

O ERRO E O MUSICOTERAPEUTA CLÍNICO BRASILEIRO

The Brazilian Music Therapist clinician and the mistakes in the music therapy practice

*André Brandalise*⁵¹

Resumo: Este artigo apresenta dados demográficos relacionados ao musicoterapeuta clínico brasileiro bem como divulga e discute os resultados obtidos através da pesquisa sobre o erro na prática da musicoterapia reportados por musicoterapeutas clínicos brasileiros. Este estudo recebeu protocolo de aprovação pelo IRB da Temple University sob o número 20280. Os resultados são apresentados bem como uma discussão sobre o erro na prática da saúde em geral e especificamente na musicoterapia⁵².

Palavras-chave: Musicoterapeuta clínico, erros.

Abstract: This article presents demographic data about the Brazilian music therapist clinician and introduces and discusses the achieved results on the research about mistakes in the music therapy practice reported by Brazilian clinical music therapists. The research was approved under Temple's IRB protocol number 20280). The results are presented as well as a discussion on mistakes in general health practice and specifically in music therapy.

Keywords: Clinical music therapist, mistakes.

INTRODUÇÃO

Objetivando investigar o relacionamento do musicoterapeuta clínico brasileiro com possíveis erros que comete em sua prática profissional, uma pesquisa *survey* foi conduzida. A pesquisa foi proposta em acordo com as regras do Departamento de Saúde e Serviços Humanos da Temple University e recebeu aprovação preliminar do Departamento de musicoterapia da mesma

⁵¹ Bacharel em música (UFRGS, RS), especialista em musicoterapia (CBM-RJ) e mestre em musicoterapia (NYU, EUA). É doutorando no programa de PhD em musicoterapia da Temple University (EUA) onde foi bolsista por dois anos como professor-assistente. Brandalise é diretor-fundador do Centro Gaúcho de Musicoterapia (POA, RS). É autor dos livros "Musicoterapia Músico-centrada" (2001) e "I Jornada Brasileira sobre Musicoterapia Músico-centrada" (2003).

⁵² Esta pesquisa foi desenvolvida sob a orientação da Dra. Cheryl Dileo, durante o programa de PhD da Temple University (EUA).

instituição (22070). Em seguida, foi revisada pelo *Institutional Review Board* (IRB) da universidade e aprovada no dia 10 de janeiro de 2012 sob o protocolo de número 20280. Este artigo propõem uma reflexão acerca do erro na prática clínica da musicoterapia bem como apresenta e discute os resultados da pesquisa com o clínico brasileiro sobre o tema. Uma vez que o número de respondentes foi o de 70 indivíduos, entende-se que cabe a reflexão acerca das informações obtidas porém com o cuidado de não se desenvolver generalizações e conclusões acerca de cada condição discutida.

Revisão literária e discussão acerca do erro

Fora do campo da musicoterapia, o processo de reconhecimento, exposição e reflexão do erro na prática profissional é considerado um tema delicado mas não raro de ocorrer. Uma revisão literária foi conduzida através da utilização das bases de dados MEDLINE, CINAHL e PsycINFO e 10.513 artigos foram detectados através do descritor “erros médicos”. Profissionais de diversas áreas têm refletido sobre o tema. Lohman, Scheirton, Mu, Cochran e Kunzweiler (2008), por exemplo, afirmam que, assim como outros profissionais da saúde, terapeutas ocupacionais cometem erros na prática clínica. Representando a enfermagem, Wolf (1989) considera que erros na administração de medicamentos são parte da realidade clínica do trabalho do enfermeiro. Não parece ser tarefa fácil para ninguém a exposição e a discussão do erro. Bradley e Brasel (2009) acreditam que a discussão acerca dos resultados adversos relacionados ao erro médico é no mínimo desafiadora. Os autores pensam que tal ação pode causar dano à auto-estima, confiança e reputação do clínico.

A identificação do erro e o acolhimento para a exposição

É recente o movimento da terapia ocupacional, por exemplo, em conduzir estudos sistemáticos acerca do erro na prática da profissão. Lohman et al. (2008) apontaram cinco causas que levam frequentemente o profissional

da terapia ocupacional a cometer erros em settings de reabilitação física e em settings geriátricos: o mau julgamento para daí intervir, falta de preparação, falta de experiência, falta de conhecimento e, por fim, comunicação deficitária entre profissionais (p. 242).

Na medicina, Kaldjian, Forman-Hoffman, Jones, Wu, Levi e Rosenthal (2012) acreditam que as discussões sobre o erro médico não somente são importantes para o aprendizado profissional como também servem para garantir um apoio emocional quando uma falha ocorre. No entanto, segundo os autores, ainda há pouco conhecimento sobre as ações e práticas médicas acerca destas discussões. Estes autores conduziram uma pesquisa *survey* com professores acadêmicos e médicos residentes em especialidades generalistas nas regiões do meio-oeste, meio-atlântico e nordeste dos Estados Unidos com o intuito de investigar atitudes e práticas relacionadas à discussão do erro. Obtiveram respostas de 338 participantes (taxa de resposta = 74%) que indicaram que os médicos generalistas, que trabalham em hospitais universitários, tendem a discutir seus erros com colegas. No entanto, um significativo número de respondentes reportou que usualmente não expõem e discute erros e muitos indicaram não conhecer colegas que poderiam oferecer uma escuta de apoio (p. 717).

Borrell-Carrió e Epstein (2004) acreditam que erros clínicos podem estar associados com as capacidades emocionais e cognitivas do médico. De acordo com estes autores, os erros médicos são causados por interferências emocionais (p. 310). De acordo com Walsh, Gillespie, Greer e Eanes (2003), estudantes de *counseling* identificaram fatores que podem ser relevantes para um maior ou menor estímulo à abertura de exposição acerca do erro em supervisão: qualidades relacionadas com a relação com o supervisor. Em particular, acreditam que deve haver um sentimento de mutualidade (p. 83).

Conforme mencionado anteriormente, erros são comuns em qualquer área profissional. Para Pinto, Acampora, Pinto, Kourdioukova, Romano e Verstraete (2011), a melhora na educação do radiologista está na habilidade de identificar as causas e as principais categorias de erros diagnósticos (p. 372). Em contrapartida, para alguns profissionais, o reconhecimento do erro pode

causar uma ameaça à reputação. Kaldjian et al. (2012) concluíram que os erros na prática da medicina apresentam um dilema aos médicos: “queremos expor nossos erros para que possamos aprender porém hesitamos em fazê-lo temendo que o escrutínio da classe nos cause constrangimento e perda de reputação” (p. 721). De acordo com os autores, um recente estudo qualitativo com residentes e estudantes de medicina indicou que aprendem melhor quando o erro causa um real dano (p. 720-21). Lesnewski (2006) descreve sua participação como pesquisadora em uma sala repleta de estudantes de medicina. Eram trinta que discutiam o caso de um paciente fictício. Em determinado momento, detectaram que havia ocorrido um erro em um dos procedimentos mas que provavelmente não havia causado qualquer dano mais sério ao paciente. Tomaram a decisão, então, de simplesmente conduzir o tratamento adequado sem revelar o erro inicial cometido. A autora comenta que o que mais lhe chamou a atenção foi a razão pela qual a decisão de não revelar o erro inicial foi tomada: a ideia que os estudantes haviam incorporado de que o status médico importa mais do que a honestidade e que a confiança do paciente no médico depende de uma ilusão de perfeição (p. 1327). O que acontece com o musicoterapeuta? A revisão literária demonstrou que este tópico é também bastante delicado no campo da musicoterapia mundial.

O erro na prática da musicoterapia

Foi conduzida uma revisão da literatura envolvendo as bases de dados MEDLINE, PycINFO, CINAHL e Google Scholar. Houve também a busca eletrônica aos seguintes periódicos de musicoterapia:

- *The Arts in Psychotherapy* (de 1998 até o presente)
- *The Nordic Journal of Music Therapy* (de 2000 até o presente)
- *The Journal of Music Therapy* (AMTA, de 2004 até o presente)
- *Music Therapy Perspectives* (de 1982 até o presente)
- *Voices* (de 2001 até o presente)

Uma busca manual foi conduzida na Revista Brasileira de Musicoterapia.

No Brasil, profissionais foram contactados com o intuito de identificar possíveis trabalhos ainda não publicados sobre o tema em português e em espanhol. No entanto, nada foi encontrado na literatura da musicoterapia brasileira e mundial sobre o erro na prática clínica. Talvez porque no campo da musicoterapia o erro ainda seja tratado como um tabu.

Mas o que é o erro afinal? Uma proposta de definição.

160

Para fins de implementar esta pesquisa, foi desenvolvida uma definição para o erro clínico, incluindo a criação de categorias e subcategorias do fenômeno. É fundamental mencionar, no entanto, que não há a intenção do pesquisador em considerar esta definição a única e definitiva para o campo da musicoterapia. Ao contrário, o pesquisador acredita que a definição de erro deve ser múltipla dependendo de vários aspectos tais como a singularidade da percepção e do estilo de cada clínico, das diferenças culturais não somente entre países como também entre subculturas dentro de um mesmo país ou cidade. Isto tendo sido dito, a definição de erro para esta pesquisa foi desenvolvida da seguinte maneira: o erro na prática da musicoterapia se dá quando um musicoterapeuta, terapeuticamente envolvido em um processo clínico com um paciente ou com um grupo, a partir de sua intervenção, observa a ocorrência de um ou mais fenômenos organizados abaixo em categorias e subcategorias (Tabela 1).

Tabela 1: *Categorias e Tipos de Erros*

	Tipos de erros
Categoria de erro 1: relacionada à Musicalidade clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Habilidades musicais instrumentais (ex.: erro de acordes, harmonias, percussões rítmicas). 2. Habilidades musicais vocais (ex.: desafinar, não apoiar o paciente vocalmente).

<p>Categoria de erro 2: relacionada à Relação terapêutica</p>	<p>3. Intervenções verbais ou musicais inadequadas com o paciente, perdendo a distância paciente-terapeuta.</p> <p>4. Assumir como pessoal conteúdos que são do paciente (ex.: ofendendo-se).</p> <p>5. Tendo problemas em estabelecer relação terapêutica com alguns pacientes.</p> <p>6. Intervir de forma inadequada com familiares.</p>
<p>Categoria de erro 3: relacionada aos Objetivos clínicos</p>	<p>7. Implementando uma atividade que não é adequada às necessidades do paciente ou do grupo (ex.: não escolhendo a música apropriada para o paciente).</p> <p>8. Implementando uma atividade que o paciente ainda não está apto a realizar (ex.: atividade que não é condizente com a idade do paciente).</p> <p>9. Imprecisão para perceber as necessidades do paciente ou do grupo.</p>
<p>Categoria de erro 4: relacionada à Interação verbal com o paciente e/ou com a família</p>	<p>10. Não sabendo como explicar o trabalho para os pacientes e/ou para os familiares.</p> <p>11. Não sabendo como explicar os objetivos terapêuticos para os pacientes e/ou para os familiares.</p> <p>12. Não sabendo oferecer suficiente apoio verbal para os pacientes e/ou familiares.</p> <p>13. Não sabendo ser claro em propor atividades para os pacientes.</p>
<p>Categoria de erro 5: relacionada à Documentação</p>	<p>14. Não tendo os relatórios de sessão organizados.</p> <p>15. Não tendo uma forma sistematizada de documentar o progresso dos pacientes.</p> <p>16. Não tendo uma maneira organizada de armazenar o material clínico (avaliações e/ou filmagens e/ou relatórios).</p>

<p>Categoria de erro 6: relacionada à Ética</p>	<p>17. Não sabendo oferecer a devida proteção para o cliente e/ou grupo. 18. Violando a confidencialidade do paciente. 19. Expondo pacientes sem consentimento. 20. Desconhecendo princípios éticos, códigos de ética e normas institucionais.</p>
--	--

MÉTODO

Os participantes da pesquisa foram musicoterapeutas brasileiros(as), que já trabalharam ou que ainda trabalham como clínicos profissionais no Brasil. A técnica de amostragem utilizada foi a chamada *snowball sampling* (bola de neve) que implicou solicitar aos profissionais que preencheram os critérios de inclusão, citados acima, que enviassem a carta-convite a colegas que, ao ver deles, poderiam também participar da pesquisa. Musicoterapeutas foram identificados a partir de uma lista fornecida pela União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) e e-mails foram enviados. O e-mail, contendo a carta-convite e o termo de consentimento, incluía um *link* que conduzia o participante diretamente ao questionário.

A *survey* foi conduzida online utilizando o website *SurveyMonkey* e permaneceu aberta pelo período de 15 dias, iniciando no momento em que o primeiro e-mail foi enviado, no dia 19 de fevereiro de 2012. Um e-mail/lembrete foi enviado 7 dias depois a todos os possíveis participantes. O *SurveyMonkey* foi programado para não registrar o e-mail dos participantes e não registrar os endereços de IP, garantindo assim a total anonimidade. Após os dados serem obtidos pelo website de forma agregada (as respostas individuais não foram identificadas), foram armazenados no computador pessoal do pesquisador protegido por uma senha de segurança.

O questionário foi enviado, somente via e-mail, para um total de 334 musicoterapeutas brasileiros. Como a técnica de amostragem utilizada foi a de *snowball* não foi possível determinar nem o número de musicoterapeutas que

receberam a pesquisa e nem a taxa de retorno. Foram, ao final do prazo, um total de 70 musicoterapeutas clínicos a participar da pesquisa. Os resultados que seguem sugerem uma indicação, a partir das informações fornecidas pelos respondentes, das características demográficas do musicoterapeuta clínico brasileiro contemporâneo.

A pesquisa investigou temas relacionados à seguinte pergunta: quais são os erros clínicos mais comuns reportados pelos musicoterapeutas profissionais brasileiros?

As perguntas da pesquisa foram:

1. Quais os tipos de erros clínicos reportados pelo musicoterapeuta brasileiro?
2. O quão confortável ou desconfortável ele(a) se sente reportando os erros?
3. Há alguma relação entre os tipos de erro reportados e os anos de experiência clínica?
4. Há alguma relação entre os tipos de erro reportados e as idades dos musicoterapeutas brasileiros?
5. Há alguma relação entre os tipos de erro reportados e o nível de treinamento em musicoterapia?
6. Há alguma diferença entre tipos de erro reportados por mulheres e homens que participaram da pesquisa?
7. Há alguma relação entre idade, anos de prática clínica e níveis de conforto e desconforto na experiência de reportar erros?
8. Há alguma diferença entre homens e mulheres em relação aos níveis de conforto e desconforto reportando erros?

MATERIAIS

O questionário utilizado foi composto por 17 perguntas com duração de resposta de aproximadamente 20 minutos para ser preenchido. Foi planejado para servir como um tipo de moldura à reflexão e discussão do tema e não pretendeu expor características rígidas acerca do que pode ser considerado

erro na prática da musicoterapia brasileira e mundial. As perguntas receberam o termo de “reflexões” convidando o profissional a pensar sobre possíveis erros em sua prática. Houve o cuidado para que nenhum participante se sentisse de alguma forma acusado ou ofendido. A lista de reflexões, que compuseram o questionário, foi elaborada a partir da observação do pesquisador acerca das mais frequentes preocupações do supervisionando brasileiro e norte-americano, observadas em dinâmica de supervisão no Brasil e nos Estados Unidos. Além disso, a lista de competências da Associação Americana de Musicoterapia, AMTA (composta pelas seções A, B, C e D e suas 25 subseções de 1-25) influenciaram o *design* de perguntas. O questionário foi distribuído em português.

ANÁLISE DOS DADOS

Estatística descritiva foi utilizada para analisar os dados demográficos da pesquisa. Correlações de Pearson foram utilizadas para examinar possíveis relações entre as seguintes variáveis: idade, anos de prática clínica e níveis de conforto e de desconforto experienciados no engajamento com esta pesquisa.

Estatísticas não paramétricas foram utilizadas para examinar possíveis relações entre as seguintes variáveis: tipos de erros clínicos relacionados com gênero e idade; tipos de erros clínicos relacionados com anos de prática clínica; tipos de erros clínicos relacionados com nível de treinamento em musicoterapia e tipos de erros clínicos relacionados com nível de treinamento profissional geral.

O teste Mann-Whitney foi aplicado no sentido de verificar possíveis diferenças entre tipos de erros e gênero e possível diferença entre a maneira com que homens e mulheres reportam níveis de conforto e desconforto quando reportam seus erros na prática.

RESULTADOS

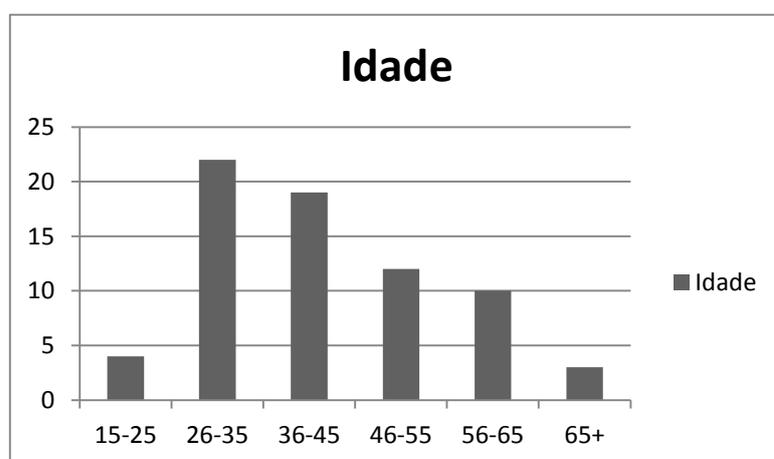
Seção 1: resultados demográficos

Quanto ao gênero, idade e local de residência dos respondentes

Entre os 70 musicoterapeutas clínicos brasileiros que responderam ao questionário, 87.1% foram mulheres e 12.9 % foram homens. A maior parte dos respondentes ($n = 22$; 31.4%) apresentou idades entre 26 e 35 anos (Figura 1). Os participantes da pesquisa reportaram residir em 11 dos 27 Estados brasileiros (Figura 2); a maioria dos clínicos que responderam à pesquisa reportaram trabalhar no Estado de São Paulo (17, 24%).

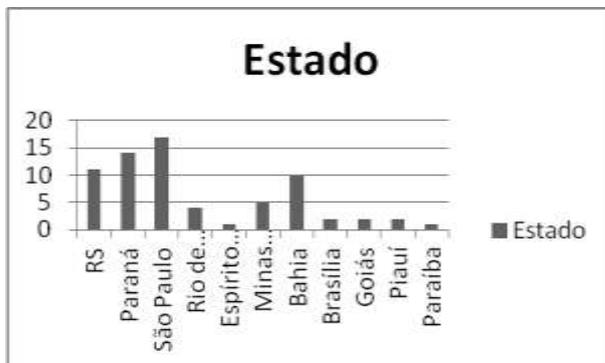
165

Figura 1: Idade dos respondentes.



Os números listados na coluna à esquerda correspondem ao número de respondentes à pergunta.

Figura 2: Local de residência dos respondentes por Estado.

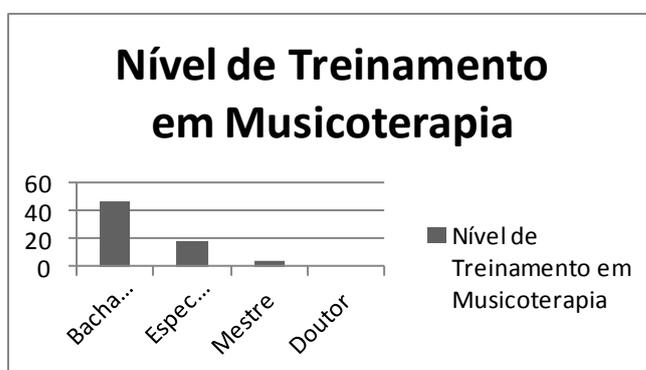


Os números listados na coluna à esquerda correspondem ao número de respondentes à pergunta.

Quanto ao nível de treinamento geral (não especificamente em musicoterapia) e específico (especificamente em musicoterapia) do musicoterapeuta clínico brasileiro

A figura 3 desmontra que 46 respondentes (67.6%) possuem nível acadêmico de bacharelado especificamente em musicoterapia. Especialistas totalizaram o número de 18 (26.5% dos respondentes) e 4 respondentes reportaram possuir o nível de mestrado (5.9% dos participantes). Nenhum respondente declarou ter nível de doutorado especificamente em musicoterapia.

Figura 3: Nível de treinamento acadêmico dos respondentes, especificamente em musicoterapia.

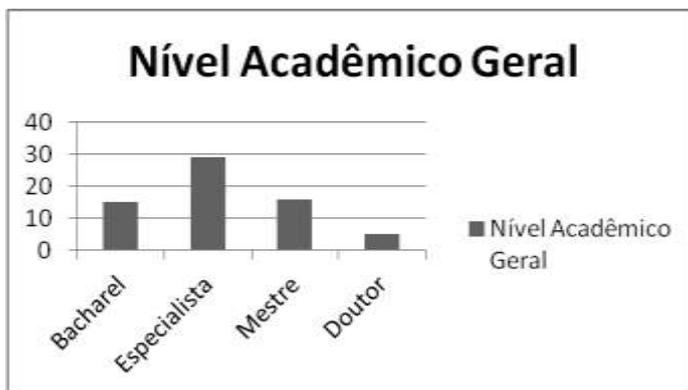


Os números listados na coluna à esquerda correspondem ao número de respondentes à pergunta.

A figura 4 ilustra o nível acadêmico geral (não especificamente em musicoterapia)

musicoterapia) dos musicoterapeutas clínicos que responderam à pesquisa. A maioria dos clínicos reportaram terem obtido nível de especialista (um total de 29 respondentes correspondendo a 43.8% dos participantes). Houve bastante semelhança entre o número de musicoterapeutas atuando na clínica com nível de bacharelado e com nível de mestrado (16 respondentes correspondendo a 24.6% dos participantes e 15 respondentes correspondendo a 23.1% dos participantes, respectivamente).

Figura 4: Nível acadêmico geral (não especificamente em musicoterapia) dos participantes do estudo.



Os números listados na coluna à esquerda correspondem ao número de respondentes à pergunta.

Quanto ao tempo de experiência na prática clínica

Quando perguntados sobre tempo de prática clínica, 27 (38.6%) dos respondentes indicaram ter entre 0 e 5 anos de experiência, 19 (27.1 %) profissionais reportaram ter entre 6 e 10 anos de experiência, 9 (12.9%) entre 11 e 15 anos de experiência, 5 (7.1%) entre 16 e 20, 5 (7.1%) entre 21 e 20 e 5 (7.1%) reportaram ter mais de 31 anos de experiência. Os resultados são ilustrados na tabela 2 abaixo.

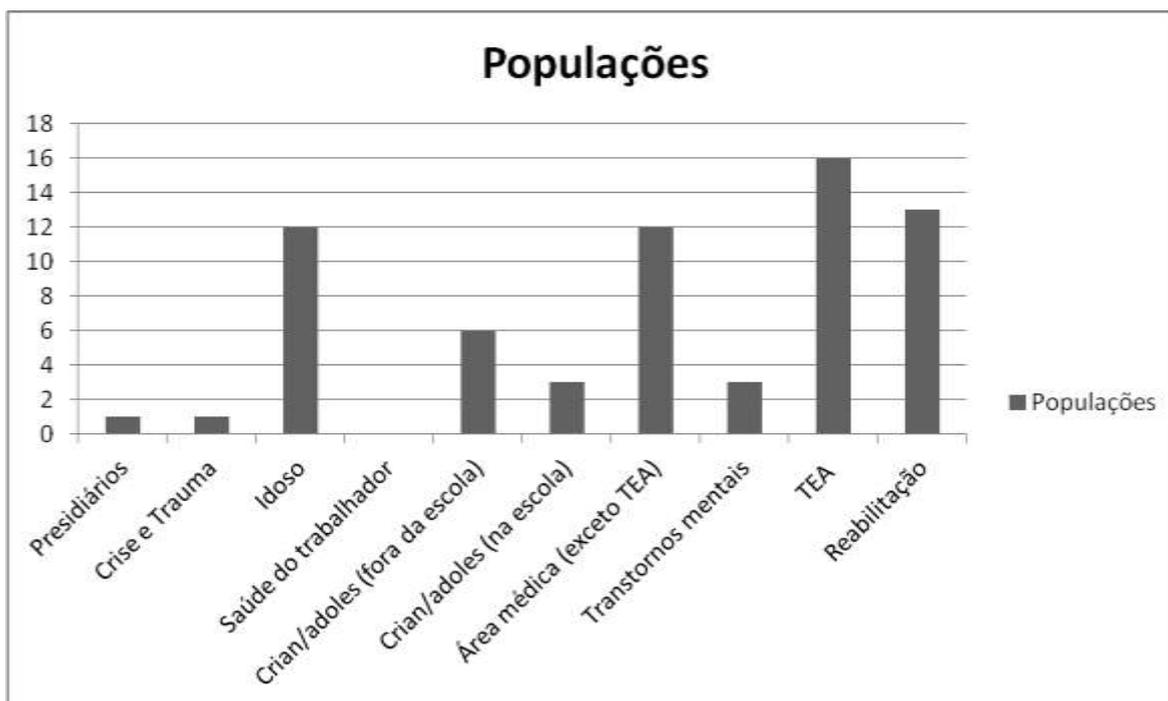
Tabela 2: Quanto aos anos de prática clínica.

Anos de prática clínica	<i>N</i> = 70	%
0-5	27	38.6
6-10	19	27.1
11-15	9	12.9
16-20	5	7.1
21-25	5	7.1
26-30	0	0
Mais de 31	5	7.1

Quanto à população com a qual o clínico brasileiro trabalha

A maior parte dos respondentes (16, correspondendo a 23,8% dos participantes) reportou ter praticado a clínica musicoterapêutica com pessoas com transtorno do espectro do autismo (TEA), 13 (19,4%) reportaram trabalho no setor de reabilitação, 12 clínicos reportaram experiência com pessoas em diferentes condições médicas e 12 trabalharam com idosos. Seis respondentes comunicaram o trabalho com crianças e/ou adolescentes fora da escola. Três participantes reportaram trabalho com saúde mental e três com crianças e/ou adolescentes na escola. Um participante da pesquisa reportou o trabalho com prisioneiros e um respondente relatou ter tido experiência com pessoas que sofreram trauma (Figura 5).

Figura 5: Populações assistidas pelos (as) musicoterapeutas clínicos(as) respondentes.



Os números listados na coluna à esquerda correspondem ao número de respondentes à pergunta.

Seção 2: resultados relacionados às categorias e aos tipos de erro

Esta seção apresenta os resultados relacionados a categorias e tipos de erro e organiza, nas tabelas a seguir, os dados coletados via respostas de múltipla escolha e respostas escritas pois juntamente com as respostas disponíveis aos participantes foi oferecido um espaço que podia ser preenchido de forma escrita com conteúdos que o participante julgasse complementar sua resposta assinalada.

Categoria 1: Erros relacionados à musicalidade clínica

Dos 70 respondentes à essa pergunta, 45 (76.3 %) reportaram poder cometer erros quando procuram apoiar seus pacientes com instrumentos, 14 (23.7%) afirmaram que podem cometer erros oferecendo apoio vocal aos pacientes e 11 ignoraram a questão (Tabela 3).

Tabela 3: *Erros envolvendo musicalidade clínica*

Tipo de erro	N = 59	%
Terapeutas podem cometer erros na tentativa de apoiar seus pacientes instrumentalmente (ex.: errando acordes, harmonias, tendo problemas rítmicos)	45	76.3
Terapeutas podem cometer erros na tentativa de apoiar seus pacientes vocalmente (ex.: desafinando, não conseguindo cantar quando o/a paciente necessitou)	14	23.7

**Onze participantes não responderam à pergunta.*

As tabelas 4, 6, 8, 10, 12 e 14 mostram as categorias de respostas escritas, referentes à cada categoria de erro, respondidas pelos participantes. Esta seção escrita da pesquisa recebeu 87 repostas. O leitor identificará, nestas tabelas 4, 6, 8, 10, 12 e 14, uma categoria que foi chamada de “não especificado”. Integrou-se à esta categoria tipos de respostas utilizadas pelo respondentes com a intenção de expressar um pensamento/reflexão acerca da pergunta ou de reforçar a resposta já assinalada nas opções oferecidas no questionário. Um total de 31 comentários desta natureza foi coletado na pesquisa, não necessariamente de 31 diferentes respondentes.

Outra categoria foi nomeada “este tipo de erro nunca ocorreu” e representa a afirmação de alguns participantes de que determinado tipo de erro perguntado nunca foi cometido.

Tabela 4: *Categorias de respostas escritas acerca de erros relacionados à musicalidade clínica*

Tipos de erro	<i>N</i> = 10	%
Terapeutas que enfrentam dificuldades variadas com instrumentos	6	60
Terapeutas que não estão preparados para a sessão (ex.: fazem escolhas equivocadas de canção, não preparam o repertório de interesse do paciente previamente)	2	20
Este tipo de erro nunca ocorreu	1	10
Não especificado	1	10

**Sessenta participantes não utilizaram a opção da resposta escrita.*

Categoria 2: Erros relacionados à relação terapêutica

Dos 70 respondentes à questão, trinta e sete (67.3 %) reportaram que podem cometer erros intervindo verbal e/ou musicalmente com o paciente; onze (20%) disseram que podem ter dificuldades no processo de engajamento ao tratamento com alguns pacientes; cinco (9.1%) perceberam que podem, por vezes, intervir de forma inapropriada com familiares dos pacientes; dois (3.6%) mencionaram que podem sentir o conteúdo dos pacientes em nível pessoal por vezes e 15 respondentes decidiram ignorar sa questão (Tabela 5).

Tabela 5: *Erros envolvendo à relação terapêutica*

Tipos de erro	N = 55	%
Terapeutas podem intervir de maneira inapropriada verbal e/ou musicalmente com o paciente	37	67.3
Terapeutas têm dificuldades no processo de engajamento terapêutico com paciente	11	20.0
Terapeutas podem intervir verbalmente de forma inapropriada com familiares dos pacientes	5	9.1
Terapeutas podem perceber os conteúdos dos pacientes de forma pessoal (ex.: ofendendo-se com o paciente)	2	3.6

**Quinze participantes não responderam à pergunta.*

Tabela 6: *Categorias de respostas escritas acerca dos erros relacionados à relação terapêutica*

Tipos de erro	<i>N</i> = 12	%
Terapeutas têm dificuldades de relacionamento com pessoas com determinadas patologias	2	8.3
Terapeutas por vezes não são claros verbalmente com as famílias tentando explicar musicoterapia	1	16.6
Este tipo de erro nunca ocorreu	3	25
Não especificado	6	50

**Cinquenta e oito participantes não utilizaram a opção da resposta escrita.*

Categoria 3: Erros relacionados aos objetivos terapêuticos

Vinte e três musicoterapeutas que responderam à esta pergunta (44.2%) reportaram que podem cometer erros quando propõem uma atividade terapêutica as quais seus pacientes não estão aptos a realizar; dezesseis reportaram que podem falhar na criação de uma atividade que não contempla as necessidades de seus pacientes; treze disseram que podem cometer erros quando não percebem qual a necessidade de seus pacientes; e dezoito ignoraram a pergunta (Tabela 7).

Tabela 7: *Erros relacionados aos objetivos terapêuticos*

Tipos de erro	N = 52	%
Terapeutas propõem uma atividade que o paciente não está apto a realizar	23	44.2
Terapeutas criam uma atividade que não contempla as necessidades do paciente e/ou do grupo	16	30.8
Terapeutas não percebem o que o paciente e/ou o grupo necessita	13	25.0

**Dezoito participantes não responderam à questão.*

Tabela 8: *Categorias de respostas escritas relacionadas a erros envolvendo objetivos terapêuticos*

Tipos de erro	N = 15	%
Terapeutas não são claros e/ou são ansiosos quando utilizam intervenção verbal para explicar objetivos terapêuticos	5	33.3
Este tipo de erro nunca ocorreu	4	8.8
Não especificado	6	40

**Cinquenta e cinco participantes não utilizaram a opção de resposta escrita.*

Categoria 4: Erros relacionados à interação verbal com o paciente e/ou família

Dezesseis respondentes (39%) reportaram poder cometer erros por não oferecer apoio verbal suficiente para o seu paciente e/ou para a família do seu paciente. Dez participantes mencionaram que por vezes não sabem como explicar o trabalho ao paciente e/ou à família. Oito disseram poder falhar não sabendo como explicar objetivos terapêuticos ao paciente e/ou à família. Sete participantes reportaram que muitas vezes não são claros o suficiente quando propõem uma atividade aos pacientes. Sete participantes ignoraram a pergunta (Tabela 9).

Tabela 9: *Erros relacionados à interação verbal com o paciente e/ou família*

Tipos de erro	<i>N</i> = 41	%
Terapeutas não oferecem suficiente apoio verbal ao paciente e/ou à família	16	39.0
Terapeutas não sabem como explicar o trabalho a pacientes e/ou famílias	10	24.4
Terapeutas não sabem como explicar objetivos terapêuticos a pacientes e/ou famílias	8	19.5
Terapeutas não são suficientemente claros quando propõem atividades aos pacientes	7	17.1

**Vinte e nove participantes não responderam à pergunta.*

Tabela 10: *Categorias de respostas escritas acerca de erros relacionados com interação verbal com pacientes e/ou famílias*

Tipos de erro	<i>N</i> = 15	%
Dificuldades gerais (terapeutas não sabem como intervir verbalmente devido à ansiedade, não conseguindo ser claros verbalmente)	5	33.3
Este tipo de erro nunca ocorreu	5	33.3
Não especificado	5	33.3

**Cinquenta e cinco participantes não utilizaram a opção da resposta escrita.*

Categoria 5: Erros relacionados à documentação

Quando convidados a reportar sobre erros relacionados à documentação, vinte e dois musicoterapeutas (48.9%) disseram não ter relatórios de sessão bem organizados; 17 (36.2%) mencionaram que não possuem uma forma sistemática de documentar o progresso do paciente; sete disseram não ser organizados para armazenar filmes clínicos e/ou relatórios e 23 participantes ignoraram a questão (Tabela 11).

Tabela 11: *Erros relacionados à documentação*

Tipos de erro	N = 47	%
Terapeutas não organizam relatórios de sessão	23	48.9
Terapeutas não possuem uma maneira sistemática de criar documentação acerca do progresso do paciente	17	36.2
Terapeutas não possuem uma maneira organizada para armazenar filmes clínicos e/ou relatórios do paciente	7	14.9

**Vinte e três participantes não responderam à pergunta.*

Tabela 12: *Categorias de respostas escritas acerca de erros relacionados à documentação*

Tipos de erro	N = 16	%
Terapeutas atribuem falta de organização à falta de tempo	7	43.7
Este tipo de erro Nunca ocorreu	6	37.5
Não especificado	3	18.7

**Cinquenta e quatro participantes não utilizaram a opção, de resposta escrita.*

Categoria 6: Erros relacionados à Ética

Doze participantes (40%) reportaram que cometem erros por não terem conhecimento acerca de princípios e códigos de ética, leis e normas institucionais; oito musicoterapeutas (26.7%) disseram não saber se protegem suficientemente seus pacientes/grupos (física e emocionalmente); quatro (13.3%) reportaram ter violado a confidencialidade de paciente; seis (20%) reportaram já ter exposto o paciente sem que o mesmo tivesse consentido. Quarenta musicoterapeutas (57.1%) ignoraram a questão (Tabela 13).

Tabela 13: *Erros relacionados à ética*

Tipos de erro	<i>N</i> = 30	%
Terapeutas desconhecem princípios e códigos de ética, leis e normas institucionais	12	40.0
Terapeutas não ofereceram suficiente proteção física e emocional a seus pacientes/grupos	8	26.7
Terapeutas violaram a confidencialidade de pacientes	4	13.3
Terapeutas expuseram pacientes sem consentimento	6	20.0

**Quarenta participantes não responderam à pergunta.*

Tabela 14: *Categorias de respostas escritas acerca dos erros relacionados à ética*

Tipos de erro	<i>N</i> = 19	%
Terapeutas inseguros acerca da qualidade de suas práticas clínicas	2	10.5
Este tipo de erro nunca ocorreu	7	36.8
Não específico	10	52.6

**Cinquenta e um participantes não utilizaram a opção de resposta escrita.*

Seção 3: Resultados estatísticos (relações e diferenças)

Correlações Pearson foram utilizadas com o intuito de examinar possíveis relacionamentos entre as seguintes variáveis: idade, anos de prática clínica e níveis de conforto e desconforto ao reportar erros na prática clínica (Tabela 15).

Tabela 15: *Correlação entre idade e anos de prática clínica com níveis de conforto e desconforto reportando os erros na prática*

Níveis de conforto reportando erros na prática	Idade	Anos de prática clínica
Escala de 0-5: 0 sendo total desconforto e 5 sendo total conforto	0,304*	0,150

*Correlação é significativa a 0,05 (2-tailed).

Estatística não-paramétrica Chi-quadrado foi utilizada com o intuito de examinar possíveis relações entre as seguintes variáveis: tipos de erros clínicos relacionados à idade, gênero, anos de prática clínica, nível de formação especificamente em musicoterapia e nível de formação acadêmica geral. Nenhuma relação foi detectada⁵³.

Teste *U* de Mann-Whitney foi utilizado com o intuito de examinar possíveis diferenças entre gênero e nível de conforto e desconforto experienciados pelos respondentes ao falar sobre seus possíveis erros na prática.

⁵³ as tabelas referentes a estas operações não foram exibidas devido ao limite de páginas, ao qual o autor foi submetido, de acordo com as normas da Revista Brasileira de Musicoterapia.

Tabela 16: *Relacionamento entre níveis de conforto e desconforto ao reportar erro na prática e gênero*

Níveis de conforto e desconforto ao reportar erros na prática clínica	Gênero
Diferenças entre gênero e níveis de conforto e desconforto ao reportar o erro na prática	$U = 219.5, p > .05$

Nota. Nenhuma diferença entre gênero foi identificada. A média das mulheres foi de 35.84 e a dos homens foi de 29.39.

DISCUSSÃO

Os clínicos brasileiros reportaram vários tipos de erros que ocorrem em suas práticas. Também incluíram vários comentários na opção de escrita que lhes foi oferecida caso as respostas propostas pelo pesquisador não contemplassem o que vivenciaram ou o que vivenciam. O fato de a metodologia da pesquisa ter garantido completa anonimidade pode ter influenciado e motivado o profissional brasileiro à esta dinâmica de expressão.

Na reflexão acerca de erros relacionados à musicalidade clínica (Tabelas 3 e 4), a maior parte dos participantes mencionou poder cometer erros quando buca apoiar o paciente através do instrumento (ex.: errando acordes, harmonias, ritmos). Um dos participantes mencionou temer não reconhecer a tonalidade a qual está sendo utilizada pelo paciente. Alguns disseram já terem cometido erro não estando bem preparados em termos do uso de certas canções podendo esquecer letras ou desconhecendo o repertório do paciente. Nesta categoria, alguns participantes consideraram um erro quando focaram no conteúdo verbal do paciente em demasia colocando a

utilização da música e o uso dos instrumentos em segundo plano. Estes achados são coerentes com as experiências vivenciadas pelo pesquisador no trabalho de supervisor no Brasil e nos Estados Unidos. Frequentemente, supervisionandos destas duas diferentes culturas reportaram temer cometer estes dois tipos de erro musical: 1) não conhecer o repertório musical do paciente e 2) cometer erros no instrumento.

Na reflexão acerca de erros relacionados à relação terapêutica, 67.3% dos respondentes reportaram que podem cometer erros quando realizam intervenções verbais e/ou musicais com pacientes. Um dos clínicos que participou da pesquisa, que realiza atendimento domiciliar, relatou não sentir-se apto a explicar à família a necessidade de se ter um ambiente silencioso e uma sala adequada ao atendimento de musicoterapia, por exemplo. Estes são outros dados que, baseado na experiência acadêmica do pesquisador, a necessidade de oferecer apoio verbal e/ou explicações para o paciente e/ou familiares parece promover ansiedade nos supervisionandos/estudantes-clínicos.

A categoria “refletindo acerca dos objetivos terapêuticos” (Tabela 7) demonstra que a maioria dos respondentes é capaz de propor uma atividade a qual os pacientes são incapazes de realizar e/ou de entender. Dois dos participantes mencionaram que, por vezes, a heterogeneidade de condições e demandas que é encontrada nos grupos pode levar ao erro em termos de objetivos. Dois clínicos reportaram acreditar que é importante que o musicoterapeuta consiga reajustar objetivos ao longo do processo terapêutico. Um significativo número de respondentes ($n = 18$ ou 25.7%) ignorou esta questão. Uma possível razão para isto pode ser o fato de o clínico brasileiro tender a não planejar objetivos mas construí-los ao longo do processo, no relacionamento com o paciente.

A maioria dos participantes (41.4%) ignorou a pergunta sobre erros relacionados à interação verbal com paciente e/ou familiares (Tabelas 9 e 10). Um(a) dos(as) musicoterapeutas reportou que por vezes trabalha juntamente com uma profissional psicóloga com função de co-terapeuta para que possa

melhor conduzir intervenções verbais. Outro respondente comentou que algumas vezes torna-se difícil a imparcialidade quando realiza intervenção verbal e outro participante mencionou que a ansiedade ainda é significativa quando o tema é falar sobre musicoterapia. Segundo um dos respondentes, por vezes encontra dificuldade para explicar às famílias que o ensino de música não é prioridade do musicoterapeuta. A utilização da interação verbal parece ser uma área sensível ao musicoterapeuta brasileiro e talvez mereça uma maior reflexão e atenção por parte dos cursos formação e dos supervisores.

Um outro setor, relacionado à prática clínica, que merece atenção é o da documentação. Baseado nos dados reportados, aparentemente é uma conduta na qual o profissional brasileiro não está concentrado. Por exemplo, um significativo número de respondentes (48,9%) menciona ter seus relatórios de sessão desorganizados e 36,2% afirmaram não ter uma maneira sistemática de documentar os progressos dos pacientes. Uma possível razão para isto pode ser a falta de tempo devido ao grande número de pacientes que, muitas vezes, o musicoterapeuta que trabalha em instituições é obrigado a atender diariamente. Outra possível razão é a de algumas instituições não exigirem documentação.

Ética parece ser o tema mais sensível ao clínico brasileiro que respondeu à pesquisa. Participantes relataram não ter conhecimentos básicos de princípios éticos nas suas práticas, desconhecer códigos, leis e normas institucionais. Alguns disseram não estar totalmente certos se sabem garantir a segurança de seus pacientes (física e/ou emocional). Além disso, através de respostas escritas, 36,8% dos respondentes (dos 19 que reponderam à pergunta via resposta escrita) disseram nunca ter cometido qualquer erro ético. Importante ressaltar que a maior parte dos participantes (57,1%) decidiu ignorar a questão sobre ética fazendo com que o percentual de respondentes que ignoraram a questão tenha sido maior do que o percentual dos que responderam. Uma possível razão para isso é o entendimento de que talvez o clínico brasileiro esteja dissociando prática clínica de ética. Talvez nem todos

os centros de formação de musicoterapeutas auxiliem o futuro profissional a realizar esta conexão. Os resultados relacionados à esta categoria de erro mostraram que este parece ser um tema menos importante aos respondentes. O conhecimento e o entendimento éticos, em musicoterapia, devem ser entendidos como parte das habilidades do clínico da mesma forma que suas habilidades verbais e musicais. Talvez as escolas de musicoterapeutas devam ter o papel principal no auxílio a esta conexão prática clínica-ética.

Existe relação entre tipos de erro reportados e idade, gênero, anos de experiência clínica e tipo de formação do musicoterapeuta clínico brasileiro?

Nenhuma correlação entre estas variáveis foi detectada neste estudo. Este dado pode talvez indicar que a disponibilidade para reportar erros na prática clínica aparentemente não envolva características pessoais. Clínicos de diferentes gêneros, de diferentes idades, níveis de formação e anos de prática clínica foram aptos a reportar terem cometido diferentes tipos de erro em suas práticas igualmente. No entanto, apesar das diferenças estatísticas entre gêneros e tipos de erro não terem sido identificadas, mulheres reportaram cometer mais erros relacionados ao uso de instrumento do que homens e homens reportaram cometer mais erros relacionados ao uso da voz do que as mulheres.

No que diz respeito a erros éticos, apesar de a diferença entre gêneros não ser estatisticamente significativa, nenhum homem reportou ter cometido erro violando a confidencialidade do paciente ou expondo o paciente sem prévio consentimento. Mulheres reportaram ter cometido estes dois tipos de erro em suas práticas.

O quão confortáveis ou desconfortáveis ficaram os musicoterapeutas ao refletir e reportar seus erros na prática?

A maior parte dos respondentes (68.1%) disse ter experienciado total conforto (5 em uma escala de 0 a 5 em nível de conforto) e somente 1.4% dos participantes afirmou ter ficado bastante desconfortável respondendo à pesquisa. Somente um participante decidiu não responder à esta pergunta. Este resultado não parece estar de acordo com o que foi encontrado na revisão da literatura. A literatura sugere que a exposição do erro parece ser uma área sensível aos musicoterapeutas. A possibilidade do anonimato talvez possa explicar este resultado mencionado acima.

Influenciados pela pesquisa, que investigou o erro na prática e a disponibilidade do clínico em refletir sobre o tema, alguns participantes experienciaram um tipo de reflexão de auto-percepção (Tabelas 6, 8, 10, 12, 14 e 16). Por exemplo, alguns comentários refletiram a insegurança de alguns participantes sobre suas habilidades clínicas.

“Não estou certo(a) se é uma falta de melhor conhecimento musical aliado à prática. Acho que preciso de mais auto-percepção. Tenho dificuldades para usar a minha voz. Não me sinto confortável cantando e sempre tenho o apoio de companheiros nas sessões (ajudando-me como co-terapeutas). Não acho que isto seja justo com meus clientes. Antes de utilizar com outros, temos que nos submeter às nossas próprias experiências relacionadas à música e à voz. Em resumo, não estou seguro(a) se algum dia serei um(a) musicoterapeuta confiante”.

Outro participante diz: “acho que minha formação em musicoterapia não me ofereceu suficiente conteúdo para que eu praticasse musicoterapia clínica. Eu quase não tive supervisão e, em decorrência disto, ainda sinto-me inseguro(a) em diversos aspectos da prática”.

Estas reflexões abrem importante questionamento: o que pode ser melhorado em termos da educação, da supervisão e da educação continuada do musicoterapeuta?

Há alguma relação entre idade, anos de prática clínica e níveis de conforto e desconforto reportando erros na prática? Existe algum tipo de diferença entre homens e mulheres ao reportar níveis de conforto e

desconforto quando falamos/refletimos sobre o erro?

Esta foi a única correlação detectada no estudo. Parece que quanto mais idade possui o clínico mais confortável sente-se para reportar erros na sua prática. Este resultado pode indicar que experiência de vida pode afetar nível de conforto para falar com mais tranquilidade sobre erros cometidos na prática. No entanto, a mesma relação não foi possível de ser detectada em termos de anos de prática clínica. Aparentemente, ser um clínico experiente não necessariamente indica conforto ao refletir e a expor erros da prática.

186

Conclusão

Em termos das limitações deste estudo, apesar da pesquisa ter sido anônima, uma contaminação por demandas sociais pode ter conduzido alguns respondentes a dar respostas mais socialmente aceitas.

Houve vários desafios ao longo deste estudo. Talvez o mais significativo tenha sido o de encontrar uma definição para um fenômeno que é complexo e amplo: erros clínicos em musicoterapia. Nenhuma definição existe para o erro, de acordo com Bradley (2009, p. 555). Definições para este fenômeno devem ser múltiplas e talvez únicas para cada musicoterapeuta, para cada cultura. Parte do objetivo deste processo é também o de discutir características, categorias e possibilidades de como pensar os erros na profissão de musicoterapeuta. A experiência do pesquisador, como supervisor no Brasil e nos Estados Unidos, demonstra que não raro, o estudante demonstra medo em cometer erros apesar de reconhecer que encontra-se em um ambiente de aprendizado onde é esperado que erros sejam cometidos e que se aprenda com eles.

Alguns dos participantes da pesquisa demonstraram significativo interesse. Um dos respondentes disse que “a pesquisa é importante porque, como profissionais da saúde, temos sempre que parar e refletir sobre nossos erros para que nosso trabalho melhore e que erros não se repitam”. Outro

respondente refletiu: “a pesquisa tem grande validade uma vez que nos fez avaliar se estamos fazendo o movimento certo ou se estamos cometendo erros em nossa prática”.

O aspecto reflexivo da pesquisa parece ter tido um impacto positivo em alguns dos participantes: “pesquisa muito relevante. Espero que os resultados sejam aplicados em programas de formação e discutidos em encontros profissionais. Cada uma destas categorias merece uma palestra”.

Parece ser importante para qualquer campo profissional que ao menos se pense e se fale livre e espontaneamente sobre este assunto sensível. Definitivamente não é a intenção desta pesquisa, conforme mencionado na seção relacionada ao método, estabelecer uma rígida definição acerca do erro e nem a afirmação de uma verdade sobre o tema. O erro é fenômeno que pode ser pensado e definido de inúmeras formas. No entanto, os resultados e comentários demonstram que há questões importantes a serem discutidas sobre este tema. Erros clínicos em musicoterapia existem.

A falta de exposição do erro pelo musicoterapeuta, demonstrada através da revisão da literatura, demonstra que o campo não está abertamente discutindo o assunto. Por outro lado, a pesquisa mostra que o profissional clínico brasileiro considera importante que se discuta o tema e sente-se confortável a expor-se uma vez que sente-se seguro (no caso da pesquisa, o anonimato). Dois respondentes mencionaram terem ficado satisfeitos em ter este tópico sendo trabalhado uma vez que estavam atravessando um período reflexivo em suas carreiras, revisando acertos e erros em seus anos de prática.

O musicoterapeuta clínico profissional deveria considerar compartilhar seus erros com colegas. Apesar de poder causar algum desconforto, pode promover um grande benefício não somente para o clínico que recebe o feedback e aprende como também para a área como um todo. Além do mais, clínicos profissionais servem como exemplos para estudantes em universidades e conferências. Estudantes podem aprender que musicoterapia é um campo humano onde erros também ocorrem.

Os estudantes sendo educados em programas acadêmicos precisam entender que universidades, sob supervisões clínicas e acadêmicas, são locais onde o erro é esperado que ocorra e onde é processado com o intuito de que se melhore vários aspectos relacionados às competências do futuro clínico profissional. Conferências de musicoterapia são também outro importante local onde o exercício de se falar e de se refletir sobre o erro deve ser praticado.

Erros podem ser bem apoiados em dinâmicas de supervisão. Nestas dinâmicas, pode-se começar a entender, a aceitar e a se relacionar com todo o tipo de erro não os tendo em suas mentes bloqueando reações e possíveis intervenções. Supervisores devem refletir sobre a qualidade da dinâmica e do relacionamento que oferecem de forma a favorecer o processo de abertura do sujeito. Lembrando o que foi dito na introdução deste artigo por Walsh et al. (2003), parece que o desejo de expor os erros em supervisão clínica pode ser relacionado à qualidade da relação de supervisão, em particular com o sentimento de mutualidade (p. 83).

A exposição do erro é considerada agora um ponto alto na qualidade do cuidado com o paciente (Bradley, 2009, p. 555). A esperança é de que esta pesquisa e esta discussão ao menos abram uma importante reflexão no campo da musicoterapia.

REFERÊNCIAS

BORRELL-CARRIÓ, Francesc; EPSTEIN, Ronald M. **Preventing errors in clinical practice.** *Annals of Family Medicine*, 2(4), 310-316, 2004

BRADLEY, Ciarán; BRASEL, Karen. **Disclosing medical error #194.** *Journal of palliative medicine*, 12(6), 555-56, 2009.

BRANDALISE, André. **O erro e o musicoterapeuta clínico brasileiro: Dados demográficos e da literatura.** *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 16, 2014.

KALDJIAN, L. C.; FORMAN-HOFFMAN, V. L.; JONES, E. W.; WU, B. J.; LEVI, B. H.; ROSENTHAL, G. E. **Do faculty and resident physicians discuss their medical errors?** *Journal of Medical Ethics*, 34(10), 717-722, 2008.

LESNEWSKI, R. **Mistakes.** *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 296(11), 1327-1328, 2006.

LOHMAN, Helene; SCHEIRTON, Linda; MU, Keli; COCHRAN, Teresa; KUNZWEILER, Jennifer (2008). **Preventing practice errors and improving patient safety: An examination of case studies reflecting common errors in occupational therapy practice.** *Journal of Allied Health*, 37(4), 242-247, 2008.

PINTO, Antonio; ACAMPORA, Ciro; PINTO, Fabio; KOURDIOUKOVA, Elena; ROMANO, Luigia; VERSTRAETE, Koenraad. **Learning from diagnostic errors: A good way to improve education in radiology.** *European Journal of Radiology*, 78, 372-376, 2011.

WALSH, Beverly B.; GILLESPIE, C. K.; GREER, Joanne M.; EANES, Beverly E. **Influence of dyadic mutuality on counselor trainee willingness to self-disclose clinical mistakes to supervisors.** *The Clinical Supervisor*, 21(2), 83-98, 2003.

WOLF, Zane R. **Medication errors and nursing responsibilities.** *Holistic Nursing Practice*, 4(1), 8-17, 1989.