

MUSICOTERAPIA COMO RECURSO TERAPÊUTICO PARA A SAÚDE MENTAL

Music Therapy as a Therapeutic Resource for Mental Health

Yzy Maria Rabelo Câmara¹

Maria dos Remédios Moura Campos²

Yls Rabelo Câmara³

RESUMO

INTRODUÇÃO: Esta pesquisa é resultante do desejo de compreender o quanto a atividade de musicoterapia Som Saúde, realizada por oito anos em uma unidade de internação feminina do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, impacta na vivência diária de pacientes internadas, portadoras de sofrimento psíquico. **METODOLOGIA:** Os sujeitos foram 10 usuárias com idades a partir de 13 anos que concordaram em participar voluntariamente do estudo. O local foi a Unidade de Internação Feminina II. O método escolhido foi de narrativas e foram utilizados também diários de campo e entrevistas semiestruturadas, realizadas durante o período de outubro de 2011 a fevereiro de 2012. **RESULTADOS:** Os benefícios foram sentimento de acolhida, espaço para ser escutado e para externalizar emoções como raiva, tristeza, alegria e sentimento de relaxamento. Foi constatada, através das narrativas, redução de dores emocionais (expressas de modo somatizado), como também de quadros de agitação, agressividade e melhoria no relacionamento interpessoal durante as atividades, não se restringindo seus

¹ Yzy Maria Rabelo Câmara é Psicóloga do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto. e Assistente Social. Atuou no processo de coleta, análise de dados, sistematização das categorias e elaboração textual. Email: yzycamara@gmail.com

² Maria dos Remédios Moura é Psicóloga do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto.. Atuou no desenvolvimento das vivências musicoterapêuticas, no processo de coleta, análise de dados e sistematização das categorias. Email: remcampos@yahoo.com.br

³ Yls Rabelo Câmara é Bacharel em Letras e Doutoranda de Filologia Inglesa pela Universidad de Santiago de Compostela. Atuou na transcrição literal das narrativas, discussão e sistematização dos resultados, revisão ortográfica e elaboração do *abstract*. Email: yiscamara@hotmail.com

benefícios apenas ao tempo das vivências com musicalização, mas inclusive nos momentos posteriores. **CONCLUSÃO:** Enquanto intervenção de baixo custo, não invasiva, não medicamentosa e seguindo a premissa não asilar da Reforma Psiquiátrica, a vivência da musicoterapia Som Saúde, representa recurso promotor de redução do estresse, no instante em que esta prática terapêutica alivia dores psíquicas a partir do espaço lúdico de valorização da fala das usuárias e de suas escolhas de forma dinâmica, divertida e terapêutica.

Palavras Chave: Musicoterapia. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

INTRODUCTION: This research is the result of our desire to understand the impacts of the Som Saúde (Sound - Health) music therapy activity – which has been carried out for eight years at a female unit at the Professor Frota Pinto Mental Hospital – on the hospitalized patients' daily lives. **METHODOLOGY:** The subjects were ten (10) patients aged 13 or older. The criterion for inclusion was the voluntary acceptance upon signing of an informed consent form (COMEPE/UFC – 214/09). The research took place at the Female Hospitalization Unit II. The chosen method was narrative, and we also used field diaries and semi-structured interviews conducted from October 2011 to February 2012. **RESULTS:** The benefits were: a welcoming feeling, a place for relaxation, to be listened to and to externalize emotions such as anger, sadness, and happiness. Through the narratives, we noticed a reduction in emotional pain (expressions in a sommatized way as interpreted by the researchers) as well as agitation, aggressive fits, and an improved interpersonal relationship during the music therapy activity. The benefits were not restricted to the music therapy period, but were also felt afterwards. **Conclusion:** As a low-cost, non-invasive, non-medicamentous intervention, which complies with the non-asylum premise of the Psychiatric Reform, the experience of the Som Saúde music therapy activity promotes the reduction of stress as it alleviates psychic pain at a recreational place, which values the patients' voice and choices in a dynamic, entertaining and therapeutic way.

Keywords: Music therapy. Mental Health. Psychiatric Reform

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa surgiu do afã de compreender o quanto a atividade de musicoterapia realizada em uma unidade de internação feminina do hospital de referência em saúde mental do Ceará impacta na vivência diária e melhoria da evolução clínica de pacientes portadoras de sofrimento psíquico durante a internação hospitalar psiquiátrica. O interesse em estudar o sofrimento psíquico é resultado da nossa experiência profissional vivenciada nos últimos oito anos. O propósito maior desta investigação firma-se na compreensão do discurso de portadoras de sofrimento psíquico a respeito de como vivenciam e enfrentam tal sofrimento no período de internação psiquiátrica. Outro aspecto igualmente importante é facilitar estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico, de promoção de saúde mental e de reinserção sócio-familiar (máxima da Reforma Psiquiátrica) objetivando o cuidar terapêutico e humanizado. A razão de focar o sofrimento psíquico de mulheres internadas diz respeito à gravidade do mesmo em suas mais variadas formas, além de se referir aos altos níveis de tentativas de suicídio com ou sem sucesso letal, sua cronicidade, incapacidade ou limitação das habilidades produtivas nos períodos de crise, além de alta prevalência na sociedade.

Por outro lado, o fato de buscar pacientes internadas diz respeito ao ponto último que elas podem chegar, pela cronicidade e/ou falta de suporte familiar. Em geral, quem busca internação em um hospital encontra-se em estado crítico e/ou busca no espaço institucional uma forma de sobrevivência e segurança. Gera-se um ciclo vicioso onde a paciente transita de hospital em hospital, perdendo seus referenciais e, em muito, sua real identidade.

A relevância deste tema faz-se sentida, pois compreender o sujeito portador de sofrimento psíquico e dar vazão à exposição de sua dor tende a favorecer o resgate de sentido pessoal do próprio sujeito (pela compreensão e percepção de ser alguém que precisa de apoio). Este novo olhar pode favorecer melhor adesão ao tratamento, menor tempo de internação, menor custo para o sistema de saúde, maior reintrodução ao convívio social e acadêmico-profissional. Antes de apresentarmos o grupo de musicoterapia estudado, abordaremos brevemente o

processo de reforma psiquiátrica e sua importância para o atual cenário da saúde mental brasileira.

1.1 A Reforma Psiquiátrica e o processo de hospitalização

Conforme Câmara (2011: 53), a percepção da loucura atravessa os séculos, mas o discurso sobre a saúde mental é da ordem da modernidade. Segundo Foucault (2000, p. 52-80), ao sujeito portador de sofrimento psíquico, o recurso utilizado para lidar com a crise era através do isolamento sócio-familiar, espaços não terapêuticos ou mesmo abandonados em depósitos humanos dos espaços asilares.

A hospitalização aprisionava, inerentemente, o sujeito em classificações nosológicas. Somente com o advento dos psicofármacos, a partir da segunda metade do século passado, torna-se possível controlar surtos no ambiente familiar e, de acordo com Amarante (2003), inicia-se o esvaziamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, tanto devido à ação da terapêutica medicamentosa quanto pelo cenário global marcado por intensos movimentos civis que, segundo Paim (2003: 455-466), fazem com que haja um desejo coletivo dos profissionais liberais, nas mais variadas categorias, de questionar o sistema opressor hegemônico e criar uma nova ordem social.

Diante disto, a instituição hospitalar (excludente por natureza) já não era mais viável como o único recurso terapêutico para portadores de intenso sofrimento psíquico em estado de crise (AMARANTE, 2003). Modelos alternativos como as comunidades terapêuticas inglesas, a psiquiatria comunitária norte-americana, a psiquiatria institucional francesa e a desinstitucionalização italiana foram surgindo nos anos 60 e 70 com o objetivo de substituírem o modelo médico-assistencialista e hospitalocêntrico.

Na realidade brasileira, conforme Paim (2003: 476), passou a haver um movimento de pressão ao regime ditatorial, buscando a possibilidade de uma política de saúde geradora de maior bem-estar, passando do restrito modelo médico-hospitalar de assistência para uma ampliação do cuidar nas mais diversas esferas: física, emocional, espiritual e ecológica. Movimentos coletivos de profissionais da saúde, através do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental em 1978,

Simpósio de Política Nacional de Saúde em 1979 e Conferências Nacionais de Saúde, agiram como catalizadores da criação de políticas de saúde que fossem as mais democráticas possíveis, que contemplassem o usuário como cidadão de direitos e digno de ter atendimento integralizado e humanizado. Desta pressão surgida houve a necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde a partir da identificação de limitações no sistema de saúde, estabelecendo-se as bases para a Reforma Sanitária. Esta reforma, conforme Vasconcelos e Pasche (2003: 237), tinha por base a necessidade de ruptura do movimento sanitário com o modelo médico-assistencialista hospitalocêntrico e o desejo de estabelecimento da ampliação do conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado, participação e controle social.

Este contexto de inovação apontado por Amarante (2003) é a pilastra para o surgimento da Reforma Psiquiátrica: processo social complexo, de construção permanente e, portanto, dialético e plural. A Reforma Psiquiátrica assume o modelo psicossocial de assistência, onde além da terapia medicamentosa há a inclusão da psicoterapia e da sociabilidade visando possibilitar ao usuário níveis consideráveis de autonomia, emancipação e reinserção social, elevando a autoestima deste sujeito individual e coletivo pelo sentimento de pertença, pelo conhecimento de seus direitos e tomada de responsabilidade pelos seus deveres. Quebra-se o paradigma da vítima incapacitada, tornando-o protagonista de sua história e agente de transformação social.

Diante deste quadro, o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, cada vez mais, vem adotando a política de internação em menor período de tempo possível, havendo a liberação da alta assim que o usuário apresenta melhorias no seu quadro clínico e na sua capacidade de autonomia e reinserção social. Há, neste período, todo um processo de preparação para alta por meio da liberação de licenças de finais de semana e orientações médico-psico-sociais aos familiares sobre a evolução clínica dos usuários e as possibilidades de continuação do tratamento no espaço extra-hospitalar.

1.2 A vivência diária no processo de hospitalização

Mesmo sendo o hospital psiquiátrico um modelo muito criticado e, até certo ponto, ultrapassado de cuidado, ainda existe demanda de parcela da população vulnerabilizada por surtos dos serviços de instituições hospitalares, visto que os serviços alternativos a este modelo não conseguem suprir todas as inúmeras carências do campo da saúde mental.

No modelo hospitalocêntrico, o sujeito é afastado voluntária, compulsória ou involuntariamente de suas vivências cotidianas, familiares e até mesmo de sua identidade, tornando-se aprisionado no cárcere emocional dos diagnósticos, tratamentos psicofarmacológicos e prognósticos quase sempre ruins. Tal modelo mostra-se deficiente na recuperação de portadores de graves sofrimentos mentais como psicóticos, ansiosos e depressivos crônicos, pois, segundo Lancetti e Amarante (2006), o espaço adequado para o tratamento de uma pessoa com sofrimento psíquico é o bairro, a família, a comunidade e a unidade de saúde do território onde a pessoa vive.

O sujeito acometido de sofrimento psíquico grave e em crise durante a internação psiquiátrica, por vezes abdica de seus suportes simbólicos para tratar daquilo que produz de mais singular: seus próprios sintomas. Conforme Ferreira, Remedi e Lima (2006: 689-690), o espaço hospitalar é, por natureza, um local onde hospitalidade não é necessariamente o foco (no sentido lúdico e de acolhida), e sim o tratamento e/ou cura de doenças, precisando o paciente forçosamente desvincular-se de objetos pessoais para utilizar o que é destinado pela instituição.

Ainda que a internação hoje não seja algo mais tão impactante como já o foi antes do período anterior à Reforma Psiquiátrica, o simples fato do sujeito estar sem a autonomia necessária para dar seguimento à rotina cotidiana, precisando submeter-se a um conjunto de regras de horários para higienização, medicação, alimentação, sono, atividades multidisciplinares e visitas (por ser a internação um processo singular e invasivo), causa uma série de reações, segundo Ferreira, Remedi e Lima (2006: 690), em quem precisa submeter-se à internação. Estas reações incluem apatia, revolta, agressividade, inquietação, barganha de alta, tristeza e falta de adesão ao tratamento, dentre outros.

Leitão (1993: 75) aponta que no processo de hospitalização a homeostase existencial de um sujeito é posta em perigo, uma vez que a hospitalização traz consigo uma revelação brutal que corresponde à manifestação patente da precariedade do status anterior. É até muito comum haver a negação inconsciente do motivo da internação, a não percepção de si mesmo enquanto portador de sofrimento psíquico ou mesmo a culpa excessiva pelo que fez quando em crise, a revolta por conviver com a cronicidade. Esta condição de vulnerabilidade existencial e a falta de autonomia sobre os próprios desejos é geradora natural de estresse, segundo Torralba (2007) e Porta (2010: 263-264). Surge então a necessidade de serem criadas estratégias para enfrentamento deste mal-estar e, no referente a este estudo, a escolha foi a música enquanto recurso terapêutico.

1.3 A utilização da música em unidade de internação psiquiátrica: grupo de musicoterapia Som Saúde

Toda esta dinâmica promove alterações nos sujeitos que são percebidas das mais variadas formas, sendo a mais frequente por meio de estresse. Conforme Paiva (2009: 12-23), a mudança de estilo de vida, muitas vezes de modo abrupto, provoca intensas alterações hormonais: elevados índices de cortisona e de adrenalina são lançados no organismo que, para liberar-se, acaba intensificando a atuação do sistema de defesa e, com o tempo ou quantidade de estresse no organismo, progressivamente vai deprimindo o sistema imunológico, vulnerabilizando o sujeito a uma variedade de comorbidades (SILVA; STEFANELLI; HOGA, 2004; MARÍN; 2009). Vários são os sintomas provocados pelo estresse: angústia, tristeza, irritabilidade, choro fácil e sensação de vazio existencial.

A musicoterapia surge como uma estratégia que pode ser promotora de qualidade de vida aos sujeitos que se encontram internados. É um recurso terapêutico que visa, conforme Bergold, Alvim e Cabral (2006: 268), Forinash e Gonzalez (1989: 35-46) e Ferreira, Remedi e Lima (2006: 689-693), atuar como uma estratégia facilitadora de cuidado, relaxamento, criatividade, espontaneidade, ludicidade, melhoria da qualidade do sono, diminuição da dor física e emocional, geração de sentidos e de qualidade de vida:

A contribuição da musicoterapia nos diferentes contextos hospitalares (internação, hospital-dia e serviço ambulatorial) tem sido reconhecida por minimizar os efeitos da hospitalização, entre outros, influenciando diretamente na qualidade de vida do paciente. Por qualidade de vida, entende-se o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e saúde. (ZANINI *et al.*, 2009)

Diante de tal importância, houve a implantação de música enquanto atividade terapêutica na unidade de internação feminina II, através do grupo Musicoterapia Som Saúde; projeto idealizado pela psicóloga e musicista Maria dos Remédios Moura Campos (Ré Campos), que teve origem há 11 anos, na assistência humanizada por meio da música, para pacientes internados no Hospital Universitário Walter Cantídio (UFC). Desde o ano de 2004, o grupo Musicoterapia Som Saúde foi incorporado à assistência aos portadores de sofrimento psíquico internados no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto. Este grupo atua em todos os espaços onde há atendimento aos usuários: nas duas Unidades de Internação Feminina; nas duas Unidades de Internação Masculina; na Unidade de Desintoxicação (para usuários de drogas); nos Hospitais-Dia, para portadores de sofrimento psíquico e para dependentes químicos, e no Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente.

A atividade terapêutica semanal é feita individualmente com cada unidade e tem uma duração que varia de 30 a 60 minutos, conforme o tempo terapêutico proposto por Ferreira Remedi e Lima (2006: 689-693). Esta variação diz respeito ao estado emocional de cada grupo no decorso da atividade. Quando existe muita agitação e inquietude ou mesmo quando a atividade já não estiver interessando ao grupo de pessoas presentes, há a brevidade do término, para que permaneça apenas a sensação agradável de alegria e acolhimento e que desperte o desejo de vivenciar novamente a atividade em outro momento.

A escolha dos integrantes depende essencialmente de sua livre adesão em participar da atividade, assim como fica disponibilizado seu retorno para a unidade de origem assim que não deseje mais estar no grupo musicoterapêutico. Desta forma, não existe a exclusão de usuários com forte comprometimento cognitivo como retardo ou quadros de inquietação e exaltação do humor. Restringimos apenas a participação aos usuários que se encontram em patente quadro de agressividade contra si mesmo e contra terceiros.

Os usuários dos grupos acompanham a atividade tocando instrumentos de percussão escolhidos por eles (atabaque, bongô, triângulo, afuxê, kalimba, caxixis, maracas, claves, maculelê, reco-reco, pau de chuva, castanholha, berimbau, platinela, pandeiro, cítara, timbau, pim, ganzá, agogô, xilofone, xequebom e xequerê) e entoando canções sugeridas pelos mesmos. Conforme Bergold, Alvim e Cabral (2006: 266), a importância dada à escolha das músicas pelos usuários é respeitada para que haja uma conexão entre o ouvinte e a música, promotora de relaxamento e bem-estar.

Os instrumentos são usados para dinâmicas que estimulam a manifestação dos participantes através da verbalização. Em cada sessão, as atividades são diversificadas como forma de assegurar a motivação, a cooperação e a assiduidade. Não se busca, nestas atividades terapêuticas musicais, a exigência estética, mas o livre pensar, a livre escolha musical e a liberação de emoções, sobretudo do captar forças.

Segundo Ferreira, Remedi e Lima (2006: 693), a intervenção musical precisa considerar alguns aspectos muito relevantes para se tornar eficiente; entre eles: a adesão dos participantes, o tempo de atividade terapêutica, a preferência musical e os impactos emocionais dos efeitos psicológicos.

Ainda no começo de cada atividade, existe a apresentação do grupo, a definição de qual finalidade vai ser atingida no dia, a indicação que cada integrante pode escolher não apenas o instrumento que quiser, assim como o que deseja ouvir:

[...] é preciso que reflitamos sobre o seu uso consciente de forma a mantermos uma atitude ética relacionada ao respeito à autonomia do cliente em desejar a presença da música no espaço terapêutico, sua escolha em determinados momentos e circunstâncias, bem como o seu gosto musical (BERGOLD, ALVIM e CABRAL, 2006: 269).

Conforme exposto anteriormente e segundo Bergold, Alvim e Cabral (2006: 269) apontam, a preferência musical dos integrantes deve ser considerada, a única restrição feita é que não haja a solicitação de músicas que tragam conscientemente reminiscências dolorosas, que induzam tristeza e ansiedade. Nos casos em que emoções fortes sejam desencadeadas por conta da evocação de situações passadas, causando mal-estar individual ou coletivo como saudade, tristeza e angústia, existe o cuidado da psicóloga da unidade e da musicoterapeuta em dar o apoio terapêutico necessário para o restabelecimento da homeostase.

Conforme Bergold, Alvim e Cabral (2006: 269), a atividade é concluída quando se atinge um ápice de clima aprazível, para que a cada vez que um novo grupo seja feito em cada unidade, haja a sensação de que a atividade é prazerosa. De igual maneira, ele é encerrado quando o mal-estar não consegue ser debelado, para que não afete o estado emocional dos clientes. O decurso da atividade corresponde à aplicação do plano terapêutico que a psicóloga facilitadora e a musicoterapeuta desenvolvem para cada grupo específico. Conforme Ferreira, Remedi e Lima (2006: 689-693), o plano terapêutico visa atender demandas psicológicas e sociais dos clientes. Este plano terapêutico é avaliado periodicamente e reavaliado quando necessário, havendo um acompanhamento mais diretivo do processo de evolução clínica dos participantes.

Após a explicação do que será trabalhado na atividade, começa a fase de execução, de modo lúdico e interativo. Ao final, é aberto um espaço para que haja a livre expressão sobre os sentimentos vivenciados. Em nenhum momento existe o questionamento da veracidade do que é dito, pois o que importa mesmo é que emoções possam ser liberadas, o que compreendemos como espaços significativos de reabilitação e saúde, no sentido mais pleno do termo.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta é uma pesquisa qualitativa focada nas narrativas de mulheres internadas em unidade de saúde mental, sobre a percepção que as mesmas têm a respeito dos efeitos da musicoterapia na vivência do sofrimento psíquico. A instituição escolhida foi o hospital de referência pública em Saúde Mental do Estado do Ceará, que atende portadores de transtornos mentais e usuários dependentes químicos em nível terciário como também ambulatorial, de todos os municípios cearenses. A razão da escolha da mesma deveu-se à prática cotidiana das pesquisadoras que, pela percepção desenvolvida ao longo de oito anos de prática, existe grande preferência pela atividade terapêutica de musicoterapia. Diante deste fato, surgiu a necessidade de se compreender, de modo mais concreto e sistemático, o quanto esta atividade atua na singularidade dos sujeitos no instante em que se encontram internadas e distantes das suas rotinas cotidianas.

A população investigada foi constituída de usuárias da Unidade de Internação Feminina II, com idades que vão desde os 13 anos – idade mínima para internar uma usuária definida pela Instituição – até idosas que tivessem condições de entendimento da pesquisa e pudessem dar efetiva colaboração.

As colaboradoras aceitaram voluntariamente participar, a partir do conhecimento dos objetivos e metodologia da pesquisa, de modo claro e preciso, conforme Fontanella, Campos e Turato (2007). Para inclusão, os participantes deveriam estar em condições cognitivas e clínicas de responder às perguntas da entrevista e que não desistissem do processo de entrevista.

Todas assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O critério da delimitação da quantidade de participantes deveu-se à adoção dos critérios de inclusão, assim como à profundidade e saturação do tema no instante em que os conteúdos discursivos ficam repetitivos e pouco acréscimo passa a ser notado, conforme preconizado por Fontanella, Campos e Turato (2007).

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta das narrativas: diário de campo e entrevistas semiestruturadas. Os dados documentados no diário de campo foram coletados durante as atividades de musicoterapia e da observação direta dos comportamentos das clientes.

Cada atividade do grupo Som Saúde era conduzida por uma pesquisadora e psicóloga, a partir de técnicas musicoterapêuticas, enquanto outra pesquisadora, psicóloga, contribuía para com o grupo facilitando processos e registrando relatos e aspectos subjetivamente válidos como silêncios, sorrisos e comportamentos alterados (expansão do humor, timidez e isolamento, entre outros). A importância deste momento fez-se notada no registro da percepção de aspectos verbais e não verbais apresentados durante as vivências terapêuticas, e na contribuição deste registro para com o processo de análise de dados.

As entrevistas semiestruturadas foram utilizadas, conforme Fontanella, Campos e Turato (2007); e Minayo (1988; 1996), por fornecerem dados espontâneos, primários e secundários, crenças conscientes e inconscientes, sentimentos, experiências vividas, emoções, silêncio manifesto e comunicação não verbal, além de expressões diversas - daí sua grande importância.

As entrevistas semiestruturadas, seguiram um roteiro simplificado de perguntas e flexibilidade de respostas segundo o método explicativo de Kleinman (1988), servindo como um norteador aos temas investigados.

Como método de análise de dados foi escolhido o gênero entrevista narrativa que, conforme Botelho *et al.* (2008) e Jovchelovitch e Bauer (2003), possibilita tessituras de subjetividade por favorecer o discursar espontâneo de relatos de vivências satisfatórias ou impactantes e dolorosas.

O gênero entrevista narrativa é um método que possibilita o acesso às vivências subjetivas, reminiscências e a escuta da verbalização da própria percepção sobre as vivências da doença sentida (o que por se só, já é um processo terapêutico, de um modo geral) e que, por ser amplo, permite muitas possibilidades interpretativas. Para CÂMARA (2011).

Partindo do contexto da Antropologia da Saúde ou Antropologia Médica a partir da valorização da dimensão cultural do processo saúde-doença-cuidado, a doença passa a ser compreendida como um resultado processual de construções subjetivas mediadas pelos contextos sócio culturais. Conforme Kleinman (1988), o adoecer não pode ser restrito unicamente aos sintomas físicos, via de sua manifestação concreta, desconsiderando as teias de significado do universo simbólico de quem o vivencia.

O objetivo de valorizar as narrativas diz respeito ainda ao fato de, conforme Kleinman (1988) e Minayo (1988), termos a visão etiológica das doenças não apenas a partir de fragmentos de cultura popular e subjetiva, o que em si gera uma oposição aos modelos previamente estruturados da ciência médica, pela mudança paradigmática do modelo biomédico para o pensar a saúde-doença como uma dialética plural e holística. De acordo com Germano e Castro (2010), o processo de subjetivação tem, na prática discursiva, uma boa base de construção. A experiência do narrar eventos singulares faz com que eles ganhem sentido para o próprio sujeito e para os que o cercam.

Conforme Minayo (1988) e Ngokwey (1988), ao entrar no campo da causalidade (em que o primitivo é visto como inferior e atrasado por atribuir ao plano espiritual e/ou supersticioso os malefícios sentidos), há uma oposição ao modelo biomédico por negar a sua base (a história natural das doenças).

Ampliando a visão de Foster (1976), que reduz a etiologia das doenças à natureza do saber médico, o conhecimento da compreensão dos agentes causadores fornece aos profissionais o claro entendimento sobre como o fenômeno saúde-doença é vivenciado pelos grupos populares e financeiramente mais desprovidos. Kleinman (1988) aponta a importância da validação científica do discurso do sujeito no seu processo saúde-doença-cuidado. O entendimento e a interpretação dos significados da doença, segundo a ótica de quem o vivência (pelos profissionais da saúde) pode possibilitar uma compreensão mais ampla e humana e um cuidado mais efetivo por meio de melhores práticas.

Desta forma, a Antropologia da Saúde ou Antropologia Médica adotou uma orientação mais voltada à recuperação integrativa, onde a subjetividade ganha tônica de validade. Kleinman (1988) percebeu o hiato existente entre a pesquisa médica e a compreensão da doença pelas experiências dos pacientes e, a partir da observação das angústias manifestadas e crenças, entre outros aspectos subjetivos relevantes, elaborou e operacionalizou um modelo exploratório de investigação qualitativa.

Os modelos explicativos ou quadros de representação sobre a doença, inicialmente trabalhados por Arthur Kleinman (1988), mostram a importância de se validar o sentido que as doenças e experiências sobre a doença geram nos indivíduos: como conceituam a origem, o processo e o desfecho dos seus adoecimentos. Eles são importantes por revelar a face subjetiva que está atrelada ao adoecimento físico. O modelo explicativo não invalida outros instrumentos ou métodos de pesquisa.

Percebemos o sistema de saúde com orientação mais acentuada voltada para o paradigma da recuperação - as experiências e discursos subjetivos ganham cada vez mais a validação do saber e do lugar do sofrimento psíquico. Kleinman (1988) valoriza o discurso do paciente quando lhe atribui a possibilidade da narrativa ser em primeira pessoa. A nova ótica, distinta por excelência do modelo biomédico, visa compreender o processo saúde-doença-cuidado na perspectiva dos sujeitos, valorizando todas as particularidades e singularidades de cada vivência, seus significados e significantes e vinculado ao contexto sócio cultural (hábitos, crenças e

valores vivenciados em uma determinada comunidade), o que possibilita a compreensão mais integrativa do mesmo.

Pelo fato do gênero entrevista narrativa ser muito amplo e subjetivo, houve a preparação do campo de estudo, através da observação que serviu para a formulação de questões e para a apreensão dos aspectos verbais e não verbais. Após cada grupo de musicoterapia, e havendo a aceitação dos sujeitos da pesquisa, foram feitas as entrevistas.

Seguindo os critérios de Jovchelovitch e Bauer (2003), cada narradora central foi incentivada a ficar o mais confiante e à vontade em todo o seu discurso. Foram conduzidas gradativamente a abordarem suas vivências, desde as mais externalizantes (exmanentes) até às mais singulares (imanentes). Todo material discursivo que não ficou suficientemente claro foi cuidadosamente parafraseado para posterior esclarecimento de aspectos confusos. Procurou-se evitar qualquer forma de apressar as colaboradoras no processo narrativo, mas uma condução, quando necessária, à manutenção do foco da pesquisa.

O terceiro momento correspondeu à análise dos dados e à sistematização das categorias a partir do material coletado. Houve as transcrições literais de todas as entrevistas que foram gravadas e autorizadas, através do TCLE por cada uma das colaboradoras. Posteriormente e seguindo o método proposto por Bardin (1977), houve o processo de leitura flutuante das entrevistas, seguido por leituras exaustivas para a apreensão dos tópicos centrais que foram transformados em categorias.

A sistematização em categorias foi feita, em acordo com Jovchelovitch e Bauer (2003), a partir da divisão do texto em materiais indexados (onde se pode referenciar quem desenvolveu ações, o porquê das mesmas, período e local) e em materiais não indexados (onde são captados, de uma forma generalizada, valores, vivências e opiniões dos sujeitos) para o devido agrupamento das trajetórias e posterior comparação das vivências.

Houve ainda o compromisso das pesquisadoras de preservar o anonimato e evitar quaisquer aspectos que pudessem causar constrangimento ou desconforto às colaboradoras, de natureza cultural, moral, ideológica, pessoal ou religiosa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa foi feita entre os meses de outubro de 2011 e fevereiro de 2012, tendo havido neste período um total de 38 participantes nos grupos de Musicoterapia Som Saúde. Dentre este universo, percebemos que 20 usuárias teriam condições adequadas de verbalizar sobre sentimentos e percepções pessoais, mas, efetivamente, 10 usuárias concordaram em colaborar.

O perfil foi possível a partir da revisão dos prontuários de cada sujeito. O público colaborador da pesquisa foi composto por cinco pessoas diagnosticadas com transtorno afetivo bipolar; três com esquizofrenia; uma com transtorno de personalidade histriônica e uma com transtorno de personalidade paranóide. A faixa etária predominante compreendeu seis usuárias com idades entre 31 a 40 anos, três entre 21 a 30 anos e uma idosa. Quanto ao estado civil, foram cinco mães solteiras, três solteiras sem filhos, uma casada e uma viúva.

No que tange ao nível de escolaridade, três colaboradoras eram apenas alfabetizadas, cinco atingiram o nível fundamental e duas concluíram o ensino médio. Sete usuárias são residentes em Fortaleza e as três restantes moram na região metropolitana. Em relação à fonte de renda, apenas duas usuárias são beneficiadas pelo Benefício da Prestação Continuada (benefício da Política de Assistência Social), recebendo um salário mínimo por mês. As outras usuárias eram sustentadas por familiares. Todas já tiveram ideação e/ou tentativa de suicídio assim como histórico de transtorno mental na família. A respeito da primeira crise, a fase predominante do ciclo evolutivo foi a adolescência, com oito usuárias, e duas desencadearam na fase adulta.

Buscamos compreender a usuária de internação em saúde mental participante dos grupos de musicoterapia Som Saúde, a partir de três categorias: 1 – A Percepção da doença enquanto sofrimento psíquico; 2– A vivência do sofrimento psíquico na internação em hospital de saúde mental e 3 – Estratégias de enfrentamento. Procuramos também, como maneira de resguardar a integridade das colaboradoras, nomear cada uma com nomes de flores, de modo que passaram a ser consideradas como: Copo de Leite, Crisântemo, Dália, Gérbera, Hortênciã, Jasmim, Lótus, Margarida, Mimo do Céu e Tulipa.

3.1 A percepção sobre a doença enquanto sofrimento psíquico

A prática diária com usuárias acometidas de sofrimento psíquico nos mostra que nem sempre existe uma percepção da doença enquanto doença, motivada em parte pelo baixo nível de escolaridade ou psico-educação (educação voltada para a compreensão dos sinais, sintomas e formas de melhor adesão ao tratamento), em parte motivada por mecanismos de defesa, conforme Chvatal *et al.* (2009: 43-47) coloca: mecanismos de negação da realidade, projeção da dor, vergonha, raiva e culpa em outrem.

Eu não sei por que estou aqui. Não faço mal a ninguém. Tenho meu velho, cuido dele, mas as forças malignas dominam e me trazem para cá. Não sei por que me internam e acho que é só por maldade. Eu estava bem em casa, só tinha um pouco de dificuldade de dormir e uns 'tremilicos'. (Copo de Leite)

A minha vizinha morre de inveja de mim; só porque eu namoro o Pastor (evangélico) há quatro anos. Fica fazendo bruxaria só para eu me dar mal e faz 'trabalho' para que eu fique aqui. Por isso que eu brigo com ela mesma: porque ela é do mal e eu sou de Deus. Tem inveja de mim só porque eu louvo a Deus. E louvo mesmo! Canto e louvo bem alto para todo mundo ouvir. (Mimo do Céu)

Muitos, porém, são os casos de usuárias que não apenas reconhecem que são portadoras de sofrimento psíquico com transtorno mental, mas que também comentam suas vivências de modo muito expressivo e permeado de emoção:

Eu sou doente. Não sei o que eu tenho, mas não sou normal. Eu sou muito agressiva, bato na minha mãe e já quebrei as gavetas do guarda-roupa dela. Onde eu moro, todo mundo me chateia; me chamam de M. doida. Queria muito namorar, mas não tem nenhum rapaz que chegue perto de mim. A minha vizinha disse que eu não ia nunca namorar (Margarida)

Eu sou depressiva. Desde pequena sou diferente: eu tenho um vazio muito grande. Sou muito triste. Já tentei várias vezes tirar minha vida porque não estava mais aguentando a sensação de ter uma sombra em mim; morrer para aliviar a dor que estava sentindo. Mas é pior: depois eu sinto tudo ruim, que sou fracassada. Eu queria trabalhar, ter dinheiro, mas eu não consigo. Esse vazio é muito grande e me atrapalha. Sinto que vou deixando de viver, deixando a vida passar ao meu redor. (Tulipa)

Eu sou bipolar. Desde moça eu sou bipolar. Sou tagarela mesma [sic]. Mas esse é o meu normal. Mas tem época que eu fico mais tagarela, cantando as músicas do Roberto Carlos, da Igreja; aí me trazem para cá. (Gérbera)

Eu acho a doença muito difícil de tratar, mas o que mais me dói é o abandono. A minha família não quer saber de mim, a minha filha não quer saber de mim. Me sinto só... É muito difícil não ter amor da família. (Jasmim)

Eu sinto uma agonia na cabeça, um desconforto, um pavor no corpo e na mente e um medo de enlouquecer. Meu Doutor, F. que me atende desde 2007, disse que eu sou bipolar: que tem horas que eu fico depressiva e tem horas que eu fico muito exagerada, comprando muito, cansando muito meu marido. Essa é uma doença muito ingrata, terrível. Ela me desonra diante dos meus filhos e do meu marido. Eu queria tanto poder levar uma vida como todo mundo, mas quando menos se espera, ela vem e me destrói. Eu fico totalmente fora de mim: perco meu juízo, irritado todo mundo. (Lótus)

Algumas usuárias comentam sobre suas experiências cotidianas, sobre os sentimentos de conviver com doenças crônicas e por demais limitantes (até mesmo intrusivas), que afetam o relacionamento intra e interpessoal, desenvolvimento acadêmico e profissional:

É muito ruim conviver com a doença porque todo mundo discrimina a gente. Eu não consigo arranjar trabalho, porque eu perco. Fico com muita angústia até conseguir outro e acabo perdendo de novo, quando tenho nova crise. Aí bate uma vergonha. Eu tenho muita vergonha do que os outros pensam de mim. Não queria ser assim. (Dália)

3.2 A vivência do sofrimento psíquico na internação em hospital de saúde mental

O processo de internação é algo que é, conforme Leitão (1993), muito particular, uma vez que os relatos sobre este fenômeno são os mais diversos possíveis. Estar em um ambiente que na maioria das vezes a usuária não pediu ou não quer ficar (distante da sua realidade cotidiana, dos afazeres domésticos, cuidados com filhos, maridos, práticas religiosas) é, por assim dizer, um evento estressor. Muitas são as percepções sobre a convivência abrupta com 40 usuárias por um tempo desconhecido. Algumas usuárias revoltam-se com a convivência conturbada com usuárias que estão em grau muito comprometido de transtorno psíquico:

É muito angustiante ficar aqui. Essas doidas acordam a gente de madrugada para pedirem fumo, batem na gente, roubam as chinelas da gente. É muito chato se acordar às 05 horas para tomar banho e não poder escovar os dentes na hora que eu quero. Eu tenho raiva de estar aqui, porque eu não sou doida. Tô [sic] ocupando o lugar de quem tá [sic] precisando, mas eu não to precisando. Eu não quero passar o carnaval aqui. Fico pensando e me dá um aperto se eu estiver aqui no próximo mês. (Dália)

Algumas usuárias não são reativas ao fato de estarem internadas, seja porque percebem da mesma forma qualquer ambiente em que se encontrem, seja

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.5, n.12, p.94 -117, 2013

por ter a noção que a privação da rotina diária é necessária para sair da crise, mas ainda assim relatam a dificuldade de lidar com a saudade de casa e da família:

Doutora, eu passo o tempo inteiro deitada. É como na minha casa: não tenho vontade para muita coisa. Sinto muita tristeza o tempo inteiro. As meninas do meu quarto são até boazinhas e tentam cuidar de mim, mas eu só quero ficar no meu canto. Às vezes, eu sinto saudade da minha mãe, que é quem sempre cuidou muito de mim. Ela liga de vez em quando. Do meu pai eu sinto alívio porque ele sempre batia muito na minha mãe e em nós (quatro irmãos). (Tulipa)

Eu sei que eu preciso me tratar, mas eu sinto tanta falta da minha família. Quero cuidar das minhas coisas, dos meus filhos. Ainda bem que minha família liga todo dia. Visitas não é possível, porque a gente mora em Maracanaú; é mais de uma hora para chegar aqui. Eu me alívio com as ligações. Queria não precisar ficar aqui, mas fazer o quê? (Lótus)

Houve relatos em que a internação ocupa um espaço não preenchido pela família, onde existe negligência dos parentes no cuidado com a portadora de transtorno mental, e a internação acaba assumindo a função de hospedagem enquanto espaço de aceitação.

Eu gosto muito daqui. Me sinto segura, as meninas são legais e as doutoras também. O pessoal é jóia. Aqui minha colher não é separada e nem minha roupa, como as minhas irmãs fazem comigo. Aqui ninguém tem nojo de mim (usuária portadora também de grave acometimento clínico). Eu choro quando recebo alta porque tenho que voltar para casa e sei que ninguém vai me querer perto. Aqui ninguém mexe comigo nem me humilha. Aqui eu me sinto gente. (Jasmim)

Por mais que as internações sejam, muitas vezes, uma constante na vida de algumas usuárias, é preciso criar formas para ocuparem o tempo e não sucumbirem à tristeza, solidão e revolta. Algumas relatam que preferem passar o tempo cuidando da limpeza da unidade:

Eu gosto de tá aqui... Já são tantas internações! Gosto das meninas, das terapias. Eu ajudo é muito as meninas (profissionais de serviços gerais) na limpeza do refeitório, desço para T.O. (...). (Gérbera)

Alguns relatos foram baseados no devaneio como fuga da realidade, como mecanismo de defesa necessário para suportar a vivência não apenas da doença, como também da internação.

Eu sonho em casar e me tornar mãe. É o que eu mais quero. Eu sonho também que vou ficar boa, que nunca mais vou precisar tomar remédio e nem me internar. Eu tenho fé em Deus que eu vou conseguir, porque Ele não desampara ninguém. (Crisântemo)

A grande maioria das usuárias demonstra grande satisfação em participar de atividades terapêuticas e isto é muito salutar. Diariamente, nos turnos da manhã e da tarde, há oficinas de artesanato, espaço de jogos, leituras, dança e espaço de convivência no setor de Terapia Ocupacional; e uma vez por semana, acontece o grupo de musicoterapia Som Saúde.

Ah, eu adoro ir para a T.O., porque eu danço forró, faço coisas de artesanato e desenho. Eu adoro desenhar. E escrever. Escrevo é muito para minha filha. Quando eu sair daqui eu vou entregar as cartinhas para ela. Gosto muito também do grupo de música. Toda semana eu não falto. Canto e como se diz: 'Quem canta seus males espanta'. (Gérbera)

Eu gosto muito do grupo de musicoterapia. Eu sinto muita saudade dos meus dois filhos e do meu marido. Quando eu estou cantando, lá no grupo, é como se eu estivesse em casa com eles porque eu só peço Roberto Carlos e lá em casa eu ouço muito Roberto Carlos. Sou fã dele desde mocinha. Às vezes eu choro, dá uma saudadezinha e depois e fico bem. (Lótus)

Eu vou, mas não fico muito tempo. Lá é bom, mas não gosto de me sentir muito exposta, todo mundo me vendo. Não sinto muita força; por isso que fico muito na minha cama. Em casa também. Sinto uma tristeza que me destrói. Às vezes eu não gosto nem de ouvir música; dá raiva. (Tulipa)

Quando questionadas sobre o sentimento que têm após a realização do grupo, o discurso predominante foi o de alívio da saudade de casa, dos familiares e da rotina cotidiana, uma maneira mais agradável de suportar as restrições advindas com o processo de internação.

Eu gosto muito da música. Eu fico cantando o que as meninas pedem, fico me lembrando do meu velho. É bom. Fico tranqüilinha, tranqüilinha. (Copo de Leite)

Eu adoro. Só não gosto porque essas meninas ficam pedindo músicas bregas de Amado Batista, que eu detesto. Quando eu peço, eu procuro me lembrar de Kid Abelha, Cassia Eller. Me lembra (*sic*) muito minha adolescência. Era tão bom naquela época! Sonho que tudo vai voltar a ser como era antes. A música me faz viajar; é muito bom. Alivia a saudade de casa. (Dália)

Eu espero a semana todinha pelo grupo para ouvir os hinos. Gosto muito de louvar. Depois eu fico me sentindo muito preenchida; é muito bom. (Hortência)

A música parece atuar de forma muito benéfica nos fenômenos estressores que permeiam o espaço da internação hospitalar. No instante em que, segundo Bergold, Alvim e Cabral (2006: 262-269) e Forinash e Gonzalez (1989: 35-46), alivia a ansiedade, serve como espaço de catarse (liberador de emoções negativas de

medo, angústia, raiva e saudade) ela torna-se um agente terapêutico de alívio do estresse. Um resultado positivo pode ser mensurado estatisticamente no tempo médio de internação das usuárias colaboradoras da pesquisa e frequentadoras de atividades terapêuticas incluindo o grupo de Musicoterapia Som Saúde, que foi de 21 dias, o que equivale ao período de internação breve; fato de grande relevância por não promover a institucionalização dos sujeitos, possibilitando-lhes apenas um espaço para tratamento da crise e incentivá-las à reabilitação dentro do contexto sócio-familiar.

Foi constatada também, através das narrativas, de modo muito presente, uma redução da dor física em muito provocada por estados de angústia, assim como redução nos quadros de agitação, agressividade e aumento da sensação de sono, melhoria no relacionamento interpessoal conforme fragmentos diversos encontrados nas revisões de prontuários, por ser este um recurso terapêutico valioso no processo de humanização, alívio de tensão, relacionamento interpessoal mais efetivo, segundo Bergold, Alvim e Cabral (2006:269), estando plenamente de acordo com o que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Não houve dificuldades significativas na elaboração da pesquisa, apenas o fato de que em alguns momentos foi preciso recomeçar devido às altas recebidas por determinadas colaboradoras.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os oito anos de desenvolvimento do grupo de Musicoterapia Som Saúde, na Unidade de Internação Feminina II do hospital público de referência em saúde mental do estado do Ceará, a pesquisa confirmou o que a vivência profissional nos apontava: o quanto a música impacta positivamente nos sujeitos em sofrimento psíquico que precisam ficar internados.

Os benefícios se fazem notados desde o sentimento de acolhida; escuta atenciosa; espaço para externalizar emoções como choro, raiva, tristeza e alegria;

ao bem estar fisiológico de relaxamento e, conseqüentemente, diminuição da agitação, proporcionando notável bem-estar psicológico.

Ferreira, Remedi e Lima (2006) afirmam que a música, no espaço estressante da hospitalização, além de valoroso instrumento lúdico de distração da dor, contribui para uma melhor aceitação da internação e, conseqüentemente, uma melhoria da qualidade de vida neste período de tratamento e distanciamento das atividades cotidianas.

Enquanto intervenção de baixo custo, não invasiva e não medicamentosa, conforme Ferreira, Remedi e Lima (2006), a utilização da musicoterapia como recurso promotor de redução do estresse amplia muito mais sua importância, no instante em que esta prática terapêutica alivia dores pelo espaço lúdico, de valorização da fala das usuárias e de suas escolhas.

A musicoterapia tem como propósito maior a compreensão a respeito do sujeito em sofrimento e o modo singular de enfrentamento desta realidade, o que tende a favorecer o resgate de sentido pessoal e, conseqüentemente, a reintrodução ao convívio social.

Por fim, muito tem sido falado a respeito de espaços não asilares e da humanização no trato com os usuários, entre outros aspectos preconizados pela Reforma Psiquiátrica. A vivência da musicoterapia nada mais é do que por em prática de forma dinâmica, divertida, terapêutica e leve, discussões diversas sobre melhores práticas com os usuários e essa prática deve ultrapassar um espaço terapêutico específico; ir além: manifestar-se como satisfatória e fundamental ao usuário, no sentido de subsidiar e redirecionar políticas públicas em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Saúde mental, políticas e instituições*: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

BARDIN, L. *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

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.*, vol.15, n. 2, abr-jun, 2006.

BOTELHO, S. L. F.; JANZEN KASSAB, S. L. F. S.; LEITE, M. L. Meninos de rua: desafiados em busca de saúde mental. *Psicol. Est.*, v.13, n.2, abr./jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*: resolução nº196/ 96. Brasília, 1996.

CÂMARA, Y. M. R. *Percepção, vivência e enfrentamento do sofrimento psíquico em crianças usuárias de CAPS infantil*. Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado em Saúde Pública, do Centro de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, 2011.

CHVATAL, V. L. S; BÖTTCHER-LUIZ, F; TURATO, E. R. Respostas ao adoecimento: mecanismos de defesa utilizados por mulheres com síndrome de Turner e variantes. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, vol. 36, n. 2, 2009.

FERREIRA, C.C. M; REMEDI, P.P; LIMA, R.A.G. A música como cuidado à criança hospitalizada: uma possível intervenção? *Rev. Bras. de Enferm.*, vol. 5, set-out, 2006.

FORINASH, M.; GONZALEZ, D. A phenomenological perspective of music therapy. *Music Therapy*, vol. 8, n. 1, p. 35-46, 1989.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with pen-indeed questions by health professionals. *Rev. Latinoam. Enferm.*, vol. 14, n. 5, p. 812-820, 2007.

FOUCAULT, M. *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2000.

FOSTER, G. Diseases Etiologies in no-western systems. *Am. Anthropol.* 78 (773-782), 1976.

GERMANO, I. ; CASTRO, C. A. Pesquisa em saúde: perspectivas narrativistas, métodos e níveis de análise. *Psicol. Argum.*, 28 (60):17 – 29, jan-mar, 2010.

HSMM - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto. *Revisão de prontuários*, Fortaleza, 2012.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

KLEINMAN A. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. USA: Basic Books; 1988

LEITÃO, M.S. O Hospital. In: *O psicólogo e o hospital*. Porto Alegre: Sagrado Luzzatto Editores, 1993.

MARÍN, R. Z. La enfermedad y el sentido del sufrimiento. *Rev. Cubana Salud Pública*, v. 35, n.1, 2009.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1996.

_____. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad. Saúde Pública*, vol.4 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 1988

NGOKWEY, N. Pluralistic etiological systems in their social context: a Brazilian case study. London. *Soc. Sci. Med.* Vol. 26. Nº 8, (pp. 793-802) 1988

PAIM, J.S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA, N. In: *Epidemiologia e saúde*. 6ª ed, Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PAIVA, M. L. *Apostila da disciplina gerenciamento do estresse*. Latu Sensu em Terapias Integrativas e Complementares, Instituto Celta/Faculdade Darcy Ribeiro, Fortaleza, p. 12-23, 2009 (mimeo).

PORTA, M. El sufrimiento del dolor: cuerpo, ser y sociedad. *Gac. Sanit.*, v. 24, n.3, p. 263-264, 2010.

SILVA, M. C. P; STEFANELLI, M. C; HOGA, L. A. K. En busca de solución para el sufrimiento: vivencias de familiares en el proceso de enfrentamiento de la depresión. *Cienc. Enferm.*, vol.10, n. 2, 2004.

TORRALBA, F. Aproximación a la esencia del sufrimiento. *Anales Sis San Navarra*, v. 30, supl. 3, 2007.

VASCONCELOS, C. P.; PASCHE, D.F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.

ZANINI, C. R. O; JARDIM, P. C. B. V; SALGADO, C. M. *et al.* O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão do paciente hipertenso. *Arq. Bras. Cardiol.* vol. 93, n. 5, São Paulo, nov. 2009.