompanhá-la por estar fora do estado, mas que já havia telefonado logo cedo lhe transmitindo força. Relatou que a família é maravilhosa e que todos a apoiam. Estes estão encarando a situação, porque ela pediu que não houvesse “<i>choradeira e lamentação</i>”. Logo depois da primeira QT, raspou a cabeça espontaneamente e passou a usar peruca. Sobre as expectativas acerca do EM, desejava que fosse um passatempo e que pudesse servir para integração das pessoas deles participantes. Nesse 1º EM dialogou pouco com o grupo, realizando conversas paralelas com as filhas. No 4º EM ela apresentou uma irmã que veio “<i>cantar com a gente</i>” e participou mais ativamente. No 7º EM veio com outra irmã, trouxe CD com músicas religiosas e participou dialogando, escolhendo músicas e se mostrando bastante entrosada com os outros participantes.</p>	<p>Participou do 1º, 4º, e 7º EM. Justificou acompanhar a mãe por estar fazendo a faculdade de medicina. Sobre a doença da mãe, disse que a família está encarando bem após sua cirurgia, mas que o primeiro momento foi de choque. Como a mãe aparentava tranqüilidade naquele momento, eles também estavam tranqüilos. Nos encontros musicais mostrou-se retraída de início, participando muito pouco. Mas, foi se soltando e no 7º EM já cantava com os outros.</p>

#### Quadro nº 08: Sistema familiar 4 (CF4 + FF4)

(CF4)	(FF4)
<p>Sexo fem., 60 anos, natural do Rio de Janeiro, viúva e pensionista de militar. (faltam dados sobre a doença, ficha extraviada)</p> <p>Participou somente do 1º EM, acompanhada pela irmã. Muito animada e ansiosa, falava com o grupo e às vezes mantinha conversas paralelas com a irmã, tentando lembrar de outras músicas. Relembrou situações de sua vida ligadas às músicas escolhidas, e ao final sugeriu a todos os participantes reverem as músicas para participarem mais ativamente.</p>	<p>Irmã de CF4. Participou do 1º EM.</p> <p>Mostrou-se muito ansiosa, promovendo conversas paralelas, cantando todas as músicas e tentando escolher outras como se precisasse preencher o tempo do encontro. Ficou tão ansiosa porque outra participante não conseguia lembrar de música para escolher que começou a cantar “O cravo brigou com a rosa”. Também cantou simultaneamente ao restante do grupo que cantava outra música, além de interromper a fala de</p>

<p>Seu esquema de tratamento foi alterado e ela não retornou aos encontros durante o período da produção de dados para a pesquisa. Posteriormente, ao retornar, participou da atividade que permaneceu realizando no setor; desta vez, demonstrando menos ansiedade.</p>	<p>outros tentando impor a sua escolha. Tempos depois, em atitude autocrítica, não quis escolher músicas, deixando que outros o fizessem, participando com menos ansiedade.</p>
--	---

**Quadro nº 09: Sistema familiar 5 (CM5 + FF5)**

(CM5)	(FF5)
<p>Sexo masc., 73 anos, natural do Rio de Janeiro, cursou o 2º Grau, militar reformado. Casado, tem 4 filhos, e sua esposa sempre o acompanha no tratamento. Católico praticante. Portador de Tumor no pulmão (2 massas em lobos diferentes) EC IV. Inoperável, faz QT paliativa, ciclos de 21/21 dias. Relatou que foi diagnosticado em 2007 e está no 2º ciclo da 2ª etapa. Já realizou uma cirurgia no pulmão. Também é diabético, já fez safenectomia e angioplastia.</p> <p>Participou do 2º e do 5º EM. Durante a entrevista comentou que estava “<i>pagando pelo que fez</i>”, por ter fumado durante 58 anos, só parando há 3 anos atrás. Considera-se uma pessoa privilegiada, pois o câncer veio quando ele já tinha 72 anos. Sobre sua família, ficou emocionado ao relatar sua presença constante e falou com a voz embargada, que só tem a agradecer por isso. Esperava sentir-se alegre no EM e esquecer um pouco a fase difícil que estava vivendo, mas que ele já havia vivido muita coisa boa. Sempre sorridente, no 2º EM, participou pouco, pois sua medicação havia acabado e ele logo saiu. No 5º EM ele estava ansioso, mas participou mais, solicitando duas músicas. Ainda participou de um EM após o término da produção de dados para a pesquisa, sempre demonstrando bom-humor.</p>	<p>Esposa de CM5, 73 anos, natural do Rio de Janeiro. Cursou o 1º grau, mas sempre trabalhou em casa para cuidar dos 4 filhos. Católica.</p> <p>Participou do 2º e 5º EM, porque, segundo ela, sempre acompanhava o marido. Associou o câncer ao fato do marido fumar desde cedo, mas que apesar disso não pensava que seria tão grave. Relatou que todos os filhos sentem pela situação da doença, o que a preocupa. Ela se disse realista, preparada para ‘o pior’. Disse que o diálogo com o marido ajuda a convivência com o câncer, e que observa que ele procura alternativas para esquecer a doença. Destacou também que em certas ocasiões “<i>finjo não estar ligando e falo para ele procurar dormir para esquecer um pouco</i>”. Sobre os EM, “<i>Acho que vai ser bom, principalmente para as pessoas em tratamento que podem ficar mais alegres e se distrair</i>”. No 2º EM mostrou-se à vontade e escolheu uma música mas saiu no começo após o término da medicação. No 5º EM, cantou diversas músicas com os outros participantes mas saiu antes do término do encontro, relatando que precisava ir à feira.</p>

**Quadro nº 10: Sistema familiar 6 (CM6 + FF6)**

<b>(CM6)</b>	<b>(FF6)</b>
<p>Sexo masc., 77 anos, natural do Rio de Janeiro, fez o curso técnico e é militar da reserva. Casado, sempre veio acompanhado pela esposa ao tratamento. Tem 2 filhos casados e 3 netos. Espírita. Portador de Tumor de próstata em progressão, risco alto; hormônioresistente com progressão em linfonodos pélvicos e para MIE; realizou orquectomia. Segundo ele, o câncer foi diagnosticado em 2007. Há anos atrás retirou a tireoide devido a um tumor, mas foi considerado curado. Iniciou com 8 ciclos de 28/28 dias Agora está no 2º ciclo da 2ª etapa, em que faz a QT duas semanas seguidas e descansa uma.</p> <p>Participou de 5 Encontros Musicais: 2º, 3º, 5º, 7º, 8º. Na entrevista relatou que teve um impacto com o diagnóstico e inicialmente não queria comer; depois a esposa conversou com ele dizendo que havia casos piores e que existia tratamento. Referiu desânimo inicial, mas que está se recuperando aos poucos. Sentiu-se abatido depois que operou o testículo, porque “<i>isso atrapalhou a vida</i>”. Quanto à família, relatou ter 4 irmãos e que são muito unidos. Sobre a esposa, referiu viver em harmonia, não havendo brigas. Dos EM esperava “<i>algo bom e agradável</i>”. A sua participação no 2º EM foi moderada, cantou algumas músicas com os outros participantes, sua esposa o ajudou a escolher um pagode, seu estilo predileto. No encontro seguinte participou intensamente, falando com detalhes sobre sua relação com a esposa, os filhos e irmãos. No 5º EM mostrou-se bem-humorado, brincando com os outros e cantando músicas. Participou do acolhimento a uma participante que estava iniciando a QT. No 7º EM manteve o humor, mas no último mostrou-se disperso no início participando pouco. Mas ao final começou a fazer algumas brincadeiras, retomando um pouco seu bom-humor habitual. Após esse encontro continuou participando dos EM e embora mais debilitado fisicamente, tentava manter o bom-humor. Seis meses após a pesquisa teve uma piora clínica e foi internado, pouco tempo veio a óbito.</p>	<p>Esposa de CM6, 66 anos, natural do Rio de Janeiro. Sempre trabalhou em casa para cuidar dos filhos. Católica.</p> <p>Participou do 2º, 3º, 5º, 7º, 8º EM. Falou que acompanha o marido porque é ela quem cuida dele. Relatou que sua vida não se modificou após o surgimento do câncer e que, tanto sua família, quanto à de seu marido, têm convivido bem com a situação; apenas se ressentia do fato de ele demonstrar tristeza. Sua participação foi intensa desde o início, cantando, conversando ou brincando com os outros participantes. Solidária, estabeleceu com o marido uma parceria para acolher os outros participantes que necessitavam de apoio. No 3º EM falou sobre sua característica pessoal de falar muito e sobre a relação com os filhos. No 5º e 7º EM procurou acolher duas participantes tensas que iniciavam a QT e que naquela espaço ela conversava e conhecia pessoas, o que tem contribuído para a renovação de suas esperanças. No último EM participou menos, Continua participando junto com o marido dos EM que venho promovendo, mantendo sempre postura acolhedora e bem humorada. Trouxe o neto, que está aprendendo violão, para conhecer os músicos. Quando o marido foi internado devido ao agravamento do seu quadro clínico, solicitou nosso apoio até a sua alta.</p>

**Quadro nº 11: Sistema familiar 7 (CF7 + FM7)**

<b>(CF7)</b>	<b>(FM7)</b>
<p>Sexo fem., 60 anos, natural no Rio de Janeiro, estudou até a 5ª série, é manicure, casada e dependente do marido que é servidor civil do Ministério da Defesa. Tem 3 filhos, com idades de 32, 30 e 26 anos e 3 netos, um de cada filho. Criou o neto mais velho depois que um dos filhos morreu. Diz não seguir nenhuma religião, mas prefere a católica. Portadora de Tumor de mama direita, EC IIIB; QT neoadjuvante de 21/21 dias. Relatou que o câncer foi diagnosticado em março de 2008, e que estava no quarto ciclo de quimioterapia.</p> <p>Participou do 2º, 6º e 8º EM, sendo acompanhada pelo marido somente no 2º e 8º, pois no 6º EM ele foi à Emergência por problemas digestivos. Na entrevista, disse ter ido ao médico já com a certeza de que estaria com câncer, pois havia observado clientes que também tiveram a doença. Posteriormente, disse que demorou a procurar tratamento porque queria aproveitar as festas de final de ano e carnaval. Relatou não ter mudado sua vida, e que nunca teve medo do câncer ou pensou que isso fosse um problema. Ao falar sobre a família disse que o problema é só dela, apesar de ter relatado que a filha chorou muito. Fez promessa a São José, o protetor da ‘Sagrada Família’ e afirmou se sentir bem atualmente. No 2º EM participou inicialmente cantando junto com os outros, depois passou a cantar com o marido músicas antigas do Roberto Carlos, que ninguém conhecia. No 6º EM, ela não escolheu músicas nem cantou junto com os outros mas falou bastante.. No último EM ela mobilizou-se muito com a narrativa de outra participante (CF16) que cuidou dos filhos sozinha depois da viuvez. Ao final, cantou animada com o marido.</p>	<p>Marido de CF7, 58 anos, natural do Rio de Janeiro e torneiro mecânico, servidor civil do Ministério da Defesa. Católico praticante.</p> <p>Participou do 2º e do 8º EM. Na entrevista falou que sempre acompanhava a esposa, e que a vida dele não mudou, porque a esposa “<i>não liga para doença, tendo até demorado a procurar ajuda porque queria curtir as festas</i>”. Quanto à família, relatou que eles moram sozinhos, e que a nora ofereceu ajuda, mas sua esposa disse que não era necessário. No 2º EM participou cantando diversas músicas, algumas sozinho. No 8º tentou ser solidário apoiando o discurso de uma participante e escolhendo música para outra. Cantou “La Barca” (Roberto Cantoral), que surpreendeu sua esposa e foi motivo de brincadeiras no grupo.</p>

**Quadro nº 12: Sistema familiar 8 (CF8 + FF8)**

<b>(CF8)</b>	<b>(FF8)</b>
<p>Sexo fem., 56 anos, nascida em Barra do Piraí, Rio de Janeiro. cursou o 2º grau, trabalhou com artesanato em pano de prato e crochê. Casada, é dependente do marido militar. Tem um filho e uma filha, sendo que esta a acompanha. Budista. Portadora de Tu de mama E, realizou</p>	<p>Filha de CF8, 27 anos, nascida em Barra do Piraí, Rio de Janeiro. cursa o 3º Grau, trabalha como supervisora de vendas, é solteira e mora com os pais. Budista.</p> <p>Participou dos 3º e 6º EM. Relatou que</p>

<p>nodulectomia; com ausência de neoplasia residual; EC IIB; risco alto. Ela relatou que o câncer foi diagnosticado em 2007, mas realizou mastectomia somente em 2008 devido a uma apendicite de urgência que atrasou a cirurgia. Faz QT de 21/21 dias, realizando os dois últimos ciclos nos dias em que participou dos encontros.</p> <p>Participou do 3º e do 6º EM. Mostrou-se um pouco lacônica durante a entrevista. Relatou que sua vida mudou e que estava mais ansiosa com a espera do resultado para saber se ficou curada. Na sua avaliação, considera estar bem por manter-se “<i>para cima</i>”, e que, por ela estar bem, a família também ficava, pois ela passa segurança para eles. Em relação aos EM, sua expectativa foi que os mesmos lhe trouxessem mais ânimo. No início do 3º EM disse que queria só observar, mas quando enfocaram o tema família, ela participou mais intensamente, falando sobre a diferença que notou na atitude dos filhos frente à sua doença. No 6º EM Manteve-se quieta até quase o final do encontro quando se mobilizou com o discurso de CF7 sobre a reação dos outros frente ao câncer.</p>	<p>consegue acompanhar a mãe no momento porque está de férias no trabalho. Na entrevista, disse que a vida está mais difícil depois do adoecimento da mãe, mas que ela se esforça para levar uma vida normal; procura dar força e apoiar a mãe nessa situação. Esperava que o EM relaxasse, e contribuísse para conhecer outros. No 3º EM mostrou-se cautelosa de início, depois cantou junto com os outros, tentando lembrar de uma música que falava sobre vitória. Ao término, sugeriu que tivéssemos uma lista de músicas para que eles pudessem consultar. No 6º EM, falou um pouco sobre o seu gosto musical e escolheu música.</p>
--	---

### Quadro nº 13: Sistema familiar 9 (CM9 + FF9)

(CM9)	(FF9)
<p>Sexo masc., 66 anos, natural do Espírito Santo cursou o 3º Grau, militar reformado. Casado, tem um casal de filhos, o filho residente no Espírito Santo e a filha em Brasília. Tem 4 netos dos quais ressaltou sentir saudades, uma vez que o tratamento do câncer o impede de visitá-los em outro estado. Católico praticante. Portador de Tu de ceco e transverso sincrônico, ulcerado infiltra até camada muscular; EC IIIA. Realizou cirurgia eletiva em junho de 2008 e relatou ter feito outra cirurgia de emergência por oclusão intestinal em agosto/2008. Ciclos de 21/21 dias. Está no 1º ciclo da 2ª etapa.</p> <p>Na entrevista falou que o diagnóstico deixou-o, a princípio, “<i>sem rumo</i>”, sentindo-se mais confortado após conversa com outras pessoas e também pelo o resultado de exames que mostraram que, apesar de</p>	<p>Esposa de CM9, 66 anos, natural do Rio de Janeiro, 1º Grau completo, prendas do lar, dependente do marido. Católica.</p> <p>Participou somente do 6º EM, pois no 8º teve que ir ao médico. Na entrevista relata que sempre o acompanha ao hospital. Falou que sua vida depois do surgimento do câncer não mudou muito; dedicasse a incentivar, animar e dar forças ao marido para que se sintam bem. Para tanto, procura ficar próxima Referiu que os filhos e o neto que moram distante telefonam todos os dias para</p>

<p>grave, o câncer não era extenso. Relatou que depois da primeira sessão de QT perdeu peso, o paladar, e sentiu-se prostrado. Essas reações restringiram suas atividades, inclusive as sócio-familiares. Destacou que os filhos sabem sobre sua situação e que a acompanham à distância, reconhecendo a preocupação da família. Destacou o desejo dos filhos em levá-lo para o Espírito Santo para ficar próximo aos familiares, pois ele e a esposa vivem sozinhos no Rio de Janeiro. Sobre os encontros, considerou <i>“ideal, porque na conversa pode se expressar e a música é o lazer e a descontração”</i>. No 6º EM ele ficou atento, mas contido no início, que é a sua forma habitual de agir. Participou ativamente das histórias bem humoradas sobre o início do namoro com a esposa. No 8º EM, sua esposa não pode participar por ter consulta médica, e ele participou pouco, sentindo-se muito prostrado e com enjôos em reação à QT. O grupo escolheu a música “A distância”, de Roberto Carlos, na intenção de animá-lo. Ele participou ainda de outro encontro após o término da produção de dados para a pesquisa.</p>	<p>animar o pai. Esperava que os EM trouxessem paz, de modo a sentir-se acalentados, calmos e seguros. No encontro, animada, cantou a maior parte das músicas. Solícita e solidária, tentou estimular os outros participantes, falando da importância da fé. Posteriormente, escolheu “A praça”, que todos cantaram animados juntos, relatando na sequência de forma bem-humorada como iniciou seu namoro com o marido, provocando risadas nos participantes. Participou ativamente de outro encontro após o término da produção de dados para a pesquisa.</p>
---	--

#### Quadro nº 14: Cliente desacompanhado (CF10)

##### (CF10)

Sexo fem., 69 anos, natural do Rio de Janeiro, completou o ensino fundamental; aposentada, trabalhou como auxiliar de arquivos médicos; solteira. Para efeito de tratamento, é dependente do único irmão, militar do exército, que sempre a traz ao tratamento, mas não permanece na sala comunitária. Católica ecumênica. Portadora de Tumor de mama E, tumor de 5 cm, com ausência de metástase; T3 N0 M0, II B. Indicada 4 ciclos de QT neoadjuvante, e, posteriormente, cirurgia. Ciclos de 21/21 dias. Relatou que seu câncer foi diagnosticado em dezembro de 2007, mas só procurou atendimento em agosto de 2008, porque sua cunhada, também com câncer, estava fazendo quimioterapia e apresentava depressão. Assim, optou por ajudar a cunhada e postergou seu próprio tratamento.

Ela participou com muito entusiasmo do 1º, 4º e 7º EM. Na entrevista relatou que ao receber o diagnóstico comentou com a médica que já sabia da doença, mas que não seria *“nada de ruim, porque já havia se oferecido para Deus”*, tendo certeza de que não perderia o seio. Preocupava-se com o irmão, que já sofrera com a doença da esposa e que agora teria que olhar por ela. Muito chegada ao irmão, achava que ele aparentava tristeza; procurou consolar a cunhada, que estranhara o fato de CF10 não ter depressão. Considera que irmão e cunhada estejam reagindo bem à sua situação atual. Sobre os EM, falou que achava *“ótimo, porque a música é um lenitivo”*. No 1º EM manteve-se atenta e solícita com os outros. No 2º EM, contou que seu nódulo já havia reduzido depois do primeiro ciclo da QT, e que ela agradecia a Deus. Elemento agregador no grupo. Participou ainda de um EM depois do encerramento da produção de dados.

**Quadro nº 15: Cliente desacompanhado (CM11)****(CM11)**

Sexo masc., 53 anos, natural do Rio de Janeiro, cursou o 2º Grau, é militar da ativa. Casado, tem 5 filhos de 30, 29, 17, 14 e 2 anos, sendo os três últimos adotados. Evangélico, é muito religioso, participa ativamente da Assembleia de Deus e faz trabalho social com pessoas carentes. Portador de Tumor do sigmoide, EC IIIB. Realizou cirurgia eletiva em fevereiro de 2008. Indicado 8 ciclos de 21/21 dias. Relatou que não houve necessidade de fazer colostomia. No dia do 1º EM realizava o 7º ciclo de QT.

Participou somente do 1º EM, pois devido à falta de medicação teve o seu planejamento alterado, realizando a última QT em outro dia da semana. Não vinha acompanhado ao tratamento. No encontro, mostrou-se atento e falante quando o assunto discutido era voltado para a religião, citando, em alguns momentos, trechos da bíblia. Ao final, sugeriu que as pessoas trocassem os telefones para que pudessem confortar umas às outras. Em outra ocasião, falou que havia terminado a QT, e que havia ligado para as pessoas daquela lista. Os outros não comentaram sobre o assunto.

**Quadro nº 16: Cliente desacompanhado (CM12)****(CM12)**

Sexo masc., 64 anos, natural do Rio de Janeiro, cursou o 3º Grau, militar reformado, casado, tem um filho de 37 anos que mora com ele e a esposa. Não segue nenhuma religião, se autodenominando ecumênico. Portador de tumor de pâncreas, com progressão hepática e para a parede abdominal (4 linfonodos); T3 N1 M0; EC IIB. Relatou que o câncer começou no duodeno, pâncreas, vesícula e agora *‘é só na pele’*. Está no último ciclo da 1ª etapa da QT, encerrando esta etapa no dia de sua participação no EM.

Participou do 2º EM. Toca teclado e referiu gostar de música em geral, mas afinada e bem executada. Na entrevista, falou que o câncer foi um diagnóstico de morte. A partir disso *“caiu na real”*, tomou providências administrativas e nunca comprou nada que não precisasse para não deixar dívidas. Procurou deixar tudo pronto para que a mulher e o filho não tivessem problemas. A sua preocupação é com a mãe, por isso, preferiu não contar a ela sobre o câncer, apenas à sua irmã, que mora com ela. Disse inicialmente que não esperava nada em especial dos EM, *“o que vier eu trato, contanto que não seja para falar de vida de artista (sugestão de outro cliente participante do EM) e de câncer”*. Ao participar do encontro mostrou-se solidário, ajudando a escolher ou lembrar de músicas, e cantando as que gostava junto com o grupo. Dois meses depois, CM12 foi internado devido à piora de suas condições clínicas, sua esposa solicitou nossa visita e poucos dias depois ele faleceu.

**Quadro nº 17: Cliente desacompanhado (CF13)****(CF13)**

Sexo fem., 47 anos, natural do Rio de Janeiro, cursou o 2º grau, servidora civil do Exército, divorciada, tem 2 filhas menores, de 15 e 16 anos. Evangélica. Portadora de Tu

de mama, iniciou o tratamento em 2004. Já fez mastectomia e radioterapia. Já realizou várias etapas de quimioterapia e atualmente realiza ciclos de 21/21 dias. A enfermeira encarregada do Hospital-Dia relatou que ela sempre teve dificuldade para aderir ao tratamento e que havia faltado diversas vezes à QT, já tendo inclusive realizado tratamento psicológico por este motivo.

Participou do 3º e 6º EM. Veio acompanhada pela irmã para fazer o tratamento, mas esta não quis participar dos EM. Na entrevista, C12 falou que sua vida mudou radicalmente, pois havia parado de trabalhar e estava se aposentando. Contou que, para a família, a doença foi um choque, “*ficaram desesperados*”. Referiu que a filha mais nova ficou nervosa e como não soube falar sobre o problema, começou a apresentar “*tiques*”. CF13 a levou ao psicólogo que orientou no sentido de não esconder a doença das filhas, porque “*esses tiques eram reflexo do silêncio que a filha se impunha*”. Relatou que a filha melhorou depois disso, no entanto, a mais velha não consegue conversar sobre a doença. Sobre os EM, disse que sempre gostou de entrevistas e de falar e que seria uma distração. No 3º EM demorou a entrar na sala comunitária, só o fazendo na hora de iniciar a QT. Contudo, mostrou-se mais no 3º EM, quando participaram poucas pessoas e o tema foi a reação da família, o que a mobilizou a falar e cantar.. No 6º EM, passou a maior parte do tempo alheia ao que era discutido, olhando fixamente para a televisão ligada, mas sem som. Escolheu duas músicas e cantou 3 outras músicas. Não participou da discussão grupal.

#### **Quadro nº 18: Cliente desacompanhado (CF14)**

##### **(CF14)**

Sexo fem., 56 anos, natural de Pernambuco, cursou o 2º Grau, trabalhou como costureira, mas atualmente está afastada. Viúva, pensionista, tem uma filha. Católica. Portadora de Tu de mama E, com componente inflamatório proeminente, de 6x8cm, hiperemia de pele e lesão ulcerada de 4x3 cm, com axila negativa; EC IIIB inflamatório. Relatou que o câncer foi diagnosticado em junho de 2007. Fez mastectomia radical e radioterapia. Está no 7º ciclo da 2ª etapa da quimioterapia, atualmente faz toda semana, 7/7 dias.

Participou do 4º, 5º, 6º e 7º EM. Ninguém a acompanha quando vai fazer o tratamento. Na entrevista disse que sua vida não havia mudado em nada e que doença fazia parte da vida. Depois relatou que ficara triste porque criava uma menina, filha de uma pessoa da família portadora de doença crônica, e que teve que devolvê-la, pois o câncer e a mastectomia a impossibilitavam de fazer certos movimentos; no entanto, se falavam por telefone quase todos os dias. Sobre sua família próxima, disse que sua mãe mora em Pernambuco junto com alguns dos irmãos e que ficara mais abalada do que ela; assim como sua cunhada que também tivera câncer. Esperava que os EM levantassem seu astral e a distraísse, porque a música a animava muito. Mostrou-se animada e solidária com os outros participantes. Logo no início do 4º EM, escolheu música. Falou que traria o CD do Pde Marcelo para escutar. No 5º EM ela trouxe o CD gravado que foi tocado. Cantou também outras músicas e apoiou uma nova integrante que iniciava a QT. No 6º EM mostrou-se indisposta devido a uma gripe e permaneceu boa parte do encontro recostada na poltrona. Ainda assim cantou um pouco e falou sobre o marido falecido, que era músico. No 7º EM estava mais disposta e brincou com os novos participantes, buscando acolhê-los. Mostrou o seu cabelo em crescimento para encorajar as que haviam perdido o cabelo recentemente.

**Quadro nº 19: Cliente desacompanhado (CF15)****(CF15)**

Sexo Fem., 67 anos, natural do Rio de Janeiro, sempre cuidou da casa, casada e dependente do marido que é militar da reserva. Tem dois filhos e netos. Católica. Portadora de Tumor de cólon metastático, operado há 4 anos. Faz QT paliativa de 14/14 dias.

Participou do 4º EM acompanhada de sua irmã, que também participou da atividade, mas não quis assinar o TCLE. Ela e sua irmã mostraram-se muito religiosas, cantaram com fervor diversas músicas católicas e falaram bastante sobre a importância da fé. Mostrou-se solidária com os outros participantes. Não participou mais dos encontros porque seu esquema foi alterado para outro dia da semana.

**Quadro nº 20: Cliente desacompanhado (CF16)****(CF16)**

Sexo Fem., 79 anos, natural do Rio de Janeiro, cursou até a 5ª série e trabalhou em diversas ocupações para sustentar os filhos, mas agora está aposentada, viúva. Tem 4 filhos e 4 bisnetos. Para fins de tratamento no HCE é dependente de um dos filhos, que é militar. Católica fervorosa. Portadora de tumor de mama D, EC IIB. Fez mastectomia radical e está realizando o 6º ciclo, atualmente de 21/21 dias.

Participou do 5º e 8º EM. O filho sempre a traz, mas não fica na sala comunitária. Relatou que o câncer foi diagnosticado em dezembro de 2007, mas só iniciou o tratamento em março de 2008, pois, segundo ela, não queria “*estragar as festas de final de ano*”, motivo pelo qual somente revelou seu diagnóstico aos filhos em fevereiro daquele ano. Na entrevista contou que procurou pelo médico sozinha, pois sabia da doença e queria “*poupar*” os filhos. Referiu que aceitou bem a doença por ser católica, e que em caso de alguma eventualidade, os filhos já estariam criados. Revelou que procura não pensar em doença; para tanto, realiza afazeres domésticos e tem vida sócio-espiritual ativa: faz passeios regulares, reza com frequência e pratica caridades. Destacou sentir-se feliz e considera que a família esteja bem, uma vez que a avalia como bem estruturada e que se comporta com naturalidade diante de sua situação, apesar de preocupar-se com ela e a visitar com frequência. Sobre os EM esperava aprender “*um pouco mais, pois nunca se sabe o suficiente, e também passar sua experiência para os outros que estão desanimados*”. No 5º EM, mostrou-se falante e animada, procurando cantar com os outros e apoiá-los.. No 8º EM estava agitada. Pediu logo no início uma música de Roberto Carlos “*Outra vez*” (Isolda), que disse ser a ‘sua’ música e a escutou de olhos fechados. Depois, apesar de dizer que “*não é de falar*”, passou boa parte do tempo falando com o grupo ou em conversas paralelas e também cantou todas as músicas. Participou depois de outro encontro após o término da produção de dados para a pesquisa; mostrou-se mais tranquila.

**Quadro nº 21: Cliente desacompanhado (CF17)****(CF17)**

Sexo Fem., 70 anos, pensionista do exército. Tumor de orofaringe; T4b N3 M0; EC IVB, sem indicação de tratamento cirúrgico pelas sequelas de AVE prévia. Indicado quimioterapia mais radioterapia combinada semanal.

Participou somente do 5º EM porque depois não conseguiu mais ficar na sala comunitária por estar muito debilitada. Seu irmão entrou na sala comunitária no final do EM, mas não assinou o TCLE. Ela estava muito tensa, por ser o primeiro dia da quimioterapia, e falava muito baixo, pela própria localização do tumor. No encontro, mostrou-se tensa e retraída de início, mas depois de algum tempo começou a cantar .

**Quadro nº 22: Familiar desacompanhada (FF10)****(FF10)**

Sexo fem., 50 anos, sobrinha de uma cliente de 80 anos, pensionista do exército, que teve tumor de mama há nove anos e atualmente está com metástase óssea no braço direito, que fraturou e encontra-se muito edemaciado, impossibilitado de se movimentar. Esta fazia a QT deitada em um dos boxes do Hospital-Dia, não tendo condições de ficar na sala comunitária. FF10 quis participar do 2º EM e ficou próximo à porta de vidro para observar o boxe em que estava sua tia. Mostrou-se ansiosa durante o encontro, e além de cantar junto com o grupo, solicitou diversas músicas, chegando a interromper outra participante que escolhia música. Falou sobre a depressão da tia, e outra participante sugeriu uma avaliação psicológica. Devido a essa avaliação, FF10 participou pouco do 3º EM, pois só chegou próximo ao término. Por orientação das psicólogas, sua tia começou a ser assistida por uma acompanhante profissional. Posteriormente ela realizou a QT em regime de internação hospitalar devido à piora de seu quadro clínico, e relatou que estava muito satisfeita com os serviços da acompanhante.

Para facilitar a visualização da caracterização dos sujeitos, alguns aspectos foram evidenciados nos Quadros nº 23 e nº 24, apresentados a seguir. Neles, foram considerados aspectos aos quais avaliei como de maior interesse para o estudo, como alguns dados pessoais e os relativos ao estadiamento do câncer e tratamento dos clientes. Nestes quadros permaneceram espaços em branco devido a falta de alguns dados, situação ocorrida pelas dificuldades já citadas anteriormente.

**Quadro nº 23 – Caracterização dos participantes dos EM**

<b>Identificação dos Sujeitos</b>	<b>Participação nos EM</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Filhos</b>	<b>Religião</b>
CF1	1º	F	68	Casada	1	Espír. Kardecista
FF1 (filha)	1º	F	42			Católica
CF2	1º	F	69	Casada	1	Católica
FF2 (irmã)	1º	F				
CF3	1º 4º 7º	F	55	Casada	3	Catól. Praticante
FF3 (filha)	1º 4º 7º	F	24	Solteira		Católica
CF4	1º	F	60	Viúva		
FF4 (irmã)	1º	F				
CM5	2º 5º	M	73	Casado	4	Catól. Praticante
FF5 (esposa)	2º 5º	F	73	Casada	4	Católica
CM6	2º 3º 5º 7º 8º	M	77	Casado	2	Espírita
FF6 (esposa)	2º 3º 5º 7º 8º	F	66	Casada	2	Espírita
CF7	2º 6º 8º	F	60	Casada	3	Não segue
FM7 (marido)	2º 8º	M	58	Casado	3	Catól. Praticante
CF8	3º 6º	F	56	Casada	2	Budista
FF8 (filha)	3º 6º	F	27	Solteira		Budista
CM9	6º 8º	M	66	Casado	2	Catól. Praticante
FF9 (esposa)	6º	F	66	Casada	2	Católica
CF10	1º 4º 7º	F	69	Solteira	Não	Catól. Ecumênica
CM11	1º	M	53	Casado	5	Evangélico
CM12	2º	M	64	Casado	1	Não segue
CF13	3º 6º	F	47	Divorc.	2	Evangélica
CF14	4º 5º 6º 7º	F	56	Viúva	1	Católica
CF15	4º	F	67	Casada	2	Católica
CF16	5º 8º	F	79	Viúva	1	Catól. Praticante
CF17	5º	F	70	Solteira	Não	
FF10 (sobrinha de não sujeito)	2º 3º	F	50	Divorc.		

**Quadro nº 24 – Estadiamento do câncer e tratamento dos clientes participantes dos EM**

<b>Identificação dos Sujeitos</b>	<b>Localização do Tumor</b>	<b>Estadiamento</b>	<b>Programação do Tratamento</b>
CF1 – EM1 <b>1º dia de QT</b>	Pulmão – Metástase Coluna Tor. E Fígado	EC IV	Tratamento Paliativo
CF2 – EM1	Pulmão E – invasão de mediastino	EC IV	Não é indicado cirurgia Tratamento Paliativo
CF3 – EM1,4,7 <b>1º dia de QT</b>	Endométrio com invasão de miométrio (alto risco)	EC IIIB	Anexectomia e linfadenectomia cadeia ilíaca D QT adjuvante (6 ciclos - 21/21)
CF4 – EM1	Mieloma múltiplo		Faltam dados, extravio de ficha
CM5 – EM5,8	Pulmão (2 massas em lobos diferentes)	EC IV	Inoperável; QT paliativa (ciclos 21/21)
CM6 – EM2,3,5,7,8	Próstata (linfonodos pélvico e para MIE) Risco alto	EC IIIB	Orquectomia QT (iniciou com 8 ciclos 28/28 - agora 2 semanas e descansa 1)
CF7 – EM2,6,8	Mama D	EC IIIB	QT neoadjuvante (21/21)
CF8 – EM3,6	Mama E	EC IIB	Nodulesctomia QT (21/21)
CM9 – EM6,8	Ceco e transverso	EC IIIA	Já realizou cirurgia eletiva QT (21/21)
CF10 – EM1,4,7 <b>1º dia de QT</b>	Mama E (5cm)	T3 N0 M0	QT neoadjuvante (4 ciclos - 21/21) – depois cirurgia
CM11 – EM1	Sigmoide	EC IIIB	Já realizou cirurgia; QT (8 ciclos - 21/21)
CM12 – EM2	Pâncreas com progressão hepática e parede abdominal	T3 N1 M0 EC IIIB	Estava no último ciclo da 1ª etapa da QT
CF13 – EM3,6	Mama	EC IIIB	Iniciado em 2004, já fez mastectomia, radioterapia e várias etapas de QT (21/21)
CF14 – EM4.5,6,7	Mama E	EC IIIB inflamatório	Iniciado em 2007, já fez outras etapas. Atualmente é semanal.
CF15 – EM4	Colon (com metástase)	EC IV	Operou há 4 anos QT paliativa (14/14)
CF16 – EM5,8	Mama	EC IIB	Mastectomia - Início 2006; Atualmente QT (21/21)
CF17 – EM5 <b>1º dia de QT</b>	Orofaringe	T4b N3 M0 EC IVB	Sem indicação cirúrgica devido a sequelas de AVE QT + Radioterapia semanal

## Outra Vez

( Cantada por Roberto Carlos - Composta por: Isolda)

Você foi o maior dos meus casos  
De todos os abraços o que eu nunca esqueci  
Você foi dos amores que eu tive  
O mais complicado e o mais simples prá mim...  
Você foi o melhor dos meus erros  
A mais estranha história que alguém já escreveu  
E é por essas e outras que a minha saudade  
Faz lembrar de tudo outra vez...

Você foi a mentira sincera  
Brincadeira mais séria que me aconteceu  
Você foi o caso mais antigo  
E o amor mais amigo que me apareceu...  
Das lembranças que eu trago na vida  
Você é a saudade que eu gosto de ter  
Só assim sinto você bem perto de mim  
Outra vez...

Me esqueci de tentar te esquecer  
Resolvi te querer, por querer  
Decidi te lembrar quantas vezes  
Eu tenha vontade sem nada perder... Ah!

Você foi toda a felicidade  
Você foi a maldade que só me fez bem  
Você foi o melhor dos meus planos  
E o maior dos enganos que eu pude fazer...  
Das lembranças que eu trago na vida  
Você é a saudade que eu gosto de ter  
Só assim sinto você bem perto de mim

## **CAPÍTULO IV**

### **ENTRE LIMITES E POSSIBILIDADES: AS MÚLTIPLAS VARIÁVEIS IMPRESSAS NA FORMAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DOS ENCONTROS MUSICAIS**

Este capítulo aborda os limites e as possibilidades que se apresentaram à implementação dos encontros musicais junto a sistemas familiares no contexto da quimioterapia.

Para atender aos propósitos do desenvolvimento desta estratégia de cuidado foi preciso adotar condutas flexíveis na sua sistematização, de modo a adequá-la às necessidades do próprio contexto. Cabe destacar que esta flexibilidade não se afastou dos objetivos da pesquisa, tampouco das suas finalidades assistenciais. Assim, através do acolhimento e do incentivo ao diálogo entre os participantes, os EM se revelaram como um rico espaço de expressão de sentimentos, opiniões, crenças, diferentes formas de pensar e conduzir a vida. Caracterizou-se, também, por propiciar relaxamento e troca de experiências entre os sujeitos, promovendo sensação de bem-estar e conforto, conforme os relatos sobre a sua participação no espaço desses encontros.

No entanto, embora tanto no âmbito assistencial quanto da pesquisa, os EM tenham produzido resultados positivos, as características heterogêneas dos sujeitos e suas diferentes formas de participação nos encontros, revelaram algumas dificuldades na sua operacionalização.

A impossibilidade de formar grupos homogêneos se deveu, em parte, a participação de clientes em diferentes fases da doença, ciclos ou esquemas da terapêutica medicamentosa, havendo, inclusive, alguns em tratamento paliativo; e às suspensões, por vezes, desses ciclos, devido a alterações clínicas dos clientes. Outras dificuldades também ocorreram, dentre estas, destacam-se: a variedade de temas sugeridos nos encontros; a participação de clientes e de um familiar desacompanhados no âmbito desses encontros; e os procedimentos inerentes à ação de outros profissionais.

Estes fatos, ao tempo em que se apresentaram, a priori, como limites à produção e análise dos dados da pesquisa, também conduziram às mudanças para a sua superação, ocasionando novas configurações dos grupos. Assim, houve variação tanto no número de participantes em cada EM, quanto no quantitativo de participações de cada um na estratégia implementada.

Vale dizer que situações complexas como as provenientes do próprio contexto do adoecimento pelo câncer e do tratamento quimioterápico pressupõem certa instabilidade. Entretanto, a proposta de desenvolvimento de estratégias terapêuticas sustentadas no pensamento complexo, conclama o uso da criatividade na busca de possibilidades de atuação a partir das informações colhidas e os acasos encontrados no percurso (MORIN, 2006).

Neste sentido, no bojo das múltiplas variáveis existentes que se apresentaram como limites à implementação dos EM, emergiram as possibilidades de co-construção do cuidado com os sujeitos, que serão descritas a seguir.

#### **4.1. Desenvolvimento dos EM e a delimitação dos temas**

Nos oito encontros realizados, alguns sistemas familiares mantiveram regularidade na sua participação, estando presentes em duas ou mais vezes à atividade. A cada encontro, novos sujeitos se integravam ao grupo, enquanto outros não mais participavam por diferentes razões, grande parte, por incompatibilidade entre o dia agendado para o retorno do cliente ao tratamento e aquele previsto para o desenvolvimento dos EM. Desta feita, nenhum encontro se desenvolveu com a totalidade de participantes presentes nos anteriores.

Apesar de serem mantidos basicamente os mesmos passos, algumas características se sobressaíram mais em alguns encontros do que em outros. Esta singularidade de cada EM não ocorreu somente pela variedade de seus integrantes, pela opção e escolha musicais, ou mesmo, por abordar temáticas diferenciadas. Manifestou-se, pela conjunção de todos esses fatores, que acabaram convergindo para atender aos interesses do grupo, necessidades e desejos tanto individuais quanto coletivos, ratificando ser esta uma estratégia de cuidado voltada às características complexas da assistência de enfermagem no contexto em apreço.

Assim, não obstante os EM desenvolvidos tivessem em sua maioria, temáticas centrais por mim apresentadas aos grupos no início da atividade, motivada pelas estratégias de aproximação com os sujeitos em potencial da pesquisa, já descritas, cada grupo orientou a discussão segundo os seus interesses, frequentemente estimulado pelo recurso musical (quadro nº 3).

Deste modo, o tema “*A música que me faz bem*”, sugerido nos três primeiros EM, conduziu os grupos respectivamente à discussão que abordou mais de um assunto: “A Música e a fé religiosa” (1º EM); “Adoecimento e medo da morte: os recursos para enfrentá-los” (2º EM); e “As relações familiares após o adoecimento” (3º EM).

As discussões havidas entre os participantes do 3<sup>o</sup> EM os mobilizaram bastante e levaram à sugestão do tema desenvolvido no 4<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup> EM: “Minha família e eu”. No 4<sup>o</sup> EM os participantes destacaram o tratamento quimioterápico, além de falar novamente sobre música e fé religiosa. No 5<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup> EM eles discutiram temas abordados nos encontros anteriores, aprofundando-os. Tal evento orientou a análise de que os assuntos ressaltados faziam parte das necessidades em comum dos participantes desses grupos, que retomavam discussões e reflexões já havidas no âmbito de outros EM, ainda que entrelaçados pelas singularidades dos sujeitos deles participantes.

Os dois últimos EM (7<sup>o</sup> e 8<sup>o</sup>), dos quais participaram vários sujeitos que já haviam integrado encontros anteriores, foram conduzidos a partir de temas livres, com a intenção de observar o retorno dos assuntos anteriormente tratados, ou o surgimento de novos. Ressalta-se que os temas que conduziram o diálogo e as reflexões desses grupos, ratificaram as discussões antes realizadas: *atitudes de enfrentamento da doença diante da ameaça da morte atravessada pelas histórias de vida, relações familiares e crenças religiosas*.

Aí se revelou o protagonismo dos sujeitos ao conduzirem as discussões para temas que atendiam às suas necessidades e desejos, independente de temas propostos pela enfermeira-pesquisadora, na condição de mediadora e facilitadora dos EM. Neste sentido, ter uma postura flexível frente às necessárias mudanças de enfoque permitiu que clientes e familiares expressassem seus sentimentos, oferecendo um espaço de acolhimento que pudesse atender aos anseios próprios da alma (WATSON, 2007).

É importante ressaltar que, como vimos, a escolha prévia dos temas partiu da aproximação realizada antes da pesquisa, através de entrevistas com possíveis participantes, e posteriormente, com os sujeitos da pesquisa, que na ocasião externaram o desejo de não abordarem temas relacionados ao câncer. Esse desejo está vinculado ao significado que o câncer tem para os clientes e seus familiares, que o relacionam com a possibilidade de morte iminente, mesmo quando se encontram em fase inicial da terapêutica, com perspectivas de remissão completa da doença (MERCÊS; MARCELINO, 2004).

Contudo, os próprios sujeitos trouxeram à discussão esses temas, revelando a ambivalência de fugir de um assunto que lhes é doloroso, e, ao mesmo tempo, falar sobre ele com o intuito de desabafar, compartilhar ou mesmo ajudar outro participante mediante o relato de sua própria experiência. Esta é uma etapa de desenvolvimento dos grupos, quando se inicia uma sensação de comunicação autêntica, baseada no sentimento de confiança de

que seus sentimentos negativos poderão ser aceitos pelos outros integrantes (ROGERS, 2002).

Desta feita, o que de início poderia parecer desconfortável, por trazer à tona sentimentos considerados negativos como medo, raiva ou tristeza, não se configurou como tal, pois a forma como estes assuntos foram abordados fez a diferença. Assim, quando os participantes percebiam que o discurso proferido era um desabafo, se colocavam solidariamente ao lado do interlocutor, o apoiando com atitude acolhedora.

Em contrapartida, os discursos que poderiam induzir a um clima ‘tenso’ ou ‘desconfortante’, por serem carregados de ressentimentos, eram sutilmente ignorados pelo grupo, que respondia com silêncio. O que ocorria com maior frequência era o participante produzir determinado discurso que abordava o contexto de adoecimento, mas o fazendo de forma positiva, com humor ou esperança, o que facilitava sua aceitação pelo grupo, e propiciava dessa forma, uma conversação dialógica.

Aqui se configuram um limite e uma possibilidade. O limite indica que em um grupo com características heterogêneas, um tema inicial pode não satisfazer as singularidades de cada sujeito, ou mesmo não atender suas necessidades naquele momento. As possibilidades estão em que o próprio grupo, de acordo com seu momento, decide sobre que caminhos trilhar para atingir suas necessidades e/ou desejos.

#### **4.2. As diferentes formas de interação dos participantes no âmbito dos grupos de convergência e suas respectivas motivações**

A questão que ora se apresenta é a relação inter e intra-sistemas familiares no interior dos EM, considerando tanto aqueles em que ambos os integrantes do mesmo sistema participaram da estratégia quanto os participantes desacompanhados; e, ainda, se houve diferença no processo terapêutico entre estas duas categorias de sujeitos.

Para analisar esta questão, foram observados elementos que poderiam influenciar a expressão e a interação dos participantes e o seu envolvimento no processo terapêutico grupal como: o *estado clínico* dos clientes, referente às evidências de sintomatologia relacionada ao câncer e sua localização e/ou aos efeitos colaterais da QT; a *participação* tanto dos clientes quanto dos familiares caracterizada pela escolha musical, pelo canto e pelas narrativas; a *interação* familiar e grupal, considerando interação como disposição de ‘estar com’ e comunicação empática reveladas pela atenção ao outro, pelo canto coletivo e pelos diálogos interfamiliares e grupais; o *cuidar/ser cuidado* por familiares ou outros

integrantes do grupo revelados pela escuta atenta à narrativa de outro participante, pela escolha musical para o outro e pelo compartilhamento de informações ou experiências com a intenção de ajudar; e o *envolvimento de outras pessoas da família* no processo dos EM, que não aquelas que se constituíram como sujeitos na condição de familiar acompanhante, mas que integravam os sistemas familiares (Quadros nº 25 e nº 26).

A maior parte dos clientes acompanhados (6) teve boa interação familiar e grupal, havendo uma correspondência entre ambas, ou seja, quando havia pouca interação intra-familiar, tal evento também se revelava na relação com o grupo.

Foi observada relação entre o estado geral dos clientes e sua participação no grupo. Duas clientes interagiram pouco com o familiar acompanhante e com o grupo, influenciada pela condição clínica: uma por estar com dor e prostração (CF1) e outra por se apresentar com dificuldades de expressão verbal (CF2).

Destaco ainda dois clientes (CM9 e CF7) que participaram de dois e três encontros, respectivamente, que mostraram comportamentos interativos diferentes com o grupo quando os familiares acompanhantes estiveram ausentes. Nestes EM eles também demonstraram desconforto pela prostração (CM9), e, por dor e ansiedade (CF7). Em ambos os casos, observei possível relação entre a ausência do familiar e sua influência nos sintomas apresentados por esses clientes nos EM, o que vem ao encontro de estudo que aponta alívio por parte do cliente quando acompanhado pela família durante a QT, e de sensação de abandono e tristeza face à ausência de um ente querido para prestar apoio requerido nesse momento (ANDRADE et al, 2006).

Dos 17 clientes, 7 evidenciaram algum tipo de desconforto como dor (3), prostração (3), ansiedade (3), humor deprimido (2) e dificuldade para falar devido a problemas relacionados ao câncer (2), situações que dificultavam a sua interação com o grupo. Isso se torna mais claro ao observar os clientes que tiveram mais de uma participação, com alteração no seu estado clínico em somente um dos EM, como ocorreu com CF7 e CM9, já citados, e CM6 e CF14, que participaram mais nos outros encontros em que se sentiam bem (quadros nº 25 e nº 26).

**Quadro nº 25: Envolvimento dos clientes e familiar desacompanhados com o processo grupal: comparação entre estado clínico, interação, cuidado e influência sobre sistema familiar amplo**

<b>Sujeitos: Clientes e Familiar</b>	<b>Estado clínico (nº EM)</b>	<b>Participação (nº EM)</b>	<b>Interação grupal (nº EM)</b>	<b>Cuidado do grupo</b>	<b>Cuidado pelo grupo</b>	<b>Influen. ao sist.fam. amplo</b>
CF10 - EM1,4,7	Bom	Ótima	Ótima	Sim	Sim	-----
CM11- EM1	Bom	Boa	Boa	Sim	-----	-----
CM12 EM2	Bom	Muito Boa	Ótima	Sim	-----	Sim
CF13 EM3,6	Bom	Média (3) Pouca (6)	Boa (3) Pouca (6)	-----	-----	-----
CF14 EM4,5,6,7	Bom (4,5,7) Prostração (6)	Ótima Boa (6)	Ótima Boa (6)	Sim	Sim	-----
CF15 EM4	Bom	Ótima	Ótima	Sim	Sim	Sim * Irmã esteve presente no EM
CF16 EM5,8	Bom	Ótima (5) Muito boa (8)	Ótima	Sim	Sim	-----
CF17 EM5	Dificuldade para falar / Angustiada	Boa	Boa	-----	Sim	Sim * Irmão esteve presente no final do EM
FF10 EM2,3		Ansiosa	Pouca	Sim	Sim	Sim

**Quadro nº 26: Envolvimento dos Sistemas Familiares com o processo grupal: comparação entre estado clínico, participação familiar, interação, cuidado, e influência sobre sistema familiar amplo**

Sistema Fam.	Estado Clínico (nº EM)	Participação (nº EM)	Interação familiar	Interação grupal	Cuida da família	Cuida do grupo	Cuidado pelo grupo	Influen. ao sist.fam. amplo
CF1-EM1	Dor Prostração	Pouca	Boa	Pouca	-----	Sim	Sim	-----
FF1-EM1		Boa	Boa	Boa	Sim	Sim	-----	-----
CF2-EM1	Dific. na fala	Muito pouca	Pouca	Pouca	-----	-----	Sim	-----
FF2-EM1		Pouquíssima	Pouca	Muito pouca	-----	-----	-----	-----
CF3-EM1,4,7	Bom	Boa	Ótima	Boa	Sim	Sim	Sim	Sim*(Irmãs presentes no 4º e 7º)
FF3-EM1,4,7		Pouca	Ótima	Pouca	Sim	-----	-----	Sim
CF4-EM1	Bom	Boa	Ótima	Ótima	-----	Sim	Sim	-----
FF4-EM1		Muito ansiosa	Ótima	Pouca	Sim	-----	-----	-----
CM5-EM2, 5	Bom (2) Deprim. (5)	Média	Conflituosa	Boa	-----	-----	Sim	-----
FF5-EM2, 5		Boa	Conflituosa	Boa	No final	-----	-----	-----
CM6-EM2, 3, 5, 7, 8	Bom (todos Deprimido (8))	Ótima Pouca	Ótima	Ótima Pouca (8)	Sim	Sim	Sim	Sim
FF6-EM2, 3, 5, 7, 8		Ótima Ansied.(8)	Ótima	Ótima Boa (8)	Sim	Sim	Sim	Sim
CF7-EM2, 6, 8	Bom (2,8) Dor (6)	Media(2) Ansied.(6) Boa (8)	Boa	Irregular	-----	Sim	-----	Sim
FM7-EM2, 8		Media(2) Boa (8)	Boa	Boa	-----	Sim	Sim	Sim
CF8-EM3, 6	Bom	Boa	Muito Boa	Boa	Sim	Sim	Sim	-----
FF8-EM3, 6		Boa (3) Média (6)	Muito Boa	Boa	Sim	Sim	Sim	-----
CM9-EM6, 8	Bom (6) Prostração (8)	Boa (6) Muito pouca (8)	Ótima	Boa (6) Pouca	Sim	Sim	Sim	-----
FF9-EM6		Boa	Ótima	Muito Boa	Sim	Sim	Sim	-----

Quanto à reação do acompanhante frente ao desconforto do seu familiar doente, esta pôde ser observada somente em três situações. Nestas, a reação do familiar acompanhante esteve tanto ligada ao evento em si quanto à forma de relação já existente neste sistema. FF1 se manteve todo tempo atenta à sua mãe, lhe propiciando conforto com almofadas no encosto da poltrona, mas também se manteve alerta ao grupo, procurando cuidar de ambos através do canto de um mantra e com palavras de incentivo e alento.

Nas demais situações em que se presenciou o desconforto do familiar doente ou não foi observada manifestação corpórea ou verbal do acompanhante (FF2) ou este estava ausente quando o cliente se sentiu mal (FM7 e FF9). Já no caso de FF5, enquanto que, com o grupo, manteve um constante comportamento interativo, permanecendo atenta e cantando as músicas escolhidas; com o marido, que evidenciava queda de humor, mostrou-se ansiosa, aparentemente por não saber o motivo que o levara a tal reação, tentando argumentar com ele as possíveis razões para o evento. Ao final do EM, com a ajuda do grupo, tentou lembrar alguma música que pudesse fazê-lo sentir-se melhor.

Na situação de prostração de CM6, no 8º EM, sua esposa (FF6) modificou seu comportamento, mostrando-se ansiosa e mantendo-se em comunicação prioritariamente com ele e com a técnica de enfermagem, em parte do encontro. Ainda assim, embora tenha interagido menos com o grupo em relação aos encontros anteriores dos quais participou, ainda conseguiu interagir, mostrando interesse e tentando participar em alguns momentos do diálogo grupal.

Se, por um lado, estas situações apontam a singularidade dos sujeitos nas respostas às situações promotoras de ansiedade, por outro, também indicam as diferentes possibilidades de, nestas situações, interagirem com os outros integrantes do grupo e buscarem bem estar e seu próprio cuidado através de: cuidar do grupo (FF1), relaxar (FF5) ou se comunicar (FF6).

Dos nove sistemas familiares participantes, 08 demonstraram boa interação entre seus integrantes, mantendo reciprocidade entre eles. A única exceção (SF2) se deveu às dificuldades na fala de CF2 e a pouca comunicação verbal mantida por FF2, o que dificultou a observação. Na maioria dos sistemas familiares presentes, a interação se fez mais intensa entre eles e menos em relação ao grupo, o que é natural, visto que, os participantes do grupo eram desconhecidos em sua maioria. Outros ainda revelaram comportamento mais reservado. Contudo, dois sistemas familiares mantiveram interação familiar e grupal semelhantes: CM6 E FF6 mostraram-se igualmente solidários e

acolhedores entre si e com o grupo; e CM8 e FF8, que mesmo sendo mais contidos, procuraram interagir entre si e com o grupo, mantendo atitude colaborativa.

Situação diferente se apresentou com o SF5 que teve uma atitude interativa melhor em grupo do que entre si, visto que explicitou divergências de opinião durante o EM, mas manteve atitude positiva com o grupo, procurando interagir com outros integrantes. Face ao impasse intra-familiar, o próprio grupo o auxiliou a encontrar um ponto de convergência na escolha musical, reduzindo o conflito explicitado.

Esses eventos apontam que, em sua maioria, os clientes acompanhados se sentem mais seguros em se expressar com seus familiares, o que mostra a importância do acompanhamento familiar durante a QT, pois além de reduzir a ansiedade, facilita a expressão dos clientes e amplia as possibilidades para o cuidado de enfermagem. Dessa forma, incluir o acompanhante familiar no contexto da quimioterapia relaciona-se com desenvolver e sustentar a ajuda-confiança, a autêntica relação do cuidar (WATSON, 2007).

Foi possível também observar que a maioria dos clientes (13), de uma forma geral, foi cuidada de alguma maneira pelo grupo, fosse por palavras de conforto, música escolhida ou cantada para eles, uma brincadeira ou o relato de alguma experiência que promovesse esperança. Esse comportamento acolhedor foi realizado tanto por outros clientes (12) como pelos familiares, acompanhantes ou não (6), o que se constituiu como uma rede de apoio baseada em relações de ajuda, que pressupõe o ato de auxiliar, colaborar e amparar alguém diante de uma necessidade (MOREIRA; CARVALHO, 2004).

Estas mesmas autoras também apontam que a relação de ajuda propicia o crescimento e o desenvolvimento tanto daquele que ajuda quanto daquele que é ajudado. Nessas circunstâncias, mesmo o cliente desacompanhado sentiu-se integrado e acolhido, assim como pôde acolher o outro, o que melhorou sua autoimagem por ter possibilidade de também exercer o cuidado. Esse ato de ajudar o outro, manifesto tanto por familiares quanto por clientes gerou bem-estar e autonomia, vinculando sua participação à auto-realização, assim como à sensação de pertencimento ao grupo.

É importante ressaltar que os participantes vivenciavam um período de ajustamento às mudanças geradas a partir do diagnóstico e tratamento de câncer. Nesse sentido, a estratégia de cuidado implementada contribuiu como suporte emocional às adaptações necessárias às novas situações, enfocando especialmente o tratamento de quimioterapia. Demonstrou seu potencial quanto à possibilidade de relaxamento proporcionado pela

música nesse ambiente, assim como o de encontro entre pessoas com situações semelhantes oportunizando o compartilhamento de suas vivências e experiências.

As influências sobre os familiares não sujeitos foram especialmente observadas em duas situações distintas. A primeira no âmbito dos próprios EM, pela presença de familiares que não assinaram o TCLE, mas que participaram de alguma forma nestes, contribuindo com a interação grupal dos clientes (CF3, CF15 e CF17). Destaco que esse comportamento é uma das formas evidenciadas de apoio familiar: o estar junto ao doente, presente ou perto, e organizar rodízio entre os familiares para não deixá-lo sozinho (BIELEMANN, 2003).

A segunda situação se refere aos relatos positivos dos clientes aos familiares não participantes acerca dos EM, resultando nas seguintes situações que demonstraram, entre outras, a efetividade da estratégia de cuidado em apreço: filha e amigos de CF7 expressaram desejo de participar dos EM para poder cantar também; neto de CM6, estudante de violão, veio ao hospital conhecer os músicos; esposa de CM12 solicitou nossa presença para cantarmos para ele, durante sua internação. Tais exemplos apontam que a influência dos EM não ficou circunscrita ao momento do encontro em si, mas propagou-se também entre os familiares que não puderam dele, participar.

Do mesmo modo, os clientes desacompanhados nos EM foram incluídos em uma rede de cuidados que CF3 se referiu com o termo “*uma família*”. E o que poderia se configurar como um limite, por sua heterogeneidade, revelou-se como possibilidade, pois facilitou o estabelecimento de novas relações e propiciou o cuidado do/ao grupo.

É importante também destacar que os clientes que tiveram algum tipo de desconforto proveniente de seu estado clínico, puderam participar da forma que lhes fora mais conveniente, escutando a música ou conversa, cantando ou mesmo falando. As variadas possibilidades de atuação, além do próprio relaxamento promovido pela música, proporcionaram conforto e também a alteração positiva do humor, segundo a avaliação dos próprios sujeitos.

Ou seja, levaram ao entendimento de que mal-estar, dor, prostração, ou humor rebaixado não se configuraram em limites para a participação nos EM. Exemplo disso foi evidenciado por CF17, que mesmo angustiada e com dificuldade para falar, se manteve atenta, comunicou-se com gestos e acenos, cantou músicas e avaliou o encontro como sendo “*ótimo*”. Estas possibilidades apontam que os EM, como atividade grupal multifamiliar que utiliza a música como um de seus recursos terapêuticos se caracteriza como uma estratégia de cuidado integral ao cliente no contexto da QT, por apresentar

diferentes maneiras de participação dos clientes e familiares, independente do estado clínico ou características pessoais.

#### **4.3. Número de participações e as ações dos sujeitos voltadas para o conforto, autoexpressão, interação e cuidado no espaço terapêutico dos EM**

Uma das questões que poderiam se configurar como um obstáculo metodológico se relaciona com o número de vezes que os sujeitos participaram dos EM, visto que a quantidade de participações poderia ser uma variável importante ao se observar a efetividade terapêutica da estratégia.

Assim, procurei fazer um quadro que possibilitasse comparar o número de participações com as ações realizadas pelos sujeitos durante os encontros, focalizando quatro aspectos: o *conforto e bem estar*, relacionado ao cuidado consigo ao se permitir ter prazer, se distrair, descontraír e relaxar; a *autoexpressão*, vinculada às manifestações verbais e não-verbais no âmbito dos encontros; a *interação*, ou seja, a demonstração de atitude interativa com o familiar e com o grupo, e exteriorização do sentimento de pertencimento ao grupo; por fim, a intenção de *cuidar e/ou ser cuidado* por parte dos integrantes do grupo (Quadro nº 27).

É importante esclarecer que as marcações (x) nesse quadro não se referem à quantidade de ações, e sim, a diferentes tipos de participação. Por exemplo, na coluna '*conforto e bem estar*' o sujeito podia demonstrar prazer em cantar, e posteriormente referir que o canto promoveu relaxamento, distração e descontração, ampliando os aspectos relacionados à participação pela sua própria percepção das possibilidades terapêuticas dos encontros, vinculadas à produção de subjetividades estimulada pela música.

**Quadro nº 27: Número de participações nos EM e a relação com ações observadas ou relatadas pelos sujeitos durante os encontros**

Sujeito	Número de participações nos EM	Conforto e bem estar	Autoexpressão	Interação	Cuidar e/ou ser cuidado
CF1	1		xxx		
FF1	1	x	xxxx	xx	xxxxx
CF2	1	xx	x		
FF2	1	x	x		
CF4	1	xxxxx	xxxxx	xx	xx
FF4	1	xx	xx	x	xx
FF9	1	xxxxx	xxxx	xx	xxx
CM11	1	x	xxx	x	xx
CM12	1	xxx	xxxx	x	xxxx
CF15	1	xxx	xxxxxxxxx	xx	xxxxxx
CF17	1	xxxxx	xxxxx	xx	xxx
CM5	2	xx	xx	xx	xxx
FF5	2	xxxx	xx	xx	xx
FM7	2	xxx	xx	xx	xxx
CF8	2	xxxxx	xxxxxxxxx	xxx	xxx
FF8	2	xxxxx	xxxxx	xxx	xx
CM9	2	xxxxx	xxx	xx	xxx
FF10	2	xxx	xxx	x	x
CF13	2	xx	xxxxx	x	
CF16	2	xxxxx	xxxxxxx	xx	xxxx
CF3	3	xxxx	xxxxxxx	xxx	xxxx
FF3	3	xxxx	x	x	x
CF7	3	xxxxx	xxxxxxxxx	xx	x
CF10	3	xxxx	xxxxxxxxxxx	xx	xxxxxx
CF14	4	xxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxx	xx	xxxxxxxxxx
CM6	5	xxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxx	xxxxxx
FF6	5	xxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxx	xxxxxx

Onze sujeitos tiveram somente uma participação nos EM, sendo 7 clientes e 4 familiares. Isto ocorreu por questões institucionais e também pelas condições clínicas do próprio sujeito, como já mencionado. Vale destacar que tal aspecto poderia ter se constituído em limite metodológico; no entanto, possibilitou observar que as participações desses sujeitos estiveram mais vinculadas às suas singularidades do que à quantidade de encontros, haja vista outras circunstâncias que estiveram envolvidas no tipo de participação dos que integraram 2 ou 3 EM. A diferença mais significativa ocorreu entre os sujeitos que participaram 4 e 5 vezes (CF14 e SF6, respectivamente), em que ocorreu a convergência de mais oportunidades de participação com o próprio desejo de interagir destes.

Entre os sujeitos que participaram somente uma vez, se destacam situações distintas. De um lado, os que participaram pouco, como o CF2, que falou muito pouco, embora tenha escolhido duas músicas, por sua condição clínica e características próprias, assim como sua irmã FF2 que não interagiu com o grupo. Também se destaca CF1, que apesar de sentir dor e prostração escolheu música, cantou e desabafou sobre sua condição de saúde, mas participou pouco em outros momentos. Ou FF4, que interagiu mais com a irmã e se manteve ansiosa para cantar músicas durante o EM, implicando em redução da participação de outros integrantes da estratégia implementada.

No outro extremo está CF17, que apesar de também ter limitações devido ao seu estado clínico, falou pouco, mas se expressou bastante através de comunicação não-verbal, além de procurar reduzir seu desconforto através do canto e da interação grupal, aceitando acolhimento promovido pelos integrantes do encontro. Nesse sentido, também CF15 se destacou pela sua atitude interativa, incentivando outros a cantar ou tentando lembrar de músicas solicitadas, além de falar de sua vivência com a QT, procurando trocar informações com os outros clientes e esclarecer uma integrante que iniciava o tratamento.

Alguns participantes demonstraram ter um estilo de participação pouco voltado para o próprio bem estar, como ocorreu com FF1 e CM11, com a diferença que a primeira também voltou-se para o cuidado familiar e do grupo. É possível que, para FF1, isso se relacione com sua escolha profissional, pois como terapeuta há uma tendência natural e mesmo, esperada de estabelecer relações de ajuda. Já CM11 é participante ativo de igreja evangélica, e seu discurso esteve muito voltado para as questões religiosas, o que pode justificar sua preferência pela expressão verbal.

Dos 11 sujeitos que participaram de apenas 01 encontro, 5 mostraram atuação diversificada (CF4, FF9, CM12, CF15 e CF17), buscando tanto o próprio bem estar quanto o do grupo, se expressando de diferentes formas sobre assuntos variados e interagindo de forma positiva com os outros participantes. Isso se refletiu na avaliação que fizeram acerca dos encontros, ao apontarem a interação grupal, o prazer de cantar e conversar, o acolhimento e a ludicidade como elementos que contribuíram para o seu processo terapêutico.

Na forma de participação dos sujeitos que frequentaram 2 ou 3 EM, observa-se padrão semelhante, no qual alguns participaram pouco, ou priorizaram só uma forma de participação, como FF10 e CF13, que apesar de escolher música ou cantar, tiveram o

discurso voltado somente a um tema, estabeleceram interação limitada e externaram pouca preocupação com o cuidado ao próximo.

Destaca-se também a participação de FF3, que apesar de estar presente a 3 encontros, pouco interagiu com o grupo, priorizando basicamente o canto como expressão, possivelmente devido à sua timidez. Já CF7 priorizou o canto na sua primeira participação, mas este era mais dirigido a si mesma. No 6º EM voltou-se prioritariamente para o discurso sobre o preconceito que cerca o câncer, retornando ao assunto repetidas vezes, sem, contudo, encontrar receptividade significativa no grupo. No último encontro expressou-se através do canto e do discurso, tentando interagir mais com o grupo, diferindo de sua atitude nos encontros anteriores, mas ainda demonstrando pouca preocupação com o cuidado ao outro.

CM5, FF5 e FM7, embora não fossem tão expansivos quanto os demais participantes, aproveitaram o espaço para cuidar de si, do familiar e/ou de outros. CF8, FF8, CM9, CF16, CF3 e CF10 mostraram mais diversidade em suas participações, e, embora de início aparentassem um comportamento mais contido como os outros, tiveram mais oportunidades para se expressar e interagir. Eles próprios atribuíram isso à dinâmica grupal, avaliando os EM como positivos nos aspectos ligados à descontração, relaxamento, troca, oportunidade de falar com ajuda da música, bom astral e integração.

Os integrantes que tiveram participação em 4 e 5 encontros, respectivamente (CF14, CM6 e FF6) também se destacaram pela qualidade da participação, em parte, por seu temperamento extrovertido (CF14 e FF6) e o estímulo sofrido à participação (CM6). Mas, o fato é que se mantiveram motivados na interação com o grupo. Esses três participantes foram considerados os ‘anfitriões’ ou ‘veteranos’ do grupo, uma vez que acolhiam os ‘novatos’ explicando ou mostrando a dinâmica, ao tempo em que imprimiam o seu estilo bem humorado na dinâmica grupal.

Vale dizer que somente os dois primeiros EM foram compostos por pessoas que não conheciam a dinâmica do encontro e também eram desconhecidos entre si. A partir do 3º EM, sempre havia algum participante que havia estado presente em um encontro anterior, e agia como elemento introdutor às outras pessoas. Além dos sujeitos já descritos, CF10 também exerceu esse papel, principalmente por sua atitude acolhedora e amigável, facilitando assim a interação grupal.

Outra questão a ser considerada foi a quantidade de participantes em cada grupo e sua influência no processo terapêutico. O 1º e o 3º EM representaram o maior e menor

quantitativo de participantes (10 e 6, respectivamente). Os demais mantiveram a média de 7 a 8 participantes, adequado tanto para o desenvolvimento de estratégias de pesquisa-cuidado grupais, quanto para o espaço físico e tempo a que se dispunha para sua operacionalização.

Uma diferença observada no 3º EM foi o enfoque maior na expressão verbal, voltada fundamentalmente para discussões relacionadas ao adoecimento pelo câncer e as repercussões disso nas relações familiares. Esse tema mobilizou principalmente CM6, FF6, CF8 e FF8 de tal forma, que os surpreendeu ao final. Eles relacionaram essa discussão mobilizadora com dois fatores: o tema envolvente e o pouco número de pessoas presentes.

Destaca-se que os diferentes estádios do câncer dos clientes não foi um fator que influenciou o processo grupal. Em momento algum eles discutiram no grupo o estágio da doença ou verbalizaram estar em tratamento paliativo. Tal atitude está em acordo com as expectativas expressas por alguns participantes sobre os EM no momento da entrevista, quando relacionaram estes encontros ao *desejo de passar o tempo, relaxar, escutar ou cantar músicas que elevem o ânimo, se distrair e descontraír, esquecer a doença, conhecer pessoas, aprender um pouco mais, se expressar, ter apoio e, sobretudo, não falar sobre câncer.*

Os clientes em tratamento paliativo (CF1, CF2, CM5 e CF15) tiveram comportamentos muito diferentes entre si. CF1 foi a única que destacou a doença e a morte, em forma de desabafo, mas terminou seu discurso falando sobre aprendizagem, fé e esperança. CF2 optou por escolher músicas e cantar, só falando sobre as músicas que escolheu. CM5 também falou sobre música e sobre o seu próprio humor, ressaltando que este estava rebaixado e se elevou depois de escutar as músicas cantadas para ele. CF15 abordou a doença e o tratamento, contudo, centrou a fala na sua fé religiosa, e passou boa parte do tempo cantando de maneira animada. Como se observa, mesmo os clientes em tratamento paliativo usufruíram do processo grupal da forma que consideraram a mais adequada, interagindo e buscando forças para continuar sua jornada.

No enfoque do embasamento teórico desse estudo, a implementação dos EM esteve vinculada à complexidade, pela ampliação do foco da observação, ao se incluir a família no processo terapêutico (ESTEVES DE VASCONCELOS, 2003). Relacionou-se também com o pressuposto da instabilidade, pois a existência de fenômenos aleatórios que não podem ser determinados, e que agregam incerteza ao pensamento, podem ser utilizados como um elemento necessário aos processos de criação e invenção (MORIN, 1996).

Assim, a flexibilização das condutas na implementação dos EM se relaciona ao princípio da instabilidade, pois o sujeito está em contínua transformação em relação com seu contexto complexo, e o cuidado se constrói na dependência dos sujeitos que dele participam. Isso implica no entendimento de que o cuidado existe na dependência do contexto relacional em que ele se dá, o que lhe confere um atributo de 'estado' (FERREIRA, 2007).

A relação entre o desenvolvimento da PCA e a implementação de uma estratégia de cuidado baseada no pensamento complexo também está em consonância com o Caritas Processes (WATSON, 2007), que aponta entre seus elementos o engajamento em genuínas experiências de ensinar-aprender, vinculados ao sistema de referências do outro. Isso justifica a flexibilização das condutas da enfermeira na condução dessa estratégia, voltada para o aprendizado contínuo do que melhor atenderia às necessidades e anseios dos participantes.

Watson (2007) também aborda outra questão importante do cuidado, relacionado à postura criativa da enfermeira ao desenvolver práticas inovadoras, usando de forma criativa a própria presença e todas as formas de conhecimento como parte do processo de cuidar, engajando-se em práticas artísticas de cuidar-reconstituir. Assim, nessa estratégia, a enfermeira no papel de facilitadora, com o reconhecimento das múltiplas possibilidades terapêuticas da música, propiciou o encontro e a troca entre clientes e familiares e destes com a enfermeira.

Entre os limites e as possibilidades que se apresentaram à implementação dos EM prevaleceu a finalidade de promover o bem-estar de sistemas familiares durante a quimioterapia. Assim, foram reunidos elementos capazes de contribuir com a redução da ansiedade, do medo e do desânimo de clientes e seus familiares, através de sua participação ativa nesse processo terapêutico, gerando novas possibilidades de relacionamento familiar e grupal.

Deste trabalho de descrição e análise realizado que teve por finalidade apresentar as múltiplas variáveis impressas na formação e implementação dos EM foi possível observar que a participação dos sujeitos no seu interior se processou basicamente através de três formas de relacionamento e três formas de expressão. As primeiras, relacionadas a quem se dirigia à expressão: a si mesmo, ao familiar acompanhante ou a algum(s) outro(s) participante(s). Quando me refiro a expressar-se para 'si mesmo', quero dizer, quando as músicas relacionavam-se ao próprio contexto de vida de quem as escolhiam, às narrativas

que se voltavam mais para si, como uma autoreflexão ou ‘testemunho’. Além destas, tem-se as atitudes que visavam o desabafo ou o conforto e bem estar.

Essas três formas de relacionamento serão analisadas na sequência desta tese de modo a apreendermos os momentos em que estavam voltadas para promover o bem-estar ou autoexpressão do próprio sujeito, para a interação familiar, ou para o acolhimento e estabelecimento de relações com os outros participantes. Assim, essas formas de relacionamento apresentam elementos que permitem caracterizar os EM como estratégia de cuidado na medida em que evidenciam o alcance do seu propósito.

Quanto às três formas de expressão, considero-as como elementos básicos dos EM: música, linguagem verbal e atitudes. Apesar destes elementos estarem intimamente interligados, serão apresentados separadamente nos próximos capítulos para facilitar a compreensão e discussão de cada um.

## Deixa a vida me levar

(Cantada por Zeca Pagodinho)

Eu já passei por quase tudo nessa vida  
Em matéria de guarida espero ainda minha vez  
Confesso que sou de origem pobre  
Mas meu coração é nobre, foi assim que Deus me fez

E deixa a vida me levar (vida leva eu)  
Deixa a vida me levar (vida leva eu)  
Deixa a vida me levar (vida leva eu)  
Sou feliz e agradeço por tudo que Deus me deu

Só posso levantar as mãos pro céu  
Agradecer e ser fiel ao destino que Deus me deu  
Se não tenho tudo que preciso  
Com o que tenho, vivo  
De mansinho , lá vou eu

Se a coisa não sai do jeito que eu quero  
Também não me desespero  
O negócio é deixar rolar  
E aos trancos e barrancos, lá vou eu  
E sou feliz e agradeço por tudo que Deus me deu

E deixa a vida me levar (vida leva eu)...

## CAPÍTULO V

### A MÚSICA COMO ATIVADORA DO PROCESSO EXPRESSIVO E INTERATIVO NA ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA E DE PESQUISA IMPLEMENTADA

Este capítulo discorrerá sobre a expressão musical como elemento que promoveu a autoexpressão e o processo interativo, a partir dos quais os outros elementos puderam emergir no âmbito dos EM. A expressão musical se refere à escolha das músicas pelos sujeitos, ao canto em conjunto de músicas escolhidas pelos demais participantes, ou ao acompanhamento destas através de movimentos corporais.

Nesse momento, a ênfase será a escolha musical, pois promoveu a expressão da identidade musical do cliente e clarificou o tipo de experiência que foi desenvolvido nos encontros. A música foi o recurso ativador da interação entre os participantes, bem como, de outras expressões que ganharam visibilidade nos grupos de convergência.

As experiências musicais são os agentes de intervenção em musicoterapia, que não utiliza a música como um objeto que opera no cliente, mas uma experiência multifacetada envolvendo pessoa, processo, produto e contexto (BRUSCIA, 2000). No desenvolvimento dos EM, a atividade musical se fundamentou nas experiências: *receptivas*, baseadas na audição musical com a finalidade de promover relaxamento e evocar experiências afetivas; e *re-criativas*, fundamentadas no canto como forma de promover empatia com os outros, comunicação de ideias/sentimentos e melhorar habilidades interativas e de grupo.

Ruud (1998) afirma que a música pode ter um importante papel ao realçar eventos de nossa vida, por estar sempre presente no nosso cotidiano, e quando estimula nossa memória, nos traz à consciência sentimentos relacionados a essas experiências vividas, o que a torna um elemento de grande mobilização emocional. As memórias vinculadas a essas experiências musicais formam a identidade musical, e esta contribui para formar nossa própria identidade.

Para o autor, a identidade nunca está acabada, mas em permanente processo. Ela é construída ao mesmo tempo em que fazemos um modelo de quem nós queremos ser e a qual lugar queremos pertencer. Esse modelo é formado por alguns importantes parâmetros: nosso sentido de “Eu” e sentidos corporais, um sentido de história e de vínculos local e global, relações sociais e a experiência de poder pessoal. A memória musical forma a identidade musical de cada pessoa, articulada à sua história pessoal e à sua cultura, e está vinculada aos espaços de identificação, conforme a classificação exposta no quadro 28.

**Quadro n° 28: Análise da música em relação aos espaços de identificação dos sujeitos**  
(Ruud, 1998)

<b>CATEGORIA</b>	<b>ABRANGÊNCIA</b>
<b>Espaço pessoal</b>	Consciência emocional e corporal; Espaço privado; Crenças básicas
<b>Espaço social</b>	Grupo de pertencimento (gênero, valores); Comunidade
<b>Espaço tempo/lugar</b>	Rituais diários; Celebrações; Fases da vida; Nacionalidade
<b>Transpessoal</b>	Experiências religiosas; Rituais de transição; Natureza; Sentido de 'ser maior'

Neste capítulo, estas categorias serão utilizadas como instrumentos para analisar a relação da música com a história do sujeito e suas vivências no grupo, clarificando a influência da música no processo terapêutico pessoal/familiar.

Será, também, utilizado o modelo teórico de Ruud e Bonde (2008), já citado no capítulo 1, para analisar as experiências musicais sintetizadas no quadro 29, visando estabelecer a função da música para os participantes no desenvolvimento dos EM.

**Quadro n° 29: Níveis de experiência musicais como categorias analíticas**

<b>NÍVEIS</b>	<b>MÚSICA</b>	<b>FOCO</b>	<b>EFEITO</b>
<b>Fisiológico #</b>	Som #	Propriedades Físico-Acústicas #	Reações fisiológicas ao som #
<b>Sintático #</b>	Estrutura #	Regras e princípios gerais #	Fenômeno estético: experiência de coerência e beleza
<b>Semântico</b>	Significado	Origem e tipos de significado	Fenômeno existencial e espiritual Experiência de humor, relevância, significado e sentido (*)
<b>Pragmático</b>	Interação	Fazer musical: processo e atividade	Fenômeno social e cultural: lúdico, ritual, comunidade

OBS: Trechos assinalados com # não serão utilizados na análise.

Optou-se neste estudo por não analisar as letras das músicas, mas sim, ressaltar o sentido que o próprio sujeito atribui à música, sendo enfatizado o sentido semântico construído no contexto dos EM. Barcelos (2009) afirma ser a música uma atividade geradora de sentidos. Ao diferenciar significado e sentido, considera o significado como estável, repetível e universal dentro de um sistema, diferenciando o sentido como um processo singular de construção que é reconstruído a cada situação. Dessa forma, para fins desse estudo, sua concepção de sentido é adequada por destacar a possibilidade de processo, compatível com o desenvolvimento dos EM, sendo acrescentado esse termo (\*) ao quadro n° 29.

Assim, a utilização dessas duas categorias na análise das músicas escolhidas pelos participantes poderá propiciar: a percepção do envolvimento destas na história e vivências dos sujeitos, ampliando o conhecimento sobre o seu contexto familiar e social; a observação de suas funções no desenvolvimento dos EM, bem-estar, expressão ou reflexão dos sujeitos, ou se estão relacionadas à interação familiar/grupal (Quadro nº 30).

**Quadro nº 30 – Músicas escolhidas e sua relação com espaços de identificação e níveis das experiências musicais**

Sujeito	EM	Músicas Escolhidas	Espaços de Identificação	Níveis das experiências musicais
CF1	1º	“Deixa a vida me levar”	Pessoal	Semântica
FF1	1º	Mantra	Transpessoal	Semânt./Pragm.
CF2	1º	“Soledade” “Marambaia”	Tempo/lugar (SF) -----	Semântica Estética
FF2	1º	-----		
CF3	1º e 4º 7º	----- “Pegadas na areia” “Maria Maria” (junto Facilitadora)	Transpessoal (SF) -----	Semântica -----
FF3	1º,4ºe 7º	-----	-----	-----
CF4	1º	“O que é o que é” “Lembra de mim” “A noite do meu bem” “Saigon”	----- Pessoal Pessoal Social	Pragmática (G) Estét./ Semânt. Estét./ Semânt. Semântica
FF4	1º	“Começar de novo”  “Você abusou” “O cravo brigou com a rosa” “A felicidade”	Pessoal  ----- ----- -----	Pragm./Semant. (F e G)  ----- ----- -----
CM5	2º 5º	----- “Besame mucho” (junto Facilitadora) “Sentimental” (junto Facilitadora)	Pessoal Pessoal	Semântica Semântica
FF5	2º 5º	“Ronda” “Emoções” (junto CM6)	Pessoal (SF) -----	Semântica -----
CM6	2º 3º 5º 7º 8º	“Verdade” (junto FF6) ----- “Emoções” (junto FF5) ----- “Foi um rio que passou...” (junto NS)	-----  -----  -----	Estética  Pragmática (G)  Estética
FF6	2º 3º 5º 7º 8º	“Verdade” (junto CM6) “Alma Gêmea” (junto FF10) ----- “Pensa em mim” (junto Facilitadora) “Como é grande o,,,” (junto Facilitadora) “As rosas não falam” (junto músico) -----	----- Pessoal (SF)  ----- ----- -----	Pragmática (F) Semântica  Estética Pragmática (G) Estética
CF7	2º	“Meus tempos de criança” (junto FM7) “Papo de esquina” “O que é o que é”	Pessoal (SF) ----- Tempo/lugar/Pes.	Semântica ----- Semântica

	6° 8°	----- “O neguinho e a senhorita” “Poxa” (junto FM7)	Tempo/lugar -----	Semântica -----
FM7	2°   8°	“Nunca” “Meus tempos de criança” (junto CF7) “O gênio” “O velho lobo do mar” “La barca”	----- ----- ----- ----- -----	Pragmática(G) Pragmática (F) ----- ----- -----
CF8	3° 6°	“Eu sei que vou te amar” (junto Facilit.) “Azul da cor do mar” (junto FF8) “Debaixo dos caracóis” (junto FF8)	Pessoal Social (SF) -----	Seman./ Estét. Semântica -----
FF8	3° 6°	“Amor, I love you” (junto Facilitadora) “Azul da cor do mar” (junto CF8) “Debaixo dos caracóis” (junto FF8)	----- Social (SF) -----	----- Semântica -----
CM9	6° 8°	“As rosas não falam” -----	-----	Estética
FF9	6°	“Café da manhã” “Noites traiçoeiras” “A praça”	----- Transpessoal Social	Estética Sem./Pragm.(G) Semântica
CF10	1° 4° 7°	“Cantemos cânticos de alegria” ----- “Noites traiçoeiras” (junto Facilitadora)	Transpessoal  Transp. / Pessoal	Semântica  Semântica
CM11	1°	“Quero que valorize”	Transp./ Social	Semântica
CM12	2°	“Carinhoso” “Detalhes” (junto FF10)	Tempo/lugar (SF) -----	Semântica Pragmática (G)
CF13	3°  6°	“Deus cuida de mim (junto Facilitadora) “Sonda-me, usa-me” (junto Facilitadora) “Hino da Vitória” “Quem de nós dois”	Transpessoal (SF) Transpessoal ----- -----	Semântica Semântica ----- -----
CF14	4° 5°  6° 7°	“Canteiros” “Em troca de paz”(CD) “Canteiros” “Vou seguir com fé” (junto Facilitadora) “Minha bênção” (CD) “Canteiros”	Tempo/Lugar(SF) ----- ----- ----- Transp. / Pessoal Tempo/Lugar(SF)	Semântica ----- ----- Estética Estética Semântica Semântica
CF15	4°	“Oração pela família” (junto irmã NS)	Transp./Social (SF)	Semântica
CF16	5° 8°	----- “Outra vez”	Pessoal (SF)	Semântica
CF17	5°	“Jesus Cristo”	Transpessoal	Semântica
FF10	2°   3°	“Detalhes” (junto CM12) “Xote das Meninas” (junto Facilitadora) “Alma gêmea” (junto FF6) “Café da manhã” “Morangos do Nordeste”	----- Tempo/lugar ----- ----- Tempo/lugar (SF)	----- Semântica Pragmática (G) ----- Semântica

Quero esclarecer que as músicas às quais me refiro neste estudo são canções populares veiculadas pela mídia e que fazem parte do nosso cotidiano. Atualmente essas canções, pela grande divulgação passaram a fazer parte do repertório cultural das pessoas,

produzindo subjetividades e fazendo parte da memória individual e coletiva (MILLECO FILHO; BRANDÃO; MILLECCO, 2001).

A importância da canção popular no Brasil se relaciona com o fato de expressar camadas ocultas da vida do povo, não servindo apenas como lazer para o esquecimento dos problemas cotidianos. Pelo entrecruzamento da música de origem popular com a poesia de cunho erudito e sua penetração em todas as camadas sociais, pode ser considerado um dos retratos mais bem acabados da identidade cultural brasileira (BURNETT, 2008).

Assim, relacionar as canções com a identidade musical dos sujeitos pode ampliar o conhecimento sobre a inserção cultural dos sujeitos e o uso da música em atividades terapêuticas coletivas. É importante destacar que somente foi possível fazer a análise do sentido das canções as quais os sujeitos apresentaram explicação pela sua escolha. Isto porque, nem todas as músicas tiveram algum sentido atribuído pelo participante, por não terem se conscientizado deste, não ter aderência às suas experiências prévias, ou, ainda, porque no desenvolvimento dos EM, o discurso tomava outro rumo.

Neste contexto, quando a minha função investigativa podia se focalizar na música, através de perguntas sobre o motivo das escolhas musicais dos sujeitos, ocorreram reflexões que possibilitaram o estabelecimento de conexões destas com os espaços de identificação ou categorias das experiências.

A discussão a seguir apresenta elementos importantes revelados no processo terapêutico proposto. Nela, é possível perceber como se processou a influência da música nos diversos âmbitos de relacionamento individual, familiar e grupal, e suas relações com as mencionadas categorias de análise.

### **5.1 Relacionamento pessoal com a música: estética, reflexão e autoexpressão**

Vale esclarecer que nem sempre é possível separar em categorias estanques as experiências musicais do sujeito durante o desenvolvimento de uma atividade musical, pois o contexto terapêutico grupal sempre abre novas possibilidades de expressão e interação. Da mesma forma, as categorias relacionadas aos espaços de identificação musical se tangenciam, uma vez que o sujeito é formado por diversos aspectos que vão do pessoal ao social. Assim, essa separação procurou organizar a descrição de forma a clarificar o processo terapêutico sem comprometer a complexidade da expressão musical dos sujeitos e do sentido destas para eles.

### 5.1.1. Experiência musical e o fenômeno estético: prazer ligado à estética pessoal

É possível perceber que uma parte das escolhas musicais está vinculada ao fenômeno estético, que nesse contexto promoveu prazer ao participante. O prazer sentido durante a experiência musical se deriva do seu ‘gosto’ ou padrão estético, vinculado à sua identidade musical, que se forma nas relações vivenciadas no contexto cultural em que o sujeito está inserido.

Compartilho das ideias de Morin (2002), quando considera a estética não somente como uma característica própria das obras de arte, mas parte do sentido original do termo, que se refere ao “sentir”. Trata-se de uma emoção, sensação de beleza, de admiração. Encontro correspondência entre a presente tese e a concepção do autor de que a estética pode nos tornar melhores, mais sensíveis e compreensivos, despertando-nos para o sentimento de compaixão, quando passamos a compreender a complexidade humana. Ela não nos oferece apenas uma fuga para mundos imaginários, mas transfigura o sofrimento (MORIN, 2002).

Sobre a estética que envolve a música, considero relevante o conceito de Bruscia (2000, p. 111) para o presente estudo:

A música é uma instituição humana na qual os indivíduos criam significação e beleza através do som, utilizando as artes da composição, da improvisação, da apresentação e da audição. A significação e a beleza derivam-se das relações intrínsecas criadas entre os próprios sons e das relações extrínsecas criadas entre os sons e outras formas de experiência humana. Como tal, a significação e a beleza podem ser encontradas na música propriamente dita (isto é, no objeto ou produto) no ato de criar ou experimentar a música (isto é, no processo), no músico (isto é, na pessoa) e no universo.

Para efeito de discussão na tese, a intenção não é me ater ao produto em si, a própria música, seus elementos e estrutura, mas sim, ao processo vinculado ao ato de experimentar a música, além da atenção dirigida à própria pessoa, que ao cantar a música, a recria dentro dos seus parâmetros próprios de estética e do contexto do momento, que envolvem o físico, as emoções e as relações com as pessoas e o meio ambiente.

Nesse enfoque, das músicas escolhidas, 9 se relacionavam ao fenômeno estético, pois eram voltadas para o prazer vinculado ao gosto musical do participante, como ocorreu durante o 1º EM com CF2, que escolheu “Marambaia” (interpretada recentemente por Maria Bethânia). Ao questionar-lhe o porquê da escolha, ela respondeu: \_ *“Porque é bonita e suave”*.

Observa-se que ela se referiu às características da música em si, e não à relação dela com suas vivências ou história de vida. Segundo seu discurso, o que influenciou a sua escolha foi a questão estética, relacionada ao seu gosto musical, ou à necessidade do momento. O casal CM9 e FF9 também escolheu músicas específicas que eram do seu agrado no 6º EM, respectivamente “As rosas não falam” (Cartola) e “Café da manhã” (Roberto Carlos), não vinculando suas escolhas a outro motivo que não fosse o ‘gostar’.

Em outras ocasiões, o que se ressaltava na escolha era o estilo musical como ocorreu com a música “Verdade” (Nelson Rufino e Carlinhos Santana). Essa música se originou da preferência de CM6-EM2 por pagode, como havia declarado durante a entrevista. Quando justificou sua escolha, CM6-EM2 falou: \_ *“Porque eu gosto de pagode... de ouvir pagode, embora eu não frequente ou participe, eu gosto de ouvir”*.

A escolha podia também estar vinculada a um cantor, como ocorreu com sua esposa, FF6-CM5 quando solicitou uma música do Leonardo, e eu sugeri “Pensa em mim”. Ao final, ela simplesmente justificou que gostava da música. Outra que escolheu pelo estilo foi CF14-CM6, que não se sentia bem nesse encontro e externou sua preferência: \_ *“Eu gosto muito de hino”*. Como solicitou que eu escolhesse, cantei “Vou seguir com fé” (Kleber Lucas), pela vitalidade e energia de sua estrutura musical e letra. Ao final, ela comenta, mais animada: \_ *“Valeu!”* Assim, fosse o estilo, cantor ou música preferida, os sujeitos relacionaram a escolha da música ao seu gosto musical, que vínculo ao fenômeno estético.

Um episódio interessante ocorreu com FF6-EM7 que solicitou ao músico, que aquele dia estava como auxiliar da pesquisa, escolher uma música que ele gostasse de tocar, alegando: \_ *“Pelo que eu notei, ele entende de música, alguma coisa...”*. Ela continua: \_ *“Ele deve tocar muitas vezes, ele deve ter aí uma musiquinha na encolha”*. Seu pedido foi acatado, e o músico tocou “As rosas não falam” (Cartola), que mobilizou diversos participantes a cantar.

Relaciono essa escolha ao fenômeno estético por não ser uma ocorrência isolada, mas conectada às expectativas que FF6 expressou durante sua entrevista: escutar música de quem sabe cantar. Isso demonstra um sentido estético, pois ela não queria qualquer música, mas uma música ‘bem cantada’.

A importância da escolha musical vinculada à estética, ou nesse caso o estilo musical, em atividades musicais com finalidades terapêuticas, pode ser percebida mais claramente com um episódio ocorrido com CM6-EM8. No último encontro ele não se

sentia bem e estava pouco participante e quando lhe perguntei se queria escolher música ele disse, desanimado, que estava sem inspiração. Mas quando outro participante, ao conhecer seu gosto musical, sugeriu “Foi um rio que passou em minha vida” (Paulinho da Viola), ele concordou com a escolha, cantando essa música e a próxima, demonstrando desejo de participar mais. Ou seja, o acolhimento do outro participante, demonstrado pela escolha de uma música do seu gosto, fez diferença para CM6, estimulando-o à participação.

Em pesquisa realizada acerca das visitas musicais a pacientes hospitalizados, a identidade musical dos sujeitos, relacionada a um estilo musical, foi evidenciada pelo prazer que sentiam ao escolher músicas que faziam parte do seu repertório próprio, confirmado durante as discussões grupais (BERGOLD, 2005). Jourdain (1998) afirma que a satisfação pela audição musical só surge à medida que a música corresponda ao universo sonoro e/ou padrões estéticos do ouvinte.

Encontro relações existentes entre a escolha musical dos sujeitos, vinculadas à estética, e o oitavo elemento do Caritas Processes que se refere ao desenvolvimento de um ambiente de reconstituição (WATSON, 2008). Segundo a autora, este abrange diversos âmbitos, que vão do físico até a energia que envolve a totalidade do ser e potencializam a beleza e o conforto, situação vivenciada no âmbito dos EM.

Como disse, os níveis das experiências musicais não ocorrem isoladamente, mas podem coexistir, como ocorreu com 3 músicas escolhidas por motivos estéticos mas que também tinham função semântica. Um dos episódios aconteceu com CF8-EM3, ao solicitar a música “Eu sei que vou te amar” (Tom Jobim e Vinícius de Moraes). Ao cantarolá-la, ela falou animada: \_ “*É essa, é essa!*” E após cantar, riu com satisfação e comentou: \_ “*Ah, eu gosto... Uma paz... As músicas dele, né?*”

No seu comentário, ela evidencia o prazer de escutar/cantar a música, relacionado ao seu gosto musical, que vinculo à estética. Mas, ao descrever em seguida sobre o que sentiu a partir dessa vivência, ela se referiu à paz, atribuindo-lhe um sentido que a relaciona ao nível semântico (Quadro nº 29).

Assim, a mencionada música pode ser analisada sob esses dois aspectos, como também ocorreu com a música “A noite do meu bem” (Dolores Duran), escolhida por CF4-EM1, que a elogia dizendo: \_ “*Essa música é muito linda*”. E produzindo um discurso metafórico justifica sua preferência: \_ “*A Dolores Duran cantava essa música com alma, né? Então essa música para o interior é mesmo muito especial*”.

O discurso inicial aponta a beleza da música, o que a vincula ao fenômeno estético, mas a referência à música especial para o ‘interior’ indica experiência relacionada a um fenômeno existencial que teve relevância e significado. Experiência semelhante ocorreu com a música “Lembra de mim” (Ivan Lins), também escolhida por CF4-EM1, que ao justificar sua escolha falou: \_ “*Ah...Primeiro eu gosto muito do Ivan Lins! Acho ele assim... E... Porque depende do estado de espírito, às vezes você está assim menos forte! Ou então você está sozinha fazendo as coisas assim... E aí você ouve uma música assim, ela te reconforta, ela te busca alguma coisa no seu interior, né?[...]*”.

O discurso polissêmico de CF4-EM1 aponta para as múltiplas influências que esta escolha musical exerceu sobre esta cliente: prazer vinculado a uma canção de sua preferência, associada à estética; fenômeno existencial vinculado à experiência de humor e significado, relacionado ao nível semântico.

### **5.1.2. Nível semântico de experiência musical: a relação entre o sentido das escolhas das músicas e a identidade musical dos sujeitos**

Na análise do Quadro nº 30, pode-se observar que grande parte dos sujeitos (24) escolheu músicas relacionadas ao nível semântico, que abrange fenômenos existenciais e religiosos, além de experiências de humor, relevância e significado. Do total de músicas escolhidas, 30 relacionavam-se com o nível semântico de experiência musical e com os espaços de identificação musical dos sujeitos (RUUD, 1998), descritos no Quadro nº 28.

Essa estreita relação demonstra a importância dos espaços pessoal, social, tempo/lugar e transpessoal para o processo terapêutico individual, visto que se referem às vivências pessoais, tendo um significado particular para os sujeitos e estando relacionado à sua identidade musical. A identidade musical é uma parte da identidade pessoal, formada pela memória das músicas escutadas por todo o tempo de vida da pessoa. Relaciono-a com a identificação do sujeito a determinada música ou estilo musical, que mostra aspectos da cultura em que a pessoa está imersa, além de outros relacionados à sua história pessoal.

#### ***a) Espaço pessoal***

O próprio exemplo de CF4 aponta a relação entre o espaço pessoal e o nível semântico pois esta vinculou a sua escolha musical com o seu ‘estado de espírito’, já que a música facilita a introspecção, e nem sempre ela está disposta a uma experiência reflexiva, como se pode observar na continuação de seu discurso: \_ “[...] *E eu gosto de músicas*

*assim também. Como também há dias que eu não posso nem ouvir aquilo! Prefiro uma música mais alegre, mais descontraída, que é para não ter tempo de pensar. A música busca o pensamento, às vezes não é bom. Mas de resto... gosto do Ivan Lins também como eu gosto do Zeca Pagodinho!”*

Pode-se perceber, a partir de seu discurso, que a experiência de humor e significado, vinculada ao nível semântico no EM, relaciona-se com o espaço pessoal, que abrange a consciência emocional e crenças básicas, como a de que a música influencia o ‘estado de espírito’. Seu discurso também aponta que ela utiliza a música no seu cotidiano como linha de fuga face à situação de adoecimento: \_ *“É porque aí não dá tempo de você pensar... pensar em coisas que você busca no seu interior e tem momentos que não é legal. Há dias que não é legal você buscar no seu interior. Mas aí você vai e lembra do Zeca Pagodinho e Beth Carvalho e vai por essa linha que você vai ficar melhor... naquele dia, naturalmente! No resto, a vida é assim mesmo, né, de altos e baixos.”*

O discurso metafórico produzido por CF4-EM1 reitera sua crença pessoal nos benefícios que a música traz em sua experiência cotidiana, quando ela escolhe a música de acordo com o seu estado de humor no momento. Ela procura reviver essa experiência no próprio EM, ao buscar uma música do Ivan Lins que a conforta e que lhe traz algo do ‘seu interior’, sua consciência emocional. Segundo Ruud (1998), a música em si também faz parte do nosso repertório das formas de responder ao mundo, pois desde a infância aprendemos como selecionar música capaz de equilibrar nosso humor e emoção.

Outro cliente que se beneficiou com a influência da música no humor foi CM5-EM5, que inicialmente não estava disposto a escolher música, dizendo: \_ *“É, hoje não, hoje eu estou por baixo...”* Quando lhe perguntei o porquê, ele disse não saber. Os outros participantes tentaram animá-lo com palavras e sugestões de músicas, mas ele demonstrou pouco interesse. Ao lhe perguntar que tipo de música poderia deixá-lo ‘para cima’, ele respondeu: \_ *“Um bolero”*. Quando comecei a cantar “Besame mucho” (Consuelo Velazquez/Danny Aiello), ele falou com prazer: \_ *“Besame...”*. E ao término da música disse animado: \_ *“Já estou pra cima!”*

Após essa música, ainda foi cantado outro bolero, “Sentimental” de Altemar Dutra, cantor escolhido por ele. Ele escutou atento o início da música e cantou junto o final: \_ *[...] “E quem achar alguém, como eu achei, verá que é natural, ficar como eu fiquei, cada vez mais sentimental”*.

Dessa forma, ao se permitir escolher músicas relacionadas à sua consciência emocional, e até cantar junto, CM5-EM5 participou de uma experiência musical no nível semântico com a finalidade de alterar positivamente seu humor, o que o fez sentir-se melhor segundo sua avaliação posterior: “\_ [...] *Agora... as músicas aqui me elevaram muito. Eu estava num baixo astral e melhorei! [...]*”.

A participação em atividades musicais terapêuticas pode promover a alteração do humor, como se constatou em outro estudo com clientes hospitalizados, que apontou a redução de sentimentos como medo, raiva e tristeza, não só pela audição de músicas que lhes proporcionaram prazer, mas por estas promoverem a expressão desses sentimentos (BERGOLD, 2005). Isso está em consonância com o elemento do Caritas Processes que se refere a estar presente e prover suporte à expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão com o mais profundo espírito do self e de alguém que necessita ser cuidado (WATSON, 2007).

Outra música, “Deixa a vida me levar” (cantada por Zeca Pagodinho), escolhida por CF1-EM1, relacionou-se ao fenômeno existencial. Ao justificar sua escolha, ela produziu um discurso metafórico: “\_ *“Eu acho que tem a ver com a pessoa deixar a vida levar, porque ela faz tantos planos e de repente dá tudo ao contrário[...]*”. Vale dizer que CF1-EM1 apresentou dores abdominais durante o encontro, além de estar consciente da gravidade do seu câncer, que já apresentava metástases. É preciso considerar, portanto, as condições de produção de seu discurso, lembrando que, como assinala Orlandi (2003) “as palavras mudam de sentido segundo as posições daqueles que as empregam”.

Encontro correspondência entre o exemplo apresentado e o que apontam Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001) para os quais as canções que lembramos não têm necessariamente correspondência com o gosto musical. Assim, apesar de CF1-EM1 haver relatado por ocasião da entrevista, ter o hábito de escutar música clássica em casa, na situação referida sua escolha se deu devido à mencionada música permitir a produção de sentidos relacionados à vivência do câncer. Assim, seu desabafo carregado de emoção, estimulado pela música, também se vincula ao espaço pessoal, relacionado tanto à consciência emocional quanto corporal.

Para Ruud (1998) existe uma conexão entre os sentimentos e o sentido do Eu, pois os sentimentos informam à própria pessoa como esta se sente no mundo e como o corpo se adapta a esta situação, fazendo parte da autoconsciência. Nesse enfoque, a música, ao

despertar as emoções relacionadas a lembranças do vivido estimula a reflexão que pode levar à autoconsciência, como ocorreu com CF1-EM1.

É comum, durante as sessões de musicoterapia, que a pessoa lembre determinada canção, e ao entoá-la, perceba imediatamente o sentido deste canto, no mesmo momento em que este se processa. Este ‘canto comunicativo’ facilita a expressão de vivências inconscientes no momento em que estas são clarificadas. A canção pode permitir, então o emergir de conteúdos bloqueados (MILLECCO FILHO; BRANDÃO; MILLECCO, 2001).

Esse processo parece ter acontecido com CF7-EM2, quando escolheu “O que é o que é” (Gonzaguinha), referindo-se a ela de início como uma música para celebrações, o que a vinculava ao espaço tempo/lugar: \_ “*Está em casamento, em formatura, está em todas!*”. Posteriormente ela retomou: \_ [...] “*Eu acho que essa música é um hino*”.

Contudo, quando perguntei o porquê a considerava um hino ressaltou: \_ “*No sentido de vida, mesmo! E... Ou melhor, é bonita, é bonita, é bonita!* (ela e o marido FM7 falam juntos e riem). *Eu acho que morrer é inevitável, não adianta! Deus não me prometeu vida eterna e nem me deu plano de saúde... senão estava ‘avoando’ por aí, mas estou muito feliz onde estou!* (fala de forma enfática). *Mas em nenhum momento... eu chorei por ter minha doença. Isso faz parte da minha vida... e...eu quero ser anja, né? O negócio é não envelhecer*”.

A música possibilitou a expressão verbal de CF7-EM2 de forma intensa e sua explicação permitiu relacionar a música escolhida ao espaço pessoal, uma vez vinculada à sua consciência emocional e corporal, e crenças básicas. Sua memória discursiva, ou seja, o já dito por alguém, em algum outro lugar ou em outro momento como nos aponta Orlandi (2003), neste caso, a respeito da morte, vida eterna, doença, envelhecimento e prazer produziu diferentes efeitos em sua fala, passando rapidamente da ‘vida ser bonita’ para a ‘inevitabilidade da morte’. Evidenciou, ainda, o sentimento de posse atribuído à doença como intrínseca à sua própria vida revelada no pronome possessivo ‘minha’: “*minha doença*”, “*minha vida*”.

### ***b) Espaço Transpessoal***

Ao continuar com suas explicações sobre a escolha da música “Deixa a vida me levar”, CF1-EM1 se refere às suas crenças, influenciadas por sua experiência religiosa, o que também insere sua escolha na categoria transpessoal: \_ [...] “*Então, acho que Deus é que sabe o que a pessoa vai ter que passar. Porque ela tá bem, com saúde, e de repente*

*aparece um câncer... Por quê? Tem que passar por aquilo, né? Ela é que tem que passar por aquilo... então, pedir a Deus para sair daquilo, daquela situação, daquele problema de saúde, melhorar e... pedir a Deus que ajude a viver um pouco mais* [...]. A formação discursiva de CF1-EM1 traz a marca ideológica da crença e poder divinos, cunhada à religião kardecista.

Na sequência, ao tempo em que demonstra atitude conformista e de resignação diante da doença, retoma em seguida uma postura de enfrentamento a ela, deixando clara a ambivalência na relação que estabelece com a mesma: \_ [...] *“A não ser que já chegue mesmo a hora da pessoa, aí a gente tem que se conformar, né? Tem sempre que lutar para viver, lutar até o fim! Enquanto tiver força, tem que lutar”*.

Todo o seu discurso, muito rico pelo conteúdo emocional, foi estimulado por sua escolha musical que promoveu reflexões sobre o adoecimento e a esperança na sua crença religiosa. A música pode promover um momento de contato do cliente com sua subjetividade, e/ou um momento de reflexão sobre os acontecimentos que influenciam sua vida no momento, além de fortalecer a fé em situações estressantes, como o adoecimento e internação hospitalar (BERGOLD, 2005).

Ainda no âmbito do 1º EM, apresentou-se outra situação ligada ao espaço transpessoal, conectada não só a experiências religiosas, mas aos rituais de transição. FF1-EM1, filha de CF1-EM1, escolheu um mantra<sup>7</sup> identificado por ela como a forma musical *que faz bem*. Segundo ela, esse mantra relaciona-se à *Deusa da Misericórdia* que, pela sua descrição, está ligado à transformação. Ela iniciou o mantra baixinho, e à medida que foi repetindo o tema musical, eu inseri o acompanhamento com o violão e paulatinamente outros participantes se juntaram ao canto, criando um momento especial.

Quando justificou sua escolha, FF1 se referiu à função que a música tem em sua vida: \_ [...] *“Porque tem uns que eu acabo... Em vários momentos eu uso, eles como (ri)... Às vezes sozinha então eu fico... E quando eu preciso me transformar e aí eu já pretendo o manto de Shiva, porque eu sou da Yoga também e é para transformar e fico cantando, eu vou usando. Acho que tudo que tivermos de recursos naturais que ajudam a gente, é bom usar. Quando a gente não tem mais os naturais, a gente pede auxílio, como você está fazendo aqui. Acho bem legal! São recursos para auxiliar no momento... E aí é isso, quando não dá para usar os naturais, usa esse negócio aí”*. Nesse momento, aponta para

---

<sup>7</sup> Segundo o Dicionário Novo Aurélio, mantra significa instrumento para conduzir o pensamento, e refere-se a sons ou cantos produzidos com a finalidade de focalizar o pensamento ou meditar.

os frascos de soro com os medicamentos quimioterápicos, e ri, sendo acompanhada pelos outros participantes.

O discurso de FF1-EM1 revela sua formação profissional, pois foi apresentada no início do encontro pela mãe, CF1, como terapeuta adepta às práticas alternativas. Assim, afirmou que o canto de mantras não está vinculado ao aspecto religioso, fazendo questão de dizer que é católica. Contudo, quando descreveu a forma como canta os mantras, utilizou termos orientais que evidenciaram um sincretismo religioso, cada vez mais característico de nossa cultura, embora nem sempre assumido pelas pessoas.

Nesse contexto, o discurso polissêmico de FF1-EM1 indica que o uso que faz do mantra tanto é para benefício pessoal, baseado em sua crença, quanto profissional, pois considera a música como um recurso natural que pode ajudar em situações como a que está vivenciando no momento. Dessa forma, o mantra escolhido por ela, teve outra função no EM, a pragmática, relacionada a um ritual, que foi compartilhado pelos outros participantes, que se empenharam em cantar junto, criando um momento de interação grupal.

Outros participantes do 1º EM escolheram músicas relacionadas a experiências religiosas, como CF10-EM1, católica fervorosa, que cantou com entusiasmo “Cantemos cânticos de alegria”, uma música gospel a qual aprendeu com uma amiga evangélica e que chegou a lhe provocar uma reação física, pois apontou o peito quando falou: \_ [...] *“Aí eu senti uma coisa por aqui... Enquanto ela não me ensinou este... este louvor!”*.

O relato de CF10-EM1 confirma que a música escolhida está no nível semântico, uma vez que teve a função de reviver um fenômeno espiritual relevante, vivenciado anteriormente. Sua vinculação ao espaço transpessoal está relacionado ao que Ruud (1998) descreve como uma experiência musical que promove um sentimento indefinido e indescritível, que se aproxima do sentimento de pertencer a uma realidade maior, além do mundo cotidiano. As canções litúrgicas das religiões ocidentais são compostas com letra, e o próprio significado das palavras pode proporcionar o estado de comunhão com a ‘divindade’, levando ao êxtase (MILLECCO FILHO; BRANDÃO; MILLECCO, 2001).

Ao justificar sua escolha, a participante falou: \_ *Bom... Porque eu acho que... não basta pedir, a gente tem que agradecer! Tem que louvar! Então nada mais é do que dizer: \_ “Obrigada, Senhor!” Tem músicas que me tocam que eu não posso nem começar a cantar!* Pode-se observar que seu discurso aponta a importância da gratidão a Deus, na sua

concepção religiosa, mas em seguida ela retoma o discurso anterior sobre a música religiosa possibilitar esse sentimento de contato com uma realidade maior.

Esse sentido transcendente que a música promove ocorreu também com CF17-EM5, que escolheu “Jesus Cristo” (Roberto Carlos), e cantou junto com os outros participantes. Quando perguntei a ela se ao escolher essa música estava pensando em alguma coisa, ela respondeu simplesmente: \_ “*Ele está aqui*”. Em seguida, todos ficaram em silêncio por alguns momentos, refletindo sobre suas palavras.

É importante destacar que CF17-EM5 estava participando pela primeira vez da quimioterapia e do EM. Ela estava com dificuldade para falar devido à sua condição clínica, além de estar com muito medo de sentir dor, demonstrando grande tensão, percebida por mim e pelos outros participantes. Por isso, todos ficamos mobilizados quando ela expressou sua vivência religiosa no momento do encontro, estimulada pela música escolhida, o que indica que esta também se insere no espaço transpessoal.

Em outro encontro, CF10-EM7 escolheu outra música religiosa - “Noites Traíçoeiras” (cantada pelo Pde. Marcelo). Logo em seguida, pronunciou-se em relação à letra dessa música: \_ “*Que coisa mais linda! Tudo que vier, Deus quer que a gente sorria! Ele está com a gente, porque a gente tem que ficar triste? A nossa tristeza é só nossa. A dos outros talvez seja muito maior do que a nossa. Então, a gente tem que tirar um pouquinho da gente em... detrimento do outro, que também está sofrendo. Não é? Porque é que eu vou levar minhas tristezas para aqueles que já tem suas tristezas? Então tem que sorrir!*”

É interessante notar através do seu discurso que essa música, apesar de ser religiosa, promoveu a expressão de uma crença muito mais pessoal do que religiosa, de que a pessoa deve sorrir para diminuir o sofrimento do outro. Essa atitude frente à vida foi demonstrada na forma como se relacionou com os outros integrantes, sempre sorrindo e com palavras de apoio. Dessa forma, essa música está vinculada ao espaço pessoal que abrange as crenças básicas.

CF14-EM7 também evidenciou relação entre o espaço transpessoal e pessoal, a partir da justificativa acerca da sua escolha musical, “Minha benção” (cantada pelo Pde. Marcelo). Ao término da música, ela falou: \_ “*Eu gosto porque às vezes eu fico à noite sem dormir e fico ouvindo ela, e isso dá uma paz de espírito e isso ajuda a passar as noites em claro. Porque as noites que passo em claro é duro, né? E a gente vai ouvindo e vai ajudando a acalmar.*” Ela continua em seguida: \_ “*Ajuda, ajuda muito... porque a gente*

*ter que passar a noite em claro sozinha é horrível!”* Ela continua, rindo: \_ *“Pega um acompanhante, faz uma festa”*.

Nesse trecho, CM14-EM7 aponta uma utilização mais ampla da música religiosa em sua vivência cotidiana. Não é somente uma expressão da fé religiosa, mas uma companhia que a ajuda nos momentos de insônia. Seu discurso aponta o fenômeno crescente da inserção da música religiosa no cotidiano. A grande divulgação das músicas religiosas pela mídia, cada vez mais as inserem no dia a dia das pessoas, modificando toda a antiga concepção de sagrado relacionada às músicas religiosas, que tinham um lugar específico nas liturgias das igrejas.

CM11-EM1 também escolheu uma música religiosa “Quero que você valorize o que você tem” (Armando Filho e Lucas de Jesus). Ao justificar sua escolha, ele reforçou que esta eleva a Deus e traz conforto à situação de adoecimento: \_ *“Porque o louvor agrada a Deus também, leva meu pensamento a Deus e nos conforta! Para dizer quanto valor tem o ser humano, a gente tem para Deus. Isso é uma coisa muito importante” [...]*.

Seu discurso revela que sua opção musical além de estar vinculada ao espaço transpessoal, também se relaciona ao espaço social, pois seu discurso parafrástico é constituído pelo interdiscurso do seu grupo social, vinculado à religião, como costuma ocorrer com religiosos evangélicos. Considero que nessas circunstâncias, a música, por estar tão vinculada à sua crença e espaço social, promoveu conforto, possivelmente por possibilitar que revivesse uma situação do seu cotidiano.

Nesse contexto, os EM possibilitaram a expressão da fé e crenças dos participantes, estando em consonância com o Caritas Processes quando este se refere a cultivar práticas espirituais próprias, aprofundar autoconsciência indo além da consciência de si (WATSON, 2008).

### ***c) Espaço Social e Espaço Tempo/lugar***

Além do exemplo acima, que se inseriu simultaneamente nos espaços transpessoal e social, somente 2 músicas escolhidas, se inseriram no espaço social. Uma delas, escolhida por FF9-EM6, “A praça”, foi relacionada a esse espaço devido à sua explicação de que a escolheu por ser bonita e ter feito muito sucesso na época em que foi lançada. Apesar de se referir ao aspecto estético, a ênfase maior de sua justificativa foi quanto ao sucesso a ela atribuído na época, que teve repercussão em outros participantes, pois além de cantarem a música, mobilizou a discussão grupal sobre a época e o cantor, Ronnie Von.

O envolvimento dos participantes com esta música se relaciona ao que Ruud (1998) aponta como o sentimento de fazer parte de um grupo social e cultural em um específico tempo histórico, situado em um lugar particular. Algumas músicas, de muito sucesso em determinada época, propiciam prazer quando cantadas em grupo, tanto por reviver bons momentos quanto promover o sentimento de pertencer a um grupo social.

Destaco ainda o aspecto da idade, já que algumas vivências são compatíveis com a idade cronológica da pessoa, pois a vincula a uma determinada época. As canções que registram a época da juventude trazem consigo os sentimentos intensos dessa época, relacionados às paixões e idealismo, que quando lembradas, passam a trazer recordações da *'fase mais bonita da vida'*. Essas canções possibilitam resgatar um pouco da potência e intensidade dessa época, que geralmente se contrapõem ao desânimo e desvalorização social da velhice (MILLECO FILHO, BRANDÃO, MILLECCO, 2001), e no contexto da QT, ao humor rebaixado, comum à situação de adoecimento pelo câncer.

CF4-EM1 escolheu outra música que se insere no espaço social, “Saigon” (Paulo César Feital), e justificou sua escolha dizendo: \_ *“Porque é linda, e todas as vezes que se vai a um ambiente assim... ‘Saigon’ sempre é cantada. Nos bailes, essas coisas boas da juventude, quem viveu nessa época... ‘Saigon’ com certeza se ouvia e se dançava, se curtia muito”*.

Seu discurso polissêmico aponta inicialmente questões estéticas, mas como vincula a música a uma determinada época, ligada à sua vivência na juventude, poderia ser categorizada no espaço tempo/espaço. Contudo, seu comentário posterior a situa no espaço social, como se depreende de sua fala: \_ *“Ah, faz lembrar do tempo bom, esse tempo que todas nós temos guardado... e por aí vai”*. Ao assim se referir ela relacionou sua escolha musical a um aspecto social, de pertencimento a um determinado grupo.

Para Ruud (1998), o aspecto geográfico também influencia a formação da identidade musical, pois esta está diretamente conectada com o lugar de onde viemos, assim como o tempo em que vivemos. Quando escutamos música, ela sempre estará conectada a um determinado tempo e espaço, que acabará vinculado à experiência musical, categorizada pelo autor (op. cit.) como espaço tempo/lugar.

Esse espaço foi conectado ao relacionamento pessoal em 2 escolhas musicais. CF7-EM8 escolheu a música “O neguinho e a senhorita” (Noel Rosa e Abelardo Silva) e a associou a um episódio que ela considerou engraçado, ocorrido com uma amiga, que

cantava essa música em público quando a voz sumiu. Como esse evento ocorreu em um tempo e local específico, a participante o relacionou à música.

O mesmo ocorreu com FF10-EM2, que solicitou um forró, e depois que cantamos “Xote das Meninas” (Luiz Gonzaga), referiu gostar deste estilo musical porque morou um tempo na Paraíba e devido à influência dessa região, relatou frequentar a ‘Feira de São Cristóvão’<sup>8</sup>. Isto porque algumas músicas trazem um forte sentimento de pertencimento por sua relação com algum local e cultura que fizeram parte da vivência da pessoa (RUUD, 1998).

## **5.2. Relacionamentos familiares: autoexpressão, segurança e cuidado**

A importância das relações familiares para os participantes dos EM pode ser evidenciada também através das músicas escolhidas. Algumas se referiam às vivências familiares e outras estimularam a interação familiar.

### **5.2.1. Música e vivências familiares**

No 2º EM, o tema central do encontro foi “A música que me faz bem”, e algumas escolhas, apesar de vinculadas à consciência emocional do espaço pessoal, se referiam a relacionamentos parentais: FF5 escolheu “Ronda” (Paulo Vanzolini), e falou sobre saudade do pai; FF6 escolheu a música “Alma Gêmea”, de Fábio Júnior, por ser um dos seus cantores favoritos, associando-a com sua mãe, que gostava muito do Jerry Adriani; CF7 solicitou “Meus tempos de Criança” (Ataulfo Alves), e também a relacionou com o pai.

Essas escolhas tiveram em comum a demonstração de afeto durante o canto e nos comentários posteriores. Encontro relação entre esses sentimentos e as memórias musicais ligadas aos pais. Para Ruud, 1998, a canção sempre cria uma forte memória sobre a pessoa ‘por trás dela’, resgatando-a como símbolo de verdade e fé na vida. Em situações que provocam ansiedade, estas canções podem surgir para ajudar a pessoa a lidar com as dificuldades, o que possivelmente ocorreu com os participantes, uma vez que (con)vivem com a situação de adoecimento e tratamento do câncer.

Outras 2 escolhas estiveram ligadas aos cônjuges, como ocorreu com CF2-EM1, que escolheu “Soledade”, uma música instrumental que ela tentou entoar, porque havia sido

---

<sup>8</sup> Espaço popular no Rio de Janeiro reservado a comidas típicas, além da promoção de danças, cantos e produtos características da região nordeste, denominado Centro de Tradições Nordestinas Luiz Gonzaga, localizado no Bairro de São Cristóvão.

tocada em seu casamento o que a vincula à celebração; CM12-EM2 escolheu “Carinhoso” (Pixinguinha), relacionando-a a momentos bons vividos por ele e a esposa, ou fases da vida, estando ambas as escolhas conectadas ao espaço tempo-lugar.

Nossa memória musical ao ser estimulada ativa também a lembrança de fases da vida, de locais ou da época à que estão vinculadas, podendo gerar grande sensação de prazer, conforme apontado na pesquisa realizada junto a clientes hospitalizados que vivenciaram a visita musical e relataram bem estar e relaxamento após sua participação (BERGOLD, 2005).

Uma questão interessante se apresenta com CF14, que participou 4 vezes e escolheu em 3 ocasiões a mesma música, “Canteiros” (Fagner). Em cada uma delas, a música teve um sentido diferente. Uma escolha se deu por gosto pessoal, mas as outras duas se referiram à família. Na primeira, para falar de sua saudade, visto que grande parte da família permaneceu no Nordeste; na segunda, motivada pela situação de adoecimento de sua mãe há algum tempo, quando precisou viajar às pressas para aquela região, e escutou essa música no avião, o que também a vincula ao espaço tempo/lugar.

O que é importante ressaltar, é que as músicas situadas nesse espaço, puderam trazer reflexões sobre situações difíceis superadas e boas lembranças de vivências, principalmente quando estão relacionadas à família, pois resgata a sensação de segurança e pertencimento desenvolvidos na convivência familiar e social.

A música também pode ajudar a expressar as crenças pessoais relacionadas à família, como ocorreu com CF16-EM8 ao escolher “Outra vez” (Roberto Carlos). Durante todo o tempo em que a música foi cantada, ela permaneceu com os olhos fechados, de maneira concentrada. Ao justificar sua escolha, ela falou com emoção: \_ *“Ah, porque marcou... por obra do destino eu fui obrigada a renunciar! Eu fiquei viúva e fiquei só para os meus filhos, né? E me dei bem, porque meus filhos são maravilhosos!”*

A música, ao mobilizar sua emoção a estimulou a falar sobre sua luta para criar os filhos, fazendo um relato que abrangeu sua consciência emocional, espaço privado e crenças básicas. Seu relato mostrou-se tão mobilizador que influenciou o discurso de outros participantes.

### **5.2.2. Música e interação familiar**

Outra função da música que desempenhou um importante papel no processo terapêutico desenvolvido no com o grupo foi o nível pragmático, pois a escolha da música e

o canto em conjunto são atividades que podem ser realizadas com o outro, ou seja, se relacionam com a interação. Esse processo de interação através da música ocorreu com a totalidade dos sujeitos participantes do EM, mas aqui vamos destacar como esta se processou especificamente nos nove sistemas familiares presentes.

No processo de análise, ficou evidenciado que uma das maneiras de interagir, e mais ainda, de cuidar, foram as escolhas musicais dirigidas aos familiares por sujeitos acompanhantes, que escolheram 3 músicas. FF6-EM2 sugeriu “Verdade” (Zeca Pagodinho) para o seu marido, por ser o seu estilo preferido. FM7-EM2 solicitou “Meus tempos de criança” (Ataulfo Alves), externando o desejo de sua esposa, que possivelmente se sentia inibida no início da sua participação nos encontros.

Outra forma de interagir ocorreu com FF4-EM1 que escolheu “Começar de Novo” (Ivan Lins), como uma mensagem de enfrentamento para sua irmã e possivelmente para os outros, como se depreende de sua justificativa: \_ *“Bem, eu acho que tudo o que você passa assim, é aquela história, levanta e dá a volta por cima e vai em frente, né, eu acho que...”*. Seu discurso foi interrompido por outra participante, mas esse trecho já mostra sua intenção de ajudar, assim como ocorreu com outros acompanhantes. O nível pragmático revela uma qualidade importante da música, quando utilizada em atividades terapêuticas: ela possibilita o “fazer”, ou seja, além de se expressar verbalmente, como é o esperado na maioria das atividades grupais, o participante tem a possibilidade de ‘agir musicalmente’ para demonstrar seu afeto e cuidado.

Nesse contexto, ela possibilita ao familiar acompanhante expressar de outras maneiras sua preocupação e cuidado, promovendo a interação familiar. Adaptar os relacionamentos é uma forma de reconhecimento de “valores, atitudes saudáveis com o outro, respeito humano, segurança e envolvimento com os sentimentos, interrelacionando-os com todos os membros da família” (MELO; SILVA; FERNANDES, 2005, p.224).

Outra forma de relacionamento observada no interior dos EM surgiu quando cliente e familiar escolheram juntas a música, a exemplo de CM8-EM6 e sua filha FM8-EM6 que optaram pela canção “Azul da Cor do Mar” (Tim Maia) em homenagem ao marido/pai que dessa forma foi inserido simbolicamente no EM.

CF3-EM7 também fez uma escolha musical que mobilizou positivamente sua família presente. Ela trouxe um CD com a música “Pegadas na areia” (Pde. Zezinho), cantou-a junto com as filhas e a irmã e ressaltou em seguida que essa música fazia parte da história da família, relatando alguns episódios relacionados às experiências religiosas e à fé.

A possibilidade de expressar-se musicalmente com uma música tão significativa, e de poder compartilhar com todos os participantes do grupo suas experiências religiosas familiares fez diferença para ela e resultou em interação mais ativa neste encontro do que nos outros dos quais participou.

Experiência semelhante ocorreu com CF15-EM4, que influenciada pelo tema central do grupo “Eu e minha família”, escolheu junto com a irmã, que participou do encontro “Oração pela família” (Pde. Zezinho). Essa música mobilizou todo o grupo, que cantou animadamente, se esforçando para lembrar a letra da música, que é extensa. Ao final, CF15-EM4 falou sobre sua intensa ligação com a fé religiosa, que a sustenta na luta contra o câncer, e aproveitou para expressar sua gratidão pelo apoio que recebe de toda sua família e de sua irmã, presente ao encontro.

Contudo, a escolha musical também pode estimular outro tipo de relacionamento familiar menos terapêutico. Pode reviver certas ‘arestas’ conjugais, como ocorreu com o casal CM5-EM5 e FF5-EM5, e na dependência do manejo da situação, se transformar em um limite da estratégia.

À época da entrevista inicial de FF5, esta se referiu ao estado do marido que tem câncer em ambos os pulmões por fumar por mais de 50 anos, e da sua preocupação com as filhas que eram muito apegadas ao pai. Durante a entrevista ela tentou manter uma postura, denominada por ela, de realista, mas que denotava uma mistura ambivalente de cuidado e ressentimento que se supunha influenciar sua relação com o marido. No decorrer da segunda participação do casal nos EM, ocorreu o episódio já descrito anteriormente, sobre CM5-EM5 sentir-se ‘por baixo’ e solicitar um bolero. A escolha da música ensejou uma discussão entre o casal: \_ “*Ih, agora vai ficar para baixo*” (FF5). \_ “*Não, agora é que eu vou ficar para cima!*”(CM5). \_ “*Agora é que vai baixar tudo*” (FF5).

Esses fragmentos dialógicos remetem às dificuldades no cotidiano do processo de comunicação intra-familiar. É necessário refletir sobre as várias situações conflitantes que podem ocorrer, de modo a evitar discórdias devido ao desrespeito às opiniões emitidas sob a influência das emoções. Deve-se atentar, portanto, para a importância de uma organização psicológica de todo o sistema (BARROS E LOPES, 2007; BERVIAN E GIRARDON-PERLINI, 2006).

No intuito de contribuir com a recuperação da harmonia entre o casal, procurei em seguida incluir FF5-EM5 na escolha de outra música para CM5-EM5, solicitando outra

sugestão de bolero, na tentativa de estimular uma atitude mais positiva. Tal iniciativa resultou em uma amenização de sua postura crítica anterior, e promoveu o diálogo com o marido sobre a escolha musical.

### 5.3. Relacionamento grupal: limites e possibilidades do uso da música

Alguns sujeitos mostraram acolhimento e cuidado com os outros participantes através de escolhas musicais. Nesse enfoque, os sujeitos escolheram 7 músicas que se inserem no nível pragmático, pois estavam voltadas para a interação grupal (Quadro nº 30). Destas, a maioria (5) ocorreu para ajudar outro integrante que desejava escutar música de algum cantor de sua preferência, mas não conseguia lembrá-la, sendo escolhidas tanto por clientes como por acompanhantes (CF4-EM1, CM6-EM5, FM7-EM2, CM12-EM2, FF10-EM2).

Também ocorreram escolhas de músicas que veiculavam mensagens que os familiares acompanhantes consideravam importantes para o grupo, como ocorreu com FF4-CM1, citada anteriormente. Sua intenção de enviar mensagem através da música que fala sobre ‘começar de novo’, manifestada por seu discurso, encontrou ressonância em CM10-CM1: *\_ Essa primeira estrofe que diz: “...foi tão bom te conhecer”, eu digo a todos, também foi muito bom ter te conhecido.* A sua forma carinhosa de falar estimulou sorrisos entre os outros participantes, aumentando a interação grupal. CM10-EM1 aproveitou o ensejo e manifestou-se de maneira semelhante, escolhendo a música, cuja uma de suas partes diz: “vai valer a pena [...] ter me conhecido”. Neste caso, reafirma o desejo de manter uma atitude positiva e integradora com os outros participantes, inspirada pela mensagem de FF4-CM1.

Outra familiar acompanhante que utilizou a música como mensagem ao grupo foi FF9-EM6, escolhendo “Noites Traíçoeras” (cantada pelo Pde. Marcelo). Ao cantar essa música, ela o fez intensamente, com os olhos fechados para se concentrar, sendo acompanhada no canto por apenas uma participante. Ao final, ela expressou a intenção de sua escolha, dizendo: *\_ “Esse pessoal que está aqui fazendo essa ‘químio’, acho que ela (a música escolhida) revigora eles... sei lá, dá uma... toca no coração de vocês, não toca?”* (um participante concorda com a cabeça enquanto os outros fazem silêncio).

Tento amenizar o silêncio comentando que a música toca no coração de todos, mas FF9-EM6 insiste em seu propósito e reafirma: *\_ “Principalmente para eles que estão aqui*

*nessa situação. Acho que emociona muito e dá muita coragem, né? Eu acho, não sei, essa é minha opinião*”. Logo depois, ela continua externando sua crença: \_ *“As pessoas tem fé, né, pensam Nele (Deus) e aí se sentem mais seguros. Qualquer que seja sua religião...”*

Apesar de a participante tentar partilhar suas convicções como forma de ajudar o grupo, seu discurso parafrástico não encontrou interlocutor que dialogasse com ela, embora esta tenha sido a música mais cantada nos EM. Isso parece indicar que o fato de não ter falado de si, e de suas necessidades, como ocorreu em outros momentos, mas sim, das necessidades dos outros, mobilizou o silêncio grupal.

Na questão da interação grupal, o respeito aos outros pôde ser demonstrado através da escolha musical, como ocorreu com CF10-EM1, que teve o ímpeto de escolher uma música gospel, mas se refreou dizendo: \_ *“Eu pensei aqui em uma... mas é uma música que eu aprendi com uma amiga de trabalho, e ela é evangélica. Então eu gostei muito de um hino evangélico. Mas não posso cantar!* (falou pronunciando bem as palavras, de forma intensa). *Eu vou fazer companhia para a minha amiga”*, direcionando o olhar para CF3-EM1, que falou no início ter chorado ao escutar uma música gospel e não queria chorar novamente. Todavia, CF3-EM1 disse a CF10-EM1 que ela poderia cantar, também em atenção e respeito ao desejo do outro. Tal evento revela a atitude solidária de ambas que deve ser incentivada pela enfermeira, sendo qualidade indispensável em estratégias terapêuticas grupais.

A solidariedade através da música também foi manifestada por CM12-EM2, ao escolher uma música de Roberto Carlos para outra integrante que manifestara o desejo de ouvir uma canção do cantor. Posteriormente, revelou não gostar das músicas dele, demonstrando a generosidade do seu gesto. O mesmo se pode dizer de CF14-EM5, que se propôs a trazer CD com canções do ‘Padre Marcelo’, ao perceber o interesse das outras participantes. Vale dizer que CF14-EM5, em outra oportunidade, entregou-me dois CD gravados, reiterando que seria para tocar nos EM.

A música, ao ser utilizada para expressar uma atitude interativa, como acolher ou proporcionar conforto a outro participante, remete à afirmação de Ruud (1998) de que a ligação pessoal com a música promove o desenvolvimento de competências sociais básicas ou recursos comunicativos que podem ser utilizados em ambientes terapêuticos. Dessa forma, o que pode ser observado da utilização da música em uma estratégia grupal no contexto da quimioterapia, é que ela possibilita a distração, a expressão emocional, a

reflexão e a alteração positiva do humor, contribuindo para o enfrentamento da situação de adoecimento e tratamento do câncer. A expressão pela canção pode dar voz ao que é difícil verbalizar, e a própria música oferece movimento e vida para que os pacientes continuem lutando (SILVA; CRAVEIRO DE SÁ, 2008).

Contudo, é importante destacar que a música também pode ser usada de forma pouco interativa, quando ao invés de contribuir com o processo terapêutico individual ou grupal, interfere negativamente neste processo. Isto ocorreu com os sujeitos que escolheram mais músicas (4) por encontro, como FF4, FC7, FM7 e FF10. Embora, à primeira vista, a quantidade de músicas escolhidas demonstre um interesse em participar, na realidade esse número denuncia uma grande ansiedade em cantar por cantar, visto que, parte de suas escolhas não foi vinculada a nenhuma função terapêutica. Isso se revelou como um dos limites dos EM, pois a ansiedade que estimula esse comportamento individual também colabora com a ansiedade do grupo, contribuindo pouco para o processo grupal.

Relaciono esse fenômeno com a apologia atual às múltiplas formas de comunicação, que faz com que estímulos sonoros acabem por se tornar formas de evitar o contato consigo e com o outro. Evita-se assim também o silêncio, já que ele se abre aos espaços subjetivos e polissêmicos, o que para alguns pode significar a inexistência ou morte (CRAVEIRO DE SÁ, 2009).

Isso ocorreu mais claramente nos dois primeiros encontros. No 1º EM, FF4 mostrou-se muito ansiosa e agitada, querendo escolher e cantar músicas. A ansiedade demonstrada era tamanha, que em diversos momentos cantou e tentou escolher músicas com sua irmã, CF4, paralelamente às atividades do grupo. Uma das músicas que cantou foi a música infantil “O cravo brigou com a rosa”, ansiosa por não conseguir lembrar de outra música. Ressalta-se que o interesse de FF4 estava centrado na música e não propriamente na interação, enquanto sua irmã, apesar da ansiedade, escolheu uma música para outra participante. Suas outras escolhas revelaram sentidos que puderam ser partilhados pelos outros sujeitos, contribuindo para a reflexão grupal.

No 2º EM, FF10 demonstrou a mesma ansiedade, solicitando insistentemente músicas, sendo que somente uma teve função pragmática, quando ajudou outra participante a escolher uma música, enquanto outra revelou sua relação com o nordeste. As demais, sem função explicitada, pareciam, como no exemplo de FF4, ter por função preencher o ‘vazio’ que poderia ocorrer caso houvesse o silêncio.

A necessidade de preencher o silêncio pela música pode também estar relacionada com a própria dinâmica do grupo. Nas fases iniciais da formação grupal, o silêncio é quase sempre evitado por integrantes que não suportam conviver com o silêncio e procuram preencher o espaço vazio com diversos comportamentos, que no caso do EM, pode ser a ansiedade por cantar, ou solicitar que os outros cantem (CRAVEIRO DE SÁ, 2009).

Uma outra forma pouco solidária de utilizar a música nos EM foi exercida por CF7-EM2 e FM7-EM2, que protagonizaram uma pequena disputa sobre quem sabia cantar músicas menos conhecidas de Roberto Carlos, cantando sozinhos: “Papo de esquina”, “O gênio” e “O velho lobo do mar”. Cabe ressaltar que eles não justificaram suas escolhas, revelando algum significado ou evento relacionado a elas, e este fato, aliado ao desconhecimento dos outros participantes fez com que as mencionadas músicas tivessem pouca repercussão grupal, contribuindo pouco para o desenvolvimento terapêutico dos seus integrantes.

No entanto, esses comportamentos se constituíram em exemplos pontuais de pouca interação grupal. O que foi possível verificar com maior presença foi o fato de que a música estimulou a expressão pessoal, familiar e grupal dos sujeitos promovendo conforto, expressão dos sentimentos, distração entre os participantes dos EM. A interação grupal ocorreu em todos os EM, embora tenha se evidenciado mais em uns que em outros, no que tange à demonstração efetiva de alguns participantes no sentido de estabelecerem um relacionamento positivo com os outros integrantes.

É importante destacar, como procedimento adotado nos EM, o questionamento sobre o motivo da escolha musical dos sujeitos. Esse procedimento promoveu momentos de reflexão entre os participantes, na busca de clarificar o significado das músicas eleitas em suas vidas ou, especificamente, nas vivências atuais dentro e fora do grupo, o que apontou sua relação com a identidade musical. A importância da expressão da identidade musical no contexto dos EM foi revelada não apenas pela quantidade de músicas relacionadas aos espaços de identificação musical, mas pelos benefícios que elas trouxeram não só para o sujeito, mas para a totalidade do grupo, por promoverem o conhecimento mútuo e facilitarem a criação de uma rede de apoio entre os participantes.

A forma pela qual foi utilizado o recurso musical na estratégia de cuidado implementada contribuiu com o seu potencial expressivo e integrador, teoricamente sustentado nas bases as quais se assentam o Caritas Processes. Deste modo, utilizei com

criatividade minhas formas de conhecimento dentro de múltiplas maneiras de Ser/fazer como parte do processo de cuidar, co-construindo com os partícipes desse cuidado, práticas artísticas de cuidar-reconstituir (WATSON, 2008).

## O QUE É O QUE É

(Gonzaguinha)

E a vida?

E a vida o que é diga lá meu irmão?

Ela é a batida de um coração?

Ela é uma doce ilusão?

Mas e a vida?

Ela é maravilha ou é sofrimento?

Ela é alegria ou lamento?

O que é o que é, meu irmão?

Há quem fale que a vida da gente é um nada no mundo

É uma gota, é um tempo que nem dá um segundo

Há quem fale que é um divino mistério profundo

É o sopro do criador numa atitude repleta de amor

Você diz que é luta e prazer, ele diz que a vida é viver

Ela diz que melhor é morrer, pois amada não é e o verbo é sofrer

Eu só sei que confio na moça e na moça eu ponho a força da fé

Somos nós que fazemos a vida, como der ou puder ou quiser

Sempre desejada por mais que esteja errada

Ninguém quer a morte só saúde e sorte

E a pergunta roda e a cabeça agita

Fico com a pureza da resposta das crianças

É a vida, é bonita e é bonita

Viver e não ter a vergonha de ser feliz

Cantar e cantar e cantar a beleza de ser um eterno aprendiz

Eu sei que a vida devia ser bem melhor e será

Mas isto não impede que eu repita

É bonita, é bonita e é bonita.

## CAPÍTULO VI

### NARRATIVA E DIALOGICIDADE NO ÂMBITO DOS ENCONTROS MUSICAIS: ELEMENTOS CONTRIBUINTE AO CONHECIMENTO E AO APOIO À INTERAÇÃO GRUPAL

Como foi possível denotar, a música se configurou como um importante elemento para o desenvolvimento do processo terapêutico grupal, mas não foi o único. A continuidade do processo expressivo e interativo a partir do estímulo musical se deu pela mobilização dos participantes em torno de algum tema de conversação, que muitas vezes emergiu da própria expressão musical.

No desenvolvimento dos EM foi possível estabelecer uma estreita relação entre músicas e narrativas, tendo em vista que as canções são carregadas de características subjetivas e assim proporcionam variadas relações simbólicas entre elas e os sujeitos. Por meio das narrativas dos sujeitos é possível desvelar parte dessas subjetividades, visto que estas são repletas de eventos de memórias de situações vividas com a música. Algumas transbordam sentidos da vida implicada com elas (WAZLAWICK, 2004).

Desta feita, este capítulo discute a linguagem verbal como a segunda forma de expressão e um dos elementos de sustentação da estratégia de cuidado implementada. Esta forma de expressão ocorreu através do discurso que se processava por diálogos ou narrativas, estabelecidos por suas respectivas diferenças. No diálogo, o sujeito se dirigia ao outro, mantendo uma conversação voltada para o estabelecimento de uma relação ou desenvolvimento de assunto que pudesse ser de interesse comum. Na narrativa, o sujeito tinha por objetivo contar algum aspecto de sua história pessoal, vivência ou, como ocorrido em alguns momentos, ‘dar um depoimento’ sobre algum aspecto significativo de sua vida. É como se o sujeito necessitasse escutar-se, e nessa perspectiva, como apontam Goolishian e Anderson (1996), as narrativas construídas socialmente conferem sentido e organização à experiência individual.

#### **6.1. Expressão pela linguagem verbal**

Muitos são os elementos implicados na linguagem verbal. Embora as respostas humanas nem sempre se pautem através dela, posto que também nos comunicamos pelos gestos, atitudes e comportamentos que adotamos, neste momento interessa-me focar o

caráter relacional dos EM mediado especialmente pela expressão verbal; não obstante neste espaço também se tenha evidenciado outras formas de interação.

No encontro da enfermeira por mim representado com os clientes e familiares no âmbito da estratégia implementada, além de a música figurar como recurso ímpar de expressão vinculada às potencialidades a ela atribuídas, também atuou, muitas vezes, como mobilizadora das conversações que trouxeram à tona aspectos reveladores das características próprias das relações humanas, especialmente, em espaços grupais. De igual modo, fez emergir as questões intrínsecas à realidade da con(vivência) com o câncer e com o tratamento quimioterápico, conforme pode ser observado no Quadro 31.

Nesse quadro, só foram relacionadas músicas a partir das quais foi possível estabelecer uma relação direta com as narrativas que as sucederam. É importante destacar que do total das 33 músicas a seguir listadas, 29 tinham relações com o nível semântico e com os espaços de identificação já citados. Isso ocorreu em parte pelo fato de, ao explicarem suas escolhas musicais, os sujeitos acabavam falando das músicas, relacionando-as com suas histórias de vida pessoal e familiar, formas de enfrentamento da situação de adoecimento e crenças religiosas. Tal evento confirma a relação estreita entre escolha de músicas e identidade musical, pois ao falar da escolha, o sujeito acabava falando de si, da família e do contexto ligado à (con)vivência com o câncer. Por vezes, no decorrer da imersão musical e da narrativa que a sucedia, o tema original acabava induzindo outros, como pode ser observado no Quadro nº 31.

**Quadro nº 31 - Narrativas originadas das músicas escolhidas pelos sujeitos**

Sujeito	E M	Músicas	Temas originados das músicas	Temas derivados dos temas originais
CF1	1º	“Deixa a vida me levar”	Adoecimento	Crença religiosa
FF1	1º	Mantra	Crença pessoal	Recursos de enfrentamento
CF2	1º	“Soledade”	Música x Hist. Vida (SF)	-----
CF3	7º	“Pegadas na areia”	Crença religiosa x Hist. Vida (SF)	-----
CF4	1º	“Lembra de mim” “A noite do meu bem” “Saigon”	Música x Enfrentamento Música Música x Hist. Vida	----- ----- -----
FF4	1º	“Começar de novo”	Crença pessoal	-----
CM5	5º	“Besame mucho”	Música	-----
FF5	2º	“Ronda”	Música x Hist. Vida (SF)	-----
CM6	2º	“Verdade”	Música	-----
FF6	2º	“Alma Gêmea”	Música x Hist. Vida (SF)	-----
CF7	2º 8º	“Meus tempos de criança” “O que é o que é” “O neguinho e a senhorita”	Música x Hist. Vida (SF) Música Música x Hist. Vida	----- Vida/Morte -----
FM7	2º	“Nunca”	Música	-----
CF8	3º	“Eu sei que vou te amar”	Música	-----
FF9	6º	“Noites traiçoeiras” “A praça”	Música x Enfrentamento Música	Crença religiosa Hist. Vida (SF)
CF10	1º 7º	“Cantemos cânticos de alegria” “Noites traiçoeiras”	Música x Crença relig. Crença pessoal x Enfrent.	Relações familiares; Hist. Vida
CM11	1º	“Quero que valorize”	Música x Crença relig.	Relações familiares; Doença
CM12	2º	“Carinhoso”	Música x Hist. Vida (SF)	
CF13	3º	“Deus cuida de mim”	Crença religiosa	Relações familiares
CF14	4º 5º 7º	“Canteiros” “Canteiros” “Minha bênção” (CD)	Relações familiares Hist. Vida Música x Enfrentamento	Relações familiares Hist. Vida Tratamento/Enfrentam.
		“Canteiros”	Música x Hist. Vida	
CF15	4º	“Oração pela família”	Rel. Familiares x Crença religiosa	Doença/Tratamento Crença religiosa Relações familiares
CF16	8º	“Outra vez”	Hist. Vida	Relações familiares
CF17	5º	“Jesus Cristo”	Crença religiosa	
FF10	2º 3º	“Xote das Meninas” “Morangos do Nordeste”	Música x Hist. Vida Música x Hist. Vida (SF)	

Destaque se dá ao fato de que não foi somente a própria escolha musical que estimulou as narrativas, mas, em menor proporção, as escolhas dos outros participantes também promoveram a expressão sobre conteúdos significativos. CF7-EM2 relacionou “Xote das Meninas” à sua neta; CF14-EM5 relacionou “As curvas da estrada de Santos” com episódio ocorrido com seu pai, e “A normalista” com histórias sobre seu falecido

marido; e CF15-EM4, após escutar “Noites traiçoeiras”, relatou uma vivência transpessoal em uma missa.

Assim, a própria audição de músicas promove subjetividades trazendo lembranças do vivido. Segundo Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001), as canções populares difundidas pela mídia passam a fazer parte do repertório cultural dos povos, interagindo com o mundo subjetivo das pessoas, sendo arquivadas na memória. Ao escutarmos uma canção, podem surgir lembranças que, pela livre associação a partir do próprio fluxo do pensamento, explicita algum sentimento a elas, relacionado.

Entretanto, não só a música foi o elemento indutor do discurso, visto que alguns participantes demonstraram menos afinidade pela música, expressando-se mais pelo diálogo ou narrativa. Outras situações ainda demonstraram mudança de foco entre a expectativa inicial e o que efetivamente ocorreu no âmbito dos EM, a exemplo de CM12, que verbalizou o desejo de não falar sobre câncer no momento da entrevista e, no entanto, participou intensamente da discussão havida no 2º EM sobre o enfrentamento da situação do adoecer e da morte. Outros, ainda, apesar de mencionarem o desejo de participar dos EM, vinculando-o à música, produziram intensa expressão verbal, como foi o caso de CF10-EM1,4,7; CF14-EM4,5,6,7 e FF6-EM2,3,5,7.

Assim, pode-se perceber que independente das expectativas, o fato é que, no âmbito da estratégia implementada, cada um construiu seu discurso influenciado pelo contexto desta. Maturana (1995) sinaliza que não podemos prever como o sistema (no caso, o grupo) reagirá a um estímulo externo, mas que o fará a partir de uma informação que faça sentido para ele, ou que seja parte da sua visão de mundo, seu contexto cultural, ou das experiências vividas por ele. Assim, muitos discursos foram movidos a partir dos temas surgidos e, dinamicamente, na relação com os outros participantes. Como aponta o autor, construímos a linguagem e a nós mesmos nessa convivência, o que remete à importância da intersubjetividade que se desenvolve em um domínio cooperativo de interações, através de referenciais compartilhados (RAPIZO, 1996).

Esses referenciais compartilhados entre os participantes dos EM abordaram temas que faziam parte de sua condição em comum, relacionados à situação de adoecimento, tratamento e enfrentamento do câncer, além das próprias vivências no grupo. Mencionaram também aspectos pessoais: histórias de vida, relacionamentos familiares e crenças, que ampliaram o conhecimento mútuo (Quadro nº 32).

Quadro nº 32: Temas abordados pelos sujeitos nos EM

Sujeito	EM	Discurso A quem se dirige	Temas abordados pelos clientes (tempo da participação: PP=muito pouco; P=pouco; M=Médio; G=Muito; GG=Muito longo)	Conversas Paralelas (tempo)
CF1	1º	Pessoal	Crença; Doença; Morte; Aprendizagem (M)	-----
FF1	1º	Pessoal Grupo	Crença Pessoal (M) Enfrentamento (M)	-----
CF2	1º	Pessoal	Música (PP)	-----
CF3	1º 4º 7º	Pessoal Grupo Família	Música (PP) Música; Crença (P) Crença religiosa / Hist. de Vida (GG)	familiar (G) familiar (M) familiar (M)
FF3	1º	-----	-----	familiar (G)
CF4	1º	Pessoal	Música; Enfrentamento (M)	familiar (M)
FF4	1º	Pessoal	Música; Enfrentamento (P)	familiar (M)
CM5	5º	Grupo	Música(P)	
FF5	2º 5º	Pessoal Família	Hist. de Vida (P) Música (P)	
CM6	2º 3º 5º 7º 8º	Pessoal Família Grupo Grupo Pessoal Grupo Pessoal	Hist. Vida (PP) Enfrentamento; Doença (PP) Enfrentamento; Doença (M) Relações Familiares (GG) Música; Doença (M) Doença; Tratamento (G) Enfrentamento; Rel. familiares (P) Música (PP)	familiar (P) esposa;técnica (G)
FF6	2º 3º 5º 7º 8º	Pessoal Grupal Pessoal Família Grupo Família Grupo	Hist. Vida; Vida/Morte; Enfrentamento; Doença (G) Música (PP); Relações Familiares (P) Rel. Familiares (PP) Música (PP); Relações Familiares (G) Música(P); Enfrentamento (P); Tratamento (M) Tratamento (P) Rel. Familiar (M) Enfrentamento (M) Hist.Vida (M); Hist. Vida (M); Enfrentamento (P)	familiar e técnica (G);outro participante (P)
CF7	2º 6º 8º	Pessoal Família Grupo Grupo Grupo Família	Musica/Hist. Vida (P); Vida/Morte (M) Doença (P) Vida (P) Música (PP); Vida/Morte (M); Doença (G) Enfrentamento (P) Música(P);Vida/Morte (G);Hist. Vida (P) Hist. Vida (M); Rel. Familiares (P); Música (P); Vida/Morte (P) Doença (P) Doença/Enfrentamento (P)	familiar (M) participante (P) participante (M)
FM7	2º 8º	Pessoal Grupo Grupo	Música (PP) Vida/Morte (P); Enfrentamento (P) Hist. Vida (P)	familiar (P)
CF8	3º 6º	Pessoal Grupo Grupo Família	Música (PP) Rel. Familiares (G) Música (PP) Tratamento (P); Doença (M) Vida/Morte (M) Rel. Familiares (P) Vida/Morte (PP)	

FF8	3º	<b>Grupo</b>	Música (P); Rel. Familiares (M)	
	6º	<b>Grupo</b>	Música (P)	
CM9	6º	<b>Grupo</b>	Música; Hist. Vida (M)	
FF9	6º	<b>Grupo</b>	Música; Crença Religiosa; Enfrentamento; Hist. Vida (G)	
CF10	1º	<b>Grupo</b>	Música (P); Crença relig. (M)	
	4º	<b>Grupo</b>	Rel. Familiares (P); Crença relig. (M)	
	7º	<b>Grupo</b>	Tratamento (P); Música (P) Crença relig. (P); Hist. Vida (M); Enfrentamento (G); Rel. Familiares (P)	
CM11	1º	<b>Pessoal</b>	Música (M); Relações Familiares (PP) <b>Grupal:</b> Crença relig. (M)	
CM12	2º	<b>Pessoal</b>	Música (P)	
		<b>Grupo</b>	Vida/Morte (M); Hist. Vida (P); Rel. Familiares (P) Enfrentamento (P); Doença (P)	
CF13	3º	<b>Grupo</b>	Rel. Familiares (M); Crença Religiosa (M)	
		<b>Pessoal</b>	Música (P)	
	6º	<b>Pessoal</b>	Música (PP)	
CF14	4º	<b>Grupo</b>	Música (P); Rel. Familiares (P); Tratamento (P)	
	5º	<b>Grupo</b>	Música (PP); Tratamento/Enfrentamento (P) Hist. Vida (P)	
	6º	<b>Pessoal</b>	Música (PP); Hist. Vida (P)	
	7º	<b>Grupo</b>	Enfrentamento (M); Rel. Familiares (PP) Hist. Vida (M); Tratamento (P)	
CF15	4º	<b>Pessoal</b>	Música (P); Rel. Familiares (PP)	
		<b>Grupo</b>	Tratamento (M); Crença relig. (M)	
CF16	5º	<b>Grupo</b>	Crença (PP); Enfrentamento (M); Tratamento (P)	técnica (P)
	8º	<b>Pessoal</b>	Hist. Vida (GG)	
		<b>Grupo</b>	Enfrentamento (M); Rel. Familiares (P)	participantes (G)
CF17	5º	<b>Pessoal</b>	Crença (PP); Tratamento (PP)	técnica (P)
FF10	2º	<b>Pessoal</b>	Hist. Vida (P); Vida/Morte (M)	participantes (M)
			Enfrentamento (P)	
	3º	<b>Pessoal</b>	Hist. Vida (PP)	

Cabe esclarecer que no Quadro 32, os discursos enunciados no espaço do EM poderiam ser dirigidos a princípio a todos, senão seriam considerados conversas paralelas à linha discursiva principal, também indicadas. Contudo, neste estudo a separação entre pessoal, família e grupo, inserida neste quadro destaca a intenção da fala quanto ao principal interlocutor do discurso. No caso, a categoria pessoal se refere às narrativas voltadas para as histórias pessoais, desabafos ou reflexões, enquanto o discurso voltado para a família ou grupo pode ocorrer tanto em forma de narrativas quanto de diálogos, e tem por finalidade trocar ideias, informar, esclarecer ou mesmo cuidar através do acolhimento e solidariedade.

Nesse quadro considerou-se oportuno não somente citar os temas abordados pelos participantes, mas indicar o tempo utilizado pelo sujeito para verbalizar seus desabafos, histórias, esclarecimentos ou ideias, pois isso também indica a importância desse tema para a pessoa. A última coluna também indica se os sujeitos realizaram conversas paralelas, para

ampliar a descrição do contexto. A seguir, seguindo o esquema do capítulo anterior, a expressão verbal será analisada quanto ao relacionamento pessoal, familiar e grupal.

### **6.1.1. Relacionamento Pessoal: a necessidade de autoexpressão**

A necessidade de se expressar verbalmente foi comum à maioria dos sujeitos. Entre os temas abordados, se encontram a música, histórias de vida, adoecimento, quimioterapia, enfrentamento, crença pessoal e religiosa, relacionamento familiar, relações entre vida e morte. Entretanto, como as narrativas relacionadas à música e às histórias de vida já foram abordadas no capítulo anterior, nos deteremos neste capítulo a outros temas recorrentes nos discursos dos sujeitos, principalmente os que ocuparam mais tempo no desenvolvimento dos EM, o que indica o envolvimento dos sujeitos para com os mesmos.

#### ***a) O câncer e a quimioterapia***

Poucos participantes detiveram sua fala circunscrita ao adoecimento, em sintonia com o levantamento prévio que eu havia realizado sobre os temas de interesse para os EM. Entretanto o que se evidenciou é que, impulsionados pelo contexto, era inevitável que, por vezes, se expressassem sobre sua doença. Tal fato ocorreu, por exemplo, com CF8-EM6 que em um episódio de desabafo abordou sobre um momento que acarreta grande ansiedade para a maior parte dos pacientes – o diagnóstico: \_ *“Quer dizer, quase que eu morri sem saber que eu estava com câncer, entendeu? É mesmo! Eu falei que o nódulo estava escondido, e todo ano eu fazia [exame preventivo] e não descobria nada. Daqui a pouco fizeram uma mesa redonda lá e disseram que eu tinha que tirar o seio! Para mim foi um choque. Porque eu fazia [exame preventivo]anualmente. Imagine se eu não fizesse anualmente! Quando eu fosse, como ficaria isso, né? E foi rápido, foi uma coisa corrida, entendeu? Aí eu... estou conseguindo levar numa boa e as pessoas...[...].*

Seu discurso apontou de um lado sua indignação de apesar de todos os seus cuidados, ser surpreendida com o câncer. Bergamasco e Ângelo (2001) apontam que os sentimentos e emoções da pessoa frente ao diagnóstico de câncer podem não se relacionar somente aos pensamentos de morte, mas também às vivências ligadas às dificuldades no atendimento nos serviços de saúde, que aumentam a sua incerteza quanto ao futuro.

Dos participantes que abordaram o tema adoecimento, os que mais falaram foram CM6 e CF7, o que se explica pela própria implicação clínica, como se depreende dos seus discursos. CM6-M2 inicia sua narrativa a partir das alterações no seu cotidiano, decorrentes

do adoecimento: \_ *“Em verdade, em verdade, nós com os problemas que temos, você não tem aquela vontade de ter uma atividade, de se movimentar, e procurar alguma coisa para fazer... você se acomoda. Eu acho isso! Eu me acomodei, quase não saía de dentro da casa... ficava sentado na poltrona lá, fazendo minha palavra cruzada. Agora não, eu estou caminhando, venho ao hospital. O problema era com essa perna esquerda muito inchada, eu não podia andar. Agora felizmente já está bastante desinchada, já procuro me movimentar...”*.

O discurso de CM6 revela duas percepções para a sua mudança. Uma delas, relacionada ao aspecto emocional: não ter ‘vontade’, se acomodar, não sair de casa. Essa percepção de si mesmo parece ser uma reflexão sobre sua atitude posterior ao conhecimento do seu diagnóstico de câncer, *“os problemas que temos”*. A outra percepção está ligada a uma impossibilidade de se movimentar devido à sua situação clínica decorrente do câncer de próstata, com progressão em linfonodos pélvico e para MIE, que ficou comprometido com um edema intenso. Provavelmente, ambos os fatores, psicológicos e físicos influenciaram na sua ‘acomodação’. Não se pode subestimar que as repercussões emocionais podem ser até maiores do que as de ordem física devido às expectativas negativas sobre a doença e o tratamento (SILVA; DERCHAIN, 2006).

O discurso parafrástico de CF7 abordou outro aspecto importante: \_ *“Quando eu iniciei meu tratamento, eu peguei uma gripe! Eu fiquei muito mal! Aí eu virei para o médico e perguntei: \_“Eu estou muito gripada, estou morrendo? (ri com o marido). A gripe não tem nada a ver! Eu estava tão desesperada... Eu fiquei tão ruim, e na hora que você está ruim você não se lembra de ninguém, nem de filho nem de neto, de ninguém... Só pensa que vai morrer e acabou! Passei dois dias mal...”*.

CM12-EM2, em diálogo com ela, compartilha sua experiência: \_ *“Uma dor de cabeça, você pensa... Ih! Estou com dor na perna, deve ser!”* Esse trecho dialógico revela como o adoecimento pelo câncer desenvolve um estado de angústia que não tem fundamento na real condição clínica, mas no intenso medo da morte, subjacente a toda essa situação. Quando a pessoa é diagnosticada com câncer, lança um olhar sobre a possibilidade de sua própria morte, por relacionar o câncer com uma doença fatal, e isso ocorre mesmo com aqueles que estão no início do tratamento e têm perspectiva de remissão completa da doença (MERCÊS; MARCELINO, 2004).

CM7-EM6 trouxe uma outra questão neste trecho: \_ *“[...] Eu estou com câncer, tá? Graças a Deus, dependendo da misericórdia de Deus, dos remédios, dos médicos [...] E as*

*peças que ficam dependendo de outro morrer para fazer um transplante de fígado, de coração? Ahn, ahn, ahn, não queria essa vida não. Não queria não”.* Adiante ela continua com seu discurso parafrástico: *– Não, han, eu estou com o fígado ruim e alguém tem que morrer para botar meu fígado aqui! Que diferença tem? O meu câncer não é muito mais aceitável do que o outro morrer para me dar alguma coisa? Fala sério! Não entra na minha mente!”*.

Seu discurso em tom de desabafo ainda perdurou bastante, mas não encontrou interlocutores, possivelmente pela sua forma ressentida de se expressar, ou porque ela tentava discutir o preconceito que cerca o câncer, tema difícil de ser abordado. Somente no final do encontro, suas palavras mobilizaram CF8-EM6 frente ao câncer, e na produção do seu interdiscurso, fez um desabafo: *– “Eu não gosto de falar com as pessoas... O pai dela (se referindo à filha que a acompanhava) fala: – “Mas tem que falar com os outros”! – Não é falar... eles se assustam com a gente. E falam que eu estou tão bem! E aí: – “Ah, coitada da \_\_\_\_\_”! (referindo-se à si mesma) – Sabe? Eu não gosto disso. Nem que me chamem de coitada.*

Quando a perguntei se não gostava de falar sobre doença, respondeu: *– Doença... não, eu falo que estou com um problema, que eu tirei o seio e que estou me tratando! Não gosto de falar: – “Eu estou com câncer”! – Não é por não falar, entendeu? Eu estou entendendo o lado dela aí (se referindo à CF7-EM6). É que as pessoas ficam com dó e querem chorar na sua frente! E eu tenho que ficar dando força... A gente tem que ficar dando força para os amigos, colegas de amigo [...]*”.

Nesse exemplo, o discurso de CF8-EM6 apontou a dificuldade por que passa o portador de câncer frente à reação das pessoas. Segundo sua experiência, estas pessoas demonstram pena e não conseguem, efetivamente, apoiá-la. Os papéis acabam invertidos, impelindo a pessoa adoecida a confortar os outros, e a mostrar uma força que nem sempre possui e que pode minar suas próprias energias. As representações negativas sobre o câncer geram no doente e em todos os envolvidos medo e desejo de ocultação do diagnóstico como uma maneira de minimizar comentários indesejáveis (HAYASHI; CHICO; FERREIRA, 2006).

Um dos temas mais abordados pelos participantes dos EM foi o tratamento de quimioterapia e suas consequências, fato esperado por ser a situação que vivenciavam no momento. Também abordavam esse tema em forma de desabafo, como ocorreu com CF15-EM4, em QT paliativa: *– “Eu quero é dar um testemunho. Eu estou com esse problema há*

*seis anos... Que eu venho lutando, e toda vez que eu venho... Já falei com o médico agora: \_ “Toda vez que eu venho, eu venho com tanto medo, doutor, de fazer o tratamento”!*

Quando lhe perguntei em que se assentava seu medo, ela respondeu: \_ *“Do tratamento, de algum problema... Porque dá muita reação... Como se diz... Muitos efeitos colaterais. E isso tudo... Eu sofro com isso, fica na minha cabeça. Não tenho vontade de comer nada... Eu fico uns dias lá, jogada, né? E a gente começa a pensar nisso tudo e: \_ “Ah, meu Deus, começar tudo de novo”?\_ “ Agora eu estou três meses parada com o remédio. Hoje está fazendo três meses... Mas eu estou ótima, não sinto nada, mas eu vou tomar esse remédio... E hoje vai ser mais tóxico, segundo ele”.*

Seu discurso ambivalente revela todo o seu receio dos efeitos da QT, que se renovam a cada ciclo medicamentoso. Essa sensação de ameaça ocorre com as pessoas ao perceberem que há possibilidade de reações singulares ao tratamento que não podem ser antecipadas, pois cada pessoa age e reage diferentemente. O que amedronta é o desconhecido que pode se revelar a cada sessão de quimioterapia (CAMARGO; SOUZA, 2002).

O receio do que possa acontecer na quimioterapia é um sentimento recorrente entre as pessoas que iniciam o tratamento, como ocorreu com CF17-EM5, que estava no primeiro dia da QT quando participou do grupo, aparentando uma enorme ansiedade e rebaixamento do humor. No seu discurso, ela relata: \_ *“Eu cheguei aqui muito triste. Aqui... para fazer o tratamento”.* Mais adiante, ela explica o seu receio: \_ *“Eu achei que fosse doer”.*

A expectativa negativa sobre os efeitos da quimioterapia ampliou sua ansiedade, e isso ocorre devido às ideias relacionadas a sofrimento que geralmente cercam o câncer e a QT, que amedrontam as pessoas por todos os seus componentes, inclusive os ainda desconhecidos. A incerteza aumenta o estado de medo e angústia (FERNANDES et al, 1999).

CF15-EM4 aponta também outro efeito da quimioterapia, a alopecia, que afeta profundamente a maior parte das pessoas que passam por isso: \_ *“Eu já fiz e não caiu, mas nesse último caiu. Até mesmo a sobrancelha. A gente fica ‘pelado’, uma coisa! Isso tudo mexe muito com a gente, com o emocional... [...] A mim mexe. Cada um é uma pessoa. A mim, mexe demais! Mas eu tenho entregado na mão de Deus, de Nossa Senhora! E vou em frente”.*

CF10-EM4 também se referiu à reação que teve: \_ *Quando caíram os meus cabelos agora... É a primeira química que eu já fiz... Dias depois começou a cair o cabelo. Mas quando o cabelo maior caiu foi um impacto muito grande pra mim [...]*". A alopecia gera um grande sofrimento tanto aos homens quanto às mulheres, sendo considerada o efeito colateral mais devastador, pois afeta tanto a aparência física quanto o relacionamento social (FERNANDES et al, 1999).

### ***b) Formas de enfrentamento do câncer***

É importante pontuar que, ao tempo em que os participantes revelavam suas dificuldades e temores, também faziam denotar que as estavam superando, mantendo uma postura de enfrentamento, como se pôde observar nos exemplos anteriores: CF15 queria demonstrar que a QT não é nada, pois *'está ótima'*; e CF8 estava conseguindo levar a situação *'numa boa'*. Esses relatos mostram a atitude de enfrentamento que permeou os encontros, sendo que os participantes narraram diferentes formas de tentar superar a situação de adoecimento pelo câncer.

FF6-EM2 aponta a importância de poder se expressar verbalmente: \_ *"A gente tem que falar com alguém! Eu sei lá, eu falo para ela que eu falo (se referindo a mim). Se eu não falasse, acho que eu já tinha dado uma coisa aí"*. Permitir-se falar sobre a doença, seu tratamento e consequências é importante. Para o familiar, porque reduz a tensão; para o sistema familiar, pois aumenta a comunicação e a troca entre os seus integrantes. Os membros de famílias funcionais comunicam-se com clareza, deixando aparecer abertamente o que pensam e sentem (SILVA, 2000).

No 2º EM ocorreu um verdadeiro encontro entre dois participantes que mostraram o seu empenho em enfrentar o câncer: CM12 e CM6. Isso ocorreu após o tema vida/morte ter sido abordado por outros participantes. Ambos se expressaram de forma intensa sobre o enfrentamento, o que conferiu um significado especial às suas narrativas quando soube do falecimento de ambos, respectivamente 3 meses e 7 meses após esse encontro. Assim, essa ocasião foi uma oportunidade de registrar a luta deles para viver, apesar do câncer.

CM12-EM2 iniciou o tema a partir da reação ao diagnóstico: \_ *"Depois do diagnóstico, eu mesmo tive uma crise de pânico, depois caí na real. Enquanto eu puder ter a minha vida normal, eu vou ter! Até a hora que eu ficar em uma cama e não puder ter mais! E principalmente, não ficar o dia inteiro pensando nisso! Está provado que quando*

*se encuca com uma coisa o cérebro libera uma substância que acaba com a imunidade da pessoa! E essa doença requer que a pessoa tenha uma imunidade alta”.*

Quando perguntei a ele o que fazia para não pensar o tempo todo na doença, ele respondeu: *\_ Bom, tenho a companhia da minha mulher e do meu filho, e tenho dois hobbies... A música e o computador. Depois ele aprofundou o tema sobre o hobby: \_ [...] “A fuga é importante. A pessoa foge não sabe porque. Normalmente porque tem uma fobia, tem medo. A pessoa bloqueia. Agora, o hobby não, o hobby ajuda, a pessoa procura o hobby, cria o hobby. [...] Seja eu conversando com meus amigos pela Internet, seja eu organizando algo no computador[...]. Eu estou fazendo isso porque eu quero. Não é porque estou preocupado. Isso não, é porque eu me sinto bem fazendo aquilo. Agora, se eu fico da sala pra cozinha, da cozinha pra sala, da sala pra cozinha, da cozinha pra sala, eu estou fugindo de alguma coisa.”*

CM12-EM2 traçou um paralelo entre o hobby e a fuga para deixar claro que o hobby não era uma forma de fugir da doença, mas uma prática criativa e produtiva que lhe trazia prazer. Para ele, o que o ajudava no enfrentamento da doença era manter a atividade, física e mental. Esta concepção está em consonância com estudo que aponta que os portadores de câncer sentem prazer e bem estar ao realizarem alguma atividade, como se demonstrassem para si mesmo que são capazes de enfrentar as limitações impostas pela doença (MERCÊS: MARCELINO, 2004).

Esse tema mobilizou bastante CM6, que dialoga com CM12 sobre a importância de manter um hobby: *\_ “Eu acho que essa é uma realidade! Porque eu acho que se a pessoa se entregar e não arranjar um jeito de se libertar e jogar aquilo que ele está sentindo para fora, só tende a complicar. Se ele não pode exercer uma atividade normal, então ele vai procurar um sistema...”*.

CM12 completa: *\_ “Substitutivo!”*.

CM6 confirma: *\_ “É isso aí!”*. Posteriormente ele completa sua ideia: *\_ “Procurar se movimentar, procurar arranjar um meio de esquecer esse... problema que tem na cabeça. Porque quando está fazendo alguma coisa, você se distrai com o que está fazendo. Pode ser um hobby, como ele diz, mas também pode ser uma atividade física qualquer... A pessoa se distrai com aquilo que está fazendo na hora”*.

FM7-EM2 também contribuiu com o diálogo: *\_ “Tem que procurar fazer alguma coisa para mudar! Se ficar parado sem fazer nada, o ditado já diz, mente vazia é a oficina*

*do diabo, né? Tem que procurar fazer alguma coisa! Ver uma televisão também distrai a mente...”.*

A interdiscursividade presente em seu enunciado traz uma importante contribuição dos sujeitos para a reflexão de clientes, familiares e profissionais que lidam com o contexto oncológico. Pensar constantemente na doença, e/ou na perspectiva da morte não traz benefícios, a não ser que isso seja um estímulo para mudanças positivas, ou para o exercício da criatividade. Se não for, nessas circunstâncias pode trazer depressão e ansiedade, diminuindo a capacidade de enfrentamento do câncer, como bem apontou CM12. De acordo com os outros, uma alternativa saudável seria ocupar-se de uma atividade que ajudasse a distrair. CM12 vai mais além e defende a ideia de que a atividade deve ser agradável e possibilitar a expressão da criatividade.

No enfoque de Watson (2008), deve-se pensar no papel da enfermeira no sentido de engajar-se em práticas artísticas do cuidar-reconstituir. Isso envolveria contribuir com o desenvolvimento de atividades criativas que possam trazer uma perspectiva mais positiva de vida no contexto da quimioterapia ou mesmo em outros ambientes de convivência do cliente em tratamento oncológico. Além da música, outras expressões artísticas, como artes visuais podem dar um sentido ao tempo ocioso, resultando em esperança e alegria de viver (BARBOSA; SANTOS; LEITÃO, 2007).

Nesse contexto, não podemos pensar somente nas intervenções que atendam diretamente às necessidades físicas, mas promovermos o cuidado relacionado às necessidades psicossociais, reduzindo o estresse que influencia a condição imunológica do cliente portador de câncer (AMORIM, 1999).

Assim, se, por um lado, é importante criar espaços para que os clientes e familiares possam falar sobre a doença, tratamento, e enfrentamento, caso sintam esta necessidade, por outro lado, também é importante criar outros espaços de compartilhamento em que não seja necessário falar sobre esses assuntos, na hipótese de assim desejarem. Nessa linha de pensamento, abordar assuntos diversos, no âmbito das estratégias de cuidado, não tendo a doença como tema central é saudável, pois possibilita o enfermo expandir-se e atualizar-se, não ficando restrito no seu sofrimento. O enfoque sai da doença para o cotidiano (MERCÊS; MARCELINO, 2004).

Em que pese as diferentes formas de enfrentamento pelos clientes, uma das mais importantes é a crença religiosa, como pode ser evidenciado por CF10-EM1 ao utilizar boa parte da sua narrativa voltada para a sua relação com a fé e crenças pessoais: \_ *“Temos que*

*agradecer tudo o que Deus nos dá! [...] Sem ele não somos nada! Mas... aquele amigo de Jesus, que Jesus tirou tudo dele (se referindo à Jó). Ele disse: \_“Obrigado Senhor, obrigado. Ainda tenho a você! [...] Foi fiel! A fidelidade também é muito importante, não é? Muito importante... [...] E nós nas nossas entregas diárias, não teremos uma recompensa? Ah, eu acho que sim! Não faço por menos!”.*

Nesse trecho, seu discurso parafrástico aponta uma relação entre o agradecimento e a história de Jó, que foi explicitada em diálogo com CM11-EM1: \_ *“A bíblia fala que Jó, que ele estava leproso e ele descascava seu corpo todo, mas mesmo assim ele não deixou de adorar a Deus. A bíblia fala que ele perdeu dez quilos. Jó era rico e perdeu tudo que tinha, mas pela fidelidade, pela fé de Jó, Deus lhe deu tudo em dobro!”.*

Nesse trecho dialógico, CF10-EM1 e CM11-EM1 confirmam a importância de manter a fidelidade em suas crenças, porque assim será recompensado. A manutenção da fé vivenciada através das ‘entregas diárias’, e da adoração a Deus, nesse contexto se aproxima do que Kübler-Ross (1998) denomina de barganha, que é uma tentativa de prolongamento da vida e/ou redução de sintomas. É um tipo de acordo em que se oferece, insistentemente, a alteração ou manutenção de um comportamento que lhe garantirá em troca o adiamento do desfecho inevitável.

CF15-EM5, assim como os participantes anteriormente citados, dedicou uma boa parte de sua verbalização falando acerca da fé, expressando formas semelhantes de pensar. Em tratamento há 6 anos ( paliativo), ela agradece a Deus e continua insistindo para ser curada: \_ *“[...]E eu tenho pedido muito a Deus. Eu sou uma pessoa de muita fé, graças a Deus eu sou católica, graças a Deus eu tenho fé. E peço muito a Nossa Senhora, peço a Jesus, estou cansada de pedir... Mas estou esperando a graça. A graça ainda não veio, porque ainda não estou curada, mas eu estou pedindo e continuo. Vou insistir no pedido! \_ Mas é o que eu mais faço, o que mais faço é agradecer, porque em seis anos, eu digo, já sou uma vitoriosa, não sou?”*

Uma explicação para a manutenção dessa fé, mesmo não tendo alcançado totalmente a graça, como ela mesma apontou, é verbalizada pela própria CF15-EM5: \_ *“O padre “X” afirma que a diferença de quem tem fé para quem não tem, é que quem tem fé sofre consolado. Deus consola. E quem não tem fé cai no desespero. Cai no desespero e não vê mais nada... esse sofre muito mais. É a fé que consola e dá força, isso eu posso dizer de cadeira”.*

Essa visão de CF15-EM5 sobre o benefício da fé, é corroborada por estudos que apontam a busca ou o incremento das práticas religiosas após o diagnóstico de câncer como uma forma de enfrentamento (SALES; MOLINA, 2004; MOLINA, 2005; HAYASHI; CHICO; FERREIRA, 2006; TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2007) e interligam a crença à qualidade de vida (MERCÊS; MARCELINO, 2004; SALES et al, 2001).

A crença e a religiosidade promovem qualidade de vida mesmo durante o adoecimento e tratamento do câncer, e isso pode ser relacionado a diversos motivos: ampliam a rede de apoio, promovem a esperança, e dão um sentido ao adoecimento. Este sentido está ligado à maneira particular de cada pessoa ‘interpretar’ os dogmas religiosos, utilizando este recurso para responder suas questões e encontrar consolo na crença.

Esse sentido particular pode ser constatado na forma como CF10-EM1 narra que a fé a consolou quando o cabelo começou a cair: \_ “[...] *Aí eu olhei assim, a minha mão cheia de cabelo, e achei que Deus estava me dizendo: “Você nasceu careca. Depois, você teve o cabelo que eu te dei. Agora eu quero de novo... Mas eu vou te dar maior, melhor, mais força, tudo de melhor”.* *Aí eu fiquei contente, porque não adianta chorar, porque tenho que agradecer”.*

Em outro encontro, CF10-EM4 fala sobre seu profundo sentimento de religiosidade e a emoção sentida após escutar a música “Noites traiçoeiras”: \_ “*A emoção assim, nesse sentido, eu acho que eu não sou ninguém. E que Deus me tocou e que eu tenho que ter força*” (fala pausadamente, como se estivesse com dificuldade em pronunciar as palavras). *Então, quando a gente se emociona é porque Deus nos toca, dizendo que nós não somos nada. Mas ele está junto, ele dá força. Eu não tenho nenhuma força, é ele que me dá. Não é mesmo? Às vezes a gente quer chorar, mas vê que ao lado tem outro que está pior, ou então em condição igual que a minha, então eu tenho que me sentir muito feliz”.*

A polissemia de seu discurso indica que, ao tempo em que a força no enfrentamento da doença e do tratamento está em Deus, ela também se sustenta no entendimento de que há outros em pior condição que a dela, e assim, refletindo sobre o seu dito ela o ressignifica: “*eu tenho que me sentir muito feliz*”. Ao ressignificá-lo, ela encontra forças para enfrentar a doença através do sorriso, inspirada pela letra da música “Noites traiçoeiras”, que em determinado trecho diz: “E ainda se vier, noites traiçoeiras, e a cruz pesada for, Cristo estará comigo, e o mundo pode até fazer você chorar, mas Deus te quer sorrindo”.

Para CF10-EM7, a crença promove um sentimento altruísta, que neste caso foi inspirada pela música:\_ “*Que coisa mais linda! Tudo que vier, Deus quer que a gente*

*sorria! Ele está com a gente, porque que a gente tem que ficar triste? A nossa tristeza é só nossa. A dos outros talvez seja muito maior do que a nossa. Então, a gente tem que tirar um pouquinho da gente em... detrimento do outro, que também está sofrendo. Não é? Porque é que eu vou levar minhas tristezas para aqueles que já tem suas tristezas? Então tem que sorrir!”*

É importante destacar que essa música esteve presente em mais de um EM, durante a pesquisa e depois dela, pois as pessoas encontram um grande consolo em cantá-la. A mensagem da letra, veiculada pela música, mostra um caminho ao mesmo tempo de resignação e esperança que provoca grande emoção na pessoa que passa por uma situação de adoecimento grave, e lhe aponta um caminho a seguir (BERGOLD et al, 2008).

Essa influência da arte e da estética na situação de sofrimento é abordada por Morin (2002) quando afirma que a estética faz-nos sentir felicidade com a infelicidade, devolvendo-nos à condição humana; nos torna mais sensíveis e compreensivos, despertando-nos para o sentimento de compaixão por infortúnios tão próximos de nós.

Outro participante, CM11-EM1 estabelece relação entre a fé religiosa e a proteção da morte: *“Uma outra coisa ... Nada acontece sem a atenção de Deus. Às vezes passamos por problemas difíceis na nossa vida. Mas quero dizer que Deus sabe de todas elas. As provações que estamos passando, os momentos difíceis que eu passei... já morreram três que fizeram a cirurgia comigo, mas graças a Deus eu estou aí firme, lutando. E isso é que nos conforta, nos ajuda nos momentos difíceis da nossa vida. Mas... o Senhor está conosco”*. Ao afirmar que a religião ajuda a vencer o medo da morte, e na expectativa da cura, as pessoas afirmam a restituição do significado da vida (ANJOS; ZAGO, 2006).

Para Morin (2002) a fé religiosa é como a fé em uma ideia, é uma força profunda que dá ao espírito humano segurança, confiança e esperança, preenchendo-o de certeza de uma verdade salvadora que recalca a corrosão da dúvida. Dessa forma, a fé religiosa e sua certeza da salvação minoram algumas das grandes angústias relacionadas ao câncer: a instabilidade dos acontecimentos futuros, que dependem da interdependência de muitos fatores e principalmente a incerteza da cura. Como não podemos viver atentos à morte, desenvolvemos métodos para aplacar esse pavor, entre estes, a religião (YALON, 2008).

O sentimento ambivalente de procurar a certeza da fé e lidar com a incerteza da cura foi expressa por CF13-EM3 em sua narrativa: *“Porque pensamos em Deus quando não temos mais jeito, né ? Às vezes a gente está no pior, pensa que não tem mais jeito, mas... é só pedir a Deus que uma hora ele vai te atender. Como o que aconteceu comigo, eu fiquei*

*sem andar... Fiquei de cama, no quarto, sem andar.[...] Só Deus mesmo. Minha família é evangélica, foi só orando, orando, e eu ali... aí chegou uma hora que Deus respondeu. Mas teve uma hora em que a gente pensava: \_ “Será que vou sair dessa”? Com toda a fé que a gente tem, mas... já viu, o ser humano é falho mesmo! Mas Deus deu resposta, e hoje em dia eu estou andando”.*

Penso que a complexidade relacionada ao contexto do adoecimento e tratamento do câncer impele os clientes e familiares a buscarem respostas mais seguras às questões sobre as quais não têm domínio, reduzindo assim a ansiedade que surge quando se instaura a crise. A busca de sentido no caos pode ser encontrada na fé religiosa, que alimenta a alma com certezas. Watson (2008, p.31) demonstra a importância que dá à crença, no Caritas Processes: “estar autenticamente presente para possibilitar/sustentar/respeitar o profundo sistema de crença e o mundo subjetivo do outro”.

### **c) Processo de vida/Morte**

Poucos participantes se referiram diretamente à morte. Imbuídos de uma perspectiva de se distrair e descontrair nos encontros, conforme suas expectativas iniciais, quase sempre as questões que tangenciavam o tema acabavam circunscritas ao não-dito ou às metáforas, como ocorreu com CF1-EM1: \_ *“A não ser que já chegue mesmo a hora da pessoa, aí a gente tem que se conformar, né? Tem sempre que lutar para viver, lutar até o fim! Enquanto tiver força, tem que lutar”.*

Essa declaração mostra todo o sentimento ambivalente de CF1-EM1 que estava em tratamento paliativo. De um lado, a necessidade de se conformar com a possibilidade de morrer, frente à percepção da piora do seu estado. De outro, o desejo de viver, verbalizado no sentido de lutar até o fim. No meio disso, o refrão da canção que inspirou o seu discurso: “Deixa a vida me levar, sou feliz e agradeço por tudo o que Deus me deu”.

Esse desejo de transformação da realidade, tão dura nessas circunstâncias, foi expressa de diversas formas pelos participantes nos EM. Através de canções, de narrativas de vida e do diálogo, os participantes iam mostrando todo o seu empenho em continuar a viver, se contrapondo dessa forma ao medo da morte. Na interlocução dialógica e na promoção do encontro entre os sujeitos no âmbito do processo terapêutico ia se desvelando minha intencionalidade de cuidado, fazendo circular e instilar a fé e a esperança entre os participantes dos grupos de convergência.

Para Yalon (2008), o medo onipresente da morte é um sofrimento que deve ser aliviado. Expressar-se sobre a morte é uma forma de dessensibilizar-se, reduzindo a angústia. Para o autor, enfrentar a morte afasta a amargura, pois lidar com a morte não significa uma vida triste, mas emocionada. Essa perspectiva pôde ser observada nos encontros, pois todos os participantes que tocaram nesse tema mostraram-se bastante mobilizados.

Uma das participantes que mais tocou nesse tema foi CF7-EM2, já citada no capítulo anterior. Surgido a partir de sua escolha musical “O que é o que é”, seu discurso saiu em forma de desabafo, como um testemunho: \_ [...] *“Não tenho nada contra a morte não, é inevitável. E acho que a vida tem que ser assim! Os melhores momentos, tudo tem que ser assim. E eu acho que vou ter o prazer de poder dar mais valor agora”*.

Kübler-Ross e Kessler (2004) afirmam que a vida não termina com o diagnóstico de uma doença terminal, ao contrário é aí que ela começa de forma mais plena. Para os autores, ao reconhecer a realidade da morte, os doentes compreendem que estão vivos e que têm que viver no presente, pois só têm essa vida. Assim, concluem os autores, que a lição que se pode aprender com os que estão próximos à morte é viver cada dia o mais plenamente possível.

CF7-EM2 amplia sua concepção sobre vida/morte neste trecho: \_ “[...] *Então, isso pra mim, sempre falei, cinquenta, sessenta anos, é presente de Deus. É presente! Presente maravilhoso... [...] Mas acho que as pessoas realmente têm que ter só uma vida. As pessoas que ficam se arrastando... dá trabalho no viver, sem dar trabalho pra ninguém, né, que já trabalham. Todas as pessoas que trabalham, gostam de mim e tal, mas não tem aquela coisa de ficar cuidando [...] Tem que ser como os elefantes, que eles... estão velhos... e vão cada um procurar sua tribo, se afasta do bando que é para a vida poder seguir, né? Eu acho que a vida... pelo menos acho assim, nada é eterno”*.

A ambivalência do seu discurso aponta de um lado a perspectiva positiva de que cada momento vivido é um presente, e aqui temos que considerar que ela se refere ao período de sobrevida ao câncer. Contudo, expressa também o medo da perda da função, visto sua preocupação de não ser dependente de outras pessoas, já que *‘todas trabalham’*. Essa perspectiva está possivelmente ligada à localização do seu câncer (mama) e ao fato de ser ainda uma mulher com 60 anos em plena atividade, que pensa na possibilidade de ter seus movimentos diminuídos no caso de realizar a mastectomia. Esse tipo de preocupação também foi mencionado em outro estudo que mostra a importância da independência para a

mulher mastectomizada, para que ela continue desempenhando suas atividades (BERGAMASCO; ÂNGELO, 2001).

No contexto dos encontros, poucas pessoas verbalizaram suas questões relacionadas à morte. Contudo não o fizeram de uma maneira que só expressava tristeza e perda, mas sim, em uma perspectiva de potência. De um lado, havia a necessidade de tentar se conformar, e, de outro, o desejo de continuar lutando. A visão de cada ano vivido, como um presente, era colocada ao lado do medo da mutilação e da dependência. A incerteza da cura vinculada à certeza da fé. Assim, a possibilidade da morte sempre esteve contraposta ao desejo da vida, e a oscilação entre uma perspectiva e outra ocorria nas vivências individuais, familiares e coletivas dos participantes dos EM, narradas por estes, e fazendo parte do processo terapêutico dos EM.

### **6.1.2. A expressão verbal na perspectiva familiar**

Nesta categoria, considere importante discutir a visão do cliente sobre o sistema familiar que vivencia o contexto do adoecimento por câncer, alternando com a visão do familiar acompanhante, visto que a forma como o familiar vê o adoecimento é diferente, pois ele não vive em si a doença, mas compartilha do sofrimento e das consequências que, inevitavelmente, dela resultam.

Um dos participantes que menos falou sobre as relações familiares foi CM11-EM1, que como já foi abordado manteve um discurso parafrástico, no caso, voltado para aspectos religiosos, algo que se mantém em todo discurso cristão: “\_ [...] *então através do louvor... se satisfaz, nos alegra, até no momento ou na forma como todos nós passamos, foi como eu também, que recebi a notícia que... eu nunca senti nada na minha vida, nunca tive nada, de repente, foi aquele choque assim, aquele choque na família!* (sua voz ficou mais aguda) \_ “*Ah, você está com câncer*”? (voltou a falar com a voz normal) *Mas... para Deus não é nada, eu já creio que, como a bíblia fala, tem que ter fé! Então pela minha fé eu estou curado [...]*”

Nota-se a alteração na forma de pronunciar o discurso de CM11-EM1, que pode ser atribuída ao fato de o diagnóstico do câncer ter sido um grande abalo para sua família, alterando, por sua vez, todo o sistema. Apesar do câncer ter um impacto para todos que se deparam com esse diagnóstico, esse se torna mais intenso quando ainda se é um homem relativamente jovem e produtivo, como é seu caso: 53 anos, 3 filhos adotados que ainda são dependentes, o mais novo tem apenas 2 anos de idade. Contudo, em nenhum momento ele

se referiu ao impacto que ele próprio teria sofrido, possivelmente porque para pessoas imersas na cultura religiosa é importante mostrar-se forte na fé, o que o fez retomar seu discurso parafrástico na forma e conteúdo condizente com o seu contexto religioso.

Essa conduta de CM11-EM1 tanto pode estar sendo somente a expressão do seu comportamento usual, no qual o discurso religioso toma o lugar do pessoal, como pode estar ligado à necessidade de manter-se forte para a família. Isto porque, ela costuma esperar que o enfermo continue sendo a mesma pessoa que sempre foi, nas relações e na estrutura familiar (MERCÊS; MARCELINO, 2004).

O 3º EM foi o encontro em que os participantes mais falaram sobre as relações familiares. Começou com a dificuldade de escolher a música no início do encontro, que gerou um silêncio o qual incomodou FF6-EM3, e isso estimulou seu discurso sobre o silêncio do marido: \_ *“Porque o silêncio incomoda, não sei... tem hora que incomoda. Parece que tem qualquer coisa errada. E às vezes gosto de ficar sozinha!”* Quando pergunto a ela o que imagina que está acontecendo com ele em silêncio, ela responde: \_ *“Que ele está sentindo alguma coisa e não diz...”*

Como o comportamento de FF6-EM3 demonstrou grande ansiedade relacionada à atitude do marido, resolvi perguntar a ele o que ocorria quando estava em silêncio. Ele respondeu: \_ *“Nada importante... Bom, não sei! Depende do momento, se aconteceu alguma coisa, se estou prevendo que vai acontecer alguma coisa, entendeu? Agora, normalmente estou lá sentado, estou fazendo minha palavra cruzada e me distraio com aquilo ali [...]”*

O discurso de CM6-EM3 mostra uma ambivalência entre dizer que não pensava em nada, e admitir que em alguns momentos ele está se ‘pré-ocupando’ de algum acontecimento futuro. Essa ambivalência no discurso explica a preocupação da esposa pautado no fato de que seu silenciamento pudesse revelar algum sentido oculto. No entanto, é importante destacar que dificuldades na comunicação podem estar relacionadas à preocupação e ao medo da exposição dos sentimentos e conflitos internos dos clientes, numa forma de proteção àqueles que os acompanham (MERCÊS; MARCELINO, 2004).

Quando perguntei se ele escondia alguma coisa de sua esposa, ele disse: \_ *“Não, não! Se eu sentir alguma coisa eu falo com ela. Me paparam o dia inteiro. Ela e minha filha são um caso sério...”* Em outro trecho ele aprofunda sua visão sobre os cuidados familiares: \_ *“É que em verdade, em verdade, você até necessita de alguém que olhe, que veja que você... já não tenha aquela... sei lá, aquela intuição das coisas, alguém que está*

*do lado de fora às vezes está olhando, está sentindo como uma coisa diferente de você que está vivendo esse drama e não sabe, ou pelo menos não sente. Não sabe não, não sente!”* Seu discurso ambivalente aponta que ao tempo em que os cuidados às vezes lhe parecem excessivos, ele também sabe que necessita do ‘olhar externo’ para perceber sua real condição.

A preocupação com as possíveis reações da família frente à doença deixa os clientes receosos de gerarem ainda mais ansiedade e tristeza no âmbito da mesma. Na visão dos clientes, muitas vezes, os familiares demonstram mais medo do câncer do que eles próprios. Assim, na tentativa de protegê-los, reduzem a possibilidade de comunicação criando uma “conspiração do silêncio” (SILVA, 2000), o que provoca efeitos negativos nas relações familiares.

Quando lhe perguntei se ela [sua esposa] tentava antecipar-se por não saber o que ele sentia, ele concordou: *– “É, eu acredito até que sim, porque inclusive pra ela, [...]isso ataca os nervos dela e ela mesmo diz: – “Você me deixa nervosa por que não sei o quê, por causa disso, assim, assim” Mas se eu faço isso não é de propósito, não é por querer prejudicá-la, Deus me livre, não tem nada a ver. É que ela fala os troços e eu fico às vezes... me acomodo. Só isso. Eu reclamo dela, falo: Calma, calma, não é por aí...”*. Nesse momento, FF6 lacrimeja.

Esse ponto de tensão relacionada à ansiedade de sua esposa para cuidar dele foi transformado após uma declaração de CM6 ao grupo sobre seu afeto por ela: *– “A melhor coisa que aconteceu na minha vida, foi essa menina aí”*. Depois acrescentou, deixando FF6 emocionada: *– “São 46 anos”*, referindo-se ao tempo de relacionamento dos dois.

Esses trechos discursivos exemplificam a importância das narrativas no âmbito dos EM para promover: a expressão das dificuldades nos relacionamentos familiares, inerentes ao contexto do adoecimento; a reflexão sobre a contribuição de cada um para minimizar ou intensificar a tensão nos relacionamentos; a ressignificação de sentimentos, demonstrando-os de outra maneira ao familiar participante. Mostra também que a postura de ‘não-saber’ do facilitador gera uma genuína curiosidade que estimula a conversação, trazendo recursos importantes para aumentar o diálogo e a interação (CECHIN, 1996).

Assim como CM6 utilizou o espaço do EM para fazer uma declaração à sua esposa, CF8-EM6 também se dirigiu à filha, mobilizada pelo seu próprio desabafo sobre a reação das pessoas ao seu câncer: *– “Não, é que as pessoas quando falam no câncer, elas falam que a gente está morrendo, entendeu? E não é por aí. [...] Eu perguntei para o médico: –*

*“Eu vou ficar boa, né?”. Ele disse assim: \_ “Estamos caminhando para isso, mas tem que fazer o tratamento”. \_ É como ele disse: \_ “Nem eu sei se vou sair aqui do trabalho e [...] não sei se vou durar quantos anos, não tem...”. \_ Pode morrer de outra coisa ainda. Tem pessoas que a gente conhece que estão com 25 anos e tem esse mesmo problema e estão aí... Outros não, não conseguem chegar. Eu vejo por esse lado: cada um é cada um, né? Cada um é cada um. [...] Eu sei que vou morrer um dia. Não é por isso que vou passar o dia chorando. Gente, não tenha pena, um dia eu vou morrer! Minha filha...”* (falou como se fosse se dirigir a ela e fez uma pausa, continuando com outro assunto). FF8-EM6 também não se pronunciou.

O não-dito do seu discurso aponta a dificuldade de falar sobre a morte com sua filha, revelando o tabu que circunda o tema. A recusa de falar por parte do cliente revela muitas vezes o medo da exposição de seus sentimentos e sofrimentos, procurando dessa maneira proteger os entes queridos que os acompanham. (MERCÊS; MARCELINO, 2004).

Em outro momento CF8-EM3 também narra como a família mostra o seu cuidado por ela, referindo-se mais especificamente aos filhos: \_ *“Eles têm muita preocupação, têm muito cuidado comigo. [...] Ela (FF8) trabalha o dia inteiro. E agora está de licença. Mas o menino trabalha o dia inteiro e chega à noite... ele fala pouco. Guarda muito as coisas, mas você vê que ele está sofrendo. Ele é carinhoso, mas depois que tive esses problemas, agora, quando ele chega me dá um beijo. Antes ele abraçava, mas não beijava. Agora que estou com esses problemas...”*. A fragilidade da situação desencadeia uma maior demonstração de carinho e afeto pela mãe, quando os filhos passam a expressar mais claramente os sentimentos de afeição (MELO; SILVA; FERNANDES, 2005).

O casal CM6 e FF6, em diálogo com CM8-EM3 referiu uma relação semelhante entre o comportamento de seus filhos. Sua filha assumiu algumas funções do pai para ajudar nos cuidados, enquanto o filho é mais quieto e participa menos, o que aparenta aborrecer CM6, por entender que o filho está indiferente à situação.

Quem ajuda nessa situação é FF8-EM3, que por estar na posição de filha, tenta explicar as diferenças de comportamento dela e do irmão: \_ *“Só as características da maneira dele se expressar é que é um pouco diferente, mas quando a gente conhece a gente sabe, né? Um sente tanto como o outro. Eu achava que não, no começo eu fiquei meio assim... mas aí você vê que a ficha não tinha caído. Quando caiu mesmo, ele começou a cuidar da mãe. Ele pergunta quando estou aqui... várias vezes, quando ele pode, ele liga:*

*“E aí, está como?” Quando eu estava no hospital com ela, que ela começou a passar mal, ele ficava ligando a cada meia hora. Então, é só o jeito mesmo da pessoa”.*

Sua fala fez diferença para CM6-EM3 como pode ser visto nestes trechos em que fala do filho, em seguida: \_ *“Ele não externa essa preocupação! Mas ele deve estar preocupado... com certeza fica. [...] Quer dizer, que se preocupa, se preocupa, só não externa essa preocupação. Ele é muito fechado”.* Esses trechos discursivos revelam a importância da conversação dialógica baseada nos acordos narrativos, em que as histórias encaixadas dos participantes do diálogo facilitam o entrecruzamento de ideias no qual novos sentidos estão continuamente evoluindo (GOOLISHIAN; ANDERSON, 1996).

Outra questão importante foi narrada por FF6 durante o 2º EM relacionada à dificuldade de iniciar o tratamento de seu marido por problemas institucionais, e devido ao estado da perna de CM6, isso teria levado toda a família ao estado de *pânico*, aumentando sua ansiedade: \_ [...] *“Mas ele a princípio, e a família com os irmãos, a minha cunhada quando viu ele aí dentro do hospital, achou que ele ia morrer! Foi difícil pra gente chegar até aqui. [...] Eu só pedia a Deus para ele agüentar até ele fazer o tratamento. Eu achava que Deus não devia permitir que ele morresse sem tratamento. Entendeu a minha agonia? Era que ele conseguisse chegar ao tratamento (começou a chorar)”.*

Relaciono sua narrativa e reação emotiva à revelação do diagnóstico, pois este provoca nos familiares um impacto emocional que necessita de tempo para ser elaborado, por estar vinculado ao medo do desconhecido que envolve a doença, da perspectiva de sofrimento e também de morte (BERVIAN; GIRARDON-PERLINI, 2006).

Um outro papel importante do familiar, especialmente o acompanhante, pode ser trazer as dúvidas que o doente não tem coragem de externar. No 5º EM, FF6 se referiu a uma ex-paciente que dissera pela manhã que havia feito a QT e tinha saído curada: \_ [...] *“Ela disse que levou um ano se tratando e saiu curada. Está curada! Então, ele (seu marido) lançou a pergunta pra mim: \_ “Será que alguém sai daqui curado? Os outros participantes do encontro responderam: \_ “Sai”. FF6 ansiosa, continuou seu discurso: \_Ele fez essa pergunta... Ele fez! Mas eu tenho visto gente sair daqui com alta. Não sei se é curado! Ela disse que foi curada!”.*

Ao ser porta-voz do marido, FF6 também externou suas próprias dúvidas, e permitiu que os outros participantes se expressassem falando de suas experiências, assim como, me oportunizou, naquele espaço, dar alguns esclarecimentos pertinentes à situação, se

configurando como uma genuína experiência de ensinar-aprender (WATSON, 2008), relacionada ao contexto da (con)vivência com o adoecimento e tratamento do câncer.

Outra vivência significativa ocorrida no desenvolvimento dos EM mostrou uma narrativa que envolveu todo o núcleo familiar de CF3-EM7 em um discurso extenso e intenso, diferente da forma como se expressaram nos encontros anteriores. A narradora principal foi ela própria, impulsionada por explicar porque havia escolhido a música religiosa “Pegadas na Areia”. Entretanto, durante a narrativa, sempre recorria às filhas para que elas confirmassem algum fato ou a ajudassem nos momentos de esquecimento.

CF3-EM7 iniciou sua narrativa: \_ “*Ah, gosto muito, Nossa Senhora! Acho que foi em 99, nós estávamos em Ubatuba, na praia...* (a filha corrige o ano) *94, e a minha irmã me deu esse ‘pegadas na areia’* (a filha explica que é um terço). [...] *Olhe, todos os dias eu... meus filhos eram pequenos, em 94 eram bem crianças, eu passei para o computador e dei, ensinei todos eles a rezarem, né? Todos, gente, têm que rezar, é impressionante!* [...] \_ *É uma coisa maravilhosa! Lembra?* (se dirigindo às filhas). *Eu passei para o computador e tirei mais de quatrocentas cópias e botei nas caixinhas de todos naquele condomínio lá. Eu me apaixonei por essa... Nossa, muito linda! E todos os dias pela manhã e à noite eu rezo essa oração! Mexe muito comigo.*

Foi interessante observar a vivacidade com que a família participou da narrativa, empenhadas em transmitir essa experiência que culminou em um episódio ameaçador à segurança do filho/irmão, mas que foi solucionado de maneira surpreendente à perspectiva familiar, confirmando a importância da fé, como se depreende deste trecho final da narrativa de CF3: \_ “*Eu tenho certeza disso, sabe? Isso é uma convicção que eu tenho assim, impressionante! [...] Veio essa prova. Foi Deus que o pegou no colo e carregou, com certeza!*” .

A intensidade desta narrativa familiar se contrapôs ao comportamento anterior, certamente estimulada pelas memórias, tanto musical quanto das vivências familiares relacionadas à fé, que ao serem revividas no âmbito do EM promoveram a expressão verbal e mobilizaram as forças do sistema familiar para a continuação da jornada de tratamento. E, concomitantemente, promoveram um momento de inspiração e esperança aos outros participantes, revelando-se também como uma expressão verbal voltada para o relacionamento grupal.

### 6.1.3. A expressão verbal como forma de conhecimento entre os participantes do grupo

Em alguns momentos, a expressão verbal era dirigida ao grupo, como ocorreu com CM6-EM5, ao procurar interagir com os demais participantes e apoiar CF17-EM5 que iniciava a QT. Na ocasião ela mostrava-se calada e tensa, e CM6-EM5 se referiu ao impacto psicológico que ocorre no momento da descoberta do câncer: \_ *“Eu acho que isso que ela está sentindo é normal! É a situação que ela tem. Essa... Essa coisa, porque afinal de contas isso é... Um tapa na base do crânio! Você descobre que está com um problema sério desses, você sente logo que vai ficar meio pra baixo... Meio pra baixo, vai ficar isolado, porque você está esperando o pior... Normalmente, o que acontece é isso, você fica esperando o pior”* [...].

O discurso metafórico e ao mesmo tempo parafrástico de CM6-EM5 foi além da abordagem do adoecimento, tendo em vista que demonstrou uma atitude de apoio e solidariedade falando do lugar que ele próprio, ocupava: \_ *“Você tem que reagir. Tem que encarar de frente, e vamos embora, vamos brigar! Enquanto tiver vida, há briga, né? Mas com certeza, depois a senhora vai se sentir melhor”*. Posteriormente acrescentou, estimulando CF17 a se expressar mais: \_ *“Põe pra fora! Tem que botar pra fora”*.

Esses fragmentos dialógicos mostram o não dito no uso da expressão *‘você fica esperando o pior’*, expondo o seu medo da morte; porém, seguida de uma exortação para reagir. Ao aconselhar que se expressasse mais, utilizou discurso parafrástico, relacionado aos dizeres que tem por base o senso comum: *é importante desabafar para manter a saúde*.

O movimento de acolhimento grupal teve maior evidência no 5º EM, devido à CF17 estar iniciando a quimioterapia e demonstrar medo desta lhe causar sofrimento. Assim, além da demonstração de empatia por parte de CM6, ao se solidarizar com seu sofrimento, outros participantes compartilharam seu conhecimento com CF17.

FF6-EM5 falou das suas observações enquanto familiar acompanhante, se solidarizando com sua ansiedade: \_ *“É que falam coisas muito esquisitas. Cada um fala disso conforme vem pensando, que é um troço que vai doer, então ela entrou aqui e encontrou uma coisa diferente. As pessoas lá fora falam coisas esquisitas, não é, “X”? Não, isso aí a senhora vai ter depois assim de... como se tivesse uma azia, um mal estar, isso eu não vou dizer para a senhora que não. Mas a senhora não vai sair daqui vomitando todo mundo por aí, de jeito nenhum! Entendeu? É tudo... normalmente. Isso vai acontecer, a senhora não recebeu o papelzinho do médico? A senhora lê aquilo direitinho, que aquilo*

*pode acontecer, algumas coisas. Mas não é conforme todo o mundo diz: \_ “Ah, vomita muito”! [...]*

Ao expor sua experiência, FF6 minimiza os efeitos colaterais da QT, tentando diminuir a ansiedade de CF17, ao tempo que a aconselha a ler as instruções médicas, para poder identificá-los, caso ocorram. Identifica-se com sua ansiedade, reconhecendo que *‘falam coisas muito esquisitas’* para quem vai iniciar o tratamento. Os mitos disseminados, relacionados à QT, estabelecem os efeitos físicos de forma padronizada, como se toda pessoa fosse sofrer náuseas, vômitos, dificuldade para se alimentar, mal estar geral e outros (ANJOS; ZAGO, 2006).

CF16 narrou sua própria experiência: \_ *“Eu queria falar o seguinte: quando eu descobri essa doença, eu comecei a ler muito, como a quimioterapia agia... Apesar de as pessoas lá fora que diziam que o cabelo ia cair, podia ficar paralítico, podia ficar não sei o quê... Eu sei o seguinte: depende do organismo de cada um. Na primeira eu passei muito mal, nessa penúltima que eu fiz, que o médico trocou, eu passei mal, mas depois... Eu tenho vômitos, aí vou ao banheiro toda hora durante quatro dias, volto, como, boto prá fora, torno a comer, e aí vou levando, entendeu? Não tem nada, nada. Não tem bicho de sete cabeças nenhum. Eu venho bem, estou bem, graças a Deus. Eu já disse que a doença não vai me vencer”.*

CF16 manteve sua atitude positiva ao retomar em seguida sua narrativa, descrevendo com detalhes alguns procedimentos para o cuidado com a pele, mostrando o potencial do grupo para cuidar dos seus integrantes. Alguns grupos de autoajuda para mulheres mastectomizadas, por exemplo, têm-se mostrado importantes para, através do compartilhamento de experiências comuns, buscar meios que possam conduzir à resolutividade de problemas que se apresentem (FERNANDES; RODRIGUES; CAVALCANTE, 2004).

Entre as finalidades dos diálogos travados no âmbito dos EM, o encorajamento e a instilação da esperança era frequente, como ocorreu com CM12-EM1 ao exemplificar sobre a importância de manter-se em atividade para enfrentar o câncer, contando a história de sua esposa que também tratou de câncer ali no Hospital-Dia: \_ *“Minha senhora também teve isso, tirou um seio e disse: \_“Eu não vou morrer”. \_ “E está curada... Ela fazia quimioterapia... Eu vinha todo dia com ela... [...] Não se entregou, fazia todo o serviço de casa... E dizia: “Já passou a tonteira”. E ia fazer a comida”.*

A importância do suporte social consiste em ajudar a pessoa a não desistir, tendo um significado especial encontrar outras pessoas que vivem a mesma experiência. Os grupos mostram-se eficientes no sentido de melhorar o ajustamento psicossocial do paciente com câncer frente à doença, pela troca de experiências que favorece o enfrentamento da doença e suas incertezas, encoraja a autoconfiança, a esperança e melhora a moral (BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

Uma situação interessante ocorreu com FF10-EM2, que relatou sua dificuldade em relação à tia que está em tratamento de QT: \_ *“Tia \_\_\_\_\_ está com 80 anos e depois da doença chora porque não quer morrer... Não levanta, fica deitada o dia inteiro, não quer fazer nada! Se deixar, não quer comer e não quer mais nada [...]. Quer dizer, que tanto medo de morrer é esse, que não vive! [...]. Eu fico falando pra ela... para ela poder sair [...] Nada, não quer fazer nada, acabou, morreu! Já faz um ano isso”*.

Seu relato suscitou alguns comentários, mas o que me pareceu mais pertinente foi o de CM6-EM2 que perguntou se sua tia havia feito uma avaliação psicológica. Ao responder que não, sugeri conversarmos depois, para saber se era do interesse da tia tal avaliação. Ao final do encontro, fui com ela falar com a tia, que me pareceu deprimida e, ao sugerir a visita de uma psicóloga, ela aceitou. Conversei em seguida com a equipe de enfermagem que concordou com o encaminhamento, mas sugeriram que a psicóloga também avaliasse a sobrinha que reclamava muito com a tia, deixando-a mais estressada. Na semana seguinte vieram duas psicólogas para entrevistar a tia e a sobrinha e aconselharam que a tia tivesse uma acompanhante profissional para reduzir a pressão sobre a sobrinha.

Posteriormente encontrei a tia de FF10 internada no hospital devido a uma infecção. Esta parecia mais serena e me relatou que estava bastante satisfeita com a sua acompanhante. Depois disso não as encontrei mais no Hospital Dia.

Esse entrecruzamento de narrativas, mostra relações que foram se constituindo como significativas para os participantes, e que contribuíram para o seu reconhecimento como sujeito e para sua autoimagem. Pode ser considerado como uma rede social que colaborou para o bem-estar e competência, incluindo os hábitos de cuidado à saúde e a capacidade de adaptação na crise (SLUZKI, 1997).

Entretanto, a função do grupo não era só acolher, partilhar, cuidar. Outra função importante, somou-se a estas - a de testemunhar, mais evidenciada no 8º EM.

. Nesse dia, CF16-EM8, havia participado de outros EM alterou sua forma de enunciar o discurso, falando de forma ansiosa e rápida, voltada menos para a interação grupal e mais para ‘dar um testemunho’ sobre sua história de vida, de forma detalhada e extensa. Ao final, após sua avaliação do encontro, ela se voltou para o gravador e disse seu nome, como se quisesse se certificar que estaria sendo devidamente identificada, denotando assim a intenção de ter seu discurso revelado.

Ela iniciou seu discurso a partir da música “Outra vez”, que relacionou com a renúncia que fez de ter outro companheiro após sua viuvez, para ficar só com os filhos. Quando perguntei se ela havia procurado um outro companheiro, ela respondeu: \_ *“Não, não, não. Apareceu, mas eu preferi largar, porque com cinco filhos pra criar... não quis dar padrasto para eles, me dediquei a eles. Quer dizer... fiquei viúva com trinta e poucos anos. [...] Fiquei porque queria criar meus cinco filhos. Criar filhos com padrasto não é um bom negócio”*. Fala orgulhosa com detalhes dos filhos e continua seu discurso falando da sua escolha: \_ *“Eu cheguei aos meus 80 anos, maravilhoso! [...] Genro, nora... quer dizer, eu me dei bem. Talvez não tivesse me dado bem se tivesse feito a outra escolha.*

Essa reflexão de CF16-EM8 se relaciona à afirmação de Kübler-Ross e Kessler (2004), de que com frequência, as pessoas só reconhecem seu próprio valor no final da vida, e que é necessário ajudá-las a se darem conta de que são preciosas, únicas e capazes de ações que contribuem para a felicidade delas mesmas e de todos os que as cercam.

CF16-EM também falou durante bastante tempo do percurso realizado para criar os filhos, a organização da casa enquanto trabalhava fora, sua persistência em manter a disciplina dos quatro filhos já rapazes, sua preocupação com a educação deles. Ao final do encontro, ela destacou o seu modo de enfrentar a doença: \_ [...] *“Você tem que aproveitar, você está vivo, tem que fazer o que você quer. Agora que está terminando a quimioterapia, eu vou na cidade, eu vou ao shopping... que eu já perdi minha roupa, né? Aí: \_ “Mãe, como é que a senhora está?”* (se referindo à preocupação dos filhos). *Gente, eu tirei o seio... (abaixa o tom de voz) tirei o seio todo, né?* (volta a falar no tom normal) *Tudo bem, mas o cérebro está aqui! Eu vou ficar sentada esperando a morte?* Seu discurso enfático e positivo fez com que as pessoas murmurassem em aprovação.

Encontro conexão entre estes trechos discursivos de CF16-EM8 e o pressuposto de que o medo da morte advém da ideia do desaparecimento não só da pessoa, mas de sua história. Então, reviver o passado é um encorajamento vital, pois a transitoriedade é detida

ainda por um tempo (YALON, 2008). Esse pensamento pode explicar a necessidade de muitos participantes de reviverem suas histórias, reafirmando assim que estão vivos.

Uma outra concepção do autor (op. cit) que considero pertinente a este estudo é a ‘propagação’, como um legado que podemos deixar, que reduz a ideia de transitoriedade relacionada à morte, que traz angústia. Assim, propagar é deixar algo de sua experiência de vida, um pouco de sabedoria, orientação, virtude ou conforto que influencie positivamente outras pessoas, uma herança benéfica que permanece de alguma forma quando morrermos. Nesse enfoque, diversos participantes dos EM se propagaram, pois deixaram sua marca de generosidade, acolhimento e experiência de vida, através de suas músicas, narrativas e atitudes.

Destaco aqui a importância do Caritas Processes (Watson, 2008) ao apontar que engajar-se em genuínas experiências de ensinar-aprender deve abarcar a pessoa na totalidade, incluindo seu sistema de referências e significados. Isto clarifica o papel significativo da enfermeira, como o assumido por mim nos EM, ao se tornar observadora, facilitadora e participante da conversação, buscando através dos acordos e consensos entre as narrativas uma forma de desenvolver o cuidado expressivo e integrador junto aos participantes, promovendo dessa forma o autoconhecimento e o conhecimento grupal.

Ressalto, ainda, que exploradas as possibilidades, é importante também apresentar os limites da expressão verbal no âmbito dos EM. Um deles se relaciona com a dificuldade encontrada em atividades grupais em que se busca a co-construção do espaço relacional. Quanto menos forem direcionadas, mais estas atividades ficam próximas à instabilidade, o que pode gerar ansiedade. Assim, na busca pelo equilíbrio entre as necessidades individuais e grupais, oscila-se em privilegiar em determinados momentos uns em detrimento de outros, como ocorre quando o participante ocupa muito tempo do encontro com suas narrativas, reduzindo o tempo de expressão das outras pessoas. Contudo, é possível que quem se expresse mais verbalmente esteja necessitando com mais intensidade desse espaço do que outros que não o fazem na mesma medida.

Na dúvida, sempre preferi evitar a interrupção do discurso, e aproveitar as brechas para convidar os outros sujeitos a participar com escolhas musicais ou com suas opiniões sobre o que estava sendo dito, embora nem sempre essa estratégia lograsse êxito. Isto porque, se o sujeito do discurso prolongado ainda não tivesse esgotado sua necessidade de expressar-se verbalmente, ele retomava a sua ideia de outro ponto. Essa postura

conciliatória demanda muita atenção e autocrítica, pois no 'caos', tendemos a querer exercer o controle.

Outro limite se refere às conversas paralelas, registradas no Quadro 32. Diversas vezes os sujeitos conversaram entre si, sem se dirigir ao grupo, o que aumentava o ruído ambiental, e a mim, pelo menos, também causava ansiedade. Contudo, considerando que parte dessas conversas eram entre membros do mesmo sistema familiar, entendia que a conversa poderia versar sobre uma necessidade particular do cliente ou do familiar durante a QT. Se a conversa se tornava muito intensa, perguntava se estava tudo bem, com o intuito 'real' de saber, e não de controlar.

Quando as conversas paralelas se davam entre outros participantes, convidava-os a compartilhar com o grupo o seu conteúdo. Destaca-se que, o mais difícil era lidar com as conversas paralelas entre os clientes e membros da equipe de enfermagem e de nutrição, pois estas envolviam, respectivamente, questões ligadas à medicação, à alimentação, ou ainda, à outras situações próprias do contexto da quimioterapia ou da internação hospitalar. Tais eventos, por vezes, desviavam a atenção dos participantes acerca do que estava ocorrendo na atividade grupal, além de contribuir com o aumento de ruídos no ambiente.

Independente dos limites apontados, ressalto a importância das atividades grupais, especialmente, tendo a música como recurso terapêutico que se configuram em campo de possibilidades para se trabalhar com o sistema de referências de pessoas envolvidas em problemas semelhantes. A intenção é que, no encontro com o outro, ao tempo em que se potencialize as forças internas, promovendo o autocrescimento e o autoconhecimento, atente-se para estar efetivamente com o outro na relação. Esta intenção, no âmbito dos EM requerem de mim a consciência da necessidade de uma visão complexa, no sentido de aproximar as prioridades do cuidado com as prioridades de cada participante do encontro, criando um ambiente de reconstituição em diferentes níveis.

## Jesus Cristo

(Roberto Carlos/Erasmus Carlos )

Jesus Cristo! Jesus Cristo!  
Jesus Cristo eu estou aqui  
Jesus Cristo! Jesus Cristo!  
Jesus Cristo eu estou aqui...

Olho no céu e vejo uma nuvem branca que vai passando  
Olho na terra e vejo uma multidão que vai caminhando...  
Como essa nuvem branca essa gente não sabe aonde vai  
Quem poderá dizer o caminho certo é você meu Pai...  
Jesus Cristo! Jesus Cristo...

Toda essa multidão tem no peito amor e procura a paz  
E apesar de tudo a esperança não se desfaz...  
Olhando a flor que nasce no chão daquele que tem amor  
Olho no céu e sinto crescer a fé no meu Salvador...  
Jesus Cristo! Jesus Cristo...

Em cada esquina vejo o olhar perdido de um irmão  
Em busca do mesmo bem nessa direção caminhando vem...  
É meu desejo ver aumentando sempre essa procissão  
Para que todos cantem na mesma voz essa oração...  
Jesus Cristo! Jesus Cristo...

## CAPÍTULO VII

### ATITUDES IMPRESSAS PELOS SUJEITOS NA ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA E DE PESQUISA IMPLEMENTADA: DESTAQUE NA COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

Além da expressão musical, das narrativas e da dialogicidade que se constituíram como elementos fundamentais no processo terapêutico desenvolvido nos Encontros Musicais, a terceira forma de expressão caracterizou-se pelas atitudes<sup>9</sup>. Estas se apresentaram vinculadas à música, ao discurso produzido, ou à comunicação não-verbal, e mostravam as intenções do sujeito no momento do encontro.

Considero que a atitude manifesta o propósito do indivíduo relacionado à determinada situação. Assim, ao iniciar a análise dos relatórios transcritos percebi que a riqueza da descrição do que ‘faziam’ os participantes, durante os EM, facilitaria tanto a compreensão do papel destes para o processo do grupo, quanto à forma pela qual esse encontros influenciaram os sujeitos.

Esta foi uma tentativa de ver o processo terapêutico de forma ampla e complexa. Na convergência pesquisa-cuidado foi possível trabalhar as experiências vividas, as concepções de mundo, a expressão dos sentimentos positivos e negativos dos participantes dos EM a partir da expressão artística pela música; e, através dela, acessar a sensibilidade, as emoções e a estética pela expressão verbal. Oportunizou, ademais, a análise das atitudes, que mostraram a forma de agir e as intenções de clientes e familiares acompanhantes no espaço relacional: pessoal, familiar e grupal.

#### **7.1 Atitudes expressadas pelos participantes e sua influência no processo terapêutico**

Refletir sobre as atitudes dos participantes no contexto dos EM é uma forma de pensar que procura evitar a redução e a simplificação. Assim, se amplia o olhar sobre as relações e as influências que ocorrem no espaço coletivo voltado para as ações de cuidado à saúde, buscando a compreensão do cliente como sujeito do seu processo de reconstituição. É tentar conceber os seres humanos como sujeitos, estando abertos a seus sofrimentos e alegrias (MORIN, 2006).

---

<sup>9</sup> Segundo o Dicionário Novo Aurélio, atitude significa modo de proceder ou agir; propósito ou maneira de se manifestar esse propósito; reação ou maneira de ser em relação à determinada(s) pessoa(s), objeto(s), situações, etc.

As atitudes expressam a direção para onde se move a pessoa, manifestam a essência que une as partes do todo que a constitui, revelam a intenção primeira, seu interesse naquele momento e espaço. Por isso, podem ser um importante instrumento de avaliação sobre a eficácia de uma estratégia de cuidado que procura manter uma visão complexa das relações estabelecidas sistemicamente.

Uma das perspectivas que nos abre a observação das atitudes são as necessidades que nem sempre se revelam no discurso. Exemplifico com CF1, que falou e cantou pouco durante o 1º EM, o que poderia revelar desinteresse, mas, no entanto, era a exata expressão do desconforto que lhe provocavam as dores abdominais, conforme revelou a partir da minha preocupação com sua atitude.

A atitude também pode mostrar a evolução do interesse de determinado participante no processo em construção nos EM, como ocorreu com CF3-EM1,4,7 que, no 1º EM passou a maior parte do tempo desatenta, conversando com as filhas, justificando ao final que estava apreensiva, mas que havia gostado de participar da atividade. Esta afirmativa se confirmou no 4º EM, quando, apesar de se expressar pouco verbalmente, trouxe uma irmã 'para cantar', e cantou junto as músicas escolhidas pelos outros. Além disso, mostrou-se atenta aos discursos enunciados por outros integrantes, participando com estes através de gestos ou pequenos comentários.

Na sua última participação, ocorrida no 7º EM, conforme já relatado, trouxe outra irmã para integrar-se à atividade e através de um discurso veemente exprimiu a importância da fé em sua vida e na de sua família. Dialogou com os outros participantes, cantou diversas músicas acompanhando com o pé, e escolheu duas músicas, assumindo uma atitude interativa.

Sua filha, FF3, de forma semelhante também mudou sua atitude em contato com o grupo. Inicialmente, só se dirigia à sua família, e tinha dificuldade de entrar em contato com o tema morte, pois quando um integrante no 1º EM abordou o assunto, ela se levantou e saiu da sala comunitária. No entanto, no encontro seguinte ela conseguiu rir e cantar com os outros, e no 7º EM participou da narrativa familiar, dirigindo-se ao grupo.

A evolução significativa das suas participações nos EM só pôde ser apreendida pela observação da comunicação não-verbal que revelou as atitudes, pois inicialmente o discurso foi muito reduzido. Encontro aí uma aproximação entre essa percepção da importância das atitudes das participantes e a teoria de Watson (2002) em que ela se refere ao cuidar como sendo realizado em relação, e consistindo de uma consciência de valores e motivos.

Um outro exemplo que aponta a relação entre comunicação não-verbal e atitude ocorreu com FF4. Sua ansiedade de participar através do canto era tão grande, que em momentos, chegou a atrapalhar a interação grupal. Como já sinalizado, sua atitude não estava voltada para a interação, mas para preencher o silêncio, possivelmente, ‘animar’ os outros participantes, que deveriam “levantar e dar a volta por cima”, conforme suas palavras.

Posteriormente, em outro EM fora do âmbito da pesquisa, FF4 mostrou uma mudança de atitude, ficando mais tranqüila e ajudando outras pessoas a escolherem música. A mudança de atitude também ocorreu com o casal CF7 e FM7, que, como descrito, iniciou no 2º EM uma competição para lembrar músicas pouco conhecidas do Roberto Carlos, que acabou por isolá-los do grupo. No 8º EM, CF7 mudou sua atitude, e quando pedi uma sugestão de música do Roberto Carlos ao grupo, para outro participante, ela falou: \_ *“Vamos cantar uma que todo o mundo conhece!”*.

A percepção da atitude também amplia o entendimento de uma situação, o que permite uma intervenção mais adequada à complexidade da situação. Penso, por exemplo, no ocorrido com o SF6, que manteve uma postura presente e interativa com o grupo durante quatro encontros, e no quinto e último, mostrou-se disperso interagindo pouco com o grupo, se comunicando mais através de conversas paralelas. Percebendo que essa não seria a atitude usual do casal, aguardei o momento propício para tentar inseri-los novamente no grupo.

Posteriormente, quando perguntei se queria escolher música, nesse mesmo encontro, CM6-EM8 revelou que não se sentia bem, dizendo que estava sem inspiração. Isso motivou outro participante a escolher um samba, vinculado ao estilo musical preferido de CM6, que aceitou a música e cantou junto. Essa ocorrência mostra a interação positiva estabelecida: um escolheu música como forma de ajudar; o outro aceitou e cantou junto, mesmo não estando bem, como ele mesmo havia apontado, sendo esta a primeira canção cantada por ele naquele encontro.

Esse é um exemplo claro de uma relação de ajuda baseada em uma atitude interativa, partilhada pelos dois participantes, pois foi composta de congruência, atitude positiva e compreensão empática, e envolveu interesse, aceitação e respeito pelo outro. Compartilho também do pensamento de que a relação de ajuda propicia o crescimento e o desenvolvimento tanto daquele que ajuda quanto daquele que é ajudado (MOREIRA; CARVALHO, 2004). O efeito desta relação podia ser apreendido na satisfação expressa nas

faces dos sujeitos partícipes. Aliás, no contexto dos encontros, esta era uma comunicação não-verbal muito presente: o sorriso de satisfação, e algumas vezes a expressão de plenitude, conforme destacarei mais posteriormente.

É importante destacar a análise das atitudes como um dos ‘acazos’ desta pesquisa, dentro da visão de Morin (2006). Para ele, sendo a estratégia um dos caminhos para enfrentar a incerteza da complexidade, esta seleciona um dos desenvolvimentos possíveis da ação dentro das informações colhidas e dos acazos encontrados. Essa abertura para o novo, se relaciona à serendipidade, faculdade de descobrir coisas valiosas pelo acaso.

Como contribuição, trouxe-me a importância de perceber a atitude de cada participante dos EM expressa muitas vezes pela comunicação não-verbal diante ao estímulo musical e do que dele se derivou. Essa percepção foi possibilitada pela observação realizada por mim e pela auxiliar de pesquisa durante os EM quanto à captação dos acontecimentos que não eram passíveis de serem gravados, necessários à contextualização para a análise de discurso (ORLANDI, 2003).

### **7.1.1. Atitudes expressas pelos sujeitos por diferentes formas de comunicação não verbal**

O registro das observações revelou-se como rica fonte de dados acerca das atitudes expressas pelos sujeitos que se revelaram por diferentes manifestações não-verbais, elementos importantes que compõem o cotidiano das relações entre as pessoas, dentro ou fora da área da saúde. Tanto assim que 55% da expressão do pensamento se fazem por meio dos sinais do corpo, ou seja, toda informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais e orientações do corpo. Tendo em consideração tal aspecto, a percepção da comunicação não-verbal pode ampliar a capacidade do enfermeiro de perceber mais precisamente os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização (SILVA, 2003). No desenvolvimento dos EM este tipo de comunicação mostrou-se tão importante quanto o verbal para o processo terapêutico.

O Quadro nº 33 apresentado a seguir descreve as atitudes dos sujeitos nos EM expressas pela comunicação não verbal. Vale registrar que, quando os sujeitos se comunicavam de forma mais ativa, estabelecendo relações com os demais, convencionou-se denominar nesta tese de ‘atitude interativa’; ao tempo em que na presença de atitude mais isolada, chamou-se ‘atitude não interativa’. Esta última, quando ocasionada pela condição clínica do cliente foi assinalada no quadro mencionado com um asterisco (\*).

**Quadro nº 33: Comunicação não verbal: atitude interativa e não-interativa**

Sujeito	EM	Comunicação não-verbal Atitude interativa (nº de ocorrências)	Comunicação não-verbal Atitude não interativa
CF1	1º	Canta junto; concorda com a cabeça (2)	Expressão de dor (*)
FF1	1º	Ri enquanto fala; ri com os outros; canta junto (3)	
CF2	1º	Cantarola melodia escolhida; canta junto	Fala pouco (dific. Física)
FF2	1º	Canta junto; marca ritmo com pé	Mantém-se calada
CF3	1º	Concorda com a cabeça (3); ri com os outros (2) Canta junto (5)	Dirige-se só às filhas
	4º	Concorda com a cabeça (3); ri com os outros (3) Canta junto (4); chora com filha quando canta;	
	7º	Concorda com a cabeça; ri com os outros (6); canta junto (6) Bate palmas; traz CD; mostra-se mobilizada com própria narrativa familiar	
FF3	1º	Concorda com a cabeça	Dirige-se só à família
	4º	Ri com os outros (3); canta junto (4)	Sai da sala (discurso sobre morte)
	7º	Concorda com a cabeça; ri com os outros (6) Canta junto (5); palmas; dirige-se ao grupo quando participa de narrativa familiar	Dirige-se só à família
CF4	1º	Canta junto (5); ri com os outros	Cantarola enquanto outro fala (2)
FF4	1º	Concorda com a cabeça; ri com os outros (2) Canta junto com os outros (6); continua música iniciada por irmã	Cantarola enquanto outro fala (2) Interrompe outros para cantar (2) Canta sozinha
CM5	2º	Depois da medicação ainda fica um pouco;	Sai no início do EM
	5º	Ri com os outros (2); sorri nas músicas escolhidas (2); faz gesto para continuar a música; canta junto (2);	Pouco comunicativo no início
FF5	2º	Canta junto (3)	Sai no início do EM
	5º	Concorda com a cabeça; ri com os outros (2) Canta junto (6)	
CM6	2º	Olhos lacrimejam quando esposa chora Canta junto (6); acompanha com os dedos;	
	3º	Ri de sua piada; ri com os outros (3); canta junto	
	5º	Ri de suas piadas (2); ri com os outros (2) Canta junto (3); acompanha música com o pé	
	7º	Ri de suas piadas (2); ri com os outros (5) Acompanha música com corpo e com o pé Sorri enquanto escuta música (2) bate Palmas;	
	8º	Ri com os outros; canta junto; ri de suas piadas (2)	Abatido (*) (menos comunicativo com o grupo) dirige-se mais à esposa e técnica de enfermagem
FF6	2º	Concorda com a cabeça; ri com os outros (2) Chorou durante sua fala; cantou junto (10) Acompanha música com o corpo	
	3º	Ri junto com os outros (6); mostra-se emocionada com declaração do marido; canta música junto; acompanha música com o pé	
	5º	Ri junto com os outros (4); ri de suas piadas (3) concorda com a cabeça; canta junto (4);	
	7º	Ri com os outros (3); ri de suas piadas (3) Chora quando fala sobre o marido; canta junto(4) Acompanha a música com o pé; bate palmas;	
	8º	Ri de sua piada; ri junto com os outros (2) Canta junto	Menos atenta ao grupo, dirige-se mais ao marido e à técnica de enfermagem

CF7	2°	Relaxa e sorri quando fala da neta; Fala rindo junto com marido (2); Canta junto (3) Inicia música solicitada por outro	Ri da fala romântica de FF10 Riu após falar sobre morte (2) Canta trecho diferente da música cantada; Canta só
	6°	Ri com os outros (4) Ri de si mesma; Canta junto;	Altera a voz devido à dor (*) Ri forçado quando fala (2) Ri enquanto cantam música
	8°	Ri concordando com CF16 (2); Ri com os outros; Canta junto;	Quer cantar com grupo
FM7	2°	Ri junto com esposa (2); canta junto (9) Ri quando ouve falar sobre morte	Canta sozinho (2)
	8°	Ajuda a identificar música para outro; Canta junto (5) Canta praticamente sozinho “La Barca” (aplaudido)	
CF8	3°	Ri quando fala (2); Ri com os outros (6) Concorda com a cabeça; Canta junto (2)	
	6°	Concorda com cabeça; Ri junto com os outros (5) Ri enquanto fala	
FF8	3°	Ri enquanto fala (2); Ri junto com os outros (7) Ri sozinha com fala dos outros (4) Concorda com cabeça	
	6°	Ri junto com os outros (5) Ri sozinha; Canta junto (3)	Quase não fala
CM9	6°	Ri de sua piada; Ri com os outros (4) Canta junto	
	8°	Acenou concordando com música escolhida para ele	Praticamente não fala (prostrado)(*)
FF9	6°	Ri de suas piadas (2); Ri com os outros (3) Canta música escolhida com os olhos fechados; canta junto (4)	
CF10	1°	Concorda com cabeça (3); Ri com os outros (2) Canta junto	
	4°	Concorda com a cabeça; Ri com os outros (3) Canta junto; Chora ao cantar “Noites Traíçoeiras”	
	7°	Concorda com a cabeça; Ri com os outros (5) Ri de suas piadas (2); Acompanha música com a mão e com pé; Canta junto (5); Bate palmas	
CM11	1°	Canta junto (2)	Olhar vago durante música; Olha o soro durante música (2)
CM12	2°	Canta junto com os outros (3) Escolhe música do Roberto Carlos para outra participante	Observa soro durante música
CF13	3°	Fala rindo sobre EM; Canta junto (2)	
	6°	Ri com os outros (5); Canta junto (4)	Ri quando falam sobre morte Olha a TV enquanto cantam
CF14	4°	Ri enquanto fala (2); Ri com os outros (4);Canta junto (5)	
	5°	Ri de suas piadas (2); Ri com os outros (4); Concorda com a cabeça; Canta junto (7); Traz CD	
	6°	Ri com os outros (7); Canta junto (2)	Prostrada, recosta na cadeira (*)
	7°	Ri de suas piadas (7); Ri com os outros (7) Canta junto com os outros (4); palmas Resolveu ficar até o final, mesmo tendo acabado a QT	
CF15	4°	Ri de sua piada; Toca na mão da irmã quando fala de seu apoio; Concorda com a cabeça; Ri com os outros (2) Canta junto (3) Fala letra para quem não sabe	
CF16	5°	Ri junto com os outros (4); Concorda com a cabeça Canta junto com os outros (5)	
	8°	Canta junto (5); Escuta com os olhos fechados música que escolheu	Falou rindo sobre temas difíceis
CF17	5°	Ri com os outros (3); Levanta a mão para sinalizar que quer ouvir CD; Concorda com a cabeça (3) Canta junto com os outros (2) Tenta cantar “La Barca” e ao final vibra com os outros; Escuta CD com atenção.	
FF10	2°	Canta junto com os outros	Não cantou música pedida (2)
	3°	Canta junto	

***a) Os gestos, o toque e o choro como expressões da comunicação não verbal***

Neste quadro observa-se que uma parte da comunicação não-verbal processou-se através de gesto, denominada cinésica. Trata-se de uma linguagem do corpo que tem por função substituir a comunicação verbal. Segundo Silva (2003), há quatro funções básicas da comunicação não-verbal nas relações interpessoais: complementar à comunicação verbal, substituí-la ou contradizê-la, além de demonstrar sentimentos.

Em alguns momentos a comunicação cinésica revelou a intenção das expressões dos sujeitos, ou seja, se suas atitudes eram interativas ou não. Entre os gestos observados, quase metade dos sujeitos utilizou o aceno da cabeça para mostrar sua concordância com o que estava sendo dito por outro participante, sendo esta uma das formas de aproximação mais utilizadas nos EM. O meneio positivo da cabeça reforça a fala do outro, e está categorizado entre os gestos reguladores, pois regulam e mantêm a comunicação entre as pessoas (op. cit.).

Entre os participantes que utilizaram esse tipo de comunicação não verbal se encontram os que se sentiam mal pelas condições clínicas (CF1-EM1 e CM9-EM8) e quem estava com dificuldade para verbalizar (CF17-EM5; CF3-EM1,4,7; FF3-EM1,7; FF4;EM1; CF8-EM3,6; FF8-EM6).

A comunicação cinésica foi ainda utilizada de forma complementar à verbal, como os participantes que se expressavam bem verbalmente, mas que também acenavam a cabeça, provavelmente para acentuar a atitude acolhedora (FF6-EM2,5; CF10-EM1,4,7; CF14-EM5; CF15-EM4; CF16-EM5). Esta demonstração de atitude interativa mostrava que estavam atentos ao que estava sendo dito.

Os que não utilizaram esse recurso comunicativo foram os participantes que demonstraram pouca atitude interativa em todos os encontros, ou, em pelo menos, em parte deles (CF2-EM1; FF2-EM1; CM5-EM2; FF5-EM2; CF7-EM2,6; FM7-EM2,8; CF13-EM3,6; FF10-EM2,3). Ou, ainda, aqueles que priorizavam a comunicação verbal (FF1-EM1; CF4-EM1; CM6-EM2,3,5,7,8; FF6-EM3,7,8; FF9-EM6; CM11-EM1; CM12-EM2; CF14-EM4,6,7; CF16-EM8).

Os clientes que tinham alteração na sua condição clínica, também a revelavam através da comunicação não verbal: CF1-EM1 e CF7-EM6 expressaram a dor, respectivamente, através da expressão facial e alteração momentânea do tom de voz; CM9-EM8 e CF14-EM6 modificaram a postura corporal permanecendo prostrados na poltrona devido aos efeitos colaterais da própria QT e por um resfriado, respectivamente. Já CM6-

EM6 mostrou-se abatido e menos comunicativo, explicando posteriormente que estava *'meio para baixo'*.

A percepção dessas comunicações não-verbais criou oportunidades para o cuidar. Isto porque, após a confirmação pelos sujeitos do que as motivou, foi possível procurar formas de amenizar o desconforto que sentiam naquele momento. Isto reafirma a importância da percepção da comunicação não-verbal tanto para o cuidado expressivo como para o técnico.

As relações entre familiares também puderam ser evidenciadas pela comunicação não-verbal através do toque, como o de CF15 no braço de sua irmã, ou o de FF1 ao ajustar a almofada para dar mais conforto a CF1, sua mãe. Constituiu-se, assim, como forma de cuidar do familiar acompanhante, além de revelar afeto. É fundamental para os familiares poderem demonstrar seu afeto através do cuidado que prestam aos clientes durante a quimioterapia, pois estes necessitam se sentirem amados de modo a fortalecerem sua autoimagem e diminuir a insegurança. A simples presença do familiar durante a QT, desde que desejada pelo cliente, já é uma expressão de afeto que pode contribuir com a redução da insegurança, pois a ausência de um familiar nesse momento pode desencadear a sensação de abandono e tristeza (ANDRADE et al, 2006).

O relacionamento familiar também se revelou através do choro, quando CF3, ao cantar "Noites traiçoeiras", chorou junto com sua filha, sendo este um momento de muita mobilização emocional. A possibilidade de poder partilhar as emoções no sistema familiar é de extrema importância nesse momento em que o sistema familiar está frágil pela situação de adoecimento. Outra participante, CF10-EM4, também chorou nessa ocasião, mas não esclareceu o motivo. No entanto, denota a principal função da comunicação não-verbal, qual seja, a de expressar sentimentos (SILVA, 2003).

Vale ter em consideração que os sujeitos expressaram seus sentimentos na autenticidade da comunicação não-verbal, mas estes não se restringiram aos sentimentos ditos 'negativos', pois a tônica dos encontros era a perspectiva da saúde e da vida. Assim, os encontros oportunizaram a possibilidade de se expressarem da maneira que sentiam ser a mais adequada no momento.

Essa perspectiva positiva pôde ser melhor observada através da comunicação não-verbal, visto que sua forma de manifestação mais presente nos EM foram cantar e rir, rompendo com a visão do senso comum acerca do contexto da QT como sendo tão somente

de sofrimento e dor. Pensado sob outra lógica, é possível transgredir o instituído e transformar o cotidiano do cuidado em um ambiente acolhedor (BEUTER, 2004).

***b) O canto como comunicação não-verbal e sua influência no bem-estar e interação grupal***

É importante destacar que **todos** os sujeitos em pelo menos uma ocasião cantaram durante o desenvolvimento dos EM, o que se configurou como ponto em comum a todos os participantes. Mesmo os que falavam pouco, como CF2, FF2, FF3, CM5, FF5 e CF17 se expressaram através do canto. A música mobiliza as pessoas, pois mesmo que tenham dificuldade de se expressar verbalmente, podem cantar ou acompanhar a música com o corpo, o que também foi possível constatar em atividade musical realizada com clientes internados (BERGOLD, 2005).

A música se destaca desta forma como uma importante comunicação não-verbal, fundamentada em parâmetros diferentes da verbal, tanto em conteúdo quanto como processo, pois é formada por sons rítmicos, melódicos e harmônicos. O que comunicamos através da música, nem sempre é possível comunicar com palavras, e vice-versa (BRUSCIA, 2000).

Segundo Ruud (1990), a qualidade não-verbal da música pode ser responsável pela sua capacidade de nos fascinar e afetar. Para o autor, a característica polissêmica da música revela diferentes sentidos que podem ser um veículo para a autocompreensão, fenômeno observado a partir das escolhas musicais dos sujeitos. Além disso, também estimula a expressão de sentimentos e o desenvolvimento de habilidades comunicativas.

É importante clarificar nesse momento que o desejo de comunicar esteve mais fortemente vinculado às escolhas musicais feitas pelos participantes, pois aí se une a intencionalidade do que se quer expressar com o sentido que essa expressão tem para o sujeito. Isso não diminui a importância do canto em si, que está relacionado ao prazer de cantar em conjunto com os outros, como ocorreu com todos os participantes dos EM.

Entre os recursos terapêuticos da música, situa-se a possibilidade de estimular a empatia, capacidade de compreender ou se identificar com o que outra pessoa esteja vivendo, fundamental em estratégias grupais. Quando cantamos juntos, uma música, vivemos a mesma melodia, articulamos a mesma letra e mantemos o mesmo ritmo, o que faz prevalecer nossa atenção no outro para permanecer na mesma vivência musical, nos

tornando nesse momento, **um** na experiência, facilitando a interação grupal (BRUSCIA, 2000).

Estar com o outro entoando a mesma canção é uma das maneiras mais satisfatórias de interação. No contexto oncológico a contribuição do canto em grupo é mais ampla, pois estudos indicam que pode influenciar positivamente o sistema imunológico. Embora estes estudos precisem ser aprofundados, eles apontam que a experiência musical ativa este sistema. Ou seja, cantar ou cantar e acompanhar o canto por instrumentos de percussão resulta em uma intensificação da função imunológica. Esta fica significativamente maior do que a de indivíduos que participaram de experiência musical passiva (só escuta), ou dos que não participaram da experiência musical (HANSER, 2008).

Uma das possibilidades que se abrem para refletir sobre a influência da experiência musical ativa é a relação entre música e atividade, bem ilustrada e defendida por CM12-EM2, o qual manteve uma postura positiva de enfrentamento permanecendo-se ativo. Um de seus hobbies prediletos era tocar o teclado.

Simonton (1990) aborda a importância da atividade, afirmando que o portador de câncer ativo leva uma vida agradável, com menos tempo para ficar remoendo o medo e criando imagens negativas. Relaciona a atividade com distrair-se e prestar atenção às coisas boas da vida, alertando, porém, para não cair no extremo que seria a fuga, que afasta a pessoa do contato com seus sentimentos, situação também comentada por CM12-EM2.

É importante destacar que participantes que se expressavam pouco verbalmente, mostraram mais afinidade com o canto. Destaco aqui FF2-EM1 que teve atitude não-interativa durante a maior parte do encontro, mas cantou junto com os outros pelo menos uma música. Situação semelhante também ocorreu com o CF3, que falou pouco no seu 1º EM, no entanto, cantou 5 músicas escolhidas pelos outros sujeitos; e FF3, que quase não falou nos 3 encontros dos quais participou, mas cantou diversas músicas.

Outro aspecto importante é a possibilidade de desabafar através do canto. Segundo CF14, eles ficam com outra cabeça: *“Bota pra fora muita coisa cantando”*. Essa possibilidade de promover a catarse, expressando sentimentos foi apontada em estudo realizado com sujeitos submetidos a longos períodos de internação, que passavam por situações angustiantes pelo afastamento de sua família e do cotidiano. Após vivenciarem a visita musical, em que podiam cantar as músicas que escolhiam, eles referiram sentir grande alívio por poderem expressar seus sentimentos negativos, entre os quais destacaram-se; medo, raiva e tristeza (BERGOLD, 2005).

Em certas situações, a canção escolhida era tão especial que o sujeito a cantava com os olhos fechados, como ocorreu com FF9-EM6, quando cantou “Noites traiçoeiras” como uma mensagem para os outros participantes. Fato semelhante ocorreu com CF16-EM8, quando solicitou “Outra vez” por ser a música que a lembrava de sua ‘renúncia’ amorosa para cuidar de sua família, e a cantou de olhos fechados. Assim, fechar os olhos tem a função de complementar a expressão pela música, sendo ambas, formas de comunicação não verbal. Nessa situação uma qualifica a outra, pois a música escolhida foi ‘a’ música, especial para aquela ocasião.

O conceito de interação mostra que o contexto não verbal não se configura por um só dos elementos, pois um em si mesmo não seria suficiente para impactar ou impressionar o sistema perceptivo global. Somente a função de uma interação dinâmica entre todos permite a força do impacto, e, sobretudo, da comunicação (BENENZON, 2008). Assim, para manter uma atitude interativa, não bastava cantar, havia a necessidade de serem incorporados outros elementos da comunicação não-verbal como: balançar a cabeça, sorrir, fechar os olhos ou movimentar o corpo no ritmo da música.

Dessa forma, os movimentos corporais vinculados à expressão musical no contexto do EM foram: balançar o corpo, bater o pé, a mão ou os dedos. Em algumas situações, quando o sujeito não cantava, mas era envolvido pela música os movimentos rítmicos, substituíam o canto, como ocorreu com FF2-EM1, CF10-EM7, CM6 e FF6. Estes últimos foram os que mais se expressaram dessa forma, em parte pela indução ao movimento estimulado pelo ritmo. Contudo, como nem todas as músicas que eles acompanharam tinham o ritmo acentuado, pode-se atribuir essa comunicação não-verbal à própria atitude interativa, que eles também demonstraram de outras formas.

A qualidade da música em promover empatia facilitou a interação entre os sujeitos, o que possibilitou o processo terapêutico grupal, mesmo nas circunstâncias de heterogeneidade dos sujeitos e da impossibilidade de vinculação em um esquema que mantivesse sempre os mesmos participantes. A expressão através da música promove a aproximação e a interação grupal, promove novas experiências verbais e corporais, afastando os participantes de uma perspectiva de doença para compartilhamento e prazer (RUUD, 1998).

Isso ficou evidenciado nas diversas formas que os sujeitos utilizaram a música para expressar uma atitude interativa. Em alguns momentos, as pessoas não cantavam a música, possivelmente por não a conhecerem, mas mesmo assim prestavam atenção. Em

contrapartida, também demonstraram atitude não-interativa quando, no decorrer da música, olhavam para a televisão (ligada, mas sem som) como ocorreu com CF13-EM6; ou ficavam olhando insistentemente para o soro como ocorreu com CM11-EM1 e CM12-EM2. Ao questionar à técnica de enfermagem sobre a atitude de ambos, ela explicou que os dois sempre agiam isso, pois tinham pressa de terminar e ir logo embora.

No caso de CM11-EM1, a pressa de ir embora se justifica, mas aponta a pouca atenção com as pessoas que dividiam o mesmo espaço de tratamento, embora tivesse afirmado em seu discurso que: \_ [...] *“Então eu intercedo, eu oro por todas vocês que estão aqui. [...]”*. Já CM12-EM2, apesar de sua assertividade, escolheu música de Roberto Carlos para outro participante, mesmo sem gostar do cantor, assim como tentou lembrar a letra de outra música escolhida por um participante que não a conhecia toda, mostrando atitude interativa.

Essa mesma justificativa não se aplica à CF13-EM6 que permaneceu olhando a televisão, mesmo sendo do seu estilo musical a música gospel cantada pelo grupo. O que pôde se denotar de sua atitude foi a dificuldade de interagir com os outros, ressaltada no fato de só entrar na sala comunitária quando a medicação já tivesse chegado, diferente dos outros clientes, que iam ocupando as poltronas desta sala enquanto aguardavam o quimioterápico. Ou seja, não é possível perceber a atitude interativa se não for observado-a de maneira global, no contexto onde se insere.

Uma outra maneira de mostrar atitude interativa em relação à música ocorria quando alguns não sabiam cantar a música toda, e tentavam captar parte da letra, acompanhando-a com os outros participantes, demonstrando seu interesse. Em uma dessas ocasiões, uma forma de cuidado foi veiculada por CF15-EM4 que procurou falar a letra de “Nossa Senhora” (Roberto Carlos) enquanto os outros participantes cantavam, para que os que não lembravam, pudessem participar.

A satisfação ao conseguirem cantar uma música por inteiro, por sua dificuldade, ou ao contrário, por mobilizar a maior parte do grupo, era externada ao final através de sorrisos, elogios e vibrações. A título ilustrativo, ressalto o ocorrido no 5º EM, quando os participantes cantarem parte de “La Barca” com a ajuda coletiva, pois cada um colaborava com um trecho. A satisfação também foi manifesta por palmas, como ocorreu no 7º EM, depois que conseguiram cantar todos juntos a música “Fogo e Paixão” (Wando); ou no 8º EM, quando, apesar da dificuldade com o espanhol, FM7 conseguiu cantar toda a música “La Barca”.

Essas demonstrações de prazer e satisfação mostram o vínculo estreito que existiu entre o canto e o sorriso. Dessa forma, a música promoveu a expressão de sentimentos, sendo possível observar que a alegria configurou-se no sentimento predominante, expressa através do sorriso e algumas gargalhadas que ressoaram pelo setor da quimioterapia.

***c) O riso como expressão da ludicidade nos EM: vivência grupal de enfrentamento***

O riso, como comunicação não-verbal, foi outro elemento importante para o processo de interação, presente na maioria dos participantes. Somente 7 participantes não se expressaram através do riso (CF1, CF2, FF2, CF4, CM11, CM12, FF10), mas pelo que pôde se observar, isso se deu por suas singularidades: dor (CF1); pouca expressividade em todas as suas formas de comunicação (CF2, FF2); preferência por expressar-se verbalmente (CM11, CM12); e preferência pela expressão musical e verbal (CF4 e FF10).

A importância do riso no contexto da quimioterapia relaciona-se à possibilidade de promover o relaxamento através da liberação de endorfinas, que geram a sensação de prazer e bem estar. O riso ainda tem a função de ajudar a controlar sentimentos negativos e reduzir conflitos, aplacando as tensões. Além disso, a alegria reduz no sangue o cortisol, hormônio do stress. Este hormônio, segundo Ayan (2009), em níveis elevados enfraquece a defesa imunológica, o que fez o autor concluir que a alegria e o riso protegem contra doenças.

Destaque se dá ao fato de, inicialmente, não ter percebido as possibilidades terapêuticas do humor e, conseqüentemente, do riso, para o processo terapêutico grupal. Somente ao iniciar a análise, concomitante à produção de dados, foi possível perceber que CF10-EM1 já havia sinalizado para isso, ao dizer: \_ “*O seu trabalho é tão bom quanto aquele grupo de médicos da alegria!*” De início eu havia entendido que ela se referia à transgressão do instituído através de uma atividade artística. Mas, posteriormente, percebi que ela realmente se referia ao meu senso de humor, pois minha própria característica expressiva é muito fundamentada no humor, o que pode ter colaborado para que este permeasse o desenvolvimento dos EM.

Encontro uma relação entre essa afirmação de CF10-EM1 e um estudo sobre a inserção da música no trabalho dos Doutores da Alegria. Para eles, o humor é o instrumento de aproximação e a música, um recurso. O ponto de encontro dos dois trabalhos é o ‘holding musical’, que é a possibilidade da música, simbolicamente, acolher o sofrimento (FERNANDES, 2008). Entretanto, à medida que percebi a importância do riso para a interação grupal no âmbito dos EM passei a considerar que o humor também é

transformador, subvertendo a expectativa de sofrimento e mostrando outros caminhos para o enfrentamento da doença.

O riso, como forma de comunicação não verbal foi marcante nos EM. Atribuo a mudança da ‘atmosfera’ do encontro a esse fator, associado ao perfil mais voltado para o humor dos integrantes do SF6, em sua segunda participação, que gostavam de ‘brincar’; e do SF8, que gostavam de rir. A partir desse encontro, entre as músicas e os discursos voltados para questões já abordadas, as brincadeiras ocorriam com frequência, resultando em risadas coletivas.

O sorriso, em outra ocasião, foi indicado por CF10-EM7 como uma forma de enfrentamento, através da expressão de uma atitude positiva, como pode ser observado no diálogo que se segue: \_ *“Que seja, um sorriso... Já pensou uma pessoa doente! Vem uma outra pessoa séria: \_ “O senhor, como está?” Ihhhh! Aquilo afasta... Murcha! As pessoas murmuram concordando: “\_ É verdade!”. \_ “Não é? Agora, se a gente fala (muda o tom, e diz sorrindo): \_ “E hoje, como está, tudo bem”? \_ “Então a gente parece que sente mais animação...” [...] O sorriso é muito importante, muito! Às vezes um sorriso, ou uma palavra pequena que seja leva a pessoa a outras nuvens”.*

Quando pergunto se, quando ela não está bem, sorrir pode ser um peso, ela responde reflexivamente: \_ *“Eu acho que não... porque quando a gente olha que o nosso problema é menor do que o outro, não digo que seja uma gargalhada, ou um sorriso grande, mas um sorriso pequeno que seja, às vezes eleva muito o outro”.* Suas palavras não eram uma expressão vazia de significado, pois ela praticava sua própria crença, sorrindo e sendo acolhedora com os outros integrantes.

Assim, o riso grupal era resultante de duas formas de expressão verbal, características de alguns participantes: narrativa pronunciada de forma engraçada (CF4-EM1; FF9-EM6; CF10-EM7; CF15-EM4; CF16-EM5); diálogo produzido com intenção lúdica de fazer piada ou brincar com outro participante (CM6-EM3,5,7,8; FF6-EM3,5,7; CF14-EM6).

Entretanto, saliento que o riso não é somente uma expressão de humor ou um recurso para a interação. Ele pode ser expressão de rancor ou mágoa, quando usado juntamente com um discurso ressentido ou mesmo agressivo, perdendo sua função de interatividade. Isso ocorreu com CM7-EM6, quando pronunciou, de forma quase agressiva, discurso antagônico sobre morte: \_ [...] *“O que é que é isso, gente, eu não tenho nada com o câncer... E nunca tive medo dele, graças a Deus. Mas é evidente que eu vou morrer, é*

*claro (ri de maneira forçada). Na hora que tiver um do meu lado, eu não estou pensando em ninguém (ri novamente)!”.*

Assim, o riso pouco espontâneo (CF7), ou surgido em ocasião pouco adequada, como o vinculado a uma questão promotora de angústia, a exemplo da morte ou perda (CF8, CF16), revelava a dificuldade dos participantes em abordar temas difíceis, o que acabava por não estimular o diálogo grupal, havendo uma descontinuidade na conversa, em alguns momentos.

Isso pode ser percebido no seguinte trecho da fala de CF8-EM6, quando ela desabafa sobre o preconceito que existe sobre o câncer. \_ *“Eu sei que vou morrer um dia. Não é por isso que vou passar o dia chorando. Gente, não tenha pena, um dia eu vou morrer! Minha filha... (Falou como se dirigisse a ela, e fez uma pausa e continuou seu discurso, mas com outro assunto). Meu filho fica lá com os olhos arregalados, porque caíram os cabelos, não sei o quê... Aí fica com os olhos cheios d’água, (fala mais baixo) não gosta de me ver sem lenço... Aí, agora estou acostumando, vou botando meu lenço devagarinho... Só vou tirar só na hora de dormir, né?”* Ela termina seu discurso rindo, mas ninguém a acompanha.

No discurso de CF8-EM6, também pode ser observada outra comunicação não-verbal: o silêncio, que surge como uma pausa. Este tipo de silêncio, que se estabelece depois de algum discurso particularmente difícil, também denota a dificuldade de se lidar com a situação. Situações semelhantes ocorreram com outros sujeitos, durante os EM.

Esse silenciamento relaciona-se com o não-dito, que segundo Ghiorzi (2004), é impossível de ser conceituado, porque suas configurações estruturais são de ordem da emoção. O não-dito pode corresponder a uma ameaça aguda do que é naturalmente aceito nas relações sociais. Pode ser também valorizado como algo interno ao indivíduo, que conjugado à consciência, guia o comportamento da pessoa.

Ghiorzi (op. cit) afirma que as mensagens não linguísticas são compreendidas pela intuição e por uma escuta e um olhar mais atentos aos ruídos comunicacionais. Esse conhecimento não verbal é expresso por sensações e símbolos, e quando uma pessoa toma consciência disso, estabelece-se o fenômeno da intuição. Como a intuição é anterior à aquisição da linguagem, ela se opõe à razão. Por isso devem-se manter canais de comunicação entre o pensamento lógico e intuitivo, e isso se faz desenvolvendo a inteligência emocional; a pessoa deve buscar entender o sentimento que está vivendo.

Nesse sentido, tanto a escuta quanto a observação sensíveis da enfermeira devem estar voltadas para as pistas externadas pelas atitudes e comportamentos, procurando compreender o modo de vida dos sujeitos, buscando a coerência que conecta estas pistas. Assim, não há uma fórmula segura para ‘interpretar’ os elementos da comunicação não-verbal. Eles têm que ser analisados no seu contexto. Deve ser considerado não somente o evento em si, mas a continuidade ou confirmação dele no tempo, para que se possa perceber a intenção do ato, ou as atitudes que o motivaram.

Para clarificar as formas de expressão verbal relacionada ao lúdico, que, por vezes, precede o sorriso, exemplificarei com uma situação ocorrida no 6º EM, quando FF9 relatava, junto com o marido, como foi o início de seu namoro. Em determinado momento, instigada pela narrativa, eu perguntei: \_ *“Mas foi coisa arranjada?”* FF9 respondeu: \_ *“Foi, por mim e pelas colegas que falaram: \_“Convida aquele sargento novo”. Ele morava numa vila que alugava quartos para quem vinha de fora [...]. E ele passava pela minha porta para ir para a casa dessa senhora. Aí a gente viu, 3 sargentos novos, né?”* *Convida eles!”* (ela fala rindo, e os outros a acompanham) [...]*É que antigamente faziam bailinho na casa das pessoas [...]. E aí ficava aquela noitada agradável... É, só que ele não dançava!* (começa a rir e os outros a acompanham). CF14-EM6 brinca: \_ *“Só que ele dançou! Dançou realmente!”* (todos dão gargalhadas).

O trecho inicial do discurso, referente ao relato de FF9, é um exemplo da narrativa pronunciada de forma engraçada. A parte final caracteriza o diálogo expresso com intenção de brincar com o outro.

Morin (2002) aponta que essa tendência para o lúdico é encontrada em todas as sociedades, sendo muito forte em alguns indivíduos bancar o bufão/palhaço. Segundo o autor, o lúdico nunca deixa de romper a casca da seriedade, como se o *homo ludens* quisesse, de dentro, rasgar a máscara do *homo sapiens*. Esta é uma visão transgressora que se adapta bem à visão dos EM, pois em alguns momentos, o humor desconstruiu o clima de sofrimento do ambiente da quimioterapia.

O autor (op. cit.) ainda acrescenta que a estética e o lúdico têm em comum o fato de serem a sua própria finalidade, mesmo quando comportam finalidades utilitárias. Ambas nos tiram do estado prosaico e racional para nos colocar em transe, tanto em ressonância, empatia, harmonia, como em fervor, comunhão e exaltação. Coloca-nos assim em estado de graça, em que nosso ser e o mundo são mutuamente transfigurados, constituindo o que o

autor chama de ‘estado poético’, que é um estado de espírito que pode ser alcançado na relação com o outro, ou na relação comunitária.

Considero que esse estado poético foi sendo construído, ou vivenciado pelos participantes dos EM, como pode ser depreendido das avaliações de alguns participantes. CF15 relata ter gostado dos encontros porque alegrava os que estavam tristes, como a própria, às vezes. Já CF16 relatou que já chegava animada, mas saía mais animada ainda, pois todos estavam ‘*no mesmo barco*’. Ou seja, os EM se configuram como um ambiente transformador que se desenvolve na relação com o outro.

Essas reflexões apontam a importância de co-construir com o cliente/familiar um cuidado lúdico, possibilitado por um ambiente alegre e acolhedor, que favorece a socialização entre estes (BEUTER, 2004). Estudos sinalizam que rir serve para criar o sentimento de grupo. Os gracejos coletivos reduzem medos e inibições e os participantes se sentem mais próximos uns dos outros (AYAN, 2009).

O humor veiculado por palavras ou atitudes pela enfermeira e parte dos sujeitos, foi contagiando as pessoas, propiciando descontração que os ajudou a se conhecerem melhor. Essa forma de expressão criou um agradável ambiente de cuidado, em que a intencionalidade da enfermeira de cuidar de forma lúdica encontrou resposta por parte dos participantes, promovendo um verdadeiro encontro entre os sujeitos do cuidado (WATSON, 2002).

Pesquisa realizada com enfermeiras sobre sua concepção do lúdico no contexto hospitalar atribui a este, elementos subjetivos que qualificam o cuidado de enfermagem. Segundo essas enfermeiras, o lúdico abre caminhos para que adultos hospitalizados brinquem, expressem alegria e contentamento. É importante destacar que a solidariedade expressa entre os familiares também é uma forma de manifestação lúdica, pois proporciona um ambiente de cooperação e união entre os familiares e clientes, cuja criatividade e sensibilidade se encontram presentes, transformando o espaço hospitalar em um lugar lúdico (BEUTER, 2004).

No desenvolvimento dos EM a comunicação não-verbal se configurou como um elemento promotor da interação grupal, principalmente o canto em conjunto e o riso como reação ao humor de alguns participantes. Foi evidenciado que ambos contribuíram para o acolhimento e para o partilhamento de situações de prazer que mudaram a perspectiva dos participantes, passando de um enfoque de doença, sofrimento e medo para o de saúde, esperança e vida.

A mudança positiva do ambiente da quimioterapia se deu pela expressão musical e outras formas de comunicação não-verbal, e também pela comunicação verbal. Ambas se complementaram, promovendo um cuidado sensível e integral. Nessas situações, como facilitadora, só interferi para facilitar a expressão dos participantes, respeitando o momento de cada um, o que levou a mudanças espontâneas, condizente com o processo de evolução de grupos, quando a mudança denota comportamentos mais espontâneos e menos artificiais, com mais sentimento (ROGERS, 2002).

Destaco também a importância da atitude interativa da maioria dos participantes que criou um contexto positivo para a mudança da atitude de outros participantes, que em alguns aspectos conseguiram evoluir de uma atitude não-interativa para a interativa.

Assim, o estado poético pode ser alcançado por diversos caminhos: do canto, da fé e comunhão com o ser supremo, do lúdico, e por fim, da vida real da poesia que é o amor. Um amor nascente inunda o mundo de poesia. Como sinaliza Morin (2002, p.137), “O amor, unidade incandescente da sabedoria e da loucura, faz-nos suportar o destino, faz-nos amar a vida”.

## Lembra De Mim

( Vitor Martins / Ivan Lins)

Lembra de mim!

Dos beijos que escrevi nos muros a giz  
Os mais bonitos continuam por lá  
Documentando que alguém foi feliz...

Lembra de mim!

Nós dois nas ruas provocando os casais  
Amando mais do que o amor é capaz  
Perto daqui há tempos atrás...

Lembra de mim!

A gente sempre se casava ao luar  
Depois jogava os nossos corpos no mar  
Tão naufragados e exaustos de amar...

Lembra de mim!

Se existe um pouco de prazer em sofrer  
Querer te ver alvez eu fosse capaz  
Perto daqui ou tarde demais...

Lembra de mim!...

## CAPÍTULO VIII

### **ENCONTROS MUSICAIS NA ÓTICA DOS SUJEITOS: AVALIAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA GRUPAL DE CUIDADOS NO CONTEXTO DA QUIMIOTERAPIA**

Os capítulos anteriores discutiram o desenvolvimento dos Encontros Musicais, tendo em vista a participação dos sujeitos como protagonistas do processo terapêutico instaurado nos grupos de convergência. Na intenção de manter uma visão complexa das relações estabelecidas durante todo este processo, procurei dar visibilidade aos aspectos que incluíam a sensibilidade, as emoções e a estética, assim como, as experiências vivenciadas e compartilhadas pelos participantes sobre a (con)vivência com o câncer no âmbito do sistema familiar: a dinâmica das relações interpessoais, o adoecimento, o tratamento quimioterápico e as diferentes formas de enfrentamento da situação. Tudo isso tecido entre narrativas, diálogos e atitudes que se revelaram nos grupos, tendo na música o recurso ativador a partir do qual outros elementos emergiram como qualificadores da experiência terapêutica.

Entretanto, por mais abrangentes que possam ser a descrição e as observações acerca do fenômeno sob análise, ainda se caracterizam como reducionistas, pois se baseiam somente na ótica do observador. Deste modo, em consonância com a direção teórico-metodológica a que esta tese se vincula, e à minha visão de mundo, considero importante incluir a própria avaliação dos clientes e familiares participantes sobre todas as etapas que compuseram a estratégia de cuidado.

Ressalto que a avaliação da estratégia implementada foi prevista desde o início do projeto como um importante ponto de convergência entre a prática assistencial e a pesquisa, mantendo o compromisso intrínseco da PCA de beneficiar o contexto assistencial enquanto investiga, e ao mesmo tempo beneficiar a pesquisa com o acesso às informações procedentes deste contexto (TRENTINI; PAIM, 2004). Assim, a avaliação se tornou um espaço de reflexão ao final de cada encontro desenvolvido, momento em que os participantes podiam falar sobre o ocorrido expressando suas impressões, opiniões, sentimentos e ainda sugerindo mudanças, quando julgassem necessárias. O discurso avaliativo e as sugestões dos sujeitos se tornaram importantes dados da pesquisa.

Em conferência proferida em 2008<sup>10</sup>, Trentini reafirma a importância do pesquisador buscar indícios de mudanças percebidas pelos envolvidos como parte da avaliação das ações da assistência realizada. Aponta que um dos princípios da PCA, a imersibilidade, requer que o pesquisador se insira como parte da assistência, visando a produção de mudanças compartilhadas. Outra questão referente à inclusão da etapa da avaliação ao final dos encontros, é que dessa forma procurou-se evitar que fosse incluída somente a perspectiva de interpretação da pesquisadora, buscando-se a interpretação dos próprios sujeitos através do diálogo grupal com a enfermeira (TEIXEIRA; FERREIRA, 2009).

Esse procedimento também se alinha ao pensamento de Watson (2008), sobre estar atento para o sistema de referências e significados dos participantes do processo de ensinar-aprender, como considero que ocorreu nos EM. Nestes, os partícipes do cuidado, clientes, familiares e enfermeira facilitadora puderam ampliar o conhecimento de si e do outro não só durante o desenvolvimento do encontro, mas também no momento da avaliação.

A possibilidade de poder avaliar e sugerir mudanças nos encontros, também foi uma forma de construção de autonomia, pois explorou a experiência pessoal, promoveu a autoconsciência e estimulou a capacidade de escolha (MORIN, 2002). Destaca-se que a própria avaliação também pode subverter o instituído, pois no ambiente hospitalar frequentemente o cliente é objeto, e não sujeito do seu cuidado.

Assim, ao avaliar uma estratégia de cuidados em que os sujeitos são co-construtores do processo terapêutico, é importante considerar as suas percepções sobre o ocorrido. Nesse enfoque, este capítulo foi desenvolvido a partir das avaliações e comentários dos participantes sobre os EM, realizados no decorrer dos mesmos.

Vale destacar que após o 2º EM percebi que esse espaço avaliativo ampliou-se, influenciado pela serendipidade, já citada como a faculdade de descobrir coisas valiosas pelo acaso (MORIN, 2006). Nesse encontro, quando avisei que estávamos terminando, uma participante escolheu uma última música que mobilizou uma discussão muito rica sobre doença, morte e recursos para o seu enfrentamento, estendendo a atividade por mais vinte minutos.

Percebi a partir disso, como ocorre em outros espaços terapêuticos grupais, que o aviso sobre a aproximação do encerramento do encontro provocava uma certa urgência de

---

<sup>10</sup> Conferência “Pesquisa Convergente-Assistencial: sua aplicabilidade nos estudos de enfermagem” realizada pela Coordenação Geral de Pós-graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, em co-promoção com o Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem em setembro de 2008.

falar sobre assuntos ainda pendentes, e passei a iniciar essa etapa de avaliação vinte minutos antes da previsão de seu término.

Nesse espaço de reflexão, os participantes puderam avaliar não só o processo do grupo, mas também o processo de vida, trazendo por vezes novos temas para a discussão ou sugestões para os próximos encontros. Enfim, puderam efetivamente valer-se da condição de sujeitos partícipes do cuidado, co-construindo um espaço de afirmação de vida. Isto porque, a participação em estratégias grupais de cuidado pode proporcionar sensação de pertencimento, conhecimento das emoções, percepção da vida como tendo significado, e o desenvolvimento da consciência, o que, para Ruud (1998), amplia a qualidade de vida do cliente oncológico.

Ao refletir sobre esse momento de avaliação e suas influências para o processo grupal, encontro conexões com o pensamento de Morin (2002) que relaciona a liberdade com a consciência:

Quanto mais rica é a consciência, mais ricas são as liberdades possíveis. A consciência, emergência de tantas possessões possuídas, de tantas dependências produtoras de autonomia, metaponto de vista reflexivo de si sobre si, de conhecimento do conhecimento, é a condição da pertinência da escolha e da decisão, enfim do valor moral e intelectual da liberdade humana.

As avaliações feitas pelos participantes apontaram diversos aspectos dos EM considerados importantes para o seu desenvolvimento individual ou coletivo. Estes aspectos também se conectam com os processos explicitados anteriormente, relacionados à expressão musical, ao discurso e à atitude.

### **8.1. Influência da música no processo terapêutico**

Uma das participantes que mais demonstrou ter se beneficiado com os EM foi CF10-EM1, que influenciada por sua vivência musical, disse durante a avaliação no 1º EM: \_ *“Estou dizendo que o grupo, a música é bom, pra alma... [...]”*. Essa referência à alma está relacionada à sua escolha musical “Cantemos cânticos de alegria”, que unem suas duas formas de ver a vida: através da fé e da alegria. Associa-se também às suas expectativas iniciais, externadas durante a entrevista, de que a música é um lenitivo.

Mais uma vez se destaca a importância de CF10-EM1, na co-construção de um ambiente de acolhimento, pois manteve sua positividade no discurso e nas atitudes, contribuindo para a integração grupal. Procurou também sempre cantar junto com os outros

participantes, mantendo assim sua alma alimentada com a música, um lenitivo, segundo a participante.

No 4º EM ela ampliou os aspectos terapêuticos relacionados à música, dizendo: \_\_ *“Para mim é sempre muito bom! E as músicas ótimas, reconfortantes!”*. Nesse encontro, ela relacionou as músicas cantadas, católicas em sua maioria, ao conforto que sentiu, o que ratifica sua identificação com a vivência religiosa e a importância de as músicas em contextos terapêuticos partirem da preferência dos participantes. Respeitar a escolha do cliente, relacionada à sua identidade musical, promove bem-estar e conforto (BERGOLD, 2005).

Watson (2008) aponta no Caritas Process, a necessidade de a enfermeira perceber que nossa mente racional e a ciência moderna não têm todas as respostas para as condições humanas que enfrentamos. Isso requer que ela esteja aberta ao desconhecido, ao mundo subjetivo das próprias experiências e as dos outros, que são afetadas por muitos fatores que não podemos explicar totalmente. Significa ter sensibilidade para as manifestações religiosas dos clientes e familiares, mesmo que estas não façam parte do seu próprio sistema de crenças. Ou seja, estar aberto é muito mais do que respeitar a crença religiosa do outro, é perceber as possibilidades desta contribuir para a sua reconstituição.

CF3-EM7, participante dos mesmos encontros que CF10-EM1,4,7, observou outras contribuições dos EM, relacionadas à sua singularidade e ao processo desenvolvido no decorrer dos mesmos. Seu discurso polissêmico foi realizado na avaliação da sua terceira participação: \_ *“Ajuda! Ajuda com certeza, porque com a música a gente vai se soltando... De repente, a pessoa está quieta e uma passagem da música já... distrai, surge um assunto, e uma fala, a outra fala, e já vai tendo conhecimento uma com a outra. Realmente é muito bom”*.

Sua avaliação associa inicialmente a influência da música à sua mudança de atitude, reservada e pouco comunicativa com o grupo no 1º EM, mas que gradualmente foi *‘se soltando’* pela autoexpressão através do canto grupal, deixando de *‘estar quieta’*. Em seguida ela se refere à outra influência benéfica da música, a distração do que a afligia, significada no não-dito, referente ao que revelou na entrevista individual: o surgimento do câncer seguido do início da quimioterapia à época de sua aposentadoria, momento em que, segundo ela, alimentava perspectivas positivas de mudança de vida, e da tristeza sentida diante à situação difícil pela qual passava, intensificada pelo afastamento do marido por questões de trabalho.

Este é um dos processos pelos quais a música mostrou seu potencial terapêutico nos EM: ajudar a ‘distrair’ das situações angustiantes relacionadas com o adoecimento e tratamento do câncer. Vale destacar que outros estudos também salientam os benefícios trazidos pelas atividades musicais aos clientes durante o tratamento oncológico, a exemplo da sensação de relaxamento. Este efeito causa uma mudança de foco, dos problemas gerados pelo câncer para as boas lembranças relacionadas às músicas escutadas (CHAGAS; GAZANEO; AGUIAR, 2004; PEREIRA; CASTRO, 2009).

CM3-EM7 ainda aponta outros elementos que contribuíram para sua integração com o grupo, as narrativas e os diálogos, representados pela expressão ‘*uma fala, outra fala*’, que resultaram em conhecimento sobre os outros participantes. Isso se refletiu em sua atitude, pois no 7º EM, mais confortável e segura quanto ao seu pertencimento ao grupo, escolheu músicas, externou suas opiniões e narrou fatos e experiências de sua vida. Outros sujeitos também evidenciaram o potencial da música como facilitadora da interação, uma vez que estimulou a aproximação e facilitou o diálogo, ampliando o conhecimento mútuo que ajudou a sedimentar as relações.

CF14-EM7, após quatro participações seguidas, nos EM 4, 5, 6 e 7, avalia a mudança que ocorre a partir dessa convivência mais frequente, se referindo à evolução que ela percebeu no grupo: – “*Eu acho que cada dia está melhor porque parece que a gente vai se sentindo mais à vontade. Vai... entendeu? É, porque no primeiro dia a gente ficava assim... (fala baixinho). É a música, é... (volta a falar alto). Agora não, está todo mundo mais à vontade. É assim, é... (usando a comunicação não verbal através de gestos para demonstrar a sua percepção sobre a evolução de comportamentos no grupo).*

Sua avaliação é singular no sentido de apontar a possibilidade de evolução que o processo continuado de participação nos EM pôde proporcionar. Isto é, a cada dia ficava melhor porque podiam estar ‘*mais à vontade*’. E ela exemplifica isso através de teatralização, mostrando que no primeiro contato no grupo, as pessoas ainda se sentiam desconfortáveis, possivelmente inseguras, e falavam em um tom de voz baixo. Em seguida fala ‘*a música é...*’, o seu não-dito é substituído pelo elevar da voz ao dizer que está ‘*todo mundo mais à vontade*’, relacionando a música com a descontração grupal. Seu discurso teatralizado provocou um momento lúdico entre as pessoas que riram, e demonstraram concordar com sua opinião.

Sua avaliação tem uma relação com o que foi apontado no capítulo 4, referente ao fato de que o tipo de participação dos sujeitos era ligado mais às suas atitudes e

singularidades do que propriamente ao número de participações. Mas, por outro lado, indica que a participação regular e frequente nos EM contribui com o desenvolvimento da empatia e familiaridade entre os participantes, além de proporcionar novas experiências, como também apontado por CF3-EM7. Ressalta-se que uma das possibilidades terapêuticas da música é o fato de que, a partir de uma experiência musical, pode-se alcançar outras experiências verbais ou corporais que permitem expressões de temas no contexto cultural em que ocorrem (RUUD, 1998).

A partir das avaliações dos participantes, é possível constatar que os EM produziram diversas influências benéficas interligadas entre si, como aponta CF16-EM8: *“Pra mim foi maravilhoso! Porque a hora passa rápido com a música, conversa... Só tenho a dizer isso: Ótimo! O encontro foi maravilhoso e deve ser repetido com outras pessoas... E a gente fica mais integrada com as pessoas... [...] Uma higiene mental! Para mim foi maravilhoso, e para as pessoas novas, que vão estar aqui, que vocês façam isso sempre. Voltem sempre para cantar para a gente, né? Só isso!”*.

A avaliação em forma de síntese proporcionada pela fala de CF16-EM8 revelou diversos aspectos viabilizados pelo processo terapêutico implementado: distração proporcionada pela música e a conversa, integração com os outros participantes, e higiene mental, aqui colocada no sentido de aliviar as tensões e preocupações relacionadas à família, à doença e ao contexto quimioterápico.

Os aspectos benéficos apontados por CF16-EM8 a impeliram a solicitar que a estratégia de cuidado implementada não fosse interrompida, em um gesto solidário quanto à sua preocupação com outras pessoas que possam dela se beneficiar. Essa sua atitude está em consonância com sua forma de participação no último EM, voltada para sua narrativa em forma de testemunho. Assim como a narrativa foi uma forma de propagação, sua atitude de sugerir que os encontros se perpetuassem, também o foi, visando o bem-estar de outras pessoas que poderiam se beneficiar deles (YALON, 2008).

Amplificando os exemplos já evidenciados, a efetividade da estratégia de cuidado na aliança do recurso musical com o diálogo, promovido no encontro da enfermeira com os sistemas familiares, foi ainda validada por CM6-EM7: *“Porque a gente conversa, troca ideia, depois vem a música e alegre ainda mais o ambiente, é por aí...”*. É interessante observar que para CM6, a ordem é inversa, vindo a conversa à frente da música, o que ratifica sua preferência pela expressão verbal, como já apontado anteriormente.

Sua avaliação aponta outra interessante relação entre a música e a alegria, aproximando seu discurso ao de outros participantes que apontaram a relação entre música e descontração. O uso da palavra ‘alegria’ desperta para a importância do humor para CM6, expresso por ele sob diversas formas durante os encontros, através de brincadeiras comigo, com a esposa, e com outros participantes. Revelou principalmente uma atitude de acolhimento para com os que iniciavam o tratamento de quimioterapia e que demonstravam medo ou ansiedade com a situação. Bem humorado e alegre co-construiu com os demais partícipes do cuidado um ambiente propício para a reconstituição.

Encontro pontos de contato entre a avaliação de CM6 e a de sua esposa, FF6-EM2, também relacionada às narrativas e à música: \_ *“Distrai, conta histórias, cada um cantou...”*. Seu discurso polissêmico aponta diversos aspectos dos EM, iniciado pela distração, e em seguida com ‘conta histórias’, que é uma outra forma de ver as narrativas sobre experiências de vida que ocorreram no 2º EM. Para ela, as narrativas também estão à frente do canto coletivo, ratificando sua preferência pela expressão verbal, apesar de também ter demonstrado prazer em cantar junto com os outros.

CF8-EM3 também se refere à relação entre narrativa e música, ao mencionar que se sentiu mais à vontade para falar da família no 3º EM: \_ *“Porque... falar da família é muito bom também... e a oportunidade da gente falar. A música... ajuda”*.

Seu discurso sinaliza que a oportunidade de falar esteve implicitamente vinculada ao espaço de conversação que se configurou no desenvolvimento dos encontros. O efeito parafrástico demonstrado por ela em outros momentos de seu discurso sinaliza a dificuldade de falar sobre o adoecimento ou o tratamento, às pessoas em geral, a quem ela tem que consolar. Esta dificuldade também ocorre em relação aos seus familiares mais próximos como foi revelado no não-dito à filha, ou no fato de que seu filho não gosta de vê-la sem a peruca, conforme discussão havida no capítulo 7.

As dificuldades para encontrar interlocutores que estejam dispostos a conversar sobre temas tão difíceis indicam a necessidade de criação de espaços de apoio aos clientes. Estudo desenvolvido com grupos de mulheres com câncer demonstrou que a convivência entre estas mulheres configurou-se no ponto chave para a reabilitação das mesmas. Elas referiram a importância de um espaço para esclarecimentos de eventuais dúvidas e para a integração, como forma de promover lazer e equilíbrio. Outra questão interessante é que nas atividades de apoio sempre havia um componente educativo. Isto aponta a inter-relação entre a aquisição de informações, a percepção de si e a possibilidade de expressar-se para

promover a redução do medo, da insegurança e da ansiedade além de contribuir com o desenvolvimento do potencial de saúde do paciente e da família (FERNANDES; RODRIGUES; CAVALCANTE, 2004).

Ao pensar no potencial terapêutico na perspectiva dos sistemas familiares, é importante destacar que os próprios familiares acompanhantes se beneficiaram da participação nos EM, como a maioria (8) afirmou em sua avaliação, ao referirem que esses encontros ajudam a enfrentar com mais facilidade a QT: *o tempo passa mais rápido, as pessoas se apresentam mais descontraídas, as músicas as distraem, as relaxam, e elas se sentem mais à vontade para falar; aumenta, por sua vez, a possibilidade de interação entre as pessoas e de trocas mútuas*. Essas avaliações positivas mostram que os EM ajudam a reduzir o sofrimento familiar, pois para a família, incluindo o cliente, a QT promove tristeza, medo, nervosismo, depressão e angústia (SOUZA: ESPÍRITO SANTO, 2008).

## **8.2. Influência da linguagem verbal e da interação no processo terapêutico**

Durante a avaliação, observei que para alguns participantes, a possibilidade de conversar havia sido muito significativa, como ocorreu com o SF6, quando conversaram sobre o silêncio de CM6-EM3, conforme relatado no capítulo 6. Este diálogo promoveu, além de uma aproximação ainda maior entre o casal, que passou a falar sobre as relações com os filhos, uma troca de experiências e vivências com as participantes do SF3, que ajudaram CM6-EM3 a ressignificar o comportamento de seu filho.

No momento da avaliação neste encontro, CM6-EM3 apontou a importância dessa conversação: *– “Muito bom! Até eu falei”!* Quando lhe questionei o porquê, ele respondeu: *– “É porque apareceu o tema... talvez tenha sido isso. [...] Falar a gente fala, mas não é a todo momento, à toda a hora [...]”*. Sua esposa, também fez avaliação semelhante: *– “Muito bom, foi calmo, pouca gente... Eu falei muito! [...] É, com pouca gente pra falar, nós aproveitamos pra falar...”*.

A afirmação de CM6-EM3 sobre a sua expressão verbal estar condicionada ao tema e à ocasião indica a importância de se desenvolver um ambiente de cuidado capaz de propiciar o desenvolvimento da expressão verbal, o que ratifica a contribuição dos EM como campo de possibilidades, aí incluída a promoção do encontro entre os sujeitos. Os EM promoveram uma conversação terapêutica que explorou o diálogo e o entrecruzamento de ideias, produzindo novos sentidos para os participantes (GOOLISHIAN; ANDERSON, 1996).

No 3º EM, bastante focado na conversação sobre relações familiares, a avaliação de FF8 também trouxe para o espaço grupal a importância do diálogo na construção de uma rede de apoio: \_ *“É melhor porque as pessoas interagem... Porque tem coisas que a gente pensa que só acontece com a gente, e quando a gente está conversando, interagindo, você vê que... e tem a capacidade de ir melhorando, o convívio com a família, um apoiando o outro. Acho também isso muito legal. E no diálogo você percebe que um começa a se apoiar no outro. Um dia eu estou passando mal, depois eu estou melhor, um dia está de uma forma e na outra vai estar melhor ainda. Isso aqui é importante, ajuda muito”*.

O discurso de FF8-EM3 aponta a possibilidade de interagir a partir da conversação, e de como isso afeta positivamente a percepção de que sua experiência não é única e pode ser partilhada. Encontro relação dessa percepção com algumas premissas sobre posição narrativa abordada por Goolishian e Anderson (1996), das quais destaco: os sistemas humanos são geradores de linguagem e de sentido, a comunicação e o discurso definem a organização social. Todos os sistemas humanos são sistemas lingüísticos melhor descritos por aqueles que participam deles e não por observadores externos ‘objetivos’.

Vindo ao encontro da análise desses autores (op. cit.) considero os EM como um sistema lingüístico, no qual os participantes puderam se comunicar e produzir sentidos, organizando com as músicas, narrativas e atitudes a sua forma de se expressar e se relacionar. É, sobretudo, um sistema terapêutico de cuidado, pois essa organização tinha a finalidade de atender às necessidades individuais e coletivas dos participantes.

Sobre o que FF8-EM3 revelou em sua avaliação, e pelo discurso proferido por sua mãe, CF8, no 6º EM, percebo que para elas, a necessidade estava vinculada ao partilhar as experiências relacionadas ao adoecimento e suas repercussões nas relações familiares, visto a dificuldade verbalizada de comunicação intra-familiar. Nesse sentido, a avaliação de FF8-EM3, assim como as dos outros participantes vem descrevendo, a partir das suas subjetividades, de uma forma única e significativa, o que eles consideraram como terapêutico no desenvolvimento dos EM, visto serem ‘observadores internos’ do processo grupal.

Uma questão de destaque ainda no discurso de FF8-EM3, se refere a *‘um se apoiar no outro’*, apontando outra importante função do processo grupal, que é o de formar uma rede de apoio. Para Sluzki (1997), os processos de rede se dão no espaço interpessoal, Assim, a rede social contém e é gerada pelas histórias que constituem a identidade de seus

membros, legitimando a posição relativa dos participantes e gerando a existência simbólica destes membros. Nesse contexto, os EM se constituíram como rede social através das narrativas das histórias de vida, experiências e crenças que, por um lado, legitimaram sua vivência com o contexto do câncer e da quimioterapia, e, por outro, legitimaram sua reafirmação perante a vida a partir das músicas e das atitudes positivas de enfrentamento.

No processo avaliativo CF16-EM8, que se expressou muito através da narrativa, surpreendeu-se com sua prolixidade: *– “Difícil [falar sobre si], mas aqui não, aqui eu participei. Porque aqui estão todos no mesmo... navio, né?”*. Depois ela retifica seu discurso metafórico: *– “No mesmo barco, então tem que passar isso para os novos também. Foi maravilhoso!” [...] O que eu tinha vontade... Não sou de falar não. [...] Mas eu não sou de falar... Mas aqui!? Não sei se é porque estamos todos juntos, né?”*.

Seu discurso expressa identificação com os outros participantes, revelada nas afirmações: *‘estarem todos no mesmo barco’*, e mais adiante, *‘estamos todos juntos’*. Esse sentimento de pertença é muito importante na formação de processos terapêuticos grupais, e pode-se originar do ato de compartilhar com outras pessoas que vivenciam experiências semelhantes, criando a possibilidade de troca e crescimento mútuos. Rodrigues, Silva e Fernandes (2003) sinalizam a relevância do grupo de apoio para a troca de afeto, compreensão e ajuda, o que promove satisfação nas relações e suporte emocional positivo.

Vejamos o destaque de CF14-EM7: *– “Acrescenta muito, muito (os EM)! Porque quando a gente está aqui, por mais que a gente converse, é uma coisa (referindo-se à sala comunitária da quimioterapia). E aqui, não. Porque aqui... Um entra em contato com o outro, e todos acabam no final... Entendeu? Acabam um ajudando o outro assim... conversando... cantando, e faz muita diferença. A gente sai daqui com outra cabeça. Porque quando a gente sai sem o nosso encontro (musical), a gente sai quieto, vai... E por mais que a gente tenha uma cabeça feita, como diz a minha filha, mas a gente não sai com a cabeça... Não é? A cabeça fica assim... mais tranqüila. Bota pra fora muita coisa cantando... entendeu?”*

Nesse fragmento discursivo, CF14-EM7 apontou dois aspectos importantes. O primeiro relativo ao espaço: a conversa que se estabelece no EM se diferencia de outras que ocorrem no setor, o que remete à afirmativa de CM6-EM3 de que sua expressão verbal nos EM foi proporcionada pela ocasião e pelo tema. O outro aspecto apontado no discurso metafórico de CF14 diz respeito aos efeitos produzidos: *“sai com outra cabeça”*; *“bota pra*

*fora quando canta*”, interligando dois tipos de expressão, avaliados por ela, como benéficos – os diálogos e o canto coletivo.

Nesse sentido, ainda que clientes e familiares mantenham um clima interativo com outras pessoas que vivenciam situações semelhantes de adoecimento, é necessária a intencionalidade de cuidar/reconstituir por parte da enfermeira na promoção de um ambiente mobilizador da interação social e potencializador das forças internas dos sujeitos (WATSON, 2002).

O discurso metafórico de CF14 indica que sem o EM, ela ‘sai quieta’, o que possivelmente indica um estado de humor rebaixado. Entretanto, quando ela participa, ela ‘sai com outra cabeça’, o que aponta uma mudança, indicada à frente como sendo de tranqüilidade, associada a uma catarse musical: *‘bota para fora cantando’*.

Na área da oncologia há estudos que reportam diferentes atividades, como trabalhos em grupo e técnicas de relaxamento, distração e imaginação dirigida, que auxiliam o paciente a refletir sobre a influência da doença em sua vida, aprender estratégias de enfrentamento e estabelecer metas (SECOLI; PADILHA; OLIVEIRA LEITE, 2005).

É importante discutir a criação de espaços alternativos que atendam o sistema familiar (con)vivendo com câncer em sua integralidade. Assim, deve-se interligar recursos criativos/artísticos com toda a forma de conhecimento e múltiplas maneiras de ser como parte do processo de cuidar (WATSON, 2008).

Cabe destacar, no entanto, que as possibilidades terapêuticas grupais nem sempre se revelam da mesma forma, na mesma intensidade ou ao mesmo tempo para todos os que delas participam. CF13-EM3,6 ao participar da entrevista individual sinalizou a importância da expressão verbal como forma de interação, e que os EM poderiam significar um momento de distração, uma vez que *sempre gostou de entrevistas*. Sua participação se manteve nessa perspectiva quando realizou a avaliação no 3º EM (o primeiro do qual participou): \_ *“Está legal... é uma maneira da pessoa até falar. Eu que sou muito fechada... mas eu gosto, apesar de ser fechada eu gosto de debate, de pesquisa... eu gosto. Foi muito bom”* (riu).

Já no 6º EM, CF13 (o segundo que contou com a sua presença) praticamente não participou do diálogo travado entre os integrantes do grupo, atendo-se a escolher duas músicas. No momento da avaliação verbalizou: \_ *“Foi legal, foi mais música hoje, né? Da outra vez foi mais complexo, hoje foi mais música, foi legal.*

A complexidade referida sobre o EM anterior do qual participou (3º EM) dizia respeito ao fato de que naquele encontro, o diálogo entre os participantes teria sido extremamente rico, deixando pouco espaço para a expressão musical. O não dito do discurso de CF13, associado às observações por mim feitas quanto à sua incerteza em entrar, ou não, na sala comunitária para participar do 6º EM, seguida da pouca integração no diálogo nele ocorrido, revelaram uma possível dificuldade de CF13 no estabelecimento de relações sociais. Tais fatos colaboraram com o entendimento de ter considerado mais complexo o encontro anterior cujo foco principal foi justamente, a interação dialógica, diferente deste em que a música ocupou espaço superior.

### **8.3. Outras possibilidades terapêuticas dos Encontros musicais**

Algumas avaliações apontaram a percepção dos sujeitos quanto a algum tipo de benefício percebido pela participação nos EM, mas que não foi relacionado à música ou à narrativa, ficando vinculado ao processo terapêutico de uma forma global, que será discutido a seguir.

FF3-EM7, que se mostrou mais reservada no início dos EM, foi-se desinibindo aos poucos e durante a avaliação fez menção à descontração: \_ *“Ah, com certeza! [...] É o que ela falou, ajuda a gente a levar mais fácil. Descontraí. Ajuda a passar o tempo mais rápido, também. Faz diferença”*. Seu discurso metafórico ‘levar mais fácil’ tem o não-dito implícito de que há algo difícil, que podemos inferir que é o adoecimento e mais especificamente, a quimioterapia. Afinal, a situação vivida pelo doente, sob tratamento, afeta e é afetada por todos os familiares; estes, também sentem como se eles próprios o estivessem realizando (SOUZA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

O discurso de FF4-EM1 ficou quase incompreensível pelos não-ditos: \_ *“Foi bom, foi descontraído, o pessoal, né, então é isso aí. Continuar... continuar, né?”* Se por um lado aparenta uma ‘leveza’, quando se refere à descontração, o seu não dito preenche todos os espaços, apontando que o que deve continuar é a vida. Sua avaliação é coerente com o seu comportamento ansioso durante o EM, quando tentou ansiosamente preencher os vazios com qualquer música, como já foi apontado no capítulo 5.

CM6-EM5,7 aponta também a importância da descontração para distrair e desviar o foco para pensamentos mais agradáveis: \_ *“Eu acho que é muito importante pela descontração que traz no ambiente... Porque afinal de conta a gente está aqui e está com a*

*cabeça meio... né? E esse encontro, eu acho que... distrai e leva a gente para um outro pensamento... eu acho muito bacana isso. Muito bacana mesmo”.*

Aqui surge uma outra forma de se identificar a modificação que ocorre na participação dos encontros, ‘*leva para um outro pensamento*’, que poderíamos dizer que é uma variação de ‘*fica com outra cabeça*’, já apontada anteriormente. O que se destaca aqui é que com o relaxamento, distração, descontração, é possível pensar de outra forma, mudar-se a perspectiva, saindo do foco da doença para o da saúde, do cotidiano.

Ele continua sua avaliação, apontando o elemento do EM com o qual mais se identificou, o humor, o que é evidenciado pelo entusiasmo e espontaneidade que ele inicia seu discurso, no meio do encontro: \_ “*Eu sempre falo para dona Leila aqui, que essa reunião aqui é muito importante por essa descontração, por essa alegria, entendeu? Que tira às vezes a gente do sério aqui, porque às vezes a gente está preocupado, com a cabeça pesada pensando nessas coisas e isso tira a gente da... é bom, mas muito bom mesmo! [...]* Essa descontração é muito importante! Muito bom, mas muito bom mesmo! Muito bom mesmo!”

Sua esposa, FF6-EM7, nesse mesmo encontro fala: \_ “*Relaxa, esquece que está doente! Porque tem horas em casa que eu esqueço que ele está doente! Tem hora que eu esqueço, pra mim ele está bom, está normal. Aí é que a gente cai em si! É igual aqui, é uma horinha que a gente esquece... E a gente vai, está ótimo!* (respondendo se o EM fez diferença) \_ *Fez muita diferença, fez muita diferença. Ele mesmo gosta* (se referindo ao marido). [...]*A gente se distrai muito!*”

Aqui o SF6 ratifica que os EM contribuem para descontrair, relacionando a descontração ao humor, como já mencionamos, que é a forma especial de comunicação de CM6, com a qual ele mais se beneficia, pois pode parar de pensar ‘nessas coisas’. Já FF6 se refere à distração, que para ela possivelmente é mais importante, pois está sempre atenta, pensando em como o marido está se sentindo, se ele está bem. Para ela, distrair é esquecer que ele está doente.

Entretanto, é bom lembrar, a música não promove somente distração, nem se configura como ‘fuga da realidade’, mas também contribui com a reflexão sobre o adoecimento sobre o câncer, como já foi abordado. Esse aspecto tem relações com outro estudo sobre adolescentes com câncer que passaram pelo processo de musicoterapia. A pesquisa apontou que a utilização da música contribuiu com que os adolescentes fizessem uma reavaliação positiva de sua situação, e promoveu a expressão emocional e apoio social.

Concluiu-se que a música emergiu como um potente canal de comunicação e expressão dos sofrimentos, dando-lhes outros sentidos e significados, e auxiliando-os a enfrentar o estresse do adoecimento (SILVA; CRAVEIRO DE SÁ, 2008).

Assim como o SF6, outros participantes também referiram a descontração e a distração como fatores positivos dos encontros, apontando-as como forma de amenizar os efeitos próprios da convivência com a quimioterapia, que eles identificam com a ‘*hora passar*’, ‘*passar o tempo*’ ou ‘*passatempo*’, como se pode observar nos fragmentos discursivos destas avaliações.

FF8-EM6: \_ “*Como da outra vez, foi relaxante... Deu para o pessoal relaxar bastante e a hora passa rapidinho*”.

FM7-EM2: \_ “*Foi legal, gostei! Foi ótimo. [...] Distrai também as pessoas...\_ É uma higiene mental...[...] Se solta mais, né? [...]Para mim está ótimo! Estamos aqui... des preocupados de não ter... como não tem isso... Em casa mesmo nós comentamos: \_ “Pôxa! Vai ter aquela canção, e tudo”. A gente fica aguardando por isso. Um passatempo maravilhoso, para mim foi ótimo*”

Estes dois participantes relacionam a distração com o relaxamento, des preocupação, se soltar mais, e novamente com a higiene mental, ratificando a ideia de ambiência, relacionada à redução da preocupação ou angústia, que quando dissipadas pela participação nos EM, dão lugar às sensações e sentimentos positivos.

Uma outra questão foi levantada por EM7-EM2, que se refere à alteração da expectativa da quimioterapia, visto que em casa eles já comentam sobre isso, esperando a oportunidade de novamente poder participar do EM. Essa expectativa também foi expressada por CF14-EM5, quando disse: \_ “*Para mim foi ótimo! Eu já vim hoje pensando que ia ter, né? \_ “Ah, hoje é bom porque vai ter musicoterapia”! Ai a gente já vem... Só falta da gente lembrar das músicas na hora (dá risada) [...]Descontrai, passa o tempo, né?*” Isso aponta a percepção dos participantes acerca da alteração do ambiente da quimioterapia para um espaço relacional que também produz prazer e não somente dor ou sofrimento, que passa a ser esperado e não temido.

Nas avaliações dos participantes, uma outra influência que consideraram importante, percebida durante a participação nos encontros foi alteração positiva do humor, que relacionaram a ter mais ânimo, como se depreende dos seguintes discursos:

CM9-EM8: \_ “*Continuar, uma higiene mental para a gente. Um ânimo a mais... principalmente para mim que estou precisando, né? [...] Ah, um bom astral.*” Nesse trecho

ele se refere à prostração que sentia nesse dia devido à QT, e possivelmente, por estar sem a companhia da esposa, mas com a lembrança do encontro anterior, no qual esteve ativamente envolvido, e no qual teve um ‘bom astral’, que é um termo que podemos relacionar à energia positiva circulante no grupo.

CF15-EM4: \_ *“Estou achando ótimo. Gostei muito, estou achando as pessoas bem alegres, bem simpáticas. Isso também faz com que ficamos animadas. Alegra os que estão caídos, tristes, como eu às vezes estou”*. Ela relacionou seu ânimo às pessoas alegres e simpáticas do grupo, que certamente lhe passaram uma energia positiva. Mas o interessante é que a mais animada nesse dia foi ela própria, que contagiou os outros com sua positividade e animação.

CF16-EM6: : \_ *“Foi ótimo. Gostei... Eu já chego animada, e vou sair mais animada ainda! (riu) [...] Anima, conversar sempre anima. Gostei... Eu não sou desanimada quando chego... agora vou sair mais animada... Só não estou animada porque o meu remédio veio trocado e ainda não botaram, estou esperando até agora. O resto... está ótimo, foi ótimo. [...] Aprende-se mais... [...] Que estamos todos no mesmo barco, deve-se ter esperança e fé para sair daqui... sair curado. É o que eu levo daqui sempre”*.

O discurso polissêmico e antagonico dela aponta seu próprio dinamismo, revelado inclusive na forma de se relacionar com os outros, incentivando-os através de palavras e de sua própria experiência. Entretanto explicita antagonismo quando diz a seguir que não está animada porque ainda não recebeu a medicação, mostrando como o atraso ou a falta de medicamento pode abater o ânimo do cliente no momento do tratamento da quimioterapia, situação também observada com outros clientes. Mas, como demonstrou em outros momentos da convivência no grupo, ela não se deixa abater, e ainda refere aprender com a convivência do grupo, apontando dois pontos importantes para processos grupais em oncologia, o sentimento de pertencimento ao grupo, que facilita o partilhamento de conhecimentos e experiências, e a fé e a esperança, fundamentais para a sua capacidade de enfrentamento da doença.

No seu discurso metafórico CF14-EM6 diz: \_ *“Não, hoje eu estou de farol baixo. Não sou de falar muito não (dá risada quando alguém comenta que o ‘farol melhorou’). É, até que melhorou um pouquinho. Eu melhora depois que vocês vêm. Melhora sim, mesmo quando eu estou assim meio para baixo eu melhora”*. Ela usou o termo ‘farol baixo’ para designar o rebaixamento do humor, nesse dia relacionado a um estado gripal que a deixou prostrada. Mesmo assim, ela considerou que seu ânimo melhorou ‘depois que vocês vêm’,

referindo-se à mim e ao músico acompanhante, que mobilizamos o ambiente para o desenvolvimento dos EM.

Dessa forma, o ânimo a que se referem está relacionado ao bem-estar, a alteração da própria condição de prostração relacionada a condições clínicas ou psicológicas, apontando as possibilidades terapêuticas dos EM voltadas para restaurar a integralidade do sujeito. Segundo Watson (2007) o propósito de um ambiente de reconstituição relaciona-se também com a harmonia e o uso de modalidades de cuidar-reconstituir relacionada a música e relaxamento, entre outros.

Outra função terapêutica do grupo apontada foi a possibilidade de conhecer outras pessoas, apontada por FF6-EM5: \_ *“Mas foi muito bom a gente ter se reunido hoje outra vez. É, valeu muito essa reuniãozinha, porque ‘CF17’ chegou muito nervosa e já está mais tranqüila, não é, ‘CF17’? (CF17 ri) Então valeu essa reunião. A gente conhece pessoas que eram desconhecidas, que estão aqui hoje e não estavam nas outras vezes, então valeu bastante”*. Seu discurso aponta a sua atitude de se aproximar das pessoas e acolhê-las, como ocorreu com CF17, que estava angustiada com o início da QT. Sua atitude é o que foi apontado por Maturana (1998) e Watson (2008) como sendo amor, o fundante das relações humanas e do cuidar. Assim, o acoplamento estrutural recíproco, à que se refere Maturana, apareceu no grupo no prazer da companhia e em outras formas, como está exemplificado a seguir.

Isso fica mais claro em outro momento de avaliação, quando FF6-EM7 diz: \_ *“Porque se fosse em outra época, aconteceria isso, eu choraria, e não sairia contente, satisfeita, que a gente conversa, conhece pessoas, vê a colega aí. Outro dia eu fui ver ela ali (se referindo à CF17, que não pôde realizar a QT na sala comunitária). Então a gente vai conhecendo outras pessoas. [...] Mais esperança.*

Ou seja, o interesse de FF6 não se restringiu ao momento do EM, mas se estendeu à outra ocasião em que pode visitar CF17, demonstrando que se importava com sua situação. Para Rogers (2002), em processos de grupos, o estabelecimento de relações de ajuda fora do espaço terapêutico são ocorrências frequentes, que se expressam através da compreensão, apoio, experiência, atenção, é tornar-se disponível para o outro.

A disponibilidade para o outro também foi evidenciada muitas vezes durante o processo grupal, na atenção dada às narrativas, na tentativa de cantar as músicas escolhidas por outros participantes e em outras formas já descritas, que podemos apontar também como interesse pelo outro, que é uma outra forma de demonstrar afeto.

Outra forma de revelar o amor é na forma de tratar o outro, ao qual se referiu CF4 neste trecho discursivo: \_ *“Eu gostei, todos nós nos tratamos bem”*. Nossas atitudes revelam nossos sentimentos e intenções, assim, tratar bem o outro é uma forma de cuidar.

CF10-EM7 aprofunda isso ao afirmar: \_ *“Seu trabalho é muito interessante! [...] Sempre pra melhor. Mais união, mais descontração, e se formam amizades! Por nós termos o nosso problema, não quer dizer que a gente não possa fazer uma amizade boa, não é? Eu acho que o seu trabalho é muito importante! Muito importante! E deve ser levado a todos os hospitais, a todos os doentes, eu acho que é muito bom. Valeu, que Deus te abençoe, lutando sempre pra melhor, crescer, crescer...[...] Vai dando mais esperança”*.

Para CF10, o amor toma a forma da amizade, que ela encontrou no grupo, e que ela gostaria de estender a outras pessoas. Se referiu também à esperança, como FF6 havia feito, o que permite uma aproximação entre o afeto recebido e partilhado no grupo e o sentimento de esperança, muito importante na situação vivenciada pelos participantes.

Seu empenho em desejar meu crescimento, me fez refletir em como todos evoluímos no contato grupal ao partilhar experiências tão significativas através das músicas, narrativas e das atitudes de cuidado que os participantes demonstraram uns com os outros. Morin (2002) ao ampliar a sua concepção sobre o estado poético, afirma que a vida real da poesia é o amor, que o amor que dura irriga de poesia a vida cotidiana, e nos faz suportar o destino e amar a vida.

O processo de avaliação com os participantes, apesar de todos os pontos positivos apontados por eles, também apresentou um limite, apresentando por FF6-EM7: \_ *“A primeira vez que a Leila falou comigo, eu estava na sala de espera, eu não aceitei participar. Porque era a primeira vez, eu não tinha conhecimento de nada, não sabia nada, claro que não! [...] Valeu muito a pena, seu trabalho é muito importante!”*

Seu discurso revelou uma dificuldade inicial de participar do EM, por ser uma atividade desconhecida. Como ela, outros declinaram do convite inicial que eu fiz a diversas pessoas, o que inclusive dificultou o início da implementação dos encontros. O medo do desconhecido é um sentimento inerente ao ser humano, e as pessoas precisam se acostumar com as ideias novas. Foi necessário tempo e persistência para que as pessoas se acostumassem com minha presença e aderissem à proposta. Ou seja, o profissional tem que ter muito empenho e confiança na sua proposta para persistir em semelhantes circunstâncias.

CF3-EM1,4,7 também apontou timidamente essa dificuldade inicial na avaliação ao final do 1º EM: \_ *“Eu gostei, sinceramente, eu estava meio apreensiva, mas fiquei feliz, gostei, pode continuar assim. [...]vai se conhecendo melhor, está ótimo. Um dando apoio a outro vai aumentando o calor humano, com certeza”*.

Mas, ao concordar em participar do grupo, ela percebeu que pouco a pouco, se construiu uma sensação de comunicação autêntica, reduzindo o isolamento. Rogers (2002) afirma que frequentemente, os participantes de grupos receiam-se os sentimentos negativos, pois julga-se que não serão aceitos pelo outro. Assim, uma das evoluções mais frequentes é o sentimento de confiança que começa lentamente a construir-se, e também um sentimento de calor humano e simpatia pelos outros membros do grupo. Esse calor e simpatia também são outras expressões de afeto, outra face do amor.

Na validação ocorrida no âmbito do 7º EM, CF3 ratificou seu processo de integração ao grupo:\_ *“A gente vai tendo mais afinidade, mais conhecimento com todos, realmente é excelente! Cada um vai contando assim seu probleminha, fica uma família realmente. Cada um se integra com o outro... É muito bom mesmo, está ótimo”!*

Essa declaração mostrou não só a sua evolução no processo, que se iniciou receosa do que poderia ocorrer nos encontros, mas apontou para outros aspectos importantes: a importância da continuidade de participações para a integração do sujeito e a possibilidade de através de uma estratégia grupal de apoio, se promover o processo de rede social (SLUZKI, 1997). CF3-EM7 destacou inclusive alguns elementos dessa rede: a possibilidade de falar de si próprio e de desenvolver afinidades e conhecimento acerca do outro, contribuindo para o processo de integração. Utilizando um recurso metafórico, CF3-EM7 complementou: *‘fica uma família realmente’*.

Relaciono seu processo com o quarto elemento do Caritas Processes de Watson (2008), que se refere ao desenvolver e sustentar o ajudar-confiar como autêntica relação do cuidar. Para CF3-EM1,4,7, que referiu, a princípio, estar apreensiva nos encontros, foi necessário desenvolver a confiança no processo terapêutico que estes possibilitavam, para assim poder participar com maior segurança dos mesmos.

Outro exemplo dessa dificuldade inicial ocorreu com CF7-EM2 que o expõe em um discurso antagônico: \_ *“A gente pensa... quando você fala pela primeira vez, parece que... mas é muito bom, bom mesmo. O papo não tem nada a ver com o que a gente está sentindo, né? É muito gostoso... Tomara que seja assim e que você consiga... as coisas boas para passar para as pessoas, né?”*

O que se revela inicialmente em seu discurso é o não dito, referente à dificuldade de dizer qual foi sua primeira impressão, ao ser convidada, pois ela recusou o convite e só o aceitou semanas depois, após me observar algumas vezes no setor, conversando com outras pessoas. Em seguida, possivelmente esteja a justificativa para sua atitude: *‘o papo não tem nada a ver com o que a gente está sentindo, né? É muito gostoso...’* De onde se depreende que sua recusa tinha por explicação sua expectativa de que a conversação girasse em torno de algum tema que despertasse a ansiedade e o sofrimento latentes, ou seja, no fundo o que ela estava sentindo, visto que foi a participante que mais falou sobre a morte. Assim, ao perceber que a conversação versava sobre temas variados, que incluíam outros assuntos, ela considerou o encontro *‘muito gostoso’*.

Deve-se levar em conta no planejamento de uma estratégia grupal com clientes em tratamento oncológico e seus familiares, essa expectativa de que os temas abordados sejam outros que não aqueles que eles estão preparados para participar. A autonomia dos participantes na escolha dos temas de conversação pode ser fundamental para o êxito do processo terapêutico grupal.

Nesse contexto, os participantes apontaram que a distração ao mesmo tempo promove o relaxamento e reduz o estresse relacionado ao contexto da quimioterapia, permitindo que os participantes se expressem livremente sobre os assuntos de seu interesse relacionados ao processo de viver, seja a própria música, histórias do cotidiano e do passado, suas próprias crenças, ou mesmo brincadeiras sobre o processo grupal. O que não invalida em que, em alguns momentos falassem sobre seu processo de adoecimento e tratamento, temas que certamente os cercam constantemente. O que estava implícito na dinâmica dos encontros era que podiam falar sobre a doença e depois retomar os outros temas que os aproximavam de aspectos mais lúdicos e saudáveis da convivência social.

Encontro semelhanças entre as tentativas iniciais de ter um tema central para atender o que julguei ser a necessidade do grupo e a atitude deste em seguir sua própria direção. Rogers (2002) aponta que após criar um clima de facilitação, é possível confiar no grupo para desenvolver as suas próprias potencialidades e a dos seus membros, não sendo necessário ter um objetivo específico para o grupo e sim, estimular que ele desenvolva suas próprias direções. O autor destaca que o grupo acaba por anular os objetivos específicos do facilitador.

Dessa forma, a partir das avaliações realizadas pelos sujeitos no desenvolvimento dos EM, constatei que estes perceberam diversos aspectos influenciados tanto pelas

músicas cantadas como pelos diálogos estabelecidos entre os participantes, sintetizados no Quadro nº 34, a seguir.

**Quadro nº 34 – Síntese da avaliação dos EM a partir da ótica dos sujeitos**

<b>Influência da música no processo terapêutico grupal</b>	<b>Influência da linguagem verbal e da interação no processo terapêutico grupal</b>
Estimula a expressão verbal Relaxa Descontraí Distrai Conforta espiritualmente Altera positivamente o humor Alegria o ambiente Promove mudança de atitude Ressignifica situações da vida	Estimula expressão verbal Promove diálogo sobre temas mobilizadores Amplia o conhecimento sobre o outro Promove o compartilhamento de problemas Promove o compartilhamento de ideias Desenvolve afinidades Promove crescimento mútuo Promove apoio entre os participantes Estimula a interação Integra Promove mudança de pensamento Promove adesão terapêutica

A avaliação realizada pelos sujeitos ratificou muitas descrições e considerações que haviam sido realizadas, a partir de seus discursos, gravados durante os encontros, e pelas observações realizadas pela auxiliar de pesquisa. Suas palavras, no entanto trouxeram uma dimensão maior do significado dos EM para eles, principalmente no que se refere aos processos grupais e ao amor, que se revelou de diferentes formas nesse processo de avaliação grupal.

Entretanto, a avaliação da estratégia também se deu em outros cenários, como resultado do próprio processo estabelecido com os sujeitos. Isso ocorreu em duas situações marcantes que revelaram outra forma de cuidado ao sistema familiar. Dois meses após sua participação no 2º EM, CM12 foi internado em estado grave e sua esposa, sabendo do ocorrido no encontro, solicitou minha presença. Visitei-os acompanhada pelo músico e cantamos diversas canções de sua escolha, músicas de seresta ou bossa nova, mas com melodia e harmonia sofisticadas, como era do seu gosto. Nesse momento ele estava bastante debilitado, mas participou com entusiasmo, dividindo-se entre tentar cantar junto ou só fechar os olhos para apreciar melhor as melodias. Ao retornar para visitá-los, três dias depois, ele estava agonizando e a minha atenção voltou-se para confortar sua esposa. Esta procurou falar sobre a importância da música para ele, e como havia sido importante nossa visita anterior. Ele faleceu pouco tempo depois. Meses mais tarde, sua esposa procurou o

serviço e entregou diversas músicas de teclado, que ele tocava, para que usássemos em benefício de outras pessoas.

Situação semelhante ocorreu com CM6, que teve uma piora do seu estado e também foi internado por um período. Logo após a internação sua esposa, FF6 pediu para me avisarem e fui visitá-los com o músico. Procurei ajudá-los escutando os relatos, buscando esclarecimentos médicos e tentando incentivar CM6 que estava muito abatido. Mas, o que fazia realmente diferença eram as músicas, que intercalávamos de acordo com o estilo de cada um, que acabava o ‘contagiando’ o ambiente, melhorando um pouco o seu ânimo, e relaxando um pouco sua esposa. Posteriormente ele obteve alta, ficando em casa um período, mas acabou falecendo.

Quero destacar que foi uma honra poder acompanhar estas pessoas em momentos tão difíceis, mas também muito emocionantes. Penso que o cuidado se faz onde necessário, e certamente, poder se expressar com a música trouxe muito conforto não só para os clientes e familiares, mas também para mim, que fiquei bastante mobilizada com a morte de ambos.

Vale mencionar que uma autêntica relação de cuidar é aquela na qual se considera que o desenvolvimento e sustentação da relação de ajuda-confiança criam um campo de energia positiva capaz de afetar todos os que dela participam, reforçando a importância do quarto elemento do Caritas Processes (WATSON, 2008).

Ouso ampliar a perspectiva de avaliação para além dos co-participantes da estratégia de cuidado em foco, ou seja, para outros atores sociais indiretamente envolvidos na sua implementação - os membros da equipe de saúde do Hospital-Dia, cenário da pesquisa. Para tanto, pauto-me nas considerações de Trentini e Paim (2004) quando destacam que a incorporação dos resultados só cumprirá seu sentido ético se forem projetados de modo coletivo e validados pela equipe assistencial.

Assim, reafirmo que o diálogo com a equipe de saúde, em especial, com a de enfermagem, ocorreu desde o planejamento dos EM, de modo a adequar o formato destes às necessidades do contexto assistencial, tendo em conta as informações e considerações dessa equipe. Dessa forma, diversas decisões que envolveram a implementação da estratégia foram tomadas em conjunto, como os dias e horários mais adequados ao desenvolvimento da estratégia, visando atender a um número maior de clientes.

A decisão de incluir clientes em tratamento paliativo também foi influenciada pela sugestão da enfermeira chefe, o que possibilitou que diversos clientes com esse perfil

pudessem se beneficiar da participação nos encontros. No decorrer do processo, as informações partilhadas sobre o estado ou comportamento de alguns clientes foram fundamentais para que o cuidado pudesse ser realizado de forma plena.

Com o término do processo de produção de dados da pesquisa no âmbito dos grupos de convergência, e a continuidade da estratégia implementada como parte do processo terapêutico no contexto da quimioterapia, que vem sendo desenvolvida duas vezes por semana, solicitei a alguns membros da equipe que relatassem suas impressões sobre a mesma. Os profissionais enfatizaram a diferença por eles sentida no comportamento das pessoas quando participam dos EM. Verbalizaram que elas *“ficam mais comunicativas e animadas e conversam mais entre si”*.

Recentemente, após um breve período de afastamento do local de trabalho, ocasião em que os EM não ocorreram, a equipe de saúde percebeu maior irritação por parte de clientes e familiares para com a rotina imposta no setor da QT. Tornaram-se queixosas sobre as mais diversas questões. Relataram ainda observar discussões de diferentes naturezas na sala comunitária. Por algumas vezes, questionaram sobre o retorno dos EM.

Se, por um lado, tais fatos ratificam a influência dos EM no ambiente da quimioterapia, na promoção do diálogo, de relaxamento e bem estar, provocando mudança positiva de humor; por outro lado, nos alerta e confirma a análise inicial desta tese de que, iniciativas como estas ainda permanecem centradas em interesses isolados. Portanto, merece ter em consideração se pensar em caminhos que possam efetivamente tornar tais iniciativas institucionalizadas e inseridas nas políticas públicas de saúde.

Essa congruência com a equipe de saúde é exemplificada com a fala de CF15-EM4. Ela verbalizou ter apresentado dificuldades em realizar a QT devido aos efeitos colaterais, o que lhe acarretara muita ansiedade. Ao comparecer ao setor para remarcar o tratamento, o médico lhe disse: \_ *“Vem na quarta, que é o dia da música, que distrai tanto...”*.

O Quadro nº 35 mostram em forma de síntese os elementos que conformaram o processo terapêutico ocorrido nos EM.

**Quadro nº 35** – Síntese dos elementos que conformaram o processo terapêutico ocorrido nos EM.

**A) Conforto e bem-estar:**

- prazer de escutar ou cantar músicas;
- boas lembranças e distração, ligadas à memória afetiva de cada um;
- relaxamento promovido pela descontração.
- alteração positiva do humor

**B) Autoexpressão:**

**- comunicação verbal: (compartilhamento)**

- . troca de informações (enfrentamento)
- . impressões e sentimentos (desabafo e alívio)
- . crenças
- . histórias de vida e vivências
- . testemunhos de vida (reafirmação do significado da vida)
- . fala bem humorada ou voltada para o lúdico

**- comunicação não-verbal:**

- . canto (emotivo, desabafo, alívio, expressão de fé, mensagem)
- . riso (aspecto lúdico)
- . gestos indicativos de atenção, concordância, participação
- . movimentos rítmicos
- . choro

**C) Interação grupal:**

- Atitude interativa (intenção de estar com o outro, desejo de compartilhar)
- Sentimento de pertencimento

**D) Crescimento pessoal e grupal: (evolução na atitude e comportamento)**

- mudança na autoimagem - pelo acolhimento do grupo e pela sensação de não estar só, poder partilhar com outros que passam pela mesma situação, esperança
- exercer a autocrítica - revendo comportamentos que atrapalhavam a interação grupal e modificando-os em direção a comportamentos integrativos.
- reflexão – pelo diálogo grupal; estimulados pelas perguntas terapêuticas
- autorealização – poder fazer algo pelo outro, relação de ajuda,
  - a) cuidado familiar ou ao grupo ( escolher música e/ou cantar para o outro, palavras de conforto, tentar fazer rir, contar uma história para distrair, ou partilhar uma experiência para trazer esperança, oferecer informações, visitar participante ausente)
  - b) aceitação do cuidado do outro (escuta atenta, concordância, aceitação de música)

## **Yo Vengo A Ofrecer Mi Corazón**

(Cantada por Mercedes Sosa - Composta por Fito Páez )

¿Quién dijo que todo está perdido?  
yo vengo a ofrecer mi corazón,  
tanta sangre que se llevó el río,  
yo vengo a ofrecer mi corazón.

No será tan fácil, ya sé qué pasa,  
no será tan simple como pensaba,  
como abrir el pecho y sacar el alma,  
una cuchillada del amor.

Luna de los pobres siempre abierta,  
yo vengo a ofrecer mi corazón,  
como un documento inalterable  
yo vengo a ofrecer mi corazón.

Y uniré las puntas de un mismo lazo,  
y me iré tranquilo, me iré despacio,  
y te daré todo, y me darás algo,  
algo que me alivie un poco más.

Cuando no haya nadie cerca o lejos,  
yo vengo a ofrecer mi corazón.  
cuando los satélites no alcancen,  
yo vengo a ofrecer mi corazón.

Y hablo de países y de esperanzas,  
hablo por la vida, hablo por la nada,  
hablo de cambiar ésta, nuestra casa,  
de cambiarla por cambiar, nomás.

¿Quién dijo que todo está perdido?  
yo vengo a ofrecer mi corazón.

## **CAPÍTULO IX**

### **A INTENCIONALIDADE DO CUIDAR DA ENFERMEIRA NA CO-CONSTRUÇÃO DE UM AMBIENTE DE RECONSTITUIÇÃO**

Como venho defendendo nesta tese, o desenvolvimento dos EM possibilitou o processo terapêutico grupal, no qual clientes e familiares puderam co-construir um ambiente de cuidado através das escolhas musicais, das narrativas e diálogos decorrentes, e da atitude interativa. Assim, pode-se dizer que essa estratégia de cuidado obteve êxito em transformar o ambiente da quimioterapia em um espaço de crescimento pessoal e grupal por meio da intersubjetividade e das trocas de experiência, através das quais os participantes puderam constituir uma rede de apoio.

Prosseguindo na defesa dos EM como estratégia de cuidado grupal, a questão que ora se apresenta é de que forma a enfermeira/facilitadora promoveu esse encontro terapêutico e o que se caracterizou nele como cuidado de enfermagem. Além disso, cabe discutir as intervenções possíveis em uma estratégia que se configurou articulada aos princípios da instabilidade, intersubjetividade e complexidade (MORIN, 2006).

O que distingue o cuidar da enfermagem é a orientação teórica que fundamenta o seu pensar/fazer. Assim, para orientar o desenvolvimento dos EM, busquei uma teoria que abarcasse uma concepção de cuidado ampla e profunda, que pudesse sustentar a construção desta estratégia e que tivesse afinidade com a minha visão de mundo.

Minha escolha foi Jean Watson, pois esta aborda o cuidar por uma perspectiva filosófica humanística relacionada com os seus aspectos éticos e ontológicos. Sua teoria oferece um contraponto à noção curativa dominante na ciência médica, através do Caritas Processes (CP), que faz uma conexão entre o cuidar e o reconstituir, que envolve a consciência humana de viver com experiências subjetivas e o fenômeno da vida (WATSON, 2007).

Watson (2008) considera que o coração desta nova teorização são os elementos do CP, uma evolução dos fatores de cuidado da Teoria do Cuidado Transpessoal (1996). A autora refere que o CP explicita melhor a conexão entre Amor e Cuidar, e o processo do viver humano.

Considero que o CP apresenta aspectos relevantes para a tese, relacionados a: praticar Amor no Cuidar; estar autenticamente presente para possibilitar a expressão da subjetividade e crença do outro; aprofundar a autoconsciência; desenvolver o ajudar-confiar; promover suporte à expressão de sentimentos positivos e negativos; usar a própria

presença com criatividade e com todas as formas de Ser/Fazer; engajar-se em genuínas experiências de ensinar-aprender; criar ambiente de reconstituição em todos os níveis; prestar assistência às necessidades básicas com a intenção de cuidar; e abrir-se para o mistério-espiritual (WATSON, 2008).

Watson (op. cit.) também faz uma interseção entre arte e ciência, afirmando que a arte ajuda nossos olhos a ver mais do que o usual: acerca da vida em geral, mas também sobre nós mesmos. Nesse sentido, a arte nos transforma e ajuda a ver nosso mundo cotidiano de uma forma diferente, no qual a arte nos move para um espaço onde nós podemos criar visões de outras maneiras de Ser/fazer/conhecer.

No âmbito do cuidar surgem formas ampliadas de reconstituir através da integração entre ciência, arte, beleza e espiritualidade. Essas se manifestam potencialmente por áreas como artes visuais, música, som, aroma, dança, movimento, teatro, drama, contar histórias, design e uma variedade de outras. Dessa forma, o processo terapêutico desenvolvido nos EM articula-se com o cuidar-reconstituir, tendo interseção com diversos princípios de sua teoria e elementos do Caritas Processes, que serão discutidos a seguir.

### **9.1. Relação entre o Caritas Processes e o desenvolvimento dos EM**

Um conceito anterior ao desenvolvimento do CP que considero relevante, é o ‘momento do cuidado’, em que o encontro do cliente com a enfermeira pode ser considerado como uma oportunidade para cuidar, que depende da consciência, intencionalidade e orientação teórica como guia para a enfermeira. O momento do cuidado transcende tempo e espaço e continua como parte da vida de ambos, enfermeira e cliente.

Nesse contexto, o que vem sendo apontado até aqui indica que os EM constituíram-se em momentos do cuidado: uma oportunidade criada a partir da intencionalidade da enfermeira de promover cuidado a clientes e familiares no contexto da quimioterapia, que, pelo seu potencial terapêutico afetou beneficentemente a todos os envolvidos.

Para evoluir significativamente é necessário ver de forma diferente o próprio mundo e um campo novo de possibilidades, afetadas pela consciência de cada um e pela intencionalidade. Uma relação de cuidar e um ambiente de cuidado preservam a dignidade humana, o todo e a integridade, através de uma presença e escolha autênticas. Assim, nesse campo de possibilidades, a **intencionalidade** de cuidar promove o encontro entre os sujeitos desse cuidado (WATSON, 2002).

Nesse enfoque, e conforme a discussão do capítulo 7, sobre a atitude como manifesto do propósito do indivíduo relacionado à determinada situação, constatei que algumas atitudes minhas, na qualidade de enfermeira/facilitadora e co-construtora dos EM, revelaram a intencionalidade de cuidar, criando um campo de consciência que se transmitiu aos participantes, interligando ambos ao processo de cuidar-reconstituir (WATSON, 2002). Assim, o desenvolvimento dessa estratégia de cuidado esteve intimamente ligado às atitudes de todos os participantes, incluindo as minhas.

Estando as atitudes conectadas à visão de mundo, certamente uma visão mais ampla sobre o cuidado acarreta diferentes formas de cuidar. Para Watson, o cuidar é mais do que curar, ele é reconstituir. O ambiente de reconstituição é fundamentado em uma visão holística em que não se privilegia um aspecto sobre o outro, mas busca-se a totalidade e integralidade da pessoa; não é somente a cura ou o conforto, mas a oportunidade de promover o autodesenvolvimento, tanto do cliente quanto da enfermeira.

Assim, os EM podem ser considerados um ambiente de reconstituição, visto ser uma estratégia de cuidado voltada para os aspectos físicos, psíquicos, espirituais e sociais dos participantes. Os EM implementados nos grupos de convergência possibilitaram não somente o bem estar, mas a autoexpressão, a interação e o desenvolvimento tanto dos clientes/familiares quanto da enfermeira facilitadora.

Esses encontros também se relacionam, intimamente, a dois outros fatores do CP (WATSON, 2008, p. 31), que na perspectiva desta tese, estão conectados: “estar autenticamente presente para possibilitar/sustentar/respeitar o profundo sistema de crença e mundo subjetivo do outro” e “abrir-se e atentar para o mistério-espiritual, desconhecidas dimensões existenciais da vida-morte, estar atento aos cuidados da sua alma e a de alguém que necessite ser cuidado”.

No âmbito dos EM possibilitar e sustentar a expressão das crenças, ou dos anseios relacionados aos mistérios do espírito e das dimensões da vida-morte foi fundamental para os clientes e familiares. É notório que o impacto do diagnóstico de câncer é devido, principalmente, ao medo trazido pela perspectiva de sofrimento e morte que comumente é relacionada ao contexto da doença. Nessa perspectiva, os EM proporcionaram a oportunidade de alguns participantes expressarem sua fé e crença religiosa, e, em alguns momentos, vivenciarem experiências transcendentais, com a sensação de força e plenitude.

Destaco também que a totalidade inclui o senso de significado, dos sentimentos e da vida, que os clientes tiveram a oportunidade de expressar nos EM através das justificativas

para as escolhas das músicas, das narrativas de suas histórias, e dos ‘testemunhos’ de vida, que relacionei à ‘propagação’, como forma de enfrentamento ao medo da morte (YALON, 2008). Inclui também o seu sistema de referências, de seus valores. É a percepção de quem ele é, e o significado que sua vida tem para ele mesmo.

Outro ponto importante, abordado por Watson é a relação de ajuda-confiança, que está fundamentada na presença autêntica da enfermeira e em sua atitude de cuidar. Está também relacionada à instilação da esperança, pois sem essa, seria difícil enfrentar o adoecimento e todo o seu contexto, dificultando o processo de reconstituição. Baseio-me aqui na evolução teórica das concepções de Watson (2002) sobre o cuidado perante o potencial humano. Nele se destaca o momento de cuidado como um campo energético que conecta um com o outro e com um todo, e a intencionalidade do cuidado como forma de promoção de reconstituição. Assim, os EM foram fundamentados na intencionalidade de cuidar da enfermeira, aliada ao desejo de participar dos sujeitos, o que gerou o ambiente de cuidado.

O CP também despertou minha atenção por estabelecer a relação de cuidado com a postura criativa da enfermeira e o uso de práticas inovadoras. Sobre estas práticas, faz-se oportuno registrar que o EM é uma forma de cuidar que utiliza a música como expressão artística e estímulo à interação grupal, visando o processo de reconstituição de clientes e familiares que (con)vivem com a situação de câncer, no contexto da quimioterapia.

Outro fator do CP ao qual os EM têm aderência é: “engajar-se em genuínas experiências de ensinar-aprender que atentem para a pessoa na sua totalidade, e seu senso de significado, ficar atento para estar com o outro no seu sistema de referências” (WATSON, 2008, p.31). Isto porque, ao tentar apreender a forma como o cliente/familiar vê o mundo, como percebe a si e aos outros, a enfermeira coloca-se, empaticamente, em contato com o sistema de referências do cliente, o que lhe dará subsídios para co-construir o cuidado expressivo e integrador com o sistema familiar.

Um aspecto importante do CP relaciona-se à atenção às necessidades básicas dos clientes que no caso dos EM envolveram: cuidar do ambiente físico; acolher; observar se o cliente está com dor ou se apresenta algum sintoma relacionado à QT; se está com medo da punção venosa, ou ansioso com o gotejamento do soro, com o início, a demora, ou o término da QT; se vai sair logo, devendo então ser um dos primeiros a escolher a música; se está com o humor deprimido ou ansioso e por que motivo.

Outra maneira de atender às necessidades dos participantes foi através do estímulo à expressão de diferentes formas, para que pudessem desabafar, ou mesmo tomar consciência de suas emoções negativas e positivas, ou sentimentos ambivalentes. A possibilidade de autoexpressão estimulou a troca entre os participantes e o aumento do conhecimento ou compartilhamento, o que propiciou a identificação e interação grupal promovendo suporte a todos os participantes.

Ademais, a expressão de sentimentos positivos ou negativos como forma de conexão profunda consigo mesmo também teve lugar no processo terapêutico. Considero que esta possibilidade, além de proporcionar alívio e conforto, pode melhorar o nível pessoal de percepção e facilitar a compreensão do próprio comportamento e do comportamento dos outros partícipes do cuidado.

Destarte, no âmbito dos EM a expressão de sentimentos ocorreu de acordo com a necessidade do cliente, sendo respeitado o seu momento. Como já foi abordado anteriormente, não concordo com as posições extremadas que defendem a obrigatoriedade de expressar medo ou raiva para reduzir o estresse, assim como penso ser artificial manter uma atitude de extrema positividade o tempo todo. Ninguém se sente da mesma forma todos os dias e a oscilação de sentimentos reflete o contraste das relações que estabelecemos conosco mesmos, com os outros e o ambiente. Assim, também é importante que possamos expressar diferentes sentimentos de acordo com nossa necessidade e não com a expectativa externa.

Dessa maneira, os elementos do Caritas Processes formaram uma rede de apoio para que eu, como facilitadora do processo terapêutico grupal pudesse contribuir, juntamente com os participantes, para o desenvolvimento de um ambiente de reconstituição. Cada elemento influenciava e era influenciado por outros elementos, formando um movimento recursivo que dificultava a predominância de um desses elementos sobre os outros, não havendo assim um único ponto de partida, mas uma confluência de situações que caracterizam um processo complexo, como pode ser observado na Figura nº 1.

**Figura nº1:** Elementos do Caritas Processes envolvidos na promoção do ambiente de reconstituição no contexto dos Encontros Musicais



A conexão entre os princípios do CP e os EM ratifica que este, pelo alcance de sua efetividade, se constituiu como um processo de cuidar-reconstituir que envolveu o ambiente de cuidado (contexto da quimioterapia), o momento de cuidado (o próprio EM) e os partícipes do cuidado (clientes, familiares e enfermeira/facilitadora). Contudo, outras disciplinas contribuíram com que esse processo de reconstituição fosse mais amplo e efetivo, como será discutido na sequência deste capítulo.

## 9.2. Contribuições transdisciplinares para o desenvolvimento dos Encontros Musicais

A implementação dos EM foi um processo pautado pela instabilidade, por se tratar de uma estratégia grupal multifamiliar de cuidado, inserida no contexto da quimioterapia. Os diversos fatores que se inter-relacionam nesta estratégia, como os diferentes níveis de relacionamento, individual, familiar, e grupal; e diferentes maneiras de expressão, musical, verbal e não-verbal, necessitam de uma perspectiva transdisciplinar para que suas possibilidades terapêuticas sejam amplamente consideradas.

Assim, serão discutidas a seguir as contribuições do pensamento complexo e do construcionismo social, seguidos das contribuições da musicoterapia para a implementação dos EM. Cabe explicar que alguns conceitos sistêmicos e do construcionismo social se alinham com o paradigma da complexidade de Morin, e as suas contribuições aqui se referem a técnicas ou conceitos utilizados em processos de terapia familiar.

### **9.2.1. Contribuições do pensamento complexo e do construcionismo social**

Uma das principais contribuições da mudança paradigmática, em direção à complexidade, refere-se à inclusão do observador/terapeuta no sistema observado. Nesse ponto, considero duas premissas importantes: não é possível estudar um objeto sem o alterar; e, é importante a busca do conhecimento do conhecimento. A primeira acaba com a ilusão de objetividade e traz o observador para o foco. A segunda nos mantém curiosos sobre como apreendemos o mundo. Desta feita, propus-me a observar o observador, ou seja, a mim mesma, e perceber de que maneira contribuí com as mudanças que se processaram na estratégia implementada.

Para tanto, utilizei a auto-observação, também preconizada pela PCA (TRENTINI; PAIM, 2004), como instrumento para avaliar as intervenções realizadas e a influência das minhas atitudes nesta estratégia de cuidado. Dessa forma, procurei descrever o papel da enfermeira enquanto facilitadora dos EM, observando que atitudes/intervenções foram benéficas para o processo terapêutico grupal.

Uma das intervenções que evidenciaram um resultado benéfico foi a ‘curiosidade terapêutica’ baseada numa atitude autêntica de ‘não-saber’, que buscava, através de perguntas no decorrer dos discursos dos participantes, entender realmente sobre o quê falava o interlocutor, e que sentido aquilo tinha para ele. De acordo com Cechin (1996), a curiosidade é uma atitude terapêutica que promove a construção de novas formas de ação e interpretação. No processo intersubjetivo, mais do que ensinar é necessário aprender, só assim é possível co-construir o cuidado junto com o sistema familiar.

A curiosidade terapêutica gera conhecimento, tanto da enfermeira quanto do grupo. Pode gerar também novos significados para o participante, pois este percebe a questão de outra maneira, ou, ao esclarecer uma dúvida, sua própria fala vai constituindo novos sentidos. Nesse contexto, durante a narrativa dos sujeitos, é importante manter a posição de não-saber, evitando configurações estáticas prévias e estando aberto ao conhecimento (ANDERSON; GOOLISHIAN, 1998).

O papel da enfermeira como facilitadora do processo dialógico é fundamental, visto que na possibilidade do diálogo constroem-se consensualmente narrativas com objetivos em comum. Com essa finalidade, os interlocutores partem de suas referências de ideias e tentam encontrar o semelhante no discurso do outro. Por isso a linguagem profissional não deve se afastar do referencial do cliente, para que ele possa encontrar o semelhante no discurso do profissional.

Contudo, se não há diferenças no discurso, não há movimento de ideias e possibilidade de novas percepções. Além disso, é importante que o referencial da enfermeira também seja conhecido, pois o seu preparo profissional pode trazer importantes contribuições para a saúde do cliente. Mas, para que o outro possa apreender o que é dito, é necessário que a forma e o conteúdo do discurso não se afastem muito do seu referencial. Por isso é fundamental perceber qual é a ‘diferença’ possível no próprio discurso, para que faça sentido para o outro.

Esta é uma das dificuldades no processo intersubjetivo, qual seja, a de perceber a sua influência sobre o outro, seja através da linguagem ou de atitudes. A nossa visão de mundo influencia nossa subjetividade, e esta, por sua vez, influencia nossa expressão e atitudes (Figura 1). Nesse sentido, Morin (2006), aponta a importância do pensamento complexo para realizar a ligação dos conhecimentos, meditar sobre o saber e integrá-lo à própria vida, para melhor explicar a própria conduta e o conhecimento de si. Assim, somente com o autoconhecimento pode-se evitar que uma forma equivocada de pensar influencie a relação intersubjetiva que se propõem como sendo de ajuda, terapêutica ou de cuidado. Percebi isso claramente na forma como iniciei o meu contato com o contexto da oncologia.

No meu processo de aprendizado, houve uma evolução da minha forma de entender o contexto do adoecimento pelo câncer. Há anos atrás, quando participei da experiência piloto, citada na introdução desta tese, compartilhava a crença, com outras pessoas da equipe, de que devíamos nos preparar para o pior, pois os clientes só falariam de morte e perdas.

Vale dizer que esta perspectiva, baseada nos meus pré-conceitos e medos pessoais não se efetivou na implementação dos EM, uma vez que as pessoas apesar de falarem de seus problemas relativos ao adoecimento, tratamento do câncer e vida familiar, e algumas se lamentarem após o diagnóstico, esta não foi a tônica dos EM. Neles, minha visão sobre o

doente e sua família se ampliou, porque percebi que eles necessitavam muito mais falar de vida e vivenciar situações de prazer do que somente expressar a dor.

Assim, foi útil testar e questionar meus pré-conceitos segundo os quais as pessoas que (con)vivem com a situação de adoecimento e tratamento do câncer **precisam** falar sobre as angústias que os cercam. Na realidade, os sujeitos me mostraram que **pode** ser importante falar sobre essas circunstâncias e os sentimentos que estas despertam, mas de acordo com sua necessidade ou desejo, e estando envolvidos por um ambiente de segurança e relaxamento que pudesse reduzir sua ansiedade, como ocorreu nos EM. Para Morin (2006), o aprendizado da auto-observação faz parte do aprendizado da lucidez, e a aptidão reflexiva deveria ser encorajada e estimulada em todos como um processo nunca concluído.

Destaco, mais uma vez, a importância de incluir o observador nos sistemas que observa, para formar o novo sistema em que observador e sistema observado interatuam através de processos autoreferenciais (MATURANA, 1995), formando assim o sistema de cuidados, tal qual o que se configurou no âmbito dos EM.

Além disso, ao estimular que o sujeito fosse partícipe do seu processo de cuidar, tendo autonomia para delimitar temas e contribuir com sugestões, mantive uma atitude relacionada à ética do cuidado. Concordo com Maturana (2001) que a ética fundamenta-se na legitimação da existência do outro e na responsabilidade pelo agir e interatuar com ele.

Morin (2002) aponta que na intersubjetividade produz-se convivência. A compreensão só pode ocorrer na intersubjetividade, pois esta relação se baseia em indícios invisíveis à consciência, e a partir da simpatia, ocorre uma ressonância psíquica. Quando uma relação subjetiva ocorre, acontecem os mimetismos (risos, expressões faciais, entonações vocais, modos de comportamento). Desta forma, através da intersubjetividade ocorreram as comunicações não-verbais já apontadas no capítulo anterior, que influenciaram positivamente a interação grupal.

Quanto à importância da expressão verbal para influenciar o processo terapêutico, encontro também em Maturana (2001) uma descrição sobre as coordenações consensuais de emoção e linguagem que caracterizam nossa forma de viver socialmente. Nestas redes de coordenações consensuais, nosso fluxo de ações na linguagem muda ao mudarem nossas emoções, e vice-versa.

O autor (op. cit.) chama de conversação essa operação no fluxo entrelaçado de coordenações consensuais de linguajar e emocionar. Assim, na conversação grupal dos EM fluíram linguagem e emoções, que se influenciavam mutuamente. Destaque se dá às

emoções, influenciadas pelo espírito poético da música e do lúdico que, certamente, produziram diferença no fluxo de ações na linguagem, contribuindo positivamente para a mudança de perspectiva dos participantes.

Outra importante contribuição de Maturana (1998) para o entendimento dos processos sociais é a linguagem, um mecanismo fundamental de interação no operar dos sistemas sociais humanos. Para o autor (1998, p. 76), a linguagem no sentido antropológico é a origem do humano, e tira a biologia humana do âmbito da pura estrutura material, incluindo nela o âmbito da estrutura conceitual. Portanto, “a linguagem dá ao ser humano sua dimensão espiritual na reflexão, tanto de autoconsciência como da consciência do outro”. Essa concepção se aproxima do cuidar-reconstituir de Watson, pois envolve a dimensão espiritual e a autoconsciência e consciência do outro, fundamentais para o processo terapêutico pessoal/familiar/grupal.

Maturana (op. it.) sinaliza que os sistemas sociais humanos existirem, devem dar-se recorrência de interações cooperativas. Nos seres humanos, esse acoplamento estrutural recíproco se estabelece espontaneamente em muitas circunstâncias diferentes, aparecendo como prazer da companhia, ou como amor, em qualquer de suas formas. Sem isso, não há socialização humana; toda sociedade na qual se perde o amor, se desintegra. A conduta social está baseada na cooperação e não na competição.

Essa convergência entre a concepção da importância do amor para a manutenção dos vínculos sociais, de Maturana (op. cit.) e a relação entre o Amor e o Cuidar/Reconstituir, de Watson (2008), foram fundamentais para o processo de desenvolvimento dos EM.

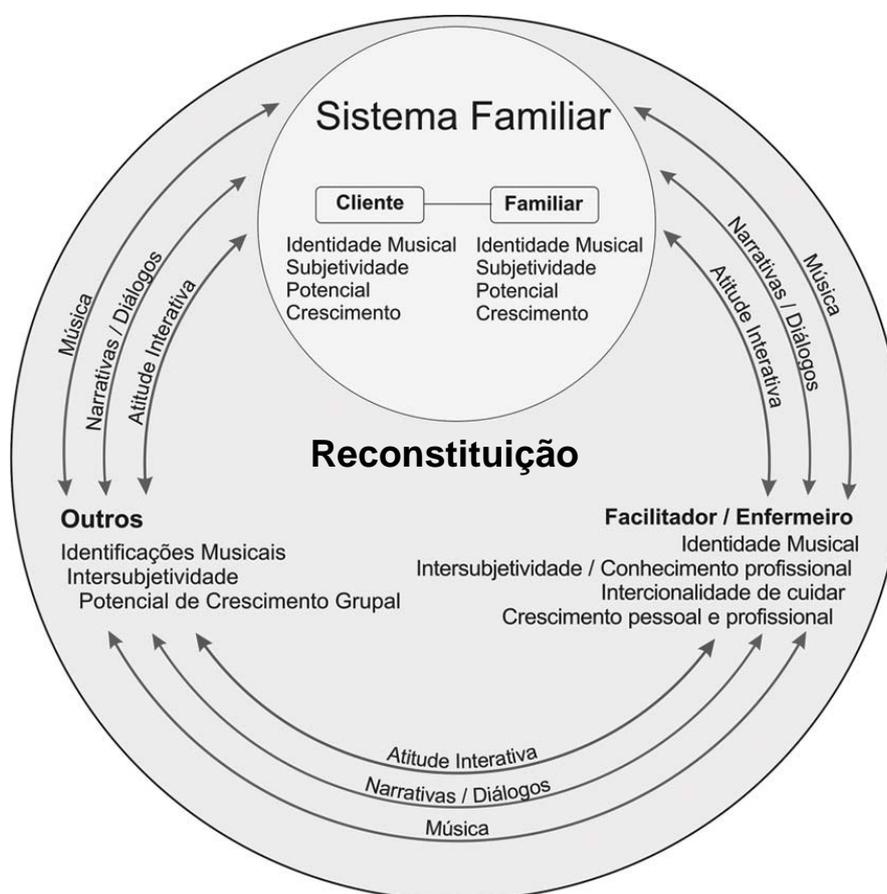
Considero que se não mantivermos a perspectiva do amor nas relações de cuidado, muito do potencial de reconstituição se perde, pois o amor ensina a ser tolerante e esperar, aguardar o momento certo de agir, e não desistir, apesar da aparente barreira que surge quando se tenta desenvolver uma estratégia inovadora. Essa perspectiva me manteve segura através da desordem e instabilidade que às vezes se instalava no processo de desenvolvimento dessa estratégia.

Dessa forma, o cuidado inicial foi saber aguardar a emergência do afeto, construído primeiro através das minhas atitudes, e do prazer que foi emergindo do contato com a música e com o lúdico. Por fim, através da empatia e generosidade manifestas entre os participantes, que acolhiam aqueles que julgavam necessitar mais cuidados do que eles próprios, construindo uma autêntica rede de solidariedade.

Cabe também destacar a influência do construcionismo social na forma como o grupo se constituiu, pois a construção do conhecimento partiu das relações sociais, e não dos processos intrínsecos da mente (OSÓRIO, 2003). As intervenções terapêuticas, além de promoverem a interação através da facilitação da expressão musical, também se centraram no processo das narrativas socialmente construídas, incluindo o contexto cultural dos clientes e familiares participantes.

Na ótica de uma estratégia baseada no pensamento complexo, uma forma de apreendê-la mais amplamente é através do holograma, que mostra que a parte está no todo, e o todo está na parte. Assim, o todo é formado pelo Encontro Musical como um sistema de cuidados e as partes são: o *sistema familiar* constituído pelo *cliente* e *familiar*, com suas características próprias; os *outros* como o grupo formado pelos outros participantes, também com suas características próprias; e o *enfermeiro facilitador*, que também traz seu conhecimento profissional e sua cultura. Essas partes são conectadas pelas relações estabelecidas através das músicas, narrativas e atitudes interativas que são os elementos constituintes dos EM, como pode ser observado na Figura nº 2.

**Figura nº 2:** Holograma dos Encontros Musicais como um sistema de cuidados



### 9.2.2. Contribuições da Musicoterapia

Uma importante característica da integridade, tanto na saúde como na música é a harmonia, considerando que “quando tudo se encaixa e trabalha em conjunto como partes de um todo (que por sua vez, formam partes de outro todo, e assim por diante) se diz que há harmonia”. Destarte, um objetivo comum da musicoterapia é ajudar o cliente a fazer múltiplas conexões, recolocando as partes (corpo, mente e espírito) em um todo harmonioso (BRUSCIA, 2000, p. 73).

Segundo esse autor (op. cit.), ao ouvirmos música sentimos vibrações em diferentes partes do corpo, experienciamos o passado com o presente e percebemos como o mundo está conectado. A música é um modelo de harmonia. Essa conexão entre as diferentes partes de si, unindo corpo, mente, sentimentos e o sentido especial de ligação com o mistério/espírito através da harmonia promoveu em alguns momentos, nos encontros, um sentido de totalidade e integridade muito importante para o processo de reconstituição dos participantes.

O fazer criativo também é uma importante contribuição da Musicoterapia, pois a música abre muitas possibilidades de expressão, o que estimula a experimentação. Ela também proporciona novas sensações e o contato com os sentimentos, despertando a sensibilidade. Assim, ela não somente estimula a expressão de sentimentos, mas estimula os próprios sentimentos, mobilizando o indivíduo para a reflexão ou ação.

Outro aspecto que merece destaque é o relacionado à importância de se refletir sobre a música como forma de produzir e transformar a realidade social, pois a música não é só uma maneira de expressar ideias, mas de vivê-las (RUUD, 1998). Assim, o relaxamento e a redescoberta do prazer, promovidos pelos EM puderam despertar a reflexão sobre o papel de cada qual na família. Do mesmo modo, contribuíam com a descoberta de alternativas para melhorar a qualidade de suas vidas e enfrentar a doença, auxiliando na promoção de mudanças de atitude e fortalecendo os laços familiares e a esperança.

Isso vem ao encontro de outro estudo que apontou que, ao estabelecer uma lógica de **cuidados inserida na saúde** e não na doença, a música contribui para aumentar a capacidade de enfrentamento frente às intempéries que se apresentam na con(vivência) com o câncer (CHAGAS; GAZANEO; AGUIAR, 2004).

O enfrentamento ao estresse, por exemplo, convergem com os apresentados em uma pesquisa de musicoterapia com adolescentes portadores de câncer. Seus resultados apontaram que a utilização da música contribuiu com que os adolescentes fizessem uma reavaliação positiva de sua situação, e promoveu a expressão emocional e apoio social. Concluiu-se que a música emergiu como um potente canal de comunicação e expressão dos sofrimentos, dando-lhes outros sentidos e significados e auxiliando-os a enfrentar o estresse do adoecimento (SILVA; CRAVEIRO DE SÁ, 2008).

Ruud (1998) aponta que a musicoterapia é uma maneira de se mover em direção a uma melhor qualidade de vida, porque há uma estreita conexão entre a sensação de bem estar e a capacidade de agir. No contexto dos EM essa capacidade de agir foi estimulada em direção à interação, através da minha atitude de pedir ajuda aos participantes, sempre que não conhecia uma música que havia sido solicitada, o que integrou mais as pessoas na tentativa de lembrarem as letras das músicas.

### **9.3. A Estrutura dos Encontros Musicais e seu Potencial Terapêutico**

O desenvolvimento dos EM foi realizado em um contexto que unia a pesquisa com a assistência, e com essa finalidade foi formado um grupo de convergência com a intenção de construir conhecimentos a partir dessa formação. Esses encontros se constituíram em uma estratégia terapêutica grupal com características semelhantes a outras formações grupais voltadas para o apoio que visa o crescimento pessoal e que abrange várias dimensões do processo de viver (TRENTINI; GONÇALVES, 2000).

Assim, ele se aproxima do grupo de encontro, que tem por finalidade acentuar o crescimento pessoal e o desenvolvimento da comunicação e relações interpessoais através de um processo experiencial. E por fim, o grupo de família, em que várias famílias se juntam num grupo tendo a possibilidade de aprender através dos relatos dos próprios familiares e também dos integrantes das outras famílias (ROGERS, 2002).

Há, contudo, diferenças entre esses formatos de grupo e os EM que lhes conferem singularidade. O recurso da música na estratégia implementada proporciona a reflexão pela conscientização de sentimentos desvelados pela experiência musical, o que favorece o desenvolvimento individual ao tempo que promove mais rapidamente a interação dos participantes, por estimular a dialogicidade (BERGOLD, 2005). Visa também promover conforto e bem-estar, contribuindo com a redução da ansiedade inerente ao ambiente da quimioterapia através da ludicidade, distração, descontração e relaxamento.

Outra característica que lhe confere um caráter diferencial é a possibilidade de transgressão do instituído, o que propicia uma nova visão e expectativa sobre o contexto da quimioterapia, ao modificar positivamente este ambiente, influenciando as expectativas dos participantes do encontro.

Aliada ao estímulo à autonomia, o respeito às singularidades dos sujeitos promoveu também o crescimento pessoal. Acompanhar o processo grupal através da atuação como facilitadora de acordos entre as escolhas musicais e as narrativas dos participantes, dando vez e voz a todos, promoveu o processo terapêutico grupal. Foi importante ter consciência do papel da enfermeira facilitadora, distinguindo-o do papel de terapeuta, pois o objetivo não era realizar terapia. Não se buscava propriamente ou especificamente a mudança do cliente/família, e sim, a transformação do contexto da QT para um ambiente de reconstituição.

A reconstituição deste ambiente, no meu entender, também se relaciona com o conceito de 'ambiência', relacionado à forma ecológica de reciclar o lixo que polui e ameaça a preservação da vida. Nesse contexto, a ambiência se refere ao lixo psíquico, que é tudo aquilo que é reprimido, não-expresso ou acumulado na forma de ressentimentos, angústias e frustrações que irá nos afetar e às nossas relações (OSÓRIO, 2003).

Para este autor (op. cit), uma forma de reciclar o lixo psíquico é criar ambientes continentais, onde as angústias possam ser recebidas e metabolizadas, e a energia gasta com elas possa ser re-utilizada em nosso proveito e dos que nos cercam. Proporcionar uma boa ambiência está relacionado às conotações positivas, que no caso dos encontros, perpassaram as relações construídas entre os participantes do grupo.

Nesse contexto, um dos objetivos foi promover o diálogo como fundamento do cuidado e estimular narrativas que ampliassem a percepção, o autoconhecimento e o conhecimento de recursos para o enfrentamento. Foi também estar aberta à curiosidade do outro, às dúvidas, às incertezas, respondendo com informações, esclarecimentos, e estimulando outras narrativas. Esse é o fundamento de um sistema de cuidados, no qual se incluem os clientes, os familiares e o próprio enfermeiro facilitador como co-construtores de uma rede de apoio.

É importante apontar as principais áreas requeridas, quando se pretende constituir uma rede de apoio. Estas incluem os seguintes tipos de apoio, segundo Silva (2000): informacional, afetivo-emocional, instrumental (apoio físico e financeiro), afirmacional (mostrando que os sentimentos de sofrimento são compreendidos) e pertencimento (sentido

de pertencer a um grupo, mantendo uma identidade social). À exceção do apoio instrumental, todos os demais fizeram parte da estratégia EM, o que faz concebê-lo como uma efetiva rede de apoio.

O prazer e a descontração vivenciados no âmbito dos EM me fizeram refletir que além de falar sobre suas vivências pessoais e familiares, relacionadas às histórias de vida e do enfrentamento da doença, a própria experiência grupal se constituiu como uma estratégia de enfrentamento. Isto porque, se pôde perceber pelo movimento do corpo e do diálogo e das atitudes no grupo, o potencial dos EM na redução da ansiedade, no resgate da lembrança de bons momentos vividos, no despertar dos participantes para uma perspectiva saudável, partilhando com eles o canto, o afeto e a esperança.

Assim, nesse sistema grupal de cuidados, o que se manteve na estrutura dos encontros, por mostrar seu potencial terapêutico foi:

**a) Entrevista prévia com os possíveis participantes** - concomitante com a investigação do prontuário. Assim, permanece o conhecimento prévio do sujeito e sistema familiar, voltado para as condições de adoecimento e tratamento, relacionamento familiar e expectativas de vida e expectativas sobre o encontro. É importante saber quem são os envolvidos na rede de conversação.

**b) Preparação do ambiente** - verificar a logística do ambiente de modo a acomodar confortavelmente os participantes e viabilizar a implementação da proposta, incluindo a compatibilidade desta com as atividades de outros profissionais.

**c) Desenvolvimento do EM** – iniciar com a apresentação dos participantes; esclarecer quaisquer dúvidas dos presentes, perguntar se desejam falar algo ou dar alguma sugestão sobre o encontro que se inicia; solicitar que escolham músicas; perguntar o motivo da escolha; se espontaneamente não surgir o diálogo, continuar com as escolhas musicais; avisar 20 minutos antes do término que está finalizando e solicitar que avaliem o encontro; facilitar acordos entre músicas e narrativas; acolher sugestões para os próximos encontros; encerrar o encontro confirmando o próximo EM.

Uma questão que merece destaque se refere às intervenções que se mostraram efetivas somente a partir da resposta dos clientes e familiares, reveladas pela comunicação não-verbal (conforto, bem estar, prazer, interação) e através das avaliações que eles fizeram dos EM. Ou seja, no processo de cuidar, avaliar as atitudes que se configuraram como cuidado depende muito da percepção da comunicação não-verbal do outro. Se, as mensagens não-verbais são reconhecidas e interpretadas adequadamente, podem nos

mostrar um processo complexo e dinâmico que nos capacita a entender o mundo do cliente e o nosso próprio mundo. A comunicação não-verbal nos ajuda a construir uma ponte entre esses dois mundos (SILVA, 2003).

Outro ponto importante foi incluir as sugestões oferecidas pelos participantes. Esta atitude se mostrou eficaz no sentido de promover a autonomia e revelar o protagonismo dos sujeitos no âmbito da estratégia implementada. Assim, destaco algumas iniciativas, como: disponibilizar lista de telefones aos integrantes dos grupos para se apoiarem fora dos encontros, uma pasta com músicas para que eles pudessem consultar e ajudar em suas escolhas, e uma aparelhagem de som para tocar os CD levados pelo grupo.

É importante que novos espaços possam ser desenvolvidos, com atividades que distraiam, relaxem, estimulem a expressão e a interação, promovendo qualidade de vida. Um espaço de co-construção de novas possibilidades, que tragam também reflexões sobre o viver. Assim, poderia se passar do ‘falar sobre o que é importante fazer’ para o ‘fazer’ criativo que promove outra forma de pensar.

Para facilitar a visualização das intervenções realizadas no interior dos EM e da conexão destas com o Caritas Processes, foi desenvolvido o Quadro nº 36, apresentado a seguir.

**Quadro nº 36 – As intervenções de enfermagem nos EM e sua relação com o Caritas Processes (Watson, 2008)**

<b>Intervenções de Enfermagem nos EM</b>	<b>Caritas Processes</b>
Acolher a todos os clientes e familiares no ambiente da QT, especialmente os que estão em início de tratamento.	1. Praticar Amor-gentileza e Equanimidade para si e outros.
Estimular escolha musical para promover a expressão verbal acerca de: histórias de vida, relações familiares, crenças pessoais, adoecimento, tratamento e enfrentamento.	2. Estar autenticamente presente para possibilitar/sustentar/respeitar o profundo sistema de crença e mundo subjetivo do outro.
Desenvolver auto-observação, autocrítica e aprofundar autoconsciência; descobrir novas formas de se relacionar com o outro.	3. Cultivar práticas espirituais próprias; aprofundar a autoconsciência, ir além de si mesmo.
Promover interação grupal através da empatia musical e da intersubjetividade (diálogo, narrativas, troca de experiências e apoio entre os participantes)	4. Desenvolver e sustentar o ajudar-confiar, autêntica relação do cuidar.
Estimular escolha musical para promover expressão de sentimentos positivos ou negativos; estimular reflexão sobre os sentimentos e seus significados.	5. Estar presente e promover suporte à expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão mais profunda com o Eu de alguém que necessita ser cuidado.
Utilizar características pessoais, habilidades artísticas e conhecimentos transdisciplinares para facilitar o processo terapêutico individual, familiar e grupal.	6. Usar de forma criativa a si mesmo e todas as formas de conhecimento/múltiplas maneiras de Ser/Fazer como parte do processo de cuidar, engajar-se em práticas artísticas de cuidar-reconstituir.
Estimular reflexões e discussão grupal a partir de perguntas que partam de uma autêntica posição de não-saber (curiosidade terapêutica); acolher escolhas e sugestões dos participantes, incentivando sua autonomia.	7. Engajar-se em genuínas experiências de ensinar-aprender no contexto da relação de cuidado que atendem para a pessoa em sua totalidade, seu significado; tentar estar no sistema de referências do outro.
Promover ambiente acolhedor (ambiência); através da expressão do ' <i>Espírito Poético</i> ' – no qual a estética (música) e o lúdico (humor) possam ajudar a 'desconstruir' a perspectiva de medo/sofrimento, e co-construir com os participantes relações de prazer, vida, e cuidado uns com os outros.	8. Criar ambiente de reconstituição em todos os níveis (físico, não físico, ambiente sutil de energia e consciência) no qual integridade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados.
Promover ambiente seguro e confortável; estimular escolha musical visando bem estar; estimular a expressão das necessidades básicas permitindo a emergência da sua totalidade como ser, inclusive a expressão da fé e crença religiosa; atentar para a comunicação não-verbal; fornecer informações, esclarecimentos e orientações sobre câncer, tratamentos em geral e especificamente sobre a QT.	9. Respeitosamente prestar assistência para suprir as necessidades básicas; manter uma intencional consciência de cuidar, tocar e trabalhar com o espírito imbuído de respeito ao outro, honrando a unidade do Ser, permitindo uma conexão espiritual.
Estar atento às manifestações verbais e não-verbais (silêncios, não-dito, músicas) sobre vida, morte e sofrimento; estimular e estar disponível para as diferentes formas de ' <i>propagação</i> ', promover o resgate de memórias e acolher as narrativas e 'testemunhos' que expressem o significado do vivido.	10. Abrir-se e atentar para as espirituais, misteriosas, desconhecidas dimensões existenciais da vida-morte-sofrimento.

Nesse enfoque, destaco que esta estratégia terapêutica relacionou-se intimamente com os seguintes cuidados fundamentais de enfermagem: os integradores ao meio, referentes ao encontro do enfermeiro com o cliente e a família no âmbito grupal; e os expressivos, relativos à atenção, carinho, alegria, respeito, confiança e apoio mútuos (FERREIRA et al, 2002). Nesse contexto, a implementação dos EM apontou novas possibilidades de abordagem ao cliente em tratamento oncológico e seu familiar, que não somente o cuidado técnico ou voltado para uma ação educativa.

A base teórica forneceu uma sustentação à implementação dos EM ao conjugar: o paradigma da complexidade, no qual se insere o pensamento sistêmico e o construcionismo social, que embasam a abordagem familiar/grupal; as contribuições da musicoterapia voltadas para o conforto, expressividade e interação; e o Caritas Processes, que fundamentaram o Cuidar/Reconstituir no ambiente da QT.

## Foi Um Rio Que Passou em Minha Vida

(Paulinho da Viola)

Se um dia  
Meu coração for consultado  
Para saber se andou errado  
Será difícil negar  
Meu coração tem mania de amor  
Amor não é fácil de achar  
A marca dos meus desenganos  
Ficou, ficou  
Só um amor pode apagar

Porém! Ai porém!  
Há um caso diferente  
Que marcou num breve tempo  
Meu coração para sempre era dia de Carnaval  
Carregava uma tristeza  
Não pensava em novo amor  
Quando alguém que não me lembro anunciou  
Portela, Portela  
O samba trazendo alvorada  
Meu coração conquistou...

Ah! Minha Portela!  
Quando vi você passar  
Senti meu coração apressado  
Todo o meu corpo tomado  
Minha alegria voltar  
Não posso definir aquele azul  
Não era do céu  
Nem era do mar  
Foi um rio  
Que passou em minha vida  
E meu coração se deixou levar...

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo originou-se de algumas inquietações inerentes à minha trajetória profissional abrangendo as relações familiares e suas implicações à saúde das pessoas que as integram. Essas inquietações sofrem influência do pensamento sistêmico como modo de compreensão do processo saúde-doença haja vista a complexidade dos múltiplos fatores que nele interfere.

No âmbito dessas inquietações situa-se a percepção de que, no hospital, as relações estabelecidas pela enfermagem com o sistema familiar são geralmente voltadas para os aspectos técnicos e educativos do cuidar, havendo pouco espaço para abordagens que conclamam a criatividade e a sensibilidade do profissional, em que pese essas próprias relações e o cuidado em si.

Assim, amparada pela minha formação em enfermagem, musicoterapia e terapia familiar aliada à experiência hospitalar, considere o importante desafio de implementar uma estratégia de cuidado que abrangesse o conhecimento dessas disciplinas no intento de atender às necessidades psicossociais de clientes e familiares, vistos neste estudo como sistema familiar, que (con)vivem com o adoecimento pelo câncer.

O contexto relacionado ao câncer, sob o ponto de vista do sistema familiar, abrange diversos aspectos: físicos, emocionais, sociais e espirituais. Intervém também sobre este sistema todo o aparato que cerca o tratamento do câncer: quimioterapia, radioterapia, intervenções cirúrgicas, ações educativas e estratégias de apoio. Por entender que a quimioterapia intensifica a angústia, a insegurança e o medo do sistema familiar envolvido na situação, o estudo focou especialmente este cenário.

Os problemas atuais relacionados ao contexto oncológico demandam soluções amparadas em uma visão mais abrangente do processo saúde-doença, pautadas em uma forma de pensamento que possa associar o conhecimento transdisciplinar sem procurar transformá-lo em um conhecimento único, respeitando as fronteiras de diferentes disciplinas. Essa forma de pensar, complexa, é parte fundamental do paradigma emergente da ciência, o qual defende que a troca de conhecimentos, sem a redução destes pela simplificação, pode oferecer subsídios para soluções eficazes e criativas que, no contexto desse estudo, se referem à assistência integral, atendendo às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais dos clientes e familiares.

O que se constata nas publicações oficiais das instituições especializadas, é que as políticas públicas voltadas para a área oncológica ainda priorizam as intervenções técnicas e as tecnologias voltadas para os aspectos clínicos da doença, havendo pouco espaço para outras intervenções que atendam os clientes e familiares quanto às suas demandas psicossociais.

Neste contexto, devido às próprias políticas institucionais, aliadas à formação profissional ainda muito pautada no paradigma dominante da ciência, a assistência de enfermagem em oncologia acaba vinculada prioritariamente às intervenções gerenciais, técnicas e educativa prescritivas, o que reduz o seu potencial para assistir o cliente com sensibilidade, considerando o cuidado expressivo e integrador.

Este aspecto acarreta prejuízos no cuidado ao cliente e sua família, reduzindo as possibilidades da enfermeira apoiá-los no que tange às angústias relacionadas ao impacto psicológico do diagnóstico de câncer, e/ou a outras situações promotoras de ansiedade e medo, inerentes ao tratamento oncológico.

Afora outras questões que importam no cuidado, vale considerar que esses sentimentos e o estresse deles advindos são fatores que podem desencadear redução imunológica do cliente com câncer. Assim, podemos inferir que a assistência prestada, se somente pautada em aspectos técnicos, pode, inclusive contribuir negativamente para a sua recuperação.

Ademais, quando a enfermeira inclui a família no processo de cuidar, frequentemente o faz para orientar quanto aos cuidados do cliente, sem inseri-la como parte intrínseca e essencial desses cuidados. Vale dizer que subestimar todo o impacto que a situação pode trazer ao sistema familiar pode acarretar prejuízos para a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Merece também destaque o fato de que os estudos na área ainda mostram-se incipientes, apontando a necessidade de as enfermeiras desenvolverem habilidades voltadas para o cuidado integrador e expressivo por meio de estratégias terapêuticas de apoio. O despreparo da profissional para lidar com questões subjetivas no cuidado, acaba por afastá-la de uma assistência mais próxima das necessidades concretas dos clientes com câncer que vão além das relacionadas à sua condição clínica.

Tendo em vista estas considerações, me propus a pesquisar a implementação dos encontros musicais de modo a atender tanto às necessidades assistenciais da instituição em que trabalho, quanto desenvolver um conhecimento que possa dar subsídios a outras

enfermeiras que se sensibilizem com o uso de estratégias que visem à integralidade do sistema familiar, trabalhando com as potencialidades humanas no enfrentamento de situações conflituosas. Assistência esta, especialmente, neste estudo, voltada a clientes com câncer e seus familiares.

Para buscar soluções para problemas complexos, é necessária uma abordagem que priorize as inter-relações entre os múltiplos fatores que influenciam o contexto em questão, ampliando as possibilidades de resolução através do estabelecimento de estratégias dentro de uma concepção mais abrangente de pensamento, como é o complexo.

Assim, busquei subsídios teóricos na Ciência do Cuidar de Enfermagem, de Jean Watson (2008); e, na musicoterapia, através das relações entre música, cultura e saúde, estabelecidas por Even Ruud (1998). O pensamento complexo de Edgar Morin (2008) promoveu a articulação entre essas duas disciplinas, integrando-as através da compreensão da importância da complementaridade e não da hierarquização das disciplinas.

Para o planejamento e desenvolvimento dos EM foi essencial a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004), uma vez que esta preconiza a convergência da assistência com a pesquisa para realizar mudanças em situações/problemas no contexto assistencial. O desenvolvimento da PCA possibilitou a implementação da estratégia, ao tempo que forneceu os instrumentos de pesquisa, necessários para a obtenção dos dados, beneficiando assim tanto a assistência quanto a pesquisa.

Entre as possibilidades de se trabalhar os problemas inerentes ao contexto da quimioterapia, o desenvolvimento dos EM promoveu inovações ao proporcionar acolhimento, elevação do humor e interação através da música, das narrativas e dos diálogos, alterando positivamente o ambiente e trazendo benefícios a clientes e familiares.

Além de ampliar a visão para além da terapêutica convencional, os encontros estimularam os clientes a assumirem seu lugar de sujeito ativo e participante do processo de cuidar. O foco passou a estar na co-construção do cuidado, através da interação enfermeira-sistema familiar, visando a promoção da integridade deste sistema, buscando a recuperação e reconstituição física, emocional e social.

É importante destacar que para o êxito dessa estratégia, alguns cuidados se fizeram necessários: sensibilização dos profissionais envolvidos; entrevistas com os participantes, para conhecimento pessoal/familiar e estabelecimento de vínculos; preparo do material de apoio necessário ao desenvolvimento dos encontros; e principalmente estar disponível para

abrir-se às oportunidades que surgissem, mesmo que inicialmente estas se apresentassem como obstáculos.

As variadas técnicas utilizadas para a produção dos dados obtiveram êxito não somente para fundamentar a pesquisa, mas para promover a participação ativa dos sujeitos no seu processo terapêutico. A observação realizada no momento dos encontros trouxe grande contribuição para a contextualização do processo grupal, e, mais ainda, para a descoberta da importância da comunicação não-verbal para a interação neste espaço. Esta técnica ampliou o conhecimento sobre as possibilidades empáticas da música em experiências coletivas, e da importância do humor para descontrair e integrar os participantes. As possibilidades de escolha musical pelos participantes no âmbito dos encontros promoveram a verbalização de seus sentimentos e suas histórias, fazendo-os se apropriar do espaço coletivo para se reafirmarem como sujeitos do seu cuidado.

A etapa avaliativa, preconizada pela PCA contribuiu muito para o processo terapêutico dos sistemas familiares, pois dessa forma puderam refletir sobre o ocorrido, e/ou sobre suas vivências e experiências pessoais relacionadas com o câncer, a QT e o próprio processo de viver. Ademais, apontou novas direções para as práticas terapêuticas do grupo, já incluídas na sua implementação.

Entre as outras contribuições da PCA para a presente tese, atribuo grande importância à auto-observação, realizada paralelamente à observação do grupo. Destaco aqui a minha inserção como ativa participante no âmbito dos mesmos, ratificando a importância da inclusão do observador no sistema ao qual observa.

No paradigma da complexidade assume-se que não há neutralidade no processo de observação, pois o observador sempre altera o sistema observado. Sendo assim, é ético que o pesquisador assuma essa posição de início, tentando manter a auto-observação para que essa mudança, que inevitavelmente ocorre, seja detalhada e consensualmente co-construída com o sistema observado.

Assim, através da minha inclusão como observadora participante no sistema observado foi desenvolvido o sistema observante que, durante os oito Encontros Musicais realizados, contribuiu para o processo investigativo, não só com a produção de dados captados pela gravação e os registros feitos, mas pelo próprio processo avaliativo dos participantes. Deste modo, entendo os Encontros Musicais formados por mim e pelos demais participantes como sistemas observados, no âmbito dos quais interagimos através

das músicas, conversas e atitudes, formando não somente um sistema observante, mas, pelo processo terapêutico co-construído, um sistema de cuidados.

Evidencia-se, desta forma, a articulação entre o enfoque teórico e o metodológico do estudo, pois além da inclusão do observador no sistema observado, o referencial da complexidade se tangencia com a PCA, no sentido desta também se estruturar de maneira complexa, voltada para diversos níveis de interação. A outra articulação é com Watson (2008), que afirma que o seu processo de cuidar/reconstituir é sofisticado e complexo. Ruud (1998) também aponta a importância de se considerar o contexto cultural e social para se considerar as múltiplas possibilidades terapêuticas da música, destacando a própria natureza interdisciplinar da musicoterapia que busca uma concepção de indivíduo compatível com o pensamento complexo, haja vista a relação que estabelece do cliente com o seu meio.

Assim, a articulação entre as bases teóricas e a metodologia contribuiu para alicerçar a investigação, enriquecendo a possibilidade de ampliação do contexto, no qual se incluiu o sistema familiar, a arte e o cuidado para desenvolver os Encontros Musicais como estratégia terapêutica grupal multifamiliar.

Vale destacar que trabalhar em um contexto influenciado por multifatores não foi tarefa fácil, pois isso aumentou a instabilidade do processo devido à existência de fenômenos aleatórios que não podiam ser determinados, como por exemplo, a alternância dos participantes no grupo. Por isso, não se poderia prever o que aconteceria nos EM, haja vista a imprevisibilidade das reações dos clientes e familiares ou dos sistemas familiares presentes.

Dessa forma, reitero a importância da concepção de Morin (2006) sobre estratégia, como sendo o esforço, no sentido de estar preparado para a incerteza através de objetivos e planejamento, em função do que se conhece sobre um ambiente incerto, mas, também, destacando a capacidade de lidar com os achados valiosos do acaso. Os fenômenos aleatórios, ou acasos acabaram se tornando elementos mobilizadores da criatividade, transformando os limites em possibilidades, o que acabou se revelando como um ponto positivo da estratégia.

Reitero, contudo, que o êxito da estratégia só pôde se dar pela flexibilização das condutas na sua implementação, pois, afinal, se o sujeito está em contínua transformação devido às alterações internas e do meio, o cuidado, por ser relacional, também precisa se transformar para acompanhá-lo. A flexibilização assumida por mim também permitiu o exercício da serendipidade, ou seja, a faculdade de achar coisas valiosas ao acaso, de modo

a estar sensível às diferentes manifestações dos participantes no processo interativo grupal, e também constatar a importância da intencionalidade do cuidar para desenvolver um ambiente de reconstituição.

Além do pressuposto da instabilidade, outro pressuposto foi essencial para a co-construção da estratégia, o da intersubjetividade, que ocorreu na linguagem, não apenas veiculou informações, mas transformou o sujeito/grupo através de um domínio cooperativo de interações, por meio de referenciais compartilhados.

Considerar que construímos um mundo com o outro na linguagem implica em que o ponto de vista do outro seja tão válido quanto o nosso, sendo esta a base da posição construtivista, uma ética voltada para a responsabilidade e para a crença no papel da multiplicidade, da singularidade e do homem como protagonista de seu próprio destino. E mais além, a nossa autonomia como sistemas auto-organizadores nos leva a assumir a responsabilidade sobre nosso conhecimento e a legitimar o conhecimento do outro (MATURANA, 2001).

Considero essa visão de co-construção de realidades muito importante para trabalhar no contexto grupal de cuidados interativos, como os que emergiram dos EM, pois reafirma a importância da ética na relação de cuidado que deve respeitar a singularidade e o ponto de vista do outro, legitimando-o como sujeito. No âmbito dos encontros a atitude ética se fez presente não somente através do respeito ao sistema de referências dos outros, mas por legitimá-los por meio do agir e interatuar com eles. Assim, através do estímulo musical foi possível aos participantes ao mesmo tempo partilhar coletivamente um momento e se auto-afirmar como sujeito, através da singularidade de sua escolha.

A atenção também se revelou pela escuta respeitosa das narrativas dos outros, e através destas foi construída a realidade dos encontros, baseados em consensos e acordos narrativos co-organizados em conversações coletivas. O entrecruzamento das ideias provenientes das narrativas possibilitou um espaço de conversação dialógica mediada por mim, na qualidade de enfermeira/observadora/facilitadora/participante.

O processo de co-construção desta estratégia junto com os clientes e familiares mostrou-se intensa e mobilizadora, promovendo um encontro real em que os partícipes do cuidado puderam se expressar, conhecer, acolher e integrar-se através da música e/ou da linguagem verbal e atitudes, criando vínculos que promoveram uma rede de apoio.

A participação dos sujeitos mostrou-se voltada para o estabelecimento de relações, tanto consigo quanto com a família e com o grupo. Vale enfatizar o relacionamento pessoal,

como sendo a oportunidade do sujeito entrar em contato consigo, com suas necessidades, desejos e reflexões. Muitas vezes, as inúmeras interferências externas que ocorrem durante o adoecimento pelo câncer, devido às demandas dos tratamentos e pelas próprias condições clínicas do cliente, não os permite entrar em contato com seus próprios sentimentos, identificando-os e refletindo sobre eles. Tal aspecto dificulta sua expressão, o que pode acarretar mais tensão pessoal e nas relações familiares.

Nesse sentido, a escolha musical e o canto coletivo facilitaram a expressão dos sentimentos e a identificação dos mesmos, e os diálogos subsequentes sobre a escolha musical puderam contribuir com reflexões da sua condição emocional e de suas vivências atuais, o que lhes proporcionou autoconhecimento e conhecimento dos outros.

A música como recurso terapêutico, utilizada na implementação dos EM mediou o encontro da enfermeira com os sistemas familiares, promovendo a interação e a comunicação entre os participantes, facilitando a expressão de diferentes emoções, a percepção de si e a reflexão sobre o vivido. A possibilidade de reviver situações de prazer através das lembranças despertadas pela música (RUDD,1998), pôde contribuir para o aumento da autoestima e do autoconhecimento de todo o sistema. Possibilitou, também, que os participantes pudessem engajar-se na experiência genuína de ensino-aprendizagem para se autogerir e aprimorar o autoconhecimento (WATSON, 2007).

A música promoveu ainda relaxamento, conforto e prazer no convívio social facilitando o diálogo grupal. Deste modo, a proposta dos EM possibilitou a expressão, o reconhecimento do outro e novas formas de se relacionar. É importante refletir sobre a música como forma de transformar a realidade social, pois através desta não apenas se expressam ideias, mas se vive (RUUD, 1998). Assim, o relaxamento e a redescoberta do prazer, promovidos pelos EM, puderam despertar a reflexão sobre o vivido, bem como a descoberta de alternativas para melhorar a qualidade de suas vidas e enfrentar a doença, auxiliando na promoção de mudanças de atitude e fortalecimento da esperança e dos laços familiares.

As músicas escolhidas pelos participantes, também estimularam narrativas relacionadas às suas vivências culturais e religiosas. Estas, voltadas ao espaço tempo/lugar e o social, que faziam parte das vivências em comum dos sujeitos, partilhadas nos EM, promoveram distração, descontração e ânimo. Além disso, favoreceram o diálogo e fortaleceram os vínculos, facilitando o desenvolvimento de uma rede de apoio. Assim, a função da música não ficou só no nível semântico relacionado aos fenômenos existenciais

ou espirituais dos sujeitos, mas também no nível pragmático, pois estes a utilizaram como recurso comunicativo ou interativo.

A troca de informações, impressões, sentimentos e crenças, propiciadas pelos EM permitiu alguns desabafos e alívio entre os sujeitos. A possibilidade de se expressar também promoveu o conhecimento acerca dos outros participantes através das narrativas das histórias do passado, vivências e também dos testemunhos de vida, como uma reafirmação do significado desta.

A comunicação verbal e não verbal, embora contribuísse para a aproximação entre os participantes, não era o suficiente para a integração grupal. Assim, era também necessária atitude interativa com a intenção de estar com o outro para que o encontro realmente pudesse fluir. O genuíno partilhamento, o desejo de dividir com o outro é que estimulava o sentimento de pertença, fundamental para o espírito de grupo.

Vale ressaltar que a comunicação não-verbal foi mais utilizada por participantes que tinham dificuldade de se expressar, mas permeou a expressão de todos os envolvidos, facilitando a interação familiar e grupal, principalmente através da música e do humor/ludicidade que influenciaram positivamente o ambiente da quimioterapia.

A comunicação não-verbal clarificou a importância das atitudes reveladas pelos participantes e sua influência sobre o desenvolvimento do processo terapêutico e principalmente, revelou a intenção de cuidar. As atitudes interativas, pautadas no desejo de estar com o outro e acolhê-lo revelavam o afeto/interesse/amor pelo outro.

Contudo, no interior dos EM, para que pudesse, como facilitadora, estimular uma conversação livre baseada na co-construção do espaço relacional, tive que procurar um equilíbrio entre as necessidades pessoais e as coletivas. O espaço coletivo terapêutico baseado em pouca diretividade, tende à desordem e incerteza, e o facilitador oscila entre um foco e outro, tentando a partir de sua sensibilidade e conhecimento do outro, decidir a quem vai dedicar a atenção. A postura conciliatória do facilitador demanda muita atenção e autocrítica para não tentar dirigir o grupo somente de acordo com sua própria visão.

Os EM também promoveram o autodesenvolvimento de alguns participantes, revelado através da evolução da atitude ou comportamento dentro do grupo. O desenvolvimento para alguns se deu através de mudança na autoimagem, influenciado pelo acolhimento do grupo e pela sensação de não estar só, de poder partilhar sua situação com outras pessoas que passavam pelo mesmo processo. Outros puderam exercer a autocrítica,

revedo alguns comportamentos que comprometiam o êxito da interação grupal em direção a comportamentos integrativos.

Uma das minhas atuações como facilitadora foi possibilitar a reflexão através das perguntas terapêuticas, alicerçadas em uma postura baseada na posição de 'não-saber' que gerou uma genuína curiosidade, estimulando a conversação e ressignificação de situações do cotidiano dos participantes e ampliando o autoconhecimento ou conhecimento do outro. Essa posição de 'não-saber' está em consonância com o Caritas Processes que aponta o engajamento em genuínas experiências de ensinar-aprender vinculadas ao sistema de referência do outro, e não baseadas em nossa própria visão de mundo.

Considero que o crescimento pessoal e grupal observado foi resultante da atitude dos participantes, que revelaram o desejo e o empenho em participar e estar com o outro. Ocorreu através de diferentes formas de participar: acolher; buscar o próprio desenvolvimento pela autocrítica e reflexão; promover o cuidado de outro participante; e aceitar o cuidado, permitindo que o outro também se desenvolvesse. Estes dois últimos aspectos também possibilitaram a autorealização, pois a satisfação de poder ser útil e expressar o afeto/interesse/amor pelo outro, também colabora com o sentimento de integralidade e totalidade do ser.

A autorealização, relacionada neste contexto ao cuidado ao outro, se revelou sob diferentes formas: na escuta atenta, na concordância através de palavras ou gestos, na escolha de uma música que agradasse ao outro, em palavras de conforto, em tentar ser engraçado para amenizar a tensão do momento, em contar uma história para distrair o grupo, ou repartir uma experiência para promover esperança, oferecer informações, ou, mesmo, em visitar o participante que não podia estar no encontro.

Assim, os EM possibilitaram que os participantes tivessem múltiplas formas de estar/agir/interagir, que atendiam suas necessidades relacionadas às condições clínicas ou psicossociais, como também ao desejo, ou ao seu estilo preferencial de expressão/interação. Essas múltiplas possibilidades de participação proporcionaram oportunidade a que todos pudessem de alguma forma se beneficiar dos encontros, escolhendo a que mais se adequava aos seus propósitos no momento. Assim, a arte da enfermagem, concretizada na facilitação dos EM possibilitou que cada participante pudesse também expressar a sua própria arte, ou maneira de ser.

Segundo a avaliação dos participantes, a possibilidade de se expressar de diferentes formas no contexto grupal, a partir do estímulo musical, promoveu mudanças de humor, de

pensamentos e de atitudes. Além disso, os EM promoveram alterações no ambiente do Hospital-Dia, rompendo com o instituído, um ambiente de sofrimento e dor, tornando-o mais alegre e acolhedor, e facilitando a interação entre profissionais, clientes e familiares. Cabe ressaltar a relação entre ambiente acolhedor e ambiência, no sentido de que ao desenvolver um espaço em que o sujeito possa sentir, se perceber, se expressar e interagir, sua perspectiva se altera e influencia sua atitude, que passa de acolhido a acolhedor, criando um processo circular em que os sujeitos se influenciam reciprocamente de forma positiva.

Aqui se revelou um dos principais instrumentos para que uma estratégia de cuidados se efetive: a intencionalidade do cuidar da enfermeira. Nas avaliações realizadas pelos participantes, estes focalizaram a influência terapêutica dos EM relacionada à ocorrência deste em espaço e momento específicos. Afinal, não bastava estar na sala de quimioterapia conversando com outros participantes; era, pois, necessária a intenção de cuidar da enfermeira, aliada ao desejo dos participantes, criando assim um campo de energia capaz de afetar a todos os envolvidos (WATSON, 2002).

Esse processo terapêutico alia-se à criação de um ambiente de reconstituição em todos os níveis, com uma intencional consciência de cuidar, engajada em genuínas experiências de ensinar-aprender que atentem para a pessoa na sua totalidade, dentro do seu sistema de referências. Essa é uma posição ética voltada para o cuidado expressivo e integrador, sustentada na ciência e na arte do cuidado de enfermagem.

A possibilidade de aprendizagem que o processo de implementação dos EM me proporcionou foi muito significativa. Minha postura como enfermeira facilitadora foi muito influenciada pela função de investigadora, pois me fez desenvolver e ampliar instrumentos para lidar com a incerteza: estratégia, serendipidade e arte. Quero ressaltar que a arte não é só relacionada à música, mas também à estética do 'cuidar', a arte do cuidado.

A flexibilidade em manter a atitude de abrir o espaço para que os participantes se manifestassem da maneira que preferissem, foi uma decisão ética que evitou conduzir o grupo às direções não compartilhadas com eles. Esta decisão facilitou com que o encontro se configurasse como um espaço co-construído de reflexão sobre o viver e o sentir.

Somente o contínuo questionamento sobre a própria visão de mundo pode ocasionar uma mudança de atitude. E assim, no enfoque da complexidade, mantendo em vista que a realidade se constrói através de acordos compartilhados com o outro na linguagem, a mudança de atitude do facilitador pôde influenciar a perspectiva dos participantes do

sistema de cuidados, fazendo-os mudar também de atitude, promovendo novas possibilidades de fazer/estar/ser.

Para o desenvolvimento dos EM a teoria de Watson (2002; 2007; 2008) foi fundamental, me devolvendo a segurança necessária quando a instabilidade do contexto fazia-me questionar os caminhos percorridos. A sua fundamentação filosófica da Ciência do Cuidar não funciona como um modelo pronto, que se pode copiar e repetir, mas como uma forma de pensar o processo de cuidar, que nos convoca a uma atitude ética, a um pensamento crítico e a uma relação fundamentada no amor.

Esse é um ponto significativo de conexão entre sua concepção filosófica do cuidar e o pensamento complexo de Morin (2006). Ambos pensam o mundo em relação, valorizando a intersubjetividade como a base para as relações humanas. Refletem também a necessidade de novas posturas mais críticas e éticas, no sentido de desenvolver uma outra forma de pensar que promova novas soluções para os problemas cada vez mais complexos relacionados ao viver humano.

Assim, um modo de pensar que possa unir conhecimentos de forma solidária, sem hierarquização, como o transdisciplinar, poderia contribuir com uma ética da união, em vez da exclusão, o que pode favorecer a solidariedade entre humanos. Segundo Morin (op. cit), o novo espírito científico terá que passar pela renovação do espírito da cultura das humanidades, para meditar sobre o saber e integrá-lo à própria vida. Nesse enfoque, o encontro transdisciplinar entre a enfermagem e a musicoterapia contribuiu com a criação de uma estratégia que efetivamente promoveu a solidariedade através do sistema de cuidados desenvolvido no âmbito dos EM.

Para Watson (2008), o processo de cuidar-reconstituir se estrutura sobre o cuidar baseado em uma ética de relacionamento, de ligação e consciência. Esta consciência está relacionada à mudança de visão de si e do outro, em uma procura de mudança ontológica no modelo de cuidar.

Nesse contexto, quando faço um retrospecto da minha experiência profissional na área oncológica, percebo diferenças fundamentais entre os trabalhos antes realizados por mim e a implementação dos EM. No passado, embora o cuidado também se voltasse à sua perspectiva expressiva, o enfoque era a doença, a expectativa era de sofrimento. Portanto, meu papel se situava na redução do impacto do adoecimento para o cliente e, posteriormente, para o familiar, através de atividades centradas na resolução de problemas com vistas à adesão terapêutica.

Na autocrítica que hoje imprimo àquelas iniciativas vejo que as mesmas se pautavam no atendimento às minhas expectativas as quais os clientes correspondiam falando sobre a doença, o tratamento e as relações familiares afetadas pelo impacto do diagnóstico do câncer. Por vezes, abordavam outros assuntos, estimulados pelas atividades criativas; contudo, o enfoque acabava direcionado ao contexto do adoecimento. Assim, não obstante a intenção do cuidado promovesse benefícios para os clientes e familiares, esta se restringia à perspectiva da doença.

Portanto, a grande diferença que percebo acerca de minhas intenções no cuidado é o enfoque da saúde. Os clientes e familiares buscam viver no espaço dos EM situações de bem-estar e prazer, voltados para a relação e interação. A não-diretividade no desenvolvimento dos encontros facilitou que eles pudessem participar de acordo com suas necessidades e desejos do momento. Essa é uma nova forma de pensar o contexto oncológico, do ponto de vista da saúde, promovendo atividades lúdicas e artísticas com os clientes e familiares que os ajude a pensar na vida.

A mudança de pensamento se fez na intersubjetividade com os sujeitos, pois aprendi que para eles, uma forma de enfrentamento da doença é buscar a vida com o que ela tem de mais vibrante - a estética e o lúdico. Essa constatação alterou minha visão pré-concebida sobre o sistema familiar que (con)vive com o contexto do câncer, e assim mudei também minha atitude e a forma de me relacionar com este sistema, entendendo que cuidar é mais do que reduzi-lo as nuances próprias da doença, mas é desenvolver espaços relacionais saudáveis onde se é permitido estar, ser, cantar, sentir, conversar, rir, viver e amar.

Desta feita, encontro em alguns pressupostos da mudança ontológica da ciência do cuidar de Watson (2008), aspectos que se relacionam profundamente com o processo co-construído com os participantes dos EM discutidos nesse estudo. O cuidar foi realizado em relação, e consistiu de uma consciência de valores e motivos, o que pode ser percebido pelas narrativas e diálogos estabelecidos a partir das escolhas musicais.

O cuidado pôde ser efetivamente demonstrado e praticado interpessoalmente, mas a consciência do cuidar transcendeu o espaço da quimioterapia e seus efeitos se puderam fazer sentir posteriormente no cotidiano dos participantes, e até mesmo em outros espaços do contexto hospitalar. A possibilidade de exercer a autonomia, através das escolhas e sugestões restituíram aos participantes o papel de protagonistas do seu cuidado e da sua vida, contribuindo para o processo de reconstituição.

Uma relação de cuidado é aquela que convida à emergência do espírito humano, expondo seu potencial, estando autenticamente presente e permitindo que a pessoa explore as opções, escolhendo a melhor ação para si. Nesse sentido, as diferentes maneiras de participar envolveram processos e possibilidades de autoconhecimento, conhecimento dos outros e crescimento pessoal e grupal. O enfoque nesse novo campo de possibilidades, em que está envolvida a consciência de cada um, o amor expresso pela atitude interativa, e a intencionalidade de cuidar da enfermeira no momento dos EM, promoveram um verdadeiro encontro entre os partícipes do cuidado.

O posicionamento ético da enfermeira, ao buscar novas maneiras de se inserir no cuidado, também é sustentado pelo Caritas Processes, que se refere à conexão explícita entre amor e cuidar, considerando que o amor é o mais alto nível de consciência e grande força para a reconstituição do mundo, o que implica no comprometimento profissional aos valores éticos e ideais da Ciência do Cuidar na teoria, prática e pesquisa.

Nesse contexto, o enfoque desse estudo esteve interligado com as premissas da Ciência do Cuidar no que se refere ao pluralismo epistemológico, procurando entender as interseções e conexões desenvolvidas entre as artes e as ciências humanas e da saúde, e procurando abranger todas as formas de conhecer/ser/fazer: ética, intuitiva, pessoal, empírica, estética e mesmo espiritual.

Dessa forma, o desenvolvimento do sistema de cuidados no âmbito dos EM foi formado pela enfermeira, clientes e familiares que co-construíram um processo terapêutico através da interação intra e interfamiliar. Ressalto aqui que esse sistema de cuidados é reconstruído a cada semana no âmbito dos EM que permanecem como parte da assistência oferecida aos clientes em tratamento e seus familiares, no Hospital-Dia do HCE, configurando-se como uma das contribuições da pesquisa.

A abordagem transdisciplinar, aliando a enfermagem com a musicoterapia, ampliou os recursos que permitiram a implementação dos EM como uma estratégia de cuidado expressivo e integrador que não se restringe à clínica da enfermagem em oncologia, mas pode ser aplicada no âmbito dos cuidados fundamentais que sustentam a ciência e a arte da enfermagem em outros contextos.

Vale dizer ainda que a música se revelou como importante recurso no processo terapêutico, potencializado pela minha presença na condição de enfermeira/facilitadora, ao aceitar o desafio de usar de postura criativa para inovar a prática de cuidados com diferentes formas de conhecimento como parte do processo de cuidar-reconstituir. Contudo,

é necessário o conhecimento sobre os processos interativos e sua relação com a música, visto que essa também pode prejudicar o processo grupal quando utilizada para provocar o silenciamento dos participantes, ou ocupar os espaços vazios para que não seja possível entrar em contato com os próprios sentimentos ou os dos outros.

Quanto a isso, é oportuno destacar que a enfermeira não tem a obrigação de conhecer todas as possibilidades terapêuticas e as contra-indicações da utilização da música no espaço do cuidado, uma vez que tal conhecimento não faz parte de sua formação profissional. No entanto, se imbuída do desejo de realizar uma atividade sensível na sua prática de cuidados, utilizando recursos musicais, ela deve procurar se preparar aprofundando seus conhecimentos de forma a utilizá-los terapêuticamente.

Portanto, a enfermeira deve ter a consciência de que há limites para o seu uso no contexto do cuidado, e que a sua aplicação de forma inadequada pode provocar consequências indesejáveis ao cliente. Há que se considerar também outras possibilidades de expressão artísticas ou sensibilizadoras, como pintura, poesia, dramatização, e outras apontadas por Watson (2008), com as quais se tenha mais afinidade, pois isso facilitará a implementação da estratégia.

Com as reflexões ora pontuadas, ousou dizer que a hipótese do estudo foi ampliada, uma vez que o recurso musical utilizado foi além do estímulo às narrativas e diálogos havidos nos grupos de convergência, e promoveu conforto, acolhimento e interação entre os sujeitos do cuidado. Os EM constituíram-se como estratégia de cuidado grupal, sustentados na intencionalidade de cuidar da enfermeira/facilitadora e na atitude positiva dos participantes, protagonistas do processo terapêutico implementado, uma vez que demonstraram o seu potencial de reconstituição do ser, que resultou em crescimento e potencialização dos clientes e familiares no enfrentamento das diferentes situações que permeiam a (con)vivência com o câncer.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, M. A música como prática alternativa na integração da Equipe de Enfermagem. Enfermagem Atual. p.35-40, Set./Out. 2001.
- AMORIM, M.H.C. A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama. Rio de Janeiro, 1999. 120 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ.
- ANDERSON, H.; GOOLISHIAN, H. O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não-saber. In: McNAMEE, S.; GERGEN, K.J. Terapia como construção social. Porto Alegre. Artes Médicas, 1998. p.34-50.
- ANDRADE, V.C.; MIKURU, P.K.; MELO, P.S.; SALES, C.A. et al. O estar-só e o estar-com um ente querido durante a quimioterapia. R. Enferm UERJ. v. 14, n. 2, p. 226-31, abr/jun 2006.
- ANJOS, A.C.; ZAGO, M.M. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. Rev Latino-am Enfermagem. v. 14, n. 1, p.33-40, jan-fev 2006.
- AYAN, S. Rir é o melhor remédio. Mente e cérebro. n. 198, p. 36-43, julho 2009.
- BACKES, D.S.; DDINE,S.C.; OLIVEIRA, C.; BACKES, M.T. et al. Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. Nursing. v.66, n.6, p.35-42, novembro 2003.
- BARBOSA, I.C.; SANTOS, M.C.; LEITÃO, G.C. Arteterapia na assistência de enfermagem em oncologia: produções, expressões e sentidos entre pacientes e estudantes de graduação. Esc. Anna Nery R. Enferm. v. 11, n. 2, p. 227-33, jun 2007.
- BARCELOS, L.R.M. A música como metáfora em musicoterapia. Rio de Janeiro, 2009. 232 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Música do Centro de Letras e Artes, UNIRIO.
- BARROS, D.O.; LOPES, R.L. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. Rev Bras Enferm. v. 60, n. 3, p. 295-8, maio-jun 2007.
- BENENZON, R. La nueva musicoterapia. 2ª ed. Buenos Aires. Lúmen, 2008. 384 p.
- BERGAMASCO, R.B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. Rev. Bras. de Cancerologia. v. 3, n. 47, p. 277-82, 2001.
- BERGOLD, L.B. A visita musical como estratégia terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a enfermagem fundamental. Rio de Janeiro, 2005. 162 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ.
- \_\_\_\_\_; ALVIM, N.A.T.; CABRAL, I.E. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. Texto Contexto Enferm. v. 15, n. 2, pág. 262-269, Abr-Jun 2006.

\_\_\_\_\_; Interface entre teoria e prática no contexto hospitalar: reflexões sobre uma abordagem sistêmica da musicoterapia. In: COSTA, C.M. (org) Musicoterapia no Rio de Janeiro: Novos rumos. Rio de Janeiro. Editora CBM, 2008. p. 198-218.

\_\_\_\_\_; PACHECO, S.T.A; ALVIM, N.A.T.; CABRAL, I.E. Concepções de enfermeiras sobre o cliente com câncer e sua família estimuladas por uma experiência musical: contribuições para o cuidado de enfermagem. In: Anais do 15º Pesquisando em Enfermagem. Rio de Janeiro, 2008. CD-ROM.

BERVIAN, P.I.; GIRARDON-PERLINI, N.M. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 52, n.2, p.121-8, 2006.

BEUTER, M. Expressões lúdicas no cuidado: elementos para pensar/fazer a arte da enfermagem. Rio de Janeiro, 2004. 177p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ.

BIELEMANN, V.L. A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. Rev. Bras. Enferm, v. 56, n. 2, p. 133-7, mar/abr 2003.

BRASIL. A situação do câncer no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro. INCA, 2006.

BRASIL. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro. INCA, 2007.

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005.

BRUSCIA, K. Definindo Musicoterapia. Rio de Janeiro. Enelivros, 2000. 312p.

BURNETT, H. Notas sobre Nietzsche e a música popular do Brasil. In: LINS, D.; GIL, J. Nietzsche/Deleuze: jogo e música. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

CABRAL, F.B.; RESSEL, L.B.; LANDERDAHL, M.C. Consulta de enfermagem: uma estratégia de abordagem à gestante na perspectiva de gênero. Esc. Anna Nery Ver, Enferm. v.9 n.3, p. 456-465, dez 2005.

CAMARGO, T.C.; SOUZA, I.E. O ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger. R. Enferm. UERJ. v. 10, n. 2, p.104-108, maio/ago 2002.

CAMPOS, N.L.; KANTORSKI, L.P. Música: abrindo novas fronteiras na prática assistencial de enfermagem em saúde mental. R. Enferm. UERJ. V. 16, n. 1, p. 88-94, jan/mar 2008.

- CASARIN, S.T.; HECK, R.M.; SCHWARTZ, E. O uso de práticas terapêuticas alternativas, sob a ótica do paciente oncológico e sua família. Fam. Saúde Desenv. V. 7, n.1, p. 24-31, jan/abr 2005.
- CECHIN, G. Construcionismo social e irreverência terapêutica. In: SCHINITMAN, D. (org) Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre. Artmed, 1996. p. 216-24.
- CHAGAS, M.; GAZANEO, L.; AGUIAR, M. Projeto Encanto: avaliando uma proposta de humanização hospitalar. In: Anais do 5º Encontro Nacional De Pesquisa em Musicoterapia. Rio de Janeiro, 2004. CD-ROM.
- CHAGAS, M.; PEDRO, R. Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade. Rio de Janeiro. Mauad X: Bapera, 2008. 78 p.
- CRAVEIRO DE SÁ, L. Formas de silêncio em musicoterapia: sentidos e significados. In: Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia / XI Fórum Paranaense de Musicoterapia / IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. Curitiba. Griffin, 2009
- DOBBRO, E.; SILVA, M.J. Música na Fibromialgia: a Percepção da Audição Musical Erudita. Nursing. Pág. 14 -21, dezembro 1999.
- ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I; MARCON, S.S.; SILVA, M.R. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá. Eduem, 2002. pág. 11-24.
- ESTEVES DE VASCONCELLOS, M.J. Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência. 3ª ed. Campinas. Papirus, 2003. 268 p.
- FERNANDES, A.F.C.; GURGEL, A.H.; SILVA, R.M.; LIMA, I.S. A quimioterapia na visão de pacientes leucêmicos. Rev. Bras. Cancerol. v. 45, n.1, p.49-54, 1999.
- FERNANDES, A.F.; RODRIGUES, M.S.; CAVALCANTI, P.P. Comportamento da mulher mastectomizada frente às atividades grupais. Rev Bras Enferm. v. 57, n. 1, p. 31-4, jan/fev 2004.
- FERNANDES, C.S.B. A importância da música como recurso no trabalho dos doutores da alegria, o filme: contribuições da musicoterapia. In: Anais do 8º Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. Rio de Janeiro, 2008. CD-ROM.
- FERREIRA, A.B.H. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1999. 2128 p.
- FERREIRA, M.A. et al. Cuidados fundamentais de enfermagem na ótica do cliente: uma contribuição para a Enfermagem Fundamental (1). Esc. Anna Nery R. Enfermagem, v. 6, n.3, p.387-396, dez.2002.

\_\_\_\_\_. Educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. Texto e Contexto enfermagem. v. 15, n. 2, p. 205-211, abr-jun 2006.

\_\_\_\_\_. O cuidado como objeto epistemológico da enfermagem: fundamento teórico-conceituais do pensamento sistêmico. In: 14º Pesquisando em Enfermagem/7º Encontro Nacional de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. CD-ROM.

FONTES, C.A. Concepções de clientes com câncer sobre a prática dialógica da enfermeira no contexto da terapêutica quimioterápica antineoplásica: subsídios para o cuidado de enfermagem ambulatorial. Rio de Janeiro, 2006. 101 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ.

FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da libertação. São Paulo. Moraes, 1980. 102p.

FRIGATO, S.; HOGA, L.A. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 49, n. 4, p. 209-14, 2003.

GHIORZI, A.R. Entre o dito e o não dito: da percepção à expressão comunicacional. Florianópolis. [s.n], 2004.

GOOLISHIAN, H. ANDERSON, H. Narrativa e self: alguns dilemas pós modernos da psicoterapia. In: SCHINITMAN, D. (org) Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre. Artmed, 1996. p. 191-9.

GUTIÉRREZ, M.G.; ADAMI, N.P.; CASTRO, R.A.; FONSECA, S.M. Natureza e classificação das intervenções de enfermagem em ambulatório de quimioterapia de adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 8, n. 3, p. 33-9, jul 2000.

HANSER, S.B. Can music make us healthy? The psychoneuroimmunology of music. In: Anais do XII Congresso Mundial de Musicoterapia. Buenos Aires. Akadia, 2008.

HAYASHI, V.D.; CHICO, E.; FERREIRA, N.M. Enfermagem de família: um enfoque em oncologia. R. Enferm UERJ. v. 14, n. 1, p. 13-20, jan/mar 2006.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro. INCA, 2008. 628 p.

INCHOSTE, A.F.; MENDES, P.; FORTES, V.L.F.; POMATTI, D.M. 2007. O uso da música no cuidado de enfermagem em hemodiálise. Revista Nursing. v. 109, n.10, p.276-280, junho 2007.

JOURDAIN, R. Música, Cérebro e Êxtase – Como a música captura nossa imaginação. Rio de Janeiro. Objetiva, 1997. 441 p.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8ª ed. São Paulo. Martins Fontes, 1998. 296 p.

\_\_\_\_\_; KESSLER, D. Os segredos da vida. 5ª ed. Rio de Janeiro. Sextante, 2004. 218 p.

LEWIS, F.M. Family-Focused Oncology Nursing Research. Oncology Nursing Forum. vol. 31, n. 2, 2004.

MAKLUF, A.S.; DIAS, R.C.; BARRA, A.A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 52, n. 1, 49-58, 2006.

MARCON, S.S.; ELSEIN, I. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. Fam. Saúde Desenv. v. 1, n.1/2, p. 21-26, jan/dez 1999.

\_\_\_\_\_; WAIDMAN, M.A. A enfermagem frente a problemas de relacionamento na família. Rev Bras Enferm. v. 56, n. 3, p. 248-53, mai/jun 2003.

MATURANA, H.R. Ciencia e cotidiano: a ontologia das explicações científicas. In: WATZLAWICK, P; KRIEG, P. (orgs). O olhar do observador. Campinas. Editorial Psy II, 1995. p.163-198.

\_\_\_\_\_. Biologia do fenômeno social. In: \_\_\_\_\_. Da biologia à psicologia. 3ª ed. Porto Alegre. Artes Médicas, 1998. pág. 65-78.

\_\_\_\_\_. Cognição, ciência e vida cotidiana. Belo Horizonte. Editora UFMG, 2001.

MELO, E.M.; SILVA, R.M.; FERNANDES, A.F.C. O relacionamento familiar após a mastectomia; um enfoque no modo de interdependência de Roy. Rev. Bras. de Cancerologia. v. 51, n. 3, p. 219-225, 2005.

MERCÊS, N.N., MARCELINO, S.R. Enfermagem oncológica: a representação social do câncer e o cuidado paliativo no domicílio. Blumenau. Nova Letra, 2004. 296 p.

MILLECO FILHO, L.; BRANDÃO, M.; MILLECO, R. É preciso cantar – Musicoterapia, Canto e canções. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001. 120 p.

MOLINA, M.A.S. Enfrentando o câncer em família. Maringá, 2006. 250 p. Dissertação (Mestrado) – Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá.

MORAIS, M.S.T. Acolhimento como estratégia de humanização no cuidar de enfermagem do PSF: discurso de enfermeiras. João Pessoa, 2005. 101p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

MOREIRA, M.C. O cuidado de ajuda no alívio da ansiedade de clientes com câncer em tratamento quimioterápico paliativo: contribuição ao conhecimento de enfermagem. Rio de Janeiro, 2002. 124 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ.

\_\_\_\_\_; CARVALHO, V. Relação de ajuda: reflexões sobre sua aplicabilidade no processo assistencial em enfermagem. Esc. Anna Nery R. Enferm. V.8, n.3, p.354-60, dez 2004.

\_\_\_\_\_ et al. A pesquisa na área da enfermagem oncológica: um estudo das publicações em periódicos nacionais. Texto Contexto Enferm. v. 15, n. 4, p. 595-600, 2006.

MORIN, E. Epistemologia da complexidade. In: SCHINITMAN, D. (org) Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre. Artmed, 1996. p. 247-286.

\_\_\_\_\_. Ciência com consciência. 3ª ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 1999. 350 p.

\_\_\_\_\_. O método 5: a humanidade da humanidade. Porto Alegre. Sulina, 2002. 312 p.

\_\_\_\_\_. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 12ª ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 2006. 128 p.

\_\_\_\_\_. Introdução ao pensamento complexo. 3ª ed. Porto Alegre. Sulina, 2007. 120 p.

MUNARI, D.B.; FUREGATO, R.F. Enfermagem e grupos. 2ª ed. Goiânia. AB, 2003. 96p.

NIGHTINGALE, F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo. Cortez, 1989. 174p.

ORLANDI, E.P. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 4ª ed. Campinas. Pontes, 2003. 100 p.

OSÓRIO, L.C. Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre. Artmed, 2003. 176 p.

PEREIRA, R.C.A.; CASTRO, R.C.B. A visão de pacientes oncológicos adultos quanto ao uso da música durante as sessões de quimioterapia. In: Anais do 15º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Rio de Janeiro, 2009. CD-ROM.

PIRES, A.C. A gerência do cuidado paliativo de enfermagem ao cliente oncológico na visita domiciliar. Rio de Janeiro, 2002. 143p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ.

RAPIZO, R. Terapia sistêmica de família: da instrução à construção. Rio de Janeiro. Instituto NOOS, 1996. 118p.

RAVELLI, A. P. Percepções de gestantes sobre a contribuição da música no processo de compreensão da vivência gestacional. Porto Alegre, 2004. 145 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RECCO, D.C.; LUIZ, C.B.; PINTO, M.H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. Arq Ciênc Saúde. v. 12, n. 2, p. 85-90, abr-jun 2005.

RODRIGUES, D.P.; SILVA, R.M.; FERNANDES, A.F.C. O processo adaptativo de mulheres mastectomizadas: Grupo de apoio. R. Enferm. UERJ, v. 11, p. 64-9, 2003.

ROGERS, C. Grupos de encontro. 8ª ed. São Paulo. Martins Fontes, 2002. 198 p.

RUUD, E. Caminhos da Musicoterapia. São Paulo. Summus, 1990. 107 p.

\_\_\_\_\_. Música como um meio de comunicação. In: RUUD, E. (org). Música e Saúde. São Paulo. Summus, 1991. p. 167-73.

\_\_\_\_\_. Music Therapy: Improvisation, Communication and Culture. Barcelona. Publisher, 1998. 204p.

SALES, C.A.C.; PAIVA, L.; SCANDIUZZI, D. ANJOS, A.C. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 47, n. 3, 263-72, 2001.

SALES, C.A.; MOLINA, M.A. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. Rev Bras Enferm. v. 57, n. 6, p. 720-3, nov-dez 2004.

SANTOS, B.S. Um discurso sobre as ciências. 5ª ed. São Paulo. Cortez, 2008. 92 p.

SÃO MATEUS, L. A. A música facilitando a relação enfermeiro-cliente em sofrimento psíquico. São Paulo, 1998. 149p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SECOLI, S.R.; PADILHA, K.G.; OLIVEIRA LEITE, R.C. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões para a prática de enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 51, n. 4, 331-7, 2005.

SILVA, C.N. Como o câncer (des)estrutura a família. São Paulo. Annablume, 2000. 272 p.

SILVA, C.H.D.; DERCHAIN, S.F.M. Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 52, n. 1, 33-47, 2006.

SILVA, F.O.; CRAVEIRO DE SÁ, L. Musicoterapia e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao estresse de adolescentes portadores de câncer. (CD-ROM) Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. 2008.

SILVA, M.J.P. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2ª ed. São Paulo. Edições Loyola, 2002.

SILVEIRA, C.M.; ZAGO, M.F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 14, n. 4, p. 614-9, jul-ago 2006.

SIMONTON, S.M. A família e a cura: o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. São Paulo. Summus, 1990. 205 p.

SLUZKI, C.E. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1997. 147 p.

SOUZA, M.G.G.; ESPÍRITO SANTO, F.H. O olhar que olha o outro... um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. Rev. Bras. de Cancerologia. v. 54, n.1, p.31-41, 2008.

TEIXEIRA, J.J.; LEFÈVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 53, n. 2, 159-66, 2007.

TEIXEIRA, M.L.O.; FERREIRA, M.A. Uma tecnologia de processo aplicada ao acompanhante do idoso hospitalizado para sua inclusão participativa nos cuidados diários. Texto Contexto Enferm. v. 18, n. 3, pág. 409-17, Jul-Set 2009.

The New Penguin Compact English Dictionary. London. Penguin Books, 2001.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L.H.T. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. Texto Contexto Enferm. v.9, n.1, p. 63-78, jan-abr 2000.

TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. 2ª ed. Florianópolis. Insular, 2004. 141 p.

VASCONCELOS, E.M. Complexidade e pesquisa interdisciplinar – epistemologia e metodologia operativa. 2ª ed. Petrópolis. Ed. Vozes, 2004. 343 p.

WALDOW, V.R., O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis. Ed. Vozes, 2004. 237 p.

WATSON, J. Watson's theory of transpersonal caring. In: WALKER,P. & NEUMAN,B. (orgs.). Blueprint for use of nursing models: education, research, practice and administration. New York. N & N Press, 1996. p.141-184.

\_\_\_\_\_. Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem. Loures. Lusociência, 2002. 299p.

\_\_\_\_\_. Watsons theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/ caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto e Contexto. v. 16, n.1, jan/mar 2007.

\_\_\_\_\_. Nursing: the philosophy and science of caring. Rev. ed. Colorado. University Press of Colorado, 2008. 313 p.

WAZLAWICK, P. Quando a música entra em ressonância com as emoções: significados e sentidos na narrativa de jovens estudantes de musicoterapia. Curitiba, 2004. 187 p. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná.

WEBER, D. et al. A música como instrumento de recreação na Unidade Pediátrica. Rev. Téc-Cient.Enfermagem. pág. 364-370. 2003.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4ª ed. São Paulo. Roca, 2009. 294 p.

YALON, I.D. De frente para o sol: como superar o terror da morte. Rio de Janeiro. Agir, 2008. 230 p.

**APÊNDICE 1****Ficha de Identificação e Entrevista****Informações sobre o cliente:**

Nome do cliente:

Codinome:

Prontuário:

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

Filhos:

Escolaridade:

Procedência:

Religião:

Posto Militar/Dependente:

Profissão:

Telefone:

Situação econômica (em salários mínimos):

Localização do câncer:

Quando foi diagnosticado:

Estadiamento do tumor:

Tratamentos realizados:

Etapa da Quimioterapia:

Outras informações:

**Entrevista semi-estruturada:**

- a) Fale sobre sua vida após o surgimento da doença
- b) Fale sobre sua família convivendo com o câncer
- c) O que você espera desses encontros musicais?

## APÊNDICE 2

### Ficha de Identificação e Entrevista do Familiar

Nome do acompanhante/familiar:

Relação com o cliente:

Motivos para acompanhar o cliente:

Codinome:

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

Filhos:

Escolaridade:

Procedência:

Religião:

Posto Militar/Dependente:

Profissão:

Situação econômica (em salários recebidos):

Outras informações:

#### **Entrevista semi-estruturada:**

- a) Fale sobre sua vida após o surgimento da doença do seu familiar
- b) Fale sobre sua família convivendo com o câncer
- c) O que você espera desses encontros musicais?

## APÊNDICE 3

### Roteiro para observação dos encontros musicais

#### 1) Introdução

Data:

Horário de início e término:

Tempo de Discussão:

Participantes e relações de parentesco:

#### 2) Sequência das falas (nomear sujeito):

- . Anotar interrupções
- . Anotar quem estabelece conversas paralelas ao que está sendo discutido
- . Anotar trechos significativos falados durante as conversas paralelas
- . Engajamento e participação dos sujeitos nas discussões:

#### 3) Músicas escolhidas:

- . Quem escolheu?
- . Quem cantou e como?
- . Quem acompanhou? (atenção, movimentar partes do corpo, marcar ritmo)

#### 4) Atitudes

. interesse ou desinteresse, gestos, expressões faciais, risos ou choros do sujeito, vinculando-os ao que ocorre no momento do encontro.

#### 5) Saídas ou entradas de participantes

#### 6) Entradas, participações ou interrupções por alguém externo ao encontro

#### 7) Humor geral do grupo

#### 8) Outros aspectos significativos

## APÊNDICE 4

### ENCONTRO MUSICAL N° - Tema Central:

**Perfil do EM:** Descrição geral do que mais caracterizou o encontro. Clima que se estabeleceu no desenvolvimento do EM.

	NOME	Atitude	Músicas	Temas
Número de inserção nesse encontro	Nome do participante Posteriormente substituído pela identificação (Exemplo: C1 ou F1)	Comentários sobre os comportamentos do participante observados durante os encontros	Músicas que ele escolheu	Discurso dos participantes, separado por temas

Auto-observações da pesquisadora	
----------------------------------	--

## APÊNDICE 5

### QUADRO DE PARTICIPAÇÃO DOS SUJEITOS

Participação de (NOME DO CLIENTE)

EM	NOME	Atitude	Músicas	Temas
Nº do encontro	Nome e Identificação	Comentários sobre os comportamentos do participante observados durante os encontros	Músicas que ele escolheu	Discursos realizados pelo participante

Participação de (NOME DO FAMILIAR)

EM	NOME	Atitude	Músicas	Temas
Nº do encontro	Nome e Identificação	Comentários sobre os comportamentos do participante observados durante os encontros	Músicas que ele escolheu	Discursos realizados pelo participante

## APÊNDICE 6

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE PESQUISA DE FUNDAMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR DO ENCONTRO MUSICAL (CLIENTE)**

O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de doutorado que estou desenvolvendo na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, orientada pela Dra. Neide Aparecida Titonelli Alvim Esta pesquisa inclui a atividade em grupo denominada “encontro musical”, que será desenvolvida pela enfermeira e musicoterapeuta Leila Brito Bergold com os clientes em tratamento de quimioterapia e seus familiares ou acompanhantes como uma estratégia de cuidado de enfermagem.

É importante que leia e compreenda todas as informações relacionadas à implementação desta atividade. Caso o(a) senhor(a) apresente alguma dúvida em relação à pesquisa, pergunte à responsável pela mesma, antes de assinar este termo.

#### **Procedimentos da pesquisa:**

Os procedimentos para a pesquisa incluem: participar de encontros em grupo com um de seus familiares ou acompanhantes em dias pré-determinados, preferencialmente no dia agendado para a quimioterapia. Durante esses encontros musicais haverá música e conversa acerca de temas de interesse do grupo. O número de encontros será negociado com o grupo.

Esses encontros serão gravados em fita K7 e, além disso, serão realizadas algumas anotações por uma auxiliar da atividade. Esclareço que você terá acesso livre a essas anotações, caso seja de seu interesse.

Essa atividade ocorrerá na sala comunitária do Hospital-Dia, e terá a duração de 60 a 90 minutos. As fitas gravadas serão transcritas e juntamente com as anotações dos encontros ficarão sob a guarda da pesquisadora por cinco anos ao término dos quais deverão ser destruídos.

#### **Riscos e desconfortos para os sujeitos participantes:**

O desenvolvimento dos encontros musicais não prevê riscos a sua saúde e nem qualquer prejuízo em relação ao seu tratamento no hospital.

#### **Benefícios dos encontros:**

Os encontros musicais deverão contribuir para o conhecimento científico em relação à situação vivenciada pelos clientes em tratamento de quimioterapia e seus familiares. Estes

encontros podem não surtir efeitos, ou os mesmos podem não ser imediatos para os participantes. Não há nenhuma recompensa de qualquer espécie para os participantes.

**Confidencialidade:**

Sua identidade será mantida em sigilo. Apenas as informações relacionadas a estes encontros serão utilizadas para fins de pesquisa. Vale esclarecer também o compromisso da equipe responsável pela pesquisa com a divulgação dos resultados desses encontros em eventos científicos, além de sua publicação em periódicos indexados ou em forma de livro ou capítulo de livro.

**Voluntariedade:**

A sua participação nos encontros musicais é voluntária. Caso não queira participar ou mude de ideia a qualquer momento, desejando se retirar do grupo, não necessitará justificar sua decisão e nem prejudicará o seu tratamento neste hospital.

**Consentimento:**

Assinando este documento, concordo em participar dos encontros musicais, uma vez que o mesmo me foi explicado, e que minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Fui também informado(a) de que tenho direito de me retirar a qualquer momento. Sendo conhecedor(a) do conteúdo deste documento, eu concordo em participar voluntariamente.

**Em caso de dúvidas:**

Em qualquer etapa dos encontros musicais o (a) senhor (a) terá acesso aos membros responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações adicionais. É importante que guarde a cópia deste Termo, e toda vez que tiver alguma dúvida sobre estes, poderá entrar em contato com a Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Central do Exército – Bloco de Agudos, 1º andar, Divisão de Ensino e Pesquisa, telefone: (21) 38917214 – ou telefonar e encaminhar e-mail para a Coordenadora responsável, Enf. e Mt. Ms. Leila Brito Bergold no número (21) 3891-7280. E-mail: [leilabergold@terra.com.br](mailto:leilabergold@terra.com.br)

\_\_\_\_\_  
Nome do Cliente

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Nome da Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Data

## APÊNDICE 7

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE PESQUISA DE FUNDAMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR DO ENCONTRO MUSICAL (familiar ou acompanhante)**

O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de doutorado que estou desenvolvendo na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, orientada pela Dra. Neide Aparecida Titonelli Alvim. Esta pesquisa inclui a atividade em grupo denominada “encontro musical”, que será desenvolvida pela enfermeira e musicoterapeuta Leila Brito Bergold com os clientes em tratamento de quimioterapia e seus familiares ou acompanhantes como uma estratégia de cuidado de enfermagem.

É importante que leia e compreenda todas as informações relacionadas à implementação desta atividade. Caso o(a) senhor(a) apresente alguma dúvida em relação à pesquisa, pergunte à responsável pela mesma, antes de assinar este termo.

#### **Procedimentos da pesquisa:**

Os procedimentos para a pesquisa incluem: participar de encontros em grupo com o seu familiar ou amigo que está em tratamento de quimioterapia em dias pré-determinados, preferencialmente no dia agendado para a quimioterapia. Durante esses encontros musicais haverá música e conversa acerca de temas de interesse do grupo. O número de encontros será negociado com o grupo.

Esses encontros serão gravados em fita K7 e, além disso, serão realizadas algumas anotações por uma auxiliar da atividade. Esclareço que você terá acesso livre a essas anotações, caso seja de seu interesse.

Essa atividade ocorrerá na sala comunitária do Hospital-Dia, e terá a duração de uma hora e meia. As fitas gravadas serão transcritas e juntamente com as anotações dos encontros ficarão sob a guarda da pesquisadora por cinco anos ao término dos quais deverão ser destruídos.

#### **Riscos e desconfortos para os sujeitos participantes:**

Este estudo não oferece riscos a sua saúde e nem qualquer prejuízo em relação ao tratamento do seu familiar ou amigo no hospital.

#### **Benefícios dos encontros:**

Os encontros musicais deverão contribuir para o conhecimento científico em relação à situação vivenciada pelos clientes em tratamento de quimioterapia e seus familiares. Estes encontros podem não surtir efeitos, ou os mesmos podem não ser imediatos para os participantes. Não há nenhuma recompensa de qualquer espécie para os participantes.

**Confidencialidade:**

Sua identidade será mantida em sigilo. Apenas as informações relacionadas a estes encontros serão utilizadas para fins de pesquisa. Vale esclarecer também o compromisso da equipe responsável pela pesquisa com a divulgação dos resultados desses encontros em eventos científicos, além de sua publicação em periódicos indexados ou em forma de livro ou capítulo de livro.

**Voluntariedade:**

A sua participação nos encontros musicais é voluntária. Caso não queira participar ou mude de ideia a qualquer momento, desejando se retirar do grupo, não necessitará justificar sua decisão e nem prejudicará o tratamento de seu familiar neste hospital.

**Consentimento:**

Assinando este documento, concordo em participar do encontro musical, uma vez que o mesmo me foi explicado, e que minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Fui também informado(a) de que tenho direito de me retirar a qualquer momento. Sendo conhecedor(a) do conteúdo deste documento, eu concordo em participar voluntariamente.

**Em caso de dúvidas:**

Em qualquer etapa dos encontros musicais o (a) senhor (a) terá acesso aos membros responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações adicionais. É importante que guarde a cópia deste Termo, e toda vez que tiver alguma dúvida sobre estes, poderá entrar em contato com a Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Central do Exército – Bloco de Agudos, 1º andar, Divisão de Ensino e Pesquisa, telefone: (21) 38917214 – ou telefonar e encaminhar e-mail para a Coordenadora responsável, Enf. e Mt. Ms. Leila Brito Bergold no número (21) 3891-7280. E-mail: [leilabergold@terra.com.br](mailto:leilabergold@terra.com.br)

\_\_\_\_\_  
Nome do Familiar ou Amigo

\_\_\_\_\_  
Data

Familiar/Amigo de: \_\_\_\_\_  
(nome do cliente em tratamento de quimioterapia)

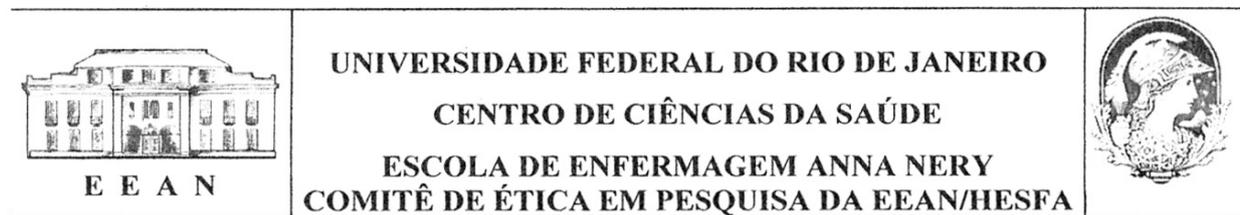
\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Nome da Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Data

## ANEXO 1



Protocolo nº 068/2009

**Título do Projeto: ENCONTROS MUSICAS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO JUNTO A SISTEMAS FAMILIARES NO CONTEXTO DA QUIMIOTERAPIA**

Responsável: Leila Brito Bergold

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 18/09/09

**SITUAÇÃO: APROVADO**

**Parecer**

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada pelos membros do Comitê de Ética e Pesquisa, em 29 de setembro de 2009.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 **(hum) ano e/ou ao término da mesma, com um CD**, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP

Rio de Janeiro, 06 de outubro de 2009.



Maria Aparecida Vasconcelos Moura  
 Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ