

O uso da música nos cuidados paliativos:

humanizando o cuidado e facilitando o adeus*

Natalie Hidemi Seki¹
Sandra Maria Galheigo²

SEKI, N.H.; GALHEIGO, S.M. The use of music in palliative care: humanizing care and facilitating the farewell. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, p.273-84, abr./jun. 2010.

Living with a life-threatening disease may affect such individual and their families in various dimensions (physical, emotional, spiritual, social and economic) and require sensitive and attentive care provided by a multidisciplinary team, to deal with this unique and delicate situation. This paper has the aim of reflecting on the contributions from using music in palliative care and in humanization of care, for people beyond the therapeutic possibilities of cure. With this purpose, a literature review was undertaken through electronic searches for articles indexed in databases and by manual searching among non-indexed periodicals relevant to this study. The investigation revealed that using music in health-disease-care processes may provide comfort and quality of life for sick individuals and may be a resource for helping in family relationships, in saying farewell to their beloved ones. It may also help in keeping the healthcare team healthy and integrated.

Keywords: Palliative care. Humanization. Music.

O convívio com uma doença ameaçadora da vida pode afetar o sujeito e a família em diversas dimensões – física, emocional, espiritual, social e econômica – e demandar cuidados sensíveis e atentos de uma equipe multidisciplinar ao enfrentar tal situação única e delicada. O artigo tem como objetivo refletir sobre as contribuições do uso da música nos cuidados paliativos e na humanização do cuidado da pessoa fora de possibilidades terapêuticas de cura. Com esse propósito, foi realizada pesquisa bibliográfica, mediante busca eletrônica de artigos indexados em bases de dados e por varredura manual dos periódicos não indexados considerados relevantes. A pesquisa mostra que o uso da música nos processos saúde-doença-cuidado pode promover conforto e qualidade de vida para a pessoa adoecida e ser um recurso de ajuda na relação da família com a despedida de seu ente querido. Pode também auxiliar na manutenção de uma equipe de saúde saudável e integrada.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Humanização. Música.

¹ Trabalho inédito elaborado com base em Seki e Galheigo (2008).

² Curso de Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP). Rua Cipotânea, 51, Butantã, São Paulo, SP, Brasil. 05.360-160. nataliehidemi@gmail.com

² FMUSP

Todas as artes contribuem para a maior de todas as artes, a arte de viver.
(Brecht, 2003, p.15)

Introdução

A pessoa considerada em fase final de vida ou “fora de possibilidades terapêuticas de cura” é aquela para a qual não se concebe possível a reversão do quadro clínico, pois sua doença já se encontra em fase avançada e há claros limites para o resgate das condições de saúde e possibilidade de morte próxima.

O curso progressivo e implacável das doenças fora de possibilidades terapêuticas de cura pode levar à extrema dependência e gerar dificuldades de grande importância tanto para a pessoa doente quanto para os familiares e cuidadores, por propiciar o surgimento de uma série de sintomas de ordem física, emocional, psicológica e social, que passam por reações como: culpa, medo, ansiedade, impotência, dentre outras (Genezini, Cruz, 2006).

Não há uniformidade na literatura em relação à definição do momento em que uma doença evolui para a fase terminal, mas segundo Viganò et al. (2000) devem-se levar em conta três condições: a confirmação diagnóstica de doença maligna, o reconhecimento da aproximação da morte, e a exaustão de todas as alternativas terapêuticas possíveis. Porém, há uma dificuldade em identificar o prognóstico, os níveis de qualidade de vida e estabelecer o período de “final de vida”, sem se considerarem as peculiaridades pessoais e as particularidades do contexto familiar e social. Assim, é necessária uma discussão caso a caso no que se refere às condições e possibilidades individuais, familiares, da equipe de cuidado e da instituição de saúde, para se definir se uma pessoa está fora de possibilidade terapêutica de cura (Gutierrez, 2001).

Acredita-se que a morte é acompanhada de um sofrimento extremo e de uma sensação de impotência contagiosa, que podem levar ao afastamento e conseqüente isolamento da pessoa com uma doença grave (Kovács, 1992). No espaço hospitalar, as pessoas em fase final de vida são, com frequência, isoladas em quartos afastados, tidos como “leitos de morte”, ou, quando em quartos coletivos, são separadas umas das outras por biombo, como se houvesse a intenção de esconder a morte (Carvalho, Merighi, 2004). Esse cenário alimenta o imaginário de solidão, abandono e esquecimento, exacerbando o sofrimento e o medo da morte. Esse quadro pode se agravar quando a equipe de saúde lida com a pessoa doente de modo tecnicista, focando exclusivamente na fisiopatologia e no aspecto biológico, negligenciando a demanda emocional, espiritual e social da pessoa que vive a situação-limite da penosa convivência com uma doença terminal. O mesmo pode-se dizer quando os profissionais de saúde se relacionam com o paciente com descaso, frieza e distanciamento (Carvalho, Merighi, 2004).

Ainda é predominante a filosofia médica que privilegia o prolongamento da sobrevivência de pacientes com diagnósticos de doenças graves em estado terminal, muitas vezes em detrimento da qualidade de vida. Nessa abordagem, quando não há mais recursos terapêuticos a serem aplicados, a equipe vive um processo de derrota, o que instaura uma morte social precedente à morte biológica (Brandão, 2005). A incurabilidade de uma doença, e sua conseqüente progressão, não indica o final do tratamento, mas demanda a mudança dos objetivos da intervenção. Quando a morte é inevitável, e não são oferecidas condições apropriadas de sobrevivência, insistir terapêuticamente na cura pode se tornar uma agressão à dignidade da pessoa (Bifulco, 2005).

Atualmente, no campo da produção de cuidado em saúde, reconhece-se que a qualidade do contato humano necessário a qualquer atendimento não acontece como resultado direto do avanço tecnológico. Daí a importância de se pensar em formas humanizadas de cuidado: o enfoque terapêutico deve ser atenuar o sofrimento, inclusive o de ordem não-física, especialmente quando a assistência curativa se torna ineficaz. Cuidar de uma pessoa com uma doença fora de possibilidade terapêutica é um entorno de delicadezas, atravessado pela cultura, espiritualidade, costumes, valores e credos sobre a morte.

A essência do cuidado neste contexto único pode ser sintetizada na filosofia dos cuidados paliativos. De acordo com Pessini (2005), o termo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa “manto”. É o manto que procura aliviar o sofrimento daquele que sente dor. Desse modo, tal prática pressupõe uma

filosofia de cuidados dirigidos a pessoas com doenças fora de possibilidades terapêuticas, seja no contexto domiciliar ou em uma instituição de saúde, e, em contraposição à obstinação terapêutica, centra-se na pessoa doente e seu contexto, ao invés de focar-se na doença da pessoa (Pessini, Bertachini, 2004).

Diversas definições de cuidados paliativos convergem na ideia de que tal prática é centrada no sujeito e tem como principal objetivo assegurar a qualidade de vida e o melhor alívio possível do sofrimento, sem intervir para antecipar ou adiar a morte. Dessa forma, não considera suficiente o cuidado físico, mas valoriza os aspectos psicológicos, espirituais e sociais na atenção ao paciente e sua família, e exige uma abordagem em equipe, que lide de modo adequado com a complexidade das questões que surgem durante o período de cuidados paliativos (Pessini, Bertachini, 2004). Para tanto, é fundamental oferecer um sistema de apoio que ajude os indivíduos a viverem tão ativamente quanto possível até o momento de sua morte, e que eles possam estabelecer seus objetivos e prioridades, cabendo ao profissional de saúde capacitá-los e auxiliá-los a atingirem estes objetivos (Pessini, Bertachini, 2004). Assim, é também imprescindível a criação de um ambiente baseado numa avaliação completa das necessidades do indivíduo e da família, que possibilite um morrer digno e sereno (Johnson, Bourgeois, 2003).

Tradicionalmente, os cuidados paliativos eram considerados aplicáveis apenas no momento em que a morte era iminente e surgiram na atenção a pessoas com câncer; mas atualmente estes são oferecidos já no estágio inicial de enfermidades crônicas, progressivas e incuráveis, ameaçadoras da vida ou que provoquem uma condição clínica de dependência por tempo prolongado, tais como: Aids, doença de Parkinson, mal de Alzheimer, estado vegetativo persistente ou permanente, insuficiência cardíaca congestiva, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e renais crônicas, hepatopatia crônica, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, gastroenteropatias e, também, na atenção ao idoso e sua relação com a finitude (Figueiredo, 2006; Maciel, 2006). Na atenção à população infantil, crianças com câncer estão sendo cada vez mais atendidas pelos cuidados paliativos, mas a população que demanda essa atenção é aquela com "doenças limitantes da vida", como erros inatos do metabolismo, anomalias congênitas e casos graves de paralisia cerebral, além de doenças fora de possibilidades terapêuticas de cura como algumas atrofia espinhais e distrofias (Figueiredo, 2006).

Vale ressaltar que os cuidados paliativos não devem ser entendidos como essencialmente diferentes de outros modos ou áreas de cuidado à saúde, nem devem ser aplicados isoladamente: o tratamento paliativo se inicia conjuntamente com as demais terapias (Maciel, 2006), e diversos aspectos dessa prática podem e devem ser aplicados na prática curativa, como a valorização das dimensões humanas, que ficaram em segundo plano diante do avanço científico-tecnológico da medicina (Pessini, Bertachini, 2005). A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004) aponta a necessidade da inclusão dos cuidados paliativos como parte da assistência integral à saúde, estando presentes na atenção a todas as doenças crônicas e aos idosos. Assim, define cuidados paliativos como sendo:

uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (WHO, 2002)

Vários são os recursos usados nos cuidados paliativos, e cabe aos profissionais de saúde ampliarem seus repertórios que contribuam para a prevenção e o alívio do sofrimento e um cuidado mais humanizado. A música se insere nesse contexto como uma atividade que pode proporcionar cuidado, conforto emocional e espiritual, estímulo à memória afetiva, relaxamento, entretenimento e criatividade (Othero, Costa, 2007; Foxglove, 1999). O uso competente e sensível da música pode se tornar um trabalho importante nos cuidados paliativos.

Este artigo reflete sobre as possibilidades e contribuições do uso da música como ação no cuidado à pessoa fora de possibilidades terapêuticas de cura. Por meio da revisão bibliográfica sobre o assunto, propõe-se a discutir: as contribuições da música nos cuidados paliativos e na humanização do cuidado, na promoção do conforto para a pessoa no final da vida, e como recurso de ajuda na relação da família

com a despedida do ente querido adoecido. Aponta, também, as possíveis contribuições do uso da música para a manutenção de uma equipe de saúde mais saudável e integrada.

Metodologia

A pesquisa bibliográfica foi realizada mediante a busca eletrônica de artigos indexados nas bases de dados Blackwell Synergy, Index Psi, Ingenta, Lilacs, Medline, PEPsic, PsychLit e Scielo, por meio do uso dos descritores: 'música', 'musicoterapia', 'cuidados paliativos', 'tratamento paliativo', 'assistência paliativa', 'estado terminal' e 'assistência terminal', e de suas possíveis combinações. Foi também realizada varredura manual das revistas não-indexadas "Prática Hospitalar" e "Revista Brasileira de Musicoterapia". O estudo compreendeu o período de 1998 a 2008, tendo sido incluídos alguns artigos anteriores a esse tempo e que foram reconhecidos como relevantes para o estudo. Dos 332 artigos recuperados no levantamento bibliográfico inicial, foi realizada leitura exploratória³ de seus resumos, fossem eles produtos de trabalhos empíricos ou teóricos, identificando-se 88 artigos (27 estrangeiros e 61 nacionais) que se enquadravam na temática estudada – a música, o morrer e os cuidados paliativos. Esse material foi submetido à leitura seletiva para se determinar quais desses, de fato, interessariam à pesquisa, chegando-se a 33 artigos (12 estrangeiros e 21 nacionais). O estudo também utilizou dois documentos sobre os cuidados paliativos da Organização Mundial da Saúde e nove livros, que versavam sobre as temáticas da morte, do morrer, dos cuidados paliativos e dos efeitos da música na pessoa doente e em seus cuidadores.

³ Foram realizadas as leituras exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, tais como descritas em Gil (2002).

Os artigos, livros e documentos acima referidos vieram a constituir o corpus da pesquisa, que foi processado mediante leitura analítica, a qual, conforme aponta Gil (2002), compreende: a leitura integral do texto, a identificação das ideias-chave, sua hierarquização e síntese. Ao final, foi realizada leitura interpretativa dos textos buscando-se apreender significados mais amplos e estabelecer relações críticas entre as ideias apresentadas e os conhecimentos já consagrados no domínio da produção do cuidado das pessoas fora de possibilidades terapêuticas de cura.

A música e seu uso nos processos saúde-doença-cuidado

São inúmeros os indícios de que os seres humanos possuem um instinto musical inato, sendo a música uma linguagem universal, que possibilita a mediação de uma relação intersubjetiva – é, portanto, um meio de comunicação –, capaz de gerar sentidos, ultrapassando os limites da expressão verbal (Vianna, 1998). O mundo sonoro participa da ontogenia e da filogenia humanas, e pode admitir variados usos e desempenhar diversas funções (Souza, 1998).

Utilizamos diversas partes do cérebro ao ouvirmos música, para integrarmos todos os seus elementos, tais como ritmo, harmonia, timbres e tons (Sacks, 2007). Mas percebemos música como algo a mais do que simples som: ela provoca percepção visual, atividade motora sensorial, processamento de informação abstrata e simbólica, além de expressão de diferentes emoções (Bergold, Alvim, Cabral, 2006). Segundo Souza (1998), a música ocupa o *lugar da emoção*, e possibilita a travessia entre o emocional e o racional, mobilizando conteúdos com os quais a comunicação verbal não é suficiente para lidar.

Desse modo, a música é um recurso terapêutico em potencial, por seu caráter de linguagem e de expressão e por possibilitar a conexão com conotações ligadas

à área afetivo-emocional, relacionadas aos sentidos que o indivíduo e seu contexto atribuem ao fenômeno musical; a música abarca uma “infinita possibilidade de abrir caminhos e ampliar os horizontes de expressão do paciente, possibilitando assim alcançar um novo patamar de integridade, integração e inteireza, isto é, de saúde” (Barcellos, Santos, 1996, p.18).

A ideia formal do uso terapêutico da música surgiu após as Guerras Mundiais, quando se descobriu que as dores e angústias de muitos soldados feridos podiam melhorar com música e, assim, músicos foram levados a tocar em ambientes hospitalares (Sacks, 2007).

Estudos demonstram o efeito da música como facilitador da analgesia (Hattem et al., 2006; Vale, 2006; Good et al., 2005; Voss et al., 2004). Outros estudos mostram que ouvir música age sobre o sistema nervoso autônomo, auxiliando a desligar-se da dor e no alívio da tensão e do estresse, e reduz o consumo de analgésicos (Ikonomidou, Rehnstrom, Naesh, 2004). Tal efeito explica-se pela teoria do portal no controle da dor: a música age como um estímulo em competição com a dor, fazendo com que a pessoa se distraia e desvie sua atenção da dor; desta forma, o estímulo doloroso é modulado (Todres, 2006). Bernardi, Porta, Sleight (2006) estudaram as alterações cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias induzidas por diferentes tipos de música, e verificaram que músicas de andamento lento produziam um efeito relaxante, com redução da frequência cardíaca, da pressão arterial e da ventilação, enquanto músicas de andamento mais veloz provocavam a ativação simpática, aumentando o ritmo da respiração, a pressão arterial e os batimentos cardíacos.

Dessa forma, pesquisas mostram que a música relaxante tem efeitos positivos em pessoas que sofreram infarto agudo do miocárdio (White, 1999), assim como na diminuição da intensidade da dor e da ansiedade no pós-operatório de cirurgias intestinais (Good et al., 2005) e de cirurgias cardíacas (Voss et al., 2004). Outrossim, estudos mostram que a música também diminui a confusão e o delírio em idosos submetidos a cirurgias eletivas de joelho e quadril (McCaffrey, Locsin, 2004) e auxilia na redução de distúrbios de humor em pessoas hospitalizadas sob tratamento com altas doses de quimioterapia para transplante autólogo de células-tronco (Cassileth, Vickers, Magill, 2003).

Ainda, de acordo com os estudos de Sacks (2007), pessoas com doenças neurológicas – tais como síndromes corticais específicas ou subcorticais, como parkinsonismo, doença de Alzheimer ou outras causas de demência – com deficiência mental ou distúrbios globais do desenvolvimento podem responder de maneira específica ou mais intensamente à música e, portanto, ela pode ter um imenso potencial terapêutico.

Costa e Vianna (1982) descreveram o uso da musicoterapia⁴ no tratamento de grupos de pessoas com transtornos mentais internados por períodos breves numa instituição de ensino e de atenção à saúde mental. Por meio da autoexpressão - com a utilização da linguagem musical em atividades como produções rítmicas simples, exploração de sons corporais e vocais, facilitação do uso expressivo da voz, experimentação de instrumentos, entre outros -, foi viabilizada uma possibilidade não-verbal de comunicação interpessoal, que é alterada nos transtornos mentais, além da interação grupal. Foi observado, pelos autores do artigo, que o processo musicoterápico contribuiu para a ampliação da capacidade de comunicação e para o processo de estruturação e de socialização.

O neurologista e escritor Oliver Sacks (2007) reflete sobre diversos casos de pessoas com patologias ou deficiências relacionadas, de alguma forma, à música, em sua obra “Alucinações Musicais”. Um dos relatos é sobre sua experiência em um trabalho que realizou na década de 1970 com um grupo de jovens que tinham autismo grave. O único modo que encontrou de obter alguma interação com os mais

⁴ Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) pelo musicoterapeuta e pelo cliente ou grupo, em um processo estruturado para facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e a organização (física, emocional, mental, social e cognitiva), para desenvolver potenciais e desenvolver ou recuperar funções do indivíduo de forma que ele possa alcançar melhor integração intra e interpessoal e, consequentemente, qualidade de vida (World Federation of Music Therapy apud Bruscia, 1998).

inacessíveis foi por meio da música. Atualmente, é recorrente o uso terapêutico da música no transtorno autista para reduzir o estresse, a agitação e os movimentos estereotipados, assim como para facilitar o relacionamento com pessoas que são inacessíveis por outros meios, sobretudo pela via verbal (Sacks, 2007).

O uso da música também é benéfico, de acordo com Sacks (2007), em casos de demência, causados comumente pela doença de Alzheimer. Uma pessoa com Alzheimer sofre perda de memória, que pode progredir para a amnésia profunda, e de muitas outras capacidades, como a fala e a autopercepção. Mas, mesmo quando a demência é muito severa, aspectos de sua personalidade podem sobreviver, em especial a resposta à música. Esta pode atingir e estimular esse *self* sobrevivente, as emoções, as faculdades cognitivas, os pensamentos e as memórias. A musicoterapia pode ser utilizada para “enriquecer e ampliar a existência, dar liberdade, estabilidade, organização e foco” (Sacks, 2007, p.320), e isso é possível devido à persistência de capacidades relacionadas à música, mesmo um longo período após o qual outras formas de memória tenham desaparecido. Seus efeitos podem perdurar por horas ou dias, registrando-se melhora de comportamento, humor e, até, da função cognitiva.

Uma das obras mais conhecidas de Sacks (1997), “Tempo de despertar”, relata sua experiência médica com vítimas de encefalite letárgica, que desenvolveram parkinsonismo pós-encefálico, apresentando rigidez, acinesia – redução ou perda de movimento –, dificuldades de iniciar e controlar ações e movimentos involuntários. Para o autor, esse quadro se transformava instantaneamente com a música: o ritmo e o fluxo musical podiam fazer essas pessoas dançarem e cantarem e davam-lhes estabilidade, controle, sincronicidade e fluidez no andar, no falar e em outros movimentos complexos, como se a música as libertasse temporariamente do parkinsonismo.

No entanto, além do significado transmitido por “padrões de som”, há também a importância da música pelos papéis que pode desempenhar na vida das pessoas, pela experiência do seu significado tanto no âmbito individual quanto por seu simbolismo social e cultural, que compõem o que chamamos de *gosto musical* (Jourdain, 1998). No caso relatado acima por Sacks (1997), a música apenas tinha o efeito descrito quando a pessoa com a doença de Parkinson era sensível a ela e quando esta pertencia ao seu gosto musical, afetando profundamente seu ouvinte.

O mesmo pode se dar com todos nós: a música é capaz de nos possuir, nos levar ao êxtase,

a música dá os meios para experimentarmos relações muito mais profundas do que as encontradas por nós no cotidiano. [...] Assim, por um breve espaço de tempo, alcançamos uma compreensão mais profunda do mundo (ou, pelo menos, de uma pequena parte dele) [...]. Durante alguns momentos, ela nos torna maiores do que realmente somos, e ao mundo, mais ordenado do que ele realmente é. (Jourdain, 1998, p.415-6)

Quando uma doença fora de expectativas de cura provoca a transformação dos contextos de vida e seu consequente *esvaziamento*, seja por questões clínicas que limitam o cotidiano e/ou devido a dimensões psicossociais e espirituais, a música pode ser um importante recurso de ajuda. Ela possibilita a realização de atividades com significado e propósito, além de viáveis e acessíveis, nas quais a participação pode ser ativa ou passiva, e que podem contribuir para a qualidade de vida (Foxglove, 1999).

O uso da música pode se dar de diversos modos (Foxglove, 1999). O simples ato de ouvir música pode produzir mudanças positivas no humor, restaurar a paz e o equilíbrio emocional, proporcionar relaxamento e facilitar a expressão de sentimentos, tais como: tristeza, raiva e luto. Cantar e tocar um instrumento podem também ser maneiras de se expressar e de facilitar a interação social daqueles que estão isolados. Ao participar de uma produção musical em grupo, estimula-se a criatividade, o relaxamento e a diversão. Mesmo aqueles que não têm um histórico de habilidades musicais podem aprender a tocar instrumentos simples, ou aqueles resistentes ou incapazes de cantar podem usar como alternativa a leitura de poesia, que além de estar ligada à canção, faz uso de elementos musicais, como a métrica e o ritmo. A movimentação e a dança podem ser estimuladas e facilitadas pela música, em especial quando uma doença limitante restringe os movimentos devido à fadiga, falta de motivação ou complicações clínicas, assim como as possibilidades lúdicas da música podem favorecer a interação social (Bergold, Alvim, Cabral, 2006).

A música possibilita o estímulo à memória afetiva, podendo proporcionar um ambiente seguro para a retomada de sentimentos e lembranças do passado, para a sensação de alívio, de conclusão e de renovação, tão importantes na fase final de vida (Foxglove, 1999). A música compõe a trilha sonora de nossos dias, e fazer uma seleção daquelas que estão ligadas à história da pessoa pode possibilitar um retrospecto da vida, um reviver de lembranças e emoções relacionadas a eventos significativos, que, por sua vez, podem facilitar o encontro de significado e propósito da existência que encara o seu fim (Halstead; Roscoe, 2002). Hartley (2001) fala sobre o *entrar na música* (“*fall into music*”), como uma experiência de entrega e perplexidade, que nos permite encontrar sentido, propósito e completude – aspecto da experiência musical que se aprofunda com a proximidade da morte e que é capaz de aliviar a solidão e o desgosto e reduzir a dor e o impacto da doença ao proporcionar prazer e alegria.

Canções encerram significados em suas letras, e estas podem ser usadas para traduzir sentimentos, podendo auxiliar no reconhecimento das próprias emoções e ser um modo de expressão mais fácil do que a fala (Halstead, Roscoe, 2002). Outro jeito de facilitar a comunicação utilizando o recurso musical é a criação de letras para melodias conhecidas (Halstead, Roscoe, 2002).

É importante ressaltar que o uso da música como facilitador dos processos de cuidado aqui propostos depende do que se estabelece na relação da pessoa com a música, os sentidos que ela tem, e sua ligação com a cultura e com seus itinerários de vida. O cérebro de cada pessoa processa a música de uma determinada forma, sendo difícil encontrar regras universais; para uma música ser estimulante ou relaxante, por exemplo, há a influência da conexão que se cria com ela, do universo musical da pessoa, seus contextos e culturas (Jourdain, 1998). Além disso, a música coloca em evidência as singularidades de cada pessoa, suas vivências pessoais, familiares e culturais; portanto, devemos considerar o modo como cada um percebe os estímulos sonoros em cada momento: “a qualidade das respostas é que vai determinar se o som está sendo utilizado de forma correta ou incorreta” (Conde, 1997, p.53).

Assim, para o uso da música é preciso primeiro determinar se a intervenção musical interessa e faz sentido para a pessoa e, então, acessar suas necessidades e preferências musicais, além de lhe facultar o controle sobre as escolhas das músicas (Halstead, Roscoe, 2002). É importante observar que uma seleção de músicas inapropriadas, que não façam parte do universo sonoro da pessoa, pode atuar como mais um fator de estresse (Bergold, Alvim, Cabral, 2006). Se as pesquisas ainda não são conclusivas quanto ao modo mais adequado do uso da música nos processos saúde-doença-cuidado, é importante que o profissional seja sensível à forma como a música afeta a si mesmo e à pessoa sob seus cuidados.

Promovendo conforto no final da vida e cuidando do adeus

A morte é um dos episódios mais significativos da vida, e pode ser vivenciada como uma experiência enriquecedora para o indivíduo e sua família (Johnson, Bourgeois, 2003). Deste acontecimento intenso, temos a oportunidade de apreender significado e compreensão sobre a vida, pois é diante do fim que seu sentido e sua importância se ressaltam: “da relação do ser humano com a ideia e a realidade inevitável da morte, decorre sua postura diante da vida” (Loureiro, 2008, p.858).

Para o nosso inconsciente, a ideia de que nossa vida tem um fim é incompreensível; se ela tiver um fim, isto sempre será ocasionado por alguma fatalidade, e não por causas naturais (Kübler-Ross, 1998). Por vezes, um significado da morte é forçado sobre a pessoa e sua família através de avanços médicos que têm o poder de transformar o contexto da morte e de desafiar sentimentos e preferências dos envolvidos (Johnson, Bourgeois, 2003), e apesar de a morte poder ser vista simplesmente como um processo biológico, “o processo de morte e morrer envolve etapas, fenômenos que antecedem a morte clínica propriamente dita” (Bifulco, 2006, p.166).

Para Kübler-Ross (1998), quando se enfrenta um processo de terminalidade, existem estágios, ou mecanismos, pelos quais uma pessoa fora de possibilidades terapêuticas de cura pode passar para lidar com tal situação-limite: a negação e o isolamento, a raiva, a tentativa de barganha, a depressão e, por fim, a aceitação. O cuidado sensível e atento é importante para possibilitar que a morte seja uma passagem digna e tranquila.

Do mesmo modo, o adoecimento pode fazer com que a família enfrente sobrecargas de diversas dimensões – física, emocional, espiritual, social, econômica – e precise de ajuda para conseguir aceitar a

realidade inevitável que é a morte (Kübler-Ross, 1998). Um dos principais modos de dar suporte à família vem da sensação reconfortante de que seu parente está sendo bem cuidado e de que seus sintomas estão bem controlados. O controle dos sintomas está relacionado à manutenção da qualidade de vida, sobretudo na fase final da vida, e raramente este controle é inalcançável (Johnson, Bourgeois, 2003).

Mas além da preocupação com o bem-estar de seu parente doente, existe também o sofrimento próprio dos familiares que enfrentam uma situação de luto, e é um princípio inerente aos cuidados paliativos dar suporte a estes para que possam amparar seu ente querido que vive um processo de finitude e para que possam lidar com a perda (Johnson, Bourgeois, 2003). A família também passa por estágios de adaptação à morte de seu parente, e é fundamental que possa ter um espaço para extravasar suas emoções, chorar durante o pesar preparatório, exteriorizar suas culpas, medos e fantasias, para melhor suportar a perda e gradualmente aceitá-la (Kübler-Ross, 1998).

Ainda, segundo os estudos de Kübler-Ross (1998), a família costuma ocultar o que sente para a pessoa em fase final de vida, no esforço para transmitir uma falsa alegria e não demonstrar o pesar com a morte próxima. Os problemas ou a falta de comunicação podem se tornar mais uma causa de sofrimento para ambas as partes, o que revela a importância da equipe de saúde trabalhar para combater o silêncio alienante, mediando e estimulando a comunicação entre a pessoa doente e sua família para que possam compartilhar sentimentos e pensamentos, e enfrentarem juntos a crise.

Desse modo, os cuidados paliativos buscam a “boa morte”, cuidando para que a pessoa possa morrer tranquila, através da atenção às diversas demandas que o encontro com esta tranquilidade possa exigir, desde a satisfação de questões pessoais não-concluídas até a resolução de aspectos legais (Menezes, 2004).

A música pode facilitar, de diferentes modos, a despedida. Canções suaves de ninar podem ser usadas, pois remetem às sensações de cuidado e proteção, e podem ajudar a aliviar o medo do abandono durante o processo de passagem (Halstead, Roscoe, 2002). Existem estilos musicais que podem se relacionar com a espiritualidade, como os cantos gregorianos e a música erudita, e que podem estimular sentimentos de serenidade, em especial no momento da morte (Halstead, Roscoe, 2002). A música pode também preencher, com beleza e significado, os momentos de silêncio tão difíceis de serem suportados quando se acompanha alguém que está morrendo, criando um ambiente mais confortável (Halstead, Roscoe, 2002).

O modo como a pessoa e sua família procuram dizer adeus depende de significados pessoais e de aspectos da cultura, da religiosidade e da espiritualidade de cada um. O envolvimento da família e dos amigos numa atividade que signifique o adeus à pessoa que se aproxima da morte dá a sensação de encerramento, de conclusão, tão importante para se encontrar a paz no fim da vida (Johnson; Bourgeois, 2003). Fazer uma seleção de músicas que foram significativas durante a vida junto com as pessoas amadas pode ser um modo de fortalecer as relações, de favorecer a comunicação e a expressão de sentimentos (Halstead, Roscoe, 2002), e pode, assim, ser um jeito de se cantar o adeus.

O outro lado do cuidado

Instituído desde a graduação, o foco da grande maioria dos profissionais da saúde é o corpo e suas manifestações clínicas em detrimento de outras dimensões do ser humano, como os aspectos emocionais e espirituais, enfatizando uma relação tecnicista e pragmática entre equipe de saúde e paciente (Figueiredo, 2006). Em outras palavras, os cursos da área de saúde têm privilegiado o estudo sobre a técnica, e ainda permitem que se trate como objeto o que é – ou foi – o corpo humano. Por exemplo, as aulas introdutórias de dissecação de cadáveres, sem um espaço para a discussão do que elas vêm a mobilizar e significar, podem levar os estudantes a ignorarem qualquer identidade humana do material de estudo para tornarem viável a tarefa (Bifulco, 2006).

Do mesmo modo, foi dada uma menor relevância à morte na formação dos profissionais de saúde, havendo uma lacuna no que se refere às reflexões e práticas sobre o morrer, criando um contexto de despreparo para se lidar com a recorrente situação de uma pessoa em fase final de vida e seu fim (Drummond et al., 2004). Ainda, o avanço científico-tecnológico da medicina criou a ilusão de onipotência de que poderíamos nos esquivar da morte - que se tornou a maior inimiga -, e a nossa missão maior é combatê-la (Bifulco, 2006).

Assim, quando a obstinação terapêutica não consegue mais salvar o paciente, toda morte é vista como derrota, fracasso, impotência. Encarar a morte de um paciente pode ser como encarar a ideia da própria finitude, e, assim, cada vitória contra a morte é uma vitória pessoal; e cada derrota acaba envolvendo o paciente e a equipe de saúde (Bifulco, 2006). Lidar com a morte de outrem implica, também, lidar com seus próprios medos, desejos e valores. Lidar com a terminalidade pode ser uma experiência dolorosa e insuportável se não for cuidada, acabando por anestesiar a sensibilidade dos profissionais de saúde e comprometer a percepção das sutilezas que envolvem esse tipo de cuidado.

A constatação do poder de mobilização emocional da música leva à reflexão sobre sua utilização para promover bem-estar, não apenas na prática do cuidar mais humanizado, mas também como estratégia para a própria equipe de saúde. Bergold, Alvim e Cabral (2006) pesquisaram as diversas influências da música sobre o ser humano e suas potencialidades como parte do cuidado, e propuseram a utilização da dinâmica musical para a sensibilização do profissional de saúde. Esse trabalho evidenciou a propriedade da música em auxiliar a expressão da subjetividade e em promover a percepção de si e do outro, e considerou tais aspectos como fundamentais para o crescimento do profissional e para ampliar sua visão sobre o cuidar: "a atividade de cuidar surge da criatividade humana, das sensibilidades frente às trocas com o outro e das condições naturais de capacidade do homem de criar novas situações" (Bergold, Alvim, Cabral, 2006, p.268).

Ainda, aspectos da música, como sua possibilidade lúdica, mostraram ser um recurso importante para o autocuidado da equipe ao promover relaxamento, bem-estar e prazer de estar consigo mesmo e com o outro (Bergold, Alvim, Cabral, 2006).

Como constatado em pesquisa realizada em Centro de Terapia Intensiva, o uso de música tocada ao vivo, por voz e violão, foi não apenas um instrumento importante para o processo de humanização do cuidado e uma alternativa criativa e eficaz no alívio da dor, mas também trouxe benefícios para a equipe de saúde, como: a prevenção do estresse, a redução dos níveis da tensão e do desgaste psicológico, maior interação social, e o maior comprometimento com as atividades profissionais (Backes et al., 2003).

Considerações finais

O contato com uma produção científica relevante acerca do estudo crítico dos diferentes modos de afetação da música sobre o ser humano e seu potencial como recurso terapêutico aponta a crescente preocupação com formas humanizadas de cuidado. Existe, ainda, uma constatação cada vez mais presente da importância do uso da música nos cuidados paliativos, por sua contribuição multidimensional, sobretudo ao possibilitar um lugar de trocas – de afetos, de emoções, de delicadezas – que, por vezes, desaparece quando entra em cena a misteriosa e temida morte.

No entanto, a produção de trabalhos interessados na interface entre a linguagem musical e os cuidados oferecidos nos processos de terminalidade é, em maioria maciça, de origem internacional. A prática dos cuidados paliativos, apesar de sua inegável importância para a produção de cuidado em saúde que transponha os limites da abordagem curativa, é ainda um campo em recente construção no Brasil (Figueiredo, 2006).

É indispensável que as práticas de saúde no Brasil exercitem possibilidades alternativas de cuidado no sentido de ultrapassarem uma assistência fragmentadora e desumanizada.

Colaboradores

Natalie Seki responsabilizou-se pelo desenvolvimento da pesquisa e Sandra Galheigo responsabilizou-se pela supervisão do trabalho em todas as suas etapas. As autoras trabalharam juntas na redação e edição final do manuscrito.

Referências

- BACKES, D.S. et al. Música: terapia complementar no processo de humanização de um CTI. **Nursing**, v.66, n.6, p.35-42, 2003.
- BARCELLOS, L.R.M.; SANTOS, M.A.C. A natureza polissêmica da música e a musicoterapia. **Rev. Bras. Musicoter.**, v.1, n.1, p.5-18, 1996.
- BERGOLD, L.B.; 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, p.262-9, 2006.
- BERNARDI, L.; PORTA, C.; SLEIGHT, P. Cardiovascular, cerebrovascular and respiratory changes induced by different type of music in musicians and non-musicians: the importance of silence. **Heart**, v.92, p.445-52, 2006.
- BIFULCO, V.A. A morte na formação dos profissionais de saúde. **Prat. Hosp.**, v.8, n.45, p.164-6, 2006. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/>>. Acesso em: 7 jul. 2008.
- _____. O cuidar do paciente fora de possibilidades de cura. **Prat. Hosp.**, v.7, n.41, 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/>>. Acesso em: 28 jun. 2008.
- BRANDÃO, C. Câncer e cuidados paliativos: definições. **Prat. Hosp.**, v.7, n.42, 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/>>. Acesso em: 28 jun. 2008.
- BRECHT, B. **Bertold Brecht: poetry and prose**. Nova York: Continuum International, 2003.
- BRUSCIA, K. **Definindo musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1998.
- CARVALHO, M.V.B.; MERIGHI, M.A.B. A mulher com câncer fora de possibilidades de cura e as diferentes faces da dor. **Prat. Hosp.**, v.6, n.35, 2004. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/>>. Acesso em: 28 jun. 2008.
- CASSILETH, B.R.; VICKERS, A.J.; MAGILL, L.A. Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: a randomized controlled trial. **Cancer**, v.98, n.12, p.2723-9, 2003.
- CONDE, K.C. Considerações acerca do uso indiscriminado do som e dos seus efeitos no homem. **Rev. Bras. Musicoter.**, v.2, n.3, p.51-60, 1997.
- COSTA, C.S.M.; VIANNA, M.N.S. Musicoterapia: grupos de pacientes psiquiátricos internados por períodos breves. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.31, n.3, p.185-94, 1982.
- DRUMMOND, T.C. et al. Projeto CATHIVAR: relato de uma experiência em cuidados paliativos. **Prat. Hosp.**, v.4, n.33, 2004. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/>>. Acesso em: 28 jun. 2008.
- FIGUEIREDO, M.T.A. Reflexões sobre os cuidados paliativos no Brasil. **Prat. Hosp.**, v.8, n.47, p.36-40, 2006. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/>>. Acesso em: 7 jul. 2008.
- FOXGLOVE, T. Music therapy for people with life-limiting illness. **Nurs. Times**, v.95, n.18, p.52-4, 1999.
- GENEZINI, D.; CRUZ, M.G.M. Reações psíquicas à vivência da morte iminente, e a assistência ao paciente e família na enfermaria de cuidados paliativos do HSPE. **Prat. Hosp.**, v.8, n.47, p.61-4, 2006. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/>>. Acesso em: 7 jul. 2008.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOOD, M. et al. Relaxation and music reduce pain following intestinal surgery. **Res. Nurs. Health**, v.28, p.240-51, 2005.

- GUTIERREZ, P.L. O que é o paciente terminal? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.47, n.2, p.92, 2001. Disponível em: <<http://www.ramb.org.br/>>. Acesso em: 21 jun. 2008.
- HALSTEAD, M.T.; ROSCOE, S.T. Restoring the spirit at the end of life: music as an intervention for oncology nurses. **Clin. J. Oncol. Nurs.**, v.6, n.6, p.333-6, 2002.
- HARTLEY, N.A. On a personal note: a music therapist's reflections on working with those who are living with a terminal illness. **J. Palliat. Care**, v.17, n.3, p.135-41, 2001.
- HATEM, T.P.; LIRA, P.I.C.; MATTOS, S.S. Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **J. Pediatr.**, v.83, n.3, p.186-92, 2006.
- IKONOMIDOU, E.; REHNSTROM, A.; NAESH, O. Effect of music on vital signs and postoperative pain. **AORN J.**, v.80, p.269-78, 2004.
- JOHNSON, A.; BOURGEOIS, R.N. Essence of caring a person dying. **Nurs. Health Sci.**, v.5, p.133-8, 2003.
- JOURDAIN, R. **Música, cérebro e êxtase: como a música captura nossa imaginação**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.
- KOVÁCS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- 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**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- LOUREIRO, A.M.L. A batuta da morte a orquestrar a vida. **Interface - Comun., Saude, Educ.**, v.12, n.27, p.853-62, 2008.
- MACIEL, M.G.S. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. **Prat. Hosp.**, v.8, n.47, p.46-9, 2006. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/>>. Acesso em: 7 jul. 2008.
- McCAFFREY, R.; LOCSIN, R. The effects of music listening on acute confusion and delirium in elders undergoing elective hip and knee surgery. **Int. J. Older People Nurs.**, v.13, p.91-6, 2004.
- MENEZES, R.A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- OTHERO, M.B.; COSTA, D.G. Propostas desenvolvidas em cuidados paliativos em um hospital amparador - Terapia Ocupacional e Psicologia. **Prat. Hosp.**, v.9, n.52, p.157-60, 2007. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/>>. Acesso em: 11 set. 2008.
- PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prat. Hosp.**, v.8, n.41, 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/>>. Acesso em: 7 jul. 2008.
- PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.
- SACKS, O. **Alucinações musicais: relatos sobre a música e o cérebro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- _____. **Tempo de despertar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- SEKI, N.H.; GALHEIGO, S.M. **O uso da música nos cuidados paliativos**. 2008. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.
- SOUZA, M.G.C. Reflexões teóricas sobre a musicoterapia. **Rev. Bras. Musicoter.**, v.3, n.4, p.29-32, 1998.

- TODRES, I.D. Música é remédio para o coração. **J. Pediatr.**, v.82, n.3, p.166-8, 2006.
- VALE, N.B. Analgesia coadjuvante e alternativa. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v.56, n.5, p.530-55, 2006.
- VIANNA, M.N.S. Musicoterapia: algumas reflexões. **Rev. Bras. Musicoter.**, v.3, n.4, p.27-8, 1998.
- VIGANÒ, A. et al. Survival prediction in terminal cancer patients: a systematic review of the medical literature. **Palliat. Med.**, v.14, n.5, p.363-74, 2000.
- VOSS, J.A. et al. Sedative music reduced anxiety and pain during chair rest after open-heart surgery. **Pain**, v.112, p.197-203, 2004.
- WHITE, J.M. Effects of relaxing music on cardiac autonomic balance and anxiety after acute myocardial infarction. **Am. J. Crit. Care**, v.8, p.220-30, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The solid facts: palliative care**. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/>>. Acesso em: 28 ago. 2008.
- _____. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2.ed. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/>>. Acesso em: 28 ago. 2008.

SEKI, N.H.; GALHEIGO, S.M. Uso de la música en los cuidados paliativos: humanizando el cuidado y facilitando la despedida. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.273-84, abr./jun. 2010.

El convivio con una enfermedad amenazadora de la vida puede afectar el sujeto y a la familia en diversas dimensiones y requerir cuidados sensibles y atentos de un equipo multi-disciplinario al enfrentar tal situación única y delicada. El artículo tiene como objetivo reflexionar sobre las contribuciones del uso de la música en los cuidados paliativos y en la humanización del cuidado de la persona fuera de posibilidades terapéuticas de cura. Con este propósito se realizó una investigación bibliográfica mediante la búsqueda electrónica de artículos indexados en bases de datos y por rastreo de los periódicos no indexados considerados relevantes. La investigación muestra que el uso de la música en los procesos salud-enfermedad-cuidado puede promover comodidad y calidad de vida para la persona enferma y ser un recurso de ayuda en la relación a la familia con la despedida de su ente querido. Puede también auxiliar en el mantenimiento de un equipo de salud saludable e integrada.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Humanización. Música.

Recebido em 27/03/09. Aprovado em 13/10/09.