

Anais Completo

XV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia,
XV Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia
e I Seminário Estadual de Musicoterapia

MUSICOTERAPIA E POLÍTICAS PÚBLICAS
AMTRJ/ UFRJ

30 de outubro a 2 de novembro de 2015

Rio de Janeiro - RJ



EDITORA - AMT-RJ

Anais Completo

**XV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia,
XV Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia
e I Seminário Estadual de Musicoterapia**

MUSICOTERAPIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

AMTRJ/ UFRJ



30 de outubro a 2 de novembro de 2015

Rio de Janeiro - RJ

ISBN

S612

Simpósio Brasileiro de Musicoterapia (15. : 2015 : Rio de Janeiro, RJ)

Anais do XV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, XV Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e I Seminário Estadual de Musicoterapia: musicoterapia e políticas públicas, 30 de outubro a 02 de novembro, Rio de Janeiro, RJ. -- Rio de Janeiro : AMTRJ : UFRJ, 2015.

ISBN

1. Musicoterapia – Congressos. I. Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia (15. : 2015 : Rio de Janeiro, RJ) II. Seminário Estadual de Musicoterapia (1. : 2015 : Rio de Janeiro, RJ) III. Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro. IV. Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ. V. Título: Musicoterapia e políticas públicas.

CDD: 615.85154

XV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia,
XV Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia
e I Seminário Estadual de Musicoterapia

30 de outubro a 2 de novembro de 2015

Presidente - Musicoterapeuta Dra Marly Chagas

Comissão Científica

Coordenadora - Musicoterapeuta Dra Lia Rejane Mendes Barcellos

Núcleo Organizador

Mt Dr Marcus Vinicius Almeida

Mt Ms Mariane Oselame

Mt Ms Martha Negreiros Sampaio Viana

Mt Ms Pollyanna Ferrari

Mt Gabriela Koatz

Docente Ana Clara S Thiago

Pareceristas

Mt Dra Ana Maria Arruda Lana - MG

Mt Dra Claudia Zanini - GO

Mt Dra Cleo França Correa - SP

Mt Dr Gustavo Gattino - SC

Mt Dra Leila Brito Bergold - RJ

Mt Dra Mariângela Aleixo - RJ

Mt Dra Maria Helena Rockenbach - RS

Mt Dra Raquel Siqueira - RJ

Mt Dra Rosemyriam Cunha - PR

Mt Dra Thereza Raquel Alcântara Silva -GO

Elaboração dos Anais

Mt Dra Marly Chagas

Mt Daniela Périssé Pastana

UBAM

Comissão Organizadora

Coordenadora – Mt Mônica Deiss Zimpel

Núcleo Organizador

Dra Beatriz Salles

Mt Esp Bárbara Penteado Cabral

Mt Carla Lavratti

Mt Esp Gabriela Koatz

Mt Esp Di Lutgardes

Mt Esp Fátima Brasil

Comissão Financeira

Mt Esp Bárbara Penteado Cabral

Mt Esp Di Lutgardes

Comissão Refeições

Mt Esp Flávia Dal Pizzol

Mt Esp Thereza Christina Accioly

Comissão de Brindes

Mt Carla Lavratti

Comissão Transporte

Prof. Mt Durval Costa

Comissão de Fotografia

Luiz Claudio Millecco

Comissão de Recepção de Autoridades

Mt Esp Claudete Cerqueira

Comissão de Homenagens

Mt Dra Marly Chagas

Mt Carla Lavratti

Comissão de Hospedagem

Mt Esp Bárbara Penteado Cabral

Mt Carla Lavratti

Mt Esp Flávia Christine Dal Pizzol

Comissão de Organização da Feirinha

Mt Esp Di Lutgardes

Comissão de Credenciamento

Mt Carla Lavratti

Mt Esp Bárbara Penteado Cabral

Comissão Transmissão Simultânea

Rodrigo Ribeiro de Moraes Nicacio

Mt Esp Gabriela Koatz

Mt Ms Mariane Oselame

Programação Visual e Gráfica

Mt Designer Daniela Périssé Pastana

Realização

Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro - AMTRJ

Presidente

Mt Dra Marly Chagas

2ª Secretária

Mt Esp Fátima Brasil

1ª Vice Presidente

Mt Esp Mônica Deiss Zimpel

1ª Tesoureira

Mt Esp Bárbara Penteado Cabral

2ª Vice Presidente

Mt Esp Gabriela Koatz

2º Tesoureiro

Mt Esp Di Lutgardes

1ª Secretária

Mt Carla Lavratti

Conselho Consultivo

Beatriz Salles

Cecília Conde

Carlos Augusto de Araujo Jorge

Marcus Vinicius Machado

Tatiana de Carvalho Chagas Silva

Gabriela Santos

Luiza Petrucci

Pollyanna Ferrari

Verônica Maia Baraviera

Comitê de Ética

Andrea Farnettane

Lia Rejane

Márcia Cirigliano

Marco Antonio Carvalho Santos

Centro de Estudos

Mt Julia Neves

Supervisão

Mt Esp Bárbara Penteado Cabral

**Musicoterapia nas cidades
do interior do Estado do
Rio de Janeiro**

Mt Esp Mônica Deiss Zimpel

Canto Saboroso

Mt Dra Marly Chagas

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Reitoria

Reitor

Prof. Roberto Leher

Vice-reitora

Profa. Denise Fernandes Lopez
Nascimento

Chefe de Gabinete

Agnaldo Fernandes

Pró-Reitorias

Pró-reitoria de Graduação - PR-1

Prof. Eduardo Gonçalves Serra

**Pró-reitoria de Pós-graduação e
Pesquisa – PR-2**

Prof. Ivan da Costa Marques

**Pró-Reitoria de Planejamento
e Desenvolvimento - PR-3**

Roberto Antônio Gambine Moreira

Pró-Reitora de Pessoal - PR-4

Regina Dantas

Pró-Reitora de Extensão - PR-5

Profa. Maria Mello de Malta

Pró-reitoria de gestão e governança - PR-6

Ivan Ferreira Carmo

Decania do Centro de Ciências da Saúde - CCS

Decana

Profa. Maria Fernanda S. Quintela
da Costa Nunes

Decano Substituto

Prof. Luiz Eurico Nasciutti

Superintendente Acadêmico

Profa. Anaize Borges Henriques

Coordenação de Projetos Especiais

Roberto Santos de Oliveira

Faculdade de Medicina

Diretor

Prof. Roberto de Andrade Medronho

Vice Diretor

Prof. Afranio Lineu Kritski

Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Diretora

Profa. Maria Tavares Cavalcanti

Vice-Diretor

Prof. Márcio Amaral

Diretor Adjunto de Assistência

Dr. Allan Dias

Diretora Adjunta de Ensino

Profa. Ana Cristina Figueiredo

Chefe do Departamento de Psiquiatria
Prof. Jorge Adelino Rodrigues da Silva

Chefe de Atividades Gerenciais
Paulo Marcius Sant'Ana

Chefe de Sede
Décio Gomes

**Coordenadora do Centro de Atenção
Diária Luiz Cerqueira - CAD**

Vice- Coordenadora
Regina Célia Celestino Marcondes

Júlia Cristina Tosto Leite

Instituto de Neurologia Deolindo Couto - INDC

Diretor
José Luiz de Sá Cavalcanti

Vice Diretor
Luiz Antônio Alves Duro

Diretor Administrativo
Leonel Martins Junior

Chefe do Serviço Financeiro
Marcelo Soares Ramos

Departamento de Terapia Ocupacional - TO

Chefia
Profa. Renata Faria

Vice-Chefia
Profa. Olívia Agostini

Escola de Educação Física e Desportos - EEFD

Diretor
Prof. Leandro Nogueira Salgado Filho

Vice-Diretor
Prof. Francisco Paulo de Melo Neto

Departamento de Arte Corporal - DAC

Coordenação
Profa. Katya Souza Gualter

Decania do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH)

Decana
Profa. Lilia Guimarães Pougy

Escola de Comunicação - ECO

Diretor
Prof. Amaury Fernandes

Vice-diretora
Profa. Cristina Rego Monteiro

Centro de Produção Multimídia - CPM

Coordenação

Profa. Victa Carvalho

Profa. Inês Maciel

Telejornal Online da Escola de Comunicação - TJ

Coordenação

Profa. Katia Augusta Maciel

Maternidade Escola - UFRJ

Diretor

Prof. Joffre Amim Junior

Vice-Diretora

Profa. Rita B. G. Bornia

Diretora Adjunto de Atenção à Saúde

Profa. Penélope Saldanha Marinho

Diretora Adjunto de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profa. Rita B. G. Bornia

Diretor Adjunto de Administração e Finanças

Paulo Jorge de Almeida

Diretor Adjunto de Recursos Humanos

Jociene Fernandes Moraes

Diretor Técnico

Jair Roberto da Silva Braga

Instituto Municipal Philippe Pinel

Diretor

Alexander Ramalho

Vice-diretora

Ana Carla Silveira

Presidente do Centro de Estudos

Aline Cescon Alves Jardim

Secretário do Centro de Estudos

Gustavo Gomes Porto

UBAM - União Brasileira das Associações de Musicoterapia

Secretária Geral

Mt Ms Mariane Oselame

Mt Ms Camila Gonçalves

Mt Ms Nathalya Avelino

Índice

XV Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia



BOAS VINDAS 25

APRESENTAÇÃO 27

1- PESQUISA

EM MUSICOTERAPIA ECOLÓGICA

Comunicação Oral:

- Dialogando com adolescentes sobre educação em saúde: A contribuição da Musicoterapia comunitária.

Graziela Carla Trindade Mayer, José Roque Junges

e Rosangela Babiana - RS 30

- Musicoterapia na qualidade de vida hospitalar.

Marcelo Pereira da Silva – RN 31

2- PROMOÇÃO DE SAÚDE E MUSICOTERAPIA

Comunicação Oral:

- A música e a musicoterapia no cuidado ao cuidador – Uma revisão integrativa.

Elvira Alves, Claudia Zanini e Elizabeth Espiridião - GO ----- 33

- Um estudo sobre as práticas de musicoterápicas em direção à promoção de saúde.

Mariane N. Oselame, Ruth Machado Barbosa e Marly Chagas - RJ----- 45

- Musicoterapia no tratamento da hipertensão arterial e diabetes tipo 2: indicativo para encaminhamentos a partir de diagnósticos de enfermagem

Leila Bergold, Roseane Vargas Rohr, Alana Guimarães, Priscila Bravim

Marzullo, Raphael Dias de Mello Pereira, Claudia Dayube Pereira e Neide

Aparecida Titonelli Alvim - RJ/ES ----- 46

3- MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Comunicação Oral:

- A relação da música com o processamento sensorial: a musicoterapia e sua atuação no tratamento de crianças com autismo no contexto do modelo dir/floortime.

Michele de Souza Senra e Thelma Alvares - RJ ----- 48

- Efeitos da musicoterapia improvisacional no tratamento de crianças pré-escolares com autismo.

Marina Freire, Aline Moreira, Renato Sampaio e Arthur Kummer - MG ----- 56

- “Desenvolvimento de habilidades musicais em crianças autistas”: um projeto de extensão universitária.

Claudia Eboli C. Santos e Mônica de Almeida Duarte - RJ ----- 57

3.1 - MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Pôster:

- Correlações entre as evoluções na musicalidade e outras áreas da vida do paciente.

Camila Nascimento de Castro, Andréia Polignano Barbosa e Renato Tocantins Sampaio - MG ----- 69

- Análise psicométrica das escalas Nordoff Robbins como instrumento de avaliação no atendimento musicoterapêutico de crianças autistas.

Aline Moreira, Andre Davi Oliveira Batista, Marina Horta Freire, Renato Tocantins Sampaio, Arthur Melo e Kummer – MG ----- 70

4- MUSICOTERAPIA NA SAÚDE DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Comunicação Oral:

- Musicoterapia paliativa em Oncopediatria .

Ana Carolina Arruda e Elisabeth Martins Petersen - RJ ----- 72

- Onde está o disléxico? Reflexões sobre o (des)conhecimento sobre a dislexia, sob o olhar musicoterapêutico.

Karylla Amandla de Assis Paula e Sandra Rocha do Nascimento - GO ----- 73

- Guia de intervenção em musicoterapia para crianças surdas. **Igor Ortega**

Rodrigue, Gustavo Andrade de Araujo e Gustavo Schulz Gattino - RS ----- 82

5- AUDIÇÃO MUSICAL E PRODUÇÕES DIVERSAS

Comunicação Oral:

- Musicoterapia como tratamento de epilepsia de difícil controle, uma revisão sistemática.

Luís Eduardo Candido e Clara Márcia Freitas Piazzetta – PR ----- 84

- A audição musical nas atividades laborais e suas possíveis contribuições para a Musicoterapia.

Antonio Carlos Ferreira Lino e Lia Rejane Mendes Barcellos - RJ ----- 96

6- MUSICOTERAPIA E ASPECTOS NEUROLÓGICOS

Comunicação Oral:

- Linguagem e socialização: O trabalho musicoterapêutico em pessoas com afasia.

Isabela Carvalho Guerche e Pierângela Nota Simões - PR ----- 104

- A música como um estimulador cognitivo no envelhecimento.

Celina Amalia Vettore Maydana - RJ ----- 115

- O treinamento da capacidade atencional através da Musicoterapia.

Verônica Magalhães Rosário e Cybelle Maria Veiga Loureiro – MG ----- 128

6.1- MUSICOTERAPIA E ASPECTOS NEUROLÓGICOS

Pôster:

- A memória auditiva e sua interlocução com a Musicoterapia: uma reflexão neurocientífica.

Maria Beatriz Licursi Conceição, Liliam Cafiero Ameal Salgado

e Alfred Sholl Franco - RJ ----- 141

7- MUSICOTERAPIA E ATENÇÃO MATERNA E MATERNO-INFANTIL

Comunicação Oral:

- Percepções maternas sobre a Musicoterapia no contexto da prematuridade.

Ambra Palazzi, Rita Meschini e Cesar Augusto Piccinini - RS ----- 143

- Musicoterapia em mulheres atendidas no laboratório de reprodução humana do hospital das clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Eliamar Ap. de B. Fleury, Mario S. Approbato, Mônica C. S. Maia, Reinaldo S. A.

Sasaki, Iulla A. Silveira e Marisa S. Ramos - GO ----- 154

- Musicoterapia e Pré-eclâmpsia: Uma intervenção possível?

Martha Negreiros Sampaio Vianna e Lia Rejane Barcellos - RJ ----- 167

8- APORTES TEÓRICOS EM MUSICOTERAPIA

Comunicação Oral:

- Musicoterapia e psicanálise: articulações em Sandor Ferenczi e Daniel Stern segundo o ponto de vista sensível do fenômeno transferencial e musical.

Adhara Pedrosa - RJ ----- 177

- Musicoterapia com famílias: alguns apontamentos.

Fernanda Valentim e Maria Ines Gandolfo Conceição – GO ----- 188

- O autismo e a voz no autista: uma pontuação possível.

Marcia Cirigliano – RJ ----- 189

9- A MÚSICA COMO FOCO DA PESQUISA

Comunicação Oral:

- A Música na umbanda e na musicoterapia.

Gregório José Pereira de Queiroz - SP ----- 198

- Nas entrelinhas da canção: análise semiótica de três canções compostas em um serviço de musicoterapia social.

Gabriel Estanislau Machado Andrea Alvim Gomes e Renato Tocantins

Sampaio - MG ----- 205

- Sobre silêncio e musicalidade, entrevistas. **Jacila Silva - RJ** ----- 215

10- CULTURA E MUSICOTERAPIA

Comunicação Oral:

- Arte, Ciência e Inclusão: Uma perspectiva multidisciplinar sobre a utilização de atividades musicais e da Musicoterapia no contexto educacional.

Líliam Cafiero Ameal Salgado e Alfred Sholl-Franco – RJ ----- 226

- As representações sociais nos sambas do Coletivo Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou!

Pollyanna Ferrari e Edson Alves de Souza Filho – RJ ----- 235

- Perfil de saúde vocal de estudantes do curso de bacharelado em Musicoterapia.

Pierangela Nota Simões – PR ----- 236

11- MAPEAMENTOS EM MUSICOTERAPIA

Comunicação Oral:

- As perspectivas cotidianas da Musicoterapia em Nova Iguaçu: um estudo cartográfico.

Gláucia Michele da Silva, Temóteo Negreiros e

Tayane da Silva Souza - RJ ----- 248

- Rumos da pesquisa realizada por musicoterapeutas brasileiros em PPG – Programa de Pós – Graduação Stricto Senso.

Clara Piazzetta e Claudia Zanini - PR/GO ----- 255

12- MUSICOTERAPIA E OUTROS ESTUDOS

Comunicação Oral:

- Intervenção da Musicoterapia em mulheres com diagnóstico de fibromialgia.

Hozana Reis Passos, Mariana Batista Diniz e Renato Tocantins

Sampaio - MG ----- 262

- Musicoterapia em ambulatório de epilepsia e aplicação de pré e pós teste da escala de humor de brunel (brums) para averiguar a mudança de humor.

Marcos Eikiti Sakuragi, Fernanda Franzoni Zaguini e Clara Marcia

Piazzetta – PR ----- 275

12.1- MUSICOTERAPIA E OUTROS ESTUDOS

Pôster:

- O nível de motivação na prática musical dos alunos do bacharelado em musicoterapia da UNESPAR.

Mariana Lacerda Arruda – PR ----- 277

- Musicoterapia nos serviços de proteção social especial.

Andrea Alvim Gomes, Gabriel Estanislau, Machado e Renato Tocantins

Sampaio - MG ----- 282

- Revisão sistemática sobre música e expressão gênica.

Romes Bittencourt Nogueira de Sousa, Ana Lídia Alcântara-Silva,

Arthur Ferreira do Vale e Tereza Raquel Alcântara-Silva – GO ----- 293

Índice

XV SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA



1- MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, REABILITAÇÃO MOTORA

Comunicação Oral:

- Da música ao motor, do motor de volta à música.

Janice Santanna – RJ 302

- Musicoterapia e equoterapia: uma afinação promissora.

Luciana Frias Guimarães - PE 314

A Musicoterapia em um centro especializado em reabilitação.

Rosa Kelma Carneiro - RJ 325

2- MUSICOTERAPIA NA GESTAÇÃO E NA INFÂNCIA

Comunicação Oral:

- O sonoro-musical nos primórdios da constituição psíquica do sujeito - fundamento para a inserção da musicoterapia nas políticas públicas da primeira infância.

Luisiana Baldini França Passarini - SP ----- 337

- Musicoterapia e clínica pediátrica.

**Ana Christina Santos Musslem, Andrea Farnettane e
Vanessa Veloso da Silva - RJ** ----- 338

- Musicoterapia perinatal: descrição de uma prática.

Ana Carolina Arruda e Martha Negreiros-Vianna – RJ ----- 342

2.1- MUSICOTERAPIA NA GESTAÇÃO E NA INFÂNCIA

Pôster:

- Musicoterapia e intervenção precoce de crianças com desenvolvimento atípico e sinais de TEA.

Simone Presotti Tibúrcio e Marina Horta Freire - MG ----- 350

- Musicoterapia na escola: efeitos da musicoterapia na motivação, no humor e no afeto de alunos com mau desempenho escolar.

**Clitia Rodrigues, Ana Clara Reis, Nicoli Carvalho Rocha, Luciana Karine de
Souza e Renato Tocantins Sampaio – MG** ----- 358

3- MUSICOTERAPIA, CIDADANIA E DIREITOS

Comunicação Oral:

- Musicoterapia e Inclusão Social.

Bruno Antônio da Cunha Lima e Paulo Geraldo Rocha Junior - MG ----- 372

- A Musicoterapia no serviço socioassistencial: um relato de experiência.

Fabírcia Santos Santana - BA ----- 381

- Prática musicoterapêutica em uma unidade de internação socioeducativa.

Hermes Soares dos Santos – GO ----- 382

4- MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – EDUCAÇÃO ESPECIAL

Comunicação Oral:

- A Musicoterapia na Associação Pestalozzi de Goiânia: desafios e conquistas

Marcus Vinicius Galvão - GO ----- 393

- Inclusão de Alunos com Necessidades Educativas Especiais: entrelaçamentos entre Musicoterapia e educação musical.

Thatiane Maria Correia Ramos Pires - RJ ----- 394

5- MUSICOTERAPIA E TEMAS DA FORMAÇÃO

Comunicação Oral:

- Para quê registrar as sessões de Musicoterapia.

Ana Maria de Souza Chaves - RJ ----- 409

- A extensão universitária (re)ligando contextos e textos na formação do musicoterapeuta.

Sandra Rocha do Nascimento, Rafael Mendonça Barros, Karylla Amandla de Assis Paula - GO ----- 421

5.1- MUSICOTERAPIA E TEMAS DA FORMAÇÃO

Pôster:

- Vivenciando a prática clínica musicoterapêutica durante a graduação.

Ivan Moriá Borges Rodrigues, Andresa Cristina Rezende, Maria Virgínia Silveira de Faria Gomes e Renato Tocantins Sampaio – MG ----- 434

6- MUSICOTERAPIA E ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Comunicação Oral:

- Tecnologia e Musicoterapia na potência da vida, um trabalho com idosos.

Sergio Chiavazzoli - RJ ----- 444

- Grupo “Prá lá de 1000”: possibilidades da Musicoterapia no Projeto de Atenção Ambulatorial à Terceira Idade – PATER .

Mônica Deiss Zimpel - RJ ----- 445

- Interseções entre educação musical e Musicoterapia.

José Henrique Nogueira dos Santos - RJ ----- 455

6.1- MUSICOTERAPIA E ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Pôster:

- Sobre a inclusão social através do ensino do canto lírico: uma experiência de aprendizagem com efeitos terapêuticos?

Jéssica Luane De Paula Barbosa – MG ----- 464

7- MUSICOTERAPIA ECOLÓGICA

Comunicação Oral:

- Musicoterapia com funcionários do Banco do Brasil - uma reflexão sobre a saúde do trabalhador

Adriana Pimentel - RJ ----- 473

- Atuação e perfil do musicoterapeuta organizacional: para além da clínica musicoterápica e inclusão social.

Alexandre Castro, Fernanda Valentim e Leomara Sá - GO ----- 474

- Musicoterapia social ou comunitária: diálogos e reflexões.

Rosemyriam Cunha, Sheila Volpi e Andressa Dias Arndt- PR ----- 487

8- MUSICOTERAPIA E PROMOÇÃO DE SAÚDE

Comunicação Oral:

- Musicoterapia na atenção primária.

Hozana Passos, Mariana Batista Diniz, Luciene Mattos Rodrigues e Renato

Tocantins Sampaio - MG ----- 498

- Oficina de música: um dispositivo de promoção de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

Mariane Oselame - RJ ----- 499

- Musicoterapia e a Política de Práticas integrativas e complementares em saúde no SUS: experiência em Vitória, ES.

Roseane Vargas Rohr, Leila Brito Bergold, Henriqueta Tereza do Sacramento,

Djaldéa Rosângela Felix Fernandes e Neide Aparecida Titonelli Alvim

- ES- RJ ----- 500

9- MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, TECENDO REDES

Comunicação Oral:

- “Recolhimento, não. Acolhimento, sim” Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III – João Ferreira da Silva Filho - Complexo do Alemão – Rio de Janeiro / Brasil.

Andrea Farnettane - RJ ----- 502

- “A gente se cuida”. A Musicoterapia na ação de cuidado - desafio e enfrentamentos à violência no Complexo do Alemão.

Luana Silva e Andrea Farnettane - RJ ----- 512

- Musicoterapia na rede de saúde mental de Niterói.

Bárbara P. Cabral e Jacila M. da Silva - RJ ----- 520

10- MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Comunicação Oral:

- Musicoterapia como suporte no tratamento da Esclerose do Hipocampo.

Bruno de Carvalho Reis e Antonio Carlos Lino - RJ ----- 529

- Musicoterapia com crianças autistas em reabilitação.

Gabriela Lorenzo Fernandez Koatz e Carla Lavratti - RJ ----- 542

10.1- MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Pôster:

- Adaptação do IMTAP à realidade de um centro de reabilitação.

Ivany Fabiano Medeiros e Alexandre Ariza – GO ----- 553

- Atuação da Musicoterapia nos programas de reabilitação do Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark.

Adriana Costa e Alessandra Oliveira – RJ ----- 554

- Viver e não ter a vergonha de ser feliz. A Musicoterapia em cuidados paliativos.

Marly Chagas - RJ ----- 555

11- MUSICOTERAPIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

– CAD E CAPS AD

Comunicação Oral:

- Experiências em Musicoterapia no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Vitória, ES.

Djaldéa Rosângela Felix Fernandes e Alexandre Geraldo

Nunes de Araújo - ES ----- 566

- O uso do canto coral como resgate de identidades e empoderamento do sujeito.

Lizandra Maia, Adhara Pedrosa e Silene Jacinto – RJ ----- 574

- Reflexões sobre a musicoterapia e dependência química – atendimentos musicoterapêuticos

sob o viés da psicologia analítica em CAPS AD.

Thereza Cristina Acciolly - PR ----- 585

Boas Vindas do Prefeito do Rio de Janeiro ...

Bem-vindos ao XV Simpósio de Musicoterapia do Rio de Janeiro. A cidade mais especial do mundo recebe os profissionais que usam música, som, ritmos e melodia na reabilitação e para promover a saúde das pessoas. Poucos conhecem a profundidade da ciência que envolve música. Música é matemática, métrica, combinações. Trabalhar com essa ciência requer administrar em doses bastante criativas conhecimento e sensibilidade. Por isso declaro minha admiração e afirmo o compromisso de incentivar no sistema de saúde municipal a prática da Musicoterapia para atividade de prevenção e tratamento. Desejo um encontro harmônico e proveitoso a todos vocês.

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro,
Eduardo Paes.

Boas Vindas da UFRJ ...

É com muito orgulho e alegria que o Instituto de Psiquiatria da UFRJ recebe o XV Simpósio Nacional de Musicoterapia e o Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. A Musicoterapia é um campo do conhecimento que situa-se entre a ciência e a arte, tratando da saúde e do humano, e englobando saberes da Música, Medicina, Psicologia, Filosofia, Neurociências, entre outros. De todas as formas expressivas dos seres humanos, a emissão de sons está presente em toda e qualquer cultura, desde os sons emitidos pelo aparelho fonador, até o som percussivo emitido pelo próprio corpo, como o bater das mãos ou dos pés. A música é um elemento presente e constitutivo de qualquer cultura humana, com suas inúmeras possibilidades sonoras, rítmicas etc. Ela traz junto consigo em geral a dança, o canto, a integração, a festa, a celebração. Mas também está presente na outra face da aventura humana, os cantos da guerra, dos desafios, das disputas, dos lutos. Vida e Morte. Guerra e Paz. Música.

Em nossos cenários de prática não é diferente. Em territórios tão áridos como as enfermarias psiquiátricas, por exemplo, a música comparece; sejam cantos do cancionário popular ou religiosos, lá está aquele usuário cantando, ao qual outros se juntam. Grupos terapêuticos, terapias comunitárias, oficinas, todos acabam entremeados por música.

Bastaria uma simples observação para constatarmos o quanto a música está presente no universo psiquiátrico. Entre vários exemplos que poderiam ser dados, vem a minha lembrança o documentário *A Casa dos Mortos* da antropóloga Débora Diniz. Neste documentário sobre o Manicômio Judiciário de Salvador/BA há várias cenas em que os internos se colocam diante da câmera e cantam. E nestes momentos há espaço para uma certa alegria, mesmo em meio a tragédia de vidas usurpadas.

Portanto, a música é em princípio um elemento que veicula saúde, no mais amplo sentido que possamos dar à palavra saúde. Ela é terapêutica. O que nos levaria a constatar que o termo Musicoterapia poderia ser entendido como um pleonasma.

Mas brincadeiras a parte, o fato é que a Musicoterapia é um vasto campo do saber e do conhecimento, tendo muito a contribuir para a saúde mental. Por isso mesmo, estamos propondo que a UFRJ crie um curso de graduação em musicoterapia, a fim de formar profissionais qualificados para atuarem na assistência, pesquisa e extensão, em um terreno ainda carente de profissionais.

Que este simpósio possa ser uma grande celebração e conagração, augúrio de um novo tempo para a Musicoterapia do Rio de Janeiro e do Brasil.

Maria Tavares Cavalcanti
Direção do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB).

Boas Vindas da UBAM

Caros,
Bem vindos!

Em nome da União Brasileira de Associações de Musicoterapia (UBAM) queremos saudar o XV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. O tema proposto "Musicoterapia e Políticas Públicas" recorda os desafios que a nossa categoria vem superando com sucesso na organização de simpósios, fóruns, assembléias e reuniões em busca de avanços no alicerçamento de nossa profissão. Trazer a luz esse debate nos mostra o quanto a Musicoterapia e os Musicoterapeutas vêm conquistando e consolidando espaços de atuação e principalmente como vêm garantindo participação enquanto protagonistas nos espaços de discussão das políticas públicas.

A Comissão Científica organizou um grande número de trabalhos que certamente nos renderão um excelente programa científico, que compreenderá palestras, cursos, mesas-redonda, apresentação de pôster e comunicação oral. Esperamos que vocês desfrutem do Simpósio e que a sua interação com os colegas de diversos estados possa estimular uma criativa e potente troca de idéias e experiências.

Com os nossos melhores votos,

Mariane Oselame,
Camila Gonçalves e
Nathalya Avelino.

Apresentação

Caros participantes do nosso XV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia no XV Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e no I Simpósio Estadual de Musicoterapia.

É com grande alegria que a Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro os recebe no nosso estado e na nossa cidade, no ano de seu 450º aniversário.

Durante esses dias, iremos pensar sobre Musicoterapia e Política. Aquela política que, na conceituação de Bruno Latour[1], faz os grupos falarem. Nossa fala política articula-se para: dar visibilidade à Musicoterapia brasileira; divulgar sua contribuição às áreas da Educação, Assistência Social, Saúde e Cultura; conhecer as pesquisas realizadas; estimular pensamentos teóricos; apresentar novas e antigas práticas de atuação dos musicoterapeutas; compartilhar com outros profissionais nossas ações; fortalecer a Musicoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Sem perder de vista a perspectiva das Políticas Públicas e Musicoterapia, a AMTRJ construiu esse evento com muitas ousadias. Ações em rede contagiantes. O primeiro movimento se deu na compreensão de que a inclusão deveria ser uma marca para nossas realizações políticas.

Concretizando essa proposta, optamos por estipularmos um preço de inscrição acessível a maior parte das pessoas, construindo um evento sustentável econômica e culturalmente. Nessa direção, vocês estão recebendo no ato do credenciamento bolsas de pano contendo uma garrafinha para água. Cuidem das suas. Os certificados de participação, seguindo também essa direção, serão todos enviados por e-mail. Menos produção de lixo e mais viabilidade econômica.

No sentido do estímulo à potência que a boa organização política promove, estarão contribuindo com nosso cafezinho algumas equipes de geração de renda na saúde Mental, que também venderão seus produtos.

Durante esse grande evento, poderemos apresentar nossas ideias nas Rodas de Conversa de maneira informal, compartilhar relatos de experiências clínicas e formulações teóricas no XV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, debater pensamentos de ponta nas Mesas Redondas do I Simpósio Estadual de Musicoterapia ou acompanhar o caminho das investigações de nossos mais importantes pesquisadores no XV Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia.

A Mostra de Áudio Visual contará com a exibição do filme “Profissionais Musicoterapeutas do Rio de Janeiro”, um longa metragem histórica de 1990 realizado pelas musicoterapeutas e Kátia Jaimovich e Vânia Bastos Lemos.

Queremos que todos exponham suas ideias e seus modos de fazer; que todos cantem, toquem e brinquem nas oficinas abertas que se realizarão no pátio.

A ornamentação de nosso auditório principal é composta por flores e instrumentos musicais.

Trouxemos para cá nossa ferramenta de trabalho. Com eles construímos a sonoridade de nossa atividade. Neles o sagrado e o profano, o entusiasmo e o desânimo, o individual e o coletivo produzem participação e sentidos. Eles podem

ser tocados, mas, por favor, os deixem aqui depois de usá-los. Ao final de nosso encontro, voltarão para as mãos dos artesãos mais importantes de nossa política: as pessoas com as quais trabalhamos.

Certamente, a execução desse projeto é uma construção coletiva. Ativamos juntos forças de potência em muitos aspectos e direções. Sem nomear para não sermos injustos agradecemos a todos que colaboraram para a construção desse evento.

Aproveitem.

Marly Chagas e
Direção da AMT-RJ.



1 - PESQUISA EM MUSICOTERAPIA ECOLÓGICA



Comunicação Oral:

DIALOGANDO COM ADOLESCENTES SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A CONTRIBUIÇÃO DA MUSICOTERAPIA COMUNITÁRIA

Graziela Carla Trindade Mayer¹
Jose Roque²
Rosângela Barbiani³

RESUMO: Trata-se de estudo de abordagem qualitativa embasado pelos pressupostos da pesquisa-ação e desenvolvido por meio de uma metodologia participativa, com o objetivo de analisar as potencialidades da musicoterapia no desenvolvimento de processos de educação em saúde voltados à promoção da saúde de adolescentes, no âmbito coletivo e comunitário. A pesquisa teve duração de três meses e cada encontro teve uma temática geradora que foi abordada através de uma técnica da musicoterapia previamente escolhida. A produção do grupo foi registrada por meio de diários de campo, gravações em áudio e vídeo e fotos. Os sujeitos de pesquisa foram adolescentes que estavam frequentando a escola com idade entre 13 a 16 anos no município de São Leopoldo/RS. As produções desenvolvidas pelos adolescentes evidenciaram um movimento próprio do grupo, revelaram uma adolescência sintonizada e preocupada com o seu contexto e não apenas com seus desejos e percepções. As músicas escolhidas, as paródias produzidas, o protagonismo revelou adolescentes ativos e ávidos por conhecimento e ação. A musicoterapia aliada à abordagem da pesquisa participante, embasada nos pressupostos da pesquisa-ação, resultou na ampliação do curso metodológico da pesquisa, isto é, proporcionou a pesquisadora ferramentas dialógicas que de fato operaram como dispositivos de participação e protagonismo dos adolescentes.

Palavras chave: Musicoterapia Comunitária. Educação em Saúde. Adolescentes.

1 Musicoterapeuta (Faculdades EST), Especialização em saúde da Família e da Comunidade pela Unisinos . Mestranda do Programa de Pós Graduação em saúde Coletiva (Unisinos). Foi professora do Curso de Musicoterapia . Presidente da associação de Musicoterapia de 2008 a 2012. Musicoterapeuta e coordenadora da Equipe Técnica da Apae de Dois Irmãos, Vice-presidente do Conselho da Pessoa com deficiência de Dois Irmãos, Membro da atual diretoria da AMT-RS . Contato: trindadegraziela@hotmail.com

2 Possui graduação em Filosofia pela PUC-RS; graduação em Teologia pela Faculdade de Teologia Cristo Rei de São Leopoldo; mestrado em Teologia pela Pontificia Universidad Catolica de Chile e doutorado em Ética Teológica pela Pontificia Università Gregoriana de Roma, Itália. Atualmente é professor e pesquisador de Bioética e de Saúde Pública no PPG em Saúde Coletiva da UNISINOS.

3 Possui graduação em Serviço Social pela Pontificia Universidade Católica Rio Grande do Sul , Mestrado em Serviço Social pela Pontificia Universidade Católica Rio Grande do Sul e Doutora em educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul . Atualmente é professora no curso de Mestrado em Enfermagem e no Curso de Graduação em Serviço Social e especialização em saúde Mental e redes de Atenção Integral/ Unisinos.

MUSICOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA HOSPITALAR

Marcelo Pereira da Silva¹

RESUMO: Saúde e qualidade de vida são temas inter-relacionados, uma vez que a saúde contribui para melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e vice e versa. **OBJETIVOS:** Na elaboração de uma dissertação de mestrado em musicoterapia numa universidade espanhola e um hospital público brasileiro de doenças infectocontagiosas para confrontar a “práxis” musicoterápica numa política pública de humanização, qualidade de vida e inclusão social com a utilização de métodos e técnicas de musicoterapia ativa e passiva. **MÉTODOS:** Teste no Modelo Walton 73 e Teste de Sensibilização Psicoacústica com questionário criado pelo próprio autor desta pesquisa. Foram aplicados questionários para os funcionários e o teste de Sensibilização Psicoacústica para os participantes do Coral Terapêutico Vozes da Vida e Saúde. **RESULTADOS:** Foram alcançados resultados fidedignos através dos quais nos subsidiaram informações de insatisfações em graus diferenciados dos gestores e demais funcionários, como também a real importância da práxis musicoterápica. **CONCLUSÃO:** A pesquisa comprovou que a prática da musicoterapia numa abordagem humanista existencial e a técnica de cantoterapia tem alcançado incontestavelmente uma melhoria na Qualidade de Vida, Humanização e Inclusão Social, não só nas atividades laborais, como também nas vidas pessoais dos trabalhadores e pacientes.

Palavras chave: Musicoterapia. Cantoterapia. Humanização. Inclusão.



¹ Licenciado em Música UFRN, Musicoterapia pelo CBM/RJ E FAP/PR, pós-graduado em música/musicoterapia UFPI, mestre em musicoterapia Universidad pontificia de Salamanca/Espanha, professor convidado pela UFRN, UNP-RN e FACHO-PE. Musicoterapeuta do NAST do Hospital Giselda Trigueiro-SESAP/RN na inclusão social, humanização e qualidade de vida com pacientes e trabalhadores. marcelop.dasilva@uol.com.br

2 - PROMOÇÃO DE SAÚDE E MUSICOTERAPIA



Comunicação Oral:

A MÚSICA E A MUSICOTERAPIA NO CUIDADO AO CUIDADOR – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Elvira Alves dos Santos¹
Claudia Regina Oliveira Zanini²
Elizabeth Esperidião³

RESUMO: No trabalho cotidiano dos cuidadores formais e informais existem aspectos que interferem diretamente em sua atuação, como: ansiedade, insegurança, sobrecarga, piorada qualidade de vida, fadiga, irritabilidade, desgaste físico/mental, alterações nas relações interpessoais, entre outros. O presente estudo objetivou identificar aspectos referentes à utilização da música e da musicoterapia no cuidado aos cuidadores, através de uma revisão integrativa de literatura. Utilizou-se como fonte: base de dados nacionais e internacionais (SCIELO, PUBMED, MEDLINE, LILACS e BDNF), volumes da Revista Brasileira de Musicoterapia, Anais dos Simpósios Brasileiros de Musicoterapia e dos Congressos Mundiais de Musicoterapia, no período de 2004 a 2014. Os artigos foram selecionados a partir dos descritores Música, Musicoterapia, Cuidadores e Cuidado e seus correlatos em inglês e espanhol, obedecendo aos critérios pré-estabelecidos. Preencheu-se um protocolo reunindo informações como: publicação veiculada, objetivo, metodologia, resultados e responsável pelas atividades musicais. Foram incluídos oito artigos para as análises. Concluiu-se que a utilização da Música e da Musicoterapia pode ser uma importante estratégia no cuidado ao cuidador, proporcionando: redução da ansiedade e da fadiga, momentos de prazer, de alegria e de relaxamento. Observou-se que o musicoterapeuta atua utilizando experiências musicais interativas, além das

INTRODUÇÃO

Cuidado é uma ação desenvolvida com a finalidade de atender uma necessidade ou auxiliar o outro na busca por uma melhor qualidade de vida, através do zelo, da presença, do ouvir com atenção (ERDMANN et al, 2005). A prática do cuidar mostra importância entre as ações e as relações humanas, revelando as divergências e convergências de cada ser, tornando-se vital a preocupação, o respeito, a responsabilidade com e pelo cuidado do outro que advém do envolvimento e da ligação afetiva. (BAGGIO et al, 2008).

Existem duas definições para cuidadores: formais e informais. Entende-se por cuidador informal, o membro ou pessoa próxima à família sem preparação, formação técnica e/ou remuneração. O cuidador formal, no entanto, é o profissional de saúde com vínculos

1 Musicoterapeuta pela Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás.

2 Musicoterapeuta, Mestre em Música e Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás. Profa Adjunta da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás.

3 Enfermeira pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Mestre e Doutora em Enfermagem pela EERP-SP. Profa Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. receptivas, que são as mais empregadas pelos demais profissionais da área de saúde.

empregatícios (MENDES et al, 2010).

Estudos comentam que as principais dificuldades relatadas pelos cuidadores familiares são: falta de recursos financeiros e a falta de apoio familiar, dificultando o autocuidado, causando a impossibilidade de trabalhar fora, a falta de atividades de lazer, a falta de independência do paciente na higiene, na alimentação e na mobilidade, falta de estrutura física, prejuízo da vida social, perda do controle da autonomia, sobrecarga influenciada pelo grau de parentesco, personalidade e cotidiano entre cuidado e cuidador, pelo suporte social e serviços de saúde adequados e estruturados. (ALMEIDA et al, 2010; MENDES et al, 2010; REIS et al, 2011)

O atendimento pode afetar toda a família de forma positiva. Pesquisas afirmam que é impossível trabalharmos com o paciente sem que as mudanças que ocorram nele sejam sentidas também pela família e outras redes as quais ele pertence, os relacionamentos são fundamentais. Mudanças positivas podem ser observadas nos pacientes após a inserção dos cuidadores em ações que propõe cuidado aos mesmos. (BERNARDES, 2012). No que se refere ao cuidador formal, este costuma ser um indivíduo que sofreu profundas modificações, como resultado de treinamento especializado, do conhecimento e da experiência. O trabalho em saúde impõe uma rotina carregada de alto grau de tensão que envolve toda equipe. (OLIVEIRA, 2009) Nessa perspectiva, é imprescindível a implementação de atividades voltadas para a prevenção e a promoção da saúde dos trabalhadores, amenizando o risco de desenvolvimento doenças, reconhecendo que atividades físicas, bom relacionamento interpessoal e realização interna com a profissão que exerce para afastar essa doença do ambiente de trabalho e melhorar a qualidade de vida do profissional (SOUSA, 2012).

Uma das formas de se cuidar e cuidar do outro pode ser por meio da utilização da música. A música expressa o significado da experiência. É uma linguagem que pode curar, elevar, acalmar, iluminar, nutrir, fortalecer, estimular, confortar, encorajar, animar e ainda, fazer perguntas estimulantes e dar respostas satisfatórias. A música é um veículo expressivo para alívio da tensão emocional, superando dificuldades de fala e de linguagem, podendo

servir como elo com as experiências significativas do passado de um indivíduo, podendo evocar memórias específicas e sentimentos (BRESCIA, 2009).

Desse modo, seu valor terapêutico está na capacidade de a música produzir efeitos no ser humano nos níveis biológicos, fisiológicos, psicológico, intelectual, social e espiritual (BLASCO, 1999). A música, envolvendo paciente e cuidador, ocorre no movimento, no tempo e no espaço, entre os mundos físico e psíquico, propiciando uma outra visão da realidade. Dessa forma o cuidador poderá encontrar, na música em Musicoterapia, o contingente que pode dar suporte e transformar ansiedades insuportáveis (ZUKERKANDL, 1973, apud GALLICHIO, 2008).

Segundo Bernardes (2012), as sessões de Musicoterapia podem proporcionar momentos onde os cuidadores podem extravasar seus sentimentos, o que ajuda a combater o cansaço e estresse do cotidiano, melhorando seu bem estar.

Pesquisas em que os cuidadores tiveram atendimentos musicoterapêuticos demonstraram a melhora na postura e na autoestima dos mesmos. Relatam ainda que as experiências musicais proporcionaram tranquilidade no ato de cuidar e tomar atitudes ao familiar e ou paciente; atenção a si, propiciando o autocuidado, diminuição da ansiedade, alívio de tensões, autoconhecimento, reflexão sobre suas necessidades e seu bem estar, expressão das preocupações e projeção do futuro. (BERNARDES, 2012; PINHO & TRENCH, 2012)

O objetivo geral deste estudo foi identificar aspectos referentes à utilização da música e da musicoterapia no cuidado aos cuidadores através de uma revisão integrativa de literatura.

METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma revisão integrativa de literatura de artigos encontrados em base de dados nacionais e internacionais. A Revisão Integrativa permite a inclusão de vários métodos, estudos experimentais e não experimentais e dados de

literatura teórica e empírica. (WHITTERMORE, 2005).

As fontes para coleta de dados foram as bases de dados: LILACS, PUBMED, BDNF, SCIELO E MEDLINE, através de busca realizada pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e ainda, nos volumes da Revista Brasileira de Musicoterapia e nos anais dos Simpósios Brasileiros de Musicoterapia e dos Congressos Mundiais de Musicoterapia.

Os artigos foram selecionados a partir dos descritores e seus correlatos em Inglês e Espanhol: “Música e Cuidadores” e “Musicoterapia e Cuidadores”; “Música e Cuidado” e “Musicoterapia e Cuidado”;

Os artigos foram selecionados, obedecendo aos critérios de inclusão: Artigos publicados em português, espanhol e inglês; Artigos que abordam o tema música/musicoterapia no cuidado com cuidadores; Artigos com textos completos disponíveis online; Artigos publicados no período de janeiro de 2004 a agosto de 2014; Trabalhos veiculados nas fontes citadas; Artigos que disponibilizem o resumo/*resumen/abstract*; e exclusão: Artigos que não obedecem aos critérios de inclusão; Impossibilidade de aquisição do artigo na íntegra; Artigos que não especificam a metodologia da pesquisa realizada; Trabalhos em forma de monografia, dissertação e tese; Trabalhos que citem a utilização da Música/Musicoterapia com ex-cuidadores, como enlutados ou aqueles que cuidaram de pacientes que se recuperaram; Resumos que não citem a utilização da música/musicoterapia no cuidado integral, e/ou no cuidado com cuidadores.

A seleção dos artigos inclusos no estudo foi realizada em quatro etapas: pré-seleção dos artigos, a partir da leitura dos títulos e resumos; exclusão de artigos que não possuem texto completo disponível online e que não atendam ao período de publicação; leitura dos artigos na íntegra para selecionar os artigos de interesse do estudo; preenchimento do protocolo elaborado para esta pesquisa.

A análise e discussão dos resultados encontrados foi realizada confrontando-se o material obtido nas buscas em triangulação com o conteúdo da revisão de literatura feita inicialmente nas áreas de Música, Musicoterapia, Cuidado e Cuidadores.

RESULTADOS

Através da busca de artigos nas bases de dados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram encontrados 754 artigos a partir dos descritores escolhidos, dentre eles artigos em inglês, espanhol, português e em outras línguas. Dentre os artigos encontrados 43% forma publicados em inglês, 33% em português e 24% em espanhol. Em relação aos descritores, 19% dos trabalhos encontrados foram encontrados a partir dos descritores “Música e Cuidadores”; 21% a partir dos descritores “Musicoterapia e Cuidadores”; 31% a partir dos descritores “Musicoterapia e Cuidado”; 29% a partir dos descritores “Música e Cuidado”. Dos 754 artigos encontrados, 749 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos para este estudo.

Artigos encontrados em mais de uma base de dados, ou em mais de um descritor, ou ainda em mais de uma língua, foram desconsiderados. Desta forma, referentes a Música/ Musicoterapia e Cuidado, 57% Música/Musicoterapia e Cuidadores.

Para esse estudo foram considerados trabalhos publicados dentro do período previamente definido, nos Anais dos Simpósios Brasileiro de Musicoterapia, nos anais do Congresso Mundial de Musicoterapia, e na Revista Brasileira de Musicoterapia. Considerando os critérios prévios de inclusão e exclusão, obteve-se um total de três (03) artigos. Quando não foram encontrados o resumo e os descritores dos trabalhos, realizou-se a leitura integral dos artigos.

Após realizar a busca nas bases de dados pela BVS (Biblioteca virtual em saúde), Revista Brasileira de Musicoterapia (RBM), Anais dos Simpósios Brasileiros de Musicoterapia, Anais do Congresso Mundial de Musicoterapia (CMMT), encontrados na edição especial da revista Music Therapy Today, utilizando os descritores eleitos, realizou-se a leitura integral dos artigos e seleção daqueles que se encaixavam nos critérios de inclusão. Foram selecionados oito artigos para a pesquisa. Dentre eles, um publicado na RBM, dois encontrados nos Anais do XIV CMMT, um localizado no SCIELO e quatro

localizados na MEDLINE.

Para a coleta dos dados foi elaborado um protocolo, que inclui dados referentes a cada publicação, como: título, idioma, autores, área do estudo, ano de publicação, publicação veiculada, amostra, objetivos, metodologia e resultados da pesquisa, tipo de estudo e intervenção, tipo de música e atividade musical, condutor da atividade musical, participação do sujeito, entre outras.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados observou-se que 99% dos trabalhos selecionados tem enfoque para aqueles que são cuidados, não se atentando para os indivíduos que prestam cuidado. Dentre os artigos incluídos, 75% refere-se aos cuidadores informais, enquanto 25% se refere aos cuidadores formais. Quanto a condução das atividades musicais, 62% dos trabalhos selecionados apresentaram o musicoterapeuta como condutor das atividades, 25% apresentaram os enfermeiros como condutores e 13% não especifica qual o profissional que conduziu as atividades musicais.

O cuidado humano dispensado pela equipe de saúde deve atingir, além dos clientes e seus familiares, a sua equipe de modo a garantir melhor relacionamento, interdependência, coesão e competência, podendo influenciar significativamente no tratamento do ser a quem estão prestando cuidado (BAGGIO. 2007)

O cuidado em Enfermagem consiste na essência da profissão, pelo fato de estar em maior contato com o paciente, e pertence a duas esferas distintas: uma que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e outra que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar do outro. (STUMM, 2009; SOUZA, et al, 2005).

A partir da análise dos artigos selecionados para esse estudo, observa-se que a saúde dos cuidadores e a utilização da música no cuidado aos cuidadores tem sido objeto de interesse não só dos musicoterapeutas, mas também de outros profissionais. Silva Junior (2008) sustenta que a utilização da música por profissionais de saúde sugere a quebra da

objetividade da ciência, bem como a busca por uma maior subjetividade na prática clínica, encontrada nas artes, na música.

Os estudos reforçam a compreensão de que a utilização da música pelos profissionais de saúde não musicoterapeutas se insere dentro da prática denominada por Dileo (1999, apud BARCELOS e TAETS, 2010) como “Musica em medicina” e a utilização da música pelo musicoterapeuta insere-se dentro da prática denominada como “Musicoterapia em medicina. A música e a relação terapêutica servem como componentes curativos, mesmo que se tenha ênfase em um deles, ou ambos, durante o tratamento.

Quanto às atividades musicais, verifica-se que a experiência musical (BRUSCIA, 2000) mais utilizada foi a audição realizada em 37% dos estudos analisados, enquanto a experiência de composição foi utilizada em 25% dos trabalhos incluídos, re-criação em 13%, e 25% dos estudos não mencionam qual o tipo de atividade musical realizada. A análise dos artigos incluídos aponta que, em sua totalidade, os estudos conduzidos por profissionais não musicoterapeutas, os sujeitos de pesquisa têm atitude passiva. Observa-se ainda que dos trabalhos selecionados 50% relatam que as músicas foram escolhidas pelos participantes, 12% apontam que as músicas escolhidas foram selecionadas pelos pesquisadores, 38% não mencionam como foram feitas as escolhas das músicas.

Estudos associam a escolha das intervenções, bem como a escolha individualizada com a habilidade musical do condutor. (SANTANA, ZANINI e SOUSA, 2014). Barcellos (1999), afirma que as atividades interativas como as experiências de re-criação, composição e improvisação musical exigem conhecimento e domínio do seu elemento da música. Castro Silva (2011) destaca a importância de os profissionais que utilizam a música se atentarem à forma de seleção destas, sendo importante considerar a História Sonoro-Musical do paciente.

A escolha das músicas ou atividade musical pelo musicoterapeuta, se dá de forma cuidadosa, baseado no conhecimento que adquire sobre os efeitos da música, sobre o comportamento humano e nos objetivos terapêuticos. O papel ativo do musicoterapeuta,

ajuda o cliente a obter uma experiência terapêutica a partir do envolvimento com a música e atividades musicais, promovendo o crescimento e estruturando um ambiente que ajude o cliente a alcançar metas terapêuticas pré-estabelecidas (PETERS, 1987 apud BRUSCIA, 2000).

A análise dos trabalhos confirma uma semelhança entre os objetivos traçados por profissionais musicoterapeutas e não musicoterapeutas, relacionados ao uso da música no contexto clínico, visto que ambas as categorias profissionais têm tido a preocupação em tornar o ambiente hospitalar o mais humanizado possível com a inserção da música. Entende-se que, para alcançar esses objetivos, o musicoterapeuta fundamenta a sua prática no conhecimento específico da área e nos conhecimentos de áreas afins que compõem a sua formação profissional. O papel do musicoterapeuta vai além de prescrever e ministrar a música mais apropriada (BRUSCIA, 2000).

Quanto aos resultados dos estudos pesquisados, observa-se que foram conduzidos por profissionais da área médica/ enfermagem. Com relação aos estudos conduzidos por musicoterapeutas, vislumbram resultados que envolvem a melhora da qualidade de vida dos cuidadores e nas relações interpessoais, facilitação das expressões, reflexões acerca de si, apoio emocional que pode propiciar o alívio da sobrecarga do cuidador, manutenção da identidade (cuidador) e resgate de memórias.

A partir dos resultados referidos acima, reconhecemos sete entre as dez funções da música relatadas por Merrian (1964, apud Hummes, 2004): função de expressão emocional; função de divertimento, entretenimento; função de comunicação; função de validação das instituições sociais e dos rituais religiosos; função de integração da sociedade; função de reação física, todas descritas na fundamentação teórica do presente estudo.

Estudos apontam que a música age diretamente no corpo provocando reações tais como: aumento ou redução da frequência cardíaca e pressão arterial, alteração da respiração, aumento da tolerância a dor, entre outras. A música pode ainda estimular o pensamento e a reflexão; induzir a afetividade; pode evocar sentimentos e memórias;

facilitar a auto expressão, entre outros (BRÉSCIA, 2009; SEKEFF, 2007; BRUSCIA, 2000; RUUD, 1991).

Observa-se que os resultados dos trabalhos realizados por musicoterapeutas apontam dados qualitativos e mudanças significativas para a saúde do cuidador. Compreende-se que a escuta e a análise musicoterapêutica é o diferencial para a compreensão desses resultados. Isto vem ao encontro de Piazzetta (2006), quando destaca que os fenômenos musicais abrangem toda uma estrutura organizada. Para a autora, a musicalidade é compreendida como capacidade constitutiva do ser humano, uma forma de cognição. Ainda sobre a musicalidade clínica, Barcellos (2004) evidencia que é a aptidão do musicoterapeuta captar os elementos sonoros musicais contidos na produção ou reprodução sonora de seu cliente, bem como a capacidade de responder, interagir, mobilizar ou intervir musicalmente, na produção musical do paciente.

O musicoterapeuta deve desenvolver uma escuta musical e musicoterapêutica que se volte para o cliente numa atitude empática relacionada com as experiências de cada indivíduo. (PIAZZETTA, 2007). Barcellos (2007) destaca a importância da análise musical em Musicoterapia, sendo o musicoterapeuta responsável a ter condições de fazê-la na construção da leitura do processo.

Os estudos selecionados demonstraram que a Musicoterapia é um meio versátil capaz de atender uma variedade de objetivos clínicos. O'Kelly (2008), ao descrever um estudo de caso, demonstra que a experiência de composição musical no estudo pode atender as necessidades clínicas do cliente, a partir da relação cliente-música- terapeuta. Para o autor, o cliente deve estar envolvido, determinando a experiência na qual gostariam de estar envolvidos. Assim, o musicoterapeuta, ao conduzir as atividades musicais, deve respeitar as escolhas do cliente e fornecer apoio e suporte no fazer musical, ajudando o cliente a criar e improvisar.

como importantes estratégias no cuidado ao cuidador, como apontam os estudos incluídos nesta revisão integrativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstra que o cuidar do ser que é cuidador tem sido pouco explorado pelos profissionais da saúde e que a equipe de saúde deve se atentar para o cuidado ao cuidador, proporcionando a esses a expressão de suas dúvidas e angústias, oferecendo suporte e promovendo o envolvimento entre cuidadores e aqueles que são cuidados (paciente, cliente ou ente querido). Ressalta-se a utilização da Música e da Musicoterapia como importantes estratégias no cuidado ao cuidador, como apontam os estudos incluídos nesta revisão integrativa.

Observou-se que diversos profissionais da área da saúde têm utilizado a música buscando humanizar a assistência ao cuidador. A partir deste estudo acredita-se na possibilidade de contribuir no sentido de esclarecer as peculiaridades de cada uma, com ênfase nas especificidades da Musicoterapia. Assim, o musicoterapeuta se diferencia de outros profissionais, ao desenvolver uma análise e uma escuta musicoterapêutica, partir da observação acerca da produção sonora do paciente-cliente- usuário.

O cuidado ao cuidador oferece possibilidades de atuação para o musicoterapeuta, porém tendo em vista o número de artigos incluídos neste estudo, considera-se a importância dessa temática servir como campo de investigação e atuação dos musicoterapeutas, uma vez que pode interferir diretamente no estado ou nível de comprometimento em função da doença e no tratamento do ser que requer o cuidado.

Com esse estudo e a apresentação de conteúdos específicos sobre a utilização da música e da Musicoterapia no cuidado aos cuidadores, espera-se contribuir para: reflexões metodológicas acerca da atuação do profissional musicoterapeuta nas equipes multiprofissionais de saúde, verificar o potencial terapêutico da música sobre os aspectos emocionais e orgânicos dos cuidadores, e incentivar novos estudos e publicações referentes às temáticas aqui discutidas.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M.M; SCHAL, V.T; MARTINS, A.M; MODERNA, C.M. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul**, v. 32, n. 3, p. 73-79, 2010.

BAGGIO, M.A; CALLEGARO, G.D; ERDMANN, AL. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 552-557, set-out, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a04v61n5.pdf> Acesso em: 21 nov. 2013.

BARCELLOS, L.R.M.; TAETS, G.G.C. "Musicoterapia" ou Música em enfermagem? In: **Anais do X ENPEMT**, Salvador, p.97-109, 2010. Disponível em: http://bibliotecadamusicoterapia.com/biblioteca/arquivos/artigo//2011_musicoterapia_ou_musica_em_enfermagem_Lia_Rejane_Barcellos_e_Gunnar.pdf Acesso em: 15 nov. 2014

_____. **Análise Musicoterápica: da produção à recepção da narrativa musical do paciente em Musicoterapia**: um caminho para a compreensão de sua história. São Paulo, n/p, 2007.

_____. **Musicoterapia**: Alguns escritos. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

_____. **A importância da análise do tecido musical para a musicoterapia**. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Musicologia). Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

BERNARDES, M.M. Musicoterapia como recurso auxiliar na vinculação saudável de cuidadores e pacientes. **Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST**. São Leopoldo: EST, v.1, p. 957-975, 2012.

BLASCO, S.P. **Compendio de Musicoterapia**. Vol. 1, Barcelona, Ed. Herder, 1999.

BRESCIA, V. P. - A música como recurso terapêutico, in: Encontro Paranaense, Congresso brasileiro de Psicoterapias Corporais, XIV, IX. **Anais**: Curitiba: **Centro Reichiniano, 2009. Disponível em: www.centroreichiniano.com.br/artigos. Acesso em: 18 mai. 2014.**

BRUSCIA, K.E. **Definindo Musicoterapia**. Trad. Mariza Velloso Fernandez Conde. 2ª Ed., Rio de Janeiro, Enelivros, 2000.

CASTRO SILVA, L. **A música e a musicoterapia no contexto hospitalar**: uma revisão integrativa de literatura. Monografia. Curso de graduação em Musicoterapia, Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011

EDERMANN, A.L; NASCIMENTO, K.C; MARCELINO, G.; RIBEIRO, J.A. **As interfaces do cuidado pelo olhar da complexidade**: Um estudo com um grupo de pós-graduandos de Enfermagem. Esc. Anna Nery R Enferm, V.9, N.3, dez, p. 411-20,2005.

GALLICCHIO, M.E. Técnicas Gallicchio de Musicoterapia em El Cuidado de los Cuidadores. In: **Anais do XII Congresso Mundial de Musicoterapia**, Libreria AKADIA Editorial, Buenos Aires, p. 101-104, 2008.

HUMMES, J.M. **As funções do ensino da música na escola, sob a ótica da direção escolar**: um estudo nas escolas de Montenegro. Dissertação. Mestrado em Educação Musical, Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MENDES, G.D.; MIRANDA, S.M; BORGES, M.M.M.C. Saúde do cuidador de idosos – um desafio para o cuidado. **Rev. Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste – MG, v. 3, n. 1, jul-ago, 2010. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/04-saude-cuidador-idosos-desafio.pdf> Acesso em: 10 out. 2013.

O'KELLY, J. **Saying it in song**: Music therapy as a carer support intervention. *International Journal of Palliative Nursing*, Vol 14, No 6, 2008. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18928132> Acesso em: 30 ago. 2014

OLIVEIRA, A., QUEIRÓS, C., & GUERRA, P. **O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica**: Do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde & Doenças*, n.8, v.2, 181-196, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a03.pdf> Acesso em: 14 mai. 2014.

PIAZZETTA, Clara Márcia. **Musicalidade Clínica em Musicoterapia**: um estudo transdisciplinar sobre a construção do musicoterapeuta como um 'ser musical clínico'. 2006. 200f. Dissertação de mestrado. Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

_____. A construção de serendipidades em musicoterapia: em destaque, a análise musical. In: **XVII CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA**, 2007, São Paulo. Anais eletrônicos... São Paulo:2007. Disponível em: http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2007/musicoterapia/musicoterap_CMPIazzetta.pdf Acesso em: 21 nov. 2014.

PINHO, M.C.C.A; TRENCH, B.V. Musicoterapia e o cuidado ao cuidador: Uma experiência junto aos agentes comunitários de saúde na favela Monte Azul. **Rev. Brasileira de Musicoterapia**, Ano XIV, n. 13, p. 53-65, 2012.

REIS, L.A.; BRASILIANO, A.C.; MASCARENHAS, C.H.M.; REIS, L.A. Repercussões do processo de cuidar de idosos na vida cotidiana do cuidador. C&D- **Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.4, n.1, p. 119-129, jan./dez. 2011. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/download/101/92> Acesso em: 30 abr. 2014

RUUD, E. **Música e Saúde**; Trad. Vera Wrobel, Glória P. de Camargo, Mirian Goldfeder. São Paulo, Summus, 1991.

SANTANA, D.S.T; ZANINI, C.R.O; SOUSA, A.L.L. Efeitos da música e da musicoterapia na pressão arterial: uma revisão de literatura. **InCantare**: Rev. Do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia. Curitiba, Paraná, v.5, p. 37 – 57, 2014. Disponível em http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/view/261/pdf_9. Acesso em: 21 nov. 2014

SEKEFF, M.L. **Da Música**: Seus Usos e Recursos, Editora Unesp São Paulo-SP 2007

SILVA JUNIOR, J. D; CRAVEIRO DE SÁ, L. **Musicoterapia e Bioética: um estudo da música como elemento iatrogênico**. In: **Anais do XVII Congresso da ANPPOM**. São Paulo: ANPPOM, 2007. Disponível em: http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2007/musicoterapia/musicoterap_JDSilvaJunior_LCSa.pdf Acesso em 15 nov. 2014.

SOUSA, M.V.H. **Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: Estudo Bibliográfico**. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2012.

SOUZA, M.L; SARTOR, V.V.B; PADILHA, M.I.C.S, PRADO, M.L. O cuidado em enfermagem - Uma aproximação teórica. **Ver Texto Contexto Enferm**, n. 4, v. 4, Abr-Jun, p. 266-70, 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2> Acesso em 17 nov. 2014

STUMM, E.M.F.; SCAPIN, D.; FOGLIATTO, KIRCHNER R. M.; HILDEBRANDT L. M. Qualidade de vida, estresse e repercussões na assistência: equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Textos Contextos**. v. 8, n. 1, p.140-155. Jan-jun. 2009.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Advanced Nursing*, p. 546-553, 2005. Disponível em: http://users.php.ufedu/rbauer/EBPP/whittemore_knafl_05.pdf Acesso em: 12 fev. 2014

UM ESTUDO SOBRE AS PRÁTICAS DA MUSICOTERAPIA EM DIREÇÃO À PROMOÇÃO DA SAÚDE

Mariane N. Oselame ¹
Ruth Machado Barbosa ²
Marly Chagas ³

RESUMO: A vinculação existente entre saúde e desenvolvimento local vem sendo construída desde o final do século XX. Um dos marcos foi a Conferência de Alma-Ata, em 1978, que reconheceu a saúde como um direito de todos e responsabilidade da sociedade. Ponderando o espaço da musicoterapia dentro de uma perspectiva social contemporânea, objetivou-se investigar como a Musicoterapia pode atuar enquanto dispositivo de Promoção da Saúde. Trata-se de uma pesquisa documental articulando os três eixos centrais do tema: Musicoterapia, Promoção da Saúde e Emponderamento. A metodologia consistiu na revisão de periódicos e anais de eventos sobre as práticas da Musicoterapia. O entendimento de processos de produção de subjetividade e governabilidade não garante que a Promoção da Saúde, e nela a estratégia de emponderamento social, seja necessariamente uma solução para questões sobre exclusão social e sobre a responsabilidade dos indivíduos com saúde. Contudo a partir da construção realizada nessa pesquisa, pode-se observar que a Promoção da Saúde, através de um trabalho comprometido e ético acerca do Emponderamento, pode sim ser um importante dispositivo de resistência. Os trabalhos apresentados nessa pesquisa demonstraram que a prática musicoterápica ressoa ações que promoveram a oportunidade dos atores se deslocarem do lugar de coadjuvante para o de protagonistas.

Palavras chave: Musicoterapia, Promoção de Saúde. Emponderamento social



1 Graduação em Musicoterapia - FAP. Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social - UF RJ.e Especialista em Saúde Comunitária -UFRGS. Possui experiência no tratamento de usuários de álcool e drogas, e Infância e Adolescência da rede de Saúde Mental. Preceptora de Estágio em Saúde Mental no CAPSad Raul Seixas. Experiência e participação no desenvolvimento e execução de atividades multidisciplinares de área social. Secretária Geral da UBAM. Contato: mari.oselame@hotmail.com

2 Doutorado, Mestrado e Graduação em Psicologia pela UFRJ. Professora Associada IV do Departamento de Psicologia Clínica desta Universidade, com atuação na Graduação e na Pós-Graduação do Programa EICOS - Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social /UFRJ com Projeto-Eixo que articula Saúde e Interdisciplinaridade, voltado para o Cuidado em Saúde, Políticas de Humanização, Metodologias Ativas e Formação de Grupos

3 Musicoterapeuta, psicóloga, doutora e mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Especialista em Psicooncologia. Professora da Pós-graduação em Musicoterapia do CBM-CEU. Presidente da Associação de Musicoterapia do Estado Do Rio de Janeiro gestão 2014-2016. marlychagas@hotmail.com

MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES TIPO 2: INDICATIVO PARA ENCAMINHAMENTOS A PARTIR DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Leila Bergold¹
Roseane Vargas Rohr²
Alana Guimarães³
Priscila Bravim Marzullo⁴
Raphael Dias de Mello Pereira⁵
Claudia Dayube Pereira⁶
Neide Aparecida Titonelli Alvim⁷

Pesquisa em andamento sobre Práticas Integrativas e Complementares voltadas para Hipertensão e Diabetes tipo 2 em estudo multicêntrico em Macaé-RJ e Vitória-ES. Na perspectiva da interdisciplinaridade e da integralidade da assistência, busca-se estabelecer quais Diagnósticos de Enfermagem (DE) seriam indicativos para encaminhamento de hipertensos e diabéticos para atendimento de musicoterapia. Objetivos: Descrever os principais DE identificados em pessoas hipertensas e diabéticas integrantes dos grupos de pesquisa em musicoterapia. Pesquisa Convergente Assistencial. Instrumentos para produção dos dados: formulário específico para diagnósticos; roteiro para entrevista musicoterápica; gravação dos atendimentos de musicoterapia em grupo; roteiro de observação. Resultados: Total parcial: 17 sujeitos, 7 hipertensos e 10 diabéticos, 13 (feminino) e 4 (masculino), idade média (57 anos). Os DE mais identificados entre hipertensos foram ansiedade e dor aguda ou crônica (6), seguidos por: campo energético perturbado (5); fadiga (5); insônia (5). O DE mais identificado entre diabéticos foi ansiedade (9) seguido por: dor aguda ou crônica (8); campo energético perturbado (7); eliminação urinária alterada (7); insônia (7). Conclusão: A ansiedade foi o DE mais identificado, podendo também intensificar outros diagnósticos como dor, campo energético perturbado e insônia. A ansiedade deve ser considerada como forte indicativo de encaminhamento de hipertensos e diabéticos para musicoterapia.

Palavras chave: Musicoterapia, Promoção de Saúde. Empoderamento social.

1 Enfermeira, Musicoterapeuta, Mestre e Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Campus Macaé Contato: leilabergold@gmail.com

2 Enfermeira, Musicoterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva, Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal do Espírito Santo; roseane.ufes@gmail.com

3 Acadêmica do Curso de Enfermagem e Obstetrícia, auxiliar de pesquisa.

4 Acadêmica do Curso de Enfermagem e Obstetrícia do Campus UFRJ-Macaé, auxiliar de pesquisa

5 Enfermeiro e acupunturista, doutorando da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, pesquisador integrante da Pesquisa Multicêntrica.

6 Enfermeira e acupunturista, mestranda da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, pesquisador integrante da Pesquisa Multicêntrica

7 Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem Fundamental, docente Permanente do Programa de Pós-Graduação da EEAN/UFRJ. Bolsista de Produtividade do CNPq

3 - A MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Comunicação Oral:

A RELAÇÃO DA MÚSICA COM O PROCESSAMENTO SENSORIAL: A MUSICOTERAPIA E SUA ATUAÇÃO NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM AUTISMO NO CONTEXTO DO MODELO DIR/ *FLOORTIME*

Michele de Souza Senra¹
Thelma Alvares²

RESUMO: Este artigo integra uma pesquisa em andamento em fase inicial, visando relacionar os elementos musicais e a forma como as disfunções sensoriais podem influenciar como o indivíduo com autismo percebe a música. O modelo de intervenção escolhido para a pesquisa é a abordagem desenvolvimentista DIR/Floortime, partindo de uma revisão bibliográfica e da experiência da autora na prática do mesmo. A música fornece estimulação concreta e multissensorial (auditiva, visual, vestibular, propriocepção e tátil). As interações entre os sistemas sensoriais e como o cérebro captam essas informações, podem atrapalhar as percepções musicais de uma criança com atraso no desenvolvimento, por exemplo, e o estímulo sensorial com a música pode beneficiá-las. Além disso, a música atua diretamente nas emoções, e estabelecer um vínculo afetivo e emocional é importante no processo de reabilitação.

Palavras chave: Autismo. Musicoterapia. DIR/Floortime. Processamento sensorial.

1 INTRODUÇÃO

Muitas crianças com autismo possuem aptidões musicais, mas a dificuldade no processamento sensorial pode atrapalhar suas percepções, e dificultar o vínculo afetivo. O objetivo deste artigo é abordar o funcionamento sensorial ligado às competências musicais e como podemos estimular crianças com autismo na musicoterapia.

A metodologia deste trabalho tem como principais referenciais teóricos a musicoterapeuta Dorita Berger e o médico Stanley Greenspan, entre outros autores. O que me motivou a querer estudar sobre essa temática, primeiramente foi meu filho, e através dele me envolvi com outras crianças. Busquei e ainda busco entender essa misteriosa

1 Especialista em Educação Musical pelo CBM, Pós-Graduanda em Musicoterapia pelo CBM, Mestranda em Música pela UFRJ. Terapeuta DIR/Floortime em formação pelo ICDL/EUA. Co-Fundadora da associação sem fins lucrativos Centro de Otimização para a Reabilitação do Autista – CORA. E-mail: Michele.senra.rj@gmail.com

2 Orientadora e professora do curso de Mestrado em Educação Musical – UFRJ, Doutora em Educação Musical/Musicoterapia pela University of Miami, Mestrado em Terapias Expressivas em Lesley College. E-mail: tsydalvares@gmail.com

síndrome e como posso ajudar cada criança com o transtorno com suas diferenças individuais.

2 AUTISMO: BEM VINDO AO MEU MUNDO SENSORIAL

O artigo *Autistic disturbances of affective contact*³ de Kanner (1943) descreveu pela primeira vez, o que hoje conhecemos por autismo. Ele percebeu que apesar de apresentarem sintomas que lembravam os de pacientes com esquizofrenia (obsessividade, estereotipia e ecolalia), existiam outros pontos que divergiam e diferenciavam esse diagnóstico.

Desde sua descoberta, muitas coisas aconteceram. Hoje a classe médica está fornecida de mais informações para o diagnóstico. Prova disso, são os dados estatísticos cada vez mais crescentes do diagnóstico de autismo. Segundo dados da CDC (*Centers for Disease control and Prevention*)⁴, responsável pelo controle estatístico de incidências de autismo, o número de crianças com o transtorno é alarmante. Cerca de 1 em 68 crianças recebem o diagnóstico. Para se ter uma ideia, entre o ano de 2000 a 2002 era 1 em 150, 2008 1 em 88.

Ainda não se sabe o que causa, e nem mesmo a cura. Porém, há uma movimentação por parte de cientistas do mundo inteiro na solução deste mistério, e está cada vez mais próximo de se comprovar através da genética e defeitos neurais. O mais recente Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais DSM-5⁵ (2013), inclui nos comportamentos de padrões repetitivos as dificuldades no processamento de informações sensoriais. Greenpan e Wieder (2006) dedicaram-se em pesquisas e desenvolveram uma intervenção terapêutica conhecida como DIR/*Floortime*, baseado em atividades lúdicas e de base sensorial que ajudam a criança a expressar seus sentimentos e resolução de conflitos. É uma abordagem *de dentro para fora* que visa atender a uma variedade de entraves no desenvolvimento. A outra meta é auxiliar os pais dessas crianças para que ajudem seus

3 Tradução: Distúrbios autísticos do contato afetivo

4 Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>. Tradução CDC: Centro de Controle e prevenção de doenças. Acessado em: 15 de out. 2014

5 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) de 2013*

filhos a perceber e a interagir com o meio. Eles afirmam que o autista com pouca idade ou com problemas de atraso severo na linguagem não podem ser alcançado se não usarmos a brincadeira como um canal de aproximação. Neste aspecto, a musicoterapia pode ser uma ferramenta importante neste processo de engajamento e vínculo afetivo.

Para Greenspan e Wieder (2006, p. 14) para que a criança autista tenha um bom desenvolvimento é essencial que haja uma troca afetiva com seus cuidadores, assim como qualquer criança. E nessa *triade* inclui a organização comportamental e do humor. A falta desta troca pode privá-las e prejudicá-las no desenvolvimento da linguagem e cognição. Os autores ainda ressaltam que sem experiência vivida não há como fechar conceitos, fazer abstrações. Essa é uma problemática que se acentua nas pessoas afetadas pelo autismo. A dificuldade de interação e interesse pelo meio as impede de desenvolverem de acordo com os padrões.

Aspectos sensoriais no autismo

Segundo Greenspan e Wieder (2006, p.17) por causa das diferenças inatas no processamento sensorial, a experiência emocional de um estímulo irá variar de uma criança para outra. O mesmo som, por exemplo, uma voz mais aguda, pode ser interpretada como agradável e reconfortante para um e extremamente irritante para outro. Uma carícia pode ser apreciada por uma criança, quando para outra pode ser extremamente dolorosa. Cada pessoa, ao longo do tempo cria um “catálogo” de experiência sensorial e emocional. A deficiência sensório-motora pode afetar profundamente a experiência do indivíduo de se relacionar com o outro.

Os autores também exemplificam que crianças com hiposensibilidade ao toque ou som apresentam comportamento agitado e uma busca sensorial e de sensações constantemente. Por conta disso, elas podem mostra-se agressivas em determinados ambientes, com incapacidade de organização, envolvimento, co-regulação e emocional. Ambientes com muitos ruídos ou com muitas pessoas em volta podem sobrecarregar a

criança com hipersensibilidade e alterar seu comportamento.

Nosso cérebro nos informa acerca do mundo externo a partir dos sistemas sensoriais. Berger (2002, p. 23) fala que o cérebro só decodifica e interpreta o que é recebido, e que está equipado para interpretar. Mas que ele não consegue identificar o que não tem. Um exemplo é de pessoas recém-mutiladas que ainda sentem dores em membros já não existentes. Ainda segundo a autora, o cérebro humano não pode decodificar os extremos sons altos que qualquer cão pode ouvir. Isso porque nosso (cérebro não sabe que essas frequências existem mesmo), porque o sentido da audição não detecta e nem transmite a conversão de impulsos elétricos.

A autora ainda afirma que o cérebro humano, registra a informação auditiva e imediatamente sintoniza sequências de sons ligados e ritmo. Ele controla os sons que permanecem sintonizados ao som ainda presente, antecipando o próximo som. Neste caso, uma criança com autismo se sentirá emocionalmente bem. Isto por que a música induz a liberação de dopamina e outros relaxantes do sistema, reduzindo a resposta de luta ou fuga por acalmar o sistema para baixo o suficiente para permitir a modulação eficiente. Em virtude das afirmações dos autores citados neste capítulo, penso que a criança não deve ser vista com uma função isolada, porque todos os sistemas estão interligados.

Greenspan e Wieder (2006, p. 15) explicam que crianças autistas que estão alheias ao seu redor, ficam esquivas e se mantêm distantes das pessoas, em nada tem a ver com a falta de amor e sim por um bombardeio de estímulos sensoriais. A atenção é um processo dinâmico que envolve muitas partes do sistema nervoso ao mesmo tempo. Essas bases biológicas nas funções motoras e sensoriais alteram a capacidade de uma criança se autorregular e ter interesse pelo mundo. E que precisamos olhar para a modulação sensorial de cada um para conseguirmos estabelecer um relacionamento com eles. Nascimento e Ikuta exemplificam que:

A estimulação sensorial é essencial para a percepção do mundo. A música se constitui em importante objeto de estimulação sensorial porque ocorre simultaneamente no tempo e no espaço, proporcionando a vivência desses elementos musicais em diferentes velocidades, alturas e durações. (NASCIMENTO, IKUTA, CARVALHO, 2009, pág.121)

Para uma melhor compreensão dos sistemas sensoriais básicos, e como eles se relacionam com a música, devemos observar suas funcionalidades e o que acontecem quando não são processados adequadamente. Desde o útero de nossas mães vivenciamos experiências gravitacionais. Após o nascimento o bebê, a cada mês, seu corpo vai se preparando motoramente para as posturas corporais necessárias para sentar, mover-se e andar. O sistema vestibular é responsável pelo equilíbrio e movimento do nosso corpo. “Ele também age juntamente com o sistema proprioceptivo, cuja função está ligada aos músculos e tendões” (Berger, 2002, p. 62) . Greenspan e Wieder (2006) sugerem que algumas crianças podem se concentrar melhor quando estão envolvidas em atividades rítmicas lentas, movimentando-se no balanço de lycra. Outros podem responder melhor quando experimentam movimentos alternados entre rápido e lento. A frequência do ritmo e movimento ajuda a manter um estado de regulação e calma.

Para Berger (2002, p.108), quando a pessoa apresenta uma desordem no processamento multissensorial altera os aspectos de coordenação auditivos e motores. Ela explica que o mesmo ritmo que estimula os músculos a reagirem com movimento, se a criança apresenta dificuldade no processamento do som e planejamento motor, isso irá interferir no modo como a criança reagirá fisiologicamente sobre o som e o movimento. Pois, o processamento em conjunto do sistema vestibular e proprioceptivo, tátil, auditivo e visual, não estão organizados e integrados em um mesmo nível. Para tocar um instrumento musical existem um envolvimento de entrada multissensorial, que inclui o *feedback* do planejamento motor, proprioceptivo e tátil. A ação de bater em um tambor, por exemplo, “envolve movimentos bilaterais do braço, o cotovelo fica flexionado, as mãos se ocupam com as baquetas, movimentando-se ritmicamente para cima e para baixo” (BERGER, 2002, p.108) , acompanhando o pulso. Crianças com esses déficits não têm controle motor e percepção de pulsação e andamento.

Penso que autistas que possuem dificuldades para registrar os estímulos sensoriais, além da desatenção já mencionada, estão em busca de sensações e tentam criar um

ambiente próprio com seus balbucios vogais e movimentos, como de um pêndulo, movendo-se de um lado e para o outro sem parar.

Contudo, Berger (2002, p. 46) diz que os elementos musicais, quando aplicados de forma correta para atender a objetivos específicos, contribuem com informações relevantes para o sistema límbico, que traz para o sistema fisiológico a sensação e ajustes de conforto necessários. A música atua como um agente que acalma e dissipam as entradas sensoriais que causam medo. É como se o som fosse um cobertor que envolve o corpo trazendo conforto e segurança. Uma vez que o cérebro humano registra informação auditiva, como forma de tratamento do ambiente, consegue sequenciar os sons ligados a ritmo. O cérebro vai controlando os sons que estão presentes, e antecipar o próximo som.

Apesar disso alguns sons não recebem a mesma atenção. Outro ponto relatado pela autora é que existe um efeito no sistema auditivo que é conhecido por reflexo do ouvido médio. Ao ouvirmos sons em frequência muito alta em um determinado ambiente, dois músculos do ouvido médio são acionados (adaptação reflexiva), a fim de reduzir a capacidade da membrana timpânica na recepção do som. A autora ainda dá o exemplo do que ocorre com o sistema visual. O contato dos olhos com luzes mais fortes, faz com que nossa pálpebra se contraia. Deste modo, a criança autista tem como reflexo, colocar as mãos ou os dedos no ouvido para bloquear a entrada de sons (BERGER, 2002, p.85).

Greenspan e Wieder (2006) explicam que crianças com hiposensibilidade ao som reagem a um padrão vocal dramático alto, porém as que apresentam hipersensibilidade responderão melhor com os tons suaves e de baixa frequência. Neste caso, a criança tem dificuldade para abstrair a sequência de sons, mesmo que sejam com ritmos simples, ou com mais variações.

Benezon (1985) explica que as reações de perigo frente aos ruídos estão em um nível mais profundo. Ele acredita que essa sensibilidade a determinados sons não está relacionada aos sons internos que percebemos desde a vida uterina, e sim são percebidos pelo corpo pelo sistema tátil. Sons específicos provocam os medos, assim como sons

monótonos, repetidos, podem causar o aumento da tensão e levar ao sentimento de pânico.

Considerações finais

A música é parte integrante do comportamento humano. É através dela que nos expressamos e nos conectamos com o outro afetivamente. A música redireciona nossas tensões e organiza nossos comportamentos. Através deste trabalho podemos entender que o som nem sempre será respondido por um processamento intelectual. A música poder ser compreendida a nível intuitivo sem que ainda tenha desenvolvido o intelecto.

O conhecimento sobre o funcionamento vestibular e proprioceptivo e do planejamento motor, são importantes para que o musicoterapeuta possa ajudar a criança a receber as mensagens adequadas às articulações e músculos e a se desenvolver. Isso faz com que o cérebro desenvolva a capacidade de reprogramar e reter novas informações sensoriais para uma adaptação funcional. Atividades musicais com as devidas adaptações sensoriais podem melhorar as funções fisiológicas presentes nos déficits sensoriais.

A interpretação sensorial é única em cada sujeito. Quando a música é aplicada para atender aos objetivos específicos, pode contribuir consideravelmente para o sistema límbico, o que pode ajustar um conforto maior ao sistema fisiológico. A música tem como recurso o fator de acalmar o que pode trazer autoregulação sensorial. Ela envolve todo nosso corpo produzindo sensação de proteção e segurança.

Como a música poderia nos auxiliar para acalmar o sistema sensorial com a finalidade de eliminar as respostas de medo e rejeição a determinados sons e músicas? A terapia realizada pelo musicoterapeuta, através de estímulos sonoros em uma base persistente, auxilia nas questões motoras e de linguagem. O estímulo musical afeta as adaptações auditivas. Além disso, atividades de escuta com foco em treinar o cérebro a ouvir e recordar os sons em sequência, podem ser muito eficiente. Berger (2002) sugere que essa escuta pode ser para sons específicos, trabalhar os tons graves e agudos para o ganho de habilidades de escuta, pois esses estímulos estimulam o planejamento motor- oral para a imitação do som vocal. Este é o desafio para permitir que a música faça a

transferência de habilidades de rastreamento musical para os centros de monitoramento da fala no cérebro. Outro recurso para amenizar esses fenômenos é a dessensibilização do som específico. Potencializar de forma eficaz a reprogramação das funções do sistema auditivo. Nascimento (2009), diz que o método de dessensibilização tem como objetivo aumentar o limiar auditivo para os estímulos sonoros, para que melhore a qualidade de vida e a integração social.

Referencias Bibliográficas

BENEZON, Rolando **O Manual de Musicoterapia**. Tradução Clementina Nastari. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

BERGER, Dorita S. **Music Therapy, sensory integration and autistic child**. London and Philadelphia: Jéssica Kingsley Publishers, 2002.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>. Acessado em: 15 de out. 2014

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM-5). Disponível em: <http://www.dsm5.org/about/Pages/BoardofTrusteePrinciples.aspx>. Acessado em: 15 de out.2014.

GREENSPAN, Stanley I; BENDERLEY, Beryl Lieff. **A evolução da mente**. Tradução do inglês: Mônica magnani Monte. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GREENSPAN, Stanley I; WIEDER, **Serena**. **Infant and Early Childhood Mental Health: A Comprehensive Developmental Approach to Assessment and Intervention**. Arlington, Va: American Psychiatric Publishing, Inc., 2006.

IKUTA, Clara Métodos de intervenção musicoterapêutica e suas aplicações. IN: NASCIMENTO, Marilene do (Coordenadora), **Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico**. São Paulo: Memnon, 2009.

KANNER, Leo. Autistic disturbances of affective contact, na revista **Nervous Children**, número 2, páginas 217-250. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Autismo>>. Acessado em: 14 de out. 2014.

NASCIMENTO, Marilena do. **Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico**. São Paulo: Memnon, 2009.

THE INTERDISCIPLINARY COUNCIL DEVELOPMENT LEARNING. Disponível em: www.icdl.com

EFEITOS DA MUSICOTERAPIA IMPROVISACIONAL NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES COM AUTISMO

Marina Freire¹
Aline Moreira²
Renato Sampaio³
Arthur Kummer⁴

RESUMO: O Transtorno do Espectro do Autismo é um distúrbio do neurodesenvolvimento que afeta comunicação social e comportamentos. Visando investigar os efeitos da Musicoterapia Improvisacional para essa população, 45 crianças autistas entre 2 e 6 anos foram divididas em dois grupos: Controle (n=19) e Intervenção (n=26). Escalas foram aplicadas em Avaliação Inicial (T1) e Final (T2), através de entrevista com pais (CARS, ATEC, ICA, ABC, CGAS, CGI) e de observação de sessões (ENR1, ENR2 e IAPs). O grupo Intervenção recebeu 16 sessões individuais e semanais de Musicoterapia Improvisacional e foi submetido a avaliação de Manutenção (T3) dois meses após T2. Ambos grupos mantiveram cuidados habituais. Resultados mostraram pareamento dos grupos em T1 e discrepância em T2. No grupo Intervenção, todas diferenças entre T1 e T2 foram estatisticamente significativas, com tamanho de efeito moderado a grande, mostrando melhora em todas as áreas. O grupo controle apresentou melhora em apenas uma subescala de linguagem. As avaliações em T3 mostraram mantimento ou reversão dos efeitos vistos em T2. Subescalas de sintomas estabeleceram correlações significativas com escalas de Musicoterapia, indicando eficácia destas ferramentas para avaliar tratamentos. Os resultados são evidências importantes do papel da Musicoterapia Improvisacional no desenvolvimento de comunicação e socialização de pessoas com autismo.

Palavras chave: Transtorno do Espectro do Autismo. Musicoterapia Improvisacional.

Tratamento

1 Musicoterapeuta graduada pela Universidade de Ribeirão Preto (2007) e Mestre em Neuropsiquiatria clínica pela Universidade Federal de Minas Gerais (2014), trabalha com Musicoterapia Clínica em Belo Horizonte/ MG. Contato: marinahf@gmail.com

2 Bacharel em Música/Habilitação em Musicoterapia e Mestranda em Música/Sonologia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

3 Musicoterapeuta, Educador Musical, Mestre em Comunicação e Semiótica, Doutorando em Neurociências. Professor Assistente junto ao Depto. de Instrumentos e Canto da Escola de Música da UFMG. Regional Liaison for Latin America na World Federation of Music Therapy (2014-2017). Contato: renatots@musica.ufmg.br

4 Psiquiatra PhD, Professor de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

“DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES MUSICAIS EM CRIANÇAS AUTISTAS”: UM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Claudia Eboli C. Santos¹
Mônica de Almeida Duarte²

RESUMO: Este trabalho apresenta a parte empírica da pesquisa de doutorado “Potencialidades e Talento: um estudo sobre as habilidades musicais em crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)” que desenvolvo no Programa de Pós-Graduação em Música (PPGM) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) desde agosto de 2014. Foi escolhido um Projeto de Extensão como formato para o trabalho empírico já mencionado. Para participação no projeto, foram cadastradas 20 crianças com TEA na faixa de 6 a 14 anos para atendimento gratuito, em pequenos grupos, uma vez por semana. Por meio do desenvolvimento do projeto, pretendemos identificar e avaliar as habilidades musicais desses indivíduos, tomando a identificação como ação fundamental para a elaboração de estratégias que contribuirão com o seu desenvolvimento musical global. Para tal, foi criado um instrumento de observação cujos critérios dizem respeito ao comportamento musical dos indivíduos em geral. Além dos objetivos direcionados ao desenvolvimento musical dos sujeitos, o Projeto se propõe, também, a alcançar objetivos relativos à melhora da interação social e da comunicação dos mesmos

Palavras chave: Habilidades musicais. Interação social. Comunicação. TEA.

1 Introdução

Uma quantidade extensa de trabalhos, com abordagens diversas, têm demonstrado que a música pode ser uma ferramenta valiosa de tratamento e, também, de aprendizagem nos Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) (DSM-5)³, além de ser uma forma de expressão e comunicação mais acessível aos indivíduos com esses transtornos (FRAZIER, 2010; LANOVAZ et al., 2011; GATTINO, 2012; LOURO, 2014). No entanto, a complexidade das relações entre música e autismo sugere que se aprofunde ainda mais as pesquisas nessa área.

Este artigo tem origem na pesquisa de Doutorado, em andamento no PPGM/UNIRIO, “Potencialidades e talento: um estudo sobre as habilidades musicais em crianças com transtornos do espectro do autismo” e apresenta tanto a implementação do Projeto de

1 Bacharel em Música e Musicoterapeuta (UFRJ, CBM), Mestre em Música e Educação (PPGM/UNIRIO), Doutoranda no PPGM/UNIRIO, bolsista CAPES. claudiaeboli@hotmail.com

2 Licenciada em Ed. Artística/Música (UFRJ), Mestre e Doutora em Educação (UFRJ), professora associada 1, Instituto Villa-Lobos - Departamento de Educação Musical, coordenadora do PPGM (UNIRIO). monicaduarte33@gmail.com

3 O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) foi publicado pela American Psychiatric Association em 2013.

Extensão “Desenvolvimento de habilidades musicais em crianças autistas” na universidade quanto algumas reflexões teóricas a respeito do seu funcionamento. Tal projeto passou a ser o campo empírico da pesquisa.

2 Referencial teórico: o que a neurociência pode nos dizer sobre as relações entre música e autismo?

Um crescente interesse dos pesquisadores pela neurociência vem sendo observado no Brasil nos últimos anos, se destacando como referencial teórico quando a relação da música com o funcionamento do cérebro é investigada. Esse interesse parece refletir uma mudança de paradigma tanto nas ciências humanas como nas biológicas, incluindo-se no terreno da interdisciplinaridade, no qual as especializações dão lugar à unificação de áreas como as ciências e as artes⁴.

Com o avanço da tecnologia e a introdução de novas técnicas de neuroimagem como a ressonância magnética funcional (RMF), a visualização das atividades cerebrais e o estudo das mudanças funcionais e topográficas da atividade cerebral durante a realização de atividades que implicam funções mentais complexas, como tocar um instrumento, por exemplo, ficou mais acessível. Nesse sentido, muito tem se discutido sobre efeitos neuroplásticos resultantes do treino musical. Já é sabido que a aprendizagem musical corrobora outros tipos de aprendizagem e quanto mais se aprende mais se pode aprender (SCHLAUG et al., 2005).

Um sistema de neurônios que começou a ser estudado na década de 1980 e ficou conhecido como “sistema de neurônios espelho” (RIZZOLATTI; DESTRO 2010) está sendo relacionado, atualmente, com várias funções complexas do cérebro, e a sua disfunção tem sido apontada como uma das causas do autismo (RAMACHANDRAN; OBERMAN, 2006). Molnar-Szackacs et al. (2009) revelam que, em função de um mau funcionamento do sistema de neurônios espelho nos indivíduos com TEA, algumas capacidades cognitivas⁵

4 Ver MUSKAT, 2000.

5 Como por exemplo, a de imitar expressões faciais ou entender a intenção ou as ações dos outros.

estariam prejudicadas. Paradoxalmente, esse mesmo sistema ofereceria um correlato neural para a especial apreciação da música pelos indivíduos com TEA.

Os erros de imitação em pacientes com TEA parecem sugerir que eles têm um déficit na capacidade de traduzir os planos de ação a partir da perspectiva dos outros para si. Diferenças no processamento de emoções entre os indivíduos com desenvolvimento típico e seus pares com TEA também são observáveis em nível neural. Um estudo de neuroimagem recente investigando imitação de expressões faciais emocionais mostrou que as crianças com autismo têm praticamente nenhuma atividade no SNE em comparação com o grupo controle de desenvolvimento típico, ligando claramente o seu isolamento social a um sistema neural importante para a compreensão das intenções, ações e emoções dos outros. Assim, o SNE oferece um substrato neural potencial para a compreensão das dificuldades sociais enfrentadas pelos indivíduos com TEA, enquanto paradoxalmente, o SNE também pode oferecer um correlato neural para a apreciação especial da música mostrada por indivíduos com TEA (MOLNAR-SZACKACS et al., 2009, p. 91)⁶. (tradução minha)

Molnar-Szackacs & Overy (2006), pesquisadores que têm investigado a fundo a relação da música com o autismo, relatam que o sistema de neurônios espelho, além de estar associado com uma variedade de funções complexas, teria também uma possível relação com o aprendizado da música por imitação.

Esses pesquisadores também investigam a associação do sistema de neurônios espelho ao reconhecimento de emoções nos indivíduos com TEA (MOLNAR-SZACKACS & OVERY, 2006, 2009). Eles propõem um modelo de experiência musical (Shared Affective Motion Experience – SAME) para ser utilizado na musicoterapia e na educação musical especial, que indica uma possível contribuição dos neurônios espelho na conexão entre córtex auditivo e sistema límbico, responsável pelas emoções, o que teria implicações na percepção de emoções evocadas por música.

O modelo SAME tem como característica valorizar a experiência musical compartilhada na qual a interação, comunicação e aprendizado são facilitados e acontecem

6 The erros of imitation in patients with ASD, seem to suggest that they have a deficit in a basic ability of translating action plans from the perspective of others to themselves. Differences in emotion processing between typically developing individuals and their peers with ASD are also observable at a neural level. A recent neuroimaging study investigating imitation on emotional facial expressions has shown that children with autism have virtually no activity within the MNS compared to typically developing controls, clearly linking their social isolation to a neural system important for understanding the intentions, actions, and emotions of others. Thus, the MNS offers a potential neural substrate for understanding the social difficulties encountered by individuals with ASD, while somewhat paradoxically, the MNS may also offer a neural correlate for the special appreciation of music shown by individuals with ASD (MOLNAR-SZACKACS et al., 2009, p. 91).

em estreita relação com as emoções. Os autores colocam que,

Quando o grupo que está fazendo música atinge um determinado nível de cooperação e coordenação, a sensação de união e compartilhamento de objetivos pode ser extremamente poderosa. Mesmo fazendo contribuições musicais totalmente diferentes para tecer uma textura musical, ou todos produzindo exatamente os mesmos sons, o conjunto é muito maior que as partes individuais. O som que emerge é o som do grupo, criado por um senso de propósito compartilhado. Os gestos e ações intencionais são simplesmente um meio para um fim: atividades coordenadas e a experiência afetiva que resulta do som (MOLNAR-SZAKACS & OVERY, 2009 p.495)⁷. (tradução minha)

Eles sugerem ainda que a imitação, sincronização e experiência compartilhada podem ser a chave para aspectos do comportamento musical humano e, assim, pode ser a chave para o trabalho educacional e terapêutico usando a música. Nesse sentido, Muskat coloca que “a música, mais que qualquer outra arte, tem uma representação neuropsicológica extensa. Por não necessitar de codificação linguística, tem acesso direto à afetividade, às áreas límbicas, que controlam nossos impulsos, emoções e motivação” (2000, p.72).

A emoção que perpassa a experiência musical compartilhada deixa registros no cérebro que podem abrir novas vias pelas quais os indivíduos autistas podem seguir. Acreditamos que a emoção envolvida na experiência musical compartilhada pelos sujeitos autistas, possa ser expressa em outros contextos, no seu dia a dia, na escola, na família, etc.

3 O Projeto “Desenvolvimento de habilidades musicais em crianças autistas”

Proposto como um plano de ação ao colegiado do Departamento Musical para ser realizado durante o ano letivo de 2015, o Projeto foi aceito como de extensão universitária, com carga horária de seis horas semanais. A partir, então, do aceite do colegiado, algumas providências deveriam ser tomadas para a concretização do Projeto, como encontrar o espaço adequado, os instrumentos musicais que seriam necessários e os horários

⁷ When group music-making reaches a certain level of cooperation and coordination, the sense of shared purpose and togetherness can be extraordinarily powerful and even threatening. Whether making entirely different musical contributions to weave a musical texture, or all producing exactly the same sounds, the whole is much greater than the individual parts. The emerging sound is a group sound, created by a sense of shared purpose. The intentional gestures and actions are simply a means to an end: coordinated activity and the affective experience that results from the sound (MOLNAR-SZAKACS & OVERY, 2009 p.495).

disponíveis. Foi-nos cedida uma sala de aula onde acontecem as oficinas (aulas práticas) do curso de licenciatura em música, com espaço suficiente para realizarmos os atendimentos.

Essa sala já possuía instrumentos musicais, na sua maioria de percussão como atabaques, surdos, tambores, pandeiros, chocalhos, metalofones, xilofones, reco-reco e também um piano de armário em boas condições. Outros instrumentos, como teclados e violões, foram doados após a divulgação do Projeto nas redes sociais e no site da UNIRIO. Com a divulgação, que começou em setembro de 2014, conseguimos cadastrar as crianças e receber candidatos interessados em estagiar no Projeto.

3.1 O cadastramento/avaliação das crianças

Os pré-requisitos para a participação no Projeto eram o diagnóstico de autismo (sem comorbidade) dado por um médico, faixa etária que deveria estar entre seis e 14 anos e a autorização dada pelos responsáveis legais das crianças, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

No processo de cadastramento e avaliação das crianças, que durou o período entre 3 de outubro e 28 de novembro de 2014, as 20 vagas oferecidas foram preenchidas de acordo com a ordem de procura para que não houvesse parcialidade na escolha dos sujeitos.

O processo de cadastramento envolveu, além das avaliações das crianças, entrevistas com os seus responsáveis. A avaliação das crianças teve como objetivo verificar o comportamento musical⁸ que elas apresentavam, ou seja, como reagiam aos estímulos sonoros, se apresentavam alguma habilidade musical e também verificar seu comportamento social e emocional⁹.

Com as avaliações pudemos observar que o comportamento autista das crianças variava entre leve, moderado e grave, sendo que a idade da criança, muitas vezes,

8 Como cantar, tocar, acompanhar pulsação ou variações rítmicas.

9 Interagiu com a pesquisadora? Demonstrou medo? Demonstrou comportamento agressivo? Apresentou bom desenvolvimento da fala e linguagem?

influenciava nessa classificação. De acordo com o DSM-5 (APA, 2013) o transtorno do espectro do autismo é uma condição com sintomas que apresentam diferentes níveis de severidade em dois domínios, a saber: 1) déficit na comunicação e interação social e 2) comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos¹⁰. As entrevistas com os responsáveis consistiram em aplicação de um questionário com perguntas abertas sobre a história da criança desde a gestação até o momento atual (anamnese), com maior relevância às informações sobre sua (da criança) relação com a música e os sons do ambiente. O questionário foi seguido de conversa informal com a pesquisadora, onde os responsáveis puderam complementar informações que eles considerassem importantes. Essas informações, então, foram acrescentadas ao questionário.

3.2 O cadastramento dos estagiários.

Selecionamos os candidatos que tinham disponibilidade de horário e possuíam o perfil que considerávamos compatível com os objetivos do Projeto: uma musicoterapeuta, um psicólogo/músico e uma educadora musical com formação em enfermagem, todos eles com alguma experiência, em suas práticas, com crianças autistas. Esses jovens, com saberes construídos em áreas diversas, vieram com o objetivo de aprofundar seus conhecimentos de como trabalhar com crianças com transtornos do espectro do autismo em contextos onde a música é a ferramenta para se alcançar benefícios que ultrapassam a área pedagógica. Como é uma pesquisa transdisciplinar que transita pelas grandes áreas da saúde (musicoterapia) e da educação (educação musical), nada mais coerente com a ideia do Projeto do que incluir estagiários advindos de áreas afins.

3.3 A coleta e análise dos dados: O Método

A coleta dos dados está sendo feita por meio da observação participante da pesquisadora nos atendimentos e por meio dos instrumentos auxiliares como os diários de campo, a ficha de identificação das habilidades musicais dos sujeitos e as filmagens dos

¹⁰ Transtorno do espectro do autismo é um novo nome do DSM-5, que reflete um consenso científico de que quatro doenças previamente separadas são atualmente uma única condição com diferentes níveis de gravidade dos sintomas em dois domínios fundamentais. TEA agora engloba o anterior (DSM-IV) transtorno autista (autismo), transtorno de Asperger, transtorno desintegrativo da infância e transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação. TEA é caracterizado por 1) déficits na comunicação e interação social e 2) atividades e interesses repetitivos e restritos (APA, 2013) (tradução minha).

atendimentos, que vão servir para verificação da confiabilidade dos resultados. A análise das evidências será feita por triangulação dos dados coletados e servirá para identificar a

evolução musical global dos sujeitos da pesquisa ao fim do Projeto. Ou seja, as várias fontes de evidências vão fornecer várias avaliações do mesmo fenômeno que é o desenvolvimento musical dos sujeitos.

3.4.1 Diários de campo

Os diários de campo são redigidos com objetivo de registrar dúvidas, a interpretação e o sentimento a respeito do que ocorre nos atendimentos e registrar também acontecimentos ou situações que não estão diretamente relacionados com o comportamento musical das crianças, sujeitos da pesquisa, mas que consideramos importantes para uma análise mais global do contexto. Alves-Mazzotti & Gewandszajder chamam-no “de diário reflexivo” e consideram-no “um precioso auxiliar para a análise dos dados” (1998 p.176), permitindo a avaliação das necessidades de mudanças nos procedimentos durante a investigação.

3.4.2 Ficha de identificação/avaliação das habilidades musicais

A ficha de identificação das habilidades musicais foi pensada para ser um instrumento auxiliar da observação participante da pesquisadora. Utilizaremos uma observação da quantificação em forma de escala, “que permite estimar o grau em que um determinado comportamento ocorre e fazer um julgamento qualitativo sobre esse comportamento ou atividade” (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998, p.167).

Essa ficha foi elaborada de maneira que as habilidades musicais estivessem numa ordem crescente em termos de complexidade¹¹. A escala de quantificação que utilizamos diz respeito à frequência que determinado comportamento musical aparece durante o

atendimento (sempre; frequentemente; às vezes; nunca). Pretendemos traçar um gráfico da

¹¹ O primeiro item a ser identificado será se a criança reage corporalmente aos estímulos sonoros/musicais e o último se a criança improvisa ou compõe, passando pela capacidade de manter o pulso da música ou do ritmo proposto; acompanhar variações rítmicas; mostrar preferência por algum instrumento musical; vocalizar ou cantar com letra; manter afinação e acompanhar mudanças de tonalidade; reproduzir/imitar melodias, cantando ou tocando; e se compartilha a experiência musical.

evolução do desenvolvimento musical dos sujeitos, tendo em conta a identificação do nível de desenvolvimento que eles apresentaram no início e ao fim do Projeto. Com isso, torna-se possível identificar o tipo de desenvolvimento das habilidades musicais dos sujeitos da pesquisa.

3.4.3 Filmagem dos atendimentos

O recurso da filmagem, geralmente, é utilizado para maximizar a confiabilidade dos resultados das pesquisas. De acordo com Bauer e Gaskell, o “vídeo tem a função óbvia de registro de dados sempre que algum conjunto de ações humanas é complexo e difícil de ser descrito compreensivamente por um único observador, enquanto ele se desenrola” (2012, p. 149). A filmagem das ações no Projeto tem por objetivo contribuir para uma análise mais clara do que ocorre nos atendimentos, num procedimento que visa à conferência e comparação com o que foi preenchido nas fichas de identificação/avaliação das habilidades musicais dos sujeitos da pesquisa. A filmagem tem a vantagem de demonstrar realisticamente o que ocorre nos atendimentos em termos do que, musicalmente, os sujeitos apresentam¹². Numa pesquisa na qual o que se pretende verificar é o desenvolvimento musical global dos sujeitos a filmagem com estas características, ou seja, juntando som e imagem, pode ser de grande auxílio na avaliação desse desenvolvimento.

3.4.4 Questionário para os responsáveis ao final do Projeto

O questionário que será aplicado para os responsáveis das crianças ao final do projeto tem por objetivo verificar o impacto das ações produzidas durante os atendimentos na forma de comunicação e interação social dos sujeitos da pesquisa no seu dia a dia. O questionário será elaborado com perguntas abertas que dizem respeito especificamente ao comportamento social e comunicacional dos sujeitos da pesquisa fora do ambiente do Projeto. A análise das respostas dos responsáveis nos dará a possibilidade de avaliar qualitativamente o tipo de impacto gerado nos domínios social e comunicacional das

¹² O canto pode ser demonstrado pelos sujeitos de várias maneiras, assim como o resultado sonoro do que eles tocam pode ter uma variedade de nuances que a gravação do som auxilia a desvelar.

crianças, sujeitos da pesquisa.

3.5 A dinâmica dos atendimentos no projeto piloto

Essa fase do projeto, que chamamos de fase exploratória durou o período de março a julho de 2015.

Com as 20 crianças cadastradas e a carga horária de seis horas semanais, os grupos foram formados com duas, três ou quatro crianças no máximo, divididas por faixa etária e por nível de severidade. Os atendimentos aconteceram uma vez por semana, com duração de 50 minutos cada.

As atividades musicais desenvolvidas durante os atendimentos têm como característica a escuta atenta da pesquisadora ao que a criança demonstra em termos de comportamento musical. A criança indica o caminho do seu comportamento e a pesquisadora segue. A partir desse caminho, variações podem surgir e atividades mais direcionadas àquilo que queremos verificar podem ser sugeridas. Trabalhamos com formas interativas de atividades musicais, inspiradas nas metodologias ativas da educação musical (MATEIRO; ILARI, 2011) e nos métodos da musicoterapia como a improvisação e a re-criação (BRUSCIA, 2000). Barcellos chama de musicoterapia interativa aquela na qual o “musicoterapeuta e o paciente estão ativos no processo de fazer música” (BARCELLOS, 2004 p. 106).

A função dos estagiários é dar suporte físico, emocional e musical à pesquisadora nas atividades musicais desenvolvidas durante os atendimentos. A participação é alternada e em algumas ocasiões a pesquisadora fica na posição de apenas observar. Ou seja, alternamos nossas participações em busca de uma dinâmica que não promova o estresse nas crianças.

Os responsáveis não participam dos atendimentos a não ser que seja absolutamente necessário como, por exemplo, em caso de dificuldade de adaptação. Isso ocorreu com algumas poucas crianças no início do Projeto, mas agora todas as crianças estão bem

adaptadas.

4. Considerações finais

Com o término da fase exploratória do estudo no fim do primeiro semestre de 2015, demos início, em agosto de 2015 a fase mais sistemática de coleta dos dados. O Projeto só será concluído em dezembro de 2015 e até lá pretendemos continuar debatendo questões quanto ao seu funcionamento, procedimentos e até aos objetivos que nos propomos alcançar.

Indo contra uma concepção positivista do conhecimento, que costuma fazer a cisão entre teoria e prática, entre o pensar e o fazer estamos construindo, com o Projeto, parcerias que possibilitam a produção de conhecimentos que une teoria e prática, pensamento e ação e que acabam por ser compartilhados com a universidade e a comunidade. Dessa maneira acreditamos estar contribuindo para fortalecer um paradigma de formação que questiona “uma visão monocultural do saber que elegeu a ciência moderna como critério único de verdade e a universidade e os seus intelectuais como os legítimos representantes desse saber” (ARAÚJO, 2011 p. 202).

O Projeto, por tratar-se de unidade de atendimento musicoterapêutico/pedagógico-musical recebendo crianças que fogem do padrão, que não se comunicam adequadamente, que têm um comportamento bizarro, representa uma novidade numa instituição de ensino que está voltada para a formação de docentes em música e instrumentistas de alto desempenho. No entanto, o Instituto Villa-Lobos da UNIRIO recebeu esse Projeto sem ressalvas e a universidade quando está aberta a novas experiências e valoriza o intercâmbio com a comunidade, diminui seus riscos de se transformar num espaço monolítico, rígido. Temos a esperança, então, de dar continuidade ao Projeto como uma unidade permanente de atendimento musicoterapêutico/pedagógico-musical gratuito aberto à comunidade autista e aberto, também, à comunidade acadêmica para que discentes e docentes interessados possam aprofundar a pesquisa de tema tão instigante que é a relação da música com os autistas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES-MAZZOTTI, ALDA. J. & GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências Naturais e Sociais**. Pesquisa Quantitativa e Qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.
- ARAÚJO, M. S. **Pensando Práticas e Saberes na Formação Continuada de Professores/as in Práticas Pedagógicas**, Linguagem e Mídias: Desafios à Pós-graduação em Educação em suas múltiplas dimensões. ANPED, pp. 193-205, 2011.
- BARCELLOS, L. R. M. **Musicoterapia**: alguns escritos. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.
- BAUER M. W. & GASKELL, G. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Trad. Pedrinho Guareschi. 10^a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- BRUSCIA, K. E. **Definindo musicoterapia**. Trad. Mariza Conde. 2^a ed. Rio de Janeiro; Enelivros, 2000.
- FRAZIER, T. K. **Learning to play and perform on musical instruments and the sociobehavioral benefit to students on the autistic spectrum**. Antioch University Seattle. December, 2010.
- GATTINO, G. S. **Musicoterapia aplicada à avaliação não verbal de crianças com transtorno do espectro autista**: revisão sistemática e estudo de validação. Tese de Doutorado. UFRGS, 2012.
- LANOVAZ et al. Effects of music on vocal stereotypy in children with autism. *Journal of applied behavior analysis*, number 3, pp. 647–651, 2011.
- LOURO, V. S. Jogos musicais, Transtorno do Espectro Autista e Teoria da Mente: um relato de experiência *Anais do X Simpósio de Cognição e Artes Musicais*, 2014.
- MATEIRO, T.; ILARI B. (Org.) **Pedagogias em Educação Musical**. Curitiba: Ibpex, 2011.
- MOLNAR-SZAKACS, I.; OVERY, K. (2006). **Music and mirror neurons: from motion to 'e'motion**. Downloaded from <http://scan.oxfordjournals.org/> by guest on February 9, 2014.
- _____ Being together in time: musical experience and the mirror neuron system. *Music perception*, vol. 26, pp. 489-504, 2009.
- MUSZKAT, M.; CORREIA, C.; CAMPOS, S. Música e Neurociências. *Rev. Neurociências* 8(2): 70-75, 2000.
- RAMACHANDRAN V.; OBERMAN L. **Broken Mirror**: a theory of autism, 2006.
- RIZZOLATTI G.; DESTRO M. **Mirror neurons: from discovery to autismo** Exp Brain Res, 200:223–237, 2010.
- SCHLAUG, G.; NORTON, A.; OVERY, K.; WINNER, E. Effects of music training on the child's brain. *Annals new york academy of sciences*, 2005.

3.1 - MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Pôster:

CORRELAÇÕES ENTRE AS EVOLUÇÕES NA MUSICALIDADE E OUTRAS ÁREAS DA VIDA DO PACIENTE.

Camila Nascimento de Castro¹
Andréia Polignano Barbosa²
Renato Tocantins Sampaio³

RESUMO: presente estudo, de caráter observacional e naturalista, analisou a produção musical e o desenvolvimento de um paciente com o diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), atendido no projeto de extensão Clínica de Musicoterapia da Escola de Música da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFMG (CAAE 19094513.2.0000.5149). Faz-se necessário esta investigação uma vez que, diante do número significativo de pessoas com TEA na população, o campo de intervenção e tratamento deve ser ampliado através de estudos científicos. Esperamos que o conhecimento e a aplicação da Musicoterapia cresçam contribuindo para o tratamento de pessoas com TEA. A primeira parte do trabalho apresenta a fundamentação teórica sobre Musicoterapia e Autismo e, a segunda, um estudo de caso. A escolha deste paciente, dentre tantos outros atendidos no mencionado Projeto, deve-se ao fato de que esta criança com TEA aparentemente desenvolvia sua musicalidade na proporção que melhorava a interação e outros aspectos extramusicais no setting terapêutico. O trabalho apresenta um quadro das habilidades e competências musicais apresentadas pelo paciente ao longo do processo musicoterapêutico e possível relação com outras áreas da vida.

Palavras chave: Autismo. Habilidades Musicais. Avaliação Musicoterapêutica

1 Graduada em Música com habilitação em Musicoterapia pela UFMG, no ano de 2013. Graduada em Música Licenciatura-UFMG

2 Bacharel em Musicoterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Graduada em Música Licenciatura-UFMG. Atualmente professora no Núcleo Villa Lobos de Educação Musical e no Centro de Musicalização Infantil - CMI da UFMG e bolsista pela PROEXT das pesquisas coordenadas pela Dra. Betânia Parizzi, que investigam as influências da música no desenvolvimento de bebês nascidos muito prematuros. andreiapmg@gmail.com

3 Musicoterapeuta, Educador Musical, Mestre em Comunicação e Semiótica, Doutorando em Neurociências. Professor Assistente junto ao Depto. de Instrumentos e Canto da Escola de Música da UFMG. Regional Liaison for Latin America na World Federation of Music Therapy (2014-2017). Contato: renatots@musica.ufmg.br

ANÁLISE PSICOMÉTRICA DAS ESCALAS NORDOFF ROBBINS COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO NO ATENDIMENTO MUSICOTERAPÊUTICO DE CRIANÇAS AUTISTAS

Aline Moreira Andre¹
Davi Oliveira Batista²
Marina Horta Freire³
Renato Tocantins Sampaio⁴
Arthur Melo e Kummer⁵

RESUMO: Entre maneiras de avaliar a melhora clínica através do atendimento musicoterapêutico encontram-se duas escalas desenvolvidas na abordagem Nordoff Robbins (NR) que avaliam a Comunicabilidade Musical (CM) e a Relação Cliente-Terapeuta (RCT). Foi realizada análise cega de 68 vídeos de sessões de crianças autistas, para verificar a confiabilidade interexaminador dessas escalas. A fim de verificar sua validade concorrente, essas escalas foram comparadas com outras ferramentas de avaliação: a Childhood Autism Rating Scale (CARS), a Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) e os Improvisational Assessment Profiles (IAPs). Através da Correlação de Spearman, observou-se boa confiabilidade interexaminador das Escalas NR. Na Escala RCT, as correlações foram fortes em ambos domínios: Níveis de Participação ($\rho=0,791$) e Qualidade de Resistividade ($\rho=0,756$); e no total ($\rho=0,858$). Na Escala CM, observou-se correlações fortes em todos os domínios: Instrumental ($\rho=0,735$), Vocal ($\rho=0,809$) e Corporal ($\rho=0,820$). No total, a correlação foi média ($\rho=0,695$). Observou-se também correlação moderada entre as Escalas RCT e CARS ($\rho=0,679$), RCT e ATEC ($\rho=0,530$), e correlações fortes entre RCT e CM ($\rho=0,824$), RCT e IAPs ($\rho=0,903$), CM e IAPs ($\rho=0,823$) e CARS e ATEC ($\rho=0,833$). Portanto, as escalas NR demonstram indícios de confiabilidade e validade concorrente para avaliações musicoterapêuticas em contextos clínico e de pesquisa

Palavras chave: Musicoterapia. Autismo. Avaliação. Escalas Nordoff Robbins.

1 Bacharel em Música-Habilitação em Musicoterapia, mestranda em Música-Sonologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. aline.musicasax@gmail.com

2 Bacharel em Música-Habilitação em Musicoterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

3 Musicoterapeuta (Universidade de Ribeirão Preto, 2007), mestre em Neurociências (Universidade Federal de Minas Gerais, 2014).

4 Educador Musical, Mestre em Comunicação e Semiótica, Doutorando em Neurociências, Professor Assistente do Departamento de Instrumentos e Canto da Escola de Música da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenador do Projeto de Extensão Clínica de Musicoterapia da UFMG. Contato: renatots@musica.ufmg.br

5 Psiquiatra PhD, Professor de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. r2kummer@hotmail.com



4 - MUSICOTERAPIA NA SAÚDE DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Comunicação Oral:

MUSICOTERAPIA PALIATIVA EM ONCOPEDIATRIA

Ana Carolina Arruda¹
Elisabeth Martins Petersen²

RESUMO: Este trabalho realiza um estudo sobre cuidados paliativos oncológicos em pediatria, destacando as possibilidades de inclusão do musicoterapeuta em equipe multidisciplinar de cuidados paliativos oncopediátricos. Tem-se por objetivo analisar as principais características psicológicas, físicas e comportamentais recorrentes em crianças diagnosticadas com câncer sob cuidados paliativos. Identificar finalidades e especificidades dos cuidados paliativos em oncopediatria, bem como investigar técnicas e contribuições da musicoterapia no controle dos sintomas oncológicos na infância. Para isso, foi realizada revisão narrativa a partir de pesquisa qualitativa bibliográfica, segundo a metodologia de análise de conteúdo proposta por Lawrence Bardin. Foram analisados periódicos, anais de encontros científicos, monografias e dissertações específicos de musicoterapia. Por ser o cuidado paliativo uma proposta multidisciplinar, também foram analisados artigos provenientes de outros profissionais de saúde que tratem a música ou a pediatria como foco da discussão sobre cuidados paliativos em oncologia. Verificou-se que a musicoterapia oferece ao paciente recursos para a gestão da própria dor, conduzindo-o a assumir um papel ativo por meio do fazer musical compartilhado. Por facilitar o alívio dos sintomas oncológicos e proporcionar a escuta e expressão da subjetividade, a musicoterapia paliativa configura-se como estratégia diferenciada na atenção em saúde e abordagem terapêutica essencial em oncopediatria e cuidados paliativos

Palavras-chave: Oncopediatria. Cuidados paliativos. Equipe multidisciplinar. Musicoterapia

¹ Graduação em Musicoterapia (CBM-CEU) com extensão em Cuidados Paliativos (UERJ). Musicoterapeuta dos hospitais Prontobaby, Centro Pediátrico da Lagoa e Maternidade-Escola da UFRJ. Graduada em Psicologia (UFRJ). e-mail: carolarruda@ufrj.br

² Musicoterapeuta Clínica. Especialização em Psico-oncologia (FCMMG); Capacitação em Cuidados Paliativos (UERJ). Núcleo de Cuidados Paliativos - Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ (2011-2015); Preceptora do Curso de Controle de Sintomas em Cuidados Paliativos Oncológicos (FCM-UERJ). Trabalhos apresentados em livros, periódicos e congressos de Musicoterapia e áreas afins, no Brasil e exterior. e-mail: elisabethpetersen.mt@gmail.com

ONDE ESTÁ O DISLÉXICO? REFLEXÕES SOBRE O (DES) CONHECIMENTO SOBRE A DISLEXIA, SOB O OLHAR MUSICOTERAPÊUTICO

Karylla Amandla de Assis Paula¹
Sandra Rocha do Nascimento²

RESUMO: A discussão sobre os Transtornos de Aprendizagem, em específico a dislexia, embora seja um tema socializado em diversos espaços educativos e de formação, ainda encontra dificuldades no diagnóstico e/ou localização dos sujeitos disléxicos, principalmente nas primeiras séries da escolaridade da rede pública. Este artigo trata de resultados parciais de uma investigação em andamento, propondo refletir sobre o acolhimento escolar de alunos disléxicos com quadro de baixa autoestima, sob o olhar da musicoterapia. A pesquisa, aprovada pelo CoEP/UFG, é um estudo de caso de caráter qualitativo, realizando a coleta de dados numa perspectiva sistêmica e análise através da Análise de Discurso. Como resultados parciais verificamos diversos entraves, em algumas instâncias educativas, no momento da identificação, localização e encaminhamento do público da pesquisa, tendo como sujeito um aluno do terceiro ano do ensino médio da rede estadual de ensino após diversas incursões a procura de casos. Concluímos que se faz importante ampliar a discussão sobre as dinâmicas de formação e socialização de informações nos sistemas educacionais, para que os sujeitos com dislexia sejam assistidos de maneira mais adequada, eficiente e num tempo mais curto.

Palavras chave: Musicoterapia. Dislexia. Baixa Auto estima. Contexto escolar.

Introdução

O presente trabalho trata de um recorte feito nos dados iniciais da pesquisa intitulada “Musicoterapia e Dislexia infantil: em busca do resgate da autoestima numa perspectiva sistêmica”, que tem como objetivo investigar como, através da mediação da musicoterapia, crianças com dislexia e baixa autoestima se apresentam e se estruturam intra e interrelacionalmente, considerando a interinfluência de seus contextos familiar e escolar, perante as expectativas de seus atores. A pesquisa tem como delineamento metodológico ser um estudo de caso, de caráter qualitativo, com estratégias de coleta de dados tais como: observação participante no contexto escolar, entrevistas aos pais, educadores e educando com dislexia, e intervenções musicoterapêuticas direcionada a estes.

Dislexia do Desenvolvimento é definida, de acordo com o DSM-IV (2002), como um transtorno específico de aprendizagem, cuja as características são: baixo desempenho

1 Graduada em Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás. Musicoterapeuta da APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Goiânia - GO e Despertar - Núcleo Educacional e Terapêutico. Email: karyllaamandlamt@gmail.com

2 Doutorado em Educação pela Universidade Federal de Goiás (2010). Professora Adjunta da Universidade Federal de Goiás. Goiânia – GO. Email: srochakanda@gmail.com

escolar na leitura/escrita de acordo com o esperado para a idade cronológica, escolaridade e nível cognitivo/intelectual do indivíduo. Neurologicamente a Dislexia é considerada como uma disfunção do Sistema Nervoso Central, que compromete a aquisição e desenvolvimento das habilidades escolares, para aqueles que não possuem rebaixamento intelectual, déficits sensoriais (visual, auditivo), déficits motores significativos, com condições de aprendizagem supostamente adequadas e ausência de problemas psicossociais. Os disléxicos apresentam déficit específico nas funções neuropsicológicas (como processamento visual e auditivo), sistema fonológico da linguagem, atenção e funções executivas (LIMA, SALGADO E CIASCA, 2010).

Historicamente, a dislexia evidencia diversos equívocos ou confusões na caracterização dos sintomas do quadro, embora seja estudado desde a muito tempo. Em 1896, o médico inglês W. Pringle Morgan descreveu pela primeira vez um caso de distúrbio de leitura, definindo como cegueira congênita (termo cegueira congênita foi definido por um oftalmologista escocês Hinshelwood, 1895), o caso de um jovem de quatorze anos, com habilidades para os jogos, porém com grande dificuldade para aprender a ler e escrever, em decorrência de um dano cerebral. Para Hinshelwood, esse distúrbio afetava a capacidade de linguagem escrita, com ausência de déficits cognitivos gerais e linguagem oral. Essa condição seria o resultado de um déficit neurológico que originaria uma dificuldade de memória visual das letras e das palavras. Ao longo dos anos vários nomes foram propostos por diversos pesquisadores: cegueira congênita, dislexia, dislexia específica de desenvolvimento, dificuldade específica de leitura, distúrbio específico de leitura, atraso específico de leitura, dificuldades do desenvolvimento de leitura. Essa variedade de terminologias, causa dúvidas nos profissionais da área (SOUZA, 2011).

Até alguns anos atrás, a origem da dislexia era desconhecida, “mistério” que gerou mitos e preconceitos, estigmatizando as crianças, os jovens e os adultos que a não conseguiam adquirir a competência da leitura. Nos últimos anos os estudos realizados por neurocientistas, através da Ressonância Magnética Funcional, foi possível observar o funcionamento do cérebro durante as atividades de leitura e escrita, adquirindo um conjunto

consistente de conclusões sobre o funcionamento do cérebro durante as atividades de leitura, as competências necessárias a essa aprendizagem, identificando os défices que a dificultam e os componentes dos métodos educativos que conduzem a um maior sucesso da aprendizagem (TELES, 2004).

Diversas instituições foram criadas para divulgar e fomentar ações junto aos casos de dislexia, quer internacionalmente como em nosso território brasileiro, e localmente nos estados e municípios, que priorizamos por focar a município de Goiânia.

Em 1920, a International Dyslexia Association - IDA, foi criada com o intuito de promover debates para pais, educadores e pesquisadores sobre o assunto, sendo a organização mais antiga a se dedicar na pesquisa e no tratamento da dislexia (IDA, 2015). Os Estados Unidos contem a investigação científica mais antiga, com legislação educativa, orientação sobre os métodos de ensino mais eficientes (TELES, 2004).

No Brasil, a Associação Brasileira de Dislexia - ABD foi criada em 1983, com o objetivo de esclarecer, divulgar, ampliar conhecimentos e ajudar os disléxicos em sua dificuldade específica de linguagem (ABD, 2015), e em Goiânia, a Associação Goiana de Dislexia e Déficit de Atenção e Hiperatividade - AGDDA, foi criada em Agosto de 2014, com o objetivo de lutar pelos direitos dos portadores de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Dislexia, é composta por pais e profissionais que lidam com estes transtornos no dia-a-dia (AGDDA, 2015). No Brasil, ainda existe o Projeto de Lei (PL) 7081/10, aprovado no dia 12 de Agosto de 2015 pela Comissão de Finanças e Tributação da Câmara dos Deputados, que dispõe sobre o diagnóstico e o tratamento da dislexia e do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) na educação básica. Este projeto será encaminhado para análise dos aspectos constitucionais e jurídicos pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (INSTITUTO ABCD, 2015), tendo como proposta um acompanhamento integral ao aluno com dislexia, ou seja: identificação precoce, encaminhamento para diagnóstico, apoio educacional específico voltado para sua dificuldade na rede de ensino e apoio terapêutico especializado. Segundo o projeto de Lei, os sistemas de ensino devem oferecer aos professores da educação básica acesso a

informação e formação continuada para identificação precoce dos sinais relacionados a diversos transtornos de aprendizagem e também para o atendimento educacional desses alunos (AGÊNCIA C MARA NOTÍCIAS, 2013).

A discussão sobre os Transtornos de Aprendizagem, em específico a dislexia, embora seja um tema socializado em diversos espaços educativos e de formação, ainda encontra dificuldades no diagnóstico e/ou localização dos sujeitos disléxicos, principalmente nas primeiras séries da escolaridade da rede pública.

Desta forma, neste artigo propomos apresentar uma reflexão, sob o olhar da musicoterapia, sobre alguns aspectos que tangenciam a identificação e o acolhimento escolar de alunos disléxicos com quadro de baixa autoestima.

Metodologia

O delineamento metodológico da pesquisa tem como primeira ação, após autorização do CoEP/UFG, identificar locais que atendem crianças com dislexia para encaminhamento como participante. Para compreender esta reflexão que ora trazemos, faz-se importante narrar algumas ações que executamos, descrevendo os diversos “caminhos” percorridos e situações encontradas no momento de identificação, localização e encaminhamento do público à pesquisa.

QUE CAMINHOS TRILHAMOS E O QUE ENCONTRAMOS?

Em 2013, quando iniciamos a investigação, buscamos diversas instâncias para identificarmos sujeitos com dislexia. Primeiramente fizemos contato com o Hospital das Clínicas (HC/UFG), que devido a impossibilidade de continuidade do programa que desenvolviam aos disléxicos e afastamento da neuropediatra responsável, nos fez ir em busca de um novo local. Através de contatos identificamos o Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), do governo estadual, contendo em seus serviços um grupo de disléxicos. No entanto, após encaminharmos a documentação necessária para anuência do Comitê de Ética da instituição, nos foi informado as mudanças

que ocorreram na mesma com a desativação do grupo, sendo indeferida a execução da pesquisa. Em seguimento, realizamos contatos com profissionais especializados que atendem a clientela, conseguindo a indicação de alguns casos embora não vinculados a instituições de reabilitação e frequentes da rede de ensino pública. A partir de então foi realizado um levantamento sobre a clientela e campos que atuam com o público, bem como a inserção dos mesmos nas escolas.

No início de 2015 foi feito contato com a Associação Goiana de Dislexia e Déficit de Atenção e Hiperatividade (AGDDA), concomitantemente com a Secretaria de Estado de Educação e Desporto de Goiás (SEDUCE-GO), através da Equipe Multiprofissional (NAEM). A AGDDA, pelo curto período de existência, com seu início em Agosto de 2014, realizou somente ações voltadas para divulgação, conscientização e defesa dos direitos dos sujeitos com Dislexia e Déficit de Atenção e Hiperatividade, não contendo com nenhum documento de levantamento de casos de dislexia diagnosticados em Goiânia. Com a Equipe Multiprofissional (SEDUCE-GO), realizamos um encontro com as fonoaudiólogas para elencarmos as escolas da rede que possuíssem alunos com diagnóstico. A partir deste contato, surgiram algumas escolas possíveis para a execução da pesquisa, que após realizarmos contato com algumas delas, percebemos que grande parte não continham alunos que se aproximavam dos critérios de inclusão da pesquisa e nem mesmo laudos médicos ou psicológicos que se referissem ao quadro.

COMO O ENCONTRAMOS?

Estava previsto, no projeto de pesquisa, o atendimento de um grupo de no mínimo 4 alunos com idade entre 7 e 12 anos. Porém, após nossa trajetória para encontrarmos sujeitos com dislexia, somente no início do ano de 2015 conseguimos contato com um caso para efetivarmos a aplicação do estudo de caso, que se aproximou das características previstas inicialmente, uma aluna de 22 anos diagnosticada com Dislexia e Discalculia estudante do 3º ano do Ensino Médio. A escola identificada é uma instituição da rede estadual, localizada fisicamente em uma região central da cidade. Na escola, os primeiros contatos se deram com a coordenadora e o professor responsável pelo ensino especial,

para aprovação à execução na instituição. Em seguida, fizemos o contato com a família e aluna com o intuito de explicarmos sobre a pesquisa, sendo realizada uma entrevista inicial com a mãe e em seguida com a aluna. Até o momento foram realizadas 4 sessões semanais, com duração de 60 minutos cada, realizadas no Laboratório Clínico de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás.

A partir desta trajetória, suscitou em nós alguns questionamentos: Por que não localizamos com facilidade? Onde estão estes alunos? Estão sendo diagnosticados adequadamente? Nas escolas eles sabem identificar? Os profissionais do serviço especializado, a escola e a família se comunicam?

Resultados e discussão

Como resultados desta trajetória, para o encaminhamento dos sujeitos com dislexia à pesquisa, percebemos certa dificuldade para identificação dos casos pelos próprios atores das instituições.

Identificamos no contexto goiano, em específico através dos dados coletados, a existência de um longo percurso a ser trilhado em relação ao diagnóstico, tratamento e apoio ao sujeito com Dislexia, verificando que as ações adequadas chegam para poucos, o serviço especializado não atende a total demanda, a escola não consegue identificar e dar o suporte necessário e a família e o sujeito ficam desamparados.

Há um distanciamento e um silenciamento sobre o quadro de dislexia, gerando sentimento de desamparo aos alunos e seus familiares, muitas vezes encontrando-se sem visibilidade ou mesmo “invisíveis” dentro do cotidiano escolar. Compreendemos que esta situação acentua as dificuldades do aluno com dislexia e vulnerabiliza em muito sua autoestima, impedindo que sejam visto, i.e., identificados, auxiliados e motivados ao aprendizado.

No âmbito da escola, o educador atualmente não está preparado para lidar com os Transtornos de Aprendizagem, com as diversas problemáticas que os alunos apresentam

Segundo Carpellini e Rodrigues (2009), ainda existem poucos programas de formação para docentes, voltados para o conhecimento das deficiências que acometem os alunos, levando os professores a se sentirem despreparados para trabalhar com tais sujeitos. Hoje, exige-se do educador uma postura de facilitador da aprendizagem, mediador, pedagogo eficaz e que também possa cuidar do equilíbrio psicológico e afetivo dos alunos, da integração social e da educação sexual (DIAS E FREITAS, 2010), contrapondo com as formações que recebem na academia.

Atentando-nos a idade do sujeito eleito ao estudo de caso da pesquisa, 22 anos, cursando o 3º ano do ensino médio, verificamos uma diferença entre a idade e a colocação escolar, evidenciando um atraso substancial na aprendizagem. É na escola que esse sujeito, em sua grande parte, encara suas dificuldades de maneira explícita, expressa. Tendo a escola como um local de apoio, este terá melhor prognóstico, minimizando assim as comorbidades associadas a Dislexia.

Desta forma, o diagnóstico cuidadoso dos transtornos de aprendizagem é o ponto de partida para garantir que o disléxico e sua família tenham acesso ao suporte necessário e adequado, favorecendo aos mesmos o entendimento sobre a natureza das dificuldades e habilidades que se apresentam, podendo assim buscar maneiras de se enfrentar as adversidades. Com o diagnóstico preciso, a família, os educadores e demais profissionais envolvidos podem pensar em soluções adequadas para o desenvolvimento do sujeito (INSTITUTO ABCD, 2015). Através de seus conhecimentos sobre o desenvolvimento de seus alunos, o educador pode estimular diversas áreas, tais como: psicomotricidade, cognição, afetividade e linguagem de maneira interligada, em que as trocas de experiências com pessoas que tenham envolvimento com sujeitos com Dislexia (pais, educadores, entidades de apoio, entre outros) podem facilitar a atuação e a relação entre professor e aluno.

Sabemos da importância da interlocução dos resultados de diferentes áreas do conhecimento para auxiliar na avaliação criteriosa e atuação assertiva com estes sujeitos (LIMA, SALGADO E CIASCA, 2010).

Estudos inovadores proporcionam resultados que acarretam em avanço tecnológico científico (MARZIALE, 2012). Segundo Gohn (2005), o conhecimento é fundamental para orientar e conduzir a história da humanidade. Nesse sentido, os pais, educadores e profissionais que lidam com o sujeito com dislexia, incluindo o musicoterapeuta, são atores de transformação, contribuem para o avanço do conhecimento sobre o assunto que possibilita a geração de benefícios para o sujeito e seus familiares.

Para a efetividade do tratamento é necessário diagnóstico, ou seja, saber identificar sinais, sintomas, etc, influenciando a maneira como o sujeito lida com o transtorno e o tratamento e suporte adequados a cada caso. Não olhar com atenção para esta etapa de identificação é incorrer ao risco de não ver o sujeito com dislexia. Acreditamos na importância do olhar diferenciado do musicoterapeuta como contribuinte de uma abordagem assertiva, como agente de mudança ao acolhimento dos alunos com dislexia e demais atores que convivem com o mesmo.

Considerações finais

Concluimos que se faz importante ampliar a discussão sobre as dinâmicas de formação de profissionais, socialização de informações sobre identificação de sintomatologias, bem como gerar redes de comunicação entre as diversas instâncias educacionais, para que os sujeitos com dislexia sejam acolhidos desde o início de sua inserção na escola e assistidos de maneira mais adequada, eficiente e num tempo mais curto.

Como musicoterapeutas, podemos contribuir no acolhimento destes alunos, possibilitando o desenvolvimento de uma escuta ativa ou escuta sensível (BARBIER, 2002) dentro do ambiente escolar. Uma escuta que acolhe, que vê, que valoriza.

Referências bibliográficas

BARBIER, René, L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé. Conférence à l'École Supérieure de Sciences de la Santé Disponível em <http://www.saude.df.gov.br>, Brasília, juillet, 2002. In: **Conferência na Escola Superior de Ciências da Saúde – FEPECS – SES-GDF** Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/FEPECS>, acesso em agosto/2008.

HAJE, Lara. **Educação aprova programa para acompanhar dislexia e TDAH em escolas.**

Brasília: Agência Camara Notícias, 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/EDUCACAO-E-CULTURA/444360-EDUCACAO-APROVA-PROGRAMA-PARA-ACOMPANHAR-DISLEXIA-E-TDAH-EMESCOLAS.html>>. Acesso em Agosto de 2015.

Associação Brasileira de Dislexia. **Histórico da Associação**. Disponível em: <<http://dislexia.org.br/v1/>>. Acesso em Agosto de 2015.

Associação Goiana de Dislexia e Deficit de Atenção e Hiperatividade. **Histórico da Associação**. Disponível em: <http://www.agddago.blogspot.com.br/2015_01_01_archive.html>. Acesso em Agosto de 2015.

CAPELLINI E RODRIGUES. **Concepções de professores acerca dos fatores que dificultam o processo da educação inclusiva**. Porto Alegre: Educação, V. 32, n 3, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/5782/4203>>. Acesso em Agosto de 2015.

DIAS, Noely Costa; FREITAS, Silvane Aparecida de. **O professor é produtor de conhecimento?**. Paranaíba: Interface da Educação, vol. 1, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.uems.br/seminarioeducacao/anais/09.Noely.pdf>. Acesso em: Agosto de 2015.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 4. ed, 2002.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. **A pesquisa na produção do conhecimento: Questões metodológicas**. São Paulo: Eccos - Revista Científica, 2005. Disponível em: <http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/eccos/eccos_v7n2/eccosv7n2_2a08.pdf>. Acesso em: Agosto de 2015.

IDA. **História da Associação Internacional de Dislexia**. Disponível em: <<http://eida.org/history-of-the-ida/>>. acesso em Agosto de 2015.

INSTITUTO ABCD. **Projeto de Lei 7081/2010 avança mais um passo**. 2015. Disponível em: <<http://www.institutoabcd.org.br/noticias/>>. Acesso em Agosto de 2015.

LIMA, Ricardo Franco; SALGADO, Cíntia Alves; CIASCA, Sílvia Maria. **Associação da dislexia do desenvolvimento com comorbidade emocional: um estudo de caso**. São Paulo: Revista CEFAC, vol. 13, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000400020&lang=pt>. Acesso em: Agosto de 2015.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. **The role of the researcher as a producer and reviewer of scientific papers**. Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 20, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200001&lang=pt>. Acesso em: Agosto de 2015.

SOUZA, Josaza de. **A Dislexia em sala de aula: o papel do professor**. Cianorte: Universidade Estadual de Maringá, 2011. Disponível em: <http://www.crc.uem.br/pedagogia/documentos/jozana_souza.pdf>. Acesso em Agosto de 2015.

TELES, Paula. Dislexia: **Como identificar? Como intervir?** Lisboa: Revista Dossier Perturbações do Desenvolvimento, 2004. Disponível em: <<http://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2014/07/DOSSIERDISLEXIA.pdf>>. Acesso em: Agosto de 2015.

GUIA DE INTERVENÇÃO EM MUSICOTERAPIA PARA CRIANÇAS SURDAS

Igor Ortega Rodrigues¹
Gustavo Andrade de Araujo²
Gustavo Schulz Gattino³

RESUMO: Este trabalho tem o objetivo de apresentar um guia para o atendimento em musicoterapia para crianças e jovens surdos com a utilização do software “CromoTMusic”. Este guia foi criado para a realização de um estudo controlado randomizado onde se verificou o efeito da musicoterapia nos aspectos sensoriais, emocionais e de musicalidade de crianças e jovens surdos através da escala Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP). O software “CromoTMusic” transforma as notas musicais em cores através de uma interface MIDI conectada a um teclado. Dessa forma, a musicoterapia utiliza as experiências de re-criação e improvisação musical a partir de um repertório específico de peças musicais. Como resultado de pesquisa, as crianças e jovens que trabalharam com este guia em musicoterapia (19 participantes) tiveram um aumento das habilidades sensoriais, emocionais e de musicalidade em comparação com o grupo controle (também composto por 19 participantes). Espera-se que este guia possa ser usado agora dentro da prática clínica dos profissionais que trabalham com esta população para verificar se os resultados de pesquisa se matem no âmbito da prática.

Palavras chave: Musicoterapia. Guia de intervenção. Surdez.

1 Musicoterapeuta e mestre em saúde da criança e do adolescente pela UFRGS (igorortega@msn.com).

2 Musicoterapeuta, mestre e doutor em saúde da criança e do adolescente pela UFRGS (mtgustavoaraujo@gmail.com).

3 Musicoterapeuta, mestre e doutor em saúde da criança e do adolescente pela UFRGS (gustavogattino@yahoo.com.br).

5 - AUDIÇÃO MUSICAL E PRODUÇÕES DIVERSAS

Comunicação Oral:

MUSICOTERAPIA COMO TRATAMENTO DE EPILEPSIA DE DIFÍCIL CONTROLE, UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

Luís Eduardo Candido¹
Clara Márcia Freitas Piazzetta²

RESUMO: Este trabalho apresenta os resultados de uma revisão sistemática sobre Epilepsia de difícil controle (epilepsia refratária) e a Musicoterapia como colaborativa no tratamento. Envolve busca aos aspectos de tratamento e investigações sobre os benefícios da experiência musical para pessoas com epilepsia. A partir de pesquisa na plataforma BVS – Biblioteca virtual em saúde e base de dados Pubmed com os descritores musicoterapia e epilepsia refratária buscou-se o entendimentos sobre esse tipo de epilepsia e possibilidades de tratamento com o uso da musicoterapia considerando também as pesquisas no campo de música e saúde. Os resultados quantitativos, 27 artigos organizados na tabela 01; na tabela 02 destacaram-se 06 artigos que continham no resumo a metodologia completa, os resultados obtidos e a presença da musicoterapia ou música como tratamento; na tabela 03 manteve-se os 06 artigos categorizados enquanto experiências musicoterapêuticas e experiências musicais. A experiência de escuta musical é a metodologia de intervenção e a discussão dos dados corroboram a necessidade de mais pesquisas no contexto da musicoterapia quanto a ação anti-convulsivante da música e sua eficácia para estimular o sistema dopaminérgico.

Palavras chave: Musicoterapia. Música. Saúde. Epilepsia refratária.

Introdução

A epilepsia é um “distúrbio cerebral causado por predisposição persistente do cérebro a gerar crises epilépticas e pelas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicossociais e sociais da condição caracterizadas pela ocorrência de pelo menos uma crise epiléptica” segundo ILAE – International league Against Epilepsy, (GUILHOTO et al, 2005, p. 176). Para ser considerada epilepsia e não uma simples convulsão, deve-se evidenciar a ocorrência de crises epilépticas, não causadas por situação febril e não causadas por infecções no sistema nervoso ou por intoxicação.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, percebe-se que a maioria dos casos de epilepsia pode ser tratada, com sucesso, utilizando-se um

1 Estudante do curso de Bacharelado em Musicoterapia da Unespar – FAP, Voluntário no Programa de Iniciação Científica 2014/2015. ducandido@hotmail.com

2 Docente do curso de Bacharelado em musicoterapia da Unespar FAP, mestre em música/musicoterapia, coordenadora do Centro de Atendimento e Estudos em Musicoterapia Prof.Clotilde Leinig – CAEMT.. Email: clara. marcia@gmail.com

medicamento ou uma combinação de medicamentos. Quando dois ou três tratamentos foram tentados sem sucesso, persistindo a resistência ao medicamento, pode-se estar diante de um caso de epilepsia refratária e o médico irá considerar outras opções de tratamento, incluindo cirurgia. Sabe-se que a epilepsia é o transtorno mais comum na clínica neurológica, tendo cerca de cinquenta milhões de pessoas sofrendo de epilepsia com crises ativas e necessitando de tratamentos, e 30% desses pacientes apresentam crises refratárias (sem resposta) ao tratamento medicamentoso disponível no mercado (FERNANDES, 2013). A terminologia é bastante variável para estes casos: epilepsia grave, epilepsia refratária, epilepsia de difícil controle, epilepsias intratáveis, entre outras. As epilepsias que mais se beneficiam com o tratamento cirúrgico são as do lobo temporal e a encefalite de Rasmussen. A síndrome de Rasmussen é descrita como uma encefalite progressiva causando hemiparesia, retardo mental e epilepsia de difícil controle. As taxas de cessação das crises em pacientes com epilepsia do lobo temporal que são lobectomizados variam de 70% a 90%. Outros procedimentos cirúrgicos podem ser indicados, como a calosotomia (secção do corpo caloso, feixe de fibras que liga um hemisfério a outro), indicada para tratar epilepsias severas cujas crises iniciam em um hemisfério e se propagam para o outro (FERNANDES, 2013).

Aproximadamente 40% das epilepsias do adulto são originárias dos lobos temporais. Estas constituem, na realidade, um grupo heterogêneo de pacientes, englobando síndromes ou sub-síndromes diversas, genericamente denominadas de epilepsias do lobo temporal. Assim, esse termo carece de especificidade, sendo, nos dias atuais, mero rótulo aplicado a um conjunto de condições clínicas ou síndromes epiléticas cujo ponto comum é a ocorrência de crises parciais complexas presumivelmente originárias do lobo temporal. As estruturas anatômicas e suas funcionalidades dependendo das descargas elétricas, provocadas pelas crises, podem sofrer danos. Com isso, levantou-se a hipótese de existirem dificuldades no processamento mental de informações que necessitem da estrutura temporal (ENGEL, apud SAKAMOTO et al,2000)

A via auditiva tem sua estação final no lobo temporal (córtex auditivo primário e secundário),

após passar por várias estruturas do sistema auditivo periférico e central. Sabendo que, para a correta análise e interpretação da informação recebida auditivamente (Processamento Auditivo) é necessária a integridade anatômica e funcional de todas estas estruturas e que as descargas elétricas provocadas pelas crises podem levar a perdas neuronais na região onde ocorrem, levantou-se a hipótese de existirem dificuldades no processamento mental da informação recebida auditivamente, o que poderia agravar ainda mais a qualidade de comunicação destes pacientes (MENEGUELLO et al 2006).

A Cirurgia de epilepsia, especialmente quando envolve a ressecção do lobo temporal não-dominante, pode influenciar no processamento de campo auditivos (Direção, timbre, afinação padrão e estrutura tonal) Meneguello et al (2006).

Ao perceber essa proximidade entre os elementos do cérebro envolvidos na epilepsia do lobo temporal e o processo auditivo surgiu o interesse pela revisão sistemática no que tange à epilepsia de difícil controle associada a um tratamento que envolva música e/ou musicoterapia, uma vez que, no que se refere à música, o trato auditivo é de relevante importância.

O processo de desenvolvimento desse tipo de estudo de revisão inclui: caracterizar cada estudo selecionado, avaliar a qualidade destes, identificar conceitos importantes, comparar as análises estatísticas apresentadas e concluir sobre o que a literatura informa em relação a determinada intervenção, apontando ainda problemas/questões que necessitam de novos estudos. (SAMPAIO, 2007).

Ao falar-se da musicoterapia como forma de tratamento da epilepsia do lobo temporal faz-se necessário recorrer à musicoterapia de base neurológica (MTN) definida como aplicação terapêutica da música para estimular mudanças nas áreas cognitivas, motoras e de linguagem após doença neurológica (THAUT, 2008, apud MOREIRA, 2012).

Entre as formas de tratamento de epilepsias de difícil controle encontram-se, o tratamento medicamentosos, a cirurgia do lobo temporal anterior, direito ou esquerdo, e recentemente o uso de experiências musicais. A presença de experiências musicais aparece no século XXI

como forma de tratamento dessa epilepsia (MAGUIRRE ,2012; BODNER et al,2012; CHANG LIN et al,2013; CHANG LING et al,2011; CHANG LIN et al,2014).

Deste modo realizar uma revisão sistemática sobre Epilepsia de difícil controle (epilepsia refratária) e a Musicoterapia como colaborativa no tratamento norteou este trabalho, tendo como objetivos específicos Investigar sobre epilepsia e epilepsia de difícil controle (epilepsia refratária); sobre suas formas de tratamento; sobre experiências musicais nas pesquisas de epilepsia de difícil controle e investigar sobre musicoterapia e epilepsia de difícil controle. A partir da revisão sistemática procurou-se evidenciar como a musicoterapia aparece como tratamento auxiliar nos casos dessa epilepsia e como se configuram as experiências musicais. Ao final do trabalho deseja-se responder à seguinte questão: Qual a eficácia da musicoterapia no tratamento de epilepsia de difícil controle?

Metodologia

Uma revisão sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/ intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras (SAMPAIO, 2007).

Uma revisão sistemática requer uma pergunta clara, a definição de uma estratégia de busca, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigo e acima de tudo uma análise criteriosa da qualidade da literatura selecionada (SAMPAIO, 2007).

O trabalho utilizou para busca as plataformas: BVS-Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed. Os descritores musicoterapia/música e epilepsia refratária (epilepsia de difícil controle) foram utilizados. Os dados foram organizados em tabelas seguindo os

seguintes critérios: 1) Para composição da tabela 01 os textos foram selecionados a partir dos descritores acima mencionados; 2) Para composição da tabela 02 foram selecionados entre os textos da tabela 01 aqueles cujos resumos continham a metodologia de trabalho, explanação a respeito dos resultados obtidos e apresentavam a música como forma de tratamento; 3) Foram selecionados para compor a tabela 03 os textos cujos resumos evidenciavam tratar-se de experiência no âmbito da musicoterapia ou no campo da música e medicina, além de deixar claro qual experiência musical utilizada (audição, composição, improvisação ou composição musical). Foram excluídas as revisões sistemáticas selecionadas na busca. Estas foram estudadas e serviram de base para a compreensão do contexto e análise dos dados considerados na escrita do artigo

Resultados

A resposta para a questão sobre a eficácia da musicoterapia no tratamento de epilepsia de difícil controle está permeada pela constatação da utilização da audição de obras musicais como remédio.

A busca na BVS – com os descritores musicoterapia, música e epilepsia de difícil controle revelou 28 textos, excluídos as revisões trabalhou-se com 26 textos. Estes foram organizados na tabela 01 quanto a título, revista, data de publicação, palavras chave, link, data de busca e autor. Os textos com resumo disponível, clareza da metodologia utilizada, clareza na exposição dos resultados alcançados e a presença da música como forma de tratamento compuseram a tabela 02. Na tabela 03 foram colocados os textos que apresentaram clareza no tipo de experiência musical, sua aplicação, além de evidenciar se estas experiências são vividas dentro do ambiente da musicoterapia ou música e medicina (fig. 01).

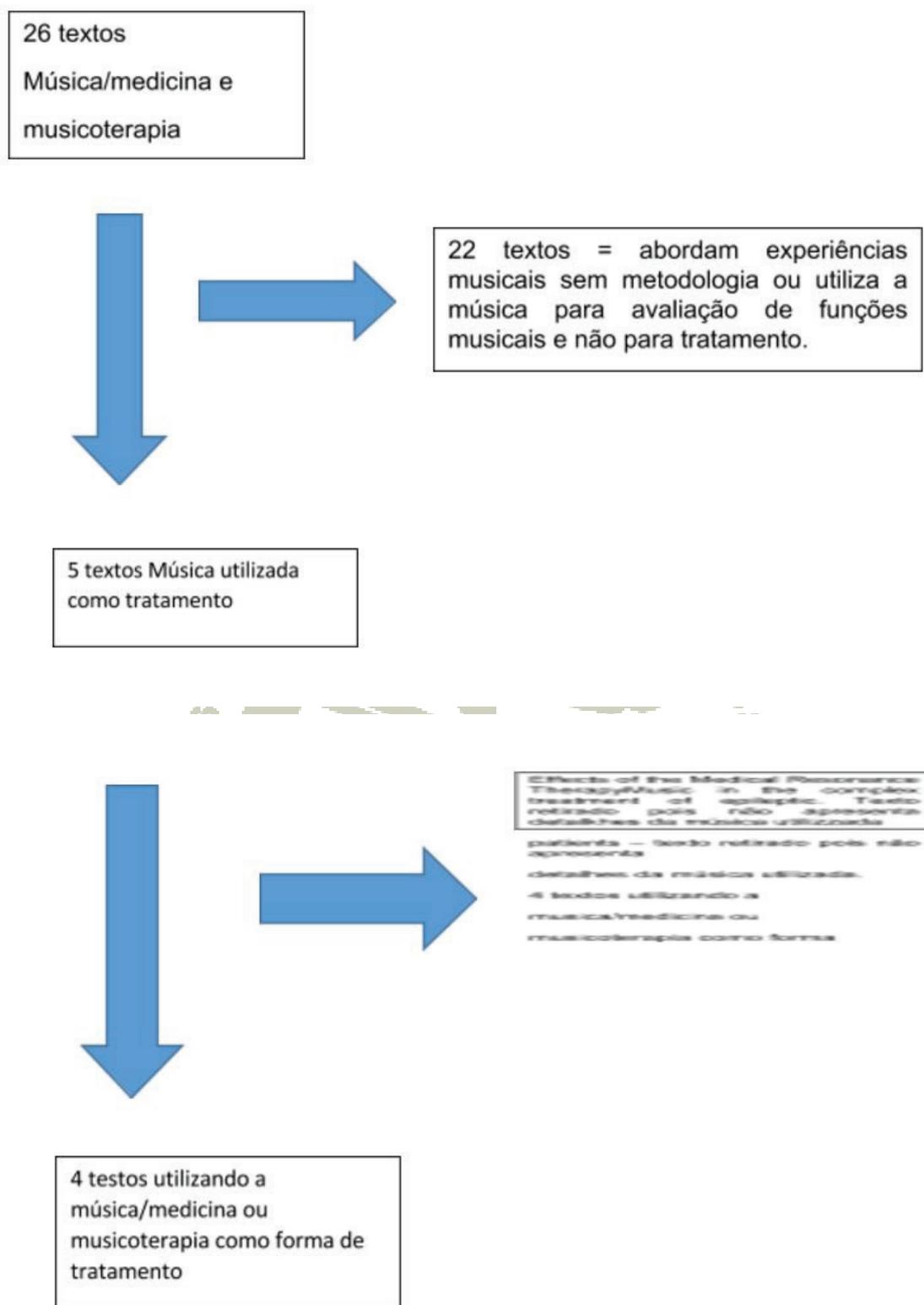


Fig 01: Organização das tabelas

Os vinte e seis (26) textos da tabela 1 apresentaram pesquisas onde a música é utilizada para: avaliar capacidades e competências musicais de pacientes com epilepsia ou a música sendo utilizada como forma de tratamento. Deste modo, alguns foram descartados

seguindo três critérios: abordavam a música como forma de avaliação de funções musicais e não como forma de tratamento; não apresentavam no resumo uma descrição da metodologia utilizada na realização do trabalho; e não apresentavam no resumo informações a respeito dos resultados obtidos.

No total foram separados 21 textos por não colaborarem na busca pela resposta da questão. Os cinco textos mantidos que compuseram a tabela 2, trouxeram resultados da aplicação da escuta musical, contudo, um deles era uma metodologia de terapia musical sem especificação de obra. Deste modo, a tabela 3 foi construída com quatro textos encontrados para download. O estudo desses textos partiu de categorizá-los entre, música / medicina e musicoterapia e foi norteado pela identificação de metodologia da aplicação da música com identificação da obra e se esta era a obra completa ou uma parte. As obras e as respectivas metodologias estão dispostas na fig. 02.

Mozart K.448 acts as a potential add-on therapy in children with refractory epilepsy (LIN et al, 2011)



Exposição à música de Mozart K.448 durante 06 meses, com registro de controle da crise 06 meses antes de iniciar o tratamento e durante o tratamento

e durante o tratamento

Parasympathetic activation is involved in reducing epileptiform discharges when to listening to Mozart music. (LIN et al, 2013)



EEG em três períodos: Antes, durante e depois de ouvir a Mozart K.448 (8min 22s) ou K.545(9 min 07s) de acordo com a preferência do paciente.

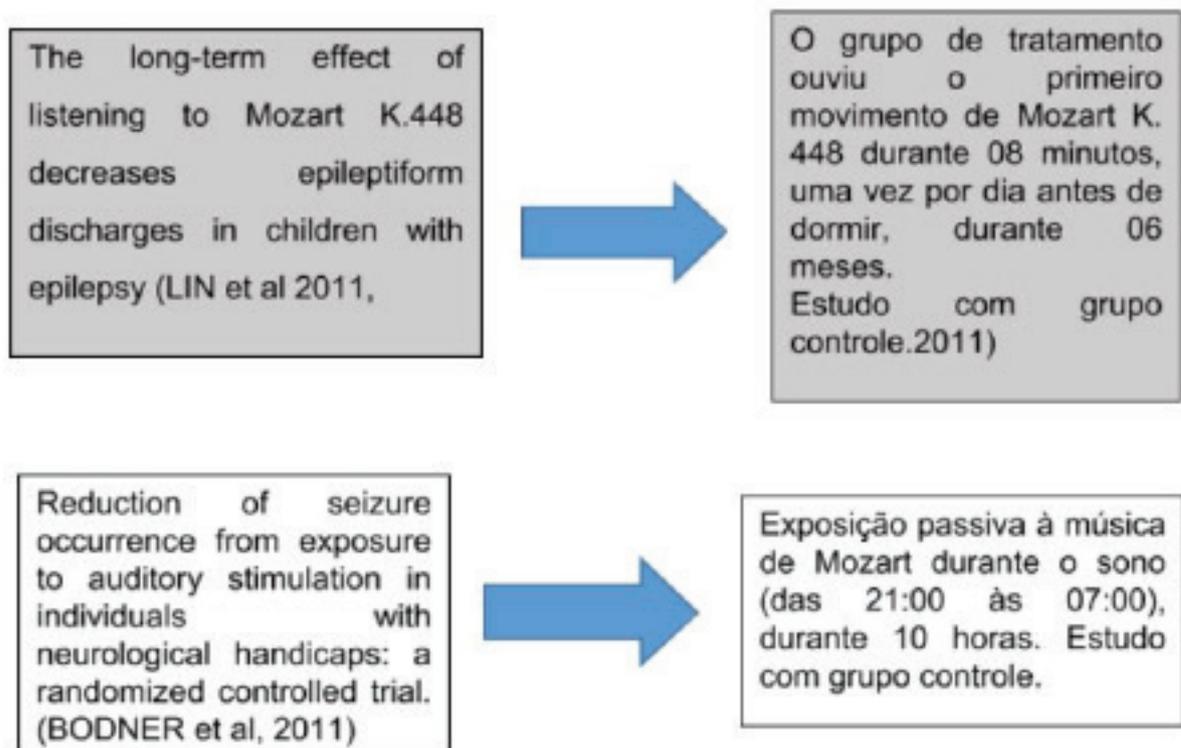


Fig. 02. Títulos dos artigos e metodologias de aplicação da experiência musical.

Os resultados encontrados por estas pesquisas apontam para a redução tanto no número de crises quanto no número de descargas epileptiformes: redução de 50% no número das crises em 72,7% dos pacientes (CHANG LIN et al, 2011); redução de 90,2% e redução de 82,6% no número de descargas epileptiformes após exposição à sonata K.448 e K.545 respectivamente (CHANG LIN et al, 2013); redução de 33% do número de convulsões nos participantes do grupo de tratamento tendo as crises diminuído em 80% dos participantes do estudo (BODNER et al, 2012); recorrência de crises de 22,7% no grupo de tratamento contra uma recorrência maior observada no grupo controle de 37,2% (CHANG LIN et al, 2014). Nos resultados dessas pesquisas aparecem argumentações teóricas para explicar os efeitos do som no cérebro. Como explicação para os resultados positivos obtidos no tratamento da epilepsia, duas ideias se destacam:

Participação do sistema dopaminérgico sendo ativado pela escuta musical:

“A exposição musical aumenta a expressão dos níveis de dopamina no cérebro” (AKYAMA, 2004, apud CHANG LIN et al,2013). Nos últimos anos, o papel de dopamina na fisiopatologia da epilepsia foi bastante documentado. Estudos mostraram a hipótese de que a deficiente

captação de dopamina no cérebro pode contribuir para a ocorrência de convulsões epiléticas (ODANO et al, 2012. apud CHANG LIN et al, 2013).

Estudos recentes com animais relatam que as convulsões diminuíram os níveis de dopamina no corpo estriado e áreas do hipocampo, que recebiam indução e/ou propagação de convulsões (SZYNDLER et al. 2010, CHANG LIN et al 2013).

Por todas essas ocorrências esta primeira teoria hipotetiza a ideia de que as audições musicais modificam as vias dopaminérgicas resultando em efeitos benéficos no tratamento da epilepsia.

A participação dos neurônios espelhos no processo de ativação cerebral:

Outra possibilidade é que o efeito Mozart pode ser medido através de circuitos sensoriais motores através dos neurônios-espelho, um tipo especial de neurônio que sofre modificação quando um indivíduo realiza uma ação e é exposto a estimulação visual/musical. (RIZZOLATTI, 2005; MOLNAR- SZAKACS e OVERY, 2006 apud CHANG LIN et al 2013).

Ao se fazer a categorização dos textos selecionados entre musicoterapia e música/medicina, nenhum texto foi identificado como sendo específico da área da musicoterapia, contudo a palavra musicoterapia é citada nas experiências e nos resultados (LUNG-CHANG et al. 2013). Estes textos foram mantidos também com base na definição de musicoterapia neurológica, já definida anteriormente como aplicação terapêutica da música para estimular mudanças nas áreas cognitivas, motoras e de linguagem após doença neurológica (THAUT, 2008, apud MOREIRA, 2012).

Todos os trabalhos selecionados para composição da tabela final, pelo sistema de revisão sistemática, elegeram a audição como experiência musical para realização dos tratamentos. As experiências musicais foram realizadas no período noturno, com intervalos regulares durante o sono, ou em período diurno acompanhado de exames de EEG/ECG e com resultados numéricos expressivos. A sonata de Mozart K.448 apareceu em todos os trabalhos.

A obra em referência é uma sonata composta em 1871, escrita para execução em dois pianos e com três movimentos musicais distintos, alegre, andante e molto alegre, respectivamente. Outra Sonata de Mozart, a K.545, também é citada como potencialmente

eficaz no tratamento da epilepsia e foi utilizada com audição diurna. A Sonata No. 16 para piano em dó maior, K.545, de Wolfgang Amadeus Mozart, foi descrita por ele próprio, em 1788, como “para iniciantes”. A sonata em questão também é conhecida pelo seu apelido *Sonata facile* ou *Sonata simplice*. A peça tem duração de 14 minutos aproximadamente e possui três movimentos musicais alegre, andante e rondó, respectivamente.

Embora vários trabalhos façam referência à Sonata de Mozart, em alguns casos, não se esclarece qual dos movimentos é utilizado durante a pesquisa. O efeito Mozart já é pesquisado durante vários anos mas ainda não apresenta resultado conclusivo. O primeiro indício do que viria a ser chamado “efeito Mozart” surgiu em 1989, quando um neurobiólogo americano simulou a atividade cerebral em um computador e decidiu transformá-la em sons, percebendo no ritmo do som cerebral aspectos semelhantes à música barroca. A partir deste ponto pensou em testar qual seria o efeito da música do compositor Mozart no cérebro dos ouvintes. Posteriormente, trabalhos utilizando aparelhos de ressonância magnética para mapear as atividades do cérebro ativadas pela música, mostraram que, além do córtex auditivo, a música também ativa partes associadas à emoção, coordenação motora, visão e outros processos mais sofisticados do pensamento, sem explicar a razão deste fenômeno. A composição usada como carro-chefe das pesquisas é a sonata para dois pianos, em ré maior, K.448, com destaques para a Sonata K.545, K.216 e K.218.

O processo de audição musical, na redução e crises epiléticas, se mostrou mais eficiente nos casos de pacientes com descargas generalizadas. Entre os pacientes que tiveram um efeito benéfico da música, aqueles com crises generalizadas tiveram uma incidência significativamente maior de descargas, quando comparados aos indivíduos que apresentavam convulsões focais.(CHANG LIN et al 2014).

Conclusão

Esses estudos ajudam a sintetizar a evidência disponível na literatura sob uma intervenção, podendo auxiliar profissionais clínicos e pesquisadores no seu cotidiano de trabalho (SAMPAIO, 2007). Na confecção da tabela 03 e análise dos textos verificou-se a

ausência de trabalhos específicos de musicoterapia. Os trabalhos acessados nesta revisão são todos do âmbito de música e medicina. Contudo a palavra 'musicoterapia' é usada no texto do Lung-chang et.al (2013, 2015).

Os resultados coletados nos artigos apontam para uma eficácia bastante considerável no que tange ao uso da música como tratamento auxiliar nos casos de epilepsia. Embora possa-se dizer que a música atua de maneira positiva, como coadjuvante no tratamento de epilepsia, estudos mais aprofundados são necessários uma vez que os mecanismos de redução ainda são hipotéticos e/ou obscuros.

Percebe-se, ainda, a necessidade da musicoterapia, como área de conhecimento, se apropriar de maneira mais efetiva destes estudos uma vez que o principal objetivo da profissão é promover a saúde do homem através das manifestações musicais ativas e/ou receptivas.

Referência bibliográfica:

BODNER, M;TURNER R.P; SCHWACKe J; BOWERS C; NORMENT C: Reduction of seizure occurrence from exposure to auditory stimulation in individuals with neurological handicaps: a randomized controlled trial. **PLoS One (on line)**. October 2011, V7.

DASTGHEIB SS; LAYEGH P; SADEGHI R; FOROUGHIPUR M; SHOEIBI A; GORJI A: The Effects of Mozart's Music on Interictal Activity in Epileptic Patients: Systematic Review and Meta-analysis of the Literature. **Curr Neurol Neurosci Rep** (2014) 14, 420

FERNANDES, M.J.S. **Epilepsia do lobo temporal: mecanismos e perspectivas**. Estudos avançados. vol.27 no.77 São Paulo 2013

GUILHOTO, L.M.F.F; MUSZKAT, R.S; YACUBIAN, E.M.T. Consenso terminológico da Associação Brasileira de Epilepsia. **Journal Epilepsy and Clinical Neurophysiol**, 2006; 12(3):175-177.

LIN L.C, LEE W.T, WANG C.H., WU H.C. TSAI C.L., WEI R.C., NOK, H.K., WENG ,C.F., LEE, M.W, et al: Mozart K.448 acts as a potential add-on therapy in children wuth refractory epilepsy. **Epilepsy Behav**, 2011, 20(3),490-493.

_____, WU HC, TSAI CL, WEI RC, MOK HK, WENG CF, LEE MW, YANG RC:The long-term effect of listening to Mozart K.448 decreases epileptiform discharges in children with epilepsy. **Epilepsy Behav**, 2011, 21(4),420–424.

_____, CHIANG CT, LEE MW, MOK HK, YANG YH, WU HC, TSAI CL, YANG RC: Parasympathetic activation is involved in reducing epileptiform discharges when listening to Mozart music. *Clin Neurophysiol* 2013, 124(8),1528–1535.

MAGUIRE MJ. Music and epilepsy: a critical review. **Epilepsia**. 2012;53, 947–61, 2012.

MENEGUELLO J; LEONHARDT F.D; PEREIRA L.D. Processamento auditivo em indivíduos com epilepsia de lobo temporal: **Rev Bras Otorrinolaringologia**, 2006;72(4), 496-504.

MOREIRA S.H; ALC NTARA-SILVA T.R.M; SILVA D.J.; MOREIRA M. Neuromusicoterapia no brasil: aspectos terapêuticos na reabilitação neurológica. Revista Brasileira de Musicoterapia Ano XIV nº 12 / 2012, p. 18-26.

SAMPAIO RF e MANCINI MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83- 89, jan./fev. 2007.

SAKAMOTO, A.C; LAGE J.S; GARZON E; YACUBIAN E.M.T. Avaliações de pacientes com epilepsias parciais refratárias às drogas antiepiléticas: **Rev. Neurociências** 8(2):

60-65, 2000



A AUDIÇÃO MUSICAL NAS ATIVIDADES LABORAIS E SUAS POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A MUSICOTERAPIA

Antonio Carlos Ferreira Lino¹
Lia Rejane Mendes Barcellos²

RESUMO: Esta pesquisa foi motivada pela observação do aumento expressivo da audição de música durante a realização de atividades laborais, por profissionais da área de Pesquisa e Desenvolvimento em Engenharia de Produção de Petróleo, prática realizada com fones de ouvido, permitindo a criação de atmosfera exclusiva e adequada às preferências do ouvinte. Objetivo geral: identificar a motivação para a prática e os resultados a ela atribuídos pelos ouvintes. Objetivos secundários: verificar, pela autoavaliação, durante períodos de audição e não-audição de música, o quanto essa prática afeta fatores comportamentais como: Motivação, Concentração, Criatividade, Capacidade de conclusão de tarefas e Sensação de bem estar. População: 375 profissionais da área, 265 de nível superior e 110 de nível técnico. Critérios de inclusão: todos que ouvem e não ouvem música durante o trabalho, desde que firmem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Critérios de exclusão: portadores de Deficiência Auditiva. Tipo de Estudo: exploratório descritivo. Análise dos dados: através do método Likert (1932). Pretende-se obter dados para aprofundar o estudo da utilização da música como auxílio na execução das atividades laborais, e para discutir a contribuição dos achados para a Musicoterapia Receptiva. Aguarda-se os trâmites que correm na Petróleo Brasileiro S/A para registro na Plataforma Brasil

Palavras chave: Música no Trabalho. Musicoterapia Receptiva.

1 Introdução

A música sempre esteve presente e influente ao longo da história da humanidade. Tão antiga quanto o Homem, a música primitiva tem sido utilizada para exteriorização de alegria, prazer, amor, dor, religiosidade e os anseios da alma. A música também foi ligada ao trabalho, quando tocavam tambores para marcar o ritmo das remadas escravas. A antiga prática de cantar durante a realização do trabalho também faz parte da história brasileira, sob a forma de Cantos de Trabalho, observada principalmente no meio rural. Esses cantos apresentam uma mescla cultural, desde tradições indígenas até influências europeias e africanas. A execução dos cantos marca o ritmo, promove o espírito de grupo, alivia o

1 Bacharelado em Musicoterapia (6º período) - CBM-CEU; Educação Profissional em Música - Escola de Música Villa-Lobos; Consultor Técnico em Projetos de Instalações de Petróleo e Gás e Técnicas de Garantia de Escoamento; Técnico de Projetos, Construção e Montagem; Projetista de Tubulações Industriais; Técnico em Mecânica e Tubulações Industriais. O cargo e as funções foram desempenhados na Petróleo Brasileiro S/A, no período de 1976 a 2015. E-mail: linenoac@terra.com.br

2 Doutora em Música (UNIRIO); Mestre em Musicologia (CBM-CeU); Especialista em Educação Musical (CBM-CeU). Graduada em Musicoterapia (CBM-CeU) e Piano (AMLF). Coordenadora e profa. da Pós-graduação e profa. do Bacharelado em Musicoterapia (CBM-CeU). Fundadora da Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco (CBM-CeU). Musicoterapeuta pesquisadora convidada da UFRJ-ME. Autora de livros, capítulos e artigos em vários países. Ex-Membro do Conselho Diretor da WFMT por dois mandatos. Ex-Editora para a AS do Voices (Noruega). E-mail: liarejane@gmail.com

desgaste emocional gerado por extensas, e em geral repetitivas, jornadas de trabalho³.

Atualmente entende-se, de forma geral, que a música no trabalho é utilizada como forma de conceder boa disposição na sua realização.

Através do desenvolvimento da tecnologia, têm sido produzidos e disponibilizados para a sociedade diversos equipamentos para reprodução de música.

Esses equipamentos são aprimorados, no sentido de melhorar a qualidade do som que produzem, reduzir suas dimensões, aumentar sua autonomia e provê-los de dispositivos de escuta individualizada, como é o caso dos fones de ouvido. Através do uso desses equipamentos é possível a escuta de música em qualquer ambiente, de forma reservada e individualizada, sem afetar o ambiente em que o ouvinte se encontra.

Assim, a audição de música está cada vez mais presente no cotidiano de nossas vidas, seja durante as práticas de esporte, no lazer, nas viagens, durante o estudo e durante a execução das atividades laborais.

A atual escuta de música no trabalho difere dos cantos de trabalho, na medida que passa a ser uma experiência individual, limitada à audição isolada. É uma experiência receptiva que, através da audição de repertório de preferência do ouvinte, permite a redução das dificuldades individuais e o alcance de motivações peculiares para o exercício de sua função.

A prática de escuta de música no trabalho é observada em diversas empresas de tecnologia e em particular no Centro de Pesquisas e Desenvolvimento Leopoldo A. Miguez - CENPES, órgão da Petróleo Brasileiro S/A⁴. Nessas empresas é visível uma aparência mais concentrada nos que ouvem música, o que estimula um estudo aprofundado sobre a audição de música e os efeitos gerados em seus usuários.

3 PINTO, Tales. Cantos de trabalho e a cultura nacional. <http://educador.brasilecola.com/estrategias-ensino/cantos-trabalho-cultura-nacional.htm>. Acesso em 10/2/2015

4 Local de trabalho do autor deste projeto, no período de maio de 1989 a maio de 2015

A música está presente em praticamente todas as atividades realizadas pelo ser humano e constitui-se no principal elemento ativo da Musicoterapia. Atualmente torna-se objeto de análises científicas, na área de neurociências, que buscam qualificar e quantificar seus benefícios na saúde.

O trabalho “Large-scale brain networks emerge from dynamic processing of musical timbre, key and rhythm” (2012), realizado por Alluri, Toiviainen, Jääskeläinen, Glerean, Sams e Brattico, utilizando o Imagiamento por Ressonância Magnética Funcional – fMRI, permitiu gravar as respostas do cérebro de indivíduos que ouviam o tango Argentino “Adios Nonino (PIAZZOLLA, 1959)⁵. Estes autores declaram ter mostrado pela primeira vez como as diferentes características da música ativam áreas emocionais, motoras e criativas do cérebro.

Utilizando sofisticados algoritmos computacionais, desenvolvidos especificamente para esse estudo, eles analisaram o conteúdo musical do tango, mostrando como os componentes rítmicos, tonais e tímbricos evoluem ao longo do tempo.

A comparação das respostas cerebrais com as características musicais levou a uma interessante nova descoberta: os pesquisadores identificaram que a audição da música não ativa somente as áreas auditivas do cérebro, mas também redes neurais de grande escala.

Por exemplo, eles descobriram que o processamento do pulso musical ativa áreas motoras do cérebro, apoiando a ideia de que música e movimento estão intimamente entrelaçados.

Foi verificado o envolvimento de áreas límbicas do cérebro, conhecidas por serem associadas às emoções, no processamento do ritmo e da tonalidade.

A música é utilizada para induzir estados emocionais e promover condições favoráveis para a saúde física e psicológica em ambientes clínicos. Entretanto ainda há muito que pesquisar sobre os seus efeitos neuroquímicos (CHANDA, Mona Lisa e LEVITIN,

5 ALLURI, Vinoo; TOIVIAINEN, Petri; JAASKELAINEN, Liro P.; GLEREAN, Enrico; SAMS, Mikko; BRATTICO, Elvira. Large-scale brain networks emerge from dynamic processing of musical timbre, key and rhythm. *NeuroImage* 15 February 2012 59(4):3677-3689, Jyväskylä, (Finland): Elsevier Inc

2013)⁶.

Diante dessas evidências justifica-se a continuidade da pesquisa sobre a audição de música durante a execução de atividades laborais, através do uso de fones de ouvido.

2 Justificativa

De maneira geral fazemos uso de diversas práticas, muitas vezes de forma intuitiva, por constarmos que facilitam a realização de tarefas e ajudam a melhorar a nossa qualidade de vida.

Isso se dá na área da alimentação, quando identificamos os alimentos que processamos melhor e nos proporcionam mais saúde; em práticas corporais como o alongamento espontâneo, o que nos permite aliviar tensões; na respiração, quando realizamos profundas inspirações e assim controlamos nossas emoções.

A audição da música enquadra-se no tipo de prática que realizamos, geralmente de forma intuitiva, buscando facilitar e até otimizar a realização de várias atividades e também proporcionar uma melhor qualidade de vida.

A audição da música ainda tem sido pesquisada em diversas áreas de atividade e mostrado resultados diferenciados, o que indica que novas áreas devem ser objeto de observação.

A pesquisa ora proposta está focada na coleta de informações na área de Pesquisa e Desenvolvimento em Engenharia de Produção de Petróleo, que, conforme observamos nos trabalhos consultados e citados nas referências, resultado de revisão da literatura, ainda não foi objeto de análise. Essa área é de particular interesse por ser fortemente demandante de concentração e criatividade e por também verificar-se que os profissionais que nela atuam praticam a audição de música durante a realização das tarefas laborais.

6 CHANDA, Mona Lisa e LEVITIN, Daniel J. The neurochemistry of music. Department of Psychology, McGill University, Montreal, Quebec, QC H3A 1B1, Canada, Trends in Cognitive Science. April 2013, Vol. 17 n° 4.

Trata-se de uma pesquisa do tipo Exploratória Descritiva porque visa proporcionar maior familiaridade com o tema, com vistas a aumentar o conhecimento sobre o mesmo, já que se trata de assunto ainda não explorado por pesquisadores que se debruçam sobre a audição musical.

Dessa forma, a pesquisa com esses profissionais, sob a visão Musicoterápica, pode contribuir com subsídios para a utilização da música como elemento terapêutico.

3 Objetivos

O objetivo geral da pesquisa, que será conduzida sob uma visão Musicoterápica, é identificar as principais motivações para audição de música durante a execução das atividades laborais e os resultados que são atribuídos a ela pelos profissionais da área de Pesquisa e Desenvolvimento em Engenharia de Produção de Petróleo.

Através dessa pesquisa pretende-se responder às seguintes questões sobre a audição de música durante as atividades laborais:

“Por que ouvem?, O que ouvem?, Por quanto tempo ouvem? e Que equipamentos de som utilizam?”.

Adicionalmente pretende-se verificar, através de um processo orientado de autoavaliação, durante três semanas, alternando semanas de audição, não audição e audição, o quanto a audição de música, com repertório a critério do ouvinte, no contexto do ambiente de trabalho, afeta os seguintes aspectos:

- Capacidade de conclusão de tarefas
- Concentração
- Criatividade
- Motivação, e
- Sensação de bem estar

Será verificada, a partir da análise dos dados, a possibilidade de que os resultados desta pesquisa venham a contribuir para o emprego da audição de música na

musicoterapia.

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para Petróleo Brasileiro S/A, apresentados aos profissionais do CENPES, para informá-los sobre os resultados da audição de música durante as suas atividades laborais e, por fim, serão utilizados na elaboração de Trabalho Acadêmico de finalização do Bacharelado em Musicoterapia.

4 Revisão Bibliográfica

Foi realizada uma revisão de literatura abrangendo as áreas de Musicoterapia, Neurociências e Psicologia, com foco em trabalhos que abordassem efeitos da audição da música de forma geral e, mais especificamente, durante a execução de atividades laborais.

5 Metodologia

A pesquisa será aplicada na empresa Petróleo Brasileiro S/A - Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Leopoldo A. Miguez de Mello, área de Pesquisa e Desenvolvimento em Engenharia de Produção de Petróleo - PDEP, localizado na Avenida Horácio de Macedo, 950 - Cidade Universitária – Ilha do Fundão – Rio de Janeiro.

Será contatada uma população de 375 profissionais, sendo 265 de nível Superior e 110 de nível Técnico, empregados da Petrobras e lotados no CENPES/PDEP. O autor do Projeto esteve inserido no ambiente onde a pesquisa se realizará, por ter sido lotado nessa unidade da Petrobras no período de maio de 1989 a maio de 2015.

Poderão participar todos os que ouvem e que não ouvem música durante as atividades laborais, que estejam motivados em participar da pesquisa e firmem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Uma vez inserido(a) na pesquisa o(a) empregado(a) deverá responder questionários elaborados de forma a se coletar dados adequados aos fins da pesquisa.

Será adotada a metodologia Likert para avaliar as respostas obtidas através dos questionários.

Os dados obtidos serão analisados e classificados levando em conta as especificidades dos participantes (idade, sexo, experiência profissional, etc). Em seguida serão comparados com as referências bibliográficas existentes e interpretados à luz do quadro teórico que orienta a pesquisa.

6 Cronograma

Este projeto deverá ser desenvolvido em 24 meses.

Considerações finais

Com a realização desta pesquisa serão disponibilizados mais dados para o aprofundamento do estudo da utilização da música como um instrumento facilitador na execução das atividades laborais e serão discutidas as possíveis contribuições destes achados para a Musicoterapia Receptiva.

A divulgação dos resultados da pesquisa para os profissionais do CENPES ampliará seus conhecimentos sobre a audição da música durante as atividades laborais, informando como essa prática é realizada, como pode ser aprimorada e vir a influenciar de forma intencional os aspectos comportamentais monitorados.

Referências bibliográficas

ALLURI, Vinoo; TOIVAINEN, Petri; JAASKELAINEN, Liro P.; GLERAN, Enrico; SAMS, Mikko; BRATTICO, Elvira. Large-scale brain networks emerge from dynamic processing of musical timbre, key and rhythm. **NeuroImage** 15 February 2012 59(4):3677-3689, Jyväskylä, (Finland): Elsevier Inc

CHANDA, Mona Lisa e LEVITIN, Daniel J. The neurochemistry of music. Department of Psychology, McGill University, Montreal, Quebec, QC H3A 1B1, Canada, **Trends in Cognitive Science**. April 2013, Vol. 17 n° 4.

PINTO, Tales. **Cantos de trabalho e a cultura nacional**. <http://educador.brasilecola.com/estrategias-ensino/cantos-trabalho-cultura-nacional.htm>. Acesso em 10/2/2015.



6 - MUSICOTERAPIA E ASPECTOS NEUROLÓGICOS

Comunicação Oral

LINGUAGEM E SOCIALIZAÇÃO: O TRABALHO MUSICOTERAPÊUTICO EM PESSOAS COM AFASIA¹

Isabela Carvalho Guerche²
Pierângela Nota Simões³

RESUMO: Este artigo teve como objetivo investigar os resultados do trabalho musicoterapêutico para a promoção da socialização da pessoa com afasia. Para isso foi realizada uma revisão bibliográfica sobre as temáticas “linguagem e socialização” e “musicoterapia e afasia”. A valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na afasia foi defendida, na compreensão de que o relacionamento social é, frequentemente, prejudicado por esse distúrbio. A partir da realização de uma entrevista semiestruturada com os familiares de uma pessoa com afasia que participou de atendimentos musicoterapêuticos no Centro de Atendimentos e Estudos em Musicoterapia “Clotilde Leinig” - CAEMT/UNESPAR foi possível constatar que a musicoterapia, de forma direta e indireta, é uma importante aliada no tratamento da afasia, pois a partir da reabilitação da linguagem, assim como da abertura de novos canais de comunicação, contribui para a promoção da socialização.

Palavras chave: Musicoterapia. Afasia. Linguagem. Socialização

INTRODUÇÃO

Sabemos que a linguagem está presente em todos os momentos do nosso dia. Recorremos a ela de tantas formas e sempre a temos a nossa disposição que, muitas vezes, nem percebemos sua importância. Muitas das suas funções podem ser apontadas, e assim, pretendemos destacar a função da socialização (DALGALARRONDO, 2000).

No entanto, essa capacidade pode ser comprometida, como acontece no caso das pessoas com afasia. Trata-se de um dos distúrbios mais comuns de linguagem, que por decorrência de uma lesão cerebral ocorre uma interferência no processamento da linguagem (NATIONAL APHASIA ASSOCIATION, s/d).

Então, estudos sobre a afasia revelaram novas descobertas, mostrando que, em

1 Artigo adaptado do trabalho de conclusão de Curso de Bacharelado em Musicoterapia, apresentado em 2014

2 Musicoterapeuta graduada no curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR – Campus de Curitiba II/FAP. Email: isabelaguerche@hotmail.com
2 Estudante do Bacharelado em Musicoterapia da Unespar/FAP, bolsista do programa de Iniciação Científica 2014-2015, Fundação Araucária

3 Fonoaudióloga, Especialista em Distúrbios da Comunicação, Mestre em Educação, Professora Assistente do curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR – Campus de Curitiba II/FAP, membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia. Email: pierangela@simoes.pro.br

alguns de seus casos, principalmente quando afetada a expressão verbal, encontra-se, muitas vezes, uma preservação na capacidade de cantar e de apreciar músicas (ROCHA; BOGGIO, 2013; LEINIG, 2008; SACKS, 2007), sendo possível dialogar a respeito dos benefícios da musicoterapia o atendimento de pessoas com afasia.

Nesse artigo não focalizamos na lesão cerebral que causou a afasia, mas sim, buscamos valorizar os aspectos subjetivos da pessoa que possui sua comunicação limitada, podendo causar, na mesma, sofrimento, frustração e isolamento (VIERIA, 2006; LEUNG, 2008; SACKS, 2007).

Para essa pesquisa realizamos, inicialmente, uma revisão de literatura com os temas “linguagem e socialização” e “musicoterapia e afasia”. A partir das informações obtidas na literatura foi elaborado um roteiro para entrevista semiestruturada com os familiares de uma pessoa com afasia que realizou atendimentos em musicoterapia, a fim de avaliar o papel do trabalho musicoterapêutico para a socialização do afásico.

Foi possível constatar que na literatura geral, inclusive no que se refere à da musicoterapia, o foco no trabalho de socialização em pessoas com afasia não tem se mostrado um tema frequente, fato que evidencia a relevância dessa pesquisa, na medida em que poderá indicar novos caminhos para a construção de um conhecimento acerca desse assunto.

Dessa forma, fomos, nesse artigo, em busca da resposta para a seguinte pergunta: quais resultados são possíveis de se obter diante do trabalho musicoterapêutico para a promoção da socialização da pessoa com afasia?

LINGUAGEM E SOCIALIZAÇÃO

Para o desenvolvimento desse artigo foi importante refletirmos sobre a linguagem, fenômeno que se faz presente em todos os momentos da vida do ser humano, acompanhando-nos desde o nascimento até a hora de nossa morte (FIORIN, 2008).

Assim, podemos apontar as cinco funções da linguagem que Dalgalarrondo (2000)

nos apresenta, tais sejam: 1- a função comunicativa, 2- a de suporte de pensamento, 3- como instrumento de expressão, 4- como afirmação do eu e 5- como dimensão artística e/ou lúdica. Sem dúvida todas essas funções são de grande importância para nós, contudo não pretendemos discorrer sobre todas elas. Dessa forma, a função comunicativa “que é a função que garante a socialização do indivíduo” (DALGALARRONDO, 2000, p. 142) será focalizada.

Escolhemos a socialização por concordarmos com a visão do sociólogo Simmel (1917, apud Grigorowitschs, 2008), em que a mesma é considerada a partir de qualquer forma de interação entre os seres humanos, já que “o mundo social é tido por um conjunto de relações, um todo relacional, relações em processo” (GRIGOROWITSCHS, 2008, p. 38). Diante disso, concordamos com o filósofo Merleau-Ponty no entendimento de que “é graças à linguagem que o ser humano pode apresentar-se no mundo e aos outros” (MARTINI, 2006, p. 105).

Mikhail Bakhtin também descreve sobre a linguagem, que para ele possui uma natureza social, dialógica, sendo esta, por meio da comunicação, “o instrumento de mediação entre o homem e a natureza e dos homens entre si” (CORRÊA; RIBEIRO, 2012, p. 333). Completando, Merleau-Ponty, mostrado por Martini (2006, p. 75):

Se considerarmos a fala não como um resultado de processos mecânicos do aparelho fonador, nem tradução do pensamento, mas como dimensão de nossa existência, que exprime o nosso modo de ser no mundo intersubjetivo, ela permite ultrapassar as causalidades das explicações científicas e as análises reflexivas. A partir de um sentido que lhe é próprio, de seu caráter vivo, produtivo, enquanto meio de criação de um modo individual e coletivo, realizado pelos sujeitos falantes, a fala reflete a capacidade que o sujeito tem de inventar, sendo ela “instrumento de conquista do eu pelo contato com o outro”. (MARTINI, 2006, p. 20).

Somado a isso Bakhtin defende que “a palavra pode desempenhar papel meramente complementar, uma vez que [...], a comunicação verbal é sempre acompanhada por atos de caráter não verbal, como um gesto, dos quais ela é muitas vezes apenas o complemento” (CORRÊA; RIBEIRO, 2012, p. 335).

Portanto, nós, como seres dotados de linguagem temos a mesma a nossa disposição

sem dificuldade para acessá-la. Contudo, a linguagem e conseqüentemente as interações sociais, podem apresentar-se prejudicadas em função de um comprometimento neurológico, como é o caso das pessoas com afasia, assunto que nos propomos discutir a seguir.

AFASIA

O comprometimento repentino da linguagem de uma pessoa que já a havia desenvolvido é estudado desde a Antiguidade.

Diante disso, propomo-nos a pensar: *o que é afasia?* A Associação Americana Nacional de Afasia (NATIONAL APHASIA ASSOCIATION, s/d, p. 2) nos responde essa pergunta dizendo que afasia é “um distúrbio da comunicação adquirido que interfere na habilidade da pessoa processar a linguagem, porém sem afetar a inteligência. [...] prejudica a habilidade de falar e de compreender outras pessoas [...]”.

A afasia é um dos distúrbios mais comuns de linguagem que tem maior ocorrência do que a paralisia cerebral, a doença de Parkinson e a distrofia muscular, por exemplo, sendo o AVC a causa mais comum. (NATIONAL APHASIA ASSOCIATION, s/d).

Nos últimos anos, um novo olhar sobre a afasia tem surgido, com críticas sobre o modo como esse distúrbio tem sido tratado pela medicina, de forma a acentuar o cérebro e a linguagem, em que “a doença ganha um corpo, mas o doente perde seu corpo [...]” (VIEIRA, 2006, p. 242), o que mascara “*questões relacionadas à linguagem e aos efeitos subjetivos que as afasias promovem*” (VIEIRA, 2006, p. 235).

A valorização da subjetividade da pessoa que se encontra em um quadro afásico é a posição apoiada pelo presente artigo, pois “estar sem a possibilidade da linguagem – ler, escrever, falar e entender – é o que traz sofrimento ao doente” (VIERIA, 2006, p. 243):

A afasia compromete o indivíduo nos aspectos social, familiar, profissional e sexual, ocasionando-lhe perda do poder, alteração da condição econômica e das relações interpessoais, tornando o indivíduo afásico marginalizado por estes fatores estigmatizantes que interferem nos papéis que o sujeito ocupa na coletividade e na sua própria capacidade de exercê-los. (LAMÔNICA; PEREIRA, 1998, p. 106).

Diante desse panorama, percebe-se que a qualidade de vida, um conceito subjetivo

que envolve “as percepções individuais positivas e negativas do estado físico, psicológico e social, a posição na vida, o contexto cultural e sistema de valores em que o sujeito vive relacionado a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (PUTNOKI; HARA; OLIVEIRA; BEHLAU, 2010, p. 485), muitas vezes está comprometido na vida das pessoas com afasia dificultando, dentre outros aspectos, suas relações sociais.

MUSICOTERAPIA

Apresentaremos agora a musicoterapia como possibilidade de tratamento para a pessoa com afasia que, ao encontro da posição de subjetividade descrita acima, procura trabalhar e valorizar os aspectos pessoais de cada um, assim como suas interações sociais.

Além dos aspectos que acabaram de ser citados, estudos demonstraram que em algumas pessoas com afasia, principalmente quando afetada a expressão verbal, encontra-se, comumente, uma preservação na capacidade de apreciação musical e até para cantar, mesmo com as dificuldades na fala (ROCHA; BOGGIO, 2013; LEINIG, 2008, 1977). Este canto pode possibilitar a expressão de pensamentos e sentimentos, refletindo em sua vida emocional, pois

Ser capaz de cantar palavras pode ser muito tranquilizador para tais pacientes, pois mostra-lhes que suas habilidades de linguagem não estão irreversivelmente perdidas, que as palavras ainda estão “neles”, em algum lugar, embora seja preciso música para fazê-la aflorar. (SACKS, 2007, p. 211).

Tais argumentos elegem a musicoterapia como uma opção no tratamento para pessoas com afasia, pois, pode-se afirmar que musicoterapia é “uma terapia autoexpressiva, que estimula o potencial criativo e a ampliação da capacidade comunicativa” (MILLECCO FILHO; BRANDÃO; MILLECCO, 2001, p. 110).

Assim, podemos abordar alguns objetivos trabalhados na musicoterapia com o afásico, Leinig (1977, p. 110-111) aponta os seguintes: “elevar o ânimo do paciente, proporcionando-lhe novos interesses; aumentar as unidades da fala intencional [...]; promover descarga emocional; promover a socialização [...] e desenvolver a memória tonal”. Convém ressaltar que esses objetivos não são únicos e nem temos a pretensão de

cristalizá-los; como dissemos, é preciso olhar para as subjetividades. Contudo, os mesmos permitem-nos visualizar não apenas a relação musicoterapia-afasia, mas também seu foco na socialização, como será comentado a seguir.

O primeiro objetivo está relacionado à reabilitação da linguagem, principalmente a linguagem verbal, e para falar dele voltaremos à capacidade de cantar frequentemente preservada no afásico. Sendo incentivada, pelo musicoterapeuta, a dicção de palavras presentes nas canções, uma vez que, “[...] ao cantar é necessário uma maior carga de expressão, os músculos faciais são mais utilizados [...]” (SILVA, 2004, p. 5).

Isto posto, podemos abordar o segundo objetivo musicoterapêutico referente à expressão e a comunicação da pessoa com afasia, porque a musicoterapia está diretamente relacionada à interação social e “a razão [disso] é que criar e escutar música é um meio natural e fácil de relacionar com os outros” (BRUSCIA, 2000, p. 69).

Nesse aspecto concordamos com Sousa (2007) que relata a possibilidade da música, por exemplo, expressar sentimentos e emoções sendo um meio de comunicação. Esta característica da música, a nosso ver, é bastante trabalhada na musicoterapia, “pois a abertura de canais de comunicação é um dos seus principais objetivos” (SOUSA, 2007, p. 19).

Também, convém mencionar que, como mostraram Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001), os diálogos musicais realizados na musicoterapia entre os membros do grupo e/ou entre terapeuta e cliente abrem espaço para a expressão e a comunicação e, assim, quando a música é “utilizada como forma não-verbal, ela pode substituir a necessidade de palavras e desse modo fornecer uma forma segura e aceitável de expressão de conflitos e sentimentos que seriam difíceis de expressar de outro modo.” (BRUSCIA, 2000, p. 71).

CAMINHOS METODOLÓGICOS

A fim de avaliar o papel da musicoterapia para a socialização e comunicação da

pessoa com afasia foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada para a realização de uma pesquisa de campo. A opção da entrevista se deu pela “maior oportunidade para avaliar atitudes, condutas, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como diz: registro de reações, gestos etc.” (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 200).

O roteiro foi utilizado para entrevistar familiares de pessoas com afasia que tivessem realizado atendimentos musicoterapêuticos no Centro de Atendimentos e Estudos em Musicoterapia “Clotilde Leinig” - CAEMT da UNESPAR – Campus de Curitiba/FAP nos últimos 18 meses. Com essa delimitação foi encontrado 1 (um) caso correspondente.

A partir do embasamento teórico desenvolvido na revisão de literatura foi elaborado, para a entrevista, um roteiro com questionamentos sobre as mudanças percebidas na rotina, na comunicação e no relacionamento social de seu familiar depois do acometimento cerebral que causou a afasia e, também, sobre sua percepção a respeito do trabalho musicoterapêutico.

Após a aprovação do comitê de ética CEP/FAP sob o parecer nº 653.119, entramos em contato com a família do Sr. João⁴, pela intermediação da estagiária de musicoterapia que o tinha atendido, sendo que eles permitiram sua realização e ofereceram sua casa para nos receber.

A entrevista foi realizada na varanda, por ser um espaço mais amplo do que a sala, e teve duração de trinta minutos, sendo a mesma gravada e transcrita posteriormente. Foram, também, registradas reações, dificuldades e outras manifestações advindas dos entrevistados. Nossa proposta inicial era entrevistar apenas um familiar, contudo, além da esposa e da filha, Sr. João esteve presente, respondendo, muitas vezes, as perguntas voluntariamente.

Sr. João, atualmente com 74, anos foi acometido por um AVC isquêmico em agosto de 2013, tendo sido diagnosticado com afasia de Broca não fluente e apresentado dificuldades motoras em seu lado direito, especialmente na perna. Ainda no hospital

4 Nome fictício.

começou os atendimentos em musicoterapia que depois foram continuados na sua residência e, posteriormente, transferidos para o CAEMT. Os atendimentos totalizaram 48 sessões no período de 19 de agosto de 2013 a 5 de dezembro de 2013. É importante informar que a musicoterapia foi o único tratamento realizado por Sr. João.

A maior parte das respostas foi dada pela esposa do Sr. João que o fez de forma breve e objetiva. A partir da análise das respostas percebemos que na percepção do Sr. João, de sua esposa e de sua filha, a musicoterapia pode contribuir de forma direta – relacionada aos objetivos alcançados *no desenvolvimento do trabalho musicoterapêutico* – e de forma indireta – relacionada aos objetivos alcançados no entorno do trabalho musicoterapêutico.

QUADRO 1.0 – CONTRIBUIÇÕES DA MUSICOTERAPIA DE ACORDO COM A PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS.

DIRETAS	INDIRETAS
Melhora na comunicação	Restauração da autonomia
Promoção da socialização	Recuperação da rotina

Como mostrado no quadro acima, alguns objetivos alcançados no tratamento musicoterapêutico foram pontuados; a melhora na comunicação, que foi relatada inclusive pelo próprio Sr. João, constituiu-se a contribuição mais referida na entrevista, visto a dificuldade que o mesmo tinha para interagir verbalmente, percebendo uma melhora nesse aspecto.

Nesse ponto, o canto apareceu como um recurso importante para tratamento do Sr. João, conforme apontado por Leinig (1997) a respeito de sua predominância no trabalho da musicoterapia com afásicos, sendo considerado pelos entrevistados um momento de prazer: *“ele gostava quando ela [estagiária] vinha, ficava cantando com ela. Era muito bom... a gente gostou” (esposa).*

A socialização também foi citada, uma vez que, pelo relato da esposa do Sr. João,

houve mudanças no seu relacionamento social. Assim, a estagiária se constituiu como uma das primeiras pessoas fora do círculo familiar com quem Sr. João interagiu depois do episódio do AVC.

Para a realização da terceira etapa dos atendimentos do Sr. João foi necessário seu deslocamento de casa para o CAEMT. Essa questão foi levantada por sua filha: *“Foi bom ele sair, ele se distraía [...] ele começou a sair sozinho para ir pra faculdade”*. Logo, percebemos a restauração da autonomia do Sr. João, o primeiro momento, depois do AVC, em que o mesmo se locomoveu sozinho, desencadeando no retorno de suas atividades cotidianas, voltando a trabalhar, aspecto que influenciou para o término dos atendimentos musicoterapêuticos, e a frequentar a igreja.

Ademais, notamos, como algo muito relevante, o vínculo estabelecido entre Sr. João e sua família para com a estagiária, que foi bastante intenso e significativo, apesar dos atendimentos terem transcorrido durante um curto período de tempo. Tal fato nos revela que não apenas o Sr. João foi beneficiado pela musicoterapia, mas também sua família. Este acontecimento confirma a proposição de Sacks (2007) sobre a essencialidade, principalmente no que se refere a distúrbios linguísticos, da relação terapeuta-paciente para os resultados da musicoterapia, como nos disse Sr. João *“A [estagiária] é como se fosse da minha família”*.

REFLEXÕES FINAIS

Diante dos pontos apresentados neste artigo, percebemos a relevância em se ampliar os estudos que englobem os aspectos subjetivos e, mais especificamente, os sociais da vida da pessoa com afasia, que não tem sido abordado com a mesma ênfase da reabilitação da linguagem.

A linguagem tem como uma de suas funções a comunicação, sendo através dela que a socialização é constituída, ou seja, a nossa capacidade de relacionamento com outras pessoas. Logo, imaginemos o impacto da afasia na vida de uma pessoa que de repente teve interrompida a capacidade de se comunicar. Vem a pergunta: *E agora?*

A transformação que a afasia provoca na vida da pessoa é devastadora; Por isso, concordamos com a importância de um olhar para além da lesão cerebral e da linguagem. Dessa forma, parece-nos preciso assinalar essa postura para com os profissionais que atuam no tratamento das pessoas com afasia, como no caso do trabalho musicoterapêutico. Os objetivos da musicoterapia que mais ressaltamos foram a reabilitação da linguagem e a abertura de novos canais de comunicação, trabalhados por meio das experiências sonoro-musicais, em especial, o canto. É importante lembrar que um objetivo não substitui o outro, ambos se complementam, proporcionando, dentre outras contribuições, a promoção da socialização dessa pessoa.

A entrevista realizada com o Sr. João e seus familiares nos proporcionou uma aproximação da realidade estudada. Os objetivos percebidos e a abordagem escolhida pela estagiária complementaram-se aos descritos na literatura. Contudo, uma questão nos saltou aos olhos: a qualidade da relação terapeuta-paciente estabelecida durante o processo. Além disso, o trabalho musicoterapêutico foi significativo para Sr. João e sua família, no que se refere ao enfrentamento das sequelas do AVC e na reestruturação familiar, através da restauração da comunicação, socialização, autonomia e rotina.

Portanto, defendemos a postura de valorização dos aspectos subjetivos que envolvem esse distúrbio, perpassando os objetivos de reabilitação da linguagem, com uma escuta atenta sobre a qualidade de vida das pessoas com afasia. Encontramos, também, na musicoterapia um caminho eficiente e condizente a nossa percepção para o tratamento do afásico, possibilitando, dentre outros objetivos, a promoção da socialização.

Referências Bibliográficas

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. Tradução de: CONDE, M. V. F. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CORRÊA, G. T.; RIBEIRO, V. M. B. Dialogando com Bakhtin: algumas contribuições para a compreensão das interações verbais no campo da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v16, n41, 2012, p331-341. Disponível em: <www.scielo.com> Acesso em: 16/07/2014.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto alegre: Artmed, 2000.

FIORIN, J. L. Linguagem e interdisciplinaridade. **Alea**, Rio de Janeiro, v10, n1, 2008, p28-53. Disponível em: <www.scielo.com> Acesso em: 01/07/2014.

GRIGOROWITSCHS, T. O conceito “socialização” caiu em desuso? Uma análise dos processos de socialização na infância com base em Georg Simmel e George H. Mead. **Educ. Soc.**, Campinas, v29, n102, 2008. Disponível em: <www.scielo.com> Acesso em: 7/8/2014.

LAMÔNICA, D. A. C.; PEREIRA, A. C. M. M. Implicação da afasia no âmbito afetivo-social. **Mimesis**, Bauru, v19, n2, p105-117, 1998. Disponível em: <http://www.usc.br> Acesso em: 01/07/2014.

LEINIG, C. E. **A música e a ciência se encontram: um estudo integrado entre a música a ciência e a musicoterapia**. Curitiba. Juruá, 2008.

LEINIG, Clotilde E. **Tratado de musicoterapia**. São Paulo: Sobral editora técnica artesgráficas Ltda, 1977.

LEUNG, M. A Collaboration Between Music Therapy and Speech Pathology in a Paediatric Rehabilitation Setting. **Voices**, v8, n3, 2008. Disponível em: <https://voices.no> Acesso em: 10/06/2014.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2007.

MARTINI, O. A. Merleau-Ponty: corpo e linguagem - a fala como modalidade de expressão. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2006.

MILLECCO FILHO, L. A.; BRANDÃO, M. R. E.; MILLECCO R. P. **É preciso cantar: musicoterapia, cantos e canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

NATIONAL APHASIA ASSOCIATION: Perguntas e respostas sobre Afasia... Disponível em <http://www.aphasia.org/docs/Aphasia%20Brochure_Portugese.pdf> Acesso em: 01 de agosto de 2014.

PUTNOKI, D. de S.; HARA, F.; OLIVEIRA G.; BEHLAU, M. Qualidade de vida em voz: o impacto de uma disfonia de acordo com o gênero, idade e uso vocal profissional. **Rev. soc. bras. fonoaudiol. [online]**, v15, n4, p485-490, 2010. Disponível em: <www.scielo.com> Acesso em: 23/7/2014.

ROCHA, V. C.; BOGGIO, P. S. A música por uma óptica neurocientífica. **Per Musi**, Belo Horizonte, n27, 2013, p132-140. Disponível em: <www.scielo.com> Acesso em: 17/6/2014.

SACKS, Oliver. **Alucinações musicais: relatos sobre a música e o cérebro**. Tradução: MOTTA, L. T. São Paulo. Companhia das letras, 2007.

SILVA, R. S. **A canção como recurso terapêutico na reabilitação da afasia**. Disponível em <<http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/artigo//2004%20%20Rosana%20Saldanha%20Silva%20A%20cancao%20como%20recurso.pdf>> Acesso em: 20/05/2014.

SOUSA, T. P. de. **A musicoterapia como auxílio na comunicação de pessoas com deficiência mental**. Monografia (Graduação em musicoterapia) – Escola de música e artes cênicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007.

VIEIRA, C. H. Sobre as afasias: o doente e a doença. In: LIER-DE-VITTO, M. F; ARANTES, L. (Org.). **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**, São Paulo: EDUC, 2006. p. 235 – 246.

A MÚSICA COMO UM ESTIMULADOR COGNITIVO NO ENVELHECIMENTO¹

Celina Amalia Vettore Maydana²

RESUMO: De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, cerca de 12% da população – 24 milhões – são idosos, o que tem estimulado pesquisas. Como proporcionar certo grau de independência e ausência de solidão ou depressão nesta parcela da população? Neste sentido, a música tem sido pesquisada na perspectiva da neurociência, surgindo como uma ferramenta importante. A música é capaz de estimular o cérebro de uma forma ampla, com respostas satisfatórias tanto no que concerne à cognição quanto ao desempenho social. O objetivo desta revisão bibliográfica é o estudo do processamento da música no cérebro, as relações da música com a cognição e a correlação entre a música, as neurociências e o envelhecimento. Esta pesquisa está de acordo com as áreas práticas de Bruscia, que considera a música e suas múltiplas facetas como um estimulador cognitivo. Com base nestes estudos, verificou-se que a música interfere nas regiões cerebrais, estimulando movimentos e reações entre tantas outras possibilidades, promovendo o desempenho de atividades da vida diária e de funções cognitivas. Estas possibilidades trouxeram nova visão da “velhice”, não mais atrelada à doenças. Viver melhor se tornou um desafio para a humanidade que busca incessantemente meios para que o desafio se torne realidade

Palavras chave: Música. Cérebro. Neurociências. Envelhecimento.

Introdução

O declínio cognitivo no envelhecimento é atualmente uma das grandes preocupações das sociedades, que buscam incessantemente conhecer os mecanismos da cognição como a memória, a linguagem, a atenção e as funções executivas, que podem ser afetados no processo de envelhecimento. Neste processo, ocorre o envelhecimento cerebral com a atrofia de grupos neuronais, redução da atividade sináptica, aumento da atividade glial, diminuição de determinados grupos de receptores e acúmulo de produtos metabólicos (Kieling et al apud Carey, 2003). Associado ao envelhecimento biológico, onde ocorre um declínio na habilidade do organismo em responder a mecanismos estressores, um somatório de fatores que interagem desde a biologia molecular até os sistemas reguladores (Kieling et al apud Franceschi et al, 2000) são amplamente investigados como possíveis causas da senilidade. Dentro destas investigações, nas últimas décadas, estudos da Neurociência tem se dedicado a compreender a relação entre música e sistema nervoso (ROCHA & AMP;

¹ Trabalho apresentado como conclusão do curso de Neurociências aplicada a Longevidade, IPUB-UFRJ, sob a orientação da Dra Bruna Velasques

² Médica ginecologista e obstetra. Especialização em Obstetrícia, Homeopatia, Sexualidade Humana, Musicoterapia e Neurociências. Além do atendimento médico e em musicoterapia, atua como professora de piano, pianista/violoncelista da Orquestra Violinos Imperiais do Centro de Artes Suzuki. É uma das regente do Coral Usimed em Petrópolis. Contato: cmydana@compuland.com.br

BOGGIO, 2013), surgindo como um fator importante na manutenção da cognição no processo de envelhecimento, mas sabe-se da importância que tem desde a mais tenra idade, ou melhor, desde a “barriga da mamãe”. Pesquisadores e neurocientistas do Canadá como Zatorre, Peretz e Levitin, dedicam-se incessantemente a este estudo, mas ainda há poucos trabalhos publicados no Brasil.

Processamento cerebral da música

Por ser o aparelho auditivo o primeiro a ser formado no processo de desenvolvimento fetal, talvez seja a razão da importância que tem no comportamento humano, mas quando à esta gama de informações auditivas se acoplam as visuais, tudo se torna mais intenso, aumentando sobremaneira o número de respostas cerebrais. Estudos comprovaram que os bebês conseguem decodificar melodia, ritmo e tom, armazenando na memória o que escutam enquanto crianças, além de sinalizarem quando há alteração de qualquer nota em um acorde. Em épocas passadas, a música foi proibida em vários momentos, pois era considerada responsável em estimular conceitos, comportamentos e dúvidas chegando até à malignidade, através de seus elementos fundamentais como a **intensidade**, a **altura**, o **contorno**, a **duração** ou **ritmo**, o **andamento**, o **timbre**, a **localização espacial** e a **reverberação**. Todos estes elementos quando em conjunto estabelecem relações significativas, dando origem a conceitos considerados mais elevados como **métrica**, i.e como as notas são agrupadas no tempo, tonalidade, de cunho mental e individual, diz respeito à hierarquia entre as notas; melodia (tema principal da música) e **harmonia**, observada pela relação entre as diferentes alturas das notas utilizadas e que podem ou não gerar expectativas (LEVITIN, 2006; LEVITIN, 2010).

Outro importante aspecto a ser considerado além das notas que soam, são as notas que não soam, ou seja, o espaço entre as notas, na medida que provoca expectativa, um “ar”, conferindo à música um papel de estimuladora cerebral até no silêncio. A este espaço, onde as notas não soam, i.e., o não-ser, dá-se o nome de pausa, sendo esteticamente intencionado e não uma simples lacuna em meio a um intrincado complexo de sons. Sabe-se que a pausa é uma necessidade biológica do ser humano, tendo como uma das funções

a de regeneração. Na música a pausa tem como funções a respiração e a regeneração para outra frase melódica ou como resolução para o repouso, dependendo de sua localização numa linha melódica, o que lhe confere um caráter de expressividade semelhante à pontuação linguística. Indo do ruído ao silêncio, impressiona o indivíduo em seu todo, estimulando reações as mais variáveis (IMAGUIRE, 2009, SEKEFF, 2002).

Em confirmação a estas considerações, Sekeff concorda com Merrian e Yepes (2002), quando afirma que a música tem função simbólica pelo menos quanto à representação de coisas como valores culturais e comportamento humano. O ouvir música, desenvolve competências quanto à sensibilidade musical em três níveis: intuitivo quando constitui-se do patrimônio cultural do indivíduo, através do dispositivo psicofísico- musical traduzido por audição, memória, fonação e motricidade, afetivo através do estado emocional, que inclui resposta emocional e impulso originário do feito musical e intelectual, que registra, retém, compara e contextualiza.

O ato de ouvir, se inicia nas estruturas sub-corticais - núcleos cocleares, tronco cerebral, cerebelo – avançando em seguida para o córtex auditivo de ambos os lados do cérebro. Acompanhar uma música, requer mobilização de outras regiões, como o hipocampo (centro da memória) e subseções do lobo frontal especialmente o córtex frontal inferior. O volume é processado numa rede de circuitos neurais desde o tronco cerebral e colículo inferior (área de convergência de fibras auditivas) até ao lobo temporal. O ritmo e o tempo para ser acompanhados (mental ou fisicamente) mobilizam os circuitos de regulação temporal do cerebelo e gânglios basais. A sincronização de movimentos com a música através do ritmo, é uma característica particular dos humanos. A diferenciação entre os timbres de vários instrumentos é processada em regiões bem definidas como o giro posterior de Hesch e o sulco temporal superior. Localizar sons e perceber sua distância são regidos por uma rede que demonstra diferenças no tempo de chegada interaural, mudanças no espectro frequência e no espectro temporal, como acontece na reverberação. Fazer música – tocando, cantando ou regendo – mobiliza os lobos frontais do comportamento, o córtex motor do lobo parietal e o córtex sensorial quando é necessária resposta tátil. Ler

uma partitura, envolve o córtex visual no lobo occipital. Ouvir e lembrar mobiliza centros da linguagem como área de Broca e Wernicke além de outras no lobo temporal e frontal Em nível mais profundo, emoções estão relacionadas a estruturas do vernix cerebelar e à amígdala (LENT, 2010; LEVITIN, 2010, 2012). Ouvir música aprimora e altera circuitos neurais, incluindo a densidade das conexões dendriformes no córtex auditivo primário, ativa circuitos de recompensa e prazer no núcleo acumbente, área tegumentar ventral e amígdala, modulando a produção de dopamina (ibidem 2012).

Todos estes processos observados por importantes pesquisas e experiências, tem demonstrado que o treinamento musical principalmente o que se inicia em torno de 7 anos de idade, promove importantes modificações no cérebro, aumentando não somente o tamanho, como também a conectividade entre as sinapses. Ativação dos neurônios-espelho nas áreas frontais e parietais do cérebro, importantes para a cognição humana em relação à processos cognitivos e emocionais, respostas fisiológicas mais amplas, maior atividade das áreas associativas cerebrais, aumento da neurogênese e a diminuição da perda neuronal, i.e. apoptose funcional, foram também constatadas como reais e essenciais para a cognição, promovendo ainda respostas na área afetiva, quando da exposição precoce à música e à educação musical (MUSKAT, 2012).

Estudos na Universidade de Harvard pelo neurocientista Gottfried Schlaug, demonstraram que a parte frontal do corpo caloso que liga os dois hemisférios cerebrais é significativamente maior nos músicos, reforçando a ideia de que a atividade musical recruta áreas neurais dos dois hemisférios (LEVITIN, 2010, MUSKAT, 2012).

Por todas as propriedades da música aqui explanadas, a música tem sido considerada por muitos pesquisadores através de exames complementares como o mais completo laboratório experimental para o cérebro, pois, havendo música para todos os gostos, satisfaz praticamente todas as necessidades do ser humano, sendo considerada como plantadora de sementes no cérebro através da audição.

O tocar, é a atividade conhecida que mais utiliza e ativa o cérebro. Ler uma partitura envolve aspectos espaciais quando ativa os lobos parietais e occipital Planejamento motor

ativa o cerebelo, lembrar exatamente onde está (na música) e a antecipação do que virá em seguida ativa o hipocampo e o córtex pré-frontal. Além disto, o sistema atencional é estimulado. Cantar em conjunto libera ocitocina, hormônio produzido no hipotálamo, que desencadeando sentimentos de confiança e intimidade, produzem laços sociais e geram respostas sociais em grupos, promovem a coesão.

Aspecto não menos importante observado nesta experiência está relacionado à imaginação. Foi constatado que a imaginação ativa o corpo caloso, porém quando a ela se associa o aspecto visual, a ativação é mais intensa no córtex visual. Imagens cinestésicas, i.e., a sensação de estar executando movimentos, são induzidas na mente pela audição musical, podendo ser percebidas quase como reais. (SEKEFF, 2002)

Pode-se dizer então que a linguagem musical, através de todos os parâmetros, não somente atinge o prazer estético, podendo ser um recurso de **expressão** quando engloba sentimentos, ideias, valores, cultura e ideologia, de **comunicação**, do indivíduo consigo mesmo e com o meio, de **mobilização** física, motora, afetiva, intelectual, de gratificação psíquica, emocional e artística, de **auto realização** a partir da criação enquanto compõe ou improvisa, da **recriação**, quando interpreta, canta, toca ou lê, ou apenas enquanto aprecia pelo prazer da escuta. Dalcroze, considerado o criador da rítmica, concorda com estas considerações afirmando que a música colabora na formação plena da personalidade, além de ter a capacidade de reintegrar indivíduos à sociedade (SEKEFF, 2002).

A partir de todas estas informações, percebe-se que muito se tem estudado a respeito da música e sua influência no funcionamento cerebral, e, a partir do estabelecimento de mapas das áreas funcionais localizar operações cognitivas específicas, bem como confirmá-las através de exames complementares quando de alguma lesão. Sendo assim, considera-se que o cérebro funciona como um sistema computacional, com redes neuronais interligadas, que computam e combinam informações que levam à pensamentos, decisões, atitudes, percepções.

Relações entre as funções cognitivas e a música

O aparelho auditivo, é o primeiro a se formar completamente ainda durante a gestação, sendo que as vias auditivas estão maturadas a partir do quinto mês possibilitando então uma memória auditiva de pelo menos quatro meses antes do parto, através dos fluidos. Sons maternos como fluxo sanguíneos nos grandes vasos, batidas do coração, movimentos intestinais, voz, ruídos diversos e uma música são claramente percebidos. Sobressaltos, rotação da cabeça e do tronco, alteração da frequência dos batimentos cardíacos podem ser observados como respostas a estes estímulos durante a gestação, bem como após o nascimento, o girar do rosto em direção à mãe quando ouve sua voz ou em direção ao som proveniente de uma música ouvida na gestação (RUSSO E SANTOS, 1994). Acrescidos à estas respostas físicas, encontram-se estudos sobre como a música pode contribuir para as habilidades cognitivas através de sua relação com a linguagem e significado, a performance, os processos criativos (composição e improvisação), a audição, a aprendizagem e o desenvolvimento, a cultura e a biologia. (SLOBODA, 1983; 2008)

Estas inter-relações trarão benefícios incontestáveis ao desenvolvimento do ser humano, visto serem processos necessários e imprescindíveis para a compreensão e a representação interna da aprendizagem. Tocar, ouvir, criar música envolvendo praticamente todas as funções cognitivas, abordam temas como linguagem, neuroplasticidade e origem das emoções. (Zatorre, 2005). A música é uma ferramenta para o estudo de numerosos aspectos da neurociência, desde a habilidade motora até a emoção e mesmo uma simples atividade como cantarolar uma canção familiar, necessita um mecanismo complexo de processamento auditivo, atenção, recuperação da memória armazenada, e assim por diante.

No que se refere à **linguagem**, sua relação com a música e a cognição constitui um dos aspectos mais importantes na descoberta de que ela talvez não se restrinja a ser processada do lado esquerdo do cérebro, já que indivíduos que perderam a função linguística por alguma lesão, continuam com alto nível de processamento musical, onde o hemisfério direito é mais requerido (ZATORRE, 2005; LEVITIN, 2010). Um exemplo deste processamento é a sintaxe, que avaliada pela neuro-imagem, demonstrou requerer recursos

neurais comuns tanto para construir uma sequência significativa de palavras quanto para compor uma sequência melódica bem estruturada através de notas.

Ainda sobre a relação entre a linguagem e a música, estudos a subdivide em três componentes – fonologia, sintaxe e semântica. A **fonologia** trata dos recortes de sons constituindo as unidades comunicativas básicas (fonemas/notas); a **sintaxe** aborda a forma como essas unidades são combinadas em sequência e a **semântica** preocupa-se como as sequências veiculam sentido (SLOBODA, 1983; 2008). Ainda para elucidar estes aspectos a RMF (ressonância magnética funcional) foi utilizada, demonstrando pelo maior afluxo sanguíneo nos neurônios disparados, as regiões do cérebro envolvidas em determinadas funções cognitivas, constatando-se que ouvir música, estando atento às características sintáticas (estrutura), ativa uma região específica do lado esquerdo do córtex frontal denominada porção orbitária, sendo esta uma subseção da área de Brodmann 47. Este achado confirma experiências anteriores de estruturas de linguagem, na mesma região, porém demonstrando também ativações próprias, ou seja, mais uma vez constatando-se que a música pode ativar os dois hemisférios cerebrais.

Audição é considerada tarefa passiva, sem que seja necessária qualquer atividade física, porém uma série de imagens auditivas, sensações, memórias são requeridas. Em alguns casos, uma atividade comportamental acontece como dançar, bater palmas ou pés ou movimentar a cabeça. Ao ouvir música, dois tipos de processos acontecem:

- 1 – Processamento melódico da linha focal, onde percebe-se a melodia propriamente dita;
 - 2 – Processamento harmônico onde percebe-se as demais notas, harmonizando a melodia principal e com isto há a representação estrutural unificada. (SLOBODA, 1983;2008)
- Estes tipos de processamento, facilitam e contribuem para que atividades diárias sejam desempenhadas de forma satisfatória.

Sobre a **aprendizagem** e desenvolvimento, Sloboda (1983; 2008) relaciona alguns pontos importantes:

- 1 – Bebês tem a habilidade de imitar alturas cantadas e o contorno da fala e

direcionam o olhar para a fonte sonora, movimentam o corpo ao som de uma música e reconhecem peças musicais. A partir destas aquisições, conclui-se que os bebês até 1 ano de idade desenvolvem a atenção, do movimentos e vocalizações.

2 – Entre o primeiro e o quinto ano de vida, as crianças adquirem a capacidade de imitar palavras, fragmentos melódicos e canções inteiras.

3 – Dos cinco aos dez anos, de acordo com Piaget, há capacidade de realizar tarefas que envolvam a noção de quantidades, produz juízo reflexivo sobre a qualidade musical.

4 – A partir dos 11 anos, a referência sobre aspectos rítmicos, diferenciando pares desiguais.

A abordagem cultura tem seu papel importante na medida em que procura explicar o comportamento humano baseada nas grandes variações culturais e históricas, sendo específicas de cada cultura em particular, levantando questões que possam elucidar até que ponto a música dita cultural e o “conhecimento” da sociedade, influencia o sistema nervoso atuando na interação do indivíduo com o meio (SLOBODA, 1983, 2008; LEVITIN 2010).

Em relação a funções cognitivas, a biologia se torna importante quando lesões cerebrais são percebidas através de comportamentos e habilidades alteradas, confirmadas por exames complementares (lesões no hemisfério esquerdo causavam problemas na fala, enquanto que lesões no hemisfério direito o canto estava prejudicado), comprovado que todo o cérebro trabalha em conjunto. A **performance**, ou execução musical, é aquela na qual um executante ou um grupo de executantes interpreta música conscientemente para um público, sendo ainda considerada uma tarefa que abrange todos os tipos de comportamentos musicais manifestos. Um aspecto importante da música em relação à performance, é de que tanto em sua percepção quanto em sua produção é capaz de gerar interações auditivo-motoras no cérebro de quem executa e, também, no de quem ouve (ROCHA & BOGGIO, 2013). É a interação do córtex auditivo com o motor (ZATORRE, CHEN, PENHUME, 2007). Na performance há necessidade constante de procedimentos flexíveis destinados a resoluções de problemas imediatos, treinamento, e repetição para

uma execução satisfatória (SLOBODA, 1983; 2008). Estes procedimentos podem ser relacionados à atuação do indivíduo perante à vida, em relação às funções cognitivas, pois sendo processos que apoiam as atividades diárias, incluindo o planejamento, o raciocínio flexível, a atenção concentrada e a inibição comportamental (KNAPP & MORTON, 2013), contribuem significativamente para a performance social na medida em que necessitam do visual, do auditivo, do motor e do emocional (CLARKE, 1999) para impactar, enfrentar e resolver problemas.

O cérebro é um dispositivo que funciona em regime de paralelismos, distribuindo amplamente as operações, e, com base nesta afirmação, sabe-se que determinadas regiões podem desempenhar funções isoladas, e outras tem o papel de convergir informações. Recentemente, porém, houve a descoberta da neuroplasticidade, que é a capacidade de reorganização do cérebro, onde os centros de processamento de determinadas funções mentais transferem-se para outras regiões em consequência de traumas ou lesões cerebrais como também por alterações sutis relacionadas aos processos de aprendizagem e memória (LEVITIN, 2010; LENT, 2010). São em torno de cem bilhões de neurônios que se entrelaçam numa rede ainda não totalmente desvendada, constituindo combinações intermináveis. Cada neurônio geralmente tem de mil a dez mil conexões, o que torna quase impossível entender todas as possíveis conexões cerebrais e seu significado (LEVITIN, 2010).

Uma das questões muito discutida e ainda pouco estudada da música, é a sua relação com as emoções, que é uma das suas características mais reconhecidas. Desde a Antiguidade, esta capacidade é discutida. Na Grécia, à música era atribuído o valor de colaborar na formação da integridade e cidadania. Senso de ordem, dignidade, obediência às leis e capacidade de tomar decisões era conferidas aos cantos (FONTERRADA, 2005). Platão em A República, discorre sobre a impressão de traços morais em indivíduos a partir de uma experiência musical dependendo do “modo” (escala em que a música grega era baseada) utilizado. No período Barroco (1600-1750) a Teoria dos Afetos, remontando à Antiguidade, orientou alguns compositores que, acreditavam poder exprimir determinadas emoções por meio da correspondência de intervalos melódicos específicos (BOGGIO et al

2013, apud GROUT; PALISCA, 2007).

Já está comprovado que ouvir música influencia o psicológico, mudando o humor, como também age sobre o fisiológico, alterando o ritmo cardíaco e a respiração. Seu efeito ansiolítico é amplamente conhecido e comprovado a partir de experiências com audições musicais, mas ainda sem total explicação. O que se pergunta é se a música “dirige” o corpo, já que atua, sobre funções fisiológicas e motoras (ZATORRE, 2005). Músicas em volume alto, rápidas, ritmadas tendem a provocar alegria e vivacidade, vontade de dançar enquanto as lentas, calmas e em volume baixo, geralmente provocam calma e até uma certa tristeza. (ZATORRE, 2005; LEVITIN, 2010; LENT, 2010). Outros fatores também são importantes nestas respostas, como idade, fatores familiares, culturais e sociais (ZATORRE, 2005). O valor da música desde a antiguidade era extramusical, ou seja, contribuía para o desenvolvimento ético e integração do jovem na sociedade. Este conceito vem se aprimorando até a atualidade, onde pesquisas científicas do mais alto nível estão sendo realizadas buscando a comprovação de sua função cognitiva que vai até ao desenvolvimento dos sentimentos.

Interferência da atividade musical no cérebro

No processo de envelhecimento, podemos mencionar três possibilidades sob a ótica de Neri (2007): envelhecimento bem-sucedido (ativo), com preservação da saúde e da funcionalidade; envelhecimento usual quando ocorrem patologias físicas e/ou mentais com limitações funcionais leves, afetando parcialmente as AVD; envelhecimento patológico, onde patologias físicas e/ou mentais comprometem a saúde e a funcionalidade resultando em grandes limitações.

Na busca de subsídios para promover vida funcional e participativa, encontra-se a música, através de todas as possibilidades que oferece, por ser parte integrante da vida do ser humano desde a infância de uma forma muito intensa. Sons uterinos, cantigas de ninar, canções infantis, melodias e letras significativas durante toda a vida e sensações as mais diversas, fazem do ser humano uma espécie musical (SACHS, 2007; ILARI, 2006).

Os centros de atuação da música no cérebro, podem então ser assim descritos

1 - **Córtex motor** - possibilita regular o movimento, acompanhar o ritmo com os pés, dançar e tocar um instrumento;

2 – **Córtex sensório** – fornece um feedback tátil ao tocar um instrumento e dançar;

3 – **Córtex auditivo**, onde se dão os primeiros estágios da audição de sons, a percepção e análise de tons;

4 – **Córtex visual** – responsável pela leitura musical e a visualização dos movimentos de quem toca (da própria pessoa e de outros);

5 – **Córtex pré-frontal** – cria expectativas (boas ou más);

6 – **Núcleo acumbente** – relacionado às reações emocionais à música;

7 – **Hipocampo** – abrange a memória, experiência e contexto musicais, facilitando o acompanhamento de músicas conhecidas;

8 – **Amígdala** – onde acontecem as reações emocionais à música;

9 – **Cerebelo** – responsável pelo controle motor, proporciona acompanhar o ritmo com os pés, dançar e tocar um instrumento, estando ainda envolvido nas reações emocionais à música.

Além destas áreas, a música pode repercutir no campo fisiológico alterando batimentos cardíacos e movimentos respiratórios, fluxo sanguíneo, temperatura, humor e atuando também como ansiolítico (ZATORRE,2005; BRUSCIA, 2000)

Conclusão

Com base nesta revisão bibliográfica e detalhamento do processo musical cerebral, pode-se concluir que a atividade musical, interfere nas regiões cerebrais, estimulando reações e movimentos entre tantas outras possibilidades, imprescindíveis à funcionalidade

do homem. Sendo assim, todas as respostas à música, podem ser relacionadas às funções cognitivas e executivas, na medida em que possibilitam as AVD serem desempenhadas com sucesso. Tanto no envelhecimento saudável e ativo quanto no patológico, encontram-se justificativas para sua utilização. Estas possibilidades trouxeram aos estudiosos, uma nova visão da “velhice”, agora não mais atrelada somente a doenças. Viver melhor se tornou um desafio para a humanidade que busca incessantemente meios para que o desafio se torne realidade.

Referências Bibliográficas

ROCHA VC, BOGGIO OS. A música por uma óptica **neurocientífica**. Per Musi n 27. Belo Horizonte, 2013.

BRUSCIA KE. **Definindo Musicoterapia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CLARKE E. **Processos cognitivos na performance musical** – p. 70, 1999. Disponível em: http://cipem.files.wordpress.com/2007/03/artigo_6. Acesso em 20/12/2013

FONTEERRADA MTO. **De tramas e fios: um ensaio sobre a música e educação**. São Paulo: Ed. UNESP, 2005.

ILARI, BS. Desenvolvimento cognitivo-musical no primeiro ano de vida. Cap 8, 273 in Ilari BS (org.) **Em busca da mente musical**. Curitiba: Editora UFPR, 2006.

IMAGUIRE G. **Da natureza da pausa. Música em perspectiva** v.2 n.2, 2009; 31-34.

KIELING C, SCHUH A, GONÇALVES RRF, CHAVES MLF. Bases biológicas do envelhecimento cognitivo cap. 3, 47-61. in Parente MAMP. **Cognição e envelhecimento**. São Paulo: Artmed, 2006

KNAPP K, MORTON B. Desenvolvimento do cérebro e funcionamento executivo. Morton JB, Ed. Tema. In: **Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância** [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2013:1-8. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/Knapp-MortonPRTxp1.pdf>. Acesso em 19/01/2014

LENT, R. **Cem bilhões de neurônios? Conceitos fundamentais de Neurociência**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010

_____. **Sobre neurônios, cérebros e pessoas**. São Paulo: Atheneu, 2011.

LEVITIN, DJ. **A música no seu cérebro: a ciência de uma obsessão humana**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010

_____. **What does it mean to be musical?** Neuron, v. 73 n. 4 p. 2012; 633-637.

_____. Em busca da mente musical. Cap 1, 23-44. In Ilari, BS. **Em busca da mente musical**. Curitiba: Editora UFPR, 2006.

MUSZKAT, M. **Música, neurociência e desenvolvimento humano**. MINISTÉRIO DA CULTURA E VALE APRESENTAM. 2007; 67-9. Acesso em 10/12/2013.

NERI AL. Qualidade de vida e idade madura: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. 9-56. in Neri AL. (org.) **Qualidade de vida e idade madura**. 7 ed. Campinas: Papiru, 2007.

ROCHA VC, BOGGIO OS. A música por uma óptica **neurocientífica**. Per Musi n 27. Belo Horizonte, 2013.

RUSSO ICP, Santos MM. Audiologia **Infantil**. São Paulo: Cortez; 1994.

SACHS O. Alucinações **Musicais**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SEKEFF, ML. **Da música: seus usos e recursos**. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

SLOBODA JA. **The music mind: the cognitive psychology of music**. Oxford Science Publications. 1983

_____. **A mente musical: psicologia cognitiva da música**. Trad /Beatriz Ilari e Rodolfo Ilari, Londrina: EDUÉL, 2008.

TRENTINI CM, XAVIER FMF, FLECK MPA. Qualidade de vida em idosos. cap 1, 9-29. In Parente, MAMP **Cognição e Envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed; 2006.

ZANINI, CRO. Coro Terapêutico – um Olhar do Musicoterapeuta para o idoso no Novo Milênio. 93-107; in Barcellos LRM (org) **Vozes da Musicoterapia Brasileira**. São Paulo: Apontamentos Editora, 2007.

ZATORRE R. **The food of neuroscience**. Nature, vol 434, 2005; 312-315.

_____, CHEN JL, PENHUME, VB **When the brain plays music: auditory-motor interactions**



O TREINAMENTO DA CAPACIDADE ATENCIONAL ATRAVÉS DA MUSICOTERAPIA

Verônica Magalhães Rosário¹
Cybelle Maria Veiga Loureiro²

RESUMO: Pesquisa de cunho bibliográfico que procura apresentar os fundamentos teóricos do treinamento da capacidade atencional através da musicoterapia e citar pesquisas realizadas com esta finalidade através da aplicação de técnicas da musicoterapia neurológica na reabilitação cognitiva. A atenção é uma função cognitiva fundamental que permite a interação eficaz do indivíduo com o seu ambiente, subsidiando a organização dos processos mentais. Os diferentes elementos da música podem apresentar-se por meio de repetição e contraste, possibilitando a utilização do estímulo musical para o desenvolvimento da atenção. A Teoria Dinâmica da Atenção (Theory of Attentional Dynamics) propõe uma explicação sobre como os ouvintes respondem a mudanças sistemáticas, mantendo um senso geral de estrutura rítmica. Exercícios de musicoterapia oferecem uma estimulação sensorial poderosa nos complexos sistemas atencionais do cérebro, auxiliando o processo reabilitativo. A musicoterapia neurológica desenvolveu técnicas próprias para o treinamento da atenção. Foram encontradas pesquisas em musicoterapia relacionadas com o treinamento de atenção com portadores de lesão cerebral, crianças saudáveis, portadores de esclerose múltipla e portadores de esclerose tuberosa.

Palavras chave: Musicoterapia. Musicoterapia Neurológica. Atenção. Capacidade Atencional.

A atenção é uma habilidade cognitiva complexa e de difícil conceituação devido aos diversos elementos que a compõe. (MONTIEL & CAPOVILLA, 2008). A complexidade do sistema de atenção é derivada dos limites compartilhados com habilidades perceptivas, como visão, tato e audição bem como com a coordenação de várias funções mentais como memória e linguagem (COUTINHO, MATOS & ABREU, 2010).

Thaut define a atenção como a capacidade de orientar a própria consciência sobre um pensamento, objeto, pessoa ou evento em um ambiente sem se distrair (THAUT, 2008). Por meio do fenômeno da atenção, o ser humano processa ativamente uma quantidade limitada de informações do enorme montante de informações disponíveis através dos órgãos dos sentidos, de memórias armazenadas e de outros processos cognitivos (STERNBERG, 2010).

1 Profa Assistente de Musicoterapia. Depto: DINC- EM/UFMG, Doutoranda em Neurociências (UFMG), Mestre em Música (UFMG), Bacharel em Musicoterapia (FAP), Licenciada em Música (EMBAP)

2 Profa Adjunta. Coordenadora da Musicoterapia. Depto: DINC- EM/UFMG, Doutora em Medicina (UFMG), Mestre em Música (UFMG), Bacharel em Musicoterapia (University of Iowa), Bacharel em Música (Conservatório Musical Carlos Gomes)

O Modelo de Funções da Atenção (*“Model of Attention Functions”*), desenvolvido a partir dos trabalhos de Mateer (2000) e Sohlberg e Matter (1989) divide a atenção em cinco categorias: focalizada (habilidade de responder a um estímulo específico), sustentada (habilidade de manter uma resposta atencional constante durante uma atividade contínua e repetitiva), seletiva (habilidade de selecionar estímulos relevantes dentre outros menos relevantes), alternada (habilidade de trocar a atenção, alternando-a entre diferentes estímulos) e dividida (habilidade de responder simultaneamente a múltiplos estímulos) (THAUT, 2008).

A interação eficaz do indivíduo com o seu ambiente e a organização dos processos mentais é fortemente fundamentada na capacidade atencional. Através da atenção é possível selecionar qual estímulo será analisado em detalhes e qual será levado em consideração para guiar nosso comportamento. Importantes avanços nos estudos que utilizam métodos de neuroimagem e outras medidas neurobiológicas têm permitido a investigação dos mecanismos específicos do sistema cerebral de atenção (LIMA, 2005).

Devido a complexidade conceitual, neuroanatômica e neurofuncional da atenção, considera-se que ela represente um sistema orgânico com anatomia funcional própria, circuito e estrutura celular (ESTÉVEZ-GONZALEZ et al., 1997). Estudiosos afirmam que o sistema atencional, assim como o sistema sensorial e o sistema motor, está anatomicamente separado dos demais sistemas neurológicos de processamentos de dados. Interage com outras partes do cérebro, porém mantém a sua própria identidade, sendo realizado por uma rede de áreas anatômicas específicas (POSNER & PETERSEN, 1990).

Os estudos sobre a neuroanatomia da atenção são mais escassos do que aqueles que envolvem os paradigmas psicológicos deste processo (GONÇALVES & MELO, 2009). O neuropsicólogo Alexandre Luria, foi um dos pioneiros na descrição das bases biológicas envolvidas no mecanismo da atenção. Para Luria, as estruturas cerebrais envolvidas no processamento da atenção seriam a formação reticular, a parte superior do tronco encefálico, o córtex límbico e a região frontal (LURIA, 1981). Pesquisas recentes, que envolvem exames mais minuciosos e precisos, confirmam e refinam as proposições de Luria

(GONÇALVES & MELO, 2009).

Para Lent (2002) de um modo geral, a atenção envolve dois aspectos, a alerta e a atenção propriamente dita, o que nos dá a capacidade de detectar seletivamente estímulos de qualquer modalidade sensorial. Lima (2005) esquematizou os mecanismos atencionais procurando selecionando as diferentes vias sensoriais e a organização dos processos mentais envolvidos no processamento encefálico das informações (Figura 1)

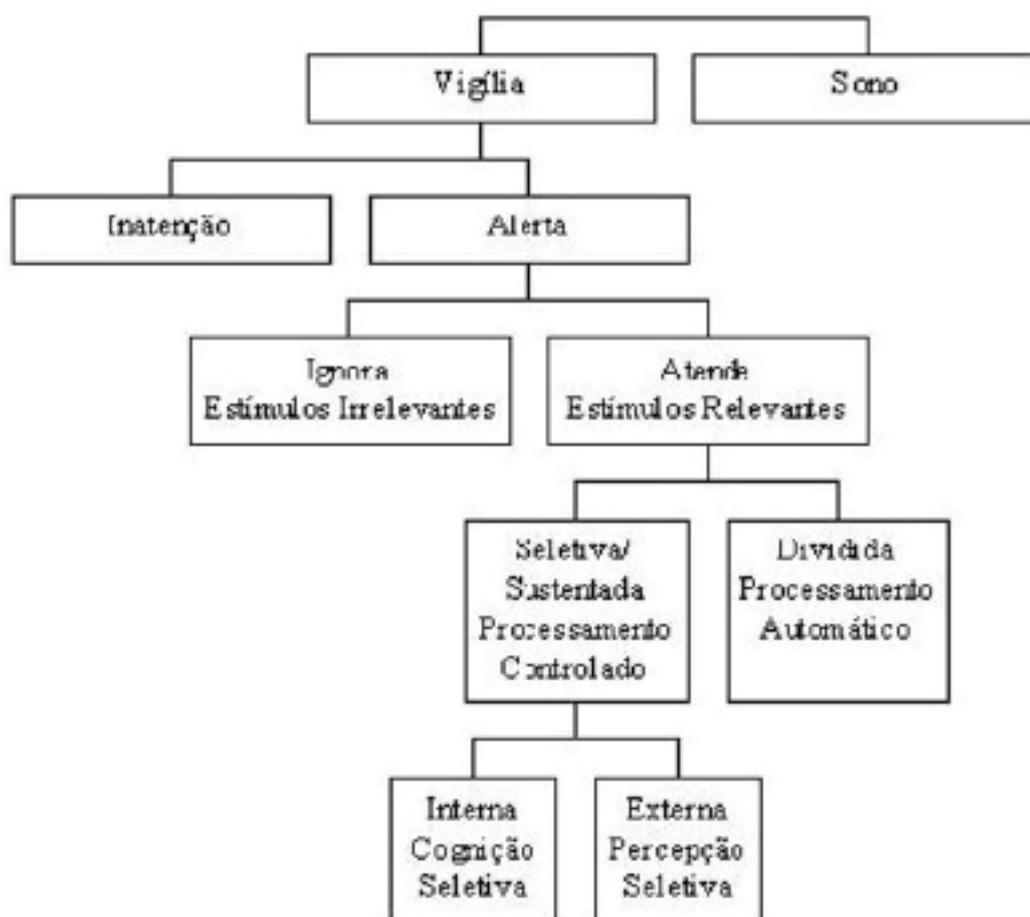


Figura 1: Esquema dos mecanismos atencionais e organização dos processos mentais envolvidos no processamento encefálico das informações (LIMA, 2005)

Em relação especificamente à atenção auditiva, esta pode ser compreendida como a habilidade de o indivíduo se preparar, focar um estímulo sonoro, e ainda estar pronto para receber um estímulo diferente em qualquer tempo (LEMOS & FENIMAN, 2010). De acordo com a psicologia gestaltística a percepção auditiva em si, ocorre através da seleção e

organização dos elementos que compõem um som, de modo que a configuração que emerge em nossa mente é a soma das partes (LIMA, 2005).

Estudiosos do processamento das vias auditivas afirmam que o seu conhecimento ainda não está totalmente claro. Evidenciaram nesses últimos 30 anos a participação do cerebelo no processo cognitivo, especialmente relacionado à percepção auditiva (SENS et al., 2011). O processamento auditivo envolve não somente a percepção de sons e sua integração com outras áreas sensitivas, mas também envolve a identificação dos sons, sua localização e submissão à atenção e análise auditiva para depois serem memorizados. De acordo com esses autores a atenção auditiva começa no tronco encefálico onde a localização, a filtragem de ruídos e a resolução temporal vem seguidos da alerta e atenção e seguem rumo ao cerebelo onde ocorrem processos cognitivos, especialmente os relacionados a percepção auditiva. Discriminar uma informação sensorial como a audição e a visão extremamente importantes para planejar a reabilitação de uma pessoa deficiente. Esses estudiosos em atenção auditiva salientam que essa via auditiva que passa pelo cerebelo não é única, pois existem outras vias. Os autores montaram um esquema que permite visualizar as diversas conexões do cerebelo com os órgãos auditivos periféricos e diversas estruturas centrais (Figura 2) (SENS et al., 2011).

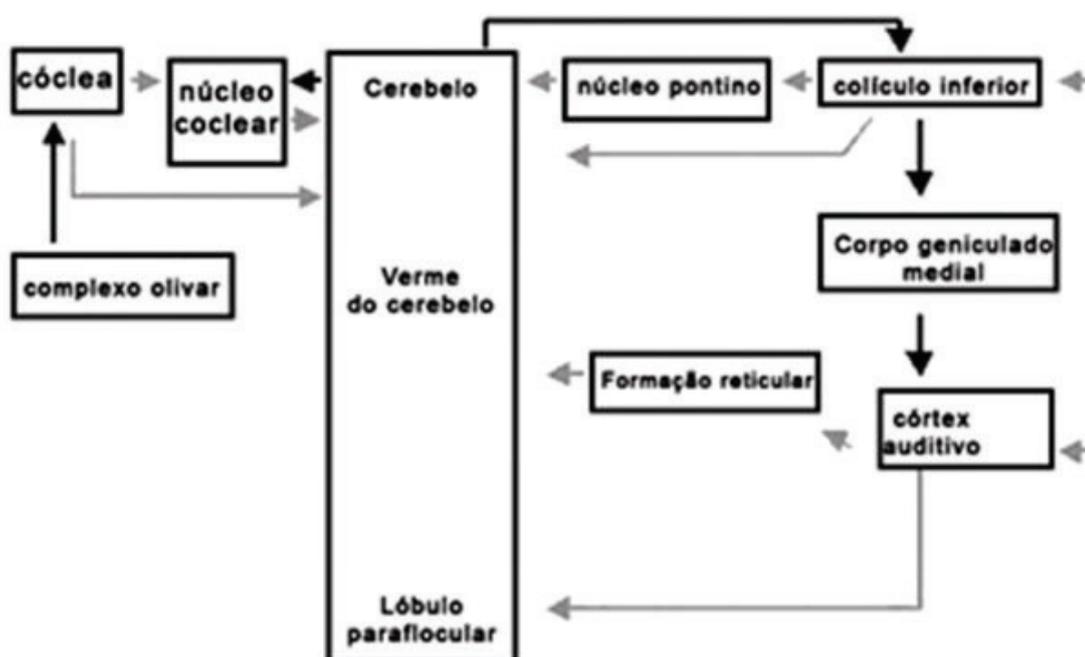


Figura 2. Resumo das vias auditivas do cerebelo identificadas anatomicamente por diversos autores (SENS & ALMEIDA, 2007)

A música combina seis diferentes elementos: ritmo, melodia, harmonia, timbre, dinâmica e forma (DEWI et al., 2015; SCHNECK & BERGER, 2006) . Tais padrões podem apresentar-se por meio de repetição e contraste, possibilitando a utilização do estímulo musical na reabilitação cognitiva para o desenvolvimento da atenção sustentada, seletiva, alternada e dividida (DAVIS, GFELLER & THAUT, 2008). O ritmo é um elemento vital no treinamento da atenção (THAUT & GARDINER, 2014)

Large e Jones formularam a Teoria da Dinâmica de Atenção (*Theory of Attentional Dynamics*), que propõe uma explicação sobre como os ouvintes respondem a mudanças sistemáticas, mantendo um senso geral de estrutura rítmica. Esta abordagem descreve o processo de atenção como um comportamento de oscilações internas denominadas de ritmos atencionais (“*attending rhythms*”), capazes de sincronizar-se com eventos externos e direcionar o foco de atenção para pontos esperados no tempo. Esta teoria propõe que, ao ouvir uma sequência auditiva complexa, os ouvintes se concentram de forma espontânea em eventos que ocorrem em um nível intermediário, estabelecendo uma referência, para, em seguida, poder desviar a atenção para os eventos que ocorrem em períodos de tempo mais curtos ou mais lentos. (LARGE & JONES, 1999).

Estudos diversos relacionaram a música com a capacidade de atenção. Muitos destes trabalhos investigaram a utilização da música em um contexto educacional MILLER, 1986; STEELE, 1987; WOLFE & NOGUCHI, 2009; DEWI et al., 2014). Também são encontrados diferentes estudos que aplicam a música ou a musicoterapia no tratamento de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção (SOUZA, 1995; ABIKOFF et al., 1996; JACKSON, 2003; LUCCA, 2003; MACHADO, 2010).

O desenvolvimento de instrumentos de pesquisa avançados ampliou a compreensão do cérebro como um órgão dinâmico e adaptativo. O conceito de neuroplasticidade, ou seja, a capacidade do sistema nervoso de modificar sua estrutura e função em decorrência dos padrões de experiência, dá suporte às terapias não-medicamentosas no processo de reabilitação neuropsicológica (HAASE, 2004).

Estudos realizados com técnicas modernas de neuroimagem demonstram, através da comparação entre cérebros de músicos e não-músicos e de investigações com portadores de lesões cerebrais, que a música pode atuar na neuroplasticidade cerebral, efetuando mudanças funcionais, estruturais e de padrões de conectividade no cérebro (MUSKAT, 2012).

A Musicoterapia Neurológica é um modelo de intervenção que desenvolveu uma série de técnicas baseadas em evidências científicas com a finalidade de promover a reabilitação de habilidades sensório-motoras, cognitivas e de linguagem através da utilização do estímulo musical e sua relação com funções cerebrais (THAUT, 2008).

A reabilitação cognitiva através da utilização de técnicas da musicoterapia neurológica busca estimular habilidades cognitivas como atenção, memória, funções executivas e de psicossociabilidade. Dentre os processos cognitivos, a atenção é habilidade fundamental para o desenvolvimento dos processos de aprendizagem (THAUT & GARDINER, 2014).

A musicoterapia neurológica oferece técnicas padronizadas que objetivam a reabilitação da capacidade atencional e são avaliadas através de testes neuropsicológicos (THAUT & GARDINER, 2014). Por ser uma habilidade cognitiva básica, a avaliação da atenção é obrigatória em qualquer exame neuropsicológico e precede a investigação das demais funções (COUTINHO, MATOS & ABREU, 2010).

A técnica de Treinamento de Orientação Sensorial Musical (*Musical Sensory Orientation Training* - MSOT) pode ser aplicada para recuperar estados e alerta e facilitar a orientação do indivíduo em relação a tempo, espaço e identidade através da utilização de música gravada ou ao vivo. Em estágios mais avançados se utilizam exercícios musicais simples para aumentar a vigilância e treinar a manutenção da atenção básica com ênfase na quantidade, mais do que na qualidade, das respostas. Inclui também estimulação sensorial (THAUT, 2008).

Quando o paciente apresenta uma região do campo visual não atenta ou

negligenciada, a técnica de Treinamento Musical na Negligência (*Musical Neglect Training* - MNT) pode ser utilizada com o objetivo de focar a atenção em tal área através da execução de exercícios ativos de música específicos com instrumentos musicais que obedecem regras de periodicidade, tempo, ritmo e configuração espacial apropriada. Um segundo tipo de aplicação consiste em ouvir música enquanto o indivíduo está engajado em exercícios direcionados ao déficit na atenção visual (THAUT, 2008).

A percepção auditiva e integração sensorial são estimuladas através da técnica de Treinamento da Percepção Auditiva (*Auditory Perception Training* - APT), que utiliza exercícios de discriminação e identificação dos diferentes componentes do som. Tal técnica envolve a integração de diferentes modalidades sensoriais, como a visual, tátil e cinestésica durante os exercícios. Tocar a partir de uma grafia simbólica ou notação gráfica, usando transmissão de som por meio do tato, ou integrando movimento à música também é uma forma de sua aplicação (THAUT, 2008).

O Treinamento Musical do Controle da Atenção (*Musical Attention Control Training* - MACT) inclui exercícios musicais estruturados ativos ou receptivos envolvendo performances já compostas ou improvisadas onde os elementos musicais sinalizam diferentes respostas musicais com o objetivo de desenvolver os mais diversos tipos de atenção (THAUT, 2008).

Portadores de lesão cerebral, acidente vascular encefálico (AVE), transtorno do espectro autista (TEA) e diferentes tipos de demência podem ser beneficiados pela aplicação de técnicas da musicoterapia neurológica na reabilitação atencional. O treinamento da atenção também pode ser igualmente útil frente a dificuldades cognitivas associadas a tumor cerebral, esclerose múltipla, doença de Parkinson, Transtorno de Déficit de Atenção entre outras patologias ou lesões. Indivíduos saudáveis que desejem aprimorar sua habilidade de concentração também podem fortalecer sua capacidade atencional através de um programa musicoterapêutico (THAUT & GARDINER, 2014).

O processo de reabilitação nas diferentes categorias de atenção é beneficiado pela

colaboração de diferentes mecanismos terapêuticos adicionados pela música como linguagem auditiva e sensorial. A música promove mecanismos de acoplamento associados à habilidade de atenção dividida. Por ser um estímulo multidimensional, composto por diferentes elementos, como melodia e ritmo, a música pode facilitar a atenção dividida e alternada. A música proporciona temporalidade, agrupamento e organização, estimulando a atenção sustentada. Sistemas cerebrais paralelos são recrutados pela música apoiando a atenção alternada. Por fim, a música pode acessar emoções e promover motivação para auxiliar na concentração e ajudar o indivíduo na realização da tarefa (THAUT & GARDINER, 2014).

Um crescente número de estudos vem investigando os efeitos da musicoterapia neurológica na reabilitação cognitiva com foco no desenvolvimento da atenção. Através de um Programa de Treinamento de Atenção Musical (Musical Attention Training Program - MATP) em musicoterapia neurológica, uma pesquisa procurou investigar a capacidade de atenção alternada em adolescentes que sofreram lesões cerebrais, bem como os efeitos da intervenção musicoterapêutica sobre a capacidade de atenção alternada destes sujeitos. Os resultados indicaram que o padrão de atenção alternada dos participantes estava dentro do intervalo normal, no entanto, houve um melhor desempenho nos testes realizados após o tratamento musicoterapêutico (KNOX et al., 2003).

Outra pesquisa buscou investigar a aplicação da música como estímulo para a memória em crianças saudáveis, destros, do sexo masculino, com idade entre 10 e 12 anos. Os resultados obtidos indicaram aumento da capacidade de memória e redução de distração, sugerindo que a música pode elevar os níveis de ativação cerebral bilateralmente, podendo ser utilizada em populações ansiosas ou com déficits de atenção (MORTON et. al., 1990).

Citamos ainda um terceiro estudo que examinou os efeitos da musicoterapia neurológica no funcionamento cognitivo e adaptação emocional de pessoas com lesões cerebrais. Os participantes apresentaram melhoras em todos os aspectos investigados no processo de reabilitação (atenção, memória, função executiva e ajustamento emocional)

com apenas quatro sessões de 30 minutos de duração, cada (THAUT et al., 2009).

Como exemplo de investigação em musicoterapia neurológica relacionada com a capacidade atencional realizados no Brasil, podemos citar a pesquisa de Loureiro (2009) que inclui objetivos especificamente direcionados à atenção visual em portadores de neurite óptica na esclerose múltipla, cujos resultados indicam que a abordagem de intervenção musicoterapêutica utilizada na integração sensorial, motora, cognitiva e afetiva foi capaz de produzir melhorias significativas na qualidade de vida visual em pacientes com neurite óptica isolada ou associada à esclerose múltipla (LOUREIRO, 2009).

Técnicas da musicoterapia neurológica na reabilitação cognitiva foram estudadas na investigação de Rosário que resultou no desenvolvimento do Protocolo de Avaliação da Capacidade Atencional em Musicoterapia (PACAMT). Tal instrumento foi elaborado com o objetivo de mensurar a ocorrência de comportamentos atencionais observáveis dentro um processo musicoterapêutico sistemático com um portador de Esclerose Tuberosa³. O PACAMT procura avaliar a capacidade atencional através de comportamentos observáveis de habilidades de atenção conjunta e princípios da musicoterapia neurológica. Foi observado um crescimento da capacidade atencional do indivíduo durante o decorrer dos atendimentos (ROSÁRIO, 2015).

Investigações a respeito da atenção e suas correlações com a música tem sido realizadas em diferentes campos, como neurociência, educação musical e musicoterapia. A musicoterapia neurológica oferece técnicas específicas para o treinamento da atenção dentro de um programa de reabilitação cognitiva que pode ser aplicado em diferentes populações. Os resultados encontrados são promissores, porém um número maior de pesquisas e estudos baseados em evidência são necessários para o estabelecimento de um corpo teórico cada vez mais consistente.

3 A Esclerose Tuberosa é uma anomalia genética que gera tumores benignos em diversos órgãos, especialmente no cérebro, no coração, nos rins, na pele e nos pulmões. Pode estar associada com o autismo, epilepsia e outras deficiências cognitivas e comportamentais (KOHMAN, 2012; CRINO, 2013; APONTE et al., 2012).

Referências Bibliográficas:

ABIKOFF, H. et al. The effects of Auditory Stimulation on the Arithmetic Performance of Children with ADHD and Nonsdisable Children. **Journal of Learning Disabilities**. v 29, p. 238-246, 1996.

APONTE, N.; CAMPOS, J.; APONTE, N.; RAMIREZ, M. Complejo esclerosis tuberosa. A proposito de um caso. **Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría**; vol 75 (4): p.121-125, 2012.

COUTINHO, Gabriel; MATTOS, Paulo; ABREU, Neander. Atenção. In: MALLOY-DINIZ, Leandro; FUENTES, Daniel; MATTOS, Paulo; ABREU, Neander. **Avaliação Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRINO, Peter B. Evolving neurobiology of tuberous sclerosis complex. *Acta Neuropathol*, 124: p.317-332, 2013.

DAVIS, William B., GFELLER, Kate E. & THAUT, Michael. An Introduction to **Music Therapy Theory** and Practice-Third Edition: The Music Therapy Treatment Process. Silver Spring: Maryland, 2008

DEWI, E. K.; RUSMAWATI, D.; RATSANINGSIH, I. Z. The effect of music and a motoric movement intervention to increase attention among elementary school students in Semarang Central Java. **Procedia Environmental Sciences**. v. 23, 2015.

ESTÉVEZ-GONZÁLEZ, A., GARCÍA-SÁNCHEZ, C., JUNQUÉ, C. La atención: una compleja función cerebral. **Revista de Neurología**. v. 25, 1997.

GONÇALVES, L. A.; MELO, S. R. A base biológica da atenção. **Arquivo de Ciências da Saúde Unipar**, Umuarama, v. 13, 2009.

HAASE, Victor Geraldi & LACERDA, Shirley Silva. Neuroplasticidade, Variação interindividual e recuperação funcional em Neuropsicologia. **Temas em Psicologia da SBP**. vol. 12, n.1, 2004

JACKSON, N. A. A Survey of Music Therapy Methods and Their Role in the Treatment of Early Elementary School Children with ADHD. **Journal of Music Therapy**, XL (4), 2003, 302-323.

KNOX, R.; YOKOTA-ADACHI, H.; JUTAI, J. Musical Attention Training Program and Alternating Attention in Brain Injury: An Initial Report. **Music Therapy Perspect**. 21(2): 99-104, 2003.

KOHRMAN, Michael H. Emerging Treatments in the **Management of Tuberous Sclerosis Complex**. **Pediatric Neurology**, 46, p. 267-275, 2012.

LARGES, E. & JONES, M. **The dynamics of attending: How we track time varying events**. *Psychological Review*, 106, 119-159, 1999.

LEMOS, Isabel Cristina & FENIMAN, Mariza Ribeiro. Teste de Habilidade de Atenção Sustentada (THAAS) em crianças de setes anos com fissura labiopalatina. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. 76. Março/abril, 2010.

LENT, Roberto. Cem bilhões de Neurônios: **Conceitos Fundamentais de Neurociência**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

LIMA, Ricardo Franco. Compreendendo os mecanismos atencionais. **Ciências & Cognição**. v.5.n.1. Rio de Janeiro, 2005.

LOUREIRO, Cybelle Maria Veiga. **Efeitos da musicoterapia na qualidade de vida visual de portadores de neurite óptica desmielinizante**. 2009. 108f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

LUCCA, Maria Cristina. **Musicoterapia e Rítmicos Biológicos**:: O Ciclo Vigília/ Sono de Crianças Portadoras de TDA/H submetidas à Musicoterapia. 2003. 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Musicoterapia). Faculdade Paulista de Artes. São Paulo, 2003.

LURIA, Alexander. **Fundamentos de neuropsicologia**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos/Edusp, 1981.

MACHADO, Mariana Vitória Almeida. **A musicoterapia como promotora da atenção na PHDA**. 2010. 71f. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação em Educação Especial. Escola Superior de Educação Paula Francinetti. Porto, 2010.

MATEER, C.A. Attention. In: RANSKIN, S.A. & MATTER, C.A. (eds). **Neuropsychological Management of Mild Traumatic Brain Injury**. New York: Oxford, 2000.

MILLER, L.B. A description of children's musical behaviors: naturalistic. **Bulletin of the Council for Research in Music Education**. 87: 1-16; 1986.

MONTIEL, J., & CAPOVILLA, A. Teste de Atenção por Cancelamento: análise de critérios de correção. **Integração**, 54, 288-296, 2008.

MORTON, L.; KERSHNER, J.; SIEGEL, L. The Potential for Therapeutic Applications of Music on Problems Related to Memory and Attention. **Journal of Music Therapy**. 27 (4): p. 195-208, 1990.

MUSZKAT, Mauro. **Música, neurociência e desenvolvimento humano**. A música na escola. São Paulo: Allucci & Associados Comunicações, 2012.

POSNER, M. I. & PETERSEN, S. E. The attention system of the human brain. **Annual Review of Neuroscience**, v. 13, p. 25-42, 1990.

ROSÁRIO, Verônica Magalhães. **Desenvolvimento de um Instrumento de Avaliação da Capacidade Atencional em Portadores de Esclerose Tuberosa Através de Princípios de Atenção Conjunta e de Musicoterapia**. 2015. 59f. Dissertação (Mestrado em Música) – Escola de Música, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SCHNECK, D.J. & BERGER, D.S. **The Music Effect: Music Physiology and clinical applications**. Londres: Jessica Kingsley Publishers, 2006.

SENS, Patricia ; ALMEIDA, Clemente; SOUZA, Marisa; GONÇALVES, Josyane; CARMO, Luiz Cláudio. A participação do cerebelo no processamento auditivo com o uso do teste SSI. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 77, n. 5, setembro-outubro, 2011.

SENS, Patricia & ALMEIDA, Clemente. Participação do cerebelo no processamento auditivo. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. V. 73, n. 02, março-abril, 2007.

SOHLBERG, M.M. & MATEER, C.A. **Attention Process Training**. Puyallup, W.A.: Association for Neuropsychological Research and Development, 1989.

SOUZA, V.H.P. **Contribuições ao estudo da hiperatividade: determinação de índices para avaliação de comportamento irrequieto e alternativa de tratamento através de música**. Instituto de Psicologia, USP, 1995.

STEELE, A.L. Contingent socio-music listening periods in a preschool setting. In: Madsen, C. (Org.). **Research in music behavior: modifying music behavior in the classroom**. 2. ed. London: University Microfilms International, p.32-8, 1987

STERNBERG, Robert J. **Psicologia cognitiva**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

THAUT, Michael. **Rhythm, Music, and the Brain: Scientific Foundation and Clinical Applications**. New York and London: Routledge Taylor & Francis Group, 2008.

THAUT, M.; GARDINER, J.C.; HOLMBERG, D.; HORWITZ, J.; KENT, L.; ANDREWS, G.; DONELAN, G. Neurological music therapy improves executive functions and emotional adjustment in traumatic brain injury rehabilitation. **Annals of The New York Academy of Sciences**. v. 1169, 2009.

THAUT, M. & GARDINER, J.C. Musical attention control training. In: THAUT, M. & HOEMBERG, V. In: **Handbook of neurologic music therapy**. Nova York: Oxford University Press, 2014.

WOLFE, D.E. & NOGUCHI, L.K. The use of music with young children to improve sustained attention during a vigilance task in the presence of auditory distractions. **Journal of Music Therapy**. n 46, 2009.





6.1 - MUSICOTERAPIA E ASPECTOS NEUROLÓGICOS

Pôster

A MEMÓRIA AUDITIVA E SUA INTERLOCUÇÃO COM A MUSICOTERAPIA: UMA REFLEXÃO NEUROCIENTÍFICA

Maria Beatriz Licursi Conceição¹
Liliam Cafiero Ameal Salgado²
Alfred Sholl Franco³

RESUMO: Atividades musicais representam uma importante forma de estímulo para o processamento de habilidades sensório-motoras pois requisitam intensamente as capacidades auditivas promovendo, depois de diversificado sistema de integrações, ações somáticas e/ou autônomas. A musicoterapia poderá, através de um programa de estimulação sensório-motor, estabelecer a interlocução para uma ação musicoterápica efetiva, a que estimula e modula a nossa capacidade de perceber e expressar emoções. Novas organizações neurobiológicas poderão surgir graças à plasticidade estimulada pelo trabalho musicoterápico. Apresentaremos, neste trabalho em andamento uma revisão sistemática e crítica da literatura sobre memória auditiva e sua interlocução com a musicoterapia. Utilizamos os descritores: memória, música, memória auditiva, musicoterapia, terapia, cognição e neurociências. Funções como percepção, cognição e emoção, fortemente vinculadas à fruição artística musical, são de grande importância para o musicoterapeuta no desenvolvimento de seus processos terapêuticos. Podemos concluir que: (1) Atividades coordenadas por musicoterapeutas poderão melhorar o desempenho em tarefas cognitivas, motoras e/ou emocionais; (2). Os processos de aprendizagem e memória podem ser desenvolvidos mediante a prática de tarefas musicais planejadas e estruturadas; (3) A percepção auditiva e da fala, que envolvem tarefas cognitivas iniciadas por sinais sonoros, podem ser estimuladas por exercícios musicais a partir da visão integrativa da musicoterapia.

Palavras -chave: Arte ; Memória auditiva - : Musicoterapia; Neurociências.

1 Bacharel e Mestre em Música- UFRJ, Especialização em Neurociências, vertente Aprendizagem – UFRJ. Doutoranda em Ciências da Educação na Universidade de Trás-os-Montes e e Alto Douro. Professora de Percepção Musical, na Escola de Música da UFRJ, chefe do Departamento de Musicologia e Educação Musical e Coordenadora dos Projetos de Extensão “Música Feliz” e o “O Sarau do Leopoldo”. musicafeliz@terra.com.br

2 Mestranda em Educação, Gestão e Difusão em Biociência, IBqM, UFRJ. Especialista em Musicoterapia e Didática. Professora de Educação Musical. liliamameal@yahoo.com.br

3 Biólogo, Especialista em Neurobiologia, Mestre e Doutor em Ciências Biológicas. Coordenador do CATE (IBCCF/UFRJ) e de Ciências e Cognição - Núcleo de Divulgação Científica e Ensino de Neurociências (CeC-NuDCEN/UFRJ)). alfredsholl@gmail.com

7

**- MUSICOTERAPIA NA
ATENÇÃO MATERNA
E MATERNO-INFANTIL**

Comunicação Oral

PERCEPÇÕES MATERNAS SOBRE A MUSICOTERAPIA NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE

Ambra Palazzi¹
Rita Meschini²
Cesar Augusto Piccinini³

RESUMO: A prematuridade constitui um problema de saúde global, que pode impactar no desenvolvimento do bebê pré-termo, na experiência da maternidade e no vínculo mãe-bebê. Por isso, intervenções precoces são muito relevantes neste contexto. Entre elas, o uso da musicoterapia tem revelado contribuições importantes tanto para os sinais do bebê, para o bem-estar da mãe e para o vínculo mãe-bebê. O presente estudo tem como objetivo investigar as percepções maternas sobre a musicoterapia no contexto da prematuridade. Utiliza-se um delineamento de estudo de caso coletivo, envolvendo cinco mães e seus bebês nascidos muito pré-termo, internados na UTI Neo de um hospital público de Porto Alegre. Cada díade participa individualmente de uma intervenção musicoterápica, organizada em oito encontros bissemanais, realizados na UTI Neo, divididos entre sessões musicoterápicas com a mãe alternadas com encontros de acompanhamento da díade mãe-bebê. A intervenção visa sensibilizar a mãe sobre as potencialidades relacionais do canto com o bebê, investigando suas contribuições para o relaxamento e autorregulação do bebê e para a interação mãe-bebê. As percepções maternas sobre a musicoterapia serão avaliadas por entrevistas realizadas com a mãe após a intervenção e na pré-alta, e as respostas são examinadas através de análise temática. Já a interação mãe-bebê será examinada em uma sessão de observação que será filmada.

Palavras chave: Prematuridade. Musicoterapia. Percepções maternas. Interação mãe-bebê.

INTRODUÇÃO

A prematuridade representa um problema de saúde global, sendo a primeira causa de morte neonatal no mundo (Liu et al., 2014). Em particular, o Brasil encontra-se entre os dez países com o maior índice de partos pré-termo (March of Dimes et al., 2012). Os bebês que nascem com menos de 37 semanas de gestação são considerados prematuros, sendo classificados como pré-termo extremos (<28 semanas), muito pré-termo (28 - <32 semanas) e pré-termo moderados (32 - <37 semanas) (Tucker & McGuire, 2004). O nascimento

1 Musicoterapeuta (CEP, Assisi, Itália), Especialista em Neuropsicologia (UFRGS), Mestranda em Psicologia (UFRGS). E-mail: palazziambra@gmail.com

2 Musicoterapeuta, Coordenadora do serviço de Musicoterapia do Instituto de Reabilitação S. Stefano (Porto Potenza Picena, Itália), Formada em Filosofia, Professora do Pós-Graduação em Musicoterapia ("Conservatorio di Musica" de Ferrara e de L'Aquila, Itália). E-mail: rita.meschini@sstefano.it. Fonoaudióloga, Especialista em Distúrbios da Comunicação, Mestre em Educação, Professora Assistente do curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR – Campus de Curitiba II/FAP, membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia. Email: pierangela@simoes.pro.br

3 Doutor e Pós-Doutor em Psicologia pela University of London, Professor do Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pesquisador do CNPq. E-mail: piccinini@portoweb

premature pode afetar o desenvolvimento socioemocional, comportamental, motor, cognitivo e linguístico do bebê (Maggi et al., 2014; Langerock et al., 2013), bem como a experiência da mãe, que pode apresentar elevados níveis de estresse e maiores riscos de sofrer depressão e ansiedade (Cruvinel & Macedo, 2007). Isso pode prejudicar a relação diádica, afetando as capacidades interativas do bebê e os estilos de interação da mãe (Korja, Latva & Lehtonen, 2012).

Ao nascer, a maioria dos bebês pré-termo possui um sistema auditivo bem evoluído (Lasky & William, 2005); os recém-nascidos preferem a voz materna à uma voz desconhecida (DeCasper & Fifer, 1980) e mostram preferência pelo canto materno, que é capaz de regular a ativação e a atenção do bebê, além de promover o vínculo da díade (Nakata & Trehub, 2004). Sendo assim, nas últimas décadas a musicoterapia e a estimulação musical têm se destacado nesse contexto como intervenções não intrusivas e de baixo custo que favorecem o bem-estar do bebê pré-termo e da sua família (Haslbeck, 2012; Standley, 2012). No contexto da UTINeo, a musicoterapia precisa considerar tanto as exigências específicas dos bebês pré-termo e dos seus pais, quanto as peculiaridades do ambiente. A musicoterapia nesse contexto pode ser definida como uma intervenção baseada em música, realizada por um musicoterapeuta qualificado, que pode incorporar elementos musicais como ritmo, melodia ou sons inspirados ao ambiente sonoro intrauterino (Haslbeck, 2012). Estudos recentes com bebês prematuros hospitalizados em UTINeo, destacaram que a musicoterapia e a estimulação musical favorecem a saturação do oxigênio, a regulação da frequência cardíaca, o sono e a sucção não-nutritiva, contribuindo no relaxamento do bebê, no ganho de peso e na redução dos dias de hospitalização (Haslbeck, 2012; Standley, 2012).

Os estudos divergem no modo como a música é usada neste contexto, sendo que alguns empregam uma abordagem receptiva, caracterizada por uma estimulação com músicas ou sons gravados (ex. voz materna, sons do útero, da respiração e da batida cardíaca), que favorece o relaxamento e a autorregulação do bebê pré-termo (Standley et al., 2010). Estudos mais recentes têm empregado uma abordagem ativa, envolvendo

intervenções com música instrumental ou canto ao vivo na UTINeo, realizadas por um musicoterapeuta qualificado (Haslbeck, 2014; Loewy et al., 2013; Ettenberger et al., 2014). Por exemplo, Loewy et al. (2013) compararam três diferentes intervenções musicais ao vivo (ritmo, sons de respiração e canções de ninar preferidas pelos pais) em um ensaio randomizado com 272 bebês pré-termo com idade gestacional de 32 semanas. Os autores relataram que tanto as canções de ninar quanto o ritmo diminuíram a frequência cardíaca, mas o ritmo afetou também a sucção, enquanto os sons de respiração impactaram nos padrões do sono e diminuíram a frequência cardíaca apenas após a intervenção. Também, as canções de ninar afetaram mais a ingestão calórica e a sucção. Por fim, as três intervenções favoreceram a diminuição do estresse nos pais.

Entre os estudos que privilegiam uma abordagem mais ativa, destacam-se as intervenções com voz e canto materno, que também revelam efeitos positivos tanto para o bebê (Filippa et al., 2013), quanto para reduzir a ansiedade da mãe (Whipple, 2000; Arnon et al., 2014) e contribuir para a quantidade e qualidade da amamentação (Vianna et al., 2011). Evidências também sugerem impacto da musicoterapia no vínculo e na interação mãe-bebê pré-termo, promovendo o apego (Cevasco, 2008), a responsividade parental (Whipple, 2000), os comportamentos de apego e a relação mãe-bebê (Ettenberger et al., 2014) e a sincronia interacional e a “musicalidade comunicativa” da díade (Haslbeck, 2014). No Brasil, apesar de serem raras as publicações nessa área, já foram realizados estudos de musicoterapia envolvendo intervenções tanto com uma abordagem receptiva (Silva et al., 2013), quanto com uma ativa (Vianna et al., 2011).

Dessa forma, o presente estudo visa investigar as percepções maternas sobre a musicoterapia no contexto da prematuridade. Em particular, se busca examinar as percepções maternas com relação às contribuições da musicoterapia para o bebê, para a mãe e para a interação mãe-bebê. Com base na literatura, a expectativa inicial é que as percepções maternas apontem para benefícios da musicoterapia no bem-estar materno e para a interação mãe-bebê.

MÉTODO

Participantes

Participam desse estudo cinco mães e seus bebês nascidos entre 28 e 32 semanas, caracterizados como de muito pré-termo (Tucker & McGuire, 2004). As mães têm idade entre 19 e 45 anos, são primíparas, moram com o pai do bebê e não apresentam quadros clínicos graves diagnosticados, como por exemplo, serem portadoras de HIV/AIDS. As mães são contatadas em torno do 15º. dia após o nascimento do filho, quando este encontra-se em condições estáveis. São excluídos os bebês que apresentam quadros clínicos graves e/ou complexos, tais como má-formação congênita, impedimentos significativos do sensorio, meningites e presença de HIV/AIDS. Os participantes são selecionados na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINeo) do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) de Porto Alegre.

Delineamento e Procedimentos

Está sendo utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 1994), para investigar as percepções maternas sobre a musicoterapia no contexto da prematuridade. Em particular, se busca examinar as percepções maternas com relação às contribuições da musicoterapia para o bebê, para a mãe e para a interação mãe-bebê. A presente proposta de uso do estudo de caso não visa a saturação (Stake, 1994), mas sim compreender cada caso, examinando também as semelhanças e as particularidades entre eles.

O projeto consta de quatro fases de coleta de dados. Na **Fase 1** as mães são contatadas no 15º dia após o nascimento dos bebês, quando eles estão em condição estável, e são convidadas a participar do estudo. Caso aceitem, as mães são solicitadas a assinar o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e a responder à *Ficha de dados demográficos* (NUDIF/PREPAR, 2009a). É então agendado um encontro individual no qual cada mãe é solicitada a responder à *Entrevista de maternidade no contexto da prematuridade* (NUDIF/PREPAR, 2009c) e à *Entrevista sobre a história sonoro-musical da mãe* (Palazzi, Meschini & Piccinini, 2014a). Com base no prontuário e outras informações da

mãe, é preenchida a Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto (NUDIF/PREPAR, 2009b).

Na **Fase 2**, que é realizada na semana seguinte à conclusão da fase anterior, cada mãe participa individualmente da Intervenção *Musicoterápica para Mãe-Bebê Pré-termo* – IMUSP (Palazzi, Meschini & Piccinini, 2014b). São realizados oito encontros, duas vezes por semana, por quatro semanas, sendo que quatro deles envolvem apenas a mãe, enquanto os outros quatro são realizados com mãe e o bebê pré-termo, junto à incubadora. Além disso, como parte da IMUSP, as mães são incentivadas a cantarem para seus bebês, sempre que tiverem oportunidade. Com base no prontuário e outras informações da mãe, são atualizados os dados da *Ficha de dados clínicos do bebê* (Feijó, 1998) na UTINeo.

Na **Fase 3**, na semana seguinte à conclusão da IMUSP, as mães respondem à *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo* (NUDIF/PREPAR, 2014a). Além disso, com base no prontuário e outras informações da mãe, são atualizados os dados da Ficha de dados clínicos do bebê (Feijó, 1998) na UTINeo.

Na **Fase 4**, a ser realizada antes da alta hospitalar do bebê, as mães respondem à *Entrevista de maternidade no contexto da prematuridade/pré alta* (NUDIF/PREPAR, 2009d) e a *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo/pré-alta* (NUDIF/PREPAR, 2014b). Também, as díades mãe-bebê pré-termo são convidadas a participar da *Observação da interação mãe-bebê pré-termo/pré-alta* (Palazzi & Piccinini, 2014). Além disso, com base no prontuário e outras informações da mãe, são atualizados os dados da *Ficha de dados clínicos do bebê* (Feijó, 1998) na UTINeo. Todos os encontros da IMUSP são filmados e gravados.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS (n° 985.941) e pelo Comitê de Ética do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) de Porto Alegre (1.069.283) e adota os princípios éticos de beneficência e maleficência, respeito e justiça sugeridos pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução N° 466/2012).

Instrumentos

- *Ficha de dados demográficos* (NUDIF/PREPAR, 2009a): esta ficha visa à obtenção de dados demográficos da família, tais como idade, estado civil, escolaridade e profissão das mães e pais, endereço, bem como dados sobre o estado de saúde da mãe durante a gestação, ordem da gestação, ocorrências de aborto e dados sobre o parto e as condições de saúde do bebê.

- *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto* (NUDIF/PREPAR, 2009b): esta ficha é utilizada para registrar informações sobre o bebê (ex. APGAR, idade gestacional, peso, intervenções utilizadas, condição clínica), bem como sobre sua evolução desde o parto. A condição clínica da mãe também é investigada, incluindo procedimentos realizados e tempo de internação, além de informações sobre o parto e a sua recuperação. Estas informações são obtidas junto ao prontuário, à equipe da UTINeo e às participantes.

- *Ficha de dados clínicos do bebê* (Feijó, 1998): esta ficha é utilizada para anotar a evolução fisiológica diária do bebê (ex. peso, frequência cardíaca, frequência respiratória, oxigenação e temperatura). Estas informações são obtidas junto ao prontuário, à equipe da UTINeo e às participantes.

- *Entrevista de maternidade no contexto da prematuridade* (NUDIF/PREPAR, 2009c): é utilizada para investigar a experiência da maternidade no período pós-parto. São abordados os seguintes temas: sentimentos maternos frente ao dia a dia da mãe na UTINeo; relação da mãe com o bebê nesse contexto, incluindo os primeiros contatos e os cuidados; experiência da maternidade e, mais especificamente, os sentimentos frente a rotina e ao papel materno; percepções maternas sobre o apoio e os cuidados oferecidos na UTINeo, incluindo seus sentimentos frente aos procedimentos realizados. Trata-se de uma entrevista estruturada que é realizada de forma semi-dirigida. Na pré-alta, uma versão adaptada desta entrevista, é novamente usada.

- *Entrevista sobre o histórico sonoro-musical da mãe* (Palazzi, Meschini & Piccinini,

2014a): esta entrevista visa investigar a histórico sonoro-musical da mãe. A entrevista aborda os seguintes temas: o ambiente sonoro e as experiências e preferências musicais da mãe durante a infância, na adolescência e na idade adulta; a percepção da mãe em relação a própria voz e ao próprio canto; o ambiente sonoro e os hábitos musicais durante a gestação; o ambiente sonoro da UTINeo e expectativas da mãe em relação à intervenção musicoterápica. Além disso, a entrevista visa identificar e selecionar algumas músicas que são utilizadas durante a intervenção. Trata-se de uma entrevista estruturada, realizada de forma semi-dirigida.

- *Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo* - IMUSP (Palazzi, Meschini & Piccinini, 2014b): trata-se de uma intervenção de musicoterapia destinada à mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal, que tem por finalidade sensibilizar a mãe sobre as potencialidades relacionais do canto com o bebê, investigando suas contribuições para o relaxamento e autorregulação do bebê e para a interação mãe-bebê. A IMUSP foi criada com base em vários estudos de musicoterapia no contexto da prematuridade, entre os quais: as pesquisas sobre os elementos musicais da fala e do canto dirigidos ao bebê e sobre a “musicalidade comunicativa” que caracteriza a interação mãe-bebê (Trainor, 1996; Nakata & Trehub, 2004; Malloch, 1999); as aplicações clínicas do canto dirigido ao bebê e da “musicalidade comunicativa” na musicoterapia com bebês hospitalizados a termo e pré-termo (Haslbeck, 2014; Malloch, 2012) os estudos que valorizam intervenções com fala e canto materno e que ressaltam a importância da inclusão e do acompanhamento da mãe no tratamento (Filippa et al., 2013; Whipple, 2000; Cevasco, 2008). Com base nessa literatura se organizou a IMUSP em oito encontros, divididos entre sessões musicoterápicas com a mãe alternadas com encontros de acompanhamento da díade mãe-bebê na UTINeo. Os Encontros 1, 3, 5 e 7 são realizados com a mãe, enquanto os Encontros 2, 4, 6 e 8 são com a mãe e o bebê junto à incubadora. Nos dois primeiros encontros se busca orientar a mãe sobre as competências auditivas, musicais e expressivas do bebê e sobre os principais benefícios e especificidades do canto materno para o bebê pré-termo. Além disso, nos Encontros 1 e 2 são realizadas atividades de produção vocal e de canto das canções de ninar selecionadas pela mãe. Os Encontros 3 e 4 focam no diálogo sonoro-musical entre

musicoterapeuta e mãe e entre mãe e bebê. A seguir, nos Encontros 5 e 6 são realizadas atividades de improvisação vocal com a mãe e com a díade na UTINeo. Por fim, os Encontros 7 e 8 focam na criação de uma canção de ninar para o bebê. As sessões são realizadas individualmente com cada mãe ou cada díade, com duração aproximadamente de 45 minutos, duas vezes por semana. Cada sessão está organizada em três partes: verbalização sobre o estado clínico do bebê e as experiências de canto materno realizadas nas sessões ou nos dias precedentes; produção e interação musical com a mãe ou com a díade na UTINeo, realizada em um contexto principalmente não-verbal; verbalização sobre as impressões e as sensações geradas durante a sessão.

- *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo* (NUDIF/PREPAR, 2014a): é utilizada para investigar o impacto da intervenção musicoterápica. As questões da entrevista focam nos seguintes temas: sentimentos em relação às sessões com a musicoterapeuta, percepção quanto às mudanças após as sessões, satisfação com o atendimento, percepções quanto a mudança em relação ao bebê e ao vínculo após as sessões e comentários gerais da mãe sobre o atendimento. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, realizada de forma semi-dirigida. Na pré-alta, uma versão adaptada desta entrevista é novamente usada.

- *Observação da interação mãe-bebê pré-termo/pré-alta* (Palazzi & Piccinini, 2014): na sessão de observação da interação mãe-bebê, a mãe é orientada a interagir com seu bebê durante 20 minutos em três momentos: 1) na amamentação; 2) trocando a fralda; 3) cantando uma canção para o bebê. A sessão é realizada em uma das salas do hospital e é filmada.

Análise dos dados

Para se investigar as percepções maternas sobre a musicoterapia no contexto da prematuridade cada caso é analisado separadamente. Para tanto, as entrevistas são transcritas e as respostas das mães são examinadas através de análise temática (Braun & Clarke, 2006). Em particular, a *Entrevista de maternidade no contexto da prematuridade*

(NUDIF/PREPAR, 2009c) é analisada buscando se investigar as percepções maternas sobre a maternidade e a interação mãe-bebê, antes e após a intervenção musicoterápica, enquanto a *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo* (NUDIF/PREPAR, 2014a) busca examinar as percepções maternas com relação às contribuições da musicoterapia para o bebê, para a mãe e para a interação mãe-bebê.

Além disso, os vídeos das sessões de observação serão examinados, visando identificar as co-ocorrências sincrônicas e assincrônicas entre mãe e bebê pré-termo, tanto quantitativa como qualitativamente, utilizando-se um sistema de codificação derivado de Wendland-Carro, Piccinini e Millar (1999), baseado originalmente em Isabella, Belsky e von Eye (1989). Além disto, se buscará investigar a “musicalidade comunicativa” na interação mãe-bebê, examinando em particular a pulsação, a qualidade e a narrativa das vocalizações (cf. Malloch, 1999; Haslbeck, 2013, 2014). Com base nesta codificação serão feitas análises descritivas e qualitativas da interação de cada caso e também conjunta dos casos que participaram ou não da intervenção musicoterápica. Para fins de análise serão usadas duas codificadoras, sendo elas uma musicoterapeuta (autora deste projeto) e uma estudante de psicologia. Todas as codificadoras receberão um extenso treinamento no uso das categorias e no processo de codificação. Ao final das análises de cada caso, são discutidas semelhanças e particularidades entre eles.

Referências Bibliográficas

- ARNON, S., DIAMANT, C., BAUER, S., REGEV, R., SIROTA, G., & LITMANOVITZ, I. (2014). Maternal singing during kangaroo care led to autonomic stability in preterm infants and reduced maternal anxiety. *Acta Paediatrica*, 103, 1039–1044. doi:10.1111/apa.12744
- BRAUN, V., & CLARKE, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- CEVASCO, A. M. (2008). The effects of mothers' singing on full-term and preterm infants and maternal emotional responses. *Journal of Music Therapy*, 45(3), 273-306. doi: 10.1093/jmt/45.3.273
- CRUVINEL F. G., & MACEDO, E. C. (2007). Interação mãe-bebê pré-termo e mudança no estado de humor: comparação do Método Mãe-Canguru com visita na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7(4), 449-455. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000400012>
- ETTENBERGER, M., ODELL-MILLER, H., CÁRDENAS, C. R., SERRANO, S. T., PARKER, M., & LLANOS, S. M. C. (2014). Music Therapy With Premature Infants and Their Caregivers in Colombia – A Mixed Methods Pilot Study Including a Randomized Trial. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 14(2). Disponível em: <<https://voices.no/index.php/voices/article/view/756>>.
- FEIJÓ, L. (1998). **O bebê pré-termo: intervenção precoce visando a melhoria da interação mãe-**

bebê. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FILIPPA, M., DEVOUCHE, E., ARIONI, C., IMBERTY, M., & GRATIER, M. (2013). Live maternal speech and singing have beneficial effects on hospitalized preterm infants. *Acta Paediatrica*, 1017–1020. doi: 10.1111/apa.12356

HASLBECK, F. B. (2012). Music therapy for premature infants and their parents: An integrative review. *Nordic Journal of Music Therapy*, 21(3), 203–226. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/08098131.2011.648653>

_____ (2014). The interactive potential of creative music therapy with premature infants and their parents: A qualitative analysis. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), 36-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/08098131.2013.790918>

KORJA, R., LATVA, R., LEHTONEN, L. (2012). The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant’s first two years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, 164–173. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x

LANGEROCK, N., DE JONGE, L. V. H., GRAZ, M. B., HÜPPI, P. S., TOLSA, C. B., & BARISNIKOV, K. (2013). Emotional reactivity at 12 months in very preterm infants born at < 29 weeks of gestation. *Infant Behavior and Development*, 36(3), 289-297.

LOEWY, J., STEWART, K., DASSLER, A. M., TELSEY, A., & HOMEL, P. (2013). The Effects of Music Therapy on Vital Signs, Feeding, and Sleep in **Premature Infants**. *Pediatrics*, 131 (5). doi: 10.1542/peds.2012-1367

LIU, L., OZA, S., HOGAN, D., PERIN, J., RUDAN, I., LAWN, J. E., COUSENS, S., MATHERS, C., BLACK, R. E. (2014). Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *The Lancet*. Published online October 1, 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6)

MAGGI, E. F., MAGALHÃES, L. C., CAMPOS, A. F., BOUZADA, M. C. (2014). Preterm children have unfavorable motor, cognitive, and functional performance when compared to term children of preschool age. *Jornal de Pediatria*, 90, 377-383. doi:10.1016/j.jped.2013.10.005

MALLOCH, S. (1999). *Mothers and infants and communicative musicality. Rhythms, musical narrative, and the origins of human communication [Special issue]*. *Musicae Scientiae*, 13–28. doi: 10.1177/10298649000030S104

Malloch, S., Shoemark, H., Črnčec, R. N. C., Paul, C., Prior, M., & Coward, S. (2012). Music therapy with hospitalized infants – the art and science of communicative musicality. *Infant Mental Health Journal*, 33(4), 386–399. doi: 10.1002/imhj.21346

MARCH OF DIMES, PMNCH, SAVE THE CHILDREN, & WHO. (2012). In C. P. Howson, M. V. Kinney, & J. E. Lawn (Eds.), **Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth**. World Health Organization: Geneva.

NÚCLEO DE INFÂNCIA E FAMÍLIA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - PROJETO PREPAR (2009a). *Ficha de dados demográficos*. Instrumento não publicado.

_____ (2009b). *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto*. Instrumento não publicado.

_____ (2009c). *Entrevista de maternidade no contexto da prematuridade*. Instrumento não publicado.

_____. *Entrevista de maternidade no contexto da prematuridade/pré-alta*. Instrumento não publicado.

_____ (2014a). *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo*. Instrumento não publicado.

_____ - *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo/pré-alta*.

Instrumento não publicado.

PALAZZI, A., & PICCININI, C. A. (2014). **Observação da interação mãe-bebê pré-termo/pré-alta.** Instrumento não publicado.

_____. **Meschini, R., & Piccinini, C. A. (2014a). Entrevista sobre a história sonora-musical da mãe.** Instrumento não publicado.

_____. **Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo** - IMUSP. Material não publicado.

SILVA, C. M., CAÇÃO, J. M. R., SILVA, K. C. S., MARQUES, C. F., & MEREY, L. S. F. (2013). Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos à musicoterapia clássica. **Revista Paulista de Pediatria**, 31(1), 30-36.

STAKE, R. (1994). Case studies. In N. Denzin, & Y. Lincoln. (Eds.), **Handbook of qualitative research** (pp. 236-247). London: Sage.

STANDLEY, J. M. (2012). Music therapy research in the NICU: An updated meta-analysis. Neonatal Network: **The Journal of Neonatal Nursing**, 31(5), 311-316.

STANDLEY, J., CASSIDY, J., GRANT, R., CEVASCO, A., SZUCH, C., NGUYEN, J.,

WALWORTH, D., PROCELLI, D., JARRED, J., ADAMS, K. (2010). The effect of music reinforcement for non-nutritive sucking via the PAL (Pacifier-Activated Lullabies Apparatus) on achievement of oral feeding by premature infants in the NICU. **Pediatric Nursing**, 36(3), 138-145.

TRAINOR, L. J. (1996). Infant preferences for infant-directed versus non-infant-directed play songs and lullabies. **Infant Behavior & Development**, 19, 83-92. doi: 10.1037/h0094003

TUCKER, J., & MCGUIRE, W. (2004). ABC of preterm birth: epidemiology of preterm birth. **BMJ**, 329(18), 675-678.

VIANNA, M. N. S., BARBOSA, A. P., CARVALHAES, A. S., & CUNHA, A. J. L. A. (2011). Music therapy may increase breastfeeding rates among mothers of premature newborns: a randomized controlled trial. **Jornal de Pediatria**, 87(3).

WHIPPLE, J. (2000). The effect of parent training in music and multimodal stimulation on parent-neonate interactions in the neonatal intensive care unit. **Journal of Music Therapy**, 37(4), 250-268. doi: 10.1093/jmt/37.4.250

MUSICOTERAPIA EM MULHERES ATENDIDAS NO LABORATÓRIO DE REPRODUÇÃO HUMANA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Eliamar Ap. de B. Fleury¹
Mario S. Approbato²
Mônica C. S. Maia³
Reinaldo S. A. Sasaki⁴
Iulla A. Silveira⁵
Marisa S. Ramos⁶

RESUMO:Objetivos: Descrever características sócio demográficas e clínicas de mulheres em reprodução assistida. Expor expressões de sentimentos presentes no canto de mulheres em atendimentos de musicoterapia durante tratamento de infertilidade. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, subproduto de uma pesquisa maior, composto por 29 mulheres inférteis, em reprodução assistida (TRA). Utilizou-se abordagem musicoterapêutica interativa, em sessões individuais. Para organização dos registros utilizou-se a ferramenta WebQda e para análise descritiva dos dados o software Statistical Package for the Social Sciences. As expressões de sentimentos foram verificadas por meio da composição musical realizada durante as sessões. Resultados: Do total da amostra, 65,5% residem em Goiânia, 62,1% possui ensino médio, 58,6% professam a religião evangélica e 34,5% a católica. Referente à infertilidade 65,5% são primárias e 34,5% secundárias e o diagnóstico de maior prevalência foi a endometriose com 17,2%. Ocorreu 100% de engajamento das participantes na proposta musicoterapêutica. Houve presença de sofrimento psíquico associado a infertilidade e ao tratamento, e sentimentos de esperança, confiança e gratidão, apresentados nas composições musicais. Conclusão: A musicoterapia, ao favorecer um espaço de expressão, escuta e acolhimento, é uma terapêutica favorável à minimização do sofrimento de mulheres em TRA. Em estudo de revisão, não foram encontradas publicações anteriores sobre musicoterapia interativa com mulheres em TRA, sugerindo originalidade deste estudo

INTRODUÇÃO

A infertilidade é uma doença do sistema reprodutivo definida pela falha de se obter gravidez clínica após 12 meses ou mais de coito regular desprotegido. É reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como doença de causas variadas com registro na Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (FREITAS et al.,2008). É classificada primária quando o casal, mesmo com uma prática regular de relações sexuais sem a

1 Musicoterapeuta. Mestre em Música. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás. elifleuryufg@gmail.com

2 Médico ginecologista/HC/UFG. Doutor em Tocoginecologia.

3 Biomédica, especialista em Genética. Doutora em Ciências da Saúde/UFG

4 Médico ginecologista. Mestre em Saúde Coletiva. Doutorando do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde/UFG

5 Médica. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde/UFG. Professora substituta/ FM/UFG

6 Enfermeira obstetra/HC/UFG. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Saúde Pública. Aperfeiçoamento pela Organização Pan-Americana de Saúde.

utilização de método anticoncepcivo, nunca concebeu e secundária, quando há o fracasso da concepção após ocorridas gestações anteriores (WHO, 2014).

Considerada como um problema global de saúde pública, apresenta significativo impacto para o casal e para a sociedade, conforme sua prevalência e importância adquirida para a comunidade em questão, com influência no desenvolvimento demográfico e econômico (SIMÕES, 2010). Múltiplos fatores, como a inexistência de métodos epidemiológicos efetivos e eficientes de avaliação, dificultam o estabelecimento de prevalência da infertilidade numa determinada população (CORRÊA, 1997). Entretanto, estudos retrospectivos sugerem que na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), a sua prevalência varia largamente, entre 6,6% (ROSTAD et al, 2006) e 26,4% (GUNNELL; EDWINGS, 1994). Estima-se um aumento no número total de mulheres inférteis nos EUA, passando de aproximadamente 6,3 milhões no ano 2000 para 7,7 milhões em 2025 (STEPHEN; CHANDRA, 1998). No Brasil estimativas sugerem que mais de 278 mil casais em idade fértil apresentam dificuldade para conceber um filho (BRASIL, 2013).

Além das implicações sociais e demográficas, a infertilidade acarreta também problemas associados a saúde mental da pessoa com a doença. Sabe-se atualmente, que tanto a mulher quanto o homem com esta condição sofrem dificuldades emocionais, porém com uma maior intensidade na mulher (MELAMED, 2006). A infertilidade pode ser entendida como situação ameaçadora e geradora de diferentes sensações e sentimentos (MELAMED, 2013). É reconhecida como uma enfermidade peculiar, de apresentação clínica silenciosa e com ausência de sinais ou sintomas (BUCKETT, 1997; OLSEN, 1998), ou seja, é caracterizada pela invisibilidade e pela possibilidade de não produzir mal estar físico (STRAUBE, 2013).

Do ponto de vista emocional a condição da infertilidade pode acarretar perda de auto-estima, medo, alienação, isolamento social, perda de status social, gerando, em alguns casos, situações de violência (SOUZA, 2008).

A Reprodução Humana Assistida (RHA), consiste em um conjunto de técnicas que

incluem o coito programado, inseminação artificial intrauterina (IAIU), fertilização in-vitro (FIV) e a injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) (DECAT DE MOURA et. al, 2009). O tratamento de reprodução assistida (TRA) é sempre realizado por equipe multidisciplinar (FREITAS et al., 2008).

A primeira gravidez por FIV bem sucedida, ocorreu nos Estados Unidos em 1981, e desde então, houve um crescente uso de tecnologias de reprodução assistida no tratamento da infertilidade (BEALL; DeCHERNEY, 2012).

Tanto a experiência da infertilidade quanto o seu tratamento tem sido associados a consequências psicológicas e sociais prejudiciais para o indivíduo (WATKINS; BALDO, 2004). O insucesso do tratamento, associado ao desejo de procriar, resultam em conflitos psicológicos, alcançando camadas mais profundas do psiquismo, invadindo o espaço interpessoal e sexual do casal e irradiando na vida sociocultural, laboral e na definição de família (CUNHA, et al. 2008).

A musicoterapia, terapêutica não farmacológica, auto expressiva e que se utiliza da música como principal elemento de intervenção, tem avançado em estudos em diferentes especialidades médicas, apresentando resultados positivos, dentre outros, junto a pacientes com problemas neurológicos (SCHLESINGER et al., 2009; CORREIA, 2010); pacientes cardíacos (HANSER; MANDEL, 2005; ZANINI, 2009; HANSER, 2014) e pacientes com câncer (LIN et al., 2011; ALCÂNTARA-SILVA, 2012).

Apesar dos avanços científicos, existe ainda em torno da musicoterapia, uma idéia pré-concebida, do senso comum, de que esta terapêutica restringe-se à atividade de audição de músicas gravadas, numa atitude receptiva do cliente (ZANINI, 2009). Há diferentes maneiras de se utilizar música em tratamentos de saúde. Nesse sentido, Bradt et al. (2013) citando Dileo, refere que o uso da Música em Medicina se diferencia da Musicoterapia em Medicina, sendo relevante ambas formas de atuação para benefícios de pacientes.

Conforme a autora, a primeira - Música em Medicina - é uma intervenção realizada

por profissional da saúde que não possui formação em musicoterapia e em geral, é realizada pela audição musical, seja com música gravada ou ao vivo. A segunda – Musicoterapia em Medicina - refere-se a intervenções realizadas por um profissional habilitado em musicoterapia. Nesse caso, a música pode ser utilizada em experiências ativas e receptiva (BRUSCIA, 2000) ou interativa, conforme nomenclatura proposta por Barcellos (1992). Em síntese, além da formação específica, a diferença entre essas formas de uso da música, pode ser entendida pelo fato de que em musicoterapia, o terapeuta integra seus recursos pessoais e técnicos, associando-os ao emprego da música estabelecendo, portanto, um vínculo sonoro-musical (UBAM, 2010). No contexto terapêutico, esta combinação resulta na criação de um espaço musical comum (cliente/terapeuta) e de escuta musicoterapêutica estando presentes a empatia, o reconhecimento, a validação e a reparação. Este espaço musical criado, pode favorecer a autoexpressão, a interação e a comunicação (BARCELLOS, 1992; BRUSCIA, 2000; SILVA; FERREIRA E CARDOZO, 2012) de idéias, sentimentos, pensamentos (BRUSCIA, 2000). Portanto, a combinação da música e do terapeuta (BRUSCIA, 2000) diferencia a musicoterapia de outras práticas terapêuticas que utilizam música (BRUSCIA, 2000; FERREIRA; CARDOZO, 2012; BRADT et al. 2013).

No caso específico de ambientes hospitalares, as intervenções musicoterapêuticas servem como uma via de acesso à subjetividade do paciente, criando campos sonoros que favorecem vivências diferenciadas das geralmente experimentadas naquele ambiente (FERREIRA, 2003). A musicoterapia, por meio do fazer musical, favorece a formação de um espaço sonoro único (COSTA, 1989) entre musicoterapeuta/paciente.

Apesar dos importantes avanços nas pesquisas que utilizam a música nos contextos de tratamento humano, em estudo de revisão, não foram encontradas publicações anteriores sobre musicoterapia interativa com mulheres em TRA, sugerindo originalidade deste estudo (FLEURY, et al. 2014) e sua relevância para a ciência em musicoterapia com essa clientela.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

OBJETIVOS

Descrever características sociodemográficas e clínicas de mulheres em reprodução assistida.

Expor expressões de sentimentos presentes no canto de mulheres em atendimentos de musicoterapia durante tratamento de infertilidade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, braço de uma pesquisa maior, composto por 29 mulheres inférteis atendidas no Laboratório de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (LabRep/HC/UFG).

Utilizou-se a abordagem musicoterapêutica interativa (BARCELLOS, 1992), em atendimentos individuais. A experiência musical (BRUSCIA, 2000) ou técnica (BARCELLOS, 1992) empregada foi a composição e os recursos utilizados foram voz, violão, gravador, papel e caneta.

Para organização dos registros utilizou-se a ferramenta WebQda (SOUZA et al. 2010) e para análise descritiva dos dados o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). As expressões de sentimentos foram verificadas por meio da composição musical realizada durante as sessões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos e clínicos (Tabela 1) das 29 mulheres participantes do estudo, mostram que desse total 79,3% nasceram no estado de Goiás, e 3,4% distribuídos cada, igualmente, nos estados da Bahia, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Piauí, São Paulo e Tocantins. Das participantes, 65,5% residem na cidade de Goiânia (Goiás), 3,4% em Paraíso do Tocantins, localizada na região norte do Brasil e o restante em Anápolis (3,4%), Aparecida de Goiânia (10,3%), Edealina (3,4%), cidade de Goiás (3,4%), Itaguari (3,4%) e Nova Veneza (3,4%), todas localizadas no Estado de Goiás e em Paraopebas (3,4%), no Estado de Minas Gerais.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Variáveis	n	%
Cidade onde reside		
Anápolis	1	3,4
Aparecida de Goiânia	3	10,3
Edealina	1	3,4
Goiânia	19	65,5
Goiás	1	3,4
Itaguari	1	3,4
Nova Veneza	1	3,4
Paraíso	1	3,4
Paraopebas	1	3,4
Total	29	100,0
Escolaridade		
Fundamental	1	3,4
Médio	18	62,1
Superior	10	34,5
Total	29	100,0
Prática religiosa		
Católica	10	34,5
Evangélica	17	58,6
Espírita	1	3,4
Nenhuma	1	3,4
Total	29	100,0

O Laboratório de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (LabRep/HC/UFG) foi fundado há quase 30 anos e desde 2002 atua com técnicas de alta complexidade (FIV e ICSI). É composto por equipe de especialistas em ginecologia/obstetrícia, embriologia e reprodução humana. É um projeto de extensão da UFG e único serviço universitário da rede de saúde pública no estado de Goiás que atende casais inférteis. Isto explica o fato de mulheres de cidades circunvizinhas a Goiânia e de outros estados serem encaminhadas a este serviço.

Quanto à formação educacional (Tabela 1) nosso estudo resultou em 3,4% participantes com ensino fundamental, 62,1% ensino médio e 34,5% ensino superior. Uma alta parcela das participantes possuem ensino médio (62,1%) ou superior (34,5%), dado esse que difere dos achados de outros estudos (CUNHA et al., 2008; CORRÊA; VIZZOTTO e CURY, 2007). Por outro lado, nossos resultados corroboram os encontrados em estudo mais recente com amostra composta por 110 mulheres férteis no grupo controle e 168 inférteis no grupo caso (MENDONÇA et al., 2014). Os resultados encontrados por Mendonça et al. (2014) mostram que as mulheres inférteis apresentaram maior nível de escolaridade (ensino médio e ensino superior) do que as férteis, em que a maioria concentrou em ensino fundamental e ensino médio. Esse fato pode ser explicado, por um lado, pela necessidade de profissionalização e conseqüente necessidade de avanços no nível de escolaridade (CISCON-EVANGELISTA et al., 2012) e adiamento da maternidade contrapondo-se a maior investimento na constituição familiar e afastamento dos estudos.

A prática religiosa (Tabela 1) de maior predomínio foi a evangélica com 58,6%, seguida da católica com 34,5%, espírita com 3,4% e igual percentual (3,4%) sem seguimento religioso. Esses dados diferem de outros estudos nos quais a religião católica é a mais professada, seguida da evangélica (CORRÊA; VIZZOTTO E CURY, 2007). Provavelmente o número limitado de nossa amostra justifique essa diferença.

Referente ao tipo de infertilidade (Tabela 2), nosso estudo resultou em 65,5% primária e 34,5% secundária. Resultados semelhantes, de maior predomínio de infertilidade primária, também foram encontrados em estudo de prevalência com amostra composta por

48 mulheres em TRA no qual 36 mulheres tinham infertilidade primária e 12 mulheres secundária (PÉREZ et al., 2001). Igualmente, um estudo epidemiológico retrospectivo realizado com 1660 casais em consultas de infertilidade entre os anos de 2005 e 2011 registrou que 1228 casais tinham infertilidade primária (CARDONA, 2013).

Tabela 2. Diagnóstico e tipo de infertilidade da amostra

Diagnóstico	n	%
Sem registro	3	10,3
Disfunção sexual	2	6,9
Hiperprolactinemia	2	6,9
Menstruação e/ou ovulação irregular	1	3,4
Ciclo regular com anovulação	1	3,4
Oclusão tubária bilateral	3	10,3
Aderências pélvicas	1	3,4
Endometriose	5	17,2
Lesão uterina ou cervical adquirida	1	3,4
Lesão tubária adquirida	3	10,3
Tuberculose genital	1	3,4
Causas sistêmicas [c.g. hipotireoidismo]	1	3,4
Diagnóstico não estabelecido [não realizado laparoscopia]	1	3,4
Causa masculina	4	13,8
Total	29	10,0
Tipo de infertilidade		
Primária	19	65,5
Secundária	10	34,5
Total	29	10,0

O diagnóstico (Tabela 2) de maior prevalência neste estudo foi a endometriose com 17,2%, seguido de fator masculino com 13,8%, oclusão tubária bilateral 10,3% e lesão tubária adquirida também com 10,3%, disfunção sexual e hiperprolactinemia com 6,9% cada. Em menor ocorrência foram menstruação e/ou ovulação irregular, ciclo regular com anovulação, aderências pélvicas, lesão uterina ou cervical adquirida, tuberculose genital e causas sistêmicas com 3,4% cada. Apesar de em nosso estudo a endometriose ter se apresentado com maior prevalência, outros estudos mostram que 50% dos casos de infertilidade feminina são por aderência e obstrução tubária, seguido de anovulação e 50% por fator masculino, e que frequentemente, há mais de um fator diagnóstico (APPROBATO, 2010).

Com relação à proposta musicoterapêutica houve 100% de engajamento das participantes do estudo. Nas composições musicais surgiram expressões espontâneas de sofrimento psíquico associado a infertilidade e ao tratamento. Também ocorreram expressões de esperança em se obter resultado positivo no tratamento e expressões de confiança e gratidão ao apoio advindo da rede sociofamiliar. Esses resultados corroboram dados de estudos em psicologia e infertilidade que mostram que 4% dos casais que permanecem sem filhos involuntariamente, a esperança é um elemento presente em suas vidas, requerendo apoio emocional para que não haja abandono do tratamento (CUNHA et al. 2008).

Nas composições apareceram também o medo de um possível resultado negativo e de perda do provável futuro filho, e ainda, ansiedade e sentimentos de culpa pela infertilidade. Estudos mostram que frente a perda ou ameaça do poder de procriação, muitas vezes não se distingue o que causa maior sofrimento, se a ausência do filho desejado ou os sentimentos de fracasso, perda e insegurança que invadem o indivíduo infértil (FARINATI, et al. 2006). O desejo de conceber filhos mas se deparar com a impossibilidade dessa realização produzem uma ampla gama de sentimentos, como tristeza, medo, ansiedade, frustração, desvalia e vergonha (MELAMED, 2006; 2013). A saúde psicológica e mental do sujeito afeta a sua capacidade de se ajustar emocionalmente à infertilidade e às etapas de

tratamento (GELEHKOLAE et al. 2015; SOUZA 2008).

A música pode ser entendida como um indicador do estado psicofísico do sujeito (BENZON et al., 1997), um elemento que potencializa a comunicação facilitando a exteriorização de elementos internos, tornando manifesto o que estava latente (BRUSCIA, 2000). O canto é uma manifestação presente no universo simbólico de todas as culturas (MILLECCO FILHO, et al, 2001). Para a efetividade da musicoterapia é necessário articular os aspectos musicais apresentados pelo paciente à sua história de vida, clínica e/ou ao momento atual vivido. A articulação dessas informações possibilita a leitura e análise musicoterápica, portanto, a compreensão desse indivíduo através do musical (BARCELLOS, 1994; 2004). Em nosso estudo as composições musicais das mulheres em TRA traduziram algumas das dificuldades emocionais decorrentes da infertilidade e, possivelmente, agravadas durante o tratamento.

CONCLUSÃO

A infertilidade é uma doença que afeta os aspectos físico, psicológico, emocional, interpessoal e financeiro do indivíduo infértil. O perfil sociodemográfico e clínico das participantes do estudo, integrado às demais informações favoreceram uma compreensão ampliada dessas pacientes: de que a mulher com infertilidade é um ser biopsicossocial, um ser integrado, indivisível, que carrega um sofrimento não só pela infertilidade como também por outros fatores que circundam a problemática. As composições de canções serviram como meio para retratar o universo pessoal da experiência humana de mulheres em TRA, tornando manifesto o sofrimento psíquico latente. A musicoterapia, ao favorecer um espaço de expressão, escuta e acolhimento, é uma terapêutica favorável à minimização do sofrimento de mulheres em TRA. Em estudo de revisão, não foram encontradas publicações anteriores sobre musicoterapia interativa com mulheres em TRA, sugerindo originalidade deste estudo e mostrando sua relevância para a área da musicoterapia em reprodução humana.

Referências bibliográficas

- ALCÂNTARA-SILVA, T.R.M. **Estudo randomizado testando Musicoterapia na redução da fadiga relacionada ao câncer em mulheres com neoplasia maligna de mama ou ginecologia em curso de radioterapia.** (Tese). Goiânia: Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2012.
- APPROBATO, Mario S. Infertilidade. In: PORTO, Celmo C (Org). **VADEMECUM de Clínica Médica.** 3a edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- BARCELLOS, Lia Rejane M. **Cadernos de musicoterapia**, n.1. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992. _____, **Cadernos de musicoterapia**, n.3. Rio de Janeiro: Enelivros, 1994. _____, Musicologia e musicoterapia. In: **Musicoterapia: alguns escritos.** Rio de Janeiro: Enelivros, 2004. p. 101-18.
- BEALL, Stephanie A.; DeCHERNEY, Alan. **History and challenges surrounding ovarian stimulation in the treatment of infertility.** *Fertility and Sterility.* v. 97, n. 4, 2012.
- BENZON, Rolando; GAINZA, Violeta Hernsy; WAGNER, Gabriela. **Sonido, Comunicación y Terapi.** Salamanca: Amarús Ediciones, 1997.
- BRADT, J.; DILEO, C.; SHIM, M. **Music interventions for preoperative anxiety** [Intervention Review]. The Cochrane Collaboration. Disponível em: <<http://www.temple.edu/boyer/community/documents/musicintervntionsforpreoperativeanxiety.published.pdf>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar.** Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar>>. Acesso em: 14/02/2014.
- BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo musicoterapia.** 2a ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- BUCKETT W; BENTICK B. The epidemiology of infertility in a rural population. **Acta Obstet Gynecol Scand**; v. 76, n. 3, p. 233-37, 1997.
- CARDONA, Diana R. V. **Estudo epidemiológico da infertilidade. Prevalência e importância médico-legal.** (Dissertação). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. 2013.
- CISCON-EVANGELISTA, Mariane R.; LEAL, Lara de Sá; OLIVEIRA, Naara K.; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. Pós-Graduação, formação profissional e postergação da constituição de família própria: um estudo com estudantes de mestrado e doutorado. **Psicologia e Saber Socia**; v. 1, n. 2, p. 265-277, 2012.
- CORRÊA, Káthia R.F.C.; VIZZOTTO, Marília M.; CURY, Alexandre M.M. Avaliação da eficácia adaptativa de mulheres e homens inseridos num programa de fertilização in vitro. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 363-370, 2007.
- CORRÊA, M.C.D.V. **A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre a reprodução assistida.** (Tese). Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1997.
- CORREIA, C.M.F. **Funções musicais, memória musical-emocional e volume amigdaliano na doença de Alzheimer.** (Tese). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2010.
- COSTA, Clarice M. **O Despertar para o outro.** São Paulo: Summus, 1989.
- COUSINEAU, T.M., DOMAR, A.D. Psychological impact of infertility. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**; v. 21, n. 2, p. 293-308, 2007.
- CUNHA, Maria do Carmo V.; CARVALHO, João A.C.; ALBUQUERQUE, R.M.; LUDERMIR, A.B.; NOVAES, M. Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**;
- DECAT de MOURA, M.; SOUZA, Maria C.B.; SCHEFFER; Bruno B. Assisted reproduction. A little history. **Rev. SBP**; v. 12, n. 2, 2009.

FARINATI, D. M.; RIGONI, Maisa S.; MÜLLER, M.C. Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. **Estudos de Psicologia**. Campinas; v. 23, n. 4, p. 433-439, 2006.

FERREIRA, Eliamar A.B.F. Musicoterapia como coadjuvante na diminuição da tensão em ambiente hospitalar. **Anais... Goiânia: Sociedade Goiana de Musicoterapia**,2003.

FLEURY, Eliamar A. de B.; APPROBATO, Mario S.; SILVA, Tatiana M.; MAIA, Mônica Canêdo S. Music therapy in stress: proposal of extension to Assisted Reproduction. **JBRA Assisted Reproduction**; v. 18, n.3, p. 55-61, 2014

FREITAS, Marcia, SIQUEIRA Arnaldo A.F., SEGRE, Conceição A.M. Avanços em Reprodução Assistida. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**.; v. 18, n. 1, p. 93-7, 2008.

GELEHKOLAE, Keshvar Samadaee; MCCARTHY, Barry W; KHALILIAN,Alireza et al. Factors Associated With Marital Satisfaction in Infertile Couple: A Comprehensive Literature Review. **Global Journal of Health Science**. [online] 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n5p96>. Acesso em: 01.01.2015.

GUNNELL, D.; EDWINGS, P. Infertility prevalence, needs assessment and purchasing. **J Public Health Med**; v. 16, n. 1, p. 29-35, 1994.

HANSER, S.B., MANDEL, S.E. The effects of music therapy in cardiac healthcare. **Cardiol Rev.**; v. 13, n. 1, p. 18-23, 2005.

HANSER, S.B. Music therapy in cardiac health care: current issues in research. **Cardiol Rev.**; v. 22, n. 1, p. 37-42, 2014.

LI, X.M.; YAN, H.; ZHOU, K.N; DANG, S.N; WANG, D.L; ZHANG, Y.P. Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled Trial. **Breast Cancer Res Treat.**; v.128, n. 2, p. 411-9, 2011.

LIN, M-F; HSIEH, Y-J; HSU, Y-Y; FETZER, S; HSU, M-C. A randomized controlled trial of the effect of music therapy and verbal relaxation on chemotherapy-induced anxiety. **J Clin Nur**; v. 20, n. 7, p. 988-99, 2011.

MELAMED, R.M.M. **Infertilidade: sentimentos que decorrem**. In: MELAMED, R.M.M.. Ed. **Psicologia em Reprodução Humana Assistida: experiências brasileiras**. São Paulo: Quayle J.; 2006. p. 71-90.

_____. A psicologia e o psicólogo na reprodução humana assistida. In: 10 Consenso de Psicologia em **Reprodução Assistida. Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida**, eds. São Paulo: Rio de Janeiro: Livre Expressão; 2013. p. 23-9.

MENDONÇA, Carolina R.; ARRUDA, Jalsi T.; AMARAL, Waldemar N. Função sexual de mulheres submetidas à reprodução assistida. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**; v.36, n. 11, p. 484-488, 2014.

MENNING, B.E. **Infertility: a guide for the childless couple**. New York: Prentice Hall Press; 1988.

MILLECO FILHO, Luís A.; BRANDÃO, Maria R. E.; MILLECCO, Ronaldo P. **É preciso cantar - Musicoterapia, cantos e canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

OLSEN, J.; BASSO O; SPINELLI, A; KÜPPERS-CHINNOW, M. Correlates of care seeking for infertility treatment in Europe. Implications for health services and research. **Eur J Public Health**; v. 8, p. 15-20, 1998.

PÉREZ Juliano A., MAURER Marvin N., ABREU M., et al. Prevalência de Alterações Uterinas e Tubárias na Histerossalpingografia em Mulheres Inférteis -Estudo de 48 casos. **Radiol Bras**; v. 34, n. 2, p. 79-81, 2001.

ROSTAD, Berit; SCHEI Berit; SUNDBY Johanne. Fertility in Norwegian women Results from a population-based health survey. **Scand J Public Health**; v. 34, n. 1, p. 5-10, 2006.

SCHLESINGER, I; BENYAKOV, O; ERIKH, I, SURAIYA, S; SCHILLER Y. Parkinson's disease tremor

is diminished with relaxation guided imagery. **Mov Disor**;v. 24, n. 14, p. 2059-62, 2009.

SILVA, Ludmila; FERREIRA, Eliamar A.B.F.; CARDOZO, Elizabeth E. A Música e a Musicoterapia no Contexto Hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Anais...** Olinda: Associação de Musicoterapia do Nordeste. Curso de pós-graduação da Faculdade de Ciências Humanas de Olinda, 2012, p. 75-89.

SIMÕES Maria Inês Táboas. **Infertilidade: Prevalência**. (Dissertação). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010.

SOUZA, F. N. N.; COSTA, A. P.; MOREIRA, A. WebQDA – Software de Apoio à Análise Qualitativa. In Rocha, A., Sexto, C.F., Reis L.P. & Cota, M.P. (Ed.) **Atas da 5a Conferência Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação (CISTI2010)**.Associação Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação. Santiago de Compostela, 2010.

SOUZA, M.C.B. Infertilidade e Reprodução Assistida. Este tal Desejo de Ter um Filho”. In: SOUZA, M.C.B; DE MOURA, M; GRYNSPAN, D. (Org). **Vivências em tempo de reprodução assistida**. O dito e o não-dito. Rio de Janeiro: Revinter; 2008. p. 1-6.

STEPHEN, E.H., CHANDRA A. Updated projection of infertility in the United States: 1995-2025. **Fertility and Sterility**; v. 70, p. 30-4, 1998.

STRAUBE, K.M. 10 Consenso de Psicologia em Reprodução Assistida: uma experiência inovadora. In: 10 Consenso de Psicologia em Reprodução Assistida.Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. Eds. São Paulo: Rio de Janeiro: **Livre Expressão**; 2013. p. 15-21.

UBAM. União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Matriz DACUM**. Painéis de Descrição e Validação das atividades realizadas pelo musicoterapeuta. Comitê de Especialistas. São Paulo, set/out. 2010.

WATKINS, K.J.; BALDO, T.D. The infertility experience: biopsychosocial. Effects and suggestions for counselors. **J Couns Dev**.; v. 82, p. 394-402, 2009.

WHO, World Health Organization, 2014; ICMART, The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology. Revised glossary on Assisted Reproductive Terminology (ART), 2009. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>.Acessado: 07/03/14.

ZANINI, Claudia Regina O. **O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e pressão arterial do paciente hipertenso**. (Tese). Goiânia: Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2009.

MUSICOTERAPIA E PRÉ-ECLÂMPRIA: UMA INTERVENÇÃO POSSÍVEL?

Martha Negreiros de Sampaio Vianna¹
Lia Rejane Mendes Barcellos²

RESUMOS: Este trabalho apresenta os motivos que levaram à interrupção de uma pesquisa sobre “Musicoterapia e Pré-eclâmpsia” que teve por objetivo avaliar o impacto da musicoterapia nos níveis de tensão arterial de gestantes com pré-eclâmpsia internadas na enfermaria de Gestantes da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ). O tipo do estudo foi um ensaio clínico não randomizado com gestantes com pré-eclâmpsia sendo excluídas aquelas com doença trofoblástica gestacional e gestação múltipla. Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico onde 68 artigos foram encontrados sendo somente dois de musicoterapia. Como nenhuma pesquisa foi encontrada sobre o tema optou-se pela pré-testagem do desenho clínico no período de três meses. Como metodologia desse Projeto Piloto decidiu-se pelo modelo de “sessão estruturada” (BRUSCIA, K., 1987, p. 527), constituindo-se de duas fases: musicoterapia receptiva: audição de músicas eruditas (relaxamento e consciência da respiração); e musicoterapia interativa (BARCELLOS, L. R. M., 1984), constando de recriação musical para possibilitar a expressão das participantes (preferências musicais e motivações internas). No Projeto Piloto (Pré-testagem) foram realizadas nove sessões. De 21 pacientes atendidas, apenas uma apresentou pré-eclâmpsia, inviabilizando o projeto e levando à interrupção da pesquisa

Palavras chave: musicoterapia; gestantes; hipertensão; pré-eclâmpsia.

Introdução

Em abril de 2012, a coordenadora do Setor de Musicoterapia da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ), musicoterapeuta Martha Negreiros-Vianna convidou as colegas musicoterapeutas Lia Rejane Mendes Barcellos e Clarice Moura Costa para formarem uma equipe de pesquisa, juntamente com o musicoterapeuta Albelino Silva Carvalhaes, já integrante do referido setor.

Em consonância com a diretora da Divisão de Ensino e Pesquisa, Dra. Rita Gueiros Bornia, foi definido o tema a ser investigado: musicoterapia com gestantes internadas na ME-UFRJ com diagnóstico de pré-eclâmpsia. Tal escolha justificou-se pelo documento *Born too Soon* (2012) que, elaborado pela Organização Mundial de Saúde em parceria com uma

1 Mestra em Ciências (Programa de Clínica Médica/Faculdade de Medicina UFRJ); Graduada em Musicoterapia (Conservatório Brasileiro de Música. CBM-CeU/RJ); Coordenadora do Setor de Musicoterapia da Maternidade- Escola da UFRJ; Professora da Pós-Graduação em Musicoterapia (CBM-CeU) e FAC/Salvador; Musicoterapeuta Clínica. E-mail: marthanegreiros@hotmail.com

2 Doutora em Música (UNIRIO); Mestre em Musicologia (CBM-CeU); Especialista em Educação Musical (CBM-CeU). Graduada em Musicoterapia (CBM-CeU) e Piano (AMLF). Coordenadora e profa. da Pós-graduação e profa. do Bacharelado em Musicoterapia (CBM-CeU). Fundadora da Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco (CBM-CeU). Musicoterapeuta pesquisadora convidada da UFRJ-ME. Autora de livros, capítulos e artigos em vários países. Ex-Membro do Conselho Diretor da WFMT por dois mandatos. Ex-Editora para a AS do Voices (Noruega). E-mail: liarejane@gmail.com

equipe global formada pelas principais organizações internacionais, instituições acadêmicas e agências das Nações Unidas, destaca que a cada ano 15 milhões de bebês são prematuros, isto é, mais de um bebê em cada 10 nascimentos no mundo inteiro. Este documento também ressalta que a prematuridade é a maior causa de morte de recém-nascidos e que muitos dos bebês prematuros, que sobrevivem, enfrentam uma vida inteira de limitações e necessidades especiais. Esta evidência convoca à ação pesquisadores, uma vez que existem dados suficientes que justificam o investimento em novas soluções e tecnologias que possam prevenir e reduzir a incidência de nascimentos prematuros ao redor do mundo e, dentre estas, podemos incluir a musicoterapia, considerada uma tecnologia leve.

O documento ainda enfatiza que, entre outras ações, a prevenção de nascimentos pré-termo deve ser acelerada pelo planejamento familiar e pelo empoderamento da mulher, especialmente das adolescentes, juntamente com a qualidade de cuidados antes e durante a gestação. A implementação de novas estratégias pode salvar um milhão de bebês prematuros a cada ano. Assim, investimentos em inovação e pesquisa são essenciais para acelerar mudanças neste cenário. Estes dados apontam para a prioridade de realização de pesquisas que possam minimizar as causas de prematuridade e diminuir os índices da morbimortalidade materna, fetal e/ou neonatal.

Entre os diversos fatores de risco de prematuridade o documento aponta a pré-eclâmpsia, “uma síndrome multissistêmica caracterizada por hipertensão e proteinúria, após 20 semanas de gravidez, em mulheres com pressão arterial (PA) normal previamente” (Rezende, J. e Montenegro, C. A. B., 2011 p. 244).

Ainda não existe um tratamento comprovadamente eficaz para a pré-eclâmpsia. A única cura é a interrupção da gravidez. Uma vez diagnosticada a pré-eclâmpsia, é feito um acompanhamento para manter a gestação pelo maior tempo possível, para dar ao feto melhores condições de nascimento e sobrevivência.

Revisão de literatura

Em um levantamento recente sobre as pesquisas de musicoterapia realizadas em 2010 e 2011 (Barcellos, 2012) nos principais sites de busca, em universidades e em contatos com musicoterapeutas, foram encontradas 493 investigações em dois grandes polos de pesquisas em musicoterapia no mundo: o primeiro, em universidades americanas, de onde foram examinados 149 trabalhos, e o segundo, formado por um “Consórcio de Pesquisa” que congrega nove países de três continentes, constituindo-se como um centro de excelência que dá subsídios para novas pesquisas, para se replicar o já existente e, principalmente, para a prática clínica.

No entanto, nesse extenso levantamento, nenhuma pesquisa sobre musicoterapia em pré-eclâmpsia foi encontrada, donde se conclui que, considerada a relevância do tema, é uma área que mereceria mais atenção dos pesquisadores.

Para o nosso estudo, foi realizado um levantamento bibliográfico pela bibliotecária da ME-UFRJ, Janaína Mota, nos principais bancos de dados de pesquisas científicas (Pubmed, Lilacs, Bireme), tendo sido utilizados dois grupos de palavras descritoras:

- Grupo 1 – hipertensão, gestante, musicoterapia e pesquisa.
- Grupo 2 – pré-eclâmpsia, gestante, musicoterapia e pesquisa.

Este levantamento apontou a inexistência de artigos que tratassem especificamente sobre musicoterapia e pré-eclâmpsia no trabalho com gestantes. No entanto, podem ser citados os estudos sobre a utilização da música no alívio do stress, ansiedade e depressão na gravidez (Chang, Chen e Huang, 2008); no alívio do stress, da dor e da fadiga nas gestantes (Fulton, 2005); na melhora do ritmo respiratório e relaxamento (Bauer et al., 2010); a tese sobre musicoterapia e hipertensão (Zanini, 2009) e um artigo sobre a diminuição dos níveis de tensão arterial pela ação da música sobre a função endotelial com pacientes não-gestantes (Miller, Michael et al, 2010 - “Divergent Effect of Joyful and Anxiety-Provoking Music on Endothelial Vasoreactivity”³), que foi o que motivou a equipe a investigar

3 “Efeitos divergentes de músicas que provoquem alegria ou ansiedade sobre a vaso-reatividade endotelial”

este assunto. O artigo acima se refere a uma pesquisa na qual os pacientes escolhem as músicas preferidas que evoquem alegria; músicas que evoquem ansiedade; segmentos de filmes que levem ao riso; áudios de exercícios guiados e de relaxamento. O autor conclui que as emoções positivas podem afetar a reatividade endotelial, especialmente aquelas provocadas pela música.

A inexistência de literatura específica sobre musicoterapia e pré-eclâmpsia, indicou que não havia um modelo que pudesse ser replicado ou adaptado à pesquisa proposta. Por isso, foi necessário realizar uma pré-testagem, tanto do modelo de intervenção musicoterápica quanto dos aspectos metodológicos, como a coleta de dados, descrição de variáveis a serem estudadas e tratamento estatístico para avaliação dos resultados.

Hipótese

Avaliar o impacto da musicoterapia nos níveis de tensão arterial de gestantes com pré-eclâmpsia internadas na enfermaria da ME-UFRJ.

Tipo do Estudo

- **Tipo de estudo:** Ensaio clínico não randomizado prospectivo controlado
- **Inclusão:** gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia pura e superajuntada
- **Exclusão:** doença trofoblástica gestacional e gestação múltipla.
- **Tamanho da amostra:** a definir
- **Tratamento estatístico:** a ser eleito.

Intervenção clínica

- **Local:** Ambulatório de Pré-Natal e Enfermaria anexa do Alojamento Conjunto
- **Frequência:** duas vezes por semana
- **Duração:** 60 minutos
- **Forma de atendimento:** Grupal
- **Recursos materiais utilizados para a audição musical:** foi utilizado um Tablet I- pad 4

da Apple, com sistema operacional iOS. O sinal de internet era capturado através do roteador Wi-fi de um celular Samsung Galaxy s4 mini, com sistema operacional Android. O sistema de som utilizado era um par de caixas ativas em sistema 2.0 (left/right), da marca Bose, com 100 w RMS de potência⁴.

- **Recursos materiais para a Re-criação musical:** violão, *cajón* e pequenos instrumentos de percussão.

- **Registro:** todas as sessões foram registradas em planilhas do Microsoft Excel.

Coleta de dados: níveis de tensão arterial antes e depois da sessão. No entanto, foi objeto de discussão dos musicoterapeutas com as chefias da Divisão de Pesquisa: Dra. Rita Gueiros Bornia, e da Divisão de Enfermagem: Dra. Ana Paula Esteves, como seria realizada essa aferição. Foi decidido que esta seria medida por um mesmo profissional de enfermagem, antes e depois de cada sessão, com a paciente sempre na mesma posição da primeira aferição, por exemplo, recostada.

Desenho da sessão: a equipe optou por um modelo misto, isto é, de utilização de uma “sessão estruturada” (Bruscia, 1987, p. 527) que se compunha de fases bem definidas que se alternavam dependendo do estado de ânimo das pacientes, a saber:

Parte 1- Musicoterapia Interativa (Barcellos, 1984)⁵

Parte 2 - Musicoterapia Receptiva (Gaston, 1968).

A Musicoterapia Interativa teria como objetivo a expressão de aspectos do mundo interno das pacientes, principalmente através da recriação de canções que podiam ser escolhidas tanto pelas gestantes quanto pelos musicoterapeutas. Neste momento,

4 Esses recursos eram utilizados pelo musicoterapeuta Albelino Carvalhaes, membro da equipe de pesquisadores e grande conhecedor desse material tecnológico, que era utilizado para os momentos em que nenhum dos terapeutas sabia a música solicitada pelas pacientes. Nessas ocasiões, além de a música ser mecânica, era executada ao mesmo tempo no violão, pelo referido musicoterapeuta, o que caracteriza uma situação quase inédita que é a utilização da música mecânica e da música viva, de forma concomitante. Isto só é possível acontecer com pessoas que tenham grande musicalidade e, portanto, acompanhem prontamente a música mecânica em qualquer tom, com as mesmas harmonias, enfim, resultante da musicalidade já comentada.

5 “A forma na qual a experiência musical é compartilhada pelo musicoterapeuta e paciente(s) – quando em grupo – todos ativos no processo de fazer música, o que configura uma inter-ação, facilitada pelo fato de a música acontecer no tempo, o que promove a interação dos participantes e dificulta o isolamento” (Barcellos, 1984).

musicoterapeutas e pacientes participavam interagindo ativamente, na escolha das canções, cantando e, se possível e desejado, tocando pequenos instrumentos de percussão.

Na musicoterapia receptiva (com a utilização de escuta de música erudita escolhida pelos musicoterapeutas) o objetivo principal era o relaxamento, através da conscientização do ritmo respiratório. A escolha desse desenho apontou para a necessidade do estudo de repertório de músicas eruditas a serem utilizadas na parte receptiva da sessão. Para isto, foi feita uma ampla análise musical do repertório escolhido pela equipe.

A ordem da aplicação destes dois momentos seria de acordo com a percepção do musicoterapeuta, isto é, do que ele considerasse mais importante para os pacientes naquele dia, dependendo do estado de ânimo das pacientes.

Resultados

De abril de 2012 a dezembro de 2013 foram realizados 71 encontros entre os musicoterapeutas da equipe e nove sessões-piloto, para avaliar a adequação do desenho clínico.

Uma análise destas sessões foi realizada para se ter uma maior compreensão:

- dos efeitos da música na pressão arterial;
 - da adequação do repertório de música erudita escolhido para ser utilizado nessas sessões;
 - do repertório de música popular trazido pelas pacientes;
 - da atuação dos musicoterapeutas e da utilização da tecnologia como recurso,
- tópicos que ainda estão em estudo.

Nestas sessões foi utilizado o desenho clínico delineado previamente e foram atendidas 21 pacientes internadas na enfermaria de pacientes, sendo que **uma única teve o diagnóstico de Pré-eclâmpsia.**

Assim, se durante três meses, entre 21 pacientes, apenas uma era portadora de pré-eclâmpsia significa dizer que teríamos quatro pacientes/ano o que inviabiliza qualquer pesquisa quantitativa por se tratar de uma amostra insignificante. Por este motivo, a **pesquisa foi interrompida.**

Considerações finais

Deve-se destacar, aqui, a importância da realização prévia do desenho de pesquisa escolhido, através de um Projeto piloto, para avaliar a viabilidade do desenho clínico eleito e a aplicação dos instrumentos elaborados para a coleta de dados, antes mesmo de inscrever esse projeto na Plataforma Brasil e de enviá-lo a um Comitê de Ética em Pesquisa.

Do ponto de vista clínico, o resultado alcançado aponta para a pertinência de se dar continuidade ao trabalho de musicoterapia nesta enfermaria de gestantes.

Quanto à utilização da técnica de recriação musical, justifica-se pelo fato de que estas mulheres se encontram em um momento muito difícil e complexo. É sabido que a música possibilita a comunicação, aqui entendida como a interação entre pessoas; favorece a autoexpressão de conteúdos internos através de músicas conhecidas e escolhidas por elas mesmas, proporcionando uma maior interação entre as mesmas.

A técnica de improvisação neste contexto não seria a mais adequada no nosso entendimento uma vez que as circunstâncias destas mulheres já se constituem como um improviso. Além disto, a recriação de canções estruturadas podem lhes trazer segurança.

Segundo a musicoterapeuta norte-americana Lisa Summer, “uma efetiva base musical dá ao cliente um sentimento de segurança e existem razões para a escolha desse tipo de música como continente” (1995, p. 37). As pacientes gestantes da Maternidade Escola (UFRJ) escolhem as canções conhecidas e preferidas, e estas vão lhes trazer o “continente” e acolhimento necessários.

Voltando à pesquisa, é pertinente se utilizar as recomendações da pesquisadora norte-americana, a musicoterapeuta Barbara Wheeler, para ratificar a importância da

realização de um estudo piloto. A autora afirma que “Uma forma de aumentar as chances de seu estudo acontecer sem problemas é realizar um ‘estudo piloto’” (2005, p. 125). Ao fazer isto, passo a passo, serão testados os procedimentos, a aplicação dos instrumentos elaborados para a coleta de dados e os dispositivos para análise destes, antecipando “os problemas que frequentemente aparecem nos procedimentos, e que podem ser trabalhados, para que o estudo final seja realizado de forma mais segura” (ibid).

No meio científico considera-se o “padrão-ouro” de pesquisa da medicina baseada em evidências, o ‘ensaio clínico randomizado’ (Randomized Control Trial - RCT). Para os musicoterapeutas, este é o desenho de pesquisa mais complexo, pela rigidez exigida no protocolo desse tipo de estudo.

Por fim, deve-se levar em consideração que mesmo que se tenha elaborado um cuidadoso projeto, podem acontecer fatos inesperados que surpreendam o pesquisador que tem por tarefa minimizar/evitar os problemas para que eles tenham um impacto menor sobre o estudo.

Referências bibliográficas

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. Qu'est-ce que c'est la Musique en Musicothérapie. **La Revue de Musicothérapie**. Paris, v. IV, n. 4, 1984. p. 37-48.

_____. Levantamento sobre o ‘Estado da Arte’ da Pesquisa em Musicoterapia no Mundo. In: **XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**. Associação de Musicoterapia do Nordeste (AMTNE). 2012. Olinda (Pe.), 2012. Anais - XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, p. 461-591.

BAUER et all. **Alleviating Distress During Antepartum Hospitalization: A Randomized Controlled Trial of Music and Recreation Therapy**. Journal of women's health. Vol. 19, n.3. Mary Anne Liebert Inc: 2010.

BRUSCIA, Kenneth. **Improvisational Models of Music Therapy**. Springfield: Charles Thomas Publishers, 1987.

CHANG, Mei-Yueh; CHEN, Chung-Hey; HUANG, Kuo-Feng. **Effects of Music Therapy on Psychological Health of Women During Pregnancy**. Journal of Clinical Nursing, 17, p.2580-2587. Blackwel Publishing Ltd: 2008.

FULTON, Kathryn Blauvelt. **The Effects of Music Therapy on Physiological Measures, Perceived Pain, and Perceived Fatigue of Women in Early Labor, 2005**. Electronic Theses, Treatises and Dissertations. Paper 4376. <http://diginole.lib.fsu.edu/etd/4376> (Acesso em 20/5/2012).

GASTON, Edward Thayer et al. **Tratado de Musicoterapia**. Buenos Aires: Paidós, 1968.
March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. **Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth**. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization: Geneva, 2012.

MILLER, Michael et all. **Divergent Effect of Joyful and Anxiety-Provoking Music on Endothelial Vasoreactivity**. Psychosomatic Medicine 72:354-356: 2010.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos A. Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 12 edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SUMMER, Lisa. Melding musical and psychological Process: the therapeutic musical space. **Journal of the Association for Music Therapy and Imagery**. No 4. 1995.

ZANINI, Claudia Regina de Oliveira et all. **O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso**. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 93, nº 5 p. 534-540: 2009.

WHEELER, Barbara. Designing Quantitative Research. In: Wheeler, B. (Ed). **Music Therapy Research**. 2 Edition



8

APORTES TEÓRICOS EM MUSICOTERAPIA



Comunicação Oral

MUSICOTERAPIA E PSICANÁLISE: ARTICULAÇÕES EM SANDOR FERENCZI E DANIEL STERN SEGUNDO O PONTO DE VISTA SENSÍVEL DO FENÔMENO TRANSFERENCIAL E MUSICAL

Adhara Pedrosa¹

RESUMO: Sándor Ferenczi e Daniel Stern ocupam o centro das discussões do presente artigo devido a proposta na qual ambos autores colocam a relação terapeuta-paciente em destaque, como experiência capaz de produzir mutações no campo da subjetividade. Estaria no viver desta relação a possibilidade de produção de novos territórios existenciais. Pensar em termo de experiência e de vivência remete diretamente ao aspecto afetivo e sensível da subjetividade, considerados como base inicial de qualquer mudança subjetiva. Esta proposta se constrói pela via da transversalidade entre as áreas da musicoterapia, e da psicanálise, conjugando conceitos pertinentes ao desenvolvimento da questão na qual a sensibilidade deixa de ser de fundamento intuitivo e mágico para ser considerada como base inicial para qualquer processo de organização ou reformulação subjetiva. A experiência empírica da pesquisadora, explicitada pelas vinhetas de casos clínicos se articula à revisão bibliográfica. A sensibilidade, pela via da música e do sonoro, experimentados na relação transferencial, na medida em que mobiliza e movimenta afetivamente e corporeamente, é capaz de produzir em si mesma, novos sentidos e mudanças na subjetividade.

Palavras chave: Musicoterapia. Transferência. Música. Sensibilidade

A proposta deste estudo residiu na articulação entre a experiência clínica da musicoterapia e o pensamento de dois grandes teóricos que tiveram a prática clínica como base da teorização por eles proposta: Sándor Ferenczi e Daniel Stern. Ambos autores colocam a relação terapeuta-paciente em destaque, como experiência capaz de produzir mutações no campo da subjetividade. Estaria no viver desta relação a possibilidade de produção de novos territórios existenciais.

Pensar em termo de experiência e de vivência remete diretamente ao aspecto afetivo e sensível da subjetividade, considerados como base inicial de qualquer mudança subjetiva.

O fazer clínico da musicoterapia vem propondo, desde o seu surgimento, a possibilidade de a música e de todo um universo sonoro serem utilizados terapêuticamente. Quando a música se torna uma via importante pela qual se busca alcançar expressão subjetiva, vemos surgir formas de comunicação sonoras que incidem de modo singular na

¹ Especialista em Saúde Mental e mestre em Memória Social (PPGMS-UNIRIO), musicoterapeuta clínica. Email: adharape@gmail.com

construção da relação terapêutica. Na medida em que despertam sensações e mobilizam afetos, elas trazem a possibilidade de “tocar” em registros primários da subjetividade. Apesar, no entanto, da musicoterapia valorizar o aspecto sensível promovido principalmente pela música, ainda há poucas pesquisas em musicoterapia que sistematizem teoricamente a sensibilidade no âmbito da clínica, o que acaba por lhe conferir estatuto intuitivo, de caráter místico ou mágico. Ao reconhecer a necessidade de novos estudos, propomos novas articulações com autores para os quais a sensibilidade seria aquilo que está no início de qualquer organização subjetiva, participando e por vezes direcionando os seus movimentos e as suas transformações.

Sándor Ferenczi, psicanalista contemporâneo a Freud, vem sendo muito valorizado no pensamento atual contemporâneo (BIRMAN, 2014, p.14) por estender com as suas formulações as fronteiras conceituais do campo psicanalítico. Uma das marcas do autor foi a sua grande experiência com casos de psicoses, neuroses traumáticas e de difícil manejo, que em sua grande maioria não respondiam ao tratamento nos moldes da análise clássica. Essa experiência clínica diferenciada o levou a proposições que subverteram o que a comunidade psicanalítica de sua época pensava. Diante destes pacientes, Ferenczi viu a necessidade de estar menos blindado às forças afetivas que circulavam no campo transferencial, percebendo que a sensibilidade deveria funcionar em alguns momentos como guia² para o caminho pelo qual o tratamento deveria seguir.

Devido à valorização da dimensão sensível da subjetividade, a própria noção de transferência adquire uma significação diferente da proposta por Freud. Ferenczi afirma, em 1909, mantendo esta linha de pensamento até o final da sua obra (PINHEIRO, p. 113, 1995), que a transferência é uma espécie de introjeção. Ou seja, transferir e introjetar são processos análogos que se constituem como uma espécie de absorção do mundo externo na esfera do eu, por meio de um processo de metabolização psíquica (FERENCZI, 1913). A introjeção é o processo básico de constituição de subjetividade que ocorre na medida em que o psiquismo passa a ser povoado de experiências com sentido. É um modo de

2 Esta hipótese de que a sensibilidade pode funcionar como guia na condução da análise em Ferenczi é desenvolvida no artigo A transferência como devir de Mariana de Toledo Barbosa (2013).

simbolização decorrente das relações entre o corpo e o mundo, sendo a linguagem uma dessas possibilidades simbólicas. Para Ferenczi, a produção e sentido poderá advir, tanto das representações que povoam o psiquismo, quanto da sensibilidade, já que o corpo está profundamente implicado neste processo. Na introjeção, o que se traz para a esfera psíquica são as experiências de prazer e desprazer causadas no encontro com os objetos, o que inclui também a experiência do objeto, e não apenas a representação que o define. O objeto em si mesmo, seria apenas o suporte de toda a atmosfera que o permeia (PINHEIRO, p.46, 1995). Para Ferenczi, a introjeção não é a assimilação do conteúdo do objeto, mas sim da possibilidade de ser afetado e impregnado pela presença do outro (REIS, p.115, 2004).

Considerar a transferência como uma espécie de introjeção acarreta algumas consequências importantes que devem ser consideradas. A primeira delas está na afirmação dos afetos reais e atuais que circulam no campo transferencial, que não seriam resultado apenas de reedições ou projeções do paciente. Ferenczi trabalha, assim como Freud, com a hipótese da transferência como uma espécie de repetição de algo subjetivamente constituído no passado, mas acrescenta, também, a possibilidade do surgimento de novos afetos e de experiências inéditas que se dão no tempo presente. Ferenczi não enfatiza na relação transferencial uma preocupação com as reedições sintomáticas, colocando uma atenção maior sobre as trocas atuais entre paciente e analista. Isso implica em aceitar que o paciente pode ter reações à atitude e às interpretações do analista que não podem ser explicadas apenas por um padrão já constituído no passado. Nesta perspectiva, torna-se necessário que o analista esteja disposto a realizar uma constante autoavaliação de suas intervenções, o que nos remete diretamente à importância do trabalho de análise do próprio analista. No seu texto sobre técnica ativa (FERENCZI, 1924), ele admite que o analista deve sempre carregar uma dose de ceticismo a respeito de suas próprias interpretações e deve estar disposto a modificá-las, e até mesmo a retirá-las, mesmo que o paciente já tenha começado a aceitá-la, quando se verifica que a interpretação estava errada (FERENCZI, p.262, 1924).

Ferenczi (1928, p. 31) acredita que o analista também é alvo de investigação, pois é

passível de erros, introduzindo a ideia de salvo erro:

Nada mais nocivo em análise do que uma atitude de professor ou mesmo de médico autoritário. Todas as nossas interpretações devem ter mais o caráter de uma proposição do que de uma asserção indiscutível, e isso não só para não irritar o paciente, mas também porque podemos efetivamente estar enganados. O tão antigo costume dos comerciantes que consiste em acrescentar ao fim de cada fatura a marca S.E., ou seja, salvo erro, também deveria ser adotado a propósito de cada interpretação analítica.

Ferenczi é um grande defensor da horizontalidade na relação entre paciente e analista, e sugere que o analista possa a se apresentar como um parceiro, não situando-se apenas no lugar de mestre, de adulto ou de objeto amoroso. O laço horizontal, tanto nas relações de amizade quanto na relação analítica, permite que a confiança se reestabeleça tiver sido abalada, justamente porque neles todos são precários e vulneráveis, e possuem seus próprios pecados³. Ferenczi propõe que o trabalho de análise inclua analisar a criança que existe no adulto. E aponta que o meio de se chegar a criança do paciente é através da criança que existe no analista; ou seja, propõe que o analista abra mão do lugar verticalizado de suposto saber para se arriscar situando-se na mesma linha onde está a criança que existe em seu paciente. “A impressão que se tem é a de duas crianças igualmente assustadas que trocam suas experiências, que em consequência de um mesmo destino se compreendem e buscam instintivamente tranquilizar-se” (Ferenczi, 1932, p. 91).

Segundo este ponto de vista, o trabalho de análise assemelha-se mais a uma espécie de jogo no qual ambos participam da produção de novos sentidos. O resultado deste processo está na ampliação do campo do eu, o que significa uma ampliação do território de possibilidades de existência, que ocorre, segundo Ferenczi, pelo processo de introjeção, inerente à transferência.

Outra consequência em se pensar a transferência como introjeção reside na impossibilidade da neutralidade, pois, se o que está em jogo é a atmosfera de afetos que circulam entre analista e analisando e não apenas o conteúdo de uma interpretação, o analista encontra-se bastante exposto e será percebido pelo paciente em seus pequenos movimentos. Ferenczi desenvolve a afirmação freudiana (1912) de que o inconsciente do

³ Ver o artigo: Ferenczi como pensador político, de Jô Gondar (2012), no qual é desenvolvido a ideia de laço transferencial baseado na vulnerabilidade tanto do paciente quanto do analista.

analista poderia funcionar como um órgão receptor do inconsciente do paciente e propõe a comunicação pela via dos inconscientes como um processo de mão dupla: pois afinal, se o analista pode captar o inconsciente do paciente, por que não poderia o paciente captar o inconsciente do analista (FERENCZI, 1919)? Levando-se em conta o trabalho com pacientes psicóticos e de difícil manejo, essa possibilidade seria ainda maior, nos diz Gondar (2008), devido à porosidade em relação ao ambiente. Novamente o tema da análise do analista torna-se de extrema importância, para que se possa reconhecer o que pode estar sendo induzido e produzido na relação com os seus pacientes.

Para Daniel Stern, psiquiatra americano, psicanalista e etólogo, autor que vem contribuindo para discussões no campo da psicanálise a partir de seus trabalhos sobre a observação de bebês, argumenta a importância do terapeuta estar mais próximo da experiência, menos preocupado com as palavras e com os seus significantes, e mais sensível ao que se passa na relação entre terapeuta e paciente. Daniel Stern (2007, p. 13) toma a experiência vivida como pressuposto básico para a mudança no processo de terapia: "Compreender, explicar ou narrar algo verbalmente, por si só, não é suficiente para provocar alterações." Para o autor, a mudança subjetiva está, de fato, ligada ao aspecto afetivo da experiência, pois, nós somos capazes de ler as intenções de outra pessoa e de sentir em nosso corpo o que o outro está sentindo, não de forma mística, mas porque observamos o seu rosto, o seu olhar, os seus movimentos, o tom da voz e postura. Devido à nossa matriz intersubjetiva (STERN, 2007) ou seja, por sermos seres sociais que nos constituímos na relação com o outro, somos capazes de transmitir o que estamos sentindo através de expressões afetivas e também de captar estas expressões: "E, quando a pessoa se move, podemos sentir como deve ser mover-se daquele jeito. Uma espécie de rota de sentimento direta para dentro da outra pessoa está potencialmente aberta e nós ressoamos a experiência do outro e dela participamos, e ele da nossa." (STERN, 2007, p. 98). Para o autor, as outras pessoas não são apenas outros objetos, mas são imediatamente reconhecidas como tipos especiais de objetos, objetos como nós, disponíveis para compartilhar estados afetivos.

Poderíamos inferir que Ferenczi já havia percebido esta ferramenta extremamente potente, a da sensibilidade que permeia o campo das relações, ferramenta que o analista deveria utilizar a serviço do trabalho de análise. Ferenczi aposta que o trabalho de análise deveria combinar tanto a sensibilidade quanto a análise crítica do material exposto. O analista deixa agir sobre ele as associações livres do paciente, deixa a sua imaginação brincar com esse material, ao mesmo tempo em que faz um exame e uma crítica de seus próprios afetos e tendências. “De fato, quase poderíamos falar de uma oscilação perpétua entre sentir com, auto-observação e atividade de julgamento. ” (FERENCZI, 1928, p. 32). Ferenczi admite que a sensibilidade pode assumir em alguns momentos do tratamento o papel de guia na condução do caso, já que propõe que o tato deve funcionar como uma bússola - guia do analista. Ou seja, é o tato, como capacidade de sentir com, que poderá orientar o analista sobre o momento e a forma de expressar algo ao paciente. Foi por meio de uma figura musical que Ferenczi encontrou um modo de dizer e exemplificar este aspecto sensível presente na relação entre paciente e analista. Trata-se da capacidade do analista de se colocar “no mesmo diapasão do paciente.” (FERENCZI, 1928, p. 311)

Torna-se necessário ressaltar a importância desta figura, que de modo algum significa uma espécie de simbiose afetiva com o paciente, nos alerta Gondar (2008), nem nos conduz a uma experiência mística ou de investimento narcisista por parte do analista. Ferenczi é muito claro ao ressaltar a complexidade inerente à postura do analista, que deve oscilar entre auto-observação e capacidade de sentir com. Segundo Gondar (2008, p.186) “Sentir com não é ser como: é justamente por não ser o paciente que o analista poderia sentir o que ele sente e pensar o que ele pensa sem sofrer das mesmas resistências, inibições ou dificuldades. ” Trata-se de uma vibração em conjunto que permite a formação do acorde sonoro entre paciente e analista. Esta é uma experiência mútua na qual o analista sente com o paciente que se diferencia da experiência de identificação pela especularização ou pela projeção dos próprios afetos. O acorde musical acaba por ser muito ilustrativo por implicar simultaneamente simetria e dissimetria. O acorde musical é resultado da combinação de notas diferentes entre si, que produzem um efeito que somente pode ser

alcançado no vibrar e ressoar destas notas em conjunto.

A musicoterapeuta Marly Chagas (2007) em sua tese de doutorado, *Processos de subjetivação na música e na clínica da musicoterapia*, traz um exemplo muito ilustrativo, a partir de um atendimento realizado em seu consultório particular. Ela havia recebido um garoto de cinco anos de idade que estava sofrendo muito por ter perdido, em um espaço curto de tempo, pessoas muito próximas a ele; e na hora de ir ao colégio chorava muito, não aceitando ficar longe de sua mãe. Em uma sessão ele organiza uma série de instrumentos de percussão e faz uma espécie de bateria. Enquanto tocava a bateria, a musicoterapeuta o acompanhava no piano. Ela narra a seguinte passagem: “ Entregamo-nos ao trabalho terapêutico. A música crescia em intensidade e entrosamento entre nós. Subitamente o menino para o fazer musical e exclama: “;Ai!” “;O que foi?” Eu lhe pergunto, e ele sorrindo, o semblante iluminado: “;Dá um triquilim por dentro!” E continuou a tocar e a cantar, com uma expressão radiante”; (CHAGAS, 2007, p.130)

Esta passagem acaba por servir como exemplo das diversas possibilidades clínicas de produção de sentido. A vivência do menino em contato com a música, criando em conjunto com a musicoterapeuta, abriu para ele novos possíveis, uma nova possibilidade de viver, como nos assevera a musicoterapeuta. Pode-se novamente afirmar que a música não é apenas um veículo de expressão, mas também de produção de subjetividade e de novas memórias. De acordo com Nietzsche, a música é autônoma, capaz de transformar e de produzir novas formas, novos sentidos e conteúdos a partir de formas apenas musicais. O que diferencia, no entanto, o trabalho da musicoterapia da atividade musical livre está no endereçamento do paciente à figura da musicoterapeuta, que escuta a produção do paciente como narrativa. Por meio da relação transferencial são construídas novas formas de narrar a história e de dar sentido à ela, e esses sentidos que surgem devem ser tomados como fruto de uma construção feita em conjunto. O modo como o musicoterapeuta participa, escuta e acolhe o paciente terá uma implicação direta nas possibilidades de criação no âmbito da clínica.

Assim como Ferenczi trouxe uma importante ênfase à experiência mútua entre

analista e paciente, Daniel Stern dedicou-se ao momento de encontro entre paciente e analista como um processo de co-criatividade que serve como contexto principal para as mudanças no tratamento. Ambos os autores apostam na capacidade que temos de ressoar as nossas experiências na relação com o outro, e quando isto ocorre, algo pode se tornar diferente; pois as experiências relacionais produzem modificações na memória no início da vida, mas indefinidamente, a cada novo encontro.

É por meio da noção de afetos de vitalidade que Stern traduz as modulações afetivas na interação com o outro como processos vitais, percebidos de modo instantâneo e epidérmico. Stern formula este conceito para explicar a harmonização afetiva da mãe com o bebê como uma forma precoce de intesubjetividade, na qual corpo e afeto tornam-se veículos de apreensão e de construção de sentidos. Neste período, o bebê, guiado por sensações, experimenta pela primeira vez a emergência da organização. Para o autor esta mesma experiência do bebê também permanece como fonte de sentidos na vida adulta a partir dos quais poderão se dar reformulações da memória e novas formas de integração psíquica.

A clínica da psicanálise, assim como a clínica da musicoterapia, trabalha com a narrativa do paciente, o que inclui a sua história de vida, as suas crenças, seu modo de ver o mundo, e a sua subjetividade. Estamos propondo que a clínica deveria considerar também a sensibilidade principalmente porque às vezes o paciente se expressa apenas através dela, e não pelas palavras. Em alguns momentos, observamos que o trabalho clínico está repleto de embates e de construções, que se dão num plano sensível, e que podem ser compartilhados e positivados como uma experiência em si mesma, muitas vezes irredutíveis à interpretação. Consequentemente, a música não poderia ser considerada como um elemento intermediário de um processo de subjetivação, mas como uma das dimensões capazes de produzir diretamente a subjetividade e a memória.

Apostamos que o trabalho clínico inclui tanto a dimensão da palavra quanto a dimensão não representacional no qual se encontram a música e todo o campo afetivo e corporal da subjetividade. Mesmo a ideia de narrativa, de acordo com o estudo de Celano

(2011), deve considerar o plano da palavra e o plano da experiência, pois a narrativa inclui também a sensibilidade. No campo da musicoterapia frequentemente há o entrelace entre a narrativa verbal e a narrativa musical. Às vezes a execução de uma música pode levar o paciente a realizar associações verbais e conexões a partir dela. O que queremos enfatizar é que nem sempre haveria a necessidade de uma atividade musical ser verbalizada e representada, e que o musicoterapeuta não deveria ver a experiência de contato com afetos, com sensações e a expressão por meio de sons apenas como um preâmbulo, em contraposição à interpretação como o objetivo final de toda experiência. Por outro lado, não defendemos que a verbalização deveria ser evitada, e que apenas através do som a expressão pode ser alcançada. A narrativa através das palavras deveria ser vista, pelo musicoterapeuta, como uma das possibilidades de construção de novos sentidos. Apostamos, inclusive, que a passagem de um registro a outro pode fortalecer a capacidade narrativa do paciente, não só enquanto expressão de sentidos, mas também enquanto transformação de sentidos. Ao sofrer deslocamentos e passar por meios de expressão diferentes, haveria a possibilidade da memória surgir com mais força tanto em sua dimensão de conservação quanto em sua dimensão de criação (CELANO, 2011, P.64). A música pode revestir a palavra de expressividade, assim como a palavra atua na memória, dando a ela a consistência de um traço mnésico, conforme veremos no seguinte exemplo clínico.

Decorridos três anos de intenso trabalho subjetivo, a dolorosa vivência de um surto psicótico que culminou em uma internação psiquiátrica pôde aos poucos ser lembrada e, em alguma medida, ser pela primeira vez significada, já que alguns temas inegociáveis e incompreensíveis puderam ser revisitados e incluídos na narrativa do paciente. Embora algo daquela experiência tenha sido introjetado, algo permaneceu irremediavelmente marcado, como o próprio paciente nomeava, como sequelas, referindo-se ao que permaneceu irremediavelmente marcado após o período da crise. Durante todo o processo clínico houve uma importante valorização da presença da terapeuta como suporte para as transformações vividas. No último dos atendimentos, retomamos as principais descobertas e mudanças vividas no processo da musicoterapia, que se encerrava devido a mudança do paciente de cidade. Depois de se despedir verbalmente e de tecer alguns agradecimentos, o paciente

canta o trecho de uma música e a toca no violão, enquanto a terapeuta o acompanha com um chocalho. Trata-se de uma música da Banda Detonautas, de modo maior e andamento lento, um rock nacional com um toque levemente melancólico:

“Das palavras que eu não quis dizer,
Dos sufocos todos que escapei,
Eu não posso, eu não devo,
Eu não tenho, eu não quero esconder,
dos segredos que ainda me lembro não sobrou nenhum.”

Ao final, ele se despede com os olhos cheios de água, e como ocorreu em outros momentos, percebi que não haveria nada mais a dizer, já que a execução da música já havia alcançado toda a expressão possível para aquele momento. Também me senti tomada pela mesma emoção, e depois pude observar a intensidade do afeto que pôde naquele momento ser compartilhado. Neste exemplo, como em grande parte da trabalho do musicoterapeuta, combinam-se palavras e sons, que se entrelaçam de modo que a narrativa sonora intensifica a expressividade da palavra, mas também expressa uma dimensão afetiva e criadora, enquanto a palavra representa uma outra possibilidade de construção de sentido. A música possibilitou tocar nesta dimensão impossível de ser traduzida ou representada, que está no afeto em si, surgido da relação estabelecida.

Referências Bibliográficas:

CHAGAS, M. **Processos de subjetivação na música e na clínica da musicoterapia**. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação de Estudos Interdisciplinares em Comunidades e Ecologia Social - EICOS - Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Rio de Janeiro, 2007.

FERENCZI, S. (1909) Transferência e introjeção. In: **Obras Completas de Psicanálise**, 1.ed, São Paulo: Martins Fontes Editora, 1991.

_____.(1928) Elasticidade da técnica psicanalítica. In: **Obras Completas de Psicanálise**, 1.ed, São Paulo: Martins Fontes Editora, 1991.

_____. Análises de Crianças com Adultos (1931). **Obras Completas Psicanálise IV**, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.

_____. (1932 [1985]) **Diário clínico**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

GONDAR, JÔ. Além da contratransferência: os afetos do analista. In: **Gramática dos afetos**. Rio de Janeiro: Cadernos de psicanálise - CPRJ, Ano 30, n. 21, 2008.

_____. Ferenczi como pensador político. In: **A dor e o existir**. Rio de Janeiro: Cadernos de psicanálise - CPRJ. v. 34. n. 37, 2012.

KUPERMANN, D. Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo: (Periódico eletrônico em psicologia) 2008.

NIETZSCHE, F. Música e palavra. Fragmento Póstumo 12[1], da primavera de 1871. In: **Revista do departamento de filosofia da USP** - Discurso n. 37. São Paulo: Alameda editora,

_____. **O nascimento da tragédia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

PINHEIRO, T. **Do grito à palavra**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1995.

REIS, E. S. **De corpos e afetos**. Transferências e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

STERN, D. (2004) **O momento presente na psicoterapia e na vida cotidiana**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2007.



MUSICOTERAPIA COM FAMÍLIAS: ALGUNS APONTAMENTOS

Fernanda Valentim¹
Maria Ines Gandolfo Conceição²

RESUMO: Na musicoterapia familiar, o musicoterapeuta intervém para promover as relações entre os membros de uma família, como uma unidade ecológica. A literatura nessa área é escassa e grande parte dos estudos envolvem, prioritariamente, mães e crianças. Atender famílias, no entanto, deve ser bem mais do que concentrar vários processos individuais ou responder às necessidades imediatas; requer refletir sobre padrões de interação, papéis, funções, fronteiras, dinâmica, configurações e momento do ciclo de vida dessas famílias. Este trabalho, portanto, tem como objetivo traçar alguns apontamentos sobre a prática da musicoterapia com famílias, buscando discutir sobre a organização desse setting, a estrutura e a duração das sessões, as alianças, a confidencialidade, a participação e o manejo dos membros nos atendimentos. Também abordarem alguns diferentes contextos, tais como: famílias drogaditas, em processo de adoção, com crianças terminais e com doenças psiquiátricas, conforme encontrado na literatura. Os resultados mostram que ao oferecer a oportunidade dos membros compartilharem experiências criativas com sons e silêncios, a música ajuda a aprofundar as relações familiares, favorece a reciprocidade, a confiança e novos insights sobre os relacionamentos, tornando as atitudes mais positivas entre os envolvidos.

Palavras chave: Música. Musicoterapia. Famílias. Pensamento Sistêmico.



1 Doutoranda em Psicologia Clínica - UnB. Mestre em Música e Bacharel em Musicoterapia - UFG. Professora da disciplina Musicoterapia Organizacional do Curso de Musicoterapia EMAC/UFG. mtfernandavalentin@gmail.com

2 Pós-doutora pela University of Toronto e pela Universidade Federal Fluminense. Doutora em Psicologia – UnB. Professora-adjunta de Psicologia - UnB. Editora da Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. Psicodramatista.

O AUTISMO E A VOZ NO AUTISTA: UMA PONTUAÇÃO POSSÍVEL

Márcia Maria da Silva Cirigliano¹

RESUMO: Este trabalho pretende articular três campos dotados de conceituações distintas: Musicoterapia, Psicanálise e a linha francesa da Análise de Discurso. Trata-se de uma pesquisa onde se propõe analisar diversas falas acerca da criança/adolescente autista, examinando os discursos sobre o autismo. Para esta tarefa, são mobilizados os conceitos de discurso, em Michel Pêcheux (2008 [1983]), e voz, em Jaques Lacan (2004 [1962]). Destaca-se, por conseguinte, a clínica musicoterápica com crianças e adolescentes, no Instituto Benjamin Constant, uma escola para cegos, que nos últimos anos recebeu alunos com diagnóstico de autismo. Neste contexto, os professores encaminham, para musicoterapia, os alunos que não alcançam rendimento satisfatório nas atividades sócio-educativas da rotina escolar. Às vezes não falam e, em repetidas ou diversificadas situações, são agressivos em circunstâncias nas quais os alunos são convocados a se comportar (por exemplo, em apresentações teatrais). Questiona-se como a música, produzida em sessões de Musicoterapia pelos autistas, poderia ser um modificador que leve ao deslocamento de alguns dizeres daqueles que lidam com eles. Talvez tais resultados, e os efeitos sobre as falas dos que o cercam, possam colocar em questão algumas certezas assumidas pelo discurso médico vigente - e reproduzidas por tantos falantes.

Palavras chave: Discurso. Autismo. Voz. Música.

No título deste trabalho, O autismo e a voz no autista: uma pontuação possível, encontram-se algumas das principais marcas que nortearam a pesquisa para a tese de doutorado que dá origem a este artigo: são destacados os significantes 'discurso' e 'voz'. Utiliza-se o referencial teórico lacaniano de pulsão invocante, nas observações de atendimentos musicoterápicos com crianças e adolescentes autistas. As sessões de musicoterapia se deram no Instituto Benjamin Constant, escola para cegos, que nos últimos anos recebeu alunos com esse diagnóstico. O significante discurso é examinado a partir do campo médico-psiquiátrico e das falas de mães de autistas e técnicos que com eles lidam. Quanto ao significante voz, este se refere à pulsão invocante, conceito da psicanálise, examinado nas interlocuções com os campos da Análise de Discurso e Musicoterapia, em uma pontuação possível.

No dicionário, pontuar é fazer pausa. Assim, trazemos um recorte do concerto de 19 de setembro de 2014, na sede da UNESCO em Paris, que se inicia com silêncio. Deles participam autistas, esquizofrênicos, músicos, educadores e intérpretes para surdos, sob a

¹ Psicóloga e Musicoterapeuta com Mestrado em Musicoterapia (Temple University, USA) e Doutorado em Estudos de Linguagem (UFF, RJ). É docente nos programas de Graduação e Pós-Graduação em Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário e ouvinte da Escola Lacaniana de Psicanálise Rio de Janeiro. marciasilva105@hotmail.com

direção da cantora Catherine Boni. Uma experiência importante para perceber que a música ocupa um lugar destacado para o autista. No recorte do concerto Palavras de Paz, pelo direito dos povos, por ocasião da Jornada Internacional da Paz, escutamos uma canção entoada pelas vozes femininas e a seguir, um trecho recitado. Um contraste: o lirismo que aponta para a esperança vinda do mar, na letra: “veja o mar a vogar, porte o sonho junto com o trigo, junto com a água pura da amizade para a maior das partilhas, veja o mar e seus barcos carregados de esperança de viver e de beleza, veja o bem-estar dançando para a melhor das viagens” e, a seguir, a fala mostrando dureza e dor (“não escuto mais o barulho das botas e dos passos dos soldados nem das armas de combate”).

O autista é sensível a essas mudanças. Se nos dirigimos falando diretamente a ele, não há muita resposta. No entanto, a palavra cantada parece exercer um efeito positivo. Isso foi observado nos atendimentos em musicoterapia, para esta pesquisa definida como a utilização da música sem priorizar a estética (como faríamos em aula de música), mas buscando a expressão do paciente pelos sons que o afetam. Tal observação nos leva a construir algumas hipóteses. A partir da experiência com autistas no Instituto Benjamin Constant, escola para cegos no Rio de Janeiro, percebemos que os discursos sobre o autismo são ressignificados pelo que os autistas produzem musicalmente nos atendimentos. Neles, trabalhamos com o conceito psicanalítico de voz. Segundo Quinet (2011), naquilo que se escuta, há igualmente um vazio: aí se localiza a voz como objeto a. Não a voz de quando se fala, mas a voz na qual se é falado: a voz da mãe que embala o bebê desde o útero, nina para fazê-lo dormir, uma voz perdida, como objeto, que o sujeito encontra nos outros, o que o faz tremer ou deleitar-se com a musicalidade de uma voz. Assim, desdobramos nossa hipótese percebendo que a voz como objeto sustenta a escuta das produções sonoro-musicais de crianças e adolescentes autistas nesses atendimentos em musicoterapia. Estabelecemos, então, os seguintes objetivos:

Em primeiro lugar, pretende-se examinar os discursos presentes na clínica do autismo, para daí refletir, com base fundamentada nos conceitos da Análise de Discurso e da Psicanálise. O termo discurso, aqui, está significado diferentemente, conforme o campo

teórico ao qual está referido.

Como segundo objetivo, no tocante à rede dos discursos sobre o autismo, tem-se, de um lado, as mães falando sobre seus filhos. Tais falas são muitas vezes impregnadas de termos da nomenclatura médica, como, por exemplo, “remédio para os sintomas do autismo”. O mesmo ocorre nas falas de profissionais, que atendem a essas crianças e adolescentes. Nessas falas, as ‘estereotípias’ e a ‘fala ecológica’ aparecem, entre outros significantes. Seria mera coincidência esses termos do vocabulário médico figurarem nessas falas distintas? Acreditamos que aqui se encontra, do ponto de vista discursivo, o funcionamento da ideologia. Ou seja, discursivamente, entende-se que a ideologia trabalha na materialidade da língua, produzindo efeitos que se mostram como evidências para os sujeitos. Assim, muitas vezes, retomam-se palavras e expressões que se mostram como evidências, mas que figuram em discursos determinados: o sujeito repete o discurso, afetado pelo funcionamento ideológico, mas não se dá conta disso. Atualmente, como temos muita informação disponível na mídia e nos meios virtuais, o acesso aos diferentes campos do saber parece rápido o suficiente para a terminologia médica comparecer. Mediante análise discursiva das falas de mães e profissionais que atendem no Instituto Benjamin Constant, pretende-se refletir acerca do que se passa no campo institucional em relação ao autismo e à criança autista.

Aliado a isso, nos atendimentos musicoterápicos, buscamos propiciar sustentação à voz que nele nem sempre se faz ouvir. Temos, então, um terceiro objetivo, a voz como objeto pulsional, e como a música pode auxiliar na direção de um tratamento possível.

Finalmente, como objetivo, pretende-se contribuir com uma metodologia que possibilite, no exercício clínico da musicoterapia, atentar para possíveis efeitos da escuta psicanalítica na utilização da música como elemento terapêutico. Acredita-se que escutar o que o autista vocaliza e colocar esta vocalização em uma estrutura musical, possibilita a que outros sons e palavras possam emergir.

Inspirada nos tempos lógicos de análise, o processo de confecção da pesquisa a

organizou em: instante de ver, tempo de compreender e momento de concluir. Fazendo um percurso histórico do autismo desde sua conceituação por Leo Kanner (1972) até a proposta de Touati² (2014) sobre os modos prevalentes de funcionamento, escolhemos autores que discutem a importância da voz materna na constituição do sujeito: Catão (2009), Vivès (2009) e Laznik (2013). Para eles, há uma falha no circuito da pulsão invocante. A voz não passa a som permanecendo ruído. Por consequência, o bebê não se faz ouvir, não se oferece como objeto ao olhar de sua mãe. Voz e olhar, uma dupla pulsional que anda junta, objetos do desejo para a Psicanálise. Marie Christine Laznik (2013), em sua pesquisa realizada no Centro Alfred Binet, em Paris, demonstra o quanto é necessário que o bebê se faça olhar e ouvir. No entanto, o bebê autista não parece se interessar quando chamam seu nome. Mas a música, ao nos oferecer um meio de se lidar com o imprevisível da voz, faz com que seu vazio seja garantido ao ser contornado. A fala da mãe transmite ao mesmo tempo continuidade e descontinuidade, vogal e consoante. O *infans* vai ter que se tornar surdo à dimensão de canto da sereia presente na continuidade da voz da mãe para se tornar falante (VIVÈS, 2009). E isso não acontece no autismo. A musicoterapia oferece-nos a possibilidade de pensar música enquanto linguagem de acesso ao autista. Vale dizer que, para o musicoterapeuta, o choro do bebê é música. O grito do autista, também. Se houve uma falha no circuito pulsional, as intervenções musicais podem fazer suplência ao traço unário, possibilitando uma organização mínima a partir dos intervalos entre as notas musicais. J, 8 anos, uma menina cega desde que nasceu, grita muito e se bate. Mas quando o assunto é música, canções difíceis de entoar parecem afetá-la. Em recorte de sessão, começo tocando oitavas ao piano: o mesmo som repetido num registro mais agudo e a trinar as segundas maiores. J começa a tocar com força várias notas ao mesmo tempo, com o ritmo perfeitamente mantido. Mas muito alto, e aí grita Ahh. Então, desse Ah eu canto uma melodia modal à semelhança da abertura da novela Cordel Encantado em voga, na época. A partir disso, as coisas se passam de modo diferente e conseguimos ouvi-la rir. Algo se organizou minimamente: acaba a gritaria e o som muito alto.

2 Apresentação realizada na Conferência da CIPPA. Pesquisa em andamento. Slides gentilmente cedidos para esta tese, onde não há paginação e, por isso não nos ateremos a referenciar pela página, mas pelo ano em que a conferência foi ministrada.

Avançamos, na pesquisa, para o tempo de compreender, onde buscamos as possíveis explicações para o descompasso entre o que o autista pode mostrar musicalmente e o que é falado sobre ele. O discurso, como efeito de sentidos na conceituação de Pêcheux (1988), nos ensina que o autismo conceituado no DSM-IV (1995) traz o olhar da psiquiatria sobre o assunto enquanto que no dicionário, que, segundo Horta Nunes (2006), também é um discurso, o verbete autismo nem sempre figurou, para os psicanalistas. Assim, o discurso como conceituado por Pêcheux (2012), nos coloca ante um dilema: só podemos falar enquanto sujeito dividido que somos, a partir do que nos afeta, efeito da ideologia, materializada na língua. Nem sempre falamos o que queremos e nunca falamos tudo. Sempre haverá o que dizer. Ao longo da tese, discutimos o quanto falar e dizer não significam a mesma coisa, em psicanálise. Falar pode ser vazio; o dizer porta uma enunciação. Maleval (2009) afirma que o autista pode até falar, contanto que não diga nada. Por isso o autista, ainda que entre na linguagem, é estrangeiro ao discurso. No entanto, se oferecemos outra escuta, o autista produz de seu lugar. E nos fornece outra possibilidade de pontuar esses discursos que existem sobre ele: o transtornado, o handicap o que “não diz coisa com coisa”. Pois os discursos parecem insuficientes para dar conta das produções musicais dos sujeitos autistas. Sim, sujeitos de sua música, sujeitos musicais. Como W, 13 anos, cego e autista, que canta um rap, inventado por ele: O rap é tomado pela musicoterapeuta com valor de enunciação, uma aposta. Mesmo não sendo composto em sessão musicoterápica, é aí que adquire valor enunciativo, sob testemunho do terapeuta (CATÃO; VIVÈS, 2011).

Concluimos comparando o lugar dado ao autista no discurso de mães e profissionais que com ele lidam e o material produzido em sessão. Entrevistamos mães de autistas e profissionais que com eles trabalham fazendo duas perguntas: você fala com seu filho/ aluno? Conte uma situação em que você fala com ele. Destacamos um recorte da entrevista à professora A:

“Mas ela não conseguiu desenvolver esse tipo de fala. Então precisei desenvolver com ela, estabelecer um código, um gesto onde ela percebesse que daquela maneira ela

estaria dando bom dia. Então pra se identificar ela tinha que bater no peito, mostrando que, Eu estou aqui, batia no peito e depois ao final da música ela tinha que olhar... Olhar não, né? Mas ela tinha que se virar pra a criança ou da esquerda ou da direita e apertar a mão.” A professora se corrige quando utiliza o verbo ‘olhar’ (“ela tinha que olhar... Olhar não, né?”), já que os alunos são cegos. Esse “não”, é indicativo de uma auto-correção e de um não-dito: a cegueira dos alunos. Entretanto, se observarmos o engajamento da professora, que expressa envolvimento, junto às crianças, quando fala de sua insistência (“precisei desenvolver”), notamos discursivamente, que ela respeita os limites dos seus alunos, pois atribui à aluna um lugar de quem consegue chamar sua atenção. Outro ponto: parece que A se refere à língua e à fala como instrumento de comunicação ... que não há ... Muito da questão do autismo ideologicamente está aí: precisa ser treinado, ter códigos para se comunicar. Na pergunta sobre as características do autismo, específica para os profissionais, a professora destaca riso ou choro sem “explicação lógica”.

“Isolamento, sensibilidade ao barulho, alguns movimentos repetitivos, e assim, tanto um choro ou um riso fora de contexto sem uma explicação lógica do que estaria acontecendo.”

Verificamos que musicalmente há uma razão, pelo desejo que move a legitimação da produção sonora como uma enunciação. A mãe E, de uma forma descontraída, a voz com movimentos ascendentes, dá um lugar ao filho, associando ao fascínio pela música, com o advérbio de intensidade “muito” (“muito fascinado por música”), o choro que antes o identificava: “Já entrava chorando; hoje chora porque quer vir”. Os verbos indicativos de ação mostram-se resumidos nas frases: “ele não levanta dando bom dia, ele levanta cantando”, “eu falo que quando ele nasceu ele não foi pra incubadora não, ele foi direto pra uma caixa de som”. Os termos comparativos reforçam o lugar da música. Associado a isso, destaca-se o choro. Esse choro se mostra nas sessões e é trabalhado musicalmente.

A mãe S, nosso terceiro recorte de entrevistas que ilustram os diversos discursos para o autismo, explica o remédio para o transtorno. Acreditamos que aqui se encontra, do ponto de vista discursivo, o funcionamento da ideologia. O atravessamento pelo discurso

médico na fala da mãe S, a faz incluir a medicação com naturalidade, explicando os efeitos sobre o comportamento da filha: “É pra acalmar e pra controlar um pouco os sintomas do autismo”. A isso, acresce-se uma teoria médica de como administrar o remédio: “Se ela acordou, eu der, ela dorme ou então ela fica o dia inteiro meio grogue. Tem que ser quando ela já ta agitada”. Então, parece haver uma contradição, pois ‘acalmar-se’ parece ser algo negativo! O remédio só pode ser dado quando a filha está agitada. E a ‘agitação’ (esfaquear o sofá, bater a cabeça) parece ser o lugar que ela ocupa no discurso materno, uma vez que aí, nesses episódios, a mãe ‘fala’ com ela.

Precisamos desconfiar das palavras... Atrevo-me a dizer que esta pesquisa possui uma alma e respira, daí os tempos lógicos em sua organização. Pois, também na pontuação é preciso respirar. E fazer uma aposta, que apresente resultados modificadores para os discursos sobre o autismo. Priorizamos os intervalos musicais no contraponto a essa totalidade que se depreende dos discursos sobre o autismo. Em síntese, destacamos o lugar do autista no discurso enquanto o que é olhado, talvez excessivamente, ou com extremo cuidado, sem espaço para a dúvida ou o questionamento. A escuta em sintonia fina, do que está entre a não totalidade e o silêncio, o vazio para melhor pontuar. Esta aposta ressignificaria os discursos. E aqui nesta pontuação, fazemos o ponto final.

Referências Bibliográficas

CATÃO, Inês; VIVÈS, Jean-Michel. Sobre a escolha do sujeito autista: voz e autismo. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 36, dez. 2011.

_____. **O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2009.

DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 65 a 77, 1995.

KANNER, Leo. **Childhood Psychosis: Initial studies and new insights**. Washington DC: V.H. Winston & Sons Publishers, 1973.

_____. **Child Psychiatry**. Springfield ILL: Charles C. Thomas Publisher, 1972.

LAZNIK, Marie-Cristine. **A hora e a vez do bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

MALEVAL, Jean-Claude. **L'autiste et sa voix**. Paris: Éditions de Seuil, 2009.

NUNES, José Horta. Análise do Dicionário. In: _____. **Dicionários no Brasil**. Campinas: Pontes, 2006.

PÊCHEUX, Michel. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. Campinas: Pontes, 2012.

_____. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Tradução Eni Puccinelli Orlando. et al. São Paulo: Unicamp, 1988.

QUINET, Antonio. **Os outros em Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

VIVÈS, J.-M. **Pulsão invocante e destinos da voz**. São Paulo: Textura v.8, p. 38-43, 2009.

Abertura do vídeo sobre a Jornada Internacional pela Paz, disponível em [www.comité de liaison ONG UNESCO](http://www.comité.de.liaison.ONG.UNESCO). Acesso em 28 de janeiro 2015.





9 - A MÚSICA COMO FOCO DA PESQUISA

Comunicação Oral

A MÚSICA NA UMBANDA E NA MUSICOTERAPIA

Gregório José Pereira de Queiroz¹

RESUMO: Esta pesquisa investiga o papel da música no rito da umbanda, no transe de incorporação, comparando-o com seu papel no processo musicoterápico, com base nas abordagens Nordoff-Robbins, GIM e Musicocentrada; investiga a natureza da música em relação individual e sociocultural com o ser humano e o papel desta nos processos de dissociação contextual. A hipótese deste estudo é que a música, associada a condições especiais, pode desencadear processos dissociativos, sem serem patológicos. O conceito atual de dissociação diz ser o sujeito constituído por diversos núcleos ou potenciais de identidade. O aumento de mobilidade entre estes núcleos, propiciado pela música, permite que o paciente de musicoterapia ou o adepto da umbanda percorram aspectos novos de si mesmos e identidades em construção, no setting ou no rito religioso. Facilitar o deslizamento entre identidades seria o papel primordial da música nas atividades humanas que a utilizam. Para este estudo propomos uma revisão bibliográfica dos campos da música, dissociação, ritos de transe e fundamentos de abordagens musicoterápicas, pesquisa de campo com musicoterapeutas, pacientes, umbandistas experientes e noviços para reconhecimento do processo interno vivido pelos sujeitos na lida com a música em seus contextos.

Palavras chave: Música. Transe. Dissociação. Musicoterapia.

A pesquisa compara o papel da música utilizada no rito religioso da umbanda e o papel da música em três das abordagens musicoterápicas com o propósito de conhecer como a presença da música nestas atividades colabora com suas finalidades, e o que pode haver de comum no papel da música quando utilizada nestes contextos culturais e finalidades.

Esta investigação quer dar a conhecer o que acontece quando as pessoas se reúnem em torno da música, não para se entreter, mas com um objetivo como em uma reunião com finalidade religiosa, como na umbanda, ou com finalidade terapêutica, como na prática da musicoterapia. O que a música faz com ou por estas pessoas quando reunidas em torno destas finalidades? Que papel tem a música nestas situações?

A decorrência deste trabalho é ampliar a compreensão do papel da música na cultura humana, para além de seu aspecto estético ou de entretenimento. A música está presente, tal como a fala, em todos os grupamentos humanos. A música parece ter papel fundamental para nossa espécie, no entanto este parece ter sido insuficientemente estudado até hoje. A partir da comparação do papel funcional da música nas atividades estudadas, pretende-se

¹ Graduação em Arquitetura (FAUUSP, 1981); especialista em "Musicoterapia na Saúde" (Faculdade Paulista de Artes, 2002) e "Educação Musical com área de concentração em Musicoterapia" (Faculdade Carlos Gomes, 2000); mestrando em Psicologia Social, Instituto de Psicologia, USP; <http://lattes.cnpq.br/4348956059988637>; gjpqueiroz@usp.br

entender aspectos da interação entre música e ser humano, especialmente a possibilidade de modificações no funcionamento psicológico do sujeito que está a se valer da música com a intenção de alcançar certas finalidades.

A pesquisa visa também estudar aspectos da música na cultura brasileira, da qual a umbanda e o tipo de música nela praticada são parte significativa. Investigar uma religião como a umbanda, que se utiliza vigorosamente da música para suas finalidades, pareceu capaz de gerar conhecimento a respeito dos potenciais da música em relação ao ser humano. Para os campos da psicologia e da musicoterapia revisar o sentido da alteração dos estados de consciência e do transe de possessão religiosa, em sua relação com a música, permitirá retirar estes temas das trevas do preconceito a partir das quais algumas vezes ainda são tratados.

A diferença de objetivos da umbanda e da musicoterapia é um fator de contraste substancialmente rico em diferenças para, por meio de suas distinções, vislumbrar um possível campo comum dentro da relação música e ser humano, para além das especificidades de atividades e objetivos particulares, respondendo assim a pergunta: o que a música faz com ou pelas pessoas quando reunidas fazendo e/ou ouvindo música em torno de alguma finalidade definida? A hipótese colocada por este trabalho, a partir dos estudos preliminares feitos, publicada em artigo na revista eletrônica *Voices* (2015), é que a música, dentro de certas condições específicas, favorece ao indivíduo transitar entre suas identidades potenciais, assumindo mais inteiramente um ou outro aspecto delas. Desencadear este deslizamento, por assim dizer, entre identidades potenciais do sujeito parece ser o motivo da utilização de música em diferentes contextos.

Este tipo de investigação que reúne diferentes campos de estudo é sugerida por Stige: “ao olhar para suas próprias práticas à luz de outras práticas, eles [os musicoterapeutas] podem ser capazes de avaliar suposições e procedimentos que têm sido tomados como certos” (2002, p. 195) e isto localiza bastante bem o que a pesquisa pretende. Joseph Moreno (1988, 1995, 2004) discute aspectos da relação entre a musicoterapia e o candomblé; e muito da música utilizada na umbanda tem raízes na

música do candomblé. Ele observa que “o papel de destaque da música no candomblé torna-o de especial interesse do ponto de vista da musicoterapia” (1995, p. 219). No Brasil, no entanto, permanece a lacuna de um estudo a respeito do papel da música nos ritos de candomblé e umbanda, com vistas a ampliação do conhecimento em musicoterapia.

O plano de trabalho tem quatro etapas:

1. Revisão da bibliografia existente sobre música, relação entre ser humano e música, formação da identidade humana, processos de dissociação, música e transe, utilização da música na umbanda e em musicoterapia.

2. Observações a partir do contato direto com práticas umbandistas e práticas musicoterápicas, especificamente quanto à utilização da música nestas atividades, quanto ao tipo de música e aos significados e papéis atribuídos à música pelos envolvidos nestas atividades.

3. Preparação de questionário com questões a respeito da relação do sujeito com a música, especificamente quanto a possíveis processos de dissociação que possam ocorrer no contato com a música. Aplicação do questionário a umbandistas, musicoterapeutas, musicistas e apreciadores de música.

4. Comparação e análise qualitativa dos dados colhidos nos questionários com as informações obtidas na bibliografia e em observações diretas.

A referência filosófica para a visão de música adotada na pesquisa está nos escritos de Victor Zuckerkandl (1971, 1973 e 1976), para quem a música não é um modo de comunicação nem faz referência a objetos do mundo interior ou exterior (1973, p. 371. 372), mas leva o sujeito que faz e ouve música a outra percepção das dimensões de tempo e de espaço (p. 366) e do encontro entre sujeito e objeto (p. 369), que não a separação preconizada por outros modos de relação. Esta perspectiva é comparada com a visão de autores, como Meyer (1956), Langer (1951 e 1980) e Sloboda (2008).

A relação entre ser humano e música é investigada a partir das obras de John Blacking

(2000 e 2005), a respeito da música na tribo Venda e sua revisão do aspecto etnocêntrico dos estudos musicológicos e etnomusicológicos anteriores, como aqueles feitos por Merriam (1964). Para Blacking, a música é vista como pertencendo e sendo indissociável à cultura na qual se insere. A relação entre ser humano e música é também investigada a partir dos conceitos de musicalidade de Zuckerkandl (1976) e deste autor (2003).

Os conceitos de identidade são investigados a partir das ideias de Sunden (1977), Ciampa (1994), Zangari (2003), Belzen (2010) e Maraldi (2014), que estudaram a formação da identidade do sujeito a partir da perspectiva psicossocial, a formação do self dialógico, inclusive dentro do contexto religioso, e de processos de dissociação e ritos de possessão. Os processos dissociativos presentes nos transe de possessão são vistos a partir da diferenciação entre dissociação tendencial e contextual, nas quais se a primeira tende a ter caráter patológico, a segunda não necessariamente.

A relação entre música e transe é investigada a partir da obra de Gilbert Rouget (1985), a qual aborda o transe e a possessão em diversas culturas, em sua conexão com a música desses ritos. Embora a conclusão de Rouget seja de que a música participa dos ritos apenas como meio de socialização da possessão e não como sua desencadeadora (p. 326), o presente trabalho reavalia sua conclusão, mostrando que sua visão inicial foi incompleta, por desconsiderar a natureza da música. A relação entre música e transe do ponto de vista da musicoterapia é apresentada principalmente a partir dos escritos de Aldridge, Fachner e Pilch, presentes na obra organizada pelos dois primeiros (2009), apresentando estudos recentes a respeito da relação entre música e estados alterados de consciência.

Embora estudos neurológicos seja parte importante do entendimento da interação entre música e ser humano, não é a eles que esta pesquisa irá se referir, prioritariamente, pois o foco é a relação entre música e ser humano em um dado contexto sócio-cultural. Não obstante, o trabalho aborda alguns aspectos neurológicos da recepção e da criação musical. A umbanda e o papel da música na umbanda são investigados a partir de revisão bibliográfica e de observações pessoais feitas nos últimos sete anos. São abordados o histórico, a doutrina e a descrição do rito, e principalmente a música utilizada no trabalho de

incorporação dentro do rito. Dentre os autores estudados estão Ortiz (1978), Figge (1983), Prandi (1991) e Negrão (1996); dentre os umbandistas que expõem a doutrina do rito, Peixoto (2008) e Saraceni (2012). A relação do corpo com a música, o transe e a incorporação, tem por base o trabalho de Barbosa e Bairrão (2008). Sobre a música utilizada no candomblé, os autores utilizados como referência são Bastide (2001), Verger (2002), Sena (2010) e Cossard (2011). A utilização de aspectos do rito de umbanda em terapia foi considerada a partir da obra de Akstein (1980), assim como o candomblé como terapia pela obra de Bárbara (1998). O tipo de música utilizado na umbanda, o papel da música no processo de incorporação e de alteração de identidade dos adeptos do rito também são investigados, a partir das teses de Zangari (2003), Sodré (2007) e Maraldi (2014), além de minhas próprias observações.

Um breve histórico da musicoterapia, suas definições (Benenzon, 1988; Bruscia, 2000), e o detalhamento de três de suas abordagens, a saber, Nordoff-Robbins (Nordoff & Robbins, 1977; Aigen, 1998), GIM (Bonny, 1978) e Musicocentrada (Brandalise, 2001; Aigen, 2005) serão apresentados, localizando o trabalho com a música dentro deste campo científico. A música utilizada por estas abordagens musicoterápicas, seus processos e as possíveis transformações decorrentes serão apresentadas.

A partir disso será proposto um questionário a ser aplicado com o intuito de colher informações a respeito do papel da música em processos de alteração da relação do sujeito com sua identidade, sob a ótica daquele que experimenta a música em si mesmo enquanto meio para um objetivo ligado a alterações em seu estado de ser, como ocorre na umbanda e no processo musicoterápico.

O questionário será aplicado a dois públicos principais, umbandistas experientes e novatos, e musicoterapeutas profissionais e pacientes. Como grupo de comparação, o questionário será aplicado também a musicistas, isto é, pessoas que fazem música fora do rito de umbanda e da musicoterapia, e apreciadores de música, isto é, pessoas que fruem da audição musical, sem envolvê-la diretamente com qualquer outra finalidade.

Os dados obtidos serão comparados entre si, assim como com as considerações feitas a respeito da teoria encontrada na bibliografia, de modo a comparar diferenças e semelhanças do papel da música na umbanda e na musicoterapia. O método utilizado será o de análise qualitativa, entendendo-se que esta é a metodologia adequada para se observar, analisar e comparar o material sobre o qual a pesquisa se debruçará, assim como para se aproximar das hipóteses e questões levantadas.

Referências Bibliográficas

- AIGEN, Kenneth. **Music-Centered Music Therapy**. Gilsum: Barcelona, p. 322, 2005.
- AIGEN, Kenneth. **Paths of Development in Nordoff-Robbins Music Therapy**. Gilsum: Barcelona, p. 329, 1998.
- AKSTEIN, David. **Terpsicoretranseterapia (TTT)**: Uma revisão atual. Revista Brasileira de Hipnose, Rio de Janeiro, n.1. p. 25-32, 1980.
- ALDRIDGE, David & J. FACHNER. **Music and Altered States: Consciousness, Transcendence, Therapy and Addictions**. London: Jessica Kingsley, p. 15-37, 2009.
- BARBARA, Rosa M. S. A terapia musical no candomblé. In: **VIII Jornada sobre Alternativas Religiosas na América Latina**, São Paulo, p. 20, 1998.
- BARBOSA, M. K. e BAIRRÃO, J. F. M. H. Análise do Movimento em Rituais Umbandistas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, vol. 24 n. 2, p. 225-233, 2008.
- BASTIDE, Roger. **O Candomblé da Bahia**. São Paulo: Companhia das Letras, p. 379, 2001.
- BENZON, Rolando. **Teoria da Musicoterapia**. São Paulo: Summus, p. 182, 1988.
- BONNY, Helen. Facilitating GIM Sessions. Baltimore: ICM Books, p. 52, 1978A.
- BONNY, Helen. The Role of Taped Music Programs in the **GIM Process**. Baltimore: ICM Books, p. 64, 1978B.
- BLACKING, John. **How Musical is Man?** Seattle: University of Washington Press, p. 116, 2000.
- BLACKING, John. **Music, Culture and Experience: selected papers of John Blacking**. Chicago: University of Chicago Press, p. 277, 2005.
- BRANDALISE, André. **Musicoterapia Músico-centrada: Linda, 120 sessões**. São Paulo: Apontamentos, p. 87, 2001.
- BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, p. 332, 2000.
- CIAMPA, A. C. Identidade. In: LANE, S. T. & M; CODO, W. **Psicologia Social: o homem em movimento**. (pp. 58-75). 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- COSSARD, Gisele. **O Awô: o mistério dos orixás**. Rio de Janeiro: Pallas, p. 229, 2011.
- FACHNER, Jörg. **Music and Altered States of Consciousness: An Overview**. In: D. ALDRIDGE & J. FACHNER. **Music and Altered States: Consciousness, Transcendence, Therapy and Addictions**. London: Jessica Kingsley, p. 15-37, 2009.
- FIGGE, H. H.. **Umbanda: Religião, Magia, Possessão. Teresópolis**: Jaguary, p. 234, 1983.
- LANGER, Susanne K.. **Sentimento e Forma**. São Paulo: Perspectiva, p. 439, 1980.

LANGER, Susanne K.. **Philosophy in a New Key**. New York: Mentor Book, p. 313, 1951.



NAS ENTRELINHAS DA CANÇÃO: ANÁLISE SEMIÓTICA DE TRÊS CANÇÕES COMPOSTAS EM UM SERVIÇO DE MUSICOTERAPIA SOCIAL

Gabriel Estanislau Machado¹
Andrea Alvim Gomes²
Renato Tocantins Sampaio³

RESUMO: A composição é um dos quatro tipos de experiências musicais utilizadas em musicoterapia para auxiliar o cliente a desenvolver habilidades de planejamento, organização, solução de problemas, documentação e comunicação de desejos, emoções, ideias entre outras. O presente trabalho faz uma análise semiótica de três composições feitas na Oficina de Musicoterapia em um projeto de musicoterapia social realizado em um abrigo para moradores de rua da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. As três composições são de uma mesma usuária do serviço, sendo uma destas feita em grupo e, duas, individualmente. Foram analisadas as letras das composições a partir das instâncias de sobremodalizações e do quadrado semiótico (Greimas), aplicados à canção (Tatit), sendo possível identificar o desejo latente no discurso musical, sentimento de abandono, esperança, consciência de situações de risco e resiliência. Discute-se a pertinência deste tipo de análise para a compreensão dos efeitos das intervenções musicoterapêuticas com a população de rua e com esta usuária, em particular, bem como enquanto modo de avaliação da evolução do processo.

Palavras chave: Musicoterapia Social. Composição. Análise Semiótica. Canção.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho faz uma análise semiótica de três composições feitas na Oficina de Musicoterapia em um projeto de musicoterapia social realizado em um abrigo para moradores de rua da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. O abrigo é uma instituição que acolhe famílias em situação de rua, oferecendo moradia por tempo indeterminado, até que a família consiga demonstrar que tem capacidade de se reintegrar à sociedade. Sua população tem sérias dificuldades de relacionar-se em família, entre a comunidade e com a sociedade de maneira geral

As três composições são de uma mesma usuária do serviço, que chamaremos aqui de Capitu, personagem do livro Dom Casmurro, sendo uma destas feita em grupo e, duas,

1 Musicoterapeuta, Educador Musical, Mestre em Comunicação e Semiótica, Doutorando em Neurociências, Professor Assistente do Departamento de Instrumentos e Canto e Coordenador do Projeto de Extensão Clínica de Musicoterapia da UFMG. Contato: renatots@musica.ufmg.br

2 Graduando em Música com Habilitação em Musicoterapia na Universidade Federal de Minas Gerais. Contato: andreaag68@gmail.com

3 Musicoterapeuta, Educador Musical, Mestre em Comunicação e Semiótica, Doutorando em Neurociências, Professor Assistente do Departamento de Instrumentos e Canto e Coordenador do Projeto de Extensão Clínica de Musicoterapia da UFMG. Contato: renatots@musica.ufmg.br

individualmente. A primeira experiência de composição surgiu no quarto dia de Oficina. Este primeiro processo de composição foi feito de forma coletiva e assemelha-se a variável de *Escrever Canções* de Bruscia (2000). A musicoterapeuta Andrea iniciou improvisando uma frase musical e, a partir desta frase, a canção é continuada por Capitu e mais 3 mulheres que faziam parte da oficina neste dia.

SOBRE CAPITU

Tomamos conhecimento da história de Capitu (nome fictício) através de seus próprios relatos durante os encontros da Oficina de Musicoterapia realizada no abrigo Pompeia.

Capitu tem 21 anos, fugiu de casa aos 15, foi abusada sexualmente pelo pai desde pequena. É ex-usuária de crack. Morou na rua por 4 anos. Quando começamos o trabalho no abrigo, ela não via a família havia 5 anos. Contou que a família mora em João Monlevade (cidade que fica a 100 km de BH). Tem uma filha que hoje tem 1 ano. É casada e sente orgulho do marido, que saiu da rua primeiro e depois a levou para o abrigo. Ele bebe e bate nela às vezes, mas ela diz que ele é bom pra ela. Eles não se relacionam muito com as pessoas do abrigo pois não querem voltar para o crack. Segundo ela, o único vício que mantém é o cigarro.

Capitu é agitada. É afinada mas tem uma voz aguda e “esganiçada” e sempre canta mais alto que todo mundo. Alegre e extrovertida, muitas vezes dança enquanto canta. Gosta de funk. Tem bom ritmo e coordenação motora, mas tem dificuldades de aprender movimentos diferentes. É persistente, não desiste fácil quando quer aprender alguma coisa. No 4º encontro, chegou contando que tinha ido à cidade de sua mãe, que ela não estava mais morando lá, mas que tinha conseguido localizá-la em Ipatinga. Falou que sua mãe iria visitá-la em breve. Estava muito agitada. Não queria fazer as atividades propostas e em determinado momento quis ligar para a mãe, mas estava sem crédito em seu telefone celular, e começou a chorar. Foi então que propusemos a primeira composição de uma canção para sua mãe. Foi uma composição coletiva, onde todas as mulheres ali presentes

participaram ativamente do processo. Capitu se acalmou e no final do encontro estava visivelmente transformada. A canção “Mãe” foi cantada muitas vezes por todos os participantes da oficina.

SOBRE A ANÁLISE SEMIÓTICA DAS CANÇÕES

Segundo Tatit (1986, 1994), a eficácia semiótica da canção depende fundamentalmente da adequação e compatibilidade entre o seu componente melódico e seu componente linguístico. A eficácia traduz o êxito de uma comunicação entre o locutor e o ouvinte e, esse êxito, depende de alguns processos de persuasão que a semiótica chama de “sobremodalização”.

As relações modais que mantemos com tudo aquilo que fazemos podem ser designadas por quatro verbos principais: querer, dever, saber e poder. Todo “fazer” pressupõe algum desses verbos, já que ninguém faz algo que não quer, não deve, não sabe ou não pode. As modalidades funcionam como fragmentos de intenção de comunicação. Há dois “fazeres”, cada um com suas modalidades, envolvidos na canção: o do locutor e o do ouvinte. O locutor quer/deve/sabe e/ou pode fazer com que o ouvinte queira/deva/saiba e/ou possa ouvir sua canção. Esse desencadeamento modal do locutor sobre o ouvinte é um caso de sobremodalização presente em toda comunicação de canções. (*ibid*)

Pelo texto, o locutor transmite sua narrativa e pela melodia, sua emoção (modalização). Se a compatibilidade modal do texto com a melodia for suficientemente persuasiva, a sobremodalização se completa, ou seja, há uma cumplicidade emocional do ouvinte com o interlocutor da narrativa da canção (TATIT, 1994). Como no processo de composição musicoterapêutico o locutor é ao mesmo tempo ouvinte de si mesmo, ele repactua-se com seus próprios sentimentos, convencendo-se, a cada vez que canta ou ouve a sua música, dos novos sentidos dados ao momento de tensão emocional que deu origem à canção.

Na análise da canção, é preciso detectar o foco de tensão causador do estado emocional relatado pelo locutor, que quase sempre está relacionado aos mecanismos de

conjunção e disjunção propostos pela narrativa. Há sempre um sujeito passivo (ou passional) que sofreu uma ação (fazer) anterior que determinou esse estado (momento passional que deu origem à canção) (TATIT, 1994). Lembrando que todo fazer tem ligação com as modalidades citadas no início deste tópico (querer, dever, saber e poder), a situação passional decorre da ausência de uma ou mais modalidades que impedem a realização de um fazer e pode desencadear vários percursos narrativos.

Um instrumento útil para analisar relações de complementariedade, contrariedade e contradição nas canções é a confecção de um quadro semiótico, um modo diagramático de representar tais relações e apresentar uma estrutura profunda de tensões e sentidos no texto (NOTH, 1996; TATIT, 2001).

ANÁLISE DAS LETRAS DAS COMPOSIÇÕES DE CAPITU

Mãe (em grupo)

Mãe, quero te encontrar

Mãe, quero te abraçar

E quero te falar

Todas as coisas que guardei

Pra te presentear

E agora na sua presença

Me recordo de todos momentos

Que passei na sua ausência

Me causando tanto sofrimento

Mãe, quero te encontrar

Mãe, quero te abraçar

Mae, você me faz sonhar

Mãe, nunca mais vou te deixar

Não, não vou

Na parte A da canção Mãe (primeira estrofe), há um Interlocutor⁴ em disjunção com o Interlocutário. Pode-se observar o desejo de encontrar a mãe, de contar pra ela as experiências vividas e de presenteá-la. Na parte B (segunda estrofe), o desejo de encontrar a mãe foi realizado e há uma conjunção entre os dois personagens, apesar da lembrança de que a separação trouxe sofrimento. A terceira estrofe pode ser compreendida como um trecho A' (uma variação do trecho A) e nela os dois personagens estão disjuntos (afastados) novamente. É relatado o desejo de encontrar a mãe para expressar o afeto (“abraçar”) e “poder sonhar” e, com a reconciliação, evitar novos sofrimentos causados pela separação.

A parte A da canção gira em torno do “querer” encontrar a mãe. A parte B, supondo que conseguiu encontrar a mãe, gira em torno do “poder” se lembrar de tudo o que foi sofrido pela disjunção já que, neste momento, a conjunção faz tais sentimentos negativos ficarem num passado. A parte A' volta a expressar o desejo de conjunção, girando novamente em torno do “querer” estar junto da mãe e novamente do “poder” que estar junto traria (“você me faz sonhar”).

É importante ressaltar que não há nesta canção, nenhum indício de se o Interlocutor pode ou não ir ao encontro do Interlocutário, isto é, se ele tem condições de ir atrás do outro, se há algum impedimento de ordem financeira, moral, afetiva ou até mesmo da morte do outro. Esta canção, então, gira em torno da expressão do desejo (“querer”), com algumas referências ao “poder” que estar junto poderia proporcionar para evitar sofrimento e, até mesmo, sonhar.

Os outros dois verbos da sobremodalização, “dever” e “saber”, não aparecem no discurso, sendo trazidos a tona pelas intervenções verbais dos musicoterapeutas e das outras participantes da oficina. Foram sugeridos meios que favorecessem o “saber buscar a mãe” auxiliando Capitu a “poder buscá-la”, se assim desejasse no futuro. Outro aspecto importante é que este foi um movimento interno de Capitu, isto é, não foi algo imposto pelos musicoterapeutas ou pela direção do abrigo, algo como “dever reestabelecer laços com a

4 Segundo Tatit (1986, 1994), o Destinatador é quem emite o discurso, isto é, o compositor e/ou locutor e/ou cantor e, o Destinatário, é a pessoa para quem o discurso está dirigido, o ouvinte. Por sua vez, o Interlocutor é o sujeito do discurso (que representa o Eu no texto) e o Interlocutário é a segunda pessoa verbal do texto (o Tu).

família”. A usuária percebeu o quanto reatar os laços familiares seriam importantes para ela. E ela foi atrás disso, do jeito que tece condições de fazer, a partir do “poder” e “saber” que ela tinha e que ela adquiriu neste processo.

Pode ser observado no quadrado semiótico elaborado para a canção Mãe que há um processo de complementariedade entre a presença da mãe (e a conjunção entre mãe e filha) com a expressão de sentimentos de valência positiva. Por sua vez, a ausência, que é contrária à presença, é complementada pelo sofrimento (Figura 1).

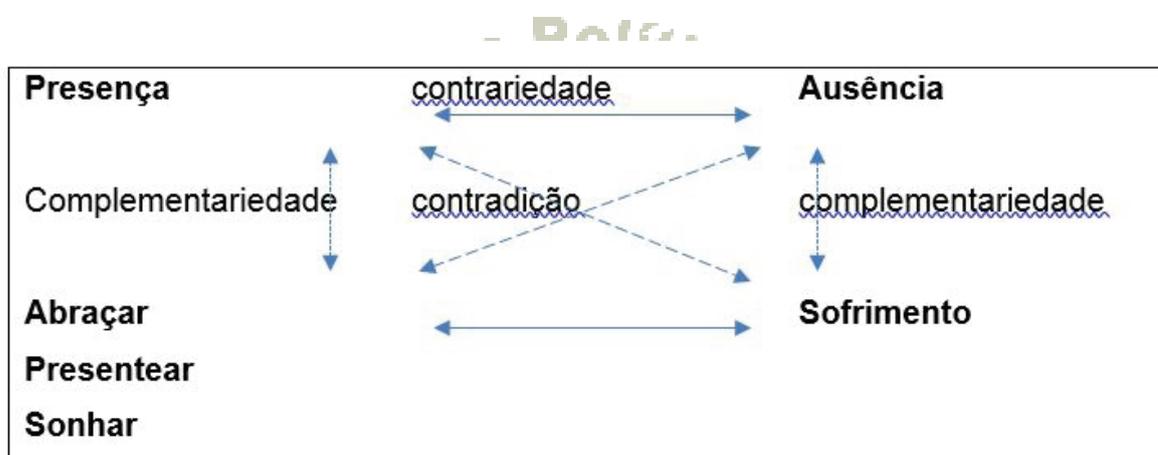


Figura 1: Quadrado Semiótico para a canção Mãe.

Minha Filha (individual)

Minha Filha

Que você seja uma menina batalhadora

Que corra atrás dos seus sonhos

Que você seja uma menina obediente

Dê valor aos seus pais

Que você seja uma menina obediente

Dê valor aos seus pais

A partir do prazer e sentidos gerados pela primeira canção, Capitu expressou seu desejo em compor uma canção para sua filha numa sessão posterior. Os musicoterapeutas a auxiliaram em um atendimento individual a escrever a letra da canção para depois musicá-

la. Esta canção possui apenas uma estrofe na qual basicamente é expresso o desejo de Capitu em relação ao futuro de sua filha, em particular, de uma boa relação familiar, ou seja, um “querer” estar em conjunção. Observa-se que a repetição dos últimos dois versos ocorreram no processo de musicar a letra e que, mais do que uma expressão de como a filha “deve” ser, ressalta-se aqui o como Capitu “quer” que seja a relação entre ela e sua filha.

O quadrado semiótico da canção Minha Filha, por sua vez, apresenta um espelhamento da própria história de Capitu, na qual ela deseja para sua filha o oposto do que ela mesma vivenciou (Figura 2).

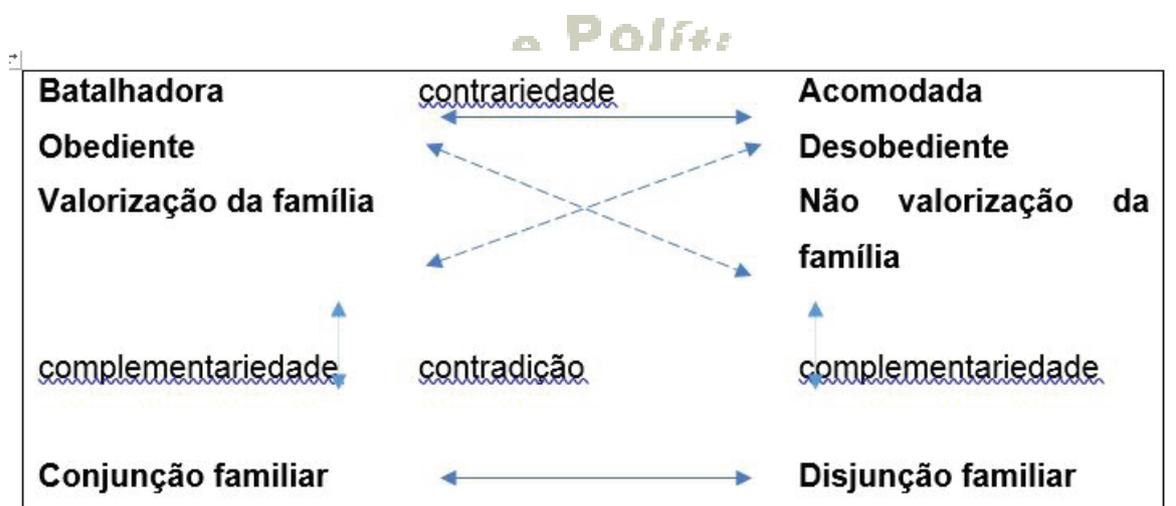


Figura 2: Quadrado Semiótico para a canção Minha Filha.

Meu Amor (Gás) (individual)

Meu amor, meu amor,
 Você é tudo que sonhei pra mim
 Você me deu um presente lindo
 Que hoje se chama (nome da filha) e tem um aninho.
 Me desculpe, pelo gás
 Que eu sem quere deixei escapar.

Após a composição para a filha, numa sessão posterior, Capitu pediu para fazer uma canção. Quando seu marido passa pela oficina e cumprimenta a todos, ela diz que a composição seria para ele, já que era o único de sua família para quem não havia composto uma canção. Capitu propôs fragmentos de melodias que foram organizadas e desenvolvidas

pelos musicoterapeutas ao mesmo tempo em que a letra ia sendo composta. Porém, durante este trabalho, o marido de Capitu voltou reclamando que ela havia esquecido o gás aberto e que, além do prejuízo pela perda do gás, poderia ter causado um sério acidente. Ela ficou bastante apreensiva, achando que ele iria brigar com ela. Daí, surgiram os últimos dois versos da canção.

Esta composição, também em apenas uma estrofe, apresenta inicialmente uma conjunção entre o Interlocutor e o Interlocutário, representando um estado de união e boa qualidade de relação entre Capitu e seu marido e demonstrando sentimentos de realização e gratidão. Nos últimos dois versos, após a “bronca” recebida, este estado de conjunção muda para o desejo de permanência da conjunção. Passa-se de um “saber” que a relação está boa para um “querer” que ela permaneça boa a, partir do reconhecimento de que errou e pedindo desculpas, como “deve” agir para manter essa conjunção que ela “pode” manter.

O quadro semiótica desta canção também aborda a conjunção e a disjunção familiar, principalmente a partir do reconhecimento de que necessita agir para que não haja desentendimentos e que tem poder para isso (Figura 3).

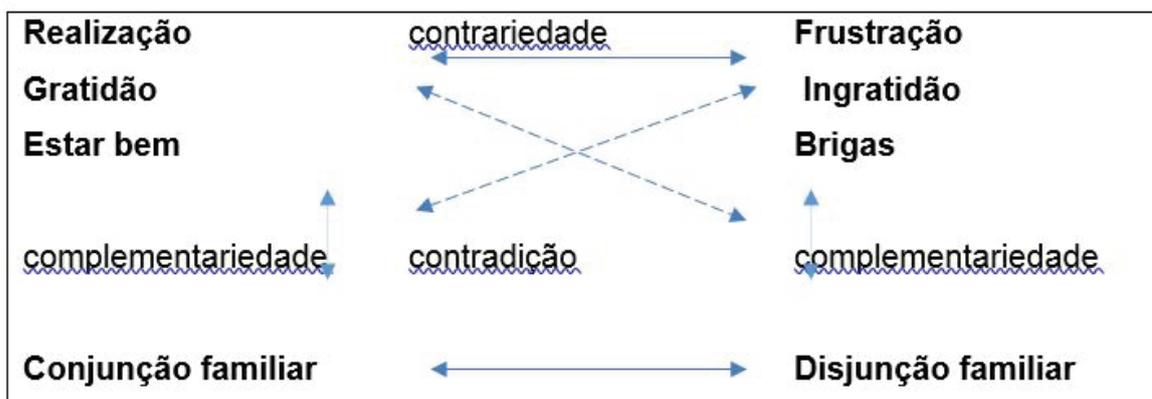


Figura 3: Quadro Semiótico para a canção Meu Amor

Capitu fica bastante tensa durante a finalização da canção e uma outraicineira do abrigo sugere que os musicoterapeutas a acompanhem para apresentar a canção para seu marido, para apoiá-la num pedido de desculpas. Após a apresentação da canção Meu Amor por Capitu e os musicoterapeutas, o marido também canta junto a canção composta para a filha, demonstrando não somente uma disponibilidade para interagir e dialogar sobre as

questões domésticas e sobre a filha, como também faz reverberação na própria relação entre eles.

Capitu fica bastante tensa durante a finalização da canção e uma outraicineira do abrigo sugere que os musicoterapeutas a acompanhem para apresentar a canção para seu marido, para apoiá-la num pedido de desculpas. Após a apresentação da canção Meu Amor por Capitu e os musicoterapeutas, o marido também canta junto a canção composta para a filha, demonstrando não somente uma disponibilidade para interagir e dialogar sobre as questões domésticas e sobre a filha, como também faz reverberação na própria relação entre eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de comunicação por meio da canção é extremamente poderoso uma vez que a música traz associações emocionais mais fortes do que a fala, incluindo as memórias afetivas. O que normalmente ocorre nas sessões de musicoterapia quando o paciente e/ou o terapeuta cantam músicas compostas por outras pessoas é que a tornamos “nossas” por meio de uma associação entre o destinador (o locutor, o cantor) e o interlocutor (simulacro do compositor que virou o Eu da canção), isto é, o destinador (cantor) dá voz ao discurso de outra pessoa (o interlocutor do compositor).

A força expressiva do cantar, interpretando a canção, faz com que sejam incorporados os conteúdos afetivos e expressivos daquele discurso como se fossem próprios, por isso que em musicoterapia é utilizado o termo “recriação” ao invés de “*performance*”, pois o paciente incorpora os afetos da canção e os expressa como se fossem dele. Neste sentido, ele é uma espécie de re-compositor fazendo uma re-criação.

(MILLECO; BRANDÃO, MILLECCO, 2001)

Porém, quando o próprio destinador e interlocutor são a mesma pessoa, mesmo que em momentos distintos (cantar depois de compor) esta força expressiva se torna mais poderosa. Quando o paciente está desempenhando os dois papéis ao mesmo tempo (como no caso de uma improvisação de canção) este processo é mais forte ainda, pois há uma

perfeita mistura entre o Interlocutor e o Destinatador.

A produção musical de Capitu se mostrou uma ferramenta importante para potencializar mecanismos de enfrentamento e criatividade. Fazendo a análise semiótica da letra de suas canções é possível identificar recursos expressivos utilizados para fazer soar suas emoções. As canções compostas por Capitu durante a Oficina de Musicoterapia favoreceram a expressão de seus desejos e sentimentos, e a sua elaboração, de modo a poder repensar sua condição e se reposicionar no mundo. Deste modo, mais do que simplesmente servir como expressão, para Capitu, este processo de composição favoreceu o emponderamento, a elaboração de pequenos projetos de vida e mobilização necessária para buscar realizar tais projetos.

Acreditamos que o processo de composição de canções e de análise semiótica destas canções seja um recurso importante de acompanhamento do processo musicoterapêutico pois permite configurar um portfólio das transformações ocorridas ao longo do processo. Elas não somente servem como um registro do que ocorreu, como também permitem uma avaliação de qual caminho foi seguido e o quanto foi percorrido nesta jornada de transformação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

MILLECCO, L.; BRANDÃO, R.; MILLECCO, R. **É preciso cantar**. Musicoterapia canto e canções. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

NÖTH, W. **A semiótica do Século XX**. São Paulo: Annablume, 1996.

TATIT, L. **A Canção: Eficácia e Encanto**. Porto Alegre: Atual, 1986.

_____. **Semiótica da Canção: Melodia e Letra**. São Paulo: Escuta, 1994.

TATIT, L. **Análise Semiótica através das letras**. São Paulo: Ateliê, 2001.

SOBRE SILÊNCIO E MUSICALIDADE, ENTREVISTAS

Jacila Maria da Silva¹

RESUMO: Esta pesquisa, em música e musicologia, cujo tema coloca em evidência os sentidos do silêncio e da musicalidade, teve como vertente metodológica entrevistas com sujeitos que possuem relação com a música em sua prática cotidiana. Práticas de composição, produção e direção musicais. O estudo da música e da musicalidade partiu do interesse em pensar a multiplicidade de sentidos do silêncio em música, levando em conta tanto a dimensão de sentido imaginativo de Paul Ricoeur como as possibilidades silenciosas de uma música do silêncio na estética de Vladimir Jankélévitch. A musicalidade surge em nossa pesquisa quando consideramos a música no corpo, esta que pode tornar-se dança, recitativo, canto, ou seja, algo do âmbito da experiência musical. Tudo isto nos chega como conhecimentos que se estendem às práticas clínicas e educativas, da musicoterapia e da educação musical, quando pensamos na escuta e na experiência musical enquanto constitutivas de musicalidade. No reconhecimento da importância do manejo do silêncio e da musicalidade na clínica musicoterápica como discursividade e novos sentidos de existência.

Palavras - chave: Musicologia. Silêncio. Musicalidade

O presente estudo tem em vista uma breve apresentação de um certo conteúdo da pesquisa que realizei em nível de Mestrado em Música e Musicologia na Université Paris-Sorbonne sob a orientação dos Professores Marc Battier e François Madurell, ambos do Observatório Musical Francês. Cabe relevar que iniciei a pesquisa com o Professor Marc Battier com uma direção das novas tecnologias em música vinculado, sobretudo, aos grupos de trabalho do INA/GRM, grupo de estudos da música fundado por Pierre Schaeffer e, atualmente, sob a direção do compositor Daniel Teruggi.

Neste intuito, através de uma viagem em experiências sonoras, realizei uma pesquisa que visa pensar os sentidos do silêncio em música, acreditando ser este um aspecto importante quando pensamos uma clínica pós-moderna. Isto quer dizer que esta pesquisa reconhece uma clínica do silêncio a partir da modernidade que pode trazer muitos benefícios.

Selecionei, então, uma única entrevista, vislumbrando afinar pontos de extrema importância ao estudo de uma clínica do sonoro-musical. Cabe lembrar quais foram as questões iniciais que postulei aos entrevistados. A saber :

¹ Musicoterapeuta ; Psicóloga ; Mestre e Doutora em Teoria Psicanalítica pelas UFRJ e Paris-Diderot ; Master Recherche em Música e Musicologia pela Université Paris-Sorbonne. Experiência com crianças e adultos em Instituições de saúde e educação do Rio de Janeiro, Niterói, Paris e Cour-Cheverny. Instituições atuais: Casa Verde Núcleo de Assistência em Saúde Mental e CAPSi Monteiro Lobato. E-mail: jacilasilva@yahoo.fr

Qual é a função do silêncio na música ?

O silêncio constitui musicalidade ?

O que é musicalidade para você ?

Qual a importância do silêncio em vossa prática ?

Em quais momentos de vosso cotidiano o silêncio está presente ?

Existe uma relação entre o silêncio e a música ?

Algumas precisões sobre a elaboração das questões : o primeiro grupo de questões (de 1 à 3), tem uma forma geral, ao passo que o segundo grupo (de 4 à 6), interroga a prática, as experiências pessoais que encontramos em cada métier dos entrevistados. O método utilizado para a condução das entrevistas consiste no método de entrevista semi-dirigida. No que tange às diversas entrevistas realizadas, os participantes entrevistados foram diferenciados por possuírem relações diferentes em suas práticas musicais. Na presente apresentação abordaremos a entrevista do compositor de música eletro-acústica Daniel Teruggi, diretor do Grupo de Pesquisa Musical e do INA. Esta entrevista durou mais de 60 minutos e possuiu registro sonoro autorizado pelo entrevistado, assim como ele foi prevenido que se tratava de um estudo de pesquisa em Mestrado cujo tema era Silêncio e Musicalidade. A transcrição completa desta e de outras entrevistas estão no estudo de origem, ou seja, na dissertação de Mestrado² aqui referida.

Iniciamos a entrevista³ através de uma introdução a respeito do fazer musical do Sr. Daniel Teruggi e ele delimita o campo da composição. Compor e organizar pessoas e setores em torno da música, num sentido de gestão musical ou de atividades que lhe pertencem. Eis a função musical ou métier do Sr. Daniel. Podemos aqui assinalar a expansão atual do métier musical, dos profissionais em relação aos múltiplos domínios da

2 DA SILVA, Jacila M., Silence et Musicalité, direction de recherche professeur François Madurell, Université Paris-Sorbonne, UFR Musique et Musicologie, Mémoire de Master II Recherche, Paris, septembre 2014.

3 TERUGGI, Daniel. Entretien de recherche 2011, INA, Radio France, Paris, in DA SILVA, J., Silence et musicalité, sept. 2014.

música, do fazer musical, da composição ao infinito setor do musical cultural – da produção e da aproximação dos setores de image e som. Um mundo de idéias metrisadas por artistas, engenheiros, compositores, técnicos em informática – um mundo potente da programação -, do programa cultural, do cinema e da publicidade.

Daniel Teruggi assinala as inúmeras funções do silêncio: a finitude; a parada; a suspensão; a tensão. Todas estas definidas pelo contexto. Daniel define um musical silencioso, quando a presença do som é mínima. Segundo ele, quando há a ausência do som, por exemplo, este silêncio é definido pela acústica como « um som que não escutamos

A escuta tem também uma função de sentido, quer dizer, o sentido da pontuação musical. A música pontua, através das paradas dirigidas pelo silêncio, o sentido da escuta. Então, para o som inaldível ele observa que: « em certos momentos, o som se torna inaldível, em certos momentos, com muita energia, o som desaparece ». Estes são « momentos onde temos menos informações e menos sons ». Podemos falar aqui do silêncio na sua « função subjetiva »: o som que pára e a escuta que não pára. « A escuta é algo contínuo », uma « prolongação interior, dotada (dada) à quantidade de energia acumulada ». Isto quer dizer, que « a função do silêncio vai depender, sobretudo, do contexto⁴ ».

O silêncio, pois, é constitutivo de musicalidade enquanto elemento musical. Ele é um elemento quando uma informação sonora não está presente. O escrevemos com símbolos específicos, os quais indicam a duração deste silêncio. Diz Teruggi : « um som que não está lá ». Então ele fala de dois silêncios distintos : o silêncio do não dito e o da parada. A saber : «O não-dito que não quer dizer, que não dizemos » e o silêncio da parada « o qual é antes e depois⁵ ».

Sobre a musicalidade ele diz :

« Eu não tenho elementos para defini-la. (...) Eu posso dizer quando alguma coisa é música, mas sou muito pretenciosos dizendo isto. (...) Eu tenho intuições sobre como se produz a musicalidade, de onde ela provém. »

4 TERUGGI, D., 2011, in DA SILVA, J., op.cit., 2014, p. 61-63.

5 *Ibid.*

Assim, segundo Teruggi, a musicalidade provém de duas fontes de conhecimento :
nossa experiência de escuta bruta, baseada na causalidade deste que produziu um som, e a
experiência do sentido fundada sobre a sonoridade estruturada. Vale citá-lo :

« E minha escuta é condicionada por este contexto, porque a cada vez que eu
faço um gesto que age no meu entorno, o ambiente produz sons consequentes à
minha ação. Então, quando eu escuto, eu estou à procura de ações que sustentam
este som, mesmo se eu não conheço este som. (...) Isto é a experiência auditiva :

Isto quer dizer que eu controlo, quando eu escuto um som eu escuto a causa,
pois eu imagino a causa, (...) a quantidade de energia, a duração (...) eu
tenho muitos indicadores advindos da minha experiência cotidiana para poder,
simplesmente como escuta, medir o comportamento, ou prever o comportamento
dos sons. Esta é a primeira experiência, a própria experiência de vida.

A segunda experiência vem das informações sonoras estruturadas : eu
tenho uma experiência da palavra, eu tenho uma experiência da música,
eu tenho a experiência de escutar sons que se sucedem e que geram
algo ao qual eu dou o nome de sentido. (...) Mas, igualmente, eu sou
capaz de conceber um discurso que é baseado na articulação de sons
que não têm significantes neles próprios, mas que eu consigo organizar
na minha cabeça, e dar a aqueles uma nomeação, o nome de música.»⁶

Teruggi fala da transmissão, dos meios e maneiras de transferir a informação. De gerar,
enquanto temporalidade, o tempo de dizer e o tempo de receber.

« Quando eu faço música, eu não posso me abstrair de mim mesmo, de
meu passado de escuta, do passado das pessoas que falam ; e então,
eu construo através destes elementos, e quando eu vos dou a escutar
palavras e músicas, vós escutastes os elementos com vossa história,
vosso passado, vossa experiência, e assim, vós construistes sentido,
e é neste sentido que reside o que podemos chamar musicalidade.»⁷

Em alguns casos, explicita Teruggi, a música pode ser muito mais radical que a
organização do discurso. Nestes, a música estaria fundada na emoção em detrimento à
compreensão. Para ele, a compreensão musical quer dizer que o que eu escuto faz sentido,
mas nem sempre cria emoção ou interesse. Existem duas perspectivas desta questão do
sentido e daquele que escuta. Como compositor, « ou eu me preocupo com aquele que
escuta, e então tomarei muitas precauções », dando o exemplo de quando compôs uma
música para um coral de crianças ; ou, diz ele, que aquele que escuta não lhe interessa,
considerando-o como um equivalente à si próprio :

6 *Ibid.*

7 *Ibid.*

« Isto quer dizer que vós escutastes como eu escuto. Quando eu componho, eu não posso pensar diretamente em vós, público (...). Mas, ao mesmo tempo, quando eu componho, eu escuto, então eu sou um público, e eu corrijo em função de vós, público, que sou eu mesmo. (...) Eu faço, eu não escuto (...) ou eu escuto de uma forma técnica.»⁸

Experiências musicais: Situação atualizada da música experimental por Pierre Schaeffer⁹

Dentre os termos do que poderíamos considerar um conjunto de idéias do pensamento moderno a respeito do musical, podemos dizer: é musical o que compartilha desta dinâmica sonora de uma dialética e colocação em forma dos sons, no modo estético de uma discursividade dos sons. Tudo isto, considerando os diversos domínios do saber, a tradição do pensamento e as intensões composicionais. No mais, no momento que consideramos, o da modernidade, temos os diversos recursos, meios e utensílios, técnicos e eletroacústicos em relação com as dimensões da criação artística e das possibilidades de escuta.

Num primeiro momento, as técnicas eletroacústicas estiveram a serviço da radiofusão e do registro, de uma produção e difusão do tradicional musical para a população em massa. Neste momento, o dos anos cinquenta, mais precisamente, em 1948, diversas experiências e grupos na pesquisa do sonoro explicitaram novas perspectivas do pensamento musical. São eles: os da música concreta na França, das músicas preparadas ou « for tape » americanas e da música eletrônica alemã. São eles os pesquisadores precursores de uma « renovação radical »: Marinetti e Russolo na Itália, Mager na Alemanha, Varèse nos Estados-Unidos¹⁰.

Segundo Pierre Schaeffer, duas correntes se definiram : o progresso técnico com o progresso musical que ofereceram à música moderna um « método rigoroso », e « meios inteiramente renovados », efetuam a supressão do executante ; e « a manipulação

8 *Ibid.*

9 SCHAEFFER, P. « Situation actuelle de la musique expérimentale » in Expériences Musicales, musiques concrète, électronique, exotique par le groupe de recherches musicales de la radiodiffusion télévision française direction Pierre Schaeffer avec collaboration de François Mache. La Revue Musicale, Richard-Masse Editeurs, Paris, p. 10.

10 *Ibid.*, p.11.

eletroacústica do som » que se constituiu num potente revelador do « fenômeno musical ». Estas manipulações, conduziram a uma série « de experiências musicais » de caráter empírico. Neste sentido o sistema eletrônico, do compositor acústico, passou a organizar a luteria eletrônica, a execução eletrônica e a partitura - cientificamente aperfeiçoada.¹¹

A aventura concreta é então uma concepção que erige novas possibilidades de recursos materiais a serem utilizados em detrimento aos previamente supostos e conhecidos pela tradição musical. Restava então a questão do material à priori desconhecido. Assim, os instrumentos musicais não são dados inicialmente, e sim « dispositivos permitindo a manipulação dos sons ». Portanto, nesta aventura musical concreta, não existe esquema de organização pré-concebido, e as partituras fazem parte de uma pesquisa para o agenciamento dos sons.¹²

Assim, dois mundos se constituem ao seio do fenômeno musical :

« O mundo da experimentação científica, que vai da acústica física à acústica fisiológica, e o mundo da experiência estética que vai da produção dos objetos musicais à sua integração no domínio da sensibilidade musical »¹³.

O mundo fisiológico entra em composição com todas estas transformações em relação ao mundo sonoro musical. O ouvido musical não se reduz mais aos aspectos sensoriais, mas sim à dinâmica da análise e ao « dispositivo de recepção », de « tradução e de associação » - nervos e músculos, corpo e alma -, « que transformam o sinal sonoro em percepção inteligível e sensível. »¹⁴

Em transmitindo :

A questão da transmissão do conhecimento para uma elaboração clínica, foi palco de inúmeras discussões, artigos e preocupações dos precursores das diversas técnicas de cuidado. Pensamos uma clínica musicoterápica que está inserida nesta infinita dinâmica

11 *Ibid.*,

12 *Ibid.*,

13 SCHAEFFER, P., p. 13-14.

14 SCHAEFFER, P., *ibid.*, p. 15

interpessoal que considera como base a experiência musical. Experiência do um, e do dois e do três, e grupal. A experiência musical tem por base uma experiência sempre coletiva renovada pela cultura. Assim como cita sua própria experiência de composição, Daniel Teruggi, ele renova seu pensamento através do reconhecimento da sua presença como outro a partir de sua escuta de obra.

Daniel Teruggi reconhece sua obra como ato coletivo, pois sem pensar no outro, ele já é outro quando identifica sua própria escuta. O ato de escutar que acontece ao mesmo tempo do fazer musical, nos atualiza nossa experiência de relação coletiva. Mergulhamos no coletivo a cada fazer musical, pois nos tornamos outro destes fazeres que se dão num só tempo, produzir som e escutar. Este é o tempo da presentificação musical, uma atualização constante do outro em si. Este é o jogo que atualizamos para os nossos pacientes a cada interação clínica. Um jogo que traz uma tradição musical da cultura, e que se distancia do individual, pois já tem como base uma dinâmica do coletivo.

Valorizar uma posição silenciosa na clínica, faz parte do reconhecimento da escuta como possibilitadora da existência do outro. Do outro música, dos diversos outros, do outro paciente, se diferenciando, se constituindo, surgindo. Se existe algo cujo potencial clínico é incontável, indizível e inegável, consiste no silêncio. Este, do qual a música é o seu melhor representante. A música nos traz as possibilidades mais silenciosas da experiência moderna. Ela se constitui de silêncios e das suas inúmeras funções. Sem os silêncios musicais nossa vida se tornaria um contínuo burburio, barulho.

O que Pierre Schaeffer nos atualiza, através das suas experiências musicais, são os múltiplos recursos de produção sonora, de constituição de instrumentos musicais, de combinação de sons, de murmúrios e resíduos do nosso cotidiano, relevados nas pesquisas modernas. Ele nos lembra dos sons que nos assolam dia-a-dia, que na modernidade não temos espaço para o silêncio.

O que Teruggi explicita em sua obra é a perda da intimidade silenciosa. Quando ele constitui uma obra musical considerando um pano de fundo sonoro, ele reconhece que o

silêncio se tornou uma ameaça, donde nos distanciamos das experiências silenciosas. Resgatar experiências tão importantes se faz função dos profissionais do cuidado. Pois é a partir destes testemunhos, de compositores que resgatam os recursos do sonoro, que podemos reconhecer e valorizar a importância constitutiva do silêncio em si.

Dito isto, podemos elaborar uma política de saúde que considera a experiência musical constitutiva de subjetividades, valorizando na cultura os profissionais que veiculam esta forma de conhecimento enquanto discurso. Música, segundo Theodor Adorno¹⁵, é um idioma. E é este idioma que pretendemos levar aos nossos pacientes para possibilitar discursividade onde encontramos murmúrio. É deste indizível que escutamos e que veiculamos o fazer musical que, como bem nos ensinou Arnold Schoenberg, pode ser escutar, improvisar, compor, comentar, dentre outras possibilidades do exercício deste lindo idioma, que é o musical.

Cabe a nós, profissionais do cuidado através da música, percorrer os territórios da musicalidade com os nossos pacientes, enriquecendo o cabedal simbólico que constitui corpo para os infinitos dizeres da alma, ou se preferirem, do espírito. São estes os recursos que podemos oferecer aos que nos procuram murmurantes, queixosos, sofrentes, assolados que estão pela inundação tagarela desde o advento da modernidade. Dar-lhes pausas para se constituírem em si é o acalanto mais doce de um cuidado singular e delicado. Este cuidado cuja música nos possibilita como presente. Este cuidado pode então se constituir política, quando aceitamos estar em relação com o outro através da nossa presença, da presentificação da nossa musicalidade para o enriquecimento do outro. Isto é fazer política, é gerar discurso musical.

John Cage criou, nos anos cinquenta, a obra 4'33" a partir de sua experiência numa câmara anecóica. Ele pôde escutar o que identificamos como sendo nossas sonoridades fisiológicas e estudar o que pode nos dizer estes aspectos silenciosos do humano, como impossibilidade do silêncio absoluto. Face ao evidente silêncio externo, nos escutamos a nós mesmos. É a escuta do corpo que se propaga no espaço silencioso. Retornando sobre

15 ADORNO, Theodor, Quasi una fantasia, Paris, Gallimard, 1982, p. VII.

nós mesmos, este barulho reflete o infinito de nossas sonoridades¹⁶.

Cage propõe ao auditor a escuta do que não escutamos habitualmente num concerto. Isto quer dizer, que ele propõe a aprendizagem da escuta para as formas do silêncio, na dimensão dos eventos sonoros. Cage busca o non-sens, reendereçando a música à escuta. O lugar do silêncio nesta obra chama o auditor a se posicionar nas possibilidades de escuta. É ele, auditor, em posição de escuta, que constitui obra e não mais o compositor. Para este compositor, o silêncio é um estado livre de possibilidades de escuta, aberto a diversos eventos¹⁷.

O título da obra 4'33" coloca em evidência a dimensão temporal, estabelecendo relação com a duração. Somos convidados a reconhecer a relação entre o silêncio e o tempo através deste carácter específico do silêncio e do som, em música, que é a duração. A música é então este tempo determinado de sons e silêncios, esta delimitação temporal que guarda os sons e os silêncios e que conduz a nossa escuta à experiência musical. A musicalidade é marcada por este tempo de escuta de sons e silêncios desenvolvidos musicalmente pelo compositor, músico ou intérprete, em relação conosco e com a cultura.

Finalizo este momento de estudo com as palavras do nosso entrevistando Daniel Teruggi que dizem : « Em acústica, vamos até dizer que o silêncio é um som que não escutamos. »

Referências Bibliográficas

ADORNO, Theodor, **Quasi una fantasia**, Paris, Gallimard, 1982.

ARROYAVE, Myriam, « Silence, on écoute le temps », Article, **Revue en ligne Esprit d'avant**, www.espritdavant.com não impresso, Université Paris 8 Saint-Denis, Bulletin n°12 – Silence, Manque ou plénitude, décembre 2011.

DA SILVA, Jacila M., **Silence et Musicalité**, direction de recherche professeur François Madurell, Université Paris-Sorbonne, UFR Musique et Musicologie, Mémoire de Master II Recherche, Paris, septembre 2014.

16 Nesta obra o músico-intérprete permanece sentado ao piano durante este tempo, 4'33", e o que escutamos como obra são as produções sonoras da platéia.

17 ARROYAVE, Myriam, « Silence, on écoute le temps », Article, Revue en ligne Esprit d'avant, Université Paris 8 Saint-Denis, Bulletin n°12 – *Silence, Manque ou plénitude*, décembre 2011.

NICOLAS, François, La Singularité Schoenberg, **Les Cahiers de L'Ircam**, Paris, L'Harmattan, Centre Georges-Pompidou, 1997.

SCHAEFFER, P. « Situation actuelle de la musique expérimentale » in **Expériences Musicales, musiques concrète, électronique, exotique par le groupe de recherches musicales de la radiodiffusion télévision française** direction Pierre Schaeffer avec collaboration de François Mache. La Revue Musicale, Richard-Masse Editeurs, Paris.

TERUGGI, Daniel. **Entretien de recherche** 2011, INA, Radio France, Paris, in DA SILVA, Silence et musicalité, sept. 2014.





**10 - CULTURA
E MUSICOTERAPIA**

Comunicação Oral

ARTE, CIÊNCIA E INCLUSÃO: UMA PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR SOBRE A UTILIZAÇÃO DE ATIVIDADES MUSICAIS E DA MUSICOTERAPIA NO CONTEXTO EDUCACIONAL

Líliam Cafiero Ameal Salgado¹
Alfred Sholl-Franco²

RESUMO: A utilização de recursos musicais tem demonstrado um grande potencial para a melhora da capacidade de comunicação, interação, integração, desenvolvimento da cognição social e redução de estereotípias em crianças e jovens autistas. Assim, com o objetivo de criar condições para o avanço da musicoterapia e a utilização de atividades musicais para inclusão de alunos autistas e/ou com dificuldades/distúrbios específicos (sensoriais, motores e/ou cognitivos), propomos a realização de uma pesquisa-ação, a partir da aplicação de questionários semiestruturados, a fim de verificar o grau de conscientização destes profissionais sobre o uso de recursos musicais no processo de inclusão escolar no Rio de Janeiro. Participam deste estudo musicoterapeutas, professores de música, profissionais e especialistas em educação dos municípios do Rio de Janeiro e da região metropolitana. Os resultados serão utilizados para o desenvolvimento de uma homepage com um blog que, voltado para interlocuções entre artes, ciências e inclusão, terá a participação de pesquisadores e especialistas, de diversas áreas, de modo a criarmos um fórum multidisciplinar de discussão e compartilhamento de experiências. À luz de seus conhecimentos e práticas, acredita-se que desta interação surjam questões e percepções capazes de promover, através de um trabalho colaborativo, um melhor desempenho para os profissionais e seus alunos.

Palavras chave: Inclusão educacional, Ciência, Música, Musicoterapia.

Introdução

O interesse por práticas mais humanas que promovessem a inclusão nas atividades musicais surgiu a partir das observações da autora como professora de música em várias escolas. Por meio desta vivência nas redes municipal, estadual e federal de ensino, assim como em estabelecimentos particulares, e da prática de ensino e musicoterápica que se desenvolve desde a educação infantil à formação de professores, foi possível constatar que a expressão através da música, seja por meio de cantar, tocar, ouvir, dançar, improvisar, criar e recriar, ajuda na mudança de comportamento e promove prazer, comunicação,

1 Mestranda em Educação, Gestão e Difusão em Biociência, IBqM, UFRJ. Especialista em Musicoterapia e Didática. Professora de Educação Musical. liliamameal@yahoo.com.br

2 Biólogo, Especialista em Neurobiologia, Mestre e Doutor em Ciências Biológicas. Coordenador do CATE (IBCCF/UFRJ) e de Ciências e Cognição - Núcleo de Divulgação Científica e Ensino de Neurociências (CeC-NuDCEN/UFRJ). alfredsholl@gmail.com

inserção social e felicidade às pessoas, indo muito além do desenvolvimento das habilidades musicais. Desse modo, pretendemos analisar estudos e trabalhos científicos que utilizam experiências musicais (atividades musicais e a musicoterapia) com crianças e jovens autistas, com o propósito de incluir essas pessoas no contexto educacional. Na busca pela inclusão de autistas verificaremos ainda, como experiências musicais podem auxiliar na inclusão de alunos com dificuldades/distúrbios específicos (sensoriais, motores e/ou cognitivos) nas escolas de ensino básico. Esta investigação terá como base a pesquisa bibliográfica e todos os materiais produzidos e reunidos com este propósito serão depositados e disponibilizados através da *homepage* Arte+Ciência e Inclusão (www.cienciasecognicao.org/portal). Para isso, utilizaremos como referenciais teóricos a legislação vigente, estudos sobre o autismo, pesquisas na área de música, musicoterapia e inclusão no contexto educacional, além de possíveis contribuições da neurociência para a educação.

As escolas brasileiras estão cada vez mais pressionadas por leis, como recentemente, a **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência** - (BRASIL, 2015), a revisar seus projetos político-pedagógicos e paradigmas educacionais, de modo geral, para acolher e se responsabilizar por todos os alunos, incluindo aqueles que, por algum motivo, se diferenciam do tipo idealizado do aluno típico. De qualquer modo, a proposta inclusiva atual está sendo elaborada progressivamente. Parece ter começado em 1948 com a Declaração Universal dos Direitos Humanos³, que já afirmava que “toda pessoa tem direito à educação⁴”.

Em 1990, a “Declaração Mundial de Educação para todos” enfatiza no artigo de número 3 para “tomar medidas que garantam a igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo” (UNESCO, 1990). Depois, em 1994, ocorreu a Declaração de Salamanca⁵, e a partir disso, houve a

3 Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2009/11>. Acesso em 10/08/2015.

4 Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2009/11>. Acesso em 12/08/2015.

5 Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educacionais especiais. Brasília: 1994. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em 12/08/2015.

elaboração de estratégias para a educação de crianças com necessidades educacionais especiais. Consistentemente, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN (Lei 9394/96) elenca, no seu Capítulo V, aspectos que se referem exclusivamente à Educação Especial, e determina que desde a criança portadora de deficiência leve até a mais comprometida sejam incluídas no ensino público. Os artigos 58 e 59 desse capítulo asseveram que haverá recursos educacionais disponíveis para atender as necessidades especiais dos alunos. A Lei diz, em seu artigo 58, § 1º, que “Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender as peculiaridades da clientela de educação especial”, e assegura, em seu artigo 59, inciso I, que haverá “currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específica, para atender às suas necessidades”.

À luz desses preceitos, novos avanços aconteceram na política da inclusão educacional, como a resolução CNE/CEB nº 2 de 2001⁶, que determina Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, incluindo, neste momento, a disponibilização de salas de recursos “nas quais o professor especializado em educação especial realize a complementação ou suplementação curricular, utilizando procedimentos, equipamentos e materiais específicos”. Além dessa resolução, apareceram também, em 2007 – Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2007); em 2009 – Convenção Internacional sobre os direitos das Pessoas com Deficiência - (BRASIL, 2009); em 2011 - Decreto nº 7.611 - que procurou especificar as características, os equipamentos, os materiais didáticos e pedagógicos e as diretrizes dos trabalhos realizados nas salas de recursos multifuncionais.

Em 2012, foram instituídas duas leis específicas para a inclusão de autistas, a Lei Federal nº 12.764 - Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2012), e Lei do Estado do Rio de Janeiro nº 6169/2012 que dispõe sobre a Implantação dos Centros de Reabilitação Integral para Autistas no Estado do Rio de Janeiro (ALERJ, 2012). Entretanto, ainda encontramos alunos com necessidades

6 Resolução CNE/CEB Nº 2, de 11/09/2001. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201>. Acesso em 29/08/2015.

especiais inseridos em escolas regulares sem que haja adaptações necessárias, preparo e envolvimento da comunidade escolar na promoção do acolhimento e desenvolvimento desses alunos.

Preocupados com a formação e experiências dos professores e profissionais da educação para atuarem com a inclusão, partiremos das seguintes questões: Atividades musicais contribuem para a inclusão de alunos autistas na escola regular? Quais conhecimentos seriam necessários para que o professor de música incluísse esses alunos? E quanto às necessidades de outros professores e especialistas nas escolas regulares? Quais outras atividades contribuiriam para a inclusão de alunos autistas nas escolas? Conhecimentos de musicoterapia poderiam auxiliar professores de música na inclusão da diversidade de discentes?

Uma abordagem multidisciplinar (de especialistas, profissionais da educação, professores de música e musicoterapeutas) pode ser muito importante tanto para o conhecimento científico a respeito do uso de experiências musicais com crianças e jovens autistas em um contexto de inclusão, bem como para sua utilização na prática da educação escolar. No entanto, cada profissional é a soma e o filtro de muitas experiências, e traz consigo muito mais do que seus estudos. O trabalho, na medida em que seu próprio conteúdo ofereça subsídios para uma mais profícua atuação dos profissionais junto aos autistas, poderá ao mesmo tempo servir de estímulo à busca de conhecimento em outras áreas e à inclusão de todos os alunos nas escolas.

Breve olhar sobre o autismo

O autismo afeta aproximadamente 70 milhões de pessoas no mundo conforme estimativa da Organização das Nações Unidas (ONU), dados referentes a 2010⁷. Segundo Silva (2012), o transtorno do espectro autista (TEA) é mais diagnosticado em crianças do que a soma dos diagnósticos de diabetes, AIDS e câncer infantis. A autora ainda nos fala que os estudos sobre o autismo infantil são muito recentes para a ciência, e as questões

7 Disponível em http://nacoesunidas.org/?post_type=post&s=autismo. Acesso em 23/08/15.

relativas a ele são complexas, gerando muitas controvérsias entre os estudiosos. Além de serem várias as etiologias, existe uma variação infinita de comportamentos, os quais abrangem desde leves traços, que não permitem estabelecer um diagnóstico preciso, até o quadro clínico que apresenta todos os sintomas (Silva, 2012).

Atualmente, o diagnóstico dessa limitação global do desenvolvimento infantil tem sido auxiliado por critérios descritos no Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Americana de Pediatria, o DSM-V (2013), e pelo CID-10 (Classificação Mundial de Doenças, da Organização Mundial de Saúde; OMS, 1993). O diagnóstico é clínico, e está baseado em critérios bem definidos. A partir de 2013 envolve a identificação de impedimentos graves e crônicos de apenas duas áreas principais: (i) déficits persistentes na comunicação social e interação social e (ii) padrões restritos e repetitivos de resposta.

Existem muitos estudos, inclusive no Brasil, como o de Ortega (2009) e Silva (2012) sobre as características, formas e prováveis causas do autismo. No entanto, a cada nova investigação, várias possibilidades são apontadas como podendo levar ao quadro de autismo. Em conclusão, temos que esta síndrome parece estar relacionada a vários fatores genéticos, e, além desses, alguns pesquisadores acreditam que fatores ambientais (externos) associados também podem estar envolvidos (Ortega 2009). E, segundo Sheuer e colaboradores (2006), existe uma forte relação entre fatores neuropsicológicos e o autismo.

Música, Musicoterapia e Autismo no Contexto Educacional

Guerrer e Menezes (2014) fizeram uma revisão bibliográfica sobre autismo e música com vários dados empíricos relevantes. Entre eles, os autores relatam, com base no estudo de Molnar-Szakacs e colaboradores (2005), que algumas atividades musicais “envolvem imitação e sincronização, levando à ativação de áreas que contêm neurônios-espelho e proporcionando o desenvolvimento da cognição social, tarefas nas quais indivíduos autistas tipicamente mostram dificuldades⁸”. Nesta mesma pesquisa, apresentam o resultado do

8 Ciência e Cognição: Neurociência em Debate. Artigo: Percepção musical em crianças autistas: melhora de funções interpessoais- por Bruna Luiza Guerrer, Jaqueline Lima de Menezes. Em, <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/?p=1393>, dia 23/08/2015.

estudo de Wan e Schlaug (2010), que “apontam benefícios da música na neuroplasticidade e provam que intervenções baseadas em música podem ser usadas para fortalecer conexões entre as regiões frontal e temporal, que apresentam anormalidades nos autistas”.

Politi, Emanuele e Grassi (2012), avaliaram o desenvolvimento musical de autistas de baixo funcionamento e perceberam que apesar dessas pessoas apresentarem dificuldade no aspecto “social-afetivo” e nos relacionamentos emocionais, a “música é uma forma de comunicação que pode ser de especial relevância” para esses casos (Politi et al., 2012, p.54). Em outro estudo, Bhatara e colaboradores (2013) mostram que “indivíduos com transtorno do espectro autista melhoraram suas habilidades de processar a altura do som. Comparados com crianças com desenvolvimento típico, crianças com transtorno do espectro autista podem diferenciar notas de acordes musicais de forma mais precisa” (Bhatara *et al.*, 2013, p.101).

No Brasil, estudos como o de Craveiro de Sá (1998), intitulado “A Musicoterapia na Neuropsiquiatria Infantil: os Estados Autísticos”, e o de Louro (2014) sobre “Ações Pedagógicas para inclusão de aluno com Transtorno do Espectro Autista numa Escola de Música de São Paulo” têm abordado a necessidade de uma compreensão mais ampla da natureza do transtorno do espectro autista e as possibilidades de intervenções por meio de experiências musicais bem planejadas, objetivando promover, por meio da música, uma relação com mais benefícios e desenvolvimento de habilidades. No entanto, parte substancial das pesquisas que avaliam os efeitos que a música promove em autistas ainda fica restrita aos aspectos que o musicoterapeuta é capaz de identificar. Como exemplo, temos um estudo utilizando musicoterapia com adolescentes portadores da Síndrome do Autismo, no qual a canção é usada “como base de interação”, e esses pacientes “são capazes de reorganizar suas condições através do preenchimento dos pontos de indeterminação oferecidos pela canção” (Brandalise, 1998, p.45). Em outra experiência com musicoterapia, Barcellos (2004) nos adverte que o uso de aparelhagens eletroacústicas, como o teclado, com autistas, “pode ter um efeito iatrogênico se o musicoterapeuta não utilizá-lo como ponto de partida para introduzi-lo como pessoa” (Barcellos, 2004, p.124).

Ademais, segundo Levitin (2010), o estímulo musical atinge várias áreas do cérebro e subsistemas neurais. Para o neurologista britânico Oliver Sacks (2007), a música é tão importante para nós quanto à linguagem, e entender os efeitos e a relação da música com o cérebro é fundamental para que possamos compreender o homem. Em consonância com essas ideias “nos últimos anos tem sido demonstrado que o treinamento artístico impacta, significativamente, o funcionamento do sistema nervoso, sendo capaz de alterar o desenvolvimento e a organização cerebral” (Sholl-Franco, Assis e Marra, 2012, p. 17). Neste sentido, Cosenza e Guerra (2011) relatam possíveis interlocuções entre estas áreas e buscam por meio de um projeto oferecido para profissionais da educação e comunidade em geral, oferecer capacitação para essas pessoas, contribuindo “para mudanças práticas do dia a dia do professor e para a melhoria do desempenho e evolução dos alunos” (Cosenza e Guerra 2011, p.7). Entretanto, “por mais que se fale em inclusão, o termo continua longe de uma compreensão - e mesmo adoção - por parte do sistema educacional, sobretudo quando se trata de professores de música” (Louro, 2012, p.44).

Metodologia e Resultados Esperados

Para a realização desta pesquisa optou-se pela execução de um levantamento bibliográfico e a aplicação de questionários semiestruturados, a fim de se obter informações sobre o potencial das atividades musicais e da musicoterapia para auxiliar a inclusão de crianças autistas no contexto educacional, sob uma perspectiva multidisciplinar. Estarão envolvidos nesta pesquisa profissionais e especialistas da educação, professores de música e musicoterapeutas (cadastrados e pertencentes à Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro, AMTRJ) e os participantes das ações do Museu Itinerante de Neurociências em espaços formais (Ensino Fundamental e Médio) e não-formais de educação do Estado do Rio de Janeiro (http://www.cienciasecognicao.org/min/?page_id=15). Além disso, será apresentado o site e blog Arte+Ciência e Inclusão, desenvolvido para servir como fórum de apresentação e discussão de pesquisas sobre estas temáticas através do portal Ciências e Cognição (<http://www.cienciasecognicao.org/portal/>). Contaremos inicialmente com uma equipe de profissionais das áreas de educação, inclusão,

neurociências, artes, saúde, música e musicoterapia, com o propósito de oferecer um ambiente para fomentar a troca de ideias e práticas entre profissionais com diferentes formações e experiências, sobre como utilizar as artes e as ciências para aumentar nosso conhecimento com relação as dificuldades enfrentadas por alunos na educação básica.

Entendemos que as inter-relações e interlocuções entre essas áreas, se mais conhecidas, poderão nos ajudar a lidar no processo de inclusão, assim como com as dificuldades de aprendizagem e relacionamento que encontramos no ambiente escolar. Nossa hipótese é de que da interação entre profissionais de diferentes áreas resultará ações sinérgicas capazes de promover um aumento do interesse dos profissionais sobre os temas abordados, bem como em uma atuação conjunta mais frequente entre eles em prol das diversidades encontradas no contexto escolar.

Referências Bibliográficas:

ALERJ. Lei Estadual 6169/2012. Dispõe sobre a implantação dos Centros de Reabilitação Integral para Deficientes mentais e Autistas no Estado do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/bc008ecb13dcfc6e03256827006dbbf5/6211c0a594793935832579b90064e81a>. Acesso em 12/08/2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC. DSM-V. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. ISBN 978-0-89042-555-8, 2013.

BARCELLOS, L.R.M. **Musicoterapia**: Alguns Escritos. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

BHATARA, A.; QUINTIN, E.-M; FOMBONNE, E.; LEVITIN, D. J. Early Sensitivity to Sound and Musical Preferences and Enjoyment in Adolescents With Autism Spectrum Disorders. **Psychomusicology: Music, Mind, and Brain**, 23 (2), 100-108. 2013. Disponível em http://daniellevitin.com/levitinlab/articles/2013-Bhatara_Psychomusicology.pdf. Acesso em 29/08/2015.

BRANDALISE, A. Approach “Brandalise” de Musicoterapia (Carta de Canções). **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Ano III, No. 4, 41-55. Rio de Janeiro, 1998.

BRASIL. Lei de Inclusão Nº 13.146, de 6 de julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, 2015. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em 12/08/2015.

BRASIL. Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – (Lei nº 12.764/2012 de 27 de dezembro de 2012), 2012. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em 12/08/2015.

BRASIL. Decreto nº 6.949 – Promulga a Convenção Internacional sobre os direitos das Pessoas com Deficiência, 2009. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em 12/08/2015.

BRASIL. Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva. Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007. Brasília, 2007. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducspecial.pdf>. Acesso em 12/08/2015.

COSENZA, R.M; GUERRA, L.B. **Neurociências e Educação: como o cérebro aprende**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CRAVEIRO DE SÁ, L. A Musicoterapia na Neuropsiquiatria Infantil: os Estados Autísticos. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Ano III, No. 4, 1998.

GUERRER, B.L.; MENEZES, J.L. Percepção musical em crianças autistas: melhora de funções interpessoais. **Blog Neurociências em Debate**. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/>. Acesso em 15/08/2015.

LOURO. V. Fundamentos da aprendizagem musical da pessoa com deficiência. São Paulo: Editora Som, 2012.

LOURO.V. **Ações Pedagógicas para inclusão de aluno com Transtorno do Espectro Autista numa Escola de Música de São Paulo: Relato de caso**. 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5965/198431781022014138>. Acesso em 25/08/2015.

MOLNAR-SZAKACS, I.; WANG, M.J.; LAUGESON, E.A.; OVER, K.; WU, W.L.; PIGGOT, J. Autism, Emotion Recognition and the Mirror Neuron System: The Case of Music. **MJM**, 12 (2), 87-98, 2009.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORTEGA, F. O Sujeito Cerebral e o Movimento da Neurodiversidade. **Mana**, 14 (2), 2009. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a12v14n1.pdf>. Acesso em 29/08/2015.

POLITI, P.; EMANUELE, E.; GRASSI, M. Development of the "Playing-in-Touch" (PiT) questionnaire: a measure of musical intouchness in people with low-functioning autism. **Activitas Nervosa Superior Rediviva**, 54 (2), 53-59, 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23090275>. Acesso em 29/08/2015.

SACKS, O. **Alucinações Musicais**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SILVA, A.B.B. **Mundo Singular**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

SHEUER, C.; ANDRADE, R.V.; GORGATI, D.; DORNELAS, D. Neuropsicologia do autismo. Em: MELLO, C.B.; MIRANDA, M.C.; MUSZKAT, M. (Coord.). **Neuropsicologia do Desenvolvimento: conceitos e abordagens**. São Paulo: Editora Memnon, 2005.

SHOLL-FRANCO, A.; ASSIS, T.; MARRA, C. Neuroeducação: caminhos e desafios. Em: **Caminhos da Neuroeducação**. ARANHA, G.; SHOLL-FRANCO, A. (Org.). (pp.9-22). 2a. Edição. Rio de Janeiro (RJ): Ciências e Cognição, 2012.

UNESCO. Declaração Mundial de Educação para Todos, 1990. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf>. Acesso em 12/08/2015.

WAN, C.Y.; SCHLAUG, G. Neural pathways for language in autism: the potential for music based treatments. **Future Neurology**, 5 (6), 797-805, 2010.

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NOS SAMBAS DO COLETIVO CARNAVALESCO TÁ PIRANDO, PIRADO, PIROU!

Pollyanna Ferrari¹
Edson Alves de Souza Filho²

RESUMO: O presente trabalho apresenta parte de pesquisa de mestrado concluída que investigou a dinâmica das representações sociais da loucura a partir do Coletivo Carnavalesco “Tá Pirando, Pirando, Pirou!”, bloco de carnaval formado por usuários, familiares e profissionais da rede pública de saúde mental do Rio de Janeiro. Utilizou-se uma metodologia qualitativa e quantitativa à luz da teoria das representações sociais proposta por Moscovici. Analisamos 50 sambas inscritos nos concursos de samba oficial do Tá Pirando de 2010 a 2014. Por meio do método de análise de conteúdo proposto por Bardin, pudemos inferir uma tendência representacional nos sambas. Nos sambas analisados, encontramos 13 categorias temáticas recorrentes. Aparecem com maior frequência: “Loucura” e “Mobilização/ Busca de reconhecimento da sociedade”. A premissa central desse estudo é que a inserção em atividades lúdicas e culturais possibilita a ressignificação das relações sociais e afetivas acerca da loucura, que pôde ser confirmada a partir dos resultados obtidos. Observa-se que a construção de representações sociais do fenômeno loucura ocorre de forma dinâmica, sendo os significados constantemente partilhados e reelaborados. A cultura do carnaval bem como a ludicidade podem influenciar ativamente a produção e circulação de representações positivas sobre a loucura

Palavras - chave: Saúde Mental. Carnaval. Representações Sociais. Loucura.

1 Musicoterapeuta graduada pelo CBM-CEU, especialista em Saúde Mental nos moldes de Residência e Mestre em Psicologia Social pela UFRJ. É Assessora Técnica de Geração de Trabalho, Renda e Cultura - Superintendência de Saúde Mental da SMS-RJ e Coordenadora do Coletivo Carnavalesco “Tá Pirando, Pirado, Pirou!”. Contato: pollyferrari26@gmail.com

2 Graduado em Psicologia pela UnB e doutorado em Psicologia Social - École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris . É Professor Associado da UFRJ. Tem experiência nas áreas de Psicologia e Educação, com ênfase em Psicologia Social, atuando nos seguintes campos: representações sociais, psicologia da educação, influência social, dinâmica de grupos, métodos de pesquisa.

PERFIL DE SAÚDE VOCAL DE ESTUDANTES DO CURSO DE BACHARELADO EM MUSICOTERAPIA

Pierangela Nota Simões¹¹

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo investigar o perfil de saúde vocal de estudantes do curso de Bacharelado em Musicoterapia em relação a hábitos e queixas vocais vivenciados durante a prática de estágio curricular. Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura nacional que apontou para a escassez de pesquisas que correlacionem os cuidados da voz com a prática do musicoterapeuta. Destacam-se como autoras de referência consultadas para compor o pano de fundo desta pesquisa Mara Behlau e Sílvia Pinho, fonodílogas consagradas na área de estudos da voz. Numa segunda etapa participaram da pesquisa de campo 19 sujeitos, com média de idade de 28.9 anos, que responderam um questionário autoaplicável, adaptado de BARRETO e cols. (2011) sobre queixas e hábitos vocais. Os resultados indicaram que apesar de utilizar intensamente sua voz os sujeitos da pesquisa não realizam aquecimento vocal antes de suas práticas de estágio curricular. As queixas vocais mais presentes foram a rouquidão e o pigarro constante.

Palavras chave: Voz. Musicoterapia. Qualidade Vocal.

INTRODUÇÃO

A voz humana é uma importante ferramenta não apenas para a comunicação, mas também o instrumento essencial para o canto. Por estar presente desde o choro até o último suspiro na vida de cada um, a voz parece uma manifestação automática do corpo humano e recebe poucos cuidados, fato que pode resultar num prejuízo à saúde vocal (BELHAU & PONTES. 2001).

Sendo um instrumento de trabalho para vários profissionais, dentre eles o musicoterapeuta, a voz merece atenção especial para garantir a qualidade das emissões vocais e de uma boa atuação profissional.

Bruscia (2000), apesar de enumerar diversas definições de Musicoterapia, descreve os desafios de definir esta profissão diante das tentativas de identificar suas essências e de traduzir sua natureza interdisciplinar; entretanto, tendo em vista a necessidade de delimitar este tema, será adotada no contexto deste estudo a definição de Musicoterapia apresentada pela União Brasileira das Associações de Musicoterapia que propõe:

¹¹ Fonoaudióloga, Especialista em Distúrbios da Comunicação, Mestre em Educação, Professora Assistente do curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR – Campus de Curitiba II/FAP, membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia (NEPIM). E-mail: pierangela@simoes.pro.br

“... é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar, e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.” (UBAM)

Dentre os elementos da música, mencionados na descrição acima, a canção figura como um importante recurso terapêutico. Craveiro de Sá & Pereira (2006), em um estudo apresentado no XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia ressaltam que:

...a canção apresenta-se como um recurso auto-expressivo e de comunicação, assumindo significado próprio nas ações recursivas e na relação terapêutica. A palavra cantada potencializa-se terapêuticamente através das diversas técnicas musicoterápicas, sendo apresentada tanto pelo musicoterapeuta – como âncora, recurso desencadeante, acolhimento, entre outros – como pelo(s) próprio(s) cliente(s) – atividade auto-projetiva, de expressão e comunicação (2006).

Desse modo, o canto caracteriza-se como um recurso no setting musicoterápico e o musicoterapeuta tem na voz seu instrumento. Para falar deste recurso Milleco (2001) recorre aos terapeutas australianos Watson e Nevill que descrevem a voz humana como “um dos melhores instrumentos musicais, tanto por sua extensão razoavelmente grande, como pela expressão tonal capaz de transmitir toda forma de sentimento”. Além disso, Watson e Nevill veem o canto como um poderoso elemento terapêutico. (p. 85)

Bruscia (2000), assim como Chagas e Pedro (2008), apontam o uso da voz, por meio do canto, em técnicas musicoterápicas de Improvisação e de Recriação, sendo que estas últimas destacam “a improvisação como um método ativo, muito utilizado pelos musicoterapeutas brasileiros” (p.49).

Tais considerações a respeito do canto de da voz na prática do musicoterapeuta justificam um cuidado especial com este instrumento; entretanto, a despeito do uso intenso da voz em sua prática, o musicoterapeuta nem sempre se dá conta de sua fragilidade.

Portanto, este tema merece atenção durante o período de graduação do musicoterapeuta, pois a manutenção da saúde vocal deve compor, assim como o estudo de vários outros instrumentos durante o processo de formação, a grade curricular dos futuros

profissionais. Ou seja, assim como são necessários cuidados especiais para com todos os instrumentos musicais que constituem o setting musicoterápico, é preciso que o futuro musicoterapeuta desenvolva a consciência de preservar sua voz.

Considerando que existem poucos estudos detalhando o perfil de saúde vocal de profissionais da Musicoterapia, em relação a pesquisas realizadas com músicos e cantores, esta pesquisa pretende contribuir para o desenvolvimento deste tema.

Produção da voz

O som da voz é gerado na laringe a partir de uma emissão básica denominada fonação. A fonação, por sua vez, é uma expiração ativa, em que o ar vindo dos pulmões provoca a vibração das pregas vocais.

Dentre os órgãos e sistemas utilizados no processo da emissão vocal nenhum deles tem como função primária a fonação. É curioso que o conjunto de órgãos responsável pela emissão vocal empreste partes do aparelho respiratório e do aparelho digestório para sua realização.

Assim, apesar a importância da voz na comunicação humana e de sua relevância na expressão das dimensões biológica, psicológica e social de cada um, a função principal da laringe está relacionada à proteção dos pulmões (BEHLAU; REHDER, 1997).

Seja garantindo a sobrevivência ou engendrando a produção da voz, a laringe é o mais importante órgão do aparelho fonador. Na laringe estão localizadas as pregas vocais, delgadas estruturas de mucosa que se fecham e se abrem rapidamente à passagem da corrente de ar que vem dos pulmões e determinam, assim, a frequência da voz de cada um.

A frequência de vibração das pregas vocais está diretamente relacionada ao comprimento e à espessura das pregas vocais; assim como acontece com as cordas do violão as cordas mais grossas produzem sons graves, enquanto que as cordas mais finas geram os sons agudos.

Tanto no que se refere à produção da voz falada, quanto da voz cantada, as

estruturas envolvidas são as mesmas, sendo precisos alguns ajustes no que diz respeito à respiração e à ressonância para melhor projeção vocal (BEHLAU; REHDER, 1997).

Quando há cansaço ao falar, ou ao cantar, rouquidão persistente, dor ao engolir, dor na garganta, sensação de corpo estranho na garganta ou perda da voz, por exemplo, o aparelho fonador pode estar sofrendo por uso excessivo de seus recursos ou por maus hábitos vocais. Em quaisquer destas hipóteses há necessidade de se tomar medidas de higiene vocal² para prevenir patologias da voz e danos irreversíveis. No caso dos profissionais que fazem uso intenso da voz, como o musicoterapeuta, estas medidas podem significar a garantia do bom desempenho em sua atividade laboral.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo que teve como objetivo investigar o perfil vocal de alunos do curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR – Campus de Curitiba II/FAP em relação a hábitos e queixas vocais vivenciados durante o período de realização do estágio curricular, tendo sido submetido ao CEP/FAP, e aprovado, conforme parecer consubstanciado nº. 230.863.

Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura para identificar publicações que tratassem do canto e da voz na Musicoterapia, assim como da Higiene vocal, de modo a caracterizar medidas de conscientização e prevenção de problemas da voz em musicoterapeutas.

Foram definidas como base de dados, com a finalidade de se identificar o maior número possível de publicações existentes na área, o Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a base de dados SciELO - Scientific Electronic Library Online.

Os descritores utilizados para a captação das pesquisas foram inicialmente consultados no DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, sendo que foram definidos como unitermos para o levantamento bibliográfico as palavras “Musicoterapia”, “Canto” e “Voz”,

² Consiste em medidas básicas que auxiliam a preservar a saúde vocal, e a prevenir o aparecimento de alterações e doenças, que devem ser seguidas particularmente por aqueles que se utilizam mais da voz. Para maiores informações ver Behlau & Pontes. Higiene Vocal, Editora Revinter. São Paulo: 2001

utilizados individualmente ou em combinações. O conjunto de palavras “Higiene Vocal” não figura como descritor no DeCS, entretanto o termo aparece nas pesquisas que foram captadas.

Para o descritor “Musicoterapia” na BVS foram listados inicialmente 2.948 artigos. Quando aplicados os filtros para base de dados LILACS com seleção para Musicoterapia (20), Música (18), Qualidade de Vida (4), Atenção Primária à Saúde (3) e Promoção de Saúde (3) foram listados 26 artigos. A escolha dos filtros se deu baseada no fato de que a adoção de cuidados de Higiene Vocal é uma medida de atenção primária à saúde e está estreitamente relacionada à qualidade de vida³ daqueles que utilizam a voz profissionalmente.

A busca na base de dados SciELO apontou para um artigo a partir da associação dos termos “Musicoterapia e Voz” e não houve resultados para a combinação “Musicoterapia e canto”. Convém ressaltar que não foi definido um período de tempo para a busca das publicações, sendo que os artigos listados dataram de 1988 a 2013.

A segunda etapa deste estudo constituiu-se numa pesquisa de campo em que participaram 19 alunos matriculados nas disciplinas Estágio II e Estágio III, dos 3º e 4º ano do curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR – Campus de Curitiba II/FAP, no ano letivo de 2014. Foram excluídos os alunos das demais séries com o objetivo de garantir que a amostra do estudo apresentasse uma carga horária semanal mínima fazendo uso da voz em atendimentos musicoterápicos. Os sujeitos selecionados receberam esclarecimentos a respeito da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento escolhido para a realização desta investigação foi um questionário autoaplicável, adaptado de BARRETO e col. (2011), que contém questões abertas e fechadas acerca dos hábitos vocais dos sujeitos da pesquisa, como o tempo de prática de estágio, o uso do canto em outra situação além do estágio, a prática do aquecimento vocal e ter frequentado a disciplina Expressão Vocal, além de possíveis queixas ou dificuldades

3 A disfonia ou alteração na emissão vocal é uma condição extremamente comum na atualidade. Pode comprometer a qualidade da comunicação e, por consequência, a relação social do indivíduo e assim afetar diretamente na qualidade de vida. (SPINA e col., 2009, p 01)

vocais. O questionário foi respondido pelos próprios participantes e a avaliadora esteve presente na sala para esclarecer eventuais dúvidas. Na fase de pré-teste o questionário foi aplicado em uma versão preliminar a uma amostra de indivíduos com as mesmas características dos sujeitos de pesquisa no que se refere aos critérios de inclusão/exclusão.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 19 alunos matriculados nas disciplinas Estágio II e Estágio III, dos 3º e 4º ano do curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR – Campus de Curitiba II/FAP, no ano letivo de 2014. A distribuição por gênero deste grupo foi de 15 indivíduos (78.9%) do gênero feminino e quatro indivíduos (21.1%) do gênero masculino, com média de idade de 28.9 anos.

Os dados obtidos por meio da aplicação do questionário autoaplicável revelaram que a maior parte dos sujeitos da pesquisa atuava como estagiário de Musicoterapia há mais de dois anos, com carga horária semanal de até quatro horas.

O uso da voz em outra situação além do estágio foi referido por 15 sujeitos dentre os pesquisados, que apontaram como exemplo ensaio de banda, aulas de canto, participação em coral, apresentações artísticas, canto na igreja e aulas de musicalização.

O aquecimento vocal não é uma prática amplamente adotada pelos estagiários de Musicoterapia, pois foi referida por apenas oito sujeitos que, por sua vez, realizam exercícios como caretas, massagem facial, rotação da língua, vocalizações, emissão de sons fricativos e exercícios de extensão tonal.

A disciplina Expressão Vocal, ofertada no currículo dos estagiários pesquisados como optativa, foi cursada por sete deles (36.9%).

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos em relação a seus hábitos vocais (N=19)

Variáveis	Estagiário de Musicoterapia		
	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	
Tempo de estágio (anos)	1	3	15.8
	2	11	57.9
	3	5	26.3
Carga horária semanal (horas)	até 4	10	52.6
	até 8	6	31.6
	mais de 8	3	15.8
Uso da voz em outras situações	sim	15	78.9
	não	4	21.1
Aquecimento vocal	sim	8	42.1
	não	11	57.9
Expressão Vocal	cursou	7	36.9
	não cursou	12	63.1

As informações do questionário revelaram que 18 dos alunos pesquisados investem 4.5 horas por semana no estudo do instrumento que utilizam para a prática do estágio, em detrimento de poucos minutos para a realização do aquecimento vocal. E ainda, 14 deles (77.9%) responderam que o treino do instrumento é acompanhado do canto, fato que somado às horas de estágio e às outras atividades por eles desempenhadas que envolvem a voz, configura o uso intenso do aparelho vocal.

Tabela 2. Frequência das queixas vocais referidas pelos estagiários (N=19)

Queixa	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Rouquidão	8	42.1
Pigarro constante	8	42.1
Perda de voz	1	5.2
Dor na garganta ao falar	4	21.1
Sensação de corpo estranho	5	26.3
Ardência na garganta	2	10.5
Dor no pescoço/nuca	4	21.1
Cansaço ao falar	5	26.3
Tosse constante	3	15.8
Garganta seca	4	21.1
Ar na voz	1	5.2
Dor ao engolir	1	5.2
Falhas na voz	2	10.5
Voz fraca	3	15.8

Os achados relativos a queixas vocais apresentadas pelos estagiários de Musicoterapia revelaram que a rouquidão e o pigarro constante são os sintomas mais frequentes, seguidos da sensação de corpo estranho, cansaço ao falar, dor na garganta ao falar, dor no pescoço/nuca e garganta seca. Tosse constante e voz fraca foram queixas vocais apontadas por pelo menos três sujeitos dentre o público pesquisado. As queixas

vocais com menor ocorrência foram ardência na garganta, falhas ou perda da voz, ar na voz e dor ao engolir.

DISCUSSÃO

O número de estudos científicos detalhando o comportamento vocal de profissionais de Musicoterapia é incipiente no país, comparativamente à quantidade de pesquisas relacionadas ao perfil vocal de outros profissionais que utilizam a voz em atividades com música ou canto (BARRETO e col., 2011; RIBEIRO; HANAYAMA, 2005; REHDER; BEHLAU, 2008; ZIMMER; CIELO; FERREIRA, 2012).

De acordo com a caracterização dos sujeitos pesquisados foi possível determinar que, em sua maioria, as práticas do estágio estavam presentes há dois anos, com uma atuação de até quatro horas semanais, e que a voz é frequentemente utilizada em situações artísticas e profissionais.

Os resultados obtidos revelaram que a maioria dos estagiários não pratica o aquecimento vocal, sendo que foi possível observar a coincidência de sua realização com sujeitos que referiram participar de atividades de canto/coral; entretanto, esta relação não pôde ser estabelecida com os alunos que responderam ter cursado a disciplina Expressão Vocal durante o período de graduação. ZIMMER; CIELO; FERREIRA (2012) apontaram, em um estudo sobre o comportamento vocal de cantores populares, a maior preocupação do sexo feminino quanto à procura de aulas de canto e de orientações para cuidados básicos de saúde vocal, entretanto apesar da prevalência de mulheres na amostra da presente pesquisa não foi possível confirmar esta tendência.

Há estudos que evidenciam a importância do aquecimento vocal precedendo ensaios e apresentações como um recurso para a manutenção a saúde da voz e a redução de alterações vocais (BEHLAU; REHDER, 1997; PINHO, 1997). É um paradoxo que a maioria dos alunos pesquisados (94,7%) dedique horas ao estudo de instrumentos musicais e seja negligente em relação à preparação e proteção do instrumento que carregam consigo: as pregas vocais.

No que se refere à percepção de mudanças na voz, após o início da atuação do estágio em Musicoterapia, 11 dos sujeitos da pesquisa (57,9%) responderam positivamente. É interessante observar que apenas um estagiário descreveu dores na garganta e rouquidão neste item, sendo que as outras descrições dão conta de melhora na afinação e na potência da voz.

Este último dado indica que a autopercepção vocal dos estudantes pode estar comprometida em consequência da falta de conhecimento acerca do uso da voz e de medidas de Higiene Vocal para sua preservação, pois o panorama de queixas vocais definido pelos dados do questionário apontou uma alta incidência de manifestações.

Assim como em estudos anteriores (RIBEIRO e HANAYAMA, 2005) os sujeitos pesquisados apontaram mais de uma queixa vocal, sendo que a frequência foi variável. A ocorrência de rouquidão e pigarro constante com os índices mais altos reafirma os achados de Barreto e col. (2011) que sugerem como causa provável o uso intenso da voz.

Queixas como sensação de corpo estranho na garganta, cansaço ao falar, dor na garganta ao falar, dor no pescoço/nuca e garganta seca, que figuraram em seguida, podem ser atribuídas tanto à sobrecarga vocal como a maus hábitos vocais, que seriam minimizados com medidas de higiene vocal.

A sobrecarga vocal provocada pelo uso da voz em ambientes acusticamente desfavoráveis e pelas exigências dos ajustes vocais para a voz cantada explicam não apenas as queixas vocais já descritas, mas também a tosse constante e a voz fraca ou falhada, a presença de ar na voz, a dor ao engolir a perda da voz, indicada por poucos alunos.

A adoção de medidas de higiene vocal tem como objetivo não apenas o conhecimento acerca da produção da voz, mas também a identificação dos hábitos nocivos que comprometem a saúde vocal. A prática de ações diárias e sistemáticas que garantem a saúde do organismo como um todo tem reflexo positivo na saúde vocal. A dedicação de alguns minutos antes do início das atividades do estágio para o aquecimento da voz poderia

garantir o equilíbrio na produção vocal dos estudantes.

CONCLUSÃO

O musicoterapeuta faz uso sistemático do canto em sua prática diária e, portanto, deve ser caracterizado como um profissional que faz uso intenso da voz.

Apesar dessa realidade os resultados da revisão da literatura apontaram que não há pesquisas que correlacionem os cuidados com a voz e a prática do musicoterapeuta. Além disso, os resultados deste estudo indicaram que os futuros profissionais não vêm desenvolvendo em sua formação uma consciência para a preservação deste importante instrumento.

É preciso desenvolver ações efetivas no sentido de orientar os musicoterapeutas para uma mudança de hábitos, com vistas a um comportamento vocal preventivo. E ainda, é necessário discutir a implementação de disciplinas específicas relacionadas à voz, nos currículos de graduação em Musicoterapia, para complementar a formação deste profissional e promover sua saúde vocal.

REFERÊNCIAS

BARRETO, T. M.; AMORIM, G.; TRINDADE FILHO, E. M. , KANASHIRO, C A. **Perfil da saúde vocal de cantores amadores de igreja evangélica**. Rev. soc. bras. fonoaudiol. 2011, vol.16, n.2 pp. 140-145.

BEHLAU M., REHDER M.I. **Higiene vocal para o canto coral**. Rio de Janeiro: Revinter; 1997.

BEHLAU, M., PONTES, P. **Higiene Vocal**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CHAGAS, M. e PEDRO, R. **Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Mauad X: Bapera, 2008.

MILLECO, L. A.. **É preciso cantar**. Rio de Janeiro: Editora Enelivros, 2001.

PINHO, S.M.R. **Manual de higiene vocal para profissionais da voz**. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997.

RIBEIRO, L.R., HANAYAMA, E.M. **Perfil vocal de coralistas amadores**. Rev CEFAC, São Paulo. v.

7, n. 2, pp. 252-66, 2005.

REHDER, M.I., BEHLAU, M. **Perfil vocal de regentes de coral do estado de São Paulo.** Rev. CEFAC, São Paulo, v. 10, n. 2, pp. 206-217, 2008.

SÁ, L. C, PEREIRA, G.T.M. **A utilização da canção em musicoterapia como recurso potencializador da ação terapêutica.** XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia Tema Livre – Comunicação Oral/VI Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia/II Encontro Nacional de Docência em Musicoterapia. 06 a 09/set/2006 - Goiânia-GO.

SPINA, A. L. e col. **Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional.** Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. São Paulo, vol. 75, n. 2, pp. 275-279, 2009.

(UBAM) União Brasileira das Associações de Musicoterapia. Disponível em <http://www.musicoterapia.mus.br/>

ZIMMER, V. CIELO, C.A., FERREIRA, F.M. **Comportamento vocal de cantores populares.** Rev. CEFAC, São Paulo, v. 14 n. 2, pp. 298-307, 2012.





11 - MAPEAMENTOS EM MUSICOTERAPIA

Comunicação Oral

AS PERSPECTIVAS COTIDIANAS DA MUSICOTERAPIA EM NOVA IGUAÇU: UM ESTUDO CARTOGRÁFICO

Gláucia Michele da Silva Temóteo Negreiros¹
Tayane Pereira da Silva Souza²

RESUMO: O objetivo deste trabalho é mapear o município de Nova Iguaçu sobre a existência da prática musicoterápica na cidade, através do método da cartografia. A realização desse levantamento surgiu do interesse de duas alunas do curso de especialização em musicoterapia que, nascidas e residentes na cidade, vieram a se questionar sobre a forma de cuidado, tratamento e reabilitação com os portadores de necessidades especiais que também habitam em Nova Iguaçu. Este levantamento iniciou-se em julho de 2015 e ainda está em andamento. Para a realização deste foram elaborados dois questionários um referente à instituição e outro direcionado para o possível musicoterapeuta. Dos referidos questionários constam perguntas fechadas e abertas, respectivamente. Com esse mapeamento espera-se dar bases a elaborações e até mesmo à ampliação de projetos de longo alcance na segunda maior Cidade do Rio de Janeiro.

Palavras chave: Musicoterapia. Cartografia. Nova Iguaçu.

NOVA IGUAÇU- MINHA TERRA
Nova Iguaçu – que saudade
de teus laranjais em flor
de tua simplicidade das serenas de amor.
Nova Iguaçu dos meus sonhos
das lembranças mais queridas
dos meus dias mais risonhos
das saudades revividas.
Nova Iguaçu – tua glória
dos brilhos de teu braço
doam -te um lugar na História
de saudade e Tradição.
Iguaçu – terra querida
Abençoado lugar
quando eu me for dessa vida
meu corpo hás de guardar.
Me recebe com carinho
Pois nunca eu te esqueci
Teu seio será meu ninho
Terra amada em que nasci.
(IRACEMA BARONI DE CARVALHO, 1987)

1 Formada em Bacharelado em Piano pela UNIRIO e Pós- Graduando Lato Sensu em Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário/ RJ. E-mail: contatoglaucianegreiros@gmail.com

2 Formada em Licenciatura pela UFRJ e Pós-Graduando Lato Sensu em Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário/ RJ. E-mail: tataflautista@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo Waldik Pereira (1977, p. 16), Nova Iguaçu acompanhou o crescimento econômico do Brasil desde a cana-de-açúcar e o cultivo do café, até chegar à fase dos laranjais. Fase esta vivida por Iracema Barone de Carvalho que cujo pai Francisco Baroni (1884- 1955) que, vindo da Itália, montou seu império na cidade até então chamada de Maxambomba passando a ser conhecido como 'rei da laranja'. Não por acaso, Iracema Barone foi escolhida para introduzir este trabalho. Primeiramente por ela ter acompanhado um dos momentos mais grandiosos de sua cidade natal, segundo por acompanhar o declínio da mesma no decorrer da segunda guerra mundial³ e também por ser descrito em sua bibliografia mais antiga, a de 1987, o relato de ter sido musicoterapeuta.

Nos dias atuais, a cidade da baixada Fluminense de quase 806.177 habitantes⁴ e a aproximadamente quarenta e cinco quilômetros da Capital, já não mais exporta laranjas e pela sua expansão é considerada a segunda maior cidade do Estado do Rio de Janeiro, estando apenas abaixo do município de Duque de Caxias, também integrante da baixada. Nova Iguaçu é uma cidade dividida por nove URGs (Unidades Regionais de Governos), sessenta e oito Bairros e um quantitativo de mil cento e sessenta e quatro Loteamentos, Condomínios e Localidades situadas em cada Bairro. Como em todas URGs, Nova Iguaçu também possui um quantitativo de unidades de saúde e foi através dessa análise e outros pontos que ainda serão citados, que nos deparamos com algumas questões, como: será que a população está sendo bem representada na área da saúde? Para onde estão sendo levadas as crianças portadoras de necessidades especiais? Existe a musicoterapia em clínicas e hospitais de Nova Iguaçu? Quem são os profissionais?

Na tentativa de reconhecer essa estatística e responder tais questões, surgiu o interesse de averiguarmos as perspectivas cotidianas da musicoterapia em Nova Iguaçu. E para tal levantamento percebemos que precisaríamos fazer um mapeamento e por isso a

3 Em seus dois livros intitulados 'Laranjas Brasileiras' (1999) e 'Saudades de Nova Iguaçu' (1987), Iracema Baroni de Carvalho descreve suas lembranças e seu amor por Nova Iguaçu.

4 IBGE <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=330350>

escolha do método da Cartografia. Esse método foi formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari, dois filósofos que revolucionaram a maneira de pesquisar. Criando conceitos e intertextualizando outros, dos quais citaremos aqui Rizoma e Atenção flutuante.

Método da Cartografia

O método da cartografia foi escolhido por possibilitar ao pesquisador a experiência de campo, permitindo assim a utilização da objetividade e ao mesmo tempo a subjetividade que são dois materiais importantes para o levantamento. “A Cartografia como método de pesquisa-intervenção pressupõe uma orientação do trabalho do pesquisador que não se faz de modo prescritivo, por regras já prontas e nem com objetivos previamente estabelecidos” (PASSOS E BARROS, 2009, p. 17). Entendemos que através desse novo olhar podemos não só delinear os espaços musicoterápicos, mas através da cartografia podemos também refletir sobre eles.

É através da invenção de um outro olhar que se pode perceber o que já estava lá virtualmente. O cartógrafo, portanto, precisa ter esse olhar que vai se diferindo, um olhar que consegue ver além do visível, assim como só podemos perceber o vento através do balanço de uma árvore. E é esse o convite feito ao cartógrafo: o de não mais apenas enxergar com o olho do- visível, vendo apenas o molar, o visível e audível num acontecimento, mas também e, principalmente, perceber o molecular, as forças do devir, as linhas de fuga, o que nos faz agir e experimentar, aquilo que não percebemos pelo campo da representação, mas nos afeta (AQUINO, 2009, p. 53).

Vale dizer que, enquanto pesquisadoras, os nossos limites vão se refazendo a todo o momento. A todo o momento nos questionamos sobre de que forma podemos ser úteis em nossa sociedade. A pesquisa cartográfica exige do cartógrafo um mergulho no plano da experiência, ‘lá onde conhecer e fazer se tornam inseparáveis, impedindo qualquer pretensão à neutralidade ou mesmo suposição de um sujeito e de um objeto cognoscentes, prévios à relação que os liga’ (PASSOS E BARROS, 2009, p. 30).

Diário de campo

Por sermos nascidas e residentes na URG VI – Austin, do referido município, e alunas de especialização em musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música –

UNICBM, resolvemos fazer esse levantamento sobre a disponibilização, popularização e forma de trabalho dos possíveis profissionais de musicoterapia. Esse interesse não só passou a existir por sermos Iguazuanas, mas também por percebermos que a saúde pública de Nova Iguaçu evolui lentamente e não condiz com sua extensão geográfica.

A princípio, o objetivo deste, consistia em averiguar a existência da prática da musicoterapia em Nova Iguaçu e sua forma de funcionamento. Entretanto, percebemos que por sermos jacentes deste local e também por conhecermos um pouco sobre a realidade da saúde pública e privada, nós estávamos fazendo um pré-julgamento ao imaginarmos que não encontraríamos atividades musicoterápicas na cidade. Inicialmente fomos a algumas clínicas para levantar os primeiros dados e a prática confirmou a teoria: funcionários não conheciam a musicoterapia, não sabiam nos dar informações e ainda tínhamos que explicar em que consistia a mesma. Logo após, mais indagações se acumulavam e nos deixavam mais focadas em respostas já “esperadas”. Mas como buscar o inantecipável? Como buscar o olhar de fora estando dentro?

Diante de tais questões nós percebemos que para buscar outro olhar diante dessa situação precisaríamos “desfocalizar”, e sobre isto Kastrup baseada em S. Freud fala sobre Atenção flutuante na produção de que “trata-se aqui de ressaltar que a atenção cartográfica – ao mesmo tempo flutuante concentrada e aberta – é habitualmente inibida pela preponderância da atenção seletiva” (2009, p. 16).

Agora, o que parecia ser um trabalho fácil tornou – se um desafio sair da zona de conforto e fazer um levantamento no que parecia estar em constante modificação. Esse processo assemelha-se ao conceito de rizoma criado também por Deleuze e Guattari, (1995), que a ele se referem afirmando que:

Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo “ser”, mas o rizoma tem como tecido a conjunção “e... e... e...” Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser (p. 4).

Diante do que parecia um caos, no momento em que nossa atenção ficou suspensa começamos a entender e aceitar que “Não é fácil perceber as coisas pelo meio, e não de cima para baixo, da esquerda para direita ou inversamente: tentem e verão que tudo muda” (DELEUZE & GUATTARI, 2007, p. 35).

Por este motivo podemos aceitar o ‘caos’ da pesquisa e entender que a mudança faz parte do processo. Mas por que caos?

No momento do levantamento de dados buscamos informações em clínicas e hospitais e a musicoterapia ainda se mantinha desconhecida. Por fim fomos à Secretaria de Saúde e também não obtivemos sucesso em nenhuma dessas visitas. Ficamos exauridas, pois todos esses locais são muito distantes e de um lugar nos mandavam a outro e nenhum tinha a resposta que buscávamos. Depois de idas e vindas gentilmente nos encaminharam até a Atenção básica onde informaram que no CAPS III havia musicoterapia, mas que ultimamente, estava em falta o profissional. Ainda informaram que em breve abririam o edital de concurso para o preenchimento de tal cargo. Ainda buscando respostas descobrimos um observatório na cidade⁵ onde encontramos três funcionários que de modo gentil nos deram todos os dados de que precisávamos para enfim comprovar que até o presente momento não era oferecido musicoterapia pela prefeitura de Nova Iguaçu. Contudo, o mesmo observatório nos forneceu dados interessantes onde encontramos três locais com musicoterapia em Nova Iguaçu e dois musicoterapeutas. Na Associação de Assistência à Criança Deficiente - AACD, no Centro de Estudos de Reabilitação e Pedagogia – CERP e um consultório particular. Ambas localizadas na URG I – Viga, Caonze e centro, respectivamente.

Em uma de nossas visitas uma frase nos chamou muito à atenção: “Que mapa pobre esse de vocês”. Disseram isso por verem que como resultado prévio da pesquisa encontrou – se poucos relatos de musicoterapia e dissemos como resposta que não era o nosso mapa que era pobre, mas sim a saúde pública da nossa cidade.

5 Inspirado no Observa POA (Observatório de Porto Alegre), o Observatório de Nova Iguaçu situado na prefeitura tem a função de coletar dados, sistematiza-los e logo após entrega-los a sociedade.

Janice Santana e Wanderley figuram como peças-chave nesse quebra-cabeça. Dos dois conseguimos entrevistar apenas a MT Janice⁶, através de um questionário⁷ e também pudemos através de uma visita conhecer o seu setting musicoterápico na AACD. Ali, percebemos que embora a sala seja pequena a Musicoterapia é de grande valor não só para os pacientes, mas também para a instituição. Participamos de quatro sessões, sendo cada uma delas de 40 minutos. A sala é composta de dois armários, um teclado, dois violões, um xilofone, vários instrumentos de percussão e também mesas e cadeiras especiais para o atendimento. O tratamento é para a reabilitação cognitiva e motora.

Considerações finais

“Esta pesquisa é importante porque espalha sensibilidade”⁸

Pensando e relacionando essa frase com a necessidade da saúde de Nova Iguaçu, e também por uma questão de sensibilidade queremos que, através desse levantamento as políticas públicas da nossa cidade possam investir na saúde como um todo. Incluindo a musicoterapia.

Esta pesquisa ainda se propõe investigar sobre Iracema Barone Carvalho, a autora do poema citado no início desta. Iracema ainda está viva, mas nem sempre lúcida segundo seu filho. Em tanto, ainda estamos aguardando o dia que escolherão para que possamos entrevistá-la. A poetisa e instrumentista ganhou uma plaqueta de Musicoterapia e Mediunidade da Fraternidade Irmã Scheila no ano de 1986 (CARVALHO, 1987, p. 9). Esse relato nos traz novos questionamentos e possíveis investigações futuras sobre a história da musicoterapia em Nova Iguaçu.

Embora sejamos duas podemos dizer em uníssono que a musicoterapia representa para nós um meio de sensibilização. Pois ao questionarmos o funcionamento da musicoterapia podemos observar que houve um movimento do meio e conseguimos trazer

6 Formada em Musicoterapia e Prática Psicomotora Aucouturier (Educação e Terapia)

7 O questionário ao musicoterapeuta foi composto por três perguntas, que são: Há quanto tempo trabalha na Instituição referida? Qual a formação? Qual a área de atuação?

8 Frase de Victor Tarcísio Loureiro – Instrumentista, poeta e funcionário do Observatório de Nova Iguaçu.

reflexões ao entrar em contato com diversos setores da prefeitura e de instituições privadas.

Referências bibliográficas

AQUINO, Grazielly Braga de. **Sobre os efeitos da musicoterapia numa instituição de saúde mental de longa permanência**: Acolhendo as dissonâncias. Niterói: Dissertação de Mestrado, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.) **Pistas do Método da Cartografia**. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

CARVALHO, Iracema Baroni de. **Laranjas brasileiras**. Nova Iguaçu, 1999.

_____. **Saudades de Nova Iguaçu**, 1987.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia, vol. I. São Paulo: 34, 2007.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo, In: Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia (Org.) **Pistas do Método da Cartografia**. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 32-51.

PEREIRA, Waldick. **Cana, café e Laranja**. História econômica de Nova Iguaçu. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/SEEC – RJ, 1977.



RUMOS DA PESQUISA REALIZADA POR MUSICOTERAPEUTAS BRASILEIROS EM PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

Claudia Regina de Oliveira Zanini¹
Clara Márcia Freitas Piazzetta²

RESUMO: O conhecimento acerca do que está sendo desenvolvido por musicoterapeutas brasileiros pesquisadores permite ter um panorama dos estudos em Musicoterapia no país. Assim, pretende-se buscar a identificação de tendências nas pesquisas na Musicoterapia brasileira, a partir do conjunto das produções acadêmicas realizadas por musicoterapeutas em Programas de Pós-Graduação -PPGs Stricto Sensu - Doutorado e Mestrado, concluídos de 2000 a 2014. Trata-se de um estudo documental, tendo-se como base de dados a Plataforma Lattes do CNPq - Coordenação Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. O desenho metodológico de busca nos currículos lattes de musicoterapeutas brasileiros seguiu quatro etapas e teve como critérios de inclusão: a palavra musicoterapia no título, nas palavras chave ou no resumo e o autor/pesquisador ser musicoterapeuta graduado ou especialista. As etapas da pesquisa seguiram desde a localização do currículo até a quantificação e identificação de publicações. Os resultados mostram que 2,7% dos doutores e 8,8% dos mestres adequam-se aos critérios de inclusão. Considerando as temáticas, 70,58% dos doutorados e 39,28% dos mestrados relacionam-se à Saúde. Conclui-se que a maior incidência de atuação do musicoterapeuta nos PPGs é direcionada à área de Saúde Mental, havendo uma interface com a Área Social.

Palavras chave: Musicoterapia. Pesquisa Documental. Áreas de atuação

INTRODUÇÃO

O presente estudo propõe identificar os rumos das pesquisas a partir do panorama das investigações realizadas por musicoterapeutas brasileiros em Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - Doutorado e Mestrado, concluídos até dezembro de 2014.

Já em 1968, Gaston afirmava que a construção do campo teórico da Musicoterapia apoia-se em três pilares: a pesquisa, a prática clínica e a teoria, sendo que o senso comum tende a priorizar a teoria. Contudo, para o autor, se ela se mantiver distante da prática clínica e da pesquisa torna-se incipiente e frágil.

A sabedoria convencional em Musicoterapia sempre defendeu a importância da

1 Doutora em Ciências da Saúde, Mestre em Música, Especialista em Musicoterapia (Educação Especial e Saúde Mental) pela UFG. Especialista em Gerontologia (SBGG). Docente no Mestrado em Música e no Curso de Musicoterapia da UFG. Coordena a Comissão de Pesquisa e Ética da WFMT - World Federation of Music Therapy (2014-17). Email: mtclaudiazanini@gmail.com

2 Mestre em Música (UFG), Graduada em Musicoterapia (UNESPAR). Docente no Curso de Graduação em Musicoterapia da FAP/UNESPAR. Coordenadora do Centro de Atendimento e Estudos em Musicoterapia/FAP. Integra a diretoria da Associação Brasileira de Cognição e Artes Musicais e coordena a área de Música e Saúde desde 2013. Email: clara.marcia@gmail.com

teoria, identificando-a junto à pesquisa e à prática clínica como um dos pilares dessa disciplina. A partir desse olhar, Aigen (2014) apresenta três estágios em relação à teoria da Musicoterapia. No estágio 1 (1945-1964), as bases teóricas eram importadas da psicologia, não existiam formações específicas para o musicoterapeuta. Existia pouca ou nenhuma construção teórica original e havia uma fraca conexão entre teoria e prática. No estágio 2 (1965-1981), desenvolveram-se construções teóricas originais que forneceram suportes para os modelos de prática em Musicoterapia; a conexão entre teoria e prática era mais forte e surgiram os primeiros cursos de formação em Musicoterapia. No estágio 3 (1982 até os dias atuais), iniciam-se as teorias originais de Musicoterapia importadas das ciências sociais, de disciplinas da arte e das ciências biológicas. Nesse período há uma base ampla e relevante de teoria geral para distintos modelos e formas de prática. Assim, a construção do conhecimento científico em Musicoterapia tem envolvido pesquisas em temáticas diversas.

No Brasil, tem-se observado um crescimento quantitativo de pesquisas, tendo em vista a amplitude de campos de atuação do musicoterapeuta na atualidade. O presente estudo busca aprofundar o conhecimento acerca do que já foi desenvolvido no país por musicoterapeutas pesquisadores e com isso contemplar os rumos desse conhecimento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental tendo-se como base de dados a Plataforma *Lattes* do CNPq - Coordenação Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. O desenho metodológico teve os seguintes procedimentos, que foram seguidos tanto para identificar os dados advindos de Doutorados como os de Mestrados:

Etapa I - Através de busca simples os currículos cadastrados foram acessados colocando-se no modo de busca “assunto” a palavra “musicoterapia” nas bases “doutores”/ “mestres” e “demais pesquisadores”, nacionalidade “brasileiro”;

Etapa II – Com a lista dos nomes dos pesquisadores (todos os que foram visualizados, independentemente da formação), os currículos foram abertos para verificar

se o doutor/mestre era graduado ou especialista em Musicoterapia e para visualizar os títulos das teses/dissertações, bem como as palavras-chave das mesmas;

Etapa III – Dos currículos de musicoterapeutas graduados ou especialistas, foram copiadas as informações coletadas para a composição de uma tabela com a exposição dos dados;

Etapa IV - Esses resultados foram categorizados quanto à área de conhecimento do Programa de Pós-Graduação onde se realizou o curso;

Etapa V – Para a tabulação das produções bibliográficas foram copiadas as informações e categorizadas quanto ao tipo de publicações, abrangência do evento e a veiculação dos periódicos;

Etapa VI - Os resultados foram categorizados quanto à área de atuação dos musicoterapeutas pesquisadores.

Etapa VII - Realizou-se a análise das tabelas elaboradas para identificação dos rumos das pesquisas, considerando a área de conhecimento dos PPGs onde foram realizados os mestrados e doutorados, bem como as áreas de atuação dos musicoterapeutas em suas pesquisas de campo.

RESULTADOS

Na etapa I, realizada a partir de busca na Plataforma Lattes, foram encontrados os currículos de pesquisadores cadastrados, colocando-se no modo de busca “assunto” a palavra “musicoterapia” nas bases “doutores” e “demais pesquisadores”, nacionalidade “brasileiro”, sendo um total de 635 currículos para doutores e 630 para mestres.

Nas etapas II e III, com os critérios utilizados: formação em musicoterapia (como graduado ou especialista) e uso da palavra musicoterapia no título, resumo ou palavras-chave da tese ou dissertação, o quantitativo demonstrado foi: 2,7% entre os currículos de pesquisadores com doutorado (n= 17) e 8,8% entre os com mestrado (n= 56). Nestas

etapas, os musicoterapeutas e seus trabalhos finais de mestrados e doutorados foram listados e elaborou-se uma tabela com todos os dados.

Na etapa IV, para os doutorados, os dados coletados foram separados e categorizados tendo em vista a área de conhecimento onde foram realizados: 41% em Ciências da Saúde/Pediatria/Neurologia/Oftalmologia, 35,3% em Ciências Humanas/Psicologia/Educação/Teologia, 23,5% em Letras Linguística e Artes/Música/Comunicação e Semiótica. Para os mestrados, as áreas foram: 46,% em Linguística, Letras e Artes/Música/Comunicação e Semiótica; 36% em Ciências Humanas/Psicologia/Educação/Teologia; 16% em Ciências da Saúde/Pediatria/ Neurologia/Oftalmologia; 2% em Ciências Sociais Aplicadas/ Administração.

Na etapa V (divulgação dos resultados), 82,4% dos Doutores apresentam publicação dos estudos: 3 livros; 6 capítulos de livros; 10 artigos completos em periódicos e 14 trabalhos completos em anais de eventos. Quanto à abrangência do evento: 36% nacionais de MT; e 14% internacionais de MT, 43% nacionais de áreas afins e 7% internacionais de áreas afins. Quanto à veiculação dos periódicos: 10% estão na Revista Brasileira de Musicoterapia, 70% em periódicos nacionais de áreas afins, 10% em periódicos internacionais de áreas afins e 10% em periódicos internacionais de Musicoterapia.

Nessa etapa, verificou-se que, entre os Mestres, 67,9% publicaram: 2 livros; 9 capítulos de livros; 32 artigos completos em periódicos e 36 trabalhos completos em anais de eventos. Quanto à abrangência do evento: 28% nacionais de MT, 5,3% internacionais de MT, 21,4% nacionais de áreas afins e 10% internacionais de áreas afins. Quanto à veiculação dos periódicos: 31,3% estão na Revista Brasileira de Musicoterapia, 50% em periódicos nacionais de áreas afins, 12,5% em periódicos internacionais de áreas afins e 3,2% em periódicos internacionais de Musicoterapia.

Na etapa VI, observou-se a distribuição das pesquisas de Doutorado nas seguintes áreas de atuação: Saúde Mental (5), Hospitalar (4), Teoria da Musicoterapia (3), Saúde da Mulher (1), Neurociências (1), Educação (1), Promoção da Saúde (1) e Protocolos em

Musicoterapia (1).

Quanto à distribuição das pesquisas de Mestrado, observou-se a seguinte distribuição: Saúde Mental/Social (12), Social/Gerontologia/Adolescência (11), Organizacional/Educação/Promoção de Saúde (9), Teoria da Musicoterapia (6), Educação Especial (4), Hospitalar/Reabilitação/Social(3), Neurociência/Não especificado (2), Organizacional/Protocolos em Musicoterapia (1).

Na última etapa, voltada para a análise dos dados, utilizando as informações obtidas nas tabelas elaboradas, identificou-se a relação entre as áreas de conhecimento dos PPGs onde foram realizados os doutorados e mestrados com as áreas de atuação dos musicoterapeutas em suas pesquisas de campo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados quantitativos relativos aos currículos mostram que 2,7% dos musicoterapeutas doutores e 8,8% dos musicoterapeutas mestres adequam-se aos critérios de inclusão considerados na pesquisa, ou seja, a palavra Musicoterapia no título, no resumo e ou nas palavras-chave do trabalho final e o pesquisador ser graduado ou especialista em Musicoterapia. Esse critério gerou uma limitação com relação ao conhecimento amplo dos estudos realizados pelos musicoterapeutas brasileiros, visto que muitas pesquisas não estão relacionadas à Musicoterapia.

Por outro lado, a escolha dessa palavra possibilitou uma aproximação com o tema proposto para o presente estudo, pois se identificou que tanto nos trabalhos de doutorados como de mestrados a área de atuação na Saúde Mental se destaca com cinco (5) teses e doze (12) dissertações. Foi possível identificar a diversidade de áreas de conhecimentos entre os doutorados e mestrados na atuação com a Saúde Mental, pois, 41% das teses de musicoterapeutas foram defendidas em PPGs vinculados à Área da Saúde e 46,% das dissertações foram defendidas por musicoterapeutas em PPGs vinculados à grande Área de Linguística, Letras e Artes/Música/Comunicação e Semiótica.

Evidenciou-se que a atuação do musicoterapeuta pesquisador relacionada aos contextos da saúde tem acontecido tanto no ambiente hospitalar, visando a saúde integral do indivíduo, quanto em outros campos de atuação, buscando ações de promoção da saúde. Nas dissertações observou-se uma integração entre a atuação na Saúde Mental em PPGs de Artes/Música sob uma perspectiva social.

Assim, como foi apresentado por Aigen (2014), o momento atual de construção teórica da Musicoterapia se faz por diferentes campos de conhecimentos em diferentes áreas de atuação. No Brasil, observou-se que nem sempre são convergentes as áreas de atuação do pesquisador e de conhecimento do PPG no qual é realizada a pesquisa.

Esse estudo, que visou identificar os rumos da pesquisa em Musicoterapia no Brasil, traz novos desafios à medida que o musicoterapeuta, ao se inserir em PPGs e ao publicar seus estudos em diversificadas áreas de conhecimento, passa a construir novos saberes de forma inter e transdisciplinar.

Referências Bibliográficas:

- AIGEN, K.. **The Study of Music Therapy: Current Issues and Concepts**. Editora Routledge. 2014
- GASTON, Thayer. **Tratado de Musicoterapia**. Buenos Aires: Paidós, 1968.



12 - MUSICOTERAPIA E OUTROS ESTUDOS

Comunicação Oral:

INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA

Hozana Reis Passos¹
Mariana Batista Diniz²
Renato Tocantins Sampaio³

RESUMO: Trata-se de relato de intervenção musicoterapêutica em grupo de mulheres portadoras de fibromialgia atendidas em unidade básica do município de Belo Horizonte. Fibromialgia é uma síndrome de amplificação dolorosa crônica em que a maioria dos pacientes apresenta dor crônica generalizada, fadiga, distúrbios do sono, cefaléia e alterações do humor. Sua prevalência maior está no sexo feminino (WOLFE et al). Entre setembro e outubro foram realizadas oito sessões com participação de dez mulheres envolvendo as experiências de improvisação, re-criação, composição e audição (BRUSCIA) e técnicas cognitivas próprias da Musicoterapia (THAUT). Todas as pacientes do grupo faziam acompanhamento médico e tratamento farmacológico. Os objetivos terapêuticos visaram na redução dos índices de dor generalizada e diminuição da gravidade dos sintomas. Para aferir o efeito da musicoterapia foram realizadas avaliações pré e pós-intervenção, assim como comparação com grupo controle exposto apenas ao tratamento farmacológico. Tanto para o grupo controle como para o grupo experimental, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos testes antes e após a intervenção. No entanto, os dados do questionário de avaliação do processo terapêutico sugerem uma tendência para alívio de sofrimento e melhoria no estado geral de saúde das mulheres que participaram das sessões de Musicoterapia.

Palavras chave: Musicoterapia. Fibromialgia. Atenção Básica.

Introdução

Nos serviços de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS), percebe-se que os usuários com dor crônica formam demanda considerável com retornos frequentes aos centros de saúde havendo poucos recursos terapêuticos a se oferecer além de orientações quanto à realização de atividades físicas e tratamento medicamentoso. A Atenção Primária caracteriza-se por

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação da manutenção da saúde. [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado,

1 Musicoterapeuta. Enfermeira. Especialista em Gerontologia e Atenção Básica. Contato: hozanapassos@atencaobasica.org.br

2 Musicoterapeuta e Bacharel em clarineta pela Universidade Federal de Minas Gerais. Contato: marianabdiniz@yahoo.com.br

3 Musicoterapeuta. Doutorando em Neurociências. Professor Assistente junto ao Departamento de Instrumentos e Canto da Escola de Música da Universidade Federal de Minas Gerais. Contato: renatots@musica.ufmg.br

do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”. (BRASIL, 2006, p.10)

A partir da imersão de estagiárias do curso de graduação em Musicoterapia da Universidade Federal de Minas Gerais numa unidade básica de saúde no município de Belo Horizonte, foi levantada pelas equipes de saúde da família a necessidade de abordagem ampliada das usuárias com dores crônicas e, em parceria com a gerência da unidade, foi realizado no segundo semestre de 2013 um projeto de intervenção musicoterapêutico junto às mulheres com diagnóstico de fibromialgia.

Tal projeto consistiu em promover processo musicoterapêutico breve e coletivo com mulheres diagnosticadas com fibromialgia e investigar possíveis efeitos da Musicoterapia como tratamento complementar. Além disso, foi levantada a percepção das participantes sobre o atendimento e abordagem da Musicoterapia.

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica com prevalência em torno de 2,5% na população brasileira (SENNA; BARROS; SILVA, 2004) que acomete principalmente mulheres numa relação de 8:1 mundialmente, entre os 25 e 65 anos (WOLFE et AL 1990). Até então, os estudos realizados para avaliar o efeito da música em seu tratamento envolveram a audição musical como intervenção terapêutica de forma receptiva (LEÃO; SILVA, 2004; ZAFRA e SANCHEZ, 2013) e estes não foram conduzidos por musicoterapeutas.

A Sociedade Brasileira de Reumatologia recomenda que a estratégia de tratamento ideal da fibromialgia requer uma abordagem multidisciplinar com a combinação de modalidades de tratamentos não farmacológico e farmacológico (HEYMMAN et al, 2010). Por isso são necessários estudos sobre a complementaridade de intervenção terapêutica não medicamentosa e seu impacto na vida dos pacientes.

A Musicoterapia inserida nas unidades básicas torna possível a ampliação do acesso a essa modalidade terapêutica no Sistema Único de Saúde e aproxima-se da intervenção

multiprofissional e interdisciplinar junto às equipes de Saúde da Família. Dessa forma, o atendimento de Musicoterapia às mulheres portadoras de fibromialgia no contexto da Atenção Primária à Saúde contribui para a integralidade do cuidado, na medida em que amplia o olhar sobre os potenciais de intervenção na qualidade de vida e funcionalidade das pacientes.

Fibromialgia e Musicoterapia

Após verificação de estudos nacionais e internacionais, constata-se que ainda não há consenso sobre a etiologia da fibromialgia. Alguns estudos buscam a correlação da síndrome com a maior prevalência no gênero feminino (AGUIAR, 2008). Outras pesquisas têm demonstrado processos anormais similares entre fibromialgia e outras síndromes dolorosas crônicas. Também há alterações fisiológicas no processo de dor em neuroimagem.

O diagnóstico da fibromialgia deve ser clínico, após anamnese e avaliação física e, se houver necessidade de diagnóstico diferencial, exames laboratoriais podem ser solicitados para descartar possibilidade de outras doenças reumatológicas (HEYMANN et al, 2010).

Em 2010, o Colégio Americano de Reumatologia elaborou novos critérios para avaliação diagnóstica com aplicação de Escala de Gravidade de Sintomas (EGS) e Índice de Dor Generalizada (IDG) substituindo o exame físico de pressão digital em pontos dolorosos / tender points (WOLFE et al, 2010). A partir de então, considera-se critério diagnóstico para fibromialgia Índice de Dor Generalizada maior ou igual a 7 e Escala de Gravidade de Sintomas maior ou igual a 5, ou Índice de Dor Generalizada entre 3 e 6 e Escala de Gravidade de Sintomas maior ou igual a 9.

Para Heymman et al (2010) o tratamento deve ser elaborado, em discussão com o paciente, de acordo com a intensidade da sua dor, funcionalidade e suas características, sendo importante considerar seus aspectos biopsicossociais e culturais.

A musicoterapia, segundo Hilecke, Nickel e Bolay (2005), pode ter efeitos que melhoram a saúde psicológica e fisiológica de indivíduos. Na conferência “Scientific Perspectives on Music Therapy” os autores apresentaram um modelo que assume cinco fatores moduladores que contribuem para os efeitos da musicoterapia: atenção, emoção, cognição, comportamento e comunicação.

Sobre a intervenção terapêutica por meio da música em pessoas com fibromialgia, há apenas uma pesquisa publicada no Brasil (LEÃO; SILVA, 2004) em que participaram 90 mulheres com diagnósticos de fibromialgia, lesão por esforços repetitivos/doenças osteoarticulares, relacionadas ao trabalho (LER/DORT) e afecções relacionadas à coluna vertebral. Estas foram submetidas à audição individual de três peças musicais e instruídas a produzirem desenhos durante a audição. O nível de dor foi avaliado antes e após a audição através de escala verbal. O estudo citado comprovou que a audição musical levou à redução estatisticamente significativa da dor para o global das pacientes. (LEÃO; SILVA, 2004). Há também um estudo randomizado e controlado, realizado na Espanha, sobre o efeito da música como intervenção de enfermagem em pacientes com diagnóstico de fibromialgia (ZAFRA e SANCHEZ, 2010) que demonstrou redução significativa de sintomas da dor, se comparados ao grupo controle, após quatro semanas de intervenção com audição musical orientada. Nesse mesmo estudo, não houve diferença significativa entre os grupos na escala de depressão medida pela escala visual analógica.

Percurso da pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado junto aos Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais e Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte, com registro na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde sob o número CAAE 23079013.1.0000.5149.

O convite para a participação no projeto foi divulgado por cartazes na unidade e sensibilização dos profissionais sobre o tema. Foram inscritas para o projeto 55 pessoas encaminhadas pelas equipes de saúde da família ou por demanda espontânea, por meio de

uma ficha de inscrição afixada na gerência do centro de saúde.

Os critérios de inclusão para os participantes da pesquisa foram: pessoas do sexo feminino, acima de 25 anos com diagnóstico médico de fibromialgia e tratamento farmacológico. Com o propósito de confirmação diagnóstica das participantes e sua inclusão no projeto, foram realizados o estudo dos prontuários clínicos e entrevista com aplicação de questionário de acordo com os critérios diagnósticos do Colégio Americano de Reumatologia de 2010 (WOLFE et al, 2010). Além disso, as usuárias deveriam estar de acordo com a participação das sessões em grupo, em dias e horário pré-definidos.

Foram excluídas mulheres com evidências de comprometimento ou descompensação de condições psiquiátricas, pessoas do sexo masculino e pacientes com dor crônica de outra ordem após avaliação médica ou de enfermagem. Também foram excluídas aquelas com incapacidade para compreender e responder instruções e questionários e que não estavam de acordo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após triagem, a amostra para a pesquisa foi composta inicialmente por 22 mulheres, divididas em dois subgrupos de 11 pessoas cada. Um subgrupo (E) foi submetido ao atendimento clínico musicoterapêutico, realizado de forma coletiva, com duração de oito sessões de aproximadamente uma hora cada, com frequência semanal durante dois meses. O outro subgrupo (C) funcionou como controle. Os dois grupos mantiveram o tratamento farmacológico convencional e o grupo controle não recebeu intervenção musicoterapêutica. Ambos foram avaliados até uma semana antes do início da intervenção. Para reavaliação, que ocorreu uma semana após o término das sessões, compareceram apenas 7 mulheres do grupo de experimental (E) e 5 mulheres do grupo controle (C).

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: (1) Ficha de levantamento de perfil clínico e social das mulheres (faixa etária, estado civil, jornada de trabalho, tempo de diagnóstico, medicamentos em uso, sintomas mais frequentes), (2) Perfil musicoterapêutico, (3) Tabelas de Índice de dor generalizada e Escala de Gravidade de Sintomas elaborados pelo ACR 2010 (WOLFE et al, 2010), (4) Questionário de Impacto de Fibromialgia (QIF),

versão transcultural traduzida e validada para a população brasileira (MARQUES & SANTOS, 2006), (5) Versão curta do questionário de dor McGill validado para o português (COSTA & MAHER, 2011), (6) Questionário tipo Likert adaptado de Gomes (2011) para levantar a percepção das pacientes sobre o atendimento e abordagem da Musicoterapia. Esse último foi aplicado somente às pacientes do grupo de intervenção.

O Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF), o questionário McGill, a tabela de Índice de Dor Generalizada (IDG) e Escala de Gravidade dos Sintomas (EGS) foram aplicados por avaliadores cegos aos dois grupos após uma semana da última sessão. Já o questionário tipo Likert foi aplicado ao final da oitava sessão para o grupo experimental.

Metodologia de Atendimento Musicoterapêutico

As atividades propostas tiveram como objetivos terapêuticos promover a participação das mulheres em experiências musicais buscando ampliar sua percepção do corpo e melhorar a imagem corporal, estimular expressão de comunicação emocional verbal e não-verbal; vivenciar audição, improvisação, composição e execução musical para, dentre outros objetivos, treinamento do controle da atenção, alívio da dor, fadiga e melhoria da qualidade do sono. Para tal, foram utilizadas as técnicas cognitivas da Musicoterapia Neurológica descritas por Thaut (2008) específicas para cada objetivo terapêutico, de acordo com as necessidades e capacidades das pacientes. As informações da avaliação individual pré-intervenção foram consideradas para o planejamento das atividades em grupo, pois pretende-se alcançar o nível específico da prática clínica de acordo com Dileo (1999) em que a intervenção busca a compreensão da dor junto ao paciente e sua profundidade está no diálogo com e/ou em confrontação da dor.

As sessões foram estruturadas em quatro momentos (acolhida, técnicas corporais, técnicas cognitivas e relaxamento) intercaladas no decorrer do processo terapêutico após avaliação, supervisão clínica e planejamento. Foram propostas atividades de audição musical, composição, canto e/ou execução de instrumentos musicais como clavas, tambores, efeitos percussivos e voz.

Ressaltamos que a Musicoterapia consiste em uma intervenção não invasiva, porém a condição dolorosa imposta pela fibromialgia foi observada e respeitada durante todo o atendimento clínico, por exemplo, intercalando atividades de movimentação e repouso, respeitando os limites de mobilidade corporal das pacientes.

Resultados e Discussões

Neste estudo abordaremos a análise dos resultados do Índice de Dor Generalizada e da Escala de Gravidade de Sintomas após oito sessões de Musicoterapia para as 7 participantes do grupo experimental e cinco do grupo controle que concluíram todas as etapas do processo, além de uma breve avaliação do questionário de percepção das pacientes sobre o atendimento musicoterapêutico.

Devido ao número pequeno de participantes, utilizamos os testes não paramétricos de Wilcoxon para grupos pareados e, para análise quanti-qualitativa, utilizamos os resultados do questionário de avaliação do processo terapêutico. Os cálculos foram realizados utilizando o software SPSS para Windows, versão 22.0.0.0, com índice de significância de 0,05.

Na tabela 1, são apresentados alguns dados sócio-demográficos das pacientes, o tempo de diagnóstico de fibromialgia e a quantidade de sessões de musicoterapia frequentadas.

Paciente	Grupo	Faixa etária	Estado Civil	Ocupação	Tempo de diagnóstico (anos)	Frequência a sessões de musicoterapia
E1	Experimental	Maior de 65	Casada	Costureira	10	7
E2	Experimental	Entre 55 e 65	Casada	Do lar	3	5
E3	Experimental	Entre 55 e 65	Casada	Do lar	6	7
E4	Experimental	Entre 55 e 65	Divorciada	Cuidadora de crianças	4	7
E5	Experimental	Entre 35 e 45	Casada	Manicure, cabelereira	10	7

E6	Experimental	Entre 55 e 65	Casada	Do lar	10	4
E7	Experimental	Entre 55 e 65	Casada	Serviços gerais	7	3
C1	Control e	Entre 55 e 65	Casada	Costureira	4	0
C2	Control e	Entre 55 e 65	Solteira	Diarista	3	0
C3	Control e	Entre 55 e 65	Viúva	Do lar	10	0
C4	Control e	Entre 25 e 35	Casada	Desempregada	5	0
C5	Control e	Entre 45 e 55	Casada	Manicure	5	0

TABELA 1: Dados das participantes

TABELA 2: Média de Valores por Grupo para Índice de Dor Generalizada e Escala de Gravidade de Sintomas

	IDG Pré	IDG Pós	EGS Pré	EGS Pós
Grupo Experimental	12,43 (8,47-16,38) dp 4,28	10,57 (9,17-11,97) dp 1,51	10,71 (6,26-15,17) dp 4,82	9,00 (6,55-11,45) dp 2,65
Grupo Controle	11,60 (8,25-14,95) dp 2,70	9,40 (6,83-11,97) dp 2,07	11,60 (7,33-,15,87) dp 3,44	8,80 (7,41-12,19) dp 1,92

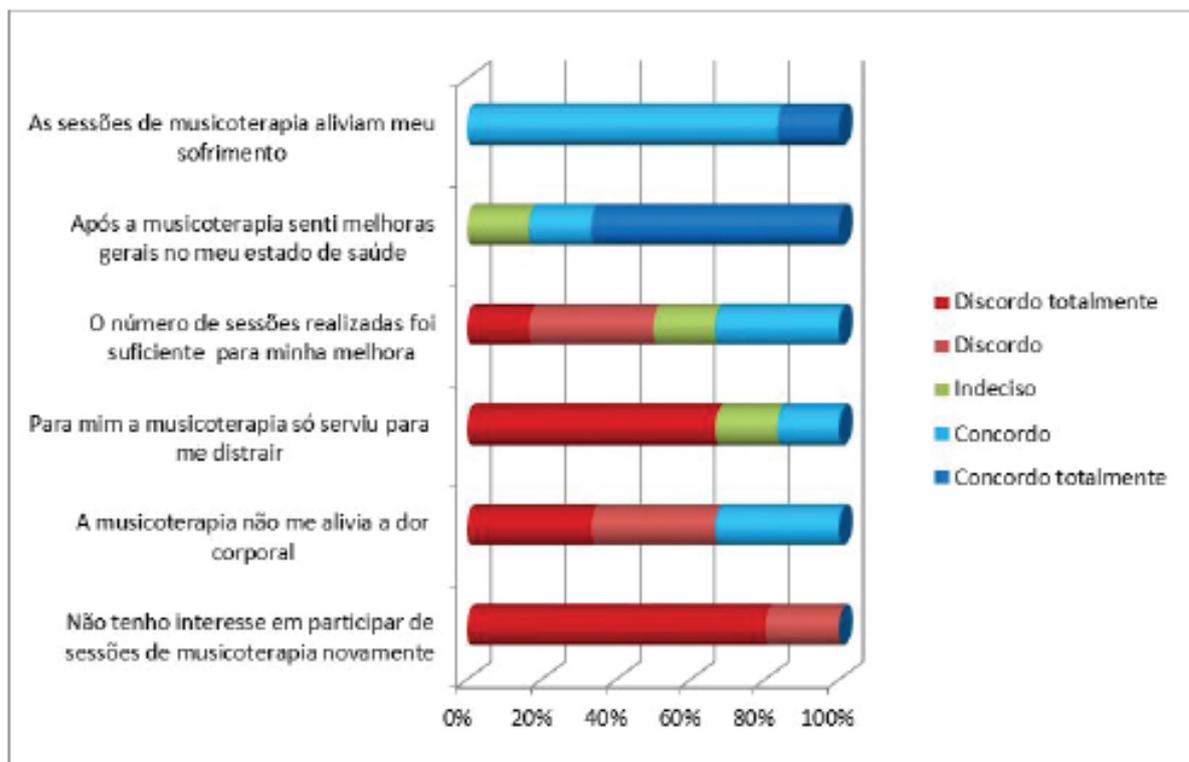
Legenda: IDG = Índice de Dor Generalizada; EGS = Escala de Gravidade de Sintomas. Pré = Pré-teste; Pós = Pós-teste. Valores entre parênteses correspondentes ao intervalo de confiança de 95%. dp = desvio padrão.

Na tabela 2, são apresentadas as médias dos grupos controle e experimental. Por meio do teste de Wilcoxon não foi possível identificar diferença significativa entre as médias dos grupos experimental e controle em relação ao IDG ($p=0,892$) e ao EGS ($p=0,109$) no pré-teste, o que sugere a semelhança dos grupos antes da intervenção da musicoterapia.

No Grupo Controle, não foram obtidas diferenças significativas para as médias para o IDG e para o EGS nos momentos pré e pós atendimento, com $p=0,336$ para a variação de IDG e $p=0,279$ para a diferença de EGS. No Grupo Experimental, também não foram obtidas diferenças significativas para as médias para o IDG e para o EGS nos momentos pré e pós atendimento, com $p=0,236$ para a diferença de IDG e $p=0,167$ para a variação de EGS. Deve-se observar que tais achados estatísticos não indicam que não houve variação

entre os grupos em relação aos momentos pré e pós atendimento, somente que tais diferenças não foram estatisticamente significativas ao valor de 5%.

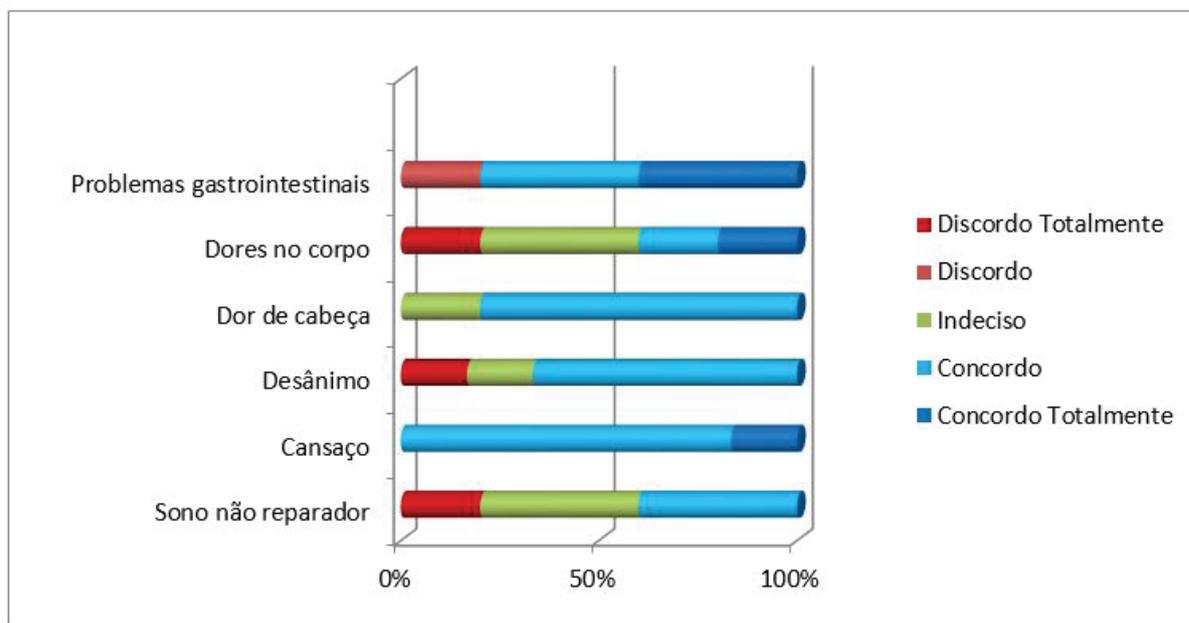
Gráfico 1: Avaliação do processo Musicoterapêutico



Resultados extraídos do questionário de Avaliação do processo terapêutico.

Todas as mulheres do grupo experimental concordaram ou concordaram totalmente que as sessões de Musicoterapia aliviavam seu sofrimento. Sobre melhoras gerais no estado de saúde após a Musicoterapia, 80% das participantes concordaram ou concordaram totalmente. Apenas 20% das mulheres considerou que a Musicoterapia só serviu para se distrair. Em relação à percepção de alívio da dor, 40% considerou que a Musicoterapia não alivia a dor corporal e 100% das mulheres responderam ter interesse em participar das sessões de Musicoterapia novamente. (Gráfico 1)

Gráfico 2: Auto avaliação de sintomas



Ao serem questionadas se a Musicoterapia havia contribuído para a diminuição dos sintomas descritos no gráfico 2, percebe-se que cansaço, desânimo e dor de cabeça foram os sintomas com maior percepção de impacto.

Não houve significância estatística em relação a melhoria do índice de dor generalizada e escala de gravidade de sintomas com a Musicoterapia. A ausência desta significância estatística pode representar que: 1. O tempo de processo terapêutico tenha sido muito curto para verificar melhoras por meio dos instrumentos de coleta de dados utilizados (IDG e EGS); 2. As escalas IDG e EGS não sejam sensíveis aos benefícios proporcionados pela musicoterapia; 3. O tratamento realmente não produziu melhora; 4. Há erros nas medidas que impedem o cálculo adequado; dentre várias outras possibilidades de explicar tais resultados.

Contudo, considerando as observações realizadas pelos musicoterapeutas ao longo do processo e os dados coletados nos momentos anterior e posterior à intervenção, temos a tendência a considerar que houve uma melhora clínica, o que é corroborado pelo relato das pacientes. Os dados do questionário de avaliação do processo terapêutico sugerem uma tendência para alívio de sofrimento e melhoria no estado geral de saúde das mulheres que

participaram das sessões de Musicoterapia.

Considerações Finais

Este artigo abordou um trabalho clínico musicoterapêutico realizado com mulheres com fibromialgia em uma Unidade Básica de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte utilizando os quatro tipos de experiência musical descritos por Bruscia (2000) e técnicas específicas de musicoterapia para reabilitação cognitiva descritas por Thaut (2008). Para avaliação dos resultados do atendimento foram utilizados o Índice de Dor Generalizada e a Escala de Gravidade de Sintomas, bem como questionário de avaliação sobre o processo musicoterapêutico.

Não foram encontradas diferenças significativas que atestem a eficácia da musicoterapia no tratamento de dor e outros sintomas das pacientes, porém deve-se ressaltar que a ausência de uma significância estatística não implica necessariamente em ausência de significância clínica.

Tendo em vista que a auto-avaliação demonstrou que a maioria das participantes percebeu diminuição de cansaço, desânimo e dor de cabeça ressaltamos a necessidade de estudo com amostra maior de população e utilização de métodos mais sensíveis ao tipo de tratamento proposto. Tais resultados nos levam a considerar que o tempo de processo terapêutico possa ter sido insuficiente, que as escalas utilizadas (IDG e EGS) possam não ser sensíveis aos benefícios proporcionados pela Musicoterapia e outros tipos de tratamento como o medicamentoso e atividades físicas podem ter interferido nos resultados dos parâmetros investigados.

Deste modo, estudos futuros são necessários para verificar a sensibilidade das escalas IDG e EGS a possíveis melhoras proporcionadas pelo tratamento musicoterapêutico, bem como a replicação da metodologia de estudo com um número maior de participantes a fim de obtermos mais argumentos e evidências que corroborem ou contradigam a utilização da musicoterapia com esta população clínica.

Referências Bibliográficas

AGUIAR, R.W. **Qualidade de vida e mecanismos de defesa em pacientes femininas com fibromialgia com ou sem depressão**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14063/000657787.pdf>>. Acesso em: 20/07/2015.

BERGER, A.; DUKES, E.; MARTIN, S.; EDELSBERG, J.; OSTER, G. Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. **Int J Clin Pract**. v.61, n.9, 2007, p.1498-1508. doi: 10.1111/j.1742-1241.2007.01480.x

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 20/07/2015.

COSTA, L.; MAHER, C.; McAULEY, J et al. The Brazilian-Portuguese versions of the McGill Pain Questionnaire were reproducible, valid, and responsive in patients with musculoskeletal pain. **Journal of Clinical Epidemiology**. v. 64, 2001, p. 903-912.

DILEO, C. Introduction to Music Therapy and Medicine: Definitions, theoretical orientations and levels of practice. In: DILEO, C. (org.) **Music Therapy and Medicine: Clinical and Theoretical Applications**. Silver Spring: American Music Therapy Association, 1999.

GOMES, A. **Acordes Saudáveis: Musicoterapia e Educação para a Saúde**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Educação – Área de Especialização em Educação para a Saúde. Universidade do Minho. Portugal, 2011. Disponível em <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17756/1/Ana%20Maria%20de%20Carvalho%20Gomes.pdf>>. Acesso em 23/07/2015

HEYMANN, R.; PAIVA, E.; HELFENSTEIN Jr., M. et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol**. v.50, n.1, 2010, p. 56-66. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n1/v50n1a06.pdf>>. Acesso em: 13/10/2013

HILLECKE, T.; NICKEL, A.; BOLAY, H. Scientific Perspectives on Music Therapy. Ann. **N.Y. Acad. Sci**. v. 1060, 2005, p.271–282. doi: 10.1196/annals.1360.020

LEÃO, E., SILVA, M. Música e dor crônica músculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. **Rev Latino-am. Enfermagem**. v.12, n. 2, 2004, p.235-241.

MARQUES, A.; SANTOS, A.; ASSUMPTÃO, A.; MATSUTANI, L.; LAGE, L.; PEREIRA, C. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). **Rev. Bras. Reumatol**. v.46, n.1, 2006, p. 24-31. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000100006>. Acesso em 23/07/2015.

ONIEVA-ZAFRA, M.; CASTRO-SÁNCHEZ, A. MATARAN-PEÑARROCHA, G.; MORENO-LORENZO, C. Effect of music as nursing intervention for people diagnosed with fibromyalgia. **Pain Management Nursing**. v.14, n. 2, 2013, p.39-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2010.09.004>

SENN, E.; BARROS, A.; SILVA, E. et al. Prevalence of Rheumatic Diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **J. Rheumatol.** v.31, n. 3, 2004, p.594-597. Disponível em <<http://copcord.org/Publications/Brazil%20copcord.pdf>>. Acesso em 23/07/2015.

THAUT, M. Rhythm, **Music and the Brain**. Nova York: Routledge, 2008.

WOLFE, F., CLAUW, D., FITZCHARLES, M. et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. **Arthritis Care and Research.** v.62, n. 5, 2010, p.600-610. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr.20140/epdf>>. Acesso em: 23/07/2015.

WOLFE, F.; SMYTHE, H.; YUNUS, M. et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. **Arthritis Rheum.** v.33, n. 2, 1990, p.160-72. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2306288>>. Acesso em 23/07/2015.



MUSICOTERAPIA EM AMBULATÓRIO DE EPILEPSIA E APLICAÇÃO DE PRÉ E PÓS TESTE DA ESCALA DE HUMOR DE BRUNEL (BRUMS) PARA AVERIGUAR A MUDANÇA DE HUMOR

Marcos Eikiti Sakuragi¹
Fernanda Franzoni Zaguini²
Clara Marcia Piazzetta³

RESUMO: Este trabalho apresenta os resultados quantitativos e qualitativos de um ensaio randomizado controlado tipo Cluster. Objetivou-se investigar a influencia de atividades musicoterapêuticas para a mudança de humor em pacientes do Ambulatório de Epilepsia do Hospital das Clínicas da UFPR. Por meio da aplicação de protocolo de intervenção musical organizado com base no Modelo de Cognição Musical de Koelsch (2011) e pré e pós teste da Escala de Humor de Brunel (Brums), a pesquisa foi realizada com a participação de 32 usuários divididos em dois grupos, grupo "A" com a musicoterapia e o grupo "B" como controle. O resultado da análise qualitativa revelou que a musicoterapia contribuiu positivamente na mudança de humor no grupo que realizou a experiência musical. Os resultados quantitativos evidenciaram mudanças significativas nos fatores de vigor e fadiga. No grupo "A" o fator vigor de 8,13 passou para 10,18; o fator fadiga de 7,86 passou para 3,31, ou seja, os participantes apresentaram mais vigor e menos fadiga após a atividade com musicoterapia. No grupo "B" o fator vigor de 7,8 passou para 6,47; o fator fadiga de 5,52 passou para 6,9, ou seja, os participantes na sala de espera demonstraram mais fadiga e menos vigor.

Palavras chave: Musicoterapia. Epilepsia. Escala de Humor Brunel (brums).

1 Estudante do Bacharelado em Musicoterapia da Unespar/FAP, bolsista do programa de Iniciação Científica 2014-2015, Fundação Araucária

2 Estudante do Bacharelado em Musicoterapia da Unespar/FAP, bolsista do programa de Iniciação Científica 2014-2015, Fundação Araucária

3 Docente no Bacharelado em Musicoterapia da Unespar-FAP, Mestre em Música /Musicoterapia, orientadora

12.1 - MUSICOTERAPIA E OUTROS ESTUDOS

Pôster

O NÍVEL DE MOTIVAÇÃO NA PRÁTICA MUSICAL DOS ALUNOS DO BACHARELADO EM MUSICOTERAPIA DA UNESPAR¹

Mariana Lacerda Arruda²

INTRODUÇÃO

Sabe-se que na formação de um Musicoterapeuta é fundamental intensificar o envolvimento da prática musical, no entanto, nem sempre esse objetivo é atingido. Essa pesquisa procura indícios de fatores relevantes a motivação que leva à essa relação com a prática musical, baseados nos seguintes referenciais: teoria da autodeterminação (DECI; RYAN, 1985), crenças de auto eficácia (BANDURA, 1997); e teoria do fluxo (CSIKSZENTMIHALYI, 1999).

A teoria do fluxo observa a qualidade do envolvimento do sujeito em atividades realizadas com grande concentração e emoção. Csikszentmihalyi aponta que esses estados são gerados por componentes afetivos da motivação, que direcionam a execução de uma atividade. Para isso é necessário grande envolvimento e uma atividade que lhe proporcione desafio. Além disso, é necessário o estabelecimento de metas possíveis ao sujeito, para que não lhe cause apenas ansiedade e frustração, mas sim a possibilidade de conquista.

As crenças de auto eficácia, segundo Brandura, influenciam nas escolhas de cursos de ação, no estabelecimento de metas, na quantidade de esforço e na perseverança em busca dos objetivos. E disso tudo, depende um bom desempenho. O aluno selecionará atividades e estratégias que lhes são possíveis, pois o incentiva e eliminará as que lhe apresentarem impossibilidade, pois assim não há motivação. José Aloyseo Bzuneck . Segundo Bandura (1986), quatro são as fontes que dão origem a essas crenças: as

1 Pesquisa autorizada pelo Comitê de Ética da UNESPAR – Campus de Curitiba II. Sob o registro: 37655314.5.0000.0094

2 Musicoterapeuta, com especialização em Neuropsicologia e em Educação Especial. Professora e Coordenadora do Bacharelado em Musicoterapia da Universidade Estadual do Paraná. Email: mariana.arruda@unespar.edu.br

experiências de êxito, experiências vicárias, persuasão verbal e indicadores fisiológicos, que podem atuar de forma independente ou combinada. E em razão delas o aluno pode avaliar seu desempenho a cada etapa ou ao longo do processo.

A autodeterminação utiliza métodos empíricos para determinar os recursos internos da personalidade e auto regulação. Nessa teoria são discutidas três necessidades psicológicas, são elas: necessidade de competência, de autonomia e de vínculo. Que, segundo Deci e Ryan , quando bem sucedidas, aumentam o nível de motivação. Nesse contexto pode ser explicar o porquê de querer fazer algo por prazer e a intensidade de realizar uma tarefa no sentido de estar intrinsecamente motivado e também por consequência ou devido a outras variáveis envolvidas, na situação de estar extrinsecamente motivado. (SOBRAL, 2003). Ainda, estudos como de Galvão (2006) e Araújo; Cavalcanti; Figueiredo (2010), apontam a necessidade de resistência e persistência por parte do instrumentista. Acrescenta-se o contexto que este instrumentista está inserido, como a cobrança de disciplinas teóricas, as oportunidades acadêmicas e o tempo destinado a prática.

Para construção dos dados da pesquisa empírica, foi utilizado como instrumento de coleta de dados os questionários (adaptados) elaborados por Araújo e Pickler (2008), Perfil dos participantes e Reportamento para experiência do fluxo. Com aprovação do Comitê de Ética, foram enviados para alunos de todos os anos do Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR, matriculados no ano de 2015, com o intuito de identificar o nível de envolvimento com a prática musical e a motivação dos mesmos.

DESENVOLVIMENTO

Essa pesquisa busca identificar o nível de envolvimento desses alunos com a música, tendo em vista que este é um fator indispensável na prática profissional do Musicoterapeuta, e o nível de motivação, segundo as teorias de autodeterminação (DECI; RYAN, 1985), crenças de auto eficácia (BANDURA, 1997; BZUNECK, 2000); e teoria do fluxo (CSIKSZENTMIHALYI, 1999).

Para isso já foram aplicados os questionários que estão anexo ao artigo. Nesse questionário foram apresentadas perguntas com relação ao envolvimento e as oportunidades do aluno com a música desde sua infância, com o objetivo de traçar um perfil dos alunos que procuram o curso citado. Além de considerar o apoio dos pais / responsáveis e amigos, que são fatores de grande importância na infância e adolescência, principalmente. Tem-se aprofundado as leituras para ajudar no embasamento e análise dos dados. E por final, buscar-se-á o nível de motivação na prática musical atual, dos alunos citados.

METODOLOGIA

Esta pesquisa tem caráter descritivo, que de acordo com Gil (2002), tem o objetivo de estudar as características de um grupo, suas opiniões e atitudes, e tem uma preocupação com a atuação prática. Para isso, contará com um levantamento bibliográfico e coleta de dados, com base no tipo de pesquisa social empírica quantitativa survey, que é caracterizada por uma interrogação direta às pessoas que se pretende conhecer. (BABBIE, 1999; GIL, 2002). Foram utilizados os questionários adaptados (anexo) elaborados por Araújo e Pickler (2008): Perfil dos participantes e Reportamento para experiência do fluxo. Foi realizada por e-mail, com apoio da ferramenta de questionários do google, aos universitários, do Bacharelado em Musicoterapia – UNESPAR, após aprovação no Comitê de Ética. (anexo)

RESULTADOS PARCIAIS

Buscou-se aprofundar as leituras sobre as três teorias que embasam a pesquisa, teoria de autodeterminação, crença de auto eficácia e teoria do fluxo, para adaptar os questionários elaborados por Araújo e Pickler (2008).

Os questionários foram enviados para 48 (quarenta e oito) alunos que tinham seus e-mails cadastrados na coordenação do curso, e foram coletados 30 (trinta) questionários respondidos. Com os dados foi elaborada uma tabela para sistematização e com isso

pretende-se analisar cada item e criar um gráfico com porcentagens para traçar o perfil musical dos alunos do bacharelado em musicoterapia, e elaborar um parecer junto ao currículo do curso, que devido as suas necessidades de formação, possui 30% das duas disciplinas voltadas para área da música, e por fim, identificar o nível de motivação dos alunos do Bacharelado em Musicoterapia, no que se refere a prática musical.

Referências bibliográficas

ADESSI, A.R.; PACHET, F. **Sistema musicais interativos-reflexivos para a educação musical**. Disponível em: <http://www.csl.sony.fr/downloads/papers/2007/addessi-07b.pdf>. Acesso em 07 de julho de 2015.

ALMEIDA, D. M. de S. **A motivação do aluno no ensino superior**: um estudo exploratório. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) –Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: http://www.uel.br/pos/mestrededu/imagens/stories/downloads/dissertacoes/2012/2012_-_ALMEIDA_Debora_Menegazzo_Sousa.pdf. Acesso em: 15 de outubro de 2013.

ARAÚJO, R. C. ; CAVALCANTI, C. P. ; FIGUEIREDO, E. . **Motivação para prática musical no ensino superior**: três possibilidades de abordagens discursivas. Revista da ABEM, v. 24, 2010. Disponível em: http://www.abemeducacaomusical.org.br/Masters/revista24/revista24_artigo4.pdf . Acesso em 14 de outubro de 2013.

ARAÚJO, R. C.; PICKLER, L. Um estudo sobre motivação e estado de fluxo na execução música. In: **ANAIS DO SIMCAM4** – IV Simpósio de Cognição e Artes Musicais. Disponível em: <http://www.abemeducacaomusical.org.br/Masters/anais2008/121%20Rosane%20Cardoso%20de%20Ara%C3%BAjo%20&%20Let%C3%ADcia%20Pickler.pdf> . Acesso em 15 de outubro de 2013.

BZUNECK, J. A. **As Crenças de Auto-Eficácia e o seu Papel na Motivação do Aluno**. A Motivação do Aluno: Contribuições da Psicologia Contemporânea. Petrópolis: Editora Vozes. Disponível em: <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/Bzuneck2.pdf>. Acesso em 13 de outubro de 2013.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH E. **Autoconceito e crenças de autoeficácia de crianças com ou sem sintomatologia depressiva**. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902009000300019&script=sci_arttext. Acesso em 10 de julho de 2015.

CSIKSZENTMIHALYI, M. **A descoberta do fluxo. Psicologia do envolvimento com a vida cotidiana**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

DECI, E. L. e RYAN, R. M. **Intrinsic motivation and self-determination in human behavior**. New York: Plenum, 1985.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIMARÃES, S.; BORUCHOVITCH E. **O estilo motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes: uma perspectiva da teoria da autodeterminação**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v17n2/22466.pdf>. Acesso em 20 de julho de 2015.

SOBRAL, D. T. **Motivação do aprendiz de Medicina: uso da escala de motivação acadêmica**. Psicologia teoria e Pesquisa. v.19 n.1 Brasília Jan/Abr.2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722003000100005&script=sci_arttext . Acesso em 13 de outubro de 2013.



MUSICOTERAPIA NOS SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

Andrea Alvim Gomes¹
Gabriel Estanislau. Machado²
Renato Tocantins Sampaio³

RESUMO: Desde 2011, a musicoterapia é uma das categorias profissionais que integram as equipes de referência do Sistema Único de Assistência Social – SUAS (Resolução 17/2011 CNAS). Apesar de haver vários profissionais nesta área no Brasil, há poucas referências bibliográficas para orientar as práticas musicoterapêuticas em harmonia com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais aprovada pela Resolução 109/2009 do CNAS. Este trabalho descreve intervenções musicoterapêuticas de recriação e composição musicais com usuários de um Serviço de Acolhimento Institucional (Serviços de Proteção Social Especial, Alta Complexidade) orientadas pelos três eixos do Serviço de Proteção Básica - Serviço Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Convivência Social, Direito de Ser e Participação). As experiências musicais se mostraram uma ferramenta apropriada para proporcionar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de identidade, restabelecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária.

Palavras chave: Musicoterapia. Assistência Social. Convivência. Fortalecimento de Vínculos.

INTRODUÇÃO

Até pouco tempo atrás, havia poucas pesquisas em musicoterapia voltadas às ciências humanas e sociais (OSELANE, 2012). Porém, com a inclusão da Musicoterapia como uma das categorias profissionais de nível superior na composição da equipe de referência do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), através da Resolução n. 17 de 2011 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) (BRASIL, 2011), torna-se importante um diálogo entre a pesquisa em musicoterapia e a prática dos Serviços

Socioassistenciais, conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (TNSS) definida pela Resolução n. 109 de 2009 do CNAS (BRASIL, 2009).

A TNSS é organizada por níveis de complexidade do SUAS, de acordo com o disposto no

1 Gradando em Música com Habilitação em Musicoterapia na Universidade Federal de Minas Gerais. Contato: andreaag68@gmail.com

2 Gradando em Música com Habilitação em Musicoterapia na Universidade Federal de Minas Gerais. Contato: gabriel_estanislau@hotmail.com

3 Musicoterapeuta, Educador Musical, Mestre em Comunicação e Semiótica, Doutorando em Neurociências, Professor Assistente do Departamento de Instrumentos e Canto e Coordenador do Projeto de Extensão Clínica de Musicoterapia da UFMG. Contato: renatots@musica.ufmg.br

Artigo 1º da Resolução n. 109 de 11 de novembro de 2009 do CNAS (BRASIL, 2009):

I – Serviços de Proteção Social Básica:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
- b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

II – Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI);
- b) Serviço Especializado em Abordagem Social;
- c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);
- d) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

III – Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

- a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades:
 - abrigo institucional;
 - Casa-Lar;
 - Casa de Passagem;
 - Residência Inclusiva.
- b) Serviço de Acolhimento em República;
- c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
- d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

O presente trabalho descreve as intervenções musicoterapêuticas realizadas no Abrigo Pompeia, um Serviço de Acolhimento Institucional integrante dos Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade da Prefeitura de Belo Horizonte, no período de agosto de 2014 a junho de 2015, com o intuito de averiguar se as experiências musicais foram uma ferramenta apropriada para contribuir com algum dos Objetivos Gerais previstos

na TNSs para o Serviço de Acolhimento Institucional, dos Serviços da Proteção Social Especial – Alta Complexidade, que, segundo o Anexo 1 da Resolução 109/2009 do CNAS (BRASIL, 2009), são:

- Acolher e garantir proteção integral;
- Contribuir para a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos;
- Restabelecer vínculos familiares e/ou sociais;
- Possibilitar a convivência comunitária;
- Promover acesso à rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais;
- Favorecer o surgimento e o desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que os indivíduos façam escolhas com autonomia; e,
- Promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacionais internas e externas, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e possibilidades do público.

Apesar de prestarmos nossos serviços no Serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, nosso trabalho foi pautado pelos mesmos eixos que orientam o Serviço de Convivência e Formação de Vínculos, da Proteção Básica do SUAS (BRASIL, *sine data*), a saber:

1 Eixo “CONVIVÊNCIA SOCIAL” - volta-se ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. As ações e atividades inspiradas nesse eixo devem estimular o convívio social e familiar, aspectos relacionados ao sentimento de pertença, à formação da identidade, à construção de processos de sociabilidade, aos laços sociais, às relações de cidadania, etc. São sete os sub-eixos relacionados ao eixo convivência social, denominados capacidades sociais: capacidade de demonstrar emoção e ter autocontrole; capacidade de demonstrar cortesia; capacidade de comunicar-se; capacidade de desenvolver novas relações sociais; capacidade de encontrar soluções para os conflitos do grupo; capacidade de realizar tarefas em grupo; capacidade de promover e participar da convivência social em

família, grupos e território.

2 Eixo “DIREITO DE SER” – Seu objetivo é propiciar vivências que estimulem e potencializem a condição de escolher e decidir. Tem como sub-eixos: direito a aprender e experimentar; direito de brincar; direito de ser protagonista; direito de adolecer; direito de ter direitos e deveres; direito de pertencer; direito de ser diverso; direito à comunicação.

3 Eixo “PARTICIPAÇÃO” - Tem como foco contribuir para o desenvolvimento da autonomia e protagonismo social dos beneficiários. O eixo “participação” tem como sub-eixos: participação no serviço; participação no território; participação como cidadão.

O ABRIGO POMPEIA

O Abrigo Pompeia é um serviço de acolhimento institucional que recebe famílias em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, em caráter temporário, encaminhadas pela Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. Possui capacidade para atender 32 famílias em cômodos (quarto e banheiro) individualizados, distribuídos em um espaço de 18 mil m². São ofertados aos favorecidos fogão, geladeira, utensílios domésticos, camas, colchões, além de luz e água. As famílias são acolhidas até que sejam julgadas aptas para a reintegração à sociedade, ocasião em que recebem o bolsa-aluguel para ajudar no custeio da moradia fora do abrigo. O tempo de permanência das famílias no abrigo é de aproximadamente dois anos.

A maioria dos moradores é dependente de crack ou álcool. Muitos deles viveram muito tempo na rua, outros foram removidos de moradias irregulares ou estavam em vias de serem despejados.

O que todos têm em comum é a situação de extrema pobreza. Não têm uma cultura musical em comum. Não têm os mesmos hábitos. Não têm as mesmas crenças. Não têm sentimento de pertencimento pelo lugar, uma vez que desde que entram, já vislumbram a possibilidade de receberem o subsídio bolsa-aluguel e alugarem uma casa só para eles. Têm regras a seguir que lhes são impostas como condição para viverem ali. Não podem

receber ninguém de fora a partir das 20 h e nem sair ou entrar a partir das 22h.

Além disso, e talvez por isso mesmo, há uma generalizada falta de interesse por todas as atividades propostas pela administração.

O TRABALHO DE MUSICOTERAPIA NO ABRIGO POMPEIA

O trabalho no Abrigo Pompeia começou em agosto de 2014, com um encontro semanal de 1 hora. Nos primeiros três meses as oficinas foram frequentadas por adultos e crianças menores de 6 anos, que ainda não estavam na escola. Essa mescla de adultos e crianças bem pequenas dificultava o planejamento das atividades. Tentávamos seguir, em nossos planejamentos, sempre a mesma estrutura (VERDEAU-PAILLÈS; GUIRAUD-CALADOU, 1979): iniciávamos com uma atividade corporal lúdica, onde os ritmos eram marcados com movimentos com o corpo. Muitos sentiam-se constrangidos com essa atividade e não participavam, outros participavam, mas iam embora caso não conseguissem realizar.

Em seguida, oferecíamos experiências recreativas (BRUSCIA, 2000) nas quais cantávamos e tocávamos com eles, nos instrumentos de percussão, canções que eles mesmos escolhiam, acompanhados do violão. Esse era um momento de grande participação.

Finalizávamos ouvindo algum novo participante cantar músicas que marcaram a sua vida, acrescentando essas músicas ao repertório do próximo encontro. Nesse momento, ficávamos conhecendo um pouco da história de vida dos moradores, seja através de seus relatos, ou pelas letras das músicas escolhidas.

Os adultos nunca foram frequentes aos encontros, de maneira que não sabíamos quem ou quantas pessoas participariam dos encontros. Apesar de passarmos de porta em porta chamando, às vezes não ia ninguém. Mas sempre havia uma pessoa ou um casal mais frequente, de maneira que voltávamos o planejamento para essa pessoa ou casal. Alterávamos o planejamento em virtude da necessidade real dos participantes.

O trabalho de composição de canções (BRUSCIA, 2000) surgiu a partir do momento em que uma usuária se recusou a realizar a atividade corporal pois estava muito ansiosa com a possibilidade de encontrar a mãe, que não via há 5 anos. Sentamos em círculo e propusemos a composição. Ela, juntamente com as outras participantes (no dia só havia mulheres), compuseram uma música para a mãe, que falava do que a usuária estava sentindo naquele momento. A música foi trabalhada nos encontros seguintes e culminou com a gravação de um vídeo, que foi enviado pela internet para a mãe da usuária.

Nos três últimos meses do 2º semestre de 2014 as oficinas foram frequentadas, praticamente, só pelas crianças. O assistente social relatou que elas tinham muitas dificuldades em seguir regras e que iriam para a escola no ano seguinte, e solicitou que realizássemos alguma atividade que as ajudassem nesse sentido. Realizamos atividades com instrumentos de percussão, cantando e tocando todas no mesmo ritmo, alterando a dinâmica, o andamento, etc. Oferecemos instrumentos diferentes, como violino, violão, acordeon, que deveriam ser tocados com respeito, pela sua delicadeza. No fim do ano preparamos um teatro, que foi apresentado em um almoço de Natal que a instituição ofereceu para os moradores.

No início de 2015, o nosso trabalho foi ampliado para duas horas semanais e ficou definido que só os adultos participariam da oficina. A oficina funcionava de 14:30 às 16:30h. A administração do abrigo informou que a baixa participação dos moradores nas oficinas era um sintoma geral. Eles não tinham motivação para participar de nenhum trabalho oferecido pela instituição. Muitos estavam acordando quando chegávamos, outros estavam começando a fazer o almoço. Dessa maneira, continuamos a trabalhar com quem estava presente, sempre levando vários planejamentos para colocar em prática aquele que mais atendesse à demanda do dia. Estruturamos as oficinas assim: na primeira hora seria oferecido um trabalho coletivo, já na segunda hora ofereceríamos um atendimento individual, na forma de aulas de violão ou acordeon.

As atividades coletivas realizadas nos três primeiros meses foram, basicamente:

- composições de canções;

- tocar coletivamente instrumentos de percussão, acompanhando músicas apresentadas por eles.

Os dois últimos meses foram dedicados à preparação e realização de uma festa junina, que compreendeu:

- confecção de bandeirolas;
- ensaio da quadrilha;
- ensaio do “Xote das Meninas” no acordeon, violão e instrumentos de percussão;
- enfeite da quadra no dia anterior à festa
- realização da festa.

RESULTADOS

COMPOSIÇÃO DE CANÇÕES:

Eixo 1 – Convivência Social. Sub-eixos (capacidades sociais) promovidos:

a) Capacidade de demonstrar emoção e ter autocontrole, capacidade de comunicar-se e capacidade de encontrar soluções para os conflitos do grupo: através da composição de canções os usuários puderam expressar e ressignificar seus sentimentos e emoções através de uma experiência criativa e estimulante, conscientizando-se de situações de risco e resiliência e utilizando os elementos do discurso sonoro (intensidade, altura, duração, velocidade, forma, harmonia), em sintonia com a letra da canção, para a solução dos seus conflitos internos (PELIZZARI; RODRIGUEZ, 2005).

b) Capacidade de realizar tarefas em grupo; capacidade de participar da convivência social em grupo: algumas composições foram realizadas em grupo e foram momentos de grande exercício de empatia e solidariedade com a dor do outro.

Eixo 2 – Direito de Ser. Sub-eixos promovidos:

a) **Direito a aprender e experimentar:** quando propusemos a composição, todos

foram unânimes “nós não sabemos fazer música”. Então oferecemos escolhas: essa ou aquela cadência, e partindo daí, as melodias e ritmos iam se encaixando nas letras propostas. Eles se permitiram aprender e experimentar.

b) Direito de ser protagonista: as composições, apesar de algumas serem coletivas, eram sempre a “voz” de um morador. Todas foram compostas na primeira pessoa e, naquele momento, todas as atenções se voltavam para a questão que aquele morador desejava retratar na canção.

Eixo 3 – Participação. Sub-eixo promovido:

a) Participação como cidadão: nessa técnica eles tiveram a oportunidade de exercitar três instâncias do ouvir: ouvir a si mesmo, ouvir o outro e fazer-se ouvir (PELIZZARI; RODRIGUEZ, 2005), tão necessária ao exercício da cidadania.

RECRIAÇÃO MUSICAL DE CANÇÕES

Eixo 1 – Convivência Social, Sub-eixo promovido:

a) Capacidade de realizar tarefas em grupo: esse, talvez, seja um dos maiores desafios de tocar junto. É necessário que todos obedeçam às regras impostas pela música (ritmo, tom, andamento, etc) para que fique esteticamente aceitável.

b) Capacidade de demonstrar cortesia: mesmo que alguns não gostassem do estilo de música tocado, tinham que tocar ou aguardar a vez de tocar a “sua música”. Além disso, vontade de “tocar bonito” fazia com que uns ensinassem aos outros o que sabiam de determinado instrumento ou ritmo.

Eixo 2 – Direito de Ser. Sub-eixos promovidos:

a) **Direito a aprender e experimentar**: todos tiveram a oportunidade de experimentar e improvisar em todos os instrumentos. Àqueles cujo medo de se expor falou mais alto, esperamos pacientemente a sua confiança surgir.

Eixo 3 – Participação. O desenvolvimento da autonomia e protagonismo social

nessa atividade aconteceu, principalmente, com aqueles que conheciam muito bem e até melhor do que a gente, o ritmo das músicas escolhidas. A esse usuário foi dada a oportunidade de ensinar e de reger a turma, participando de forma diferenciada da atividade.

FESTAS DE NATAL E JUNINA

Eixo 1 – Convivência Social: As festas de encerramento do semestre mobilizaram esse eixo de maneira categórica. A festa junina foi também uma festa de inauguração da quadra construída este ano (2015). Incitou o convívio social tanto em sua preparação como na festa propriamente dita. A sua preparação estimulou a construção de processos de sociabilidade, à medida que tiveram que trabalhar em equipe para enfeitar a quadra que é bem grande, ajudando uns aos outros na execução das tarefas. O sucesso da festa fez germinar um sentimento de orgulho naqueles que participaram da sua realização e um desejo de fazer das próximas festas ainda melhores. Estão surgindo ideias para a festa de Natal e para a próxima festa junina, fato que nos leva a crer que, se bem trabalhado, pode fazer germinar sentimento de identidade e pertença ao abrigo.

Eixo 2 – Direito de Ser. A experiência de preparação da festa junina proporcionou àqueles que participaram a potencialização da condição de escolher e decidir (quem fazia o quê, onde iam ser colocados os enfeites e até mesmo escolher não ajudar ou não ir e não deixar os filhos irem à festa). Tiveram a oportunidade de estabelecer prioridades, organizando suas ações e estabelecendo lideranças. **Sub-eixos promovidos:**

a) Direito de ser diverso: O casamento da festa foi entre dois homens. A dança foi “puxada” pelo casal homossexual masculino, que dançou normalmente, obrigando, na hora das trocas de pares, todos os homens a dançarem com o noivo. O casal estava emocionado e o casamento serviu para oficializar “realmente” a união dos dois, que foi comemorada por todos os moradores do abrigo com alegria e entusiasmo.

b) Direito de brincar: A maioria dos moradores (adultos e crianças) participou de todas as atividades da festa. Se permitiram brincar de corrida de saco, de estourar balão, da dança das cadeiras, da pescaria e boca do palhaço.

Eixo 3 – Participação. A quadrilha foi o ponto culminante da participação dos moradores. Adultos, crianças, moradores, funcionários, todos realizando a mesma dança, iguais no encontro da alegria.

CONCLUSÃO

O trabalho de composição de canções se mostrou uma ferramenta apta para a resolução de conflitos internos e até mesmo entre familiares. A utilização de recursos expressivos através dessa atividade pôde potencializar mecanismos de enfrentamento e criatividade diante de situações de desamparo e instabilidade emocional e familiar, produzindo uma abertura a novas leituras da realidade.

Por se tratar de um acolhimento provisório de famílias, as bases de uma vida comunitária (estar organizada em uma estrutura social conforme o tipo de relações desenvolvidas no decorrer do tempo) (PELIZZARI, 2011) não existem no Abrigo. Mas, através das atividades de recriação musical e das festas de época, foram criados novos vínculos entre os moradores, a administração e os oficinairos. Através dos acordos coletivos implícitos no tocar e realizar uma dança e uma festa em grupo, estabelecemos uma convivência comunitária, ou seja, um espaço e um tempo de reconhecimentos e ordenamentos de lógicas de conjunto.

Julgamos que os três eixos do SCFV podem e devem servir de base para o trabalho social em qualquer instância, sendo que a promoção da participação, no seu sentido mais democrático, deve ser a nossa estratégia fundamental.

Lavalle e Vera (2013) relacionam valores associados à participação a dois princípios fundamentais da democracia: autodeterminação e igualdade política. A **igualdade** é definida como o direito de decidir sobre a organização, garantindo igual tratamento à expressão dos interesses de seus membros e a **autodeterminação** supõe que os cidadãos sejam sujeitos morais, isto é, indivíduos com plena capacidade de formular suas próprias concepções do bem, de escolher moralmente e de se submeter às consequências dessas decisões. Segundo os autores, a participação pode ser considerada como escola da cidadania e seus

efeitos pedagógicos remetem tanto à socialização quanto à autoconfiança e à autopercepção do senso de eficácia do indivíduo, além de incrementar o senso de pertencimento do cidadão à sua sociedade. Partindo do princípio de que o empoderamento se evidencia quando existe um lugar onde seja possível comunicar e fazer valer os saberes através da participação⁷, concluímos que temos que tentar, em todas as atividades, fazer da Oficina esse lugar de exercício da igualdade e autodeterminação.

Referências Bibliográficas

BRASIL. **Resolução nº 109 de 22 de novembro de 2009**, do Conselho Nacional de Assistência Social. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2009/cnas-2009-109-11-11-2009.pdf/view>>. Acesso em 15 agosto 2015.

BRASIL. **Resolução nº 17 de 20 de junho de 2011**, do Conselho Nacional de Assistência Social. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/legislacao/resolucoes/arquivos-2011/arquivos-2011/>>. Acesso em 15 setembro 2015.

BRASIL. **Perguntas e Respostas – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, sine data. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protectaobasica/perguntas-e-respostas-scfv>>. Acesso em 15 setembro 2015.

BRUSCIA, K. **Definindo a Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

LAVALLE, A.; VERA, E. **Participação e Controle Social. Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**: 81 Problemáticas Contemporâneas. São Paulo: Annablume, 2013.

OSELANE, M. N. **A Pesquisa em Musicoterapia no Cenário Social Brasileiro**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Psicologia com Ênfase em Saúde Comunitária. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012. Disponível em <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70908/000877965.pdf?sequence=1>>. Acesso em 15 setembro 2015.

PELLIZZARI, P.; RODRÍGUEZ, R. **Salud, Escucha y Creatividad: Musicoterapia Preventiva Psicosocial**. Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador, 2005.

PELLIZZARI, P. **Crear Salud**. Buenos Aires: Patricia Pellizzari Editora, 2011.

VERDEAU-PAILLÈS, J.; GUIRAUD-CALADOU, J.M. **Las técnicas psicomusicales activas de grupo y su aplicacion en psiquatria**. Barcelona: Ed. Cientifico-Medico, 1979.

REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE MÚSICA E EXPRESSÃO GÊNICA

Romes Bittencourt Nogueira de Sousa¹

Ana Lídia Alcântara-Silva²

Arthur Ferreira do Vale³

Tereza Raquel Alcântara-Silva⁴

RESUMO: Trata-se de revisão sistemática sobre Música e expressão gênica e tem como objetivo conhecer, quantificar e ampliar conhecimentos por meio de publicações que envolvem o tema. Foram utilizadas as bases de dados Scopus, Pubmed e Scielo com os descritores Música ou Musicoterapia e Biologia Molecular; Música ou Musicoterapia e Genética; Música ou Musicoterapia e Biologia Celular e seus correlatos em inglês. Como critério inclusão, artigos publicados nos últimos cinco anos (janeiro de 2011 a maio de 2015); publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, que contivessem no título Música ou Musicoterapia associadas a pelo menos um dos demais descritores. Foram excluídos artigos de revisão, capítulo de livros e similares, com ausência de resumos. Foram encontrados 394 artigos. Destes, 389 foram excluídos por duplicação, sem relevância para o tema, pelo título, dentre outros. Observamos que o número de pesquisas envolvendo o tema é reduzido; os estudos inseridos, primam por identificar a relação entre a música e a expressão gênica. Finalmente, esperamos que mais pesquisas sejam realizadas, principalmente, na identificação de genes ou variantes genéticas envolvidas na expressão musical, para melhorar a compreensão do papel da música e a neurofisiologia humana e poder ampliar, ainda mais, os benefícios na clínica musicoterapêutica

Palavras chave: Música. Musicoterapia. Expressão Gênica.

A música, há muito se tornou objeto de estudo em vários segmentos, como estudos sobre habilidades musicais e aspectos cognitivos (WANG et al., 2015; FARRUGIA et al., 2015; SACHS, DAMASIO, HABIBI, 2015; MELTZER et al., 2015); bases biológicas e neurofisiológicas da atividade cerebral frente a estímulo musical (PALMIERO et al., 2015; VERUSIO et al., 2015; FARRUGIA et al., 2015); mecanismos neurais relacionados a percepção musical (MULLER et al., 2015; relacionados a alguma patologia como associação entre a melhora da memória verbal e prática musical em indivíduos com Síndrome de Williams (DUNNING, MARTENS, JUNGERS, 2014), dislexia (YUSKAITS et al., 2015) reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer (ALCÂNTARA-SILVA, MIOTTO, MOREIRA, 2014); doença de Parkinson (DREU et al., 2013; ELEFANT et al., 2012).

1 Acadêmico do curso de Graduação em Musicoterapia EMAC/UFG – Goiânia – GO

2 Acadêmica do curso de Medicina ESCS – Brasília – DF- Brasil

3 Acadêmico do curso de Biomedicina – UFG – Goiânia – GO

4 Professora do curso de Graduação em Musicoterapia EMAC/UFG, Doutora em Ciências da Saúde FM/ UFG, Mestre em Música EMAC/UFG, Especialista em Reabilitação Cognitiva FM/USP. Terezaraquel.mas@gmail.com

Outro tema que tem despertado interesse de pesquisadores são estudos sobre os componentes genéticos da percepção e habilidades musicais (PINHO et al., 2014); estudo sobre polimorfismos genéticos relacionado a sexo, droga e rock in roll (PULLI et al., 2012).

Com o objetivo de ampliar conhecimentos sobre as respostas moleculares e de expressão gênica relacionadas a música em seres humanos que propusemos esta revisão. As bases de dados utilizadas foram Scopus, Pubmed e Lilacs por meio dos descritores Música ou Musicoterapia e Biologia Molecular; Música ou Musicoterapia e Genética; Música ou Musicoterapia e Biologia Celular e seus correlatos em inglês. Foram incluídos artigos publicados nos últimos cinco anos (janeiro de 2011 a maio de 2015), nos idiomas português, inglês ou espanhol, que contivessem no título ou no resumo Música ou Musicoterapia, associadas a pelo menos um dos demais descritores. Foram excluídos artigos de revisão, capítulo de livros e similares, artigos de conferência, sem resumo disponibilizados na íntegra por meio do convênio de bibliotecas dos periódicos CAPES e a UFG.

Como resultado da busca inicial foram encontrados 393 artigos. Destes 146 foram excluídos por duplicação, 27 por ausência de resumo e outro idioma que não os especificados nos critérios de inclusão e 167 por ausência de um dos descritores no título. Assim, 53 resumos foram analisados. Destes oito foram excluídos por se tratarem de artigos de revisão e de conferência, e 34 por se tratarem de estudos não pertinentes ao tema música e expressão gênica. Desta forma, restaram 11 artigos para serem analisados na íntegra. Destes foram excluídos três não apresentar relevância para o tema, um por se tratar de artigo de revisão e dois pela impossibilidade de adquiri-los na íntegra. Finalmente, esta revisão inclui quatro artigos para análise cujas informações estão expostas no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos artigos eleitos para a revisão

Autores/Datas	Título do artigo	Periódico Publicado
Morley A P et al., 2012	AVPR1A and SLC6A4 Polymorphisms in Choral Singers and Non-Musicians: A Gene Association Study	<u>PLoS ONE</u>
Park H, et al., 2012	Comprehensive genomic analyses associate UGT8 variants with musical ability in a Mongolian population	J Med Genet
<u>Ukkola-Vuoti L et al., 2013</u>	Genome-Wide Copy Number Variation Analysis in Extended Families and Unrelated Individuals Characterized for Musical Aptitude and Creativity in Music	<u>Plos One</u>
<u>Bittman B et al., 2013</u>	Recreational music-making alters gene expression pathways in patients with coronary heart disease	Medical Science Monitor

Morley et al (2012) estudaram a associação de polimorfismos genéticos do AVPR1A e SLC6A4 entre cantores de coral e não músicos. AVPR1A, SLC6A4,

TPH1 (proteínas relacionadas com a neurotransmissão, influenciados pelo sistema serotoninérgico). Polimorfismos em AVPR1A, SLC6A4 aparentemente podem influenciar traços sociais e musicais. Para investigar essa associação, os pesquisadores utilizaram testes de música que avaliavam a percepção e capacidade musical. O objetivo da pesquisa foi determinar, através de um estudo de associação genética, a variabilidade genética bem como a comparação genotípica entre os dois grupos em um conjunto de marcação de polimorfismos para AVPR1A, SLC6A4. Observaram, dentre outras, associação dos genes com a habilidade musical, mas não ficaram convencidos de que essa relação estava vinculada mais a habilidade musical em si ou à capacidade de compreender os sinais não verbais do regente.

No estudo de Park et al (2012) os autores investigaram os determinantes gênicos da capacidade musical em um grupo de indivíduos da Mongólia. Descreveram a habilidade musical como uma característica complexa e multifatorial (ambientais e genéticos), isto é, além da capacidade cognitiva que envolve a habilidade musical, envolve também uma variedade de genes. Os autores confirmaram também, a hipótese da hereditariedade da habilidade musical, verificadas de forma evidente em grupos familiares. O estudo encontrou uma associação da região cromossômica 4q22 com aptidão musical. Descobriram, ainda, que variantes comuns associadas com a habilidade musical, sugerem um mecanismo biológico para este achado. Finalmente, afirmaram que variantes genéticas comuns na UGT8 estão associados com a habilidade musical.

Ukkola-Vouti et al, 2013 avaliaram a base genético-molecular de fenótipos relacionados com música. O estudo teve como objetivo obter uma maior compreensão sobre a base biológica da percepção musical. Para tanto foi realizado um levantamento de todo o genoma de CNVs (número de cópias de segmentos de DNA) em cinco famílias multigeracionais e em 172 indivíduos não relacionados, que foram caracterizados por aptidão musical e criatividade musical. Criatividade musical foi compreendida, neste estudo, como a capacidade para compor, improvisar ou organizar música e foi investigada através de um questionário de música. Os resultados mostraram uma deleção no 5q31.1, presente no gene Pcdha, está associado a baixos escores nos teste. Esse gene está envolvido na migração neural, diferenciação e formação sináptica. Criatividade musical está relacionado a uma duplicação no 2p22 no gene GALM. Ambos os genes citados estão envolvidos com o sistema serotoninérgico que influencia funções motoras e cognitivas. Tais funções são importantes na percepção e prática musical. Esse estudo contribuiu para a descoberta de novos genes relacionados a prática musical.

Estudo randomizado sobre avaliação da expressão genética em pacientes com doença cardíaca por meio de atividade musical recreacional foi proposto por Bittman et al (2013). Foram incluídos indivíduos com histórico de isquemia cardiovascular. Inicialmente, todos os indivíduos foram submetidos a um “momento de estresse” que compreendia montar

um quebra-cabeça com nível alto de dificuldade em um tempo determinado pelos pesquisadores. No segundo momento, aleatoriamente o grupo controle foi para leitura de revista ou jornais de livre escolha e o grupo de intervenção participaram de sessões com teclados eletrônicos individuais, tendo a presença próxima do médico facilitador. O protocolo RMM (“recreational making music”), para o grupo de intervenção, seguiu uma base algorítmica de melhoria de estresse multifacetada bio- comportamental que incluía: a) chegada: uma canção era tocada enquanto o facilitador desejava boas vindas aos participantes; b) Bem-estar mente-corpo: aquecimento com música relaxante (não especificada no artigo sobre o critério utilizado para definir), movimento, imagem e expressão melódica pentatônica à base de um fundo calmante de sons da natureza; c) Roda de tambores: uma simulação de comunicação através dos teclados baseado em improvisação rítmica; d) Percepção musical utilizando uma breve discussão de um conceito musical/metáfora pertinente ao contexto; e) Canção do dia :execução de uma canção, pelos participantes, guiada por luzes do teclado; f) Bem-estar mente-corpo de arrefecimento; g) Reflexão – discussão do grupo sobre consciência e progresso pessoal e; h) Canção de despedida. A coleta do sangue ocorreu em três momentos: a primeira antes do início de todos os procedimentos, a segunda após o “momento de stress” e a terceira ao final do relaxamento. Este estudo mostrou mudanças na expressão gênica dos componentes sanguíneos do sangue periférico durante uma experiência de duas fases: estresse e relaxamento subsequente, para investigar vias moleculares relevantes para modulação de tensão-relaxamento. Os integrantes do grupo controle, que estavam sentados lendo silenciosamente mostraram regulação diferencial de apenas duas vias, enquanto os participantes randomizados para o protocolo RMM demonstraram mudanças na expressão de 12 caminhos que regem a função imunológica e processamento da informação genética. Em conclusão, os autores observam maior mudança molecular no grupo de intervenção quando comparado ao grupo de leitura sugerindo que o RMM pode diminuir o nível de estresse com importantes implicações para o tratamento de pacientes com doenças cardiovasculares. O sangue periférico, por ser de fácil acesso, pode ser importante para o exame dos processos biológicos relacionados à saúde e doença. Outra observação, foi a de

que episódios de estresse psicológico, mesmo que de curta duração, mostrou ser fator desencadeante de respostas metabólicas agudas no sangue periférico. Os autores se fundamentaram em dois trabalhos publicados anteriormente (MORITA et al., 2005; KAWAI et al., 2007) sobre genes responsivos ao estresse dos quais as citocinas, moléculas de adesão, proteínas de choque térmico, genes de crescimento ou apoptose com uma ampla gama de funções biológicas, incluindo a sinalização celular, inflamação, imuno-modulação, e neuroproteção. A pesquisa mostrou, ainda, que o treino de relaxamento provoca mudanças na expressão gênica dos componentes do sangue periférico. Durante a fase de relaxamento do estudo, observou-se a expressão do gene de modulação em vias moleculares que regulam a função imune semelhantes, processamento de informação genética, a sinalização celular e citotoxicidade. Finalmente os autores afirmaram que o envolvimento ou participação em atividade musical expressiva-criativa pode vir a desempenhar um papel importante na redução do estresse no tratamento e administração de doenças crônicas.

Esta revisão nos mostrou que ainda são escassos os trabalhos que a avaliação de alterações da expressão gênica relacionadas ao estímulo musical. Foi possível observar que em todos os trabalhos incluídos não houve a participação de um musicoterapeuta na realização das pesquisas. À exceção do estudo desenvolvido por Bittman et al (2013), os demais tiveram por objetivo identificar a relação entre música e expressão gênica, que fortaleceu a inegabilidade da relação entre habilidade musical e regulação genética e que há hereditariedade genética para música e criatividade musical. A identificação de genes ou variantes genéticas envolvidas na mediação da percepção musical e performance musical pode favorecer a compreensão do papel da música e a neurofisiologia humana. A realização deste trabalho nos motivou a buscar, ainda mais, novos conhecimentos que envolva a música e a expressão gênica visando benefícios na clínica musicoterapêutica como terapia no tratamento de doenças de diversas etiologias, de forma cada vez mais científica.

Referências Bibliográficas

ALCÂNTARA-SILVA T.R.M., MIOTTO E.C, MOREIRA S.V. Musicoterapia, Reabilitação Cognitiva e doença de Alzheimer: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Musicoterapia** Ano XIV nº 17 ANO 2014. P. 56 a 68

DREU M J, van der WILK A S D, POPPE E, KWAKKEL G, van WEGEN E E H. Rehabilitation, exercise therapy and music in patients with Parkinson's disease: a meta-analysis of the effects of music-based movement therapy on walking ability balance and quality of life. **Parkinsonism and Related Disorders**. Vol 1851, 2012 p. 114 – 119.

DUNNING B.A., MARTENS M.A., JUNGERS M.K. **Music lessons are associated with increased verbal memory in individuals with Williams syndrome**. *Dev Disabil*.2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25462517>. Acesso em:20/07/2015.

ELEFANT C, LOTAN M, BAKER F A., SKEIE G O. Effects of music therapy on facial expression of individual with Parkinson's disease: A pilot study. **Music Scientia**.Vol 16 (3), 2012, p 392-400.

FARRUGIA, N., JAKUBOWSKI, K., CUSACK, R., STEWART, L. Tunes stuck in your brain: The frequency and affective evaluation of involuntary musical imagery correlate with cortical structure. **Consciousness and Cognition**. 35. 2015, p. 66-77.

KAWAI T, MORITA K, MASUDA K et al: Gene expression signature in peripheral blood cells from medical students exposed to chronic psychological stress. **Biol Psychol**, 2007; 76: p 147–55

MELTZER, B., REICHENBACH, C.S., BRAIMAN, C., (...), HUDSPETH, A.J., REICHENBACH, T. The steady-state response of the cerebral cortex to the beat of music reflects both the comprehension of music and attention. **Frontiers in Human Neuroscience**. 436. 2015, p. 1-11.

MELTZER, B., REICHENBACH, C.S., BRAIMAN, C., (...), HUDSPETH, A.J., REICHENBACH, T. The steady-state response of the cerebral cortex to the beat of music reflects both the comprehension of music and attention. **Frontiers in Human Neuroscience**. 436. 2015, p. 1-11.

MORITA K, SAITO T, OHTA M et al. Expression analysis of psychological stress-associated genes in peripheral blood leukocytes. **Neurosci Lett**, 2005; 381: 57–62.

MUELLER, K., FRITZ, T., MILDNER, T., SCHROETER, M.L., MÖLLER, H.E. Investigating the dynamics of the brain response to music: A central role of the ventral striatum/nucleus accumbens. **NeuroImage**. 116. 2015, p. 68-79.

PALMIERO, M., NORI, R., ROGOLINO, C., D'AMICO, S., PICCARDI, L. Situated navigational working memory: the role of positive mood. **Cognitive Processing**. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26216759>. Acesso em:20/07/2015.

PINHO A.L., DE MANZANO Ö., FRANSSON P., ERIKSSON H., ULLÉN F. Connecting to create: expertise in musical improvisation is associated with increased functional connectivity between premotor and prefrontal areas. **Neurosci**. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24790186>. Acesso em: 21/07/2015.

PULLI, K.A , KARMA, K.B , NORIO, R.C , SISTONEN, P.D , GORING, H.H.H.E , JARVELA, I.A.F. Sex, Drugs, and Rock & Roll: Hypothesizing common mesolimbic activation as a function of reward gene polymorphisms. **Journal of Psychoactive Drugs**.4 (1). 2012, p. 38-55.

SACHS, M.E., DAMASIO, A., HABIBI, A. The pleasures of sad music: A systematic review. **Frontiers in Human Neuroscience**. 404. 2015, p. 1-12.

VERRUSIO, W., ETTORRE, E., VICENZINI, E., (...), CACCIAFESTA, M., MECARELLI, O. The Mozart Effect: A quantitative EEG study. **Consciousness and Cognition**. 35. 2015, p. 150-155.

WANG, X., OSSHER, L., REUTER-LORENZ, P.A. Examining the relationship between skilled music training and attention. **Consciousness and Cognition**. vol 36.2015, p. 169-179.

YUSKAITIS, C.J., PARVIZ, M., LOUI, P., WAN, C.Y., PEARL, P.L. Neural Mechanisms Underlying Musical Pitch Perception and Clinical Applications Including Developmental Dyslexia. **Current Neurology and Neuroscience Reports**. 15 (8), 51.



1 - MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, REABILITAÇÃO MOTORA

Comunicação Oral:

DA MÚSICA AO MOTOR, DO MOTOR DE VOLTA À MÚSICA

Janice Santana¹

RESUMO: Síndrome de Down ou Trissomia do 21, é uma anormalidade cromossômica que leva ao atraso do desenvolvimento psicomotor, alterações das funções motoras e deficiência cognitiva impactando diretamente na capacidade da criança de realizar suas atividades da vida diária, sociais e escolares. Este trabalho pretende evidenciar a relevância do tratamento da Musicoterapia com um paciente pré-adolescente com Síndrome de Down, afetado pela deficiência mental severa, prejuízos motores globais e dificuldades sensoriais. A metodologia utilizada foi: a expressão sonora livre e dirigida com instrumentos musicais diversos, o canto, recriação musical e improvisação músico-verbal visando alcançar abertura de canais de comunicação e interação musical. Relato de caso: Paciente, sexo feminino, 13 anos trazendo queixa de grande dificuldade na marcha, sem motivo clínico aparente, e interação limitada. Iniciou tratamento musicoterápico com objetivo de minimizar hipersensibilidade tátil, trabalhar esquema e imagem corporal, estimular estabilidade postural na posição sentada através dos instrumentos musicais, função bi-manual e pulsação musical. A exploração dos instrumentos musicais e o canto, margeados pelas interações afetivas favoreceram a iniciativa motora, a comunicação gestual e compreensão de conceitos pertinentes ao contexto terapêutico, sendo possível posteriormente avançar para atividades musicais de coordenação motora fina, desencadeando início de expressividade melódica e interações musicais propriamente ditas.

Palavras chave: Música. Motricidade. Afetividade. Desenvolvimento.

Introdução

Esse artigo tem como objetivo refletir sobre a importância de iniciar e persistir em um trabalho musicoterapêutico com pacientes adolescentes portadores de Síndrome de Down afetados a nível sensorial e motor com deficiência cognitiva grave, evidenciando a musicoterapia como uma linguagem terapêutica fundamental no processo de reabilitação para esses pacientes.

O percurso teórico e filosófico utilizado no relatado de caso está construído a partir do diálogo entre a Musicoterapia e a Prática Psicomotora Aucouturier (PPA).

A experiência de musicoterapeuta em Reabilitação nos leva a estudar a complexidade clínica, social e familiar que envolve o paciente, a fim de compreender suas especificidades, prognósticos e estabelecer objetivos a partir das demandas apresentadas,

pensando nelas de forma hierárquica, ou seja, do mais simples para o mais complexo,
1 Bacharelado em Musicoterapia - Conservatório Brasileiro de Música (CBM-CEU/RJ). Formação em Prática Psicomotora Aucouturier (PPA) - Espaço Nectar -RJ. Vínculo institucional: musicoterapeuta AACD-RJ. Contato: janice.musicoterapia@gmail.com

levando em consideração as etapas de desenvolvimento psicomotor.

Em alguns importantes centros de reabilitação a musicoterapia está inserida nas atividades de atendimentos interdisciplinares, e o musicoterapeuta vivencia a rotina de trabalho e observa a dinâmica utilizada pelas terapias motoras. No sincero desejo de aprender, o musicoterapeuta se apropria dos termos utilizados, favorecendo a compreensão do programa de reabilitação proposto. A partir daí especificar e cumprir com o papel a ser desempenhado pela musicoterapia em colaboração ao trabalho de reabilitação multi e interdisciplinar com cada paciente passa ser a meta do trabalho do musicoterapeuta.

A Prática Psicomotora Aucouturier (PPA) propõem como base filosófica a atitude de atenção e respeito do psicomoricista à criança, fundada na relação tônico-emocional recíproca e empática. Sua metodologia está apoiada na observação e implementação da expressividade livre e dinâmica da criança em relação aos objetos, ao outro, ao próprio corpo, ao tempo e ao espaço.

A expressão livre da criança a leva do prazer de agir para o prazer de pensar o agir, fundando as representações psíquicas e desenvolvimento simbólico. Sua prática está voltado para a criança de até 7 anos de idade, porém a meu ver, os conceitos teóricos específicos que a sustentam são de significante valia na prática terapêutica com qualquer faixa de idade.

Sendo a psicomotricidade um conceito do desenvolvimento psicológico do ser humano em relação ao mundo exterior¹, então a motricidade da criança e suas interações com os instrumentos musicais e os elementos da música (ritmo, melodia, harmonia, timbre, andamento, intensidade) são as ferramentas pelas quais o musicoterapeuta com o olhar da psicomotricidade se utiliza para compreender o que a criança expressa sobre o seu mundo interno

Levando em consideração o que foi colocado acima podemos afirmar que, a partir da relação tônico-emocional e sonoro-musical recíproca e empática, o musicoterapeuta, ao acolher e assegurar as demandas corporais e sonoras do paciente, o toca e é tocado por ele

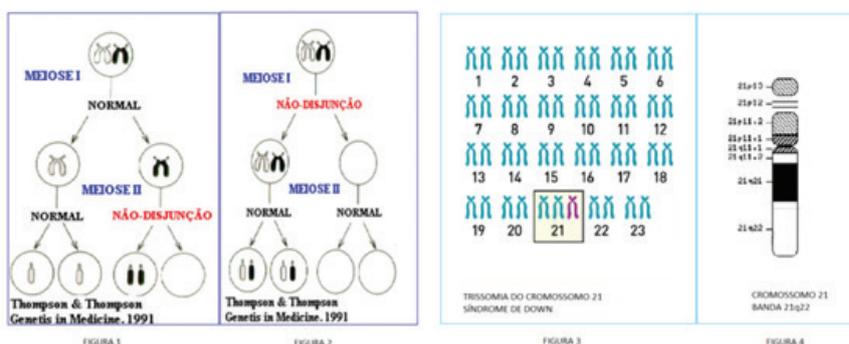
permitindo-se sentir suas potencialidades terapêuticas, e assim restaurar o elo entre o psíquico e o corporal através da musicalidade na sua intrínseca relação com o corpo.

A metodologia utilizada de expressão sonora livre e dirigida (de forma respeitosa) com instrumentos musicais diversos, o canto, a recriação musical e improvisação músico-verbal permitem alcançar abertura de canais de comunicação e interação musical de forma a promover evolução da motricidade e do tônus corporal, da coordenação motora de MMSS, da estabilidade de tronco na postura sentada durante o fazer musical, refletindo em outras atividades de rotina diária.

No trabalho com paciente adolescente com Síndrome de Down agravado, a comunicação e interação a partir das sutis mensagens corporais e sonoras, bem como a compreensão de questões específicas da reabilitação podem nortear o início e continuidade do trabalho musicoterapêutico, estabelecendo objetivos e ao mesmo tempo oferecendo a flexibilidade necessária para perceber desvios e atalhos ao longo do caminho.

A Síndrome de Down

A Síndrome de Down (SD) foi descrita pela primeira vez em artigo publicado no ano de 1866, pelo médico John Langdon Haydon Down em que refere a SD como alterações de características étnico-raciais pela aparência facial semelhante aos Mongóis, o que levou Dr. Down denominá-la Mongolismo. Somente em 1959, quase 100 anos depois, através de pesquisas genéticas, Jerome Lejeune, em Paris, e Patricia Jacobs na Escócia, descobriram que a Síndrome de Down ocorre por haver a presença de um cromossomo 21 extra alterando o termo de Mongolismo para Trissomia do Cromossomo 21 ou Síndrome de Down (SD)².



A trissomia é o resultado da não-disjunção meiótica (figuras 1 e 2) de pares cromossômicos de células zigóticas (da mãe ou do pai) levando a um erro numérico de cromossomos, gerando a duplicação de um deles (figura 3). A banda 21q22 (figura 4) compõe 1/3 do cromossomo 21, que ao produzir em dose tripla causa desequilíbrio genético que leva às características relacionadas à SD como: olhos inclinados para cima, língua projetada pela hipotonia, interferindo na fala, hipotonia global, deficiência cognitiva e atraso no desenvolvimento global³.

É possível ainda vir associada à cardiopatia congênita, dificuldades auditivas e visuais, alterações na coluna cervical, distúrbios da tireoide, problemas neurológicos, dificuldades imunológicas, obesidade e o envelhecimento é precoce, logo, cuidados médicos e terapêuticos especializados logo após o nascimento são fundamentais, porém nem sempre as famílias são suficientemente acolhidas e instruídas para o tratamento adequado. Além disso, há os casos mais complicados e de menor sucesso terapêutico e médico impactando convívio familiar, social e escolar.

Relato de Caso

V.G.O.S., branca, sexo feminino, adolescente, nascida em 31 de dezembro de 2000, filha única de casal não consanguíneo, diagnóstico de Síndrome de Down por não disjunção meiótica do cromossomo 21 (CID 10 Q90.0) agravada por importante comprometimento psicomotor que a impede de andar, falar e ter vida independente para sua faixa etária e grave déficit cognitivo, apesar das inúmeras atividades de reabilitação ao longo dos anos. Em 03/12/07, com 7 anos de idade, foi submetida à correção cirúrgica (CIA). Apresentou complicações pós-operatória com febre, desconforto respiratório, gengivo estomatite e faríngeo amigdaliteherpética, dificuldades de cicatrização da incisão cirúrgica evoluindo para osteomielite e abscesso de esterno e derrame pericárdio. Em Agosto de 2008 foi confirmada recuperação do pós-operatório e liberada para fisioterapia, hidroterapia e demais terapias multidisciplinares sendo recomendado evitar grandes esforços. Em 2011 mãe relatou nova internação com duração de um mês devido ao aparecimento de um edema na região do osso esterno sendo realizada drenagem e limpeza. Nesse mesmo período foram realizadas

as cirurgias de adeno-amigdalectomia e turbinectomia bilateral do nariz sem intercorrências.

Devido dúvidas quanto à possível diagnóstico de autismo, em 2013 V. foi encaminhada ao serviço de psiquiatria do Instituto Fernandez Figueira. Em Laudo psiquiátrico consta tratar-se de grave comprometimento da inteligência e linguagem, pois apesar da presença de movimentos repetitivos, não foram observadas estereotípias, e apesar do estrabismo realizou contato visual, não preenchendo os critérios para TEA.

O Processo terapêutico

Em 09/05/14 foi realizada anamnese musicoterapêutica com a presença dos pais e de V. que contava seus 13 anos de idade. Trouxeram como queixas principais a dificuldade de comunicação e a ausência da marcha independente, já que os exames realizados apresentaram resultado dentro da normalidade, não justificando a não aquisição de marcha independente.

Mãe pareceu estar ainda impactada pela angústia vivida durante o pós-operatório tardio da correção de CIA e relata com a voz trêmula: ___ “foram sete meses de desespero. A cicatrização foi complicada e abriu cinco vezes (a incisão cirúrgica). Atualmente está com um problema na válvula do coração, mas segundo a médica atual, é normal”. O pai demonstrou afetividade e paciência para com a filha (que batia em seu ombro e braço com frequência e intensidade ao mesmo tempo em que ria sonoramente), tímido, de poucas palavras, sua maior preocupação parece estar centrada na dificuldade de independência motora de V., especialmente pelo fato de não poder fazer esforço com a filha por ter problemas de coluna, levando à sobrecarga da mãe nos cuidados com V.

Quanto às suas preferências lúdicas ficou nítido que V. apresenta maior interesse por questões do universo infantil de crianças pequenas e é vestida e arrumada de forma infantilizada. Quanto aos interesses musicais, V. parece não demonstrar suas preferências, apesar da música ser algo que lhe chama a atenção.

Durante a avaliação foi observada postura de encolhimento corporal na cadeira de

rodas (CR), movimentos repetitivos de maxilares, sonorização vocal aparentemente sem intensão de comunicação. Ao ser conduzida à sala de terapia, fortemente apoiada pelos braços da mãe devido ao desequilíbrio dinâmico, V. imediatamente buscava a postura deitada.

Próximos a ela eram dispostos dois tambores, baquetas, afoxé, pandeiro, flauta, o chocalho e um violão. Seu interesse foi despertado pela sonorização realizada pela terapeuta, privilegiando os tambores. E na postura deitada batia intensamente com as mãos espalmadas, dando gargalhadas, porém por curtos períodos, não sendo possível desenvolver atividade musical ou de exploração rítmico-sonora por conta de uma aparente fadiga ao menor esforço. Então encolhia-se totalmente com a cabeça escondida entre os braços.

Apresentou sensibilidade tátil aumentada ao toque ao longo de todo corpo, contorcendo-se, tencionando a musculatura especialmente dos ombros e pés. V. demonstrava sua rejeição afastando-se ou empurrando a mão da terapeuta acompanhada de resmungos.

Pensando em todas as dores físicas vividas nas internações, nas cirurgias, e pensando em V. criança, cujo corpinho hipotônico era frágil demais para sustentar o seu peso contra a gravidade, disponível insuficientemente para o movimento e para conquistar o espaço, cuja perspectiva de mundo se deu principalmente a partir da postura horizontal podemos nos perguntar: como V. interpreta o mundo externo, é amigo ou agressor? Como se deu o processo de construção de sua própria imagem e esquema corporal? Como esse corpo foi interpretado pelo outro? Um corpo que muito cedo foi visto com preocupação, que precisava ser “concertado”, ser cuidado, ser muito protegido e talvez por isso insuficientemente explorado?

Todas essas questões nos fazem pensar que para esse caso, a musicoterapia precisa iniciar à nível das bases do desenvolvimento, em ritornelo, reconstruindo a melodia a partir da própria canção, como uma recriação músico-verbal, dando novos significados e

contextos a esse corpo.

Então inicialmente o trabalho se deu a partir do que a PPA denomina transformações recíprocas tônico-emocionais¹, ou seja, V. demonstra suas necessidades corporais, que são interpretadas e satisfeitas. V. se transforma, se acalma, modifica seu tônus que leva a uma mudança da terapeuta que se disponibiliza para novas demandas corporais em ritmo diferenciado. Então transformações recíprocas empáticas ocorrem em ações amplamente adaptativas, produzindo efeito sobre o outro.

Poeticamente podemos colocar da seguinte maneira: eu transformo você, mas você também me transforma o que te faz novamente transformar-se. O meu toque te transforma, meu canto te transforma e te diz coisas boas de serem ouvidas. Meu canto fala sobre você, sobre o seu corpo... nomeia coisas boas de serem nomeadas: os seus pés, a sua cabeça... você; minha música dá significado às palavras, às boas e estranhas sensações provocadas pelo toque.

Envelopes protetores auditivos e táteis ofertados de forma harmônica e rítmica favoreceram os ajustes necessários que V. necessitava para se adaptar ao mundo à sua volta¹ (os instrumentos musicais), relativamente à maneira que um bebê se ajusta ritmicamente e se adapta ao mundo externo, ao receber os envelopes protetores de sua mãe.

Bem envelopada, é possível que as impressões das más experiências de agressões internas e externas vividas por V. tenham sido atenuadas e transformadas oportunizando o desenvolvimento de suas competências nesse ambiente de condições favoráveis. A canção, o rítmica do toque, as pressões táteis acompanhadas de sonoridades e timbres vocais levaram V. a ir em direção dos instrumentos musicais e V. “brinca” de passar seus dedos sobre as cordas do violão e o som é produzido. Nesse momento acontece a ação pelo prazer do afeto. Gradativamente, ao longo de várias semanas ocorrem mudanças no seu tônus, menos hipotônico, explorando os instrumentos musicais por maior tempo e na postura sentada, mas ainda no chão.

Superadas as questões da hipersensibilidade tátil, e da inibição motora é preciso avançar e conquistar posturas mais elevadas, encarando o mundo de frente, ampliando sua perspectiva. Mas para isso acontecer os apoios de MMSS precisam estar mais interiorizados, reflexo de proteção mais bem construído, o tronco mais estável, a coluna mais ereta e a musculatura cervical mais fortalecida. O caminho foi utilizar instrumentos musicais desejados pela paciente em planos mais elevados, de forma a exigir elevação de tronco para exploração sonora. As baquetas foram valorizadas e estimulado seu uso a fim de favorecer direcionamento do movimento, performance sonora, e preensão.

Ainda não era possível pensar em coordenação motora fina, isso porque não havia estabilidade suficiente dos membros superiores de forma a permitir atividade distal, de punhos, mãos e dedos. Observando a atividade rítmica irregular, com movimentos amplos e descoordenados e preensão instável, é possível concluir que a atividade de co-contracção, isto é, contracção simultânea de grupos musculares opostos proximais como ombros e quadris, não era suficientemente eficaz para realização e desenvolvimento da motricidade fina.

As músicas utilizadas nesse momento tiveram como objetivo oferecer forte sensação de pulsação musical e estimular o desejo pelo movimento. Foram privilegiadas músicas em compasso binário, com presença de frases rítmicas e melódicas repetidas a fim de favorecer a aceitação da atividade desafiadora (tocar elevando o tronco e manter baquetas nas mãos) pela memória musical como “mamãe eu quero”, “borboletinha”, “Mulher Rendeira”, entre outras.

Observado que V. passou a se manter em postura sentada na maior parte do tempo, exigindo cada vez menos momentos de acolhimento e afetividade, foi proposto sentar em banco encostado na parede e próximo à parede lateral esquerda, terapeuta em lateral direita e tambor grande à sua frente, oferecendo sensação de proteção encorajando-a para a atividade musical em postura diferente do experimentado até aquele momento. Gradativamente diversas outras combinações foram propostas, sendo introduzidos outros instrumentos: flauta doce, violão, afoxé, pandeiro, tamborim, reco-reco. Cada qual

explorando um esquema motor diferente, estimulando percepção tátil, visual e auditiva. A motricidade grossa caminhando sutilmente em direção à motricidade fina.

Foi então testado o teclado musical porém V. apresentou forte rejeição. Uma forma de aproximar V. do teclado foi testar o teclado virtual do tablet sendo aceito, mas por curtos períodos de tempo. Em geral batia na tela, não parecendo compreender sua função. Então foi iniciado uso do tablet sempre nos últimos minutos de terapia, sendo utilizado o jogo ABC Autismo, cujo objetivo era de oferecer um estímulo para uso do dedo indicador ao deslocar lateralmente a imagem apresentada até o local proposto pelo jogo com acompanhamento vocal da terapeuta, além do som do próprio jogo ao alcançar o objetivo, o que chamava bastante a atenção de V., estimulando sua permanência na atividade por algum tempo.

Para essa atividade foi necessário ajudá-la sustentando antebraço e punho. Aos poucos foi possível minimizar o auxílio, o tempo de atividade aumentou sendo observada evolução na percepção visual, compreensão, atenção, uso do indicador, ritmo e andamento do movimento realizado. Por diversas vezes foi possível observá-la pensando e tomando a decisão correta sobre o local adequado a “encaixar” a imagem.

Outros jogos de estrutura semelhante com personagens de seu interesse foram introduzidos a fim de favorecer a motivação necessária para propor uso do tablet em posição vertical exigindo assim maior controle de pescoço, e força dos músculos dos braços, ao manter as mãos elevadas à nível dos ombros e face. Foi solicitado à mãe trazer os óculos e as calças de MMII, órteses de difícil aceitação por V., mas nas sessões de musicoterapia foram bem aceitas, favorecendo estabilidade na postura sentada com os pés bem apoiados no chão.

Paralelamente a essa atividade com tablet, os instrumentos musicais eram dispostos lateralmente e em níveis de altura diversos a fim de estimular percepção espacial, lateralização e movimentação da cintura escapular e pélvica, com objetivo de melhor domínio do tronco e competências motoras e expressivas. As músicas utilizadas de discoteca (relatado pela mãe como uma preferência observada nessa época), forró e xote,

ajudaram a estimular o movimento, o balanceio do tronco e dos ombros e a animação corporal, distraindo V. quando realizadas intervenções terapêuticas para ganhos na memória de movimentos específicos preparando para futuras conquistas de interação musical e corporal.

Concordo com Mac Keith que “a aprendizagem do movimento voluntário parece depender da própria execução do movimento. Mais fundamentalmente é baseada na sensação do movimento (...) ativo e passivo, mas somente os movimentos ativos podem dar as sensações essenciais para a aprendizagem dos movimentos voluntários”. Então a rica experiência sensorio/motora/musical carregada de prazer e afeto oportuniza a integração sensorial necessária para autonomia e evolução motora.

O teclado musical foi reapresentado e bem aceito, mas a função musical não apareceu, apenas o desejo de exploração, de bater forte com as mãos, o que não era possível pela fragilidade do instrumento. O comando verbal não tinha eficácia, pois não fazia sentido para V. Seus dedos ainda não haviam conquistado identidade, era preciso fazê-los existir. Então foram utilizadas fitas de papel adesivas de fácil remoção, com boas respostas e estimulada compreensão do comando verbal pelo musical, em modalidade menor, ritmo lentificado e melodia de fácil assimilação acompanhado pelo violão. Quando V. batia nas teclas do instrumento a sonoridade vocal e do violão ganhava força e imediatamente o pandeiro era apresentado como opção para movimentos fortes. Desde então V. ao chegar à sala imediatamente aponta para o teclado e descola-se arrastando o bloco em que está sentada com ajuda dos pés, com bom equilíbrio de tronco até alcançá-lo.

A fita adesiva ainda é utilizada, com menos frequência e com intensão de postura vertical dos dedos, porque os seus dedos, já pertencidos a esse corpo, realiza sutis explorações melódicas, já faz carinho no outro com amabilidade e doçura, aponta em direção ao seu desejo com nítida expressão de prazer.

Notícias sobre mudanças comportamentais na escola, nas consultas médicas, nas terapias são semanalmente trazidas. A família, mais motivada, realiza as atividades

orientadas, levando à ampliação de interesses e diminuição das fixações e melhor aceitação às órteses fisioterápicas em domicílio. E o trabalho só começou... musicalidade, autoestima, autonomia dentro do possível, comunicação não-verbal de maior eficácia, exploração dos instrumentos na postura de pé com auxílio da fisioterapia, socialização. O que mais V. estará disposta a realizar? Só o tempo vai nos dizer. É preciso acreditar e oportunizar dentro do possível.

Conclusão

Para a criança que não brinca, que não tem linguagem nem pensamento simbólico desenvolvido, logo não tem ferramentas psíquicas suficientes para atenuar as angústias e ressignificar experiências vividas, a música, o ritmo, o som e o silêncio, a palavra apoiada sobre sequências melódicas e harmônicas parecem alcançar níveis de aceitação, compreensão e desenvolvimento não observados em outros canais de comunicação e interação, sem desmerecê-los obviamente, o que nos leva a crer que caminhos cerebrais diferenciados são percorridos e gradativamente desbloqueados pela música e seus elementos no contexto musicoterapêutico.

Em vista dos resultados obtidos com a paciente com Síndrome de Down agravada relatada nesse artigo, e em tantos outros publicados, apesar da complexidade de suas limitações, evidencia a contribuição da musicoterapia no processo de reabilitação, mesmo que tardio seu início e a lança como indispensável em equipe de reabilitação inter e/ou multidisciplinar, seja em unidade de reabilitação ou em consultórios não devendo sua presença ser negligenciada, nem adiada, a fim de oferecer democraticamente a possibilidade de desenvolvimento a partir da sua linguagem terapêutica.

Referências Bibliográficas

AUCOUTURIER B., **O Método Aucouturier**: Fantasmas de ação e prática psicomotora. Aparecida, SP: Idéias e Letras: 2007

CAVALCANTE LB., PIRES JR., SCAREL-CAMINAGA RM., **Doença Periodontal em Indivíduos com Síndrome De Down: enfoque genético**, RGO, Porto Alegre, v. 57, n.4, p. 449-453, out./dez. 2009).

EL-HANI CN., Gusmão FAF., Moreira LMA., A Síndrome de Down e sua Patogênese: considerações sobre o

determinismo genético, **Rev. Bras. Psiquiat.** 2000; 22 (2):96-9

MAC KEITH RC., In Bobath K., **Uma Base Neurofisiológica para Tratamento da Paralisia Cerebral**, SP, Ed. Manole LTDA, 1990.



MUSICOTERAPIA E EQUOTERAPIA: UMA AFINAÇÃO PROMISSORA

Luciana Frias¹

RESUMO: Tudo começou quando assisti uma aula sobre Equoterapia, fui conhecer o trabalho e dias depois já iniciei o treinamento. As dificuldades para iniciar uma prática sem referências bibliográficas ou profissionais não foram empecilhos para desenvolvermos um trabalho pioneiro dentro da Musicoterapia onde incluímos entre os elementos essenciais ao atendimento, o cavalo. Animal sensível e belo que traz vida e movimento a crianças e adultos com necessidades especiais. Quais os instrumentos adequados? Como encaixar música dentro da prática da Equoterapia? Diante de muitas perguntas fui buscar respostas nas patas dos cavalos e hoje começamos a colher frutos de um trabalho sensível e organizado, tendo o cavalo como agente terapêutico. O animal dita o andamento, desperta afetos e favorece o crescimento psicomotor. Os pacientes, que chamamos de Praticantes, descobrem os prazeres da música aliada ao imenso potencial terapêutico do cavalo. Através de trocas ricas entre profissionais de abordagens terapêuticas e educacionais como a Musicoterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Educação Física e Fisioterapia obtivemos resultados positivos e seguimos em um crescente de descobertas. A equipe descobre possibilidades de elementos terapêuticos, os praticantes descobrem a si mesmos em seus movimentos, em seus potenciais e entre choros, risos e canções vamos buscando a afinação.

Palavras-chave: Musicoterapia, Equoterapia, Interdisciplinaridade

Falar do som do movimento parece redundante quando sabemos que é a partir de um movimento que obtemos um som. Mas foi de forma muito significativa que a partir do momento que atribuímos um som a um movimento já bem conhecido, que começamos a obter os primeiros movimentos da Musicoterapia na Equoterapia: movimentos corporais, movimentos pessoais, movimentos interpessoais.

Para iniciar um trabalho de Musicoterapia na Equoterapia precisei inicialmente fazer um treinamento no próprio Núcleo de Equoterapia do Caxangá Golf e Country Clube. No Brasil apenas a Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-Brasil) oferece cursos de formação para a Equoterapia em vários estados do país, mas tem sua sede em Brasília. Pesquisei na internet e pouco descobri sobre a prática da Musicoterapia na Equoterapia no Brasil. Na época, o único artigo que falava das duas abordagens não trazia detalhes relevantes sobre de que forma a Musicoterapia se insere no contexto da Equoterapia.

O treinamento tem duração de três meses de muitas observações e no último mês comecei a ser inserida nos atendimentos. É preciso ter um domínio mínimo dos termos e

¹ Especialista em Musicoterapia (CBM-RJ), Musicoterapeuta no Núcleo de Equoterapia do Caxangá Golf e Country Clube, Coordenadora do Musicoterapia Recife (musicoterapiarecife.com), Presidente da Associação de Musicoterapia do Nordeste e responsável pela implantação da Musicoterapia no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Contato: luciana.frias@yahoo.com.br

materiais utilizados nas sessões, além de contato e uma certa intimidade com os animais. Apesar de ter tido contato com cavalos durante a infância e adolescência, precisei me familiarizar com os equipamentos que todos os profissionais têm que manusear durante uma sessão de Equoterapia. Após um ano e meio de práticas no Núcleo de Recife fui até João Pessoa/PB para fazer o curso oficial de formação em Equoterapia da ANDE-Brasil. Segundo a ANDE-Brasil, “Equoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais”. materiais utilizados nas sessões, além de contato e uma certa intimidade com os animais. Apesar de ter tido contato com cavalos durante a infância e adolescência, precisei me familiarizar com os equipamentos que todos os profissionais têm que manusear durante uma sessão de Equoterapia. Após um ano e meio de práticas no Núcleo de Recife fui até João Pessoa/PB para fazer o curso oficial de formação em Equoterapia da ANDE-Brasil.

Segundo a ANDE-Brasil, “Equoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais”.

A prática

No dorso do cavalo colocamos mantas e/ou celas. As mantas são próprias para montaria e possuem espessuras e tamanhos diferentes, escolhidas de acordo com o objetivo terapêutico para cada praticante (na Equoterapia chamamos o paciente de praticante). Por cima da manta podemos utilizar alças prendendo a manta, onde o praticante se segura: elas podem ser simples ou duplas. Há os casos em que o praticante monta em celas com ou sem alças.

Os pés do praticante podem ficar apoiados em estribos. Temos o estribo simples e alguns tipos de copos que são estruturas de couro em forma de copo onde toda a borda do copo é presa no aro do estribo onde a ponta do pé fica inserida. Outros praticantes fazem a

montaria sem o uso de apoio nos pés.

A ANDE-Brasil preconiza que preferencialmente em todas as sessões tenham dois terapeutas (um de cada lado) e outro profissional do Núcleo que é o Conductor Guia. Geralmente é um tratador de cavalos que recebe orientações para o manejo específico da prática de Equoterapia. O Conductor Guia é responsável por preparar os cavalos nos intervalos entre as sessões e conduzir os cavalos durante toda a sessão de acordo com orientações que os terapeutas vão fazendo. Em alguns casos específicos podemos ter sessões com apenas um terapeuta ou mais de dois.

O Núcleo de Equoterapia dispõe de um espaço de areia cercado por um muro branco de 1,20m. e com uma cobertura tipo de ginásio (muito alto e curvo) que chamamos de picadeiro e trilhas externas ao picadeiro, mas dentro do espaço do clube. Essas trilhas podem ser percorrendo as baias dos cavalos, indo até uma área com pitangueiras e jameleiros ou podemos ir até a parte da frente do clube onde tem um lago grande com tartarugas e jacaré.

Nas sessões que ocorrem dentro do picadeiro os terapeutas dispõem de alguns materiais que são característicos da Equoterapia, mas que são utilizados de acordo com cada especialidade do profissional, a saber: escovas de tamanhos e cerdas diferentes, gel para cabelo em várias cores, prendedores de cabelo em tamanhos e cores variadas, jogos manuais, bola de futebol, argolas pequenas e copos de plástico coloridos, bambolês, bastão de madeira, marionetes de pano e alguns outros materiais que cada profissional vai inserindo de acordo com sua abordagem.

O treinamento

Ao iniciar o treinamento fui informada que existiam alguns instrumentos musicais entre os materiais e observei que eram todos instrumentos de brinquedo e de plástico: pequeno pandeiro, chocalhos e um violão. Durante esse período inicial fui trazendo alguns instrumentos para testar e ver quais se adaptariam uma vez que não tenho referência se existe um instrumental específico para essa prática. Atualmente utilizamos instrumentos

como AB, pandeiro, pau-de-chuva, ovinhos, caxixi, triângulo e ocasionalmente tambor, pin, som-do-mar e violão (estes são ocasionais pois levo do consultório para a fase de apresentação ao cavalo e só depois de aprovado é que buscamos adquirir para o Núcleo)

Todos os materiais e instrumentos para serem integrados aos materiais da Equoterapia são apresentados aos cavalos sem a presença de praticantes, pois embora os animais sejam treinados e possuem comportamento adequado ao tipo de atividade, são animais muito sensíveis. Essa apresentação é feita pelos terapeutas onde mostramos o instrumento (no caso da Musicoterapia) ao cavalo numa distância de um metro, em várias posições, depois fazemos sons suaves e progressivos de acordo com a aceitação do cavalo. Em seguida vamos aproximando do animal, oferecemos o instrumento para que ele cheire e passamos o instrumento pelo pescoço do cavalo para que ele sinta a textura e temperatura. Somente depois que o cavalo está totalmente relaxado diante desse objeto é que podemos começar a introduzir nas sessões. Esse processo de apresentar os instrumentos aos cavalos pode durar um dia ou várias semanas, principalmente no caso dos instrumentos musicais.

O cavalo possui três tipos de marcha: passo, trote e galope. O primeiro deles é o mais utilizado na Equoterapia. Segundo estudos da ANDE cada marcha possui uma quantidade de tempos (batidas das patas): passo – 4 tempos, trote – 2 tempos e galope – 3 tempos. A música também possui tempos binários, ternários e quaternários, mas como conciliar os tempos musicais com os do cavalo? Teremos que modificar o passo em virtude do compasso da música? Ou só usar músicas de acordo com o passo do cavalo?

Diante desses questionamentos eu olhava fixamente as patas dos cavalos enquanto ao passo, mas faltava algo: o som. Levei alguns guizos de metal e junto com a Terapeuta Ocupacional Layla Falcão construímos um paiá (tornozeleira de barbante e guizos presos em sequência). Essa tornozeleira foi amarrada em uma das patas dianteiras. Fizemos esse teste em um momento de intervalo (sem praticantes no picadeiro). Não percebi diferença entre o som na pata direita ou esquerda. Fizemos uma segunda tornozeleira. Testamos nas duas dianteiras, uma dianteira e uma traseira no mesmo lado e uma dianteira e uma traseira

em lados opostos. A melhor posição foi com as tornozeleiras nas patas dianteiras.

Dessa forma consegui ter uma percepção mais adequada da questão rítmica da marcha do cavalo e de como isso interfere no corpo do praticante. Estudos realizados pela ANDE esclarecem que a cada passo do cavalo o corpo do praticante se desloca para frente e para trás, para direita e para a esquerda e para cima e para baixo, num movimento tridimensional contínuo.

A partir do momento que começamos a utilizar o paiá, percebemos mudanças significativas: alguns praticantes têm grande dificuldade de concentração, mas ao ouvir o pulso do paiá começaram a prestar mais atenção ao cavalo, outros começaram a fazer movimentos com o próprio tronco e/ou braços acompanhando a batida do cavalo. Para esses praticantes que passavam boa parte da sessão distraídos com toda sorte de estímulos que o campo proporciona passaram a ouvir o seu cavalo, procurar no cavalo de onde sai esse som, imitar o som com a voz, com um instrumento, tudo isso proporcionou um diferencial nos atendimentos.

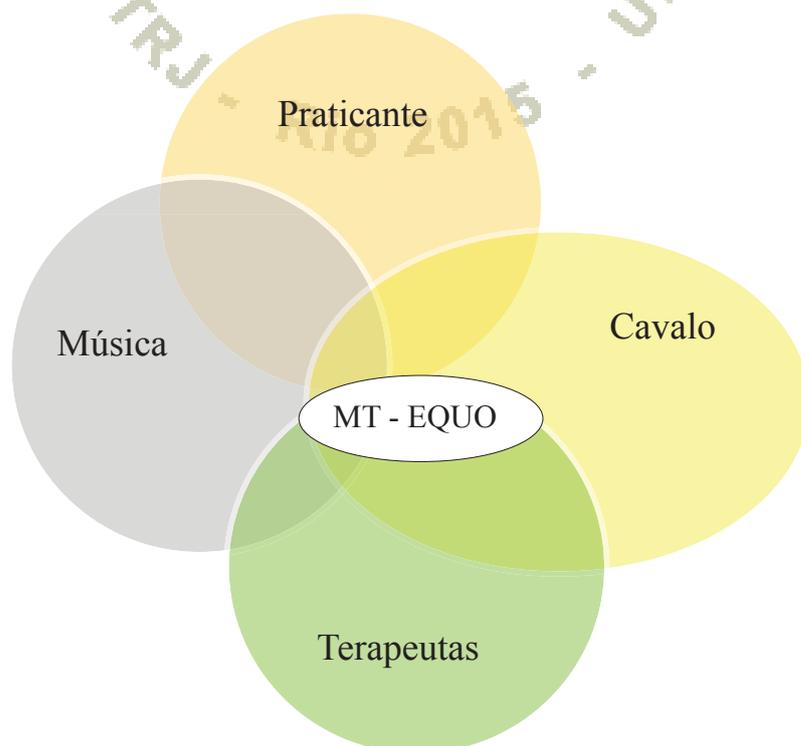
O repertório com as crianças é baseado em canções infantis como *Galinha Pintadinha*, por exemplo. Só tenho chamado a atenção das colegas para o andamento do praticante e estamos tentando acrescentar músicas que tenham letras/temas de cavalo, natureza, patos, passarinhos, jacaré, vento, sol, que são elementos muito presentes no clube. Uma das terapeutas nos ensinou a canção *Meu Cavalo Favorito*, que é uma paródia com a música do *Pintinho Amarelinho* (anexo 1). Quando cantamos e o cavalo deste praticante está com o *paiá* fazendo uma pulsação, adequamos o andamento da canção a marcação do cavalo.

Outro questionamento que eu tinha era como fazer o Princípio de ISO (princípio no qual devemos adequar o tempo mental do paciente/praticante com o tempo sonoro/musical executado pelo terapeuta) (Benenson, 1985, p.44): com a ajuda do *paiá* podemos fazer nos momentos iniciais no picadeiro o que chamamos de passo alongado, isto é, o Condutor Guia estimula o cavalo para que ande mais rápido, mas sem passar para o trote. Dessa forma

temos uma pulsação do *paiá* diferente e eu vou orientando o Condutor Guia para o quanto e quando acelerar, diminuir ou parar o passo alongado. Isso tem tido como efeito a quebra na ansiedade inicial de alguns praticantes e, na medida que reduzimos o passo, o praticante acompanha o cavalo e entra num equilíbrio, numa sintonia de ritmos. Essa estratégia já era feita pelas terapeutas do Núcleo, com a chegada da Musicoterapia apenas passamos a estar mais atentas ao sonoro/musical.

Layla foi minha orientadora/professora no período de treinamento e ainda é durante todo esse tempo em que estou na Equoterapia. Logo nos primeiros dias ela falou de um princípio que é seguido pela equipe deste Núcleo, onde precisamos ter o cuidado de não fazer do cavalo um *setting*, não é só trazer as técnicas de cada abordagem e aplicá-las enquanto o praticante está montado. Temos que rever atividades, rever materiais e olhares, pois temos um outro elemento essencial na sessão: o cavalo e este deve participar direta ou indiretamente em todos os momentos da sessão.

A partir desse pensamento e do esquema traçado por Lia Rejane Mendes Barcellos (2007), para a compreensão daquilo que compõe a musicoterapia, ou seja: musicoterapeuta, paciente e música, trago outra possibilidade de visualizar a sessão de Musicoterapia na Equoterapia:



Por que o cavalo é tão importante para merecer um círculo nesse esquema? Além das implicações históricas da importância do cavalo nas guerras e conquistas da humanidade, da questão fisiológica onde o caminhar do cavalo se assemelha ao caminhar humano, das questões psicológicas: o praticante pode experimentar sentimentos de força e poder, observando o mundo de uma perspectiva literalmente superior a todos os demais; das relações de troca e transferência feitas do praticante que cuida, embeleza, alimenta e dá carinho para o animal. Temos o fato de que as canções recriadas e improvisadas nas sessões têm como base rítmica o passo do cavalo, pois é ele que dá o andamento e fluxo. O círculo do cavalo é maior do que os outros pois em todos os momentos da sessão o cavalo está presente, atuante.

Estudo de caso

Temos um grupo de 6 praticantes que são de uma instituição e que estão entre 15 a 25 anos, com transtornos mentais. Elas moram longe da família e não obtive muitas informações sobre a Identidade Sonora (conjunto de sons que caracteriza um indivíduo) (Benenson, 1985, p. 43). Tenho introduzido canções regionais (Luiz Gonzaga), religiosas e que estejam 'em moda' (Luan Santana, Paula Fernandes, Anita, Roberto Carlos), em busca de um repertório que possa fazer sentido para elas e facilitar a abertura de canais de comunicação.

Uma dessas praticantes, que chamarei de P., tem histórico de agressividade com as colegas da comunidade, terapeutas, professoras e consigo mesma (seus braços são marcados por cicatrizes). Na equipe da Equoterapia quase todas as terapeutas já sofreram algum tipo de agressão (beliscões, tapas, socos). Talvez pelo meu porte físico ou simplesmente pelo potencial da Musicoterapia, fui designada a atender P. Não me intimidei pelo histórico dela e desde o primeiro contato fizemos uma boa parceria.

Depois de algumas semanas de adaptação passei a utilizar o *paiá* no cavalo de P. Nas primeiras sessões em que P. ouviu o som dos guizos ela passava os primeiros cinco minutos fazendo um movimento de tronco onde jogava os ombros para frente e para trás

acompanhando a batida do guizo.

As cuidadoras de P. informaram que há anos atrás havia um voluntário que dava aulas de Maracatu na comunidade em que P. mora. Partindo do conceito de Identidade Sonora Cultural (é o produto da identidade sonora de uma comunidade cultural) (Benenzon, 1985, p. 45), um dos primeiros instrumentos que utilizei com P. foi o AB (instrumento de percussão feito de cabaça e uma rede de contas em volta). Quando P. avistou o instrumento deu um grande sorriso e estendeu as mãos num gesto de pedir. A forma como ela segurou o instrumento e como tocou é exatamente como é ensinado nos grupos de percussão. Ela fez a célula rítmica básica do Maracatu com firmeza e propriedade. No seu rosto um sorriso largo, postura ereta como quem tem orgulho do que sabe fazer bem. Observo que o andamento do Maracatu de P. varia de acordo com seu humor no dia.

Dentro da Equoterapia costumamos realizar uma atividade com gel + escova: o praticante montado coloca gel na crina do cavalo, espalha com as mãos e depois utiliza uma escova (temos diferentes tamanhos, formatos e cerdas) para pentear. Ao colocar o pingo de gel na palma da mão de P., ela levou a mão ao nariz, cheirou. Com a outra mão colocou o dedo indicador e ficou sentindo sua textura/temperatura. Propus a ela que colocasse na crina mas ela permaneceu experimentando. Coloco um pingo do gel no dorso da minha mão e a deixo bem próxima das mãos de P. Ela toca o gel da minha mão e espalha pelo dorso. Eu coloco um pingo de gel no dorso da mão dela e espalho como ela fez. E numa sucessão de pingos e carícias, numa dança de mãos, furtivas trocas de olhares, surge meu canto: “caçador de mim” (anexo 2). Ao final da canção termina nossa dança, mas seguimos de mãos dadas num silêncio cheio de presença.

A partir desse dia passamos boa parte das sessões assim, caminhando de mãos dadas. No passo seguinte introduzi uma canção de início para as sessões de P. Depois que arrumamos os estribos, costumamos dar cerca de duas voltas no picadeiro até definirmos (a partir do que temos de objetivos para aquele praticante, de como ele está chegando naquele dia e das condições climáticas) qual atividade e/ou que formato daremos para esta sessão. Tenho aproveitado este tempo para introduzir a canção “Te ofereço paz” (anexo 3). A partir

da terceira sessão ela começou a cantarolar (quando chega o momento para cantar a música). Esse canto é em volume baixo e ininteligível, mas ela troca olhares e segura na minha mão.

P. tem apresentado melhoras significativas no comportamento dentro das sessões, com mais concentração, participação e entrega. Há algumas semanas ao iniciarmos a sessão, P. começou a chorar e chorou copiosamente por vários minutos. Com o intuito de dar continente eu coloquei uma das mãos nas costas dela e acariciei enquanto andávamos pelo picadeiro. Na semana seguinte assim que começou a chorar, ela pegou minha mão e a colocou nas costas dela. Durante os momentos de choro ela fica muito centrada e tem feito sons e gemidos. Observamos que para quem sempre teve uma postura de imposição, de agressividade e força, P. vive um momento de se permitir ser frágil e ser cuidada.

Na p. XI do livro *Corpo e Arte em Terapia Ocupacional*, de Marcos Vinícius Machado ele diz “o que pode um corpo?”. Eu pergunto: o que pode um conjunto (praticante + cavalo)? O cavalo como extensão do corpo do praticante, num movimento único, expandindo a percepção que o praticante tem do mundo, das pessoas e de si mesmo.

Ao propor um novo olhar para a Musicoterapia dentro do contexto da Equoterapia “... fazemos da intervenção uma aposta neste para além do nosso conhecimento e das nossas certezas”. Machado. (2004, p. XI).

Anexo 1:

Paródia a partir da canção infantil Meu Pintinho Amarelinho

Meu cavalo favorito

Gosto dele de montão, de montão

Quando quer comer capim

Com seu pescoço vai até ao chão

Ele vai ao passo e também ao trote

Mas eu gosto mesmo é do seu galope

Anexo 2:

Caçador de mim – Milton Nascimento

Por tanto amor

Por tanta emoção

A vida me fez assim

Doce ou atroz

Manso ou feroz

Eu caçador de mim

Preso a canções

Entregue a paixões

Que nunca tiveram fim

Vou me encontrar

Longe do meu lugar

Eu caçador de mim

Nada a temer senão o correr da luta

Nada a fazer senão esquecer o medo

Abrir o peito à força numa procura

Fugir as armadilhas da mata escura

Longe se vai

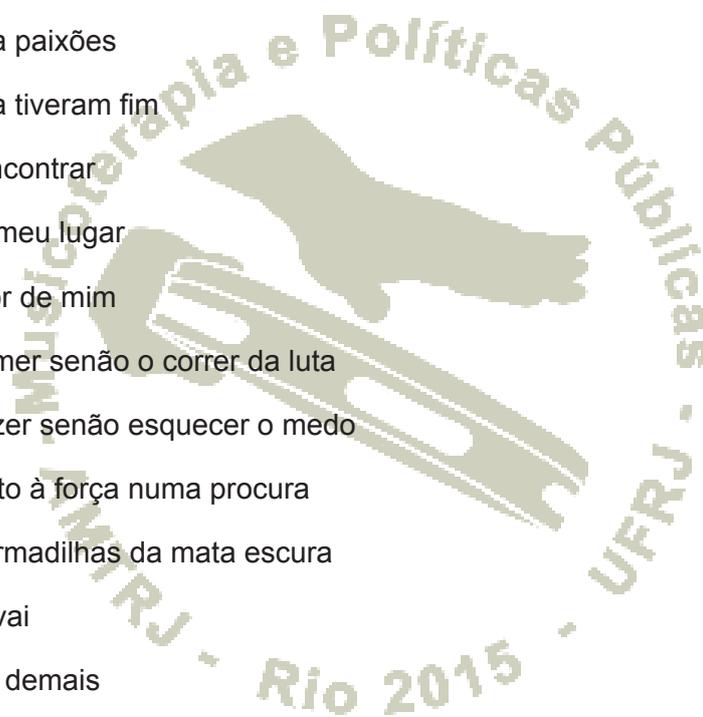
Sonhando demais

Mas onde se chega assim

Vou descobrir

O que me faz sentir

Eu caçador de mim



Anexo 3:

Te ofereço paz – Grupo Sal da Terra

Te ofereço paz

Te ofereço amor

Te ofereço amizade

Ouço tuas necessidades

Vejo tua beleza

Sinto os teus sentimentos

Minha sabedoria flui

De uma fonte superior

E reconheço essa fonte em ti

Trabalhemos juntos

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Marcus Vinícius Machado de. **Corpo e Arte em Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: ENELIVROS, 2004.

ANDE-Brasil Apostila do **Curso Básico de Equoterapia** da Associação Brasileira de Equoterapia. João Pessoa, 2013

BENZON, R. O. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: ENELIVROS, 1985.

A MUSICOTERAPIA NUM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

Rosa Kelma Carneiro¹

RESUMO: Este trabalho, trata-se de um relato de experiência, cujo principal objetivo é analisar a ação da Musicoterapia num Centro Especializado em Reabilitação (CER), especificamente na Associação Fluminense de Amparo aos Cegos (AFAC) em Niterói - RJ, que ocorre desde abril de 2014. Este CER, é habilitado para tratamento de deficientes visuais e intelectuais. A prática musicoterápica é desenvolvida com deficientes intelectuais, principalmente em usuários com o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). A ação da Musicoterapia acontece num programa terapêutico interdisciplinar e pioneiro de atendimento com grupos de usuários, em sua maioria, com TEA. Atualmente, 35 usuários são atendidos neste programa e, em muitos deles, já são observadas melhoras no desenvolvimento. Esta análise se dará a partir das demandas do Ministério da Saúde através do programa Viver Sem Limites.

Palavras-Chave: Musicoterapia. Reabilitação. Deficiência

1 - Introdução

Há muitos anos, a Musicoterapia é uma das modalidades terapêuticas oferecidas no campo da reabilitação, sendo inúmeros os trabalhos tanto nacionais como estrangeiros que abordam esse campo: BARCELLOS, L. (2004, 1999, 1994); LOPEZ, A. E CARVALHO, P. (1999); COSTA, C. E FIGUEIREDO, A. (2004). No entanto, a partir de 2012, a Musicoterapia é reconhecida pelo Ministério da Saúde como profissão da área de reabilitação, tendo assim códigos autorizados para tratamentos pagos no Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a Musicoterapia pode fazer parte dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e ter seu serviço faturado nos relatórios institucionais. (BRASIL - 2012a)

Em abril de 2014, graças a essa inclusão de procedimentos no SUS, a Associação Fluminense de Amparo aos Cegos (AFAC), em Niterói – RJ, passou a oferecer o serviço de Musicoterapia a seus usuários. Esse artigo é uma análise da contribuição da Musicoterapia no serviço de reabilitação desse Centro Especializado para pessoas com deficiência visuais e/ou intelectuais, conveniado ao SUS e de todo o trabalho lá construído.

¹ -Musicoterapeuta, CBM-RJ. Especialista em Educação Especial, UFF, Mestre em Educação, UFF, Musicoterapeuta clínica da Associação Fluminense de Amparo aos Cegos, AFAC. Professora visitante da Faculdade Maria Thereza, Faculdade Claudio, polo Rio de Janeiro de 2011 a 2014. Professora titular dos cursos de Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia de 1995 a 2013, na Escola Superior de Ensino Helena Antipoff - Faculdades Pestalozzi. Contato: rosakelma@hotmail.com

Esse tema justifica-se pela necessidade de se discutir a importância dos efeitos benéficos das práticas musicoterápicas em instituições conveniadas ao SUS. Dessa forma, pretende-se que novas instituições possam adotar a Musicoterapia como estratégias reabilitadoras.

2 - Centro Especializado em Reabilitação

Em junho de 2013, o então ministro da saúde Alexandre Padilha, publica a portaria nº1303 que cria e abre a possibilidade de credenciamento dos Centros Especializados em Reabilitação. A partir de então, começa uma nova fase na implementação do programa do governo federal Viver Sem Limites lançado em 2011. Este programa tem como foco principal garantir e desenvolver as habilidades funcionais das pessoas com deficiência objetivando a autonomia e a independência destes. O ministério da saúde define as funções específicas do programa Viver Sem Limites como:

“O plano tem como objetivo promover a cidadania e fortalecer a participação da pessoa com deficiência na sociedade, promovendo sua autonomia, eliminando barreiras e permitindo o acesso e o usufruto, em bases iguais, de bens e serviços disponíveis a toda a população. No eixo da saúde, as ações irão ampliar o acesso e qualificar o atendimento no Sistema Único de Saúde com foco na organização do cuidado integral em rede, nas áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomia.” (BRASIL, 2013, p. 34)

A ideia do Ministério da saúde é pensar o tratamento da pessoa com deficiência em um olhar mais ampliado. Propõe às equipes de reabilitação não apenas o tratamento de uma *patologia*, mas a habilitação do sujeito à inclusão social e à autonomia. Através destas solicitações, o governo provoca uma demanda de modalidades e estratégias de tratamentos novas. Não há mais espaço para *olhares partidos* sobre o sujeito com deficiência.

Convém esclarecer que *olhares partidos* seriam estes. Até há pouco tempo, o sujeito com deficiência recebia atendimentos nas diversas modalidades terapêuticas: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Medicina, entre outras. Porém, cada um desses profissionais construía seus objetivos de tratamento, muitas vezes sem olhar o sujeito com deficiência como um todo nem tampouco conhecer os objetivos dos outros profissionais que atendiam aquele mesmo sujeito. Cabe destacar que algumas instituições combatiam seriamente esta postura, promovendo um trabalho integrado de equipe

multidisciplinar. Esse combate ocorria através de constantes reuniões de equipe, com uma busca de objetivos terapêuticos comuns. Enfim, essas instituições combatiam esse olhar partido sobre o sujeito com deficiência. Porém, infelizmente, essas instituições eram uma minoria. Os *olhares partidos* dominavam a atuação a maioria dos profissionais de reabilitação.

O programa Viver Sem Limites e a posterior criação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), veem para combater essa postura descrita anteriormente. Há um movimento de cobrança, por parte do ministério da saúde, de mudança na postura dos profissionais da área de reabilitação. O próprio ministério levanta a reflexão acerca do termo reabilitar e habilitar:

“Habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/doença é se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências; o entorno de fenômenos, relações e condições históricas e, neste sentido, sempre muda; então a noção de reabilitar é problemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal ou pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos, o “re” se aplica.” (BRASIL, apud BRASIL, 2013, p. 6)

Então, com a proposta de construir um tratamento perpassado pelo olhar biopsicossocial, surgem os Centros Especializados em Reabilitação (CER). O próprio ministério, já na cartilha de criação do CER, determina que as equipes trabalhem com um olhar novo sobre o sujeito com deficiência:

“A reabilitação/habilitação prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. As estratégias de ações para habilitação e reabilitação devem ser estabelecidas a partir das necessidades singulares de cada indivíduo, considerando o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, bem como, os fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos. Neste sentido, a troca de experiências e de conhecimentos entre os profissionais da equipe é de fundamental importância para a qualificação do cuidado e para a eleição de aspectos prioritários a serem trabalhados em cada fase do processo de reabilitação.” (BRASIL, 2013, p. 9)

Então nota-se que passa ser uma exigência do ministério a criação de estratégias e de planos terapêuticos singulares para cada sujeito atendido nos Centros Especializados em Reabilitação (CER). Por conta desta determinação, a Associação Fluminense de

Reabilitação – AFAC, que é um CER para pessoas com deficiência visual e/ou intelectual, decide criar um programa terapêutico incluindo a atuação da Musicoterapia em sua estratégia terapêutica.

2.2 - A MUSICOTERAPIA

A Musicoterapia não é uma profissão nova no Brasil. O primeiro movimento em se organizar uma Associação Brasileira de Musicoterapia, surge em 1968. Posteriormente, em 1972, começa o primeiro curso de formação de musicoterapeutas, no Rio de Janeiro. Contudo, as primeiras publicações sobre o tema, são bem anteriores, nas décadas de 40 e 50 (Altshuler – 1941, 1944, 1954 e 1958) (COSTA, C.; CADERMAN, C., 2008). Atualmente, há em diversos estados cursos tanto de graduação como de pós-graduação para formação de musicoterapeutas. Portanto, nota-se que a Musicoterapia, apesar de ainda não ser amplamente conhecida, não pode ser considerada uma profissão nova.

Nos últimos anos, ressalta-se importantes conquistas na busca do reconhecimento da profissão: a inclusão na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e os códigos para pagamentos de procedimentos no Sistema Único de Saúde (SUS). Tanto a CBO quanto o pagamento do SUS, abriram uma nova rede de atuação do musicoterapeuta: os Centros Especializados em Reabilitação. A Musicoterapia ainda não faz parte das profissões obrigatórias ao CER, o que ainda restringe uma contratação de profissionais numa maior quantidade. Depende, ainda da iniciativa dos gestores de cada CER, perceberem os benefícios que essa modalidade terapêutica poderia trazer aos seus usuários.

O Ministério da Saúde apenas reconheceu aquilo que os musicoterapeutas e muitos outros profissionais da área de saúde já sabiam: que o fazer musical, aliado a escuta de um profissional habilitado, na maioria das vezes, produz efeitos benéficos à saúde do homem. As atividades com música, podem trazer para os mais diversos espaços de tratamento de saúde, uma maior humanização dos tratamentos. A música e o fazer musical estão intimamente ligados ao homem. Zuckerkandl, descreve a relação do homem com a música:

“Musicalidade não é propriedade de indivíduos, mas atributo essencial da espécie humana. A implicação é que não alguns homens são musicais enquanto outros não o são, mas que o homem é um animal musical, isto é, um ser predisposto à música e com necessidade de música, um ser que para sua plena realização precisa expressar-se em tons musicais e deve produzir música para si mesmo e para o mundo. Neste sentido, musicalidade não é algo que alguém pode ter, mas algo que – junto com outros fatores – é constitutivo do ser humano.” (ZUCKERKANDL, apud PETRAGLIA, M.; QUEIROZ, G., 2013, p.4)

Essa relação do homem com a música quando resgatada e incentivada, provoca uma valorização do humano e de suas relações. Melhor explicando, as relações passam a ser pensadas entre homens, e não apenas de um homem com fígado, com o pulmão, com a perna de outro sujeito. O filósofo alemão GOETHE, fez uma afirmação bastante interessante acerca deste tema: “Quem a música não ama, não merece ser chamado de ser humano. Quem apenas ama, é um meio ser humano. Mas quem a música faz, é um ser humano completo” (apud PETRAGLIA, M.; QUEIROZ, G.; 2013, p. 4). O fazer musical humaniza os sujeitos e suas relações, percebe-se que é essa humanização que o Ministério da Saúde passou a demandar nos ambientes de tratamentos.

A Musicoterapia carrega inúmeras possibilidades transformadoras ao SUS. Possibilidades abertas. Cabe aos musicoterapeutas construir projetos e abrir novos espaços para atuação, e, dessa forma, transformarem a relação do homem com os serviços de saúde.

2.3 – A MUSICOTERAPIA NA ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE AMPARO AOS CEGOS – CER II

Ao final de 2013, a AFAC recebeu o credenciamento do SUS para operar como um CER II, ou seja, se tornar um Centro Especializado habilitado para reabilitar em duas modalidades: deficiência visual e deficiência intelectual. Cabe o destaque que, desde 2012 os sujeitos com o transtorno do espectro do autismo (TEA) foram considerados, pelo Ministério da Saúde, como pessoas com deficiência intelectual (BRASIL g, 2013). Portanto, usuários com autismo também deveriam ser previstos no novo plano terapêutico da instituição. Devido a nova habilitação, a AFAC precisou ampliar seu número de profissionais, a fim de consolidar as novas estratégias terapêuticas. Foram contratados profissionais das

seguintes áreas: Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Musicoterapia.

Então, em 2014, foi criado o Programa de Atendimento Integrado para deficientes visuais e intelectuais da instituição. Neste programa, a equipe técnica foi composta de uma fonoaudióloga, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma musicoterapeuta. Os atendimentos são em grupo de usuários atendidos em coterapia por um grupo de terapeutas, durando 45 minutos cada atendimento, duas vezes por semana.

Cabe o destaque que a equipe da instituição já tinha um trabalho construído na mesma instituição com outro grupo de usuários. A musicoterapeuta chamada para compor esta equipe, já conhecia esse grupo de profissionais e também já havia trabalhado com a fonoaudióloga anteriormente. Também vale ressaltar que a fonoaudióloga e a musicoterapeuta já tinham mais de 20 anos de experiência no trabalho com usuários com deficiência intelectual. Esses são dois quesitos importantes para o êxito desse programa: a afinidade prévia que os integrantes dessa equipe e a experiência profissional.

A ideia da construção de um trabalho em grupo, baseou-se, inicialmente, em experiências positivas que as profissionais já haviam tido. Porém, logo após o início do programa começou-se a organização dos protocolos e, conseqüentemente a preocupação da fundamentação teórica do trabalho surgiu. A Psicologia Positiva é a que melhor se enquadra para a fundamentação do trabalho desenvolvido:

A Psicologia Positiva considera que o clima de aceitação cria a condição de implicação do entre que ocorre no grupo, e possibilita a transformação pessoal e mobiliza a mudança social. O grupo permite que o indivíduo exerça a autenticidade e conte com a empatia necessária para implicar-se num processo de tornar-se pessoa (aqui evocam o humanismo *rogeriano*). Tal abordagem diferencia-se das abordagens tradicionais, pois enfoca o bem-estar e a qualidade de vida, e busca transformar antigas questões em novas oportunidades de crescimento. (SOUZA, APR; et all., 2011, pp. 142, 143)

Esses princípios são muito evidentes no cotidiano dos atendimentos dos grupos. Porém, o primeiro grande desafio foi como dividir os grupos. Em abril de 2014, a notícia que a instituição estava atendendo usuários com deficiência intelectual pelo SUS e que ainda tinha vagas, corria pela cidade, e, em toda semana chegavam cerca de 10 crianças e

adolescentes para serem avaliadas. Em quase 4 meses, as 35 vagas foram preenchidas e era preciso fazer a divisão dos grupos.

Os grupos foram divididos segundo dois critérios: idade e estágio semelhante do desenvolvimento biopsicossocial. Esses critérios inicialmente foram suficientes para fazer as divisões. Porém, esses critérios por vezes precisavam ser revistos para garantir o bom funcionamento dos grupos. Em geral, pode-se dizer que esses critérios foram satisfatórios para. Criou-se grupos com diferentes números de participantes, já que a quantidade de usuários dependia do desenvolvimento grupal. Em geral, cada grupo funciona com 3 usuários.

Efetivamente, os grupos foram divididos sob as ideias de MAXIMINO e MOSEY:

MAXIMINO (2001) corrobora a conceituação de grupo como sendo um conjunto de pessoas, mas complementa afirmando que esse conjunto não é um conjunto qualquer, e sim um recorte, sendo que as pessoas que participam deste grupo devem apresentar características que as incluam neste coletivo, com características específicas, e excluam deste mesmo grupo as pessoas que não apresentam estas peculiaridades. Para MOSEY (1970 e 1974), citada por MAXIMINO (2001), além destas características em comum, como os pensamentos e atitudes, os integrantes do grupo apresentam certo grau de confiança e afeto entre si e compartilham de uma proposta que só pode ser atingida através da interação e trabalho conjunto. (CUNHA, A.; SANTOS, T., 2009, p. 134)

A partir da divisão dos grupos, os atendimentos começaram. E, esses atendimentos eram interdisciplinares: Musicoterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional. A cada 15 dias a psicóloga, saía do atendimento com as crianças para conduzir um trabalho com as mães dos usuários de cada grupo.

A interdisciplinaridade pode aparecer como uma primeira tentativa de integração. Ela pode significar (Morin e Bonnefoy, 1998), simplesmente, que diferentes disciplinas se reúnam sem poder afirmar outra coisa que suas próprias soberanias. Mas, ela pode também querer dizer troca, cooperação, tornando-se então um tanto orgânica sem, contudo, chegar a controlar o jogo da complexidade disciplinar. A interdisciplinaridade para Nicolescu concerne ao transporte dos métodos de uma disciplina à outra no nível prático, epistemológico ou pela criação de novas disciplinas mistas. Mas aqui, igualmente, a finalidade e a metodologia permanecem inscritas no saber disciplinar. Para Pineau (2005), finalmente, a troca predomina de maneira centrípeta (interdisciplinaridade centrípeta) pelo processo de esponja ou centrífuga (interdisciplinaridade centrífuga) se essa impregnação é transferida para outro objeto. (PAUL, P., 2005, p. 75)

O objetivo principal no atendimento interdisciplinar é promover um olhar inteiro sobre o usuário. Evitando assim, entender o sujeito com deficiência de forma partida. A junção dos saberes durante os atendimentos produz múltiplas ações que só podem acontecer num espaço conjunto. Exemplificando, por vezes a fonoaudióloga pode iniciar uma canção objetivando a emissão ou a articulação de fonemas e, a musicoterapeuta ao perceber que o usuário, quando canta, está conseguindo ou entoar ou então, conseguindo acompanhar o tempo musical, e dessa forma, a musicoterapeuta intervém para contribuir com o crescimento na organização musical. Ressalta-se que, o crescimento da organização musical aponta para um crescimento na organização do pensamento. E, que, por sua vez a organização de pensamento favorece a organização desse sujeito como um todo.

O olhar interdisciplinar é um olhar único sobre o usuário. Abre-se a possibilidade da construção de um plano terapêutico singular. Esse usuário passa a ser visto como um todo por todos. Essa é a demanda do Ministério da Saúde como já foi discutido anteriormente.

Paul reforça a necessidade desse olhar único:

A abordagem pelas especialidades multiplica as competências fragmentárias, mas apaga toda compreensão global, com a complexidade ontológica do humano se reduzindo a um monismo materialista no qual a realidade objetiva torna-se um corpo dissecado em órgãos e recortada em funções, com toda a organização do conjunto sendo, mesmo por princípio, ignorada. É necessário estar consciente do problema do paradigma científico positivista. (id., p. 74)

Uma das metas da equipe é conseguir avançar do atendimento interdisciplinar para o transdisciplinar, mas isso ainda requer uma maior caminhada. Essa meta não acontece por um simples interesse acadêmico, mas porque entende-se que seria melhor para o usuário.

Entende-se transdisciplinaridade como:

A transdisciplinaridade, como nós a compreendemos, não se refere a uma simples transferência de métodos, como poderíamos encontrar na pluri ou na interdisciplinaridade. « Trans » supõe não permanecer – conservando-o – dentro de seu próprio campo disciplinar mas englobá-lo e passar além, abrindo-se dentro de um esforço de síntese àquilo que lhe é contrário ou pelo menos diferente. Há, então, de certa maneira, um imperativo de transgressão na transdisciplinaridade porque se trata ao mesmo tempo de delimitar as fronteiras e de ousar rompê-las, abrindo-se à complexidade, à multireferencialidade (PAUL, P.,2005, p. 76).

A ideia da troca de saberes não é valorizar um mais que o outro, mas somá-los. Em nenhum momento um saber ou fazer é diminuído em relação ao outro. Um profissional aprende a lidar com o fazer do outro. Todos ganhamos com essa troca constante. Os fazeres são perpassados pelos sujeitos e esses sujeitos são transformados. Aliás, todos são transformados, usuários e terapeutas. Independentemente se o usuário está tocando, brincando ou pintando, ele está sendo trabalhado, estimulado, escutado. Percebe-se que o fazer musical costuma ser um destes fazeres que é mais utilizado pelos usuários. Isso não quer dizer que ele não seja aproveitado pelas demais terapeutas. Mas, a proposta terapêutica é trabalhar com esse sujeito independentemente do recurso utilizado.

Efetivamente, a entrada da Musicoterapia na AFAC, contribuiu para a construção de um programa de atendimento inovador. Não apenas pelo formato novo, mas, principalmente, pela entrada de um fazer musical terapêutico no seio do programa. Esse fazer musical é o que possibilita ao usuário se manifestar, trocar com o outro, abrir-se a uma comunicação nova, ser escutado. O fazer musical se choca e se transforma com os outros fazeres, o plástico, o lúdico. Em geral, os atendimentos começam com esse fazer musical, às vezes ficam apenas nele; outras vezes se transformam: passam ao lúdico ou ao plástico. Pode acontecer sempre que for desejado, e sempre que ele surgir, será escutado.

Enfim, a Musicoterapia em um Centro Especializado em Reabilitação contribui, através de todos os benefícios que entrada da música e do fazer musical, com o processo de reabilitação do usuário. A musicalidade, o prazer e as novas formas de expressão são exploradas e agregadas ao processo terapêutico.

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa Viver Sem Limites do Ministério da Saúde, aponta a necessidade de novas práticas para a reabilitação. O sujeito com deficiência precisa ser visto e ser tratado em toda a sua complexidade. Deve receber múltiplos olhares, mas não partidos. Esse sujeito precisa ser tratado em sua totalidade e não por partes.

Observa-se que esse olhar e essa prática diferenciada permitiram que os usuários alcançassem melhoras que não vinham conseguindo sob outras modalidades terapêuticas. Muitos passaram a estabelecer contato visual; conseguiram começar a utilizar instrumentos musicais e brinquedos de forma convencional; começaram a se comunicar melhor tanto por sons quanto por gestos; aceitaram a presença de outros pares e aprenderam a dividir com esses. Enfim, esse formato de atendimento possibilitou que vários usuários tivessem melhoras no desenvolvimento biopsicossocial.

No caso da AFAC, pode-se dizer que a Musicoterapia contribui com a reabilitação desse sujeito com deficiência. Destaca-se a importância de sua entrada num Centro Especializado em Reabilitação, não apenas pelo efeito das propriedades dos recursos musicais com que a Musicoterapia trabalha, mas, principalmente, pelo olhar e pela escuta que o musicoterapeuta pode trazer ao processo terapêutico. O musicoterapeuta escuta o pequeno intervalo melódico, mas sem deixar de perceber toda a canção que é trazida; percebe a falta de noção de pulso musical que aponta para um corpo desorganizado ou desagregado. Enfim, o musicoterapeuta contribui com sua escuta e seu olhar único, mas que somados aos outros olhares pode promover uma reabilitação e uma habilitação para que o sujeito com deficiência possa, realmente, viver sem limites.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS::

BARCELLOS, L. - **MUSICOTERAPIA: ALGUNS ESCRITOS** - Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

BARCELLOS, L. - **CADERNOS DE MUSICOTERAPIA 4** - Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

BARCELLOS, L. - **CADERNOS DE MUSICOTERAPIA 3** - Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Viver sem Limites. **Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade)**. Referências: Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012; Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=162692>. [Acesso em: março de 2015].

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013g. 74, p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde.)

COSTA, C.; FIGUEIREDO, A. (org.) - **OFICINAS TERAPÊUTICAS EM SAÚDE MENTAL: SUJEITO, PRODUÇÃO E CIDADANIA** - Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

CUNHA, A.; SANTOS, T. - A UTILIZAÇÃO DO GRUPO COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DA TERAPIA OCUPACIONAL COM CLIENTES COM TRANSTORNOS PSICÓTICOS: APONTAMENTOS BIBLIOGRÁFICOS - **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, Jul-Dez 2009, v. 17, n.2, p 133-146.

LOPEZ, A.; CARVALHO, P. - **MUSICOTERAPIA COM HEMIPLÉGICOS** - Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

PAUL, P.. - Transdisciplinaridade e antropofornação: sua importância nas pesquisas em saúde. **Saúde e sociedade.**, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 72-92, Dezembro 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300005&lng=en&nrm=iso Acessado em: abril de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902005000300005>.

PETRAGLIA, M.; QUEIROZ, G. - O FAZER MUSICAL NA EMPRESA EM DIÁLOGO COM A MUSICOTERAPIA – in: **EUROPEAN REVIEW OF ARTISTIC STUDIES** 2013, vol. 4, n. 2, pp. 1-27

SOUZA APR; CRESTANI AH; VIEIRA CR; MACHADO FCM; PEREIRA LL - O GRUPO NA FONOAUDIOLOGIA: ORIGENS CLÍNICAS E NA SAÚDE COLETIVA - **Revista. CEFAC**. 2011 Jan-Fev; 13(1):140-151.



2. MUSICOTERAPIA NA GESTAÇÃO E NA INFÂNCIA

Comunicação Oral:

O SONORO-MUSICAL NOS PRIMÓRDIOS DA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA DO SUJEITO- FUNDAMENTO PARA A INSERÇÃO DA MUSICOTERAPIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Luisiana Baldini França Passarini¹

RESUMO: Neste trabalho teremos como principal conceito da musicoterapia a formulação de Rolando Benenzon de que cada ser humano possui uma "Identidade Sonora". A Identidade Sonora (ISo) é composta por energias sonoro-musicais-não-verbais, ontogenética e filogeneticamente herdadas e vivenciadas ao longo da vida que, como engramas mnêmicos, constituem a memória não-verbal do sujeito. O entendimento de como se constitui o ISo nos primórdios da vida psíquica, somado à capacitação técnica para articular com esta construção, na reabilitação, promoção da saúde ou provisão de cuidados, delinea a práxis da musicoterapia com crianças, principalmente na primeira infância. O processo musicoterapêutico abre espaço para inscrições psíquicas que permitem a articulação entre corpo, afeto, emoção, identidade, alteridade, desejo e linguagem. Abre espaço para a constituição do EU e o desenvolvimento da criança. O objetivo deste trabalho é apresentar uma breve discussão teórica sobre importantes aspectos implicados no processo musicoterapêutico tais como holding sonoro, o brincar, o papel do corpo na relação e as origens da linguagem, sob a perspectiva do Modelo Benenzon de Musicoterapia, como elementos fundamentais para o desenvolvimento infantil, evidenciando e justificando a importância da inserção da musicoterapia nos programas e políticas públicas relacionados à primeira

Palavras-chave: Musicoterapia. Identidade sonora. Constituição psíquica. Desenvolvimento infantil.

¹ Pós-graduanda em Reabilitação Cognitiva – (2015). Especialista em Psicopatologia e Saúde Pública -FSPUSP (2012). Magíster e Supervisora no Modelo Benenzon de Musicoterapia (2008). Bacharel em Musicoterapia - FMU (2005). Pianista e Educadora musical desde 1987, é idealizadora e coordenadora pedagógica do Musicando: música no desenvolvimento infantil. Fundadora e coordenadora do Centro de Musicoterapia Benenzon Brasil. luisiana@centrobenenzon.com.br

MUSICOTERAPIA E CLÍNICA PEDIÁTRICA

Ana Christina Santos Mussalem ¹
Andrea Farnettane ²
Vanessa Veloso da Silva ³

RESUMO: Pretendemos falar da nossa atuação como musicoterapeutas junto a uma Terapeuta Ocupacional nas Clínicas Pediátricas em dois hospitais que fazem parte da Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro – Brasil. A Musicoterapia vem conquistando, cada vez mais, um espaço de atuação junto às equipes interdisciplinares dentro de um contexto de Humanização Hospitalar. A contribuição interdisciplinar da Musicoterapia é somar a outras especialidades, como a Terapia Ocupacional, e disponibilizar ao outro um espaço de escuta de si mesmo, de seus ritmos, de suas músicas, de seus pensamentos. Nosso usuário são crianças internadas em enfermarias com seus acompanhantes. Eles veem longe o seu cotidiano e enfrentam a doença, e com a doença a dor, o medo, a dúvida, a tristeza e a angústia dentro de um ambiente hospitalar. O nosso objetivo é proporcionar um caminho em que possam expressar a sua dor e encontrem uma possibilidade de se harmonizarem. Neste cenário acreditamos no trabalho interdisciplinar e no cuidado compartilhado, mesmo que breve. A utilização de recursos musicoterápicos é efetuada em uma abordagem diferenciada de acolhimento ao paciente e seus familiares/acompanhantes

Palavras- chave: Musicoterapia. Interdisciplinaridade. Clínica Pediátrica

Este trabalho tem o intuito de relatar nossa experiência como profissionais de saúde na rede pública, em dois hospitais – Hospital Geral de Guarus (HGG) e o Hospital Ferreira Machado - que fazem parte da Fundação Municipal de Saúde, do município de Campos dos Goytacazes. Como musicoterapeutas do HGG fomos convidadas a participar do Projeto Integrar Humanizar, um projeto para ser desenvolvido a partir de atendimentos multidisciplinares as crianças e seus acompanhantes na clínica pediátrica. Quando falamos do projeto Integrar Humanizar, falamos também do trabalho desenvolvido com outros profissionais de saúde. Falamos então da lógica da interdisciplinaridade. Uma equipe que se põe a operar dentro desta lógica, da ação interdisciplinar, questiona, fala de suas

1 Graduada em Musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário – RJ; Licenciada em Artes pela Universidade Cândido Mendes; Especialista em Psicomotricidade pela Universidade Cândido Mendes. Musicoterapeuta da Fundação Municipal de Saúde – Hospital Ferreira Machado em Campos dos Goytacazes – RJ e da Secretaria Municipal de Educação. E-mail: acsmussalem@yahoo.com.br

2 Graduada em Musicoterapia pelo CBM – CEU – RJ; Especialista em Psicossomática pela Universidade Gama Filho e em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ. Musicoterapeuta e Coordenadora Técnica do CAPS III João Ferreira da Silva Filho – RJ e Musicoterapeuta da Fundação Municipal de Saúde - Hospital Geral de Guarus – em Campos dos Goytacazes – RJ. E-mail: farnettane_andrea@hotmail.com

3 Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Presidente Antonio Carlos – UNIPAC – MG; Especialista em Gerontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; Terapeuta Ocupacional da Fundação Municipal de Saúde - Hospital Geral de Guarus – lotada na Enfermaria Pediátrica - em Campos dos Goytacazes – RJ. E-mail: kriptonessa@hotmail.com

angústias, de suas dificuldades, fala de uma clínica ampliada, procurando cuidar do problema na sua amplitude e não cuidar reduzindo os impasses. O foco é o paciente como um todo, é somar os saberes e dividir as ações para alcançar os objetivos necessários com os pacientes. A equipe se permitindo trabalhar na lógica interdisciplinar faz com que os impasses passem a ficar mais visíveis e cuidadosamente seguros de serem alcançados.

“De acordo com o Manual do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar, humanizar é cuidar do paciente de forma integral, incluindo o contexto familiar e social, respeitando valores, culturas e crenças e, sobretudo, garantir a comunicação entre paciente, família e equipe de saúde.” (Prade e Queiroz, in Psicologia e Humanização, p.291)

Todo o trabalho interdisciplinar envolve ações isoladas e em conjunto. O trabalho interdisciplinar visa de forma humanizada e holística tratar o paciente, considerando suas particularidades, levando a um aumento dos benefícios à saúde destes (MITRE; GOMES, 2004). A existência de um projeto em equipe na saúde da criança internada, exige a aprendizagem e o exercício de múltiplos olhares frente à determinada problemática.

Os Hospitais aqui relatados, atendem tanto a população local, como das regiões vizinhas. Sendo considerado de emergência, o fluxo de internações é de grande rotatividade, e devido a isso, a abordagem musicoterápica assim como qualquer outra abordagem terapêutica, é realizada visando a internação breve.

Os atendimentos são realizados no próprio leito de forma individual, ou em grupo com as crianças e com seus acompanhantes e para os acompanhantes também. A prioridade do atendimento, a frequência das sessões e duração, está relacionado a necessidade do paciente ou do acompanhante.

Em nossa rotina, criamos um espaço onde possibilitamos que as crianças, possam vivenciar experiências integradas com o objetivo de expressar suas emoções, avaliar o desenvolvimento global, prestar orientações e, quando necessário, estimular as etapas psicomotoras e cognitivas, sugerir encaminhamentos e intervir nas relações paciente - família –instituição.

A criança internada necessita de momentos e vivências que reduzam o impacto da

hospitalização para que ela consiga lidar com menos estresse, possibilitando dar continuidade ao seu desenvolvimento normal. A Musicoterapia e Terapia Ocupacional são profissões que chegam ao leito da criança com uma intenção não dolorosa e nem invasiva, criando um espaço que oferece à criança, a possibilidade de escolha entre o sim e o não, ou seja, a criança é livre para querer brincar ou não.

É comum, nos depararmos com pacientes ou familiares que diante da dor, e do ambiente hospitalar, paralisam o corpo, a mente, rejeitando a interação e se isolando em seu próprio leito. Quando corpo e mente se fragilizam diante do adoecer somado ao ambiente hospitalar, cabe a nós, profissionais de saúde estar atentos, para ajudar como facilitadores, a este, a enfrentar um possível caminho expressivo terapêutico com o objetivo de melhorar sua condição física e mental.

Durante o processo de internação, a criança deve ser vista em sua singularidade e ter recursos que permitam que ela se expresse, vivencie e elabore a experiência do adoecimento e da hospitalização (MITRE; GOMES, 2007).

Pensando no cuidado da criança hospitalizada numa perspectiva de atenção integral, não se pode limitar-se às intervenções medicamentosas ou às técnicas de reabilitação (CARLO; QUEIROZ, 2009)

Os atendimentos em grupo, quando as crianças podem sair dos leitos com a ajuda de seus acompanhantes, propiciam um espaço diferenciado. Nos grupos realizamos atividades livres e/ ou oferecemos atividades direcionadas onde através do falar, cantar, tocar, brincar, desenhar, pintar, chorar, sorrir; ocorre trocas, interação e interesse. É um espaço livre de expressão e mobilização de sentimentos. Os relatos de seus acompanhantes são de agradecimentos por existir um espaço fora da rotina hospitalar e mais próximo da realidade da criança onde elas se permitem participar dos atendimentos amenizando seus medos, dores, irritações e tantas outras manifestações que tal ambiente possa causar.

Atualmente contamos, no HGG, com o espaço da Brinquedoteca, onde o trabalho

integrado é realizado, de forma que a intervenção se dá fora dos leitos, seja por atendimentos individuais e dinâmicas de grupos.

Com o passar dos anos, o trabalho humanizador no HGG permaneceu mesmo com a rotatividade dos profissionais. E o trabalho da Musicoterapia na clínica pediátrica foi possível se estender para o Hospital Ferreira Machado através da transferência de uma das autoras musicoterapeutas deste trabalho.

Conclusão

A partir da nossa experiência constatamos que os atendimentos de Musicoterapia junto a outras abordagens terapêuticas, como a Terapia Ocupacional, pode oferecer um espaço diferenciado e humanizador com o objetivo de ajudar na amenização da dor, diminuir o estresse, facilitar a expressão de sentimentos associados à doença e à hospitalização melhorando assim o humor e conseqüentemente, contribuindo para uma melhora do quadro clínico das crianças internadas nas Clínicas Pediátricas.

Visto isso, se faz necessário empenhar-se para a realização de um trabalho conjunto e coeso, que envolva diversos agentes, uma visão interdisciplinar, que integre os diversos ramos do conhecimento científico, para que se possa ter uma compreensão mais ampla sobre os pacientes (LEITE; STRONG, 2006).

Referências Bibliográficas

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia** / Kenneth E. Bruscia: tradução Mariza Velloso Fernandez Conde – 2ª. ed – Rio de Janeiro; Enlivros, 2000.

CARLO, M. M. R. P; QUEIROZ, M. E. **Dor e cuidados paliativos** – Terapia Ocupacional e Interdisciplinariedade. São Paulo: Rocca., 2009.

KNOBEL, Elias. **Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves** / Elias Knobel, Paola B. de Araújo Andreoli, Manes R. Erlichman – São Paulo; Athemeu, 2008.

LEINIG, Clotilde Espínola. **A música e a ciência se encontram: um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia** / Clotilde Espínola Leining – Curitiba; Juruá, 2009.

LEITE, T. A. A. F., STRONG, M. I. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, 2006. p. 203-214.

MITRE, R. M.; GOMES. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. **Ciência & Saúde coletiva**, v.12, n.5. Rio de Janeiro, 2007. p.1277 – 1283.

MUSICOTERAPIA PERINATAL: DESCRIÇÃO DE UMA PRÁTICA

Ana Carolina Arruda¹
Martha Negreiros-Vianna²

RESUMO: Este estudo apresenta a prática da musicoterapia nos alojamentos conjuntos de uma maternidade pública. Visa descrever os atendimentos realizados em grupo em visitas aos leitos do hospital, tendo como público alvo gestantes de risco, puérperas, recém-nascidos, acompanhantes e equipe multiprofissional. Neste contexto, a musicoterapia favorece a construção de um ambiente hospitalar acolhedor, facilita a comunicação e o estabelecimento do vínculo entre os integrantes da unidade familiar, bem como estimula e orienta o aleitamento materno. Ainda, proporciona um espaço de escuta diferenciada para as demandas do pré e pós-parto, contribuindo para a instalação da função materna.

Palavras-chave: Musicoterapia perinatal. Maternidade. Alojamento conjunto.

A Maternidade-Escolada Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ) foi fundada em 1904, então nomeada Maternidade do Rio de Janeiro, para servir aos alunos da Faculdade de Medicina. O início da atuação da musicoterapia se deu no ano de 1988, em princípio no Ambulatório de Pré-natal e, a partir do ano de 2000, também no Complexo Neonatal. Recentemente, em junho de 2015, a musicoterapia vem sendo implementada nos Alojamentos Conjuntos e Enfermaria de Gestantes da maternidade.

Trata-se de uma proposta ainda em construção pelas características específicas deste setor, constituído de oito alojamentos conjuntos com cinco ou seis leitos cada um para receber puérperas e seus bebês e uma enfermaria para gestantes que necessitem de internação com diferentes quadros clínicos (diabetes mellitus, pressão alta, pré-eclampsia, doença trofoblástica gestacional, risco de prematuridade, gestação múltipla, entre outros). No entanto, em alguns momentos nem todos os leitos estão ocupados

Por outro lado, muitas vezes a enfermaria não comporta todas as gestantes que precisam de internação e por isso as mesmas são internadas nos alojamentos conjuntos

1 Graduação em Musicoterapia (CBM-CEU); Extensão em Cuidados Paliativos (UERJ). Musicoterapeuta dos hospitais Prontobaby, Centro Pediátrico da Lagoa e Maternidade-Escola da UFRJ. Graduanda em Psicologia (UFRJ). e-mail: carolarruda@ufrj.br

2 Mestre em Ciências pelo programa de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ; Professora do curso de especialização em Musicoterapia do CBM-CEU; Musicoterapeuta da Maternidade-Escola da UFRJ; Musicoterapeuta clínica. e-mail: marthanegreiros@hotmail.com

com as puérperas. Em menor frequência, quando há falta de vagas, são as puérperas que precisam ser alocadas na enfermaria de gestantes. Estes espaços também acolhem os acompanhantes de cada mulher (pai, avó, madrinha do bebê ou familiares) que têm a opção de permanecer durante todo o tempo de internação.

Cabe ressaltar que os bebês já saem do Centro Obstétrico com suas mães, exceto aqueles que necessitem de cuidados especiais ou tratamento na Unidade de Tratamento Intensivo.

De modo geral, puérperas e seus bebês, quando não apresentam necessidade de tratamento específico, permanecem internados na maternidade no máximo três dias, o que caracteriza uma grande rotatividade de pacientes e acompanhantes neste espaço. Na enfermaria de gestantes, este tempo de internação é determinado pelas condições clínicas de cada paciente, podendo variar de um dia a três meses, por exemplo.

Por se tratar de uma instituição universitária, há um fluxo intenso de estudantes das faculdades de medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, musicoterapia, alunos de cursos técnicos de enfermagem, residentes médicos e multiprofissionais. Além destes, há a circulação das voluntárias “Amigas da Maternidade-Escola – AME”, dos grupos de gestantes e familiares que participam de visitas à Maternidade, realizadas duas vezes por semana pelo projeto municipal “Cegonha Carioca” e, ainda, dos funcionários e docentes do staff. São eles médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, musicoterapeutas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, funcionários administrativos e de apoio (limpeza, maqueiros e seguranças).

Diariamente o musicoterapeuta deve saber lidar e se adaptar às novas situações que este contexto demanda. Contudo, nestes três meses que teve início a clínica musicoterápica neste setor, uma nova forma de atendimento começa a ser delineada com caráter de intervenção.

Nesta proposta, são oferecidos atendimentos três vezes por semana em sessões realizadas diretamente em cada um dos oito alojamentos conjuntos e enfermaria de

gestantes com todos que estiverem presentes nestes espaços. Tanto o alojamento conjunto quanto a enfermaria de gestantes configuram dois espaços com características distintas, o que implica em direções de tratamento igualmente distintas.

São inúmeras as situações que o musicoterapeuta encontra nestes locais durante o atendimento, como: internação de gestantes de risco; transferência das gestantes da enfermaria para o Centro Obstétrico; chegada das puérperas ao alojamento conjunto logo após o parto; primeiras experiências de amamentação; procedimentos de enfermagem; primeiro banho do bebê; ordenha; transferência do recém-nascido do alojamento conjunto para a UTI; alta do bebê da UTI para o alojamento conjunto; alta da internação ou reinternação de gestantes e puérperas; eventualmente, início do trabalho de parto de gestantes internadas nos alojamentos conjuntos.

Por isso, são muitas as interferências que ocorrem durante a realização dos atendimentos e que podem ou não inviabilizá-los. Como por exemplo, a chegada de uma puérpera do Centro Obstétrico, acompanhada, ou não, do seu bebê, pode implicar em imediata necessidade de reorganização do alojamento, modificando completamente o ambiente de atendimento e impedindo o prosseguimento do mesmo; uma puérpera que tenha passado a noite em trabalho de parto ou que esteja passando mal com náuseas, tonturas, dores intensas na cabeça ou no corpo pode apresentar indisposição para qualquer interação e precisar dormir durante o dia - em alguns casos, esta situação inviabiliza o atendimento dos demais presentes no mesmo alojamento; também é impossibilitado de receber atendimento o alojamento conjunto que fica sob responsabilidade de turmas de estagiários de cursos técnicos de enfermagem para a realização de atividades práticas.

Por conseguinte, as intervenções acontecem com duração variável, de acordo com as necessidades e possibilidades avaliadas para cada situação. Logo, é possível haver atendimentos breves com duração de dez minutos, outros com duração de meia hora. A dinâmica de atendimento é definida de acordo com a demanda de cada família ou grupo presente em cada alojamento. Portanto, pode ocorrer em caráter individual ou em grupo.

Até o presente momento, esta prática não foi submetida à avaliação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Logo, não é oferecido aos participantes o uso de instrumentos musicais. Apenas um violão é utilizado pelo musicoterapeuta como recurso para suas intervenções, fornecendo um suporte harmônico aos pacientes.

Assim, é oferecido um espaço de escuta diferenciada para as demandas do pré e pós-parto. Nas sessões de musicoterapia os participantes contribuem ativamente com a produção musical, “fazem música” através das próprias motivações expressivas internas. Comprometem-se no fazer musical “em busca de segurança, do acolhimento e da força, para poder transmitir isto ao filho” (BARCELLOS, 2007, p. 84). Certamente, esta expressão musical se constitui em um “alimento afetivo”, no dizer de Cyrulnik (1994).

Da mesma forma, o reconhecimento da voz materna estabelece uma das experiências mais precoces e totais da vida de um bebê. A voz materna é considerada por Aberastury e Toledo (1995) como o “leite que entra pelos ouvidos”. Com isso, os participantes são levados a perceber a importância da voz materna e do olhar como constitutivos do sujeito humano, o “manhês”, esta prosódia específica dos pais quando ‘falam’ com seus recém nascidos, a música como “alimento afetivo”, o ‘banho de linguagem’ através das canções preferidas dos pais e/ou familiares.

A Musicoterapia Interativa e a técnica de recriação musical são empregadas para promover e explorar possibilidades expressivas de comunicação e manifestação dos conteúdos internos dos indivíduos que compõem esta rede (NEGREIROS-VIANNA; CARVALHAES; BARBOSA, 2015). A recriação musical de canções populares escolhidas pelos próprios participantes apresenta-se como técnica e experiência musical mais indicada no contexto da perinatologia. Barcellos (2007) considera que a previsibilidade musical, própria da estrutura padrão destas canções, e a familiaridade das mesmas provocam a sensação de segurança e conforto para essas famílias, que apresentam “uma escuta direcionada e potencializada para o novo, representado aqui pelo bebê” (p. 85).

Por meio desta expressão musical, a comunicação entre membros da família é facilitada, novos recursos para interação com o bebê são descobertos, favorecendo o estabelecimento das funções materna e paterna. É igualmente favorecido, portanto, o estabelecimento do vínculo familiar, uma vez que a musicoterapia permite o resgate da história de vida e história sonoro-musical das famílias, sua elaboração e ressignificação.

Frequentemente estão presentes nas intervenções de musicoterapia, participando das mesmas, nos alojamentos conjuntos e enfermaria de gestantes, profissionais, estagiários, residentes e voluntários da Maternidade no exercício das suas funções. Ainda assim, visando a humanização da assistência, o musicoterapeuta atende diretamente estes profissionais por solicitação dos mesmos. São realizados atendimentos em grupo três vezes por semana no posto de enfermagem de acordo com as possibilidades das dinâmicas de trabalho da equipe. As sessões têm uma hora de duração e iniciam às 16h durante o horário de visitas, quando a demanda de trabalho da equipe de enfermagem é menor.

O grupo tem caráter aberto, os participantes não precisam permanecer no atendimento durante toda a sua realização. Assim, conseguem manter a assistência aos pacientes e participar da sessão nos intervalos entre um atendimento e outro. Participam técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, residentes, estagiários, auxiliares de limpeza, funcionários da segurança, administração, voluntários, eventualmente pacientes e visitantes, entre outros. Ou seja, todos que compõem o ambiente dos alojamentos conjuntos recebem assistência.

Bruscia (2000, p. 155) compreende a produção musical de uma comunidade como o reflexo de sua identidade coletiva. Por isso, para o autor, o objetivo principal deste tipo de atendimento em grupo deve ser “melhorar o senso de pertinência e o senso comunitário”. Sendo assim, a construção desta identidade coletiva ou reconstrução da comunidade podem ser estimuladas pelo “fazer musical” em grupo (BRUSCIA, 2000, p. 155).

É relevante incentivar esta interação uma vez que os técnicos de enfermagem, que participam mais ativamente dos grupos de musicoterapia, trabalham em regime de escala.

Diariamente um novo grupo de profissionais se forma para atuar em conjunto em plantões de 24 ou 48 horas. Conseqüentemente, a cada dia o atendimento de musicoterapia é oferecido para um novo grupo formado por esses profissionais que se revezam.

Nem sempre é possível coincidir o dia da escala de cada um com os dias de atuação da musicoterapia. Não havendo, assim, necessariamente um processo terapêutico linear, contínuo, comum a todo grupo. Há um processo terapêutico vivenciado pelos integrantes do grupo de forma individual, atravessado pela experiência vivida em situação de grupo de acordo com a frequência de participação que cada um venha a apresentar no decorrer dos atendimentos.

O grupo de musicoterapia para o plantão do dia oferece um espaço para a elaboração das situações de trabalho e expressão dos sentimentos relacionados. Há o compartilhar de lembranças, preocupações, queixas e experiências em comum, relatos sobre a rotina de dentro e fora do ambiente de trabalho.

Por tudo isso, consideramos como eixo do nosso trabalho nos Alojamentos Conjuntos e Enfermaria de Gestantes a sensibilização das gestantes e puérperas, a intervenção precoce nos laços de comunicação mãe-pai-bebê como prevenção. E ainda, o favorecimento da instalação da função materna e do aleitamento materno, aqui compreendido como um lugar de confluência de múltiplos e complexos aspectos que perpassam a mulher desde a gestação e que se tornam marcadamente visíveis no puerpério, principalmente em mães de bebês internados.

Em resumo, este modelo de atendimento favorece a ressignificação da relação paciente/equipe/ambiente hospitalar; incentiva a expressão criativa; proporciona a interação entre todos os atores sociais presentes nos alojamentos conjuntos e enfermarias de gestantes da Maternidade-Escola da UFRJ, compondo, assim, um ambiente diferenciado que contribui com a humanização da assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A; ALVAREZ DE TOLEDO, R. La Musica y los Instrumentos Musicales. Revista de la Asociación Psicanalítica Argentina. 1955; 12 (2pt. 1): 183-200.

BARCELLOS, L. R. M., Familiaridade, confortabilidade e previsibilidade da canção popular como “holding” às mães de bebês prematuros. In: _____. (Org.). **Vozes da Musicoterapia brasileira**. São Paulo: Apontamentos Editora, 2007b. p. 81-91.

BRUSCIA, K. E., **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CYRULNIK, J. A. G., **Los Alimentos Afectivos**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1994.

NEGREIROS-VIANNA, M.; CARVALHAES, A.; BARBOSA, A. P. Interactive Music Therapy With Parents/ Relatives of Babies Admitted to a Neonatology Unit. In: DILEO, C. (ed.). *Advanced Practice in Medical Music Therapy: case reports*. Jeffrey Books, 2015. p. 239 – 248.



2.1 - MUSICOTERAPIA NA GESTAÇÃO E NA INFÂNCIA

A circular watermark logo is centered behind the main text. It features a stylized illustration of a hand holding a musical instrument, possibly a guitar or a similar stringed instrument. The text 'AMTRJ - UFRJ - Rio 2015' is written around the bottom half of the circle, and 'Musicoterapia e Políticas Públicas' is written along the top arc.

Pôster:

MUSICOTERAPIA E INTERVENÇÃO PRECOCE DE CRIANÇAS COM DESENVOLVIMENTO ATÍPICO E SINAIS DE TEA

Simone Presotti Tibúrcio ¹
Marina Horta Freire ²

RESUMO: O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) em bebês vêm observado através dos sinais de indicadores de risco. Seja como elemento motivador, organizador ou para amortizar frustrações, a música e seus elementos são recursos elegidos na Intervenção Precoce. A neurociência tem demonstrado a natureza multifocal dos estímulos musicais, comprovando seus efeitos positivos para aquisição de competências. Essas evidências apontam para semelhanças na representação da memória infantil entre música e linguagem. Na Intervenção Precoce em Musicoterapia, a experiência sonromusical é vivenciada de forma global, estimulando vias sensoriais múltiplas e potencializando ganhos na interação, funcionalidade da visão, atenção compartilhada, linguagem, motricidade e cognição. Os estímulos precisam estar ajustados às possibilidades interpessoais, motoras e cognitivas da criança em tenra idade. Embora possa parecer um recurso isento de riscos e imune às iatrogenias, o uso inadequado ou desatento dos recursos sonoros e musicais, principalmente com esta população, pode acarretar em reforço de estereotípias, ampliar condutas de autoestimulação e uso inadequado da linguagem. A Musicoterapia na Intervenção Precoce está apresentando resultados relevantes, potencializando as condutas adequadas e esperadas para a idade. A ausência dos sinais de TEA antes observados poderia ser explicada tanto como um falso positivo da hipótese diagnóstica, como pelas teorias epigenéticas.

Palavras chave: Projeto Tambor de Neves. Musicoterapia. Inclusão Social.

INTRODUÇÃO

Com o avanço e divulgação dos estudos sobre sinais dos indicadores de risco para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) em bebês, é crescente o número de crianças encaminhadas às equipes interdisciplinares para os trabalhos de intervenção precoce. Essa prática consiste em uma série de procedimentos e programas que visam facilitar o desenvolvimento ou a aquisição das habilidades esperadas para a faixa etária em questão. São sempre consideradas as condições da criança e as possíveis comodidades do quadro apresentado. A importância da intervenção precoce é justificada a partir dos conceitos de 'plasticidade neural que asseguram que em uma fase inicial o sistema nervoso se

¹ Graduado em psicologia e estudante de Pós-Graduação em Musicoterapia (Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro - CBM-RJ). brunolimablacksonora@gmail.com

² Graduado em História e especialista em História Social da Cultura (UFMG). Graduando em Música (UFMG). pgdopandeiro@gmail.com

molda de acordo com as informações genômicas e as influências do ambiente.

O TEA está entre os diagnósticos neuropsíquicos que com maior frequência chegam ao atendimento musicoterapêutico (RESCHKE-HERNANDEZ, 2011). Seja através de encaminhamento de profissionais da saúde: psiquiatras infantis, neuropediatras, fonoaudiólogas e terapeutas ocupacionais, ou pelos próprios pais que percebem o quanto a música mobiliza e motiva suas crianças, a música está sempre presente como forma de estimulação precoce.

A interação com as crianças com sinais dos indicadores de risco para o TEA pode provocar inquietação, motivação e até mesmo entusiasmo nestes profissionais da estimulação pela música. Este é um campo ainda recente de atuação, que pode ser mensurado pelo número crescente de livros publicados, artigos e pesquisas científicas indexadas, assim como trabalhos apresentados sobre o tema em eventos nacionais e internacionais. Seja como elemento motivador, organizador ou até para amortizar frustrações, a música e seus elementos são recursos frequentemente elegidos nos procedimentos da intervenção precoce.

Podemos ressaltar também a importância da utilização da música para a formação e manutenção do apego entre mãe e bebê. Esta relação que se inicia desde o momento em que a mulher confirma a gravidez, se amplia no momento em que ela é capaz de perceber os movimentos do feto no interior de seu útero, tem seu ápice logo após o momento do nascimento e segue se desenvolvendo durante as interações do cuidar, pode ser abalada.

Segundo França (2010) o apego é crucial para um desenvolvimento neuropsíquico e motor adequado. O impacto do desenvolvimento atípico do bebê, associado à presença de sinais indicadores de TEA, provocam alterações negativas nesta relação. A mãe e a família têm sentimentos ambíguos e precisam lidar com alto nível de stress e ansiedade. Isto altera as relações familiares. Condutas de superproteção simbiose e rejeição, e sentimentos como medo da perda do filho idealizado ocorrem com frequência, interferindo na relações

familiares e na manutenção e formação do apego. Estes fatores influenciam diretamente a musicalidade da comunicação e o manuseio do bebê.

A utilização da música e seus elementos no contato com a criança é um fato natural. A melodia da fala, carregada do afeto inerente à interação entre mãe e filho, constitui verdadeira música para os bebês. Esta melodia vocal é percebida muito anteriormente à compreensão dos significados da fala e constitui o primeiro passo para a aquisição da linguagem (MALLOCH, 1999). O som ritmado e harmônico também pode agir em parâmetros hemodinâmicos como frequência cardíaca, pressão arterial sistêmica, temperatura corporal, relaxamento muscular e melhora na regulação do sono.

Estudos das neurociências demonstram a natureza multifocal dos estímulos musicais, comprovando os efeitos positivos desse recurso na Intervenção Precoce. Essas evidências apontam para um patamar surpreendente de semelhanças na representação de memória infantil para a música e para a linguagem. Acredita-se que, da perspectiva do ouvinte pueril, música e linguagem não seriam inicialmente diferenciadas, sendo essa distinção alcançada somente após a maturação das habilidades linguísticas (ROCHA & BOGGIO, 2013).

Também no que se refere às funções visuais, a música pode auxiliar no desenvolvimento destas crianças, visto que o estabelecimento do contato visual é um aspecto reconhecidamente alterado dentro do espectro do autismo. Investigações como a de Basu (2005), da Universidade de Wisconsin-Madison, nos Estados Unidos, demonstram que o fato das crianças autistas passarem menos tempo com o olhar fixo nos olhos de outras pessoas, poderia estar relacionada com “uma maior ativação da amígdala e do giro órbito-frontal”, áreas associadas a respostas emocionais e intimamente ligadas às funções requisitadas durante a interação musical.

Partindo de observações clínicas, Tibúrcio et al (2011) discorrem sobre a relação do uso da música com a disfunção visual encontrada no espectro autista nos aspectos qualitativos e quantitativos. O aspecto quantitativo abrange a frequência (número de vezes)

e duração (tempo) do contato visual com pessoas e objetos durante a interação com os mesmos. Este quesito não apresenta relação com a Acuidade Visual, que trata do grau de aptidão do olho para discriminar os detalhes espaciais, sua capacidade de perceber a forma e o contorno dos objetos, assim como sua habilidade de foco nas diferentes distâncias. Estes outros aspectos devem ser previamente avaliados por um profissional oftalmologista, especialista em visão subnormal.

Os aspectos qualitativos estariam relacionados à forma pela qual o contato visual está dirigido aos objetos/instrumentos ou ao musicoterapeuta durante a interação. É, sem dúvida alguma, um aspecto muito subjetivo, mas ao mesmo tempo indiscutivelmente perceptível para os profissionais das diversas áreas. Podemos relacionar o aspecto qualitativo da visão ao “quantum” de atenção e afetividade dirigidas ao alvo tema da interação. Manifestações não verbais como postura (estar voltado para), mímica (sorrir), e interesse em manipular os objetos/instrumentos ou mesmo o corpo do musicoterapeuta, serão tomados como indicativos de um progresso no quesito qualidade de interação visual. A presença de manifestações verbais, a tentativa de imitar os sons relativos ao tema da interação, falar “palavras frases”, frases pertinentes ou mesmo solicitar a repetição da atividade de qualquer forma compreensível para o terapeuta, seriam aprimoramentos desta função, indicando um avanço da mesma.

As interações criadas durante os programas de intervenção precoce, em abordagem musicoterapêutica, estão baseadas em repertório criado a partir de uma pesquisa prévia sobre o background do paciente, trazendo para o *setting* músicas e fragmentos sonoros que podem surgir das interações. Esta medida proporciona ao paciente uma perceptível experiência autotélica – prazerosa e auto compensatória – inerente à experiência musical (TIBÚRCIO et al, 2011). Há também as músicas organizadoras, que demarcam momentos específicos da sessão de musicoterapia, tais como seu início e seu final. O modelo Nordoff Robbins de musicoterapia utiliza a nomenclatura Hello Song e Good Bye Song e apresenta em sua teoria e prática muitas contribuições importantes sobre sua utilização (MARCUS et al, 2007). A presença de intervalos de oitava ressalta sua característica de “elemento

surpresa”. O intervalo entre a tônica e sua resolução uma oitava acima provoca uma atenção especial na atenção destes bebês. As canções e improvisações que apresentam este elemento elevam o limiar de atenção e potencializam a interação, podendo até estimular a sua reprodução corporal, através de movimentos, dança, saltos e atividades proprioceptivas mais amplas.

Segundo a musicoterapeuta Dorita Berger, em seu livro *Music Therapy, Sensory Integration and the Autistic Child* (2002), o cérebro humano busca por padrões, os quais podem ser facilmente trazidos pela música. A autora considera:

“Um pulso por si só, não é mais interessante do que um relógio ou uma batida de um metrônomo. Além disso, uma vez que o cérebro está em sintonia com o pulso e determina a informação como não ameaçadora, ele simplesmente entra sintonia e se permite ouvir ainda mais. Felizmente, o pulso rítmico nunca está sozinho na música. Ele é impulsionado por algo muito mais interessante: padrões rítmicos. Padrões rítmicos (que o cérebro ama!)” (BERGER, D., 2002, p. 116)

OBJETIVOS

O presente estudo busca demonstrar a relevância do uso da Música na Intervenção Precoce. Visa também demonstrar as evidências sobre o quanto este recurso está relacionado à aquisição das competências inerentes ao desenvolvimento dos bebês, e demarcar o quanto este recurso potencializa ganhos globais para esta população nos aspectos: interação, funcionalidade da visão, linguagem, motricidade e cognição. Este estudo pretende também alertar, para aspectos importantes a serem observados a fim de garantir a utilização adequada dos recursos musicais, evitando possíveis iatrogenias..

MATERIAL E MÉTODOS

Partindo da experiência de Intervenção Precoce com crianças que apresentam desenvolvimento atípico e sinais de indicadores de risco para TEA, são abordados aspectos sobre o manejo da clínica Musicoterapêutica. Os materiais e métodos utilizados são os constituintes da prática clínica do musicoterapeuta, adaptados à realidade e contexto da Intervenção Precoce, proporcionando uma experiência sonora musical que é vivenciada de forma global e estimula vias sensoriais múltiplas.

O *setting* musicoterapêutico é composto por instrumentos apropriados para o manuseio tanto do musicoterapeuta quanto da criança em tenra idade. As intervenções são compostas pelas experiências musicais em Musicoterapia – audição, improvisação, re-criação e composição (BRUSCIA, 2000).

RESULTADOS

A Intervenção Precoce em Musicoterapia aponta para a relevância da contextualização do estímulo e escolha do repertório musical a ser utilizado. Eles sempre devem ter relação com conteúdos musicais retirados do background da criança, a partir de relatos de seus familiares e outros cuidadores. Assim, deverá conter intervalos, sonoridades, melodias, andamentos e outras nuances sonoras musicais, que apresentem relação com seus interesses e história individual, familiar e cultural. Qualquer estimulação que se valha ou utilize dos aspectos sonoros necessita estar ajustada às possibilidades interpessoais, motoras e cognitivas da criança. Os padrões presentes na música, em consonância com a utilização de parâmetros e repertório apropriado para a intervenção precoce, interagem com os padrões coerentes, buscando relação com o ritmo interno do sujeito, potencializando possíveis interações.

Com o foco na música e nas atividades musicais que despertarão interesse na criança, a intervenção precoce auxilia na interação, formação de contorno corporal e linguagem. Deve-se estar atento a fim de assegurar a coerência entre o estímulo sonoro e a atividade proposta, mantendo sua relação com o *foreground*. Um uso inadequado poderia ser ilustrado com o canto de uma frase melódica descendente (agudo/grave), para sonorizar uma atividade que envolva movimentos ascendentes do corpo, provocando discrepância entre dois discursos sensoriais: audição e propriocepção

O som, nas atividades de intervenção precoce das crianças com desenvolvimento atípico e sinais de TEA, atua quase sempre como reforço natural e positivo. Quando pensamos na estimulação visual, esta relação é ainda maior. Nos indivíduos saudáveis, o estímulo sonoro é seguido da busca visual, a fim de determinar a origem e relação de causa

e efeito do mesmo. Esta é uma função do cérebro reptiliano, ligado aos mecanismos de autopreservação e aos reflexos de luta e fuga. Esta mesma conduta é observada nos bebês com desenvolvimento atípico, embora apresentem as especificidades inerentes ao espectro do autismo. Quando os sons despertam grande interesse ou provocam sensações proprioceptivas impactantes, estes bebês também se voltam para o som ou para a música. Assim, a busca da fonte sonora é concomitante à busca visual da origem deste som, remetendo-nos ao incremento dos aspectos quantitativos da função visual, no âmbito das interações.

As interações da criança na Intervenção Precoce mostram que as interações sonoras estão intrinsecamente ligadas ao desenvolvimento das outras interações e comunicações sociais. Os avanços na qualidade e na quantidade da interação visual são indicativos de avanços nas interações nesses outros âmbitos. É importante lembrar que as habilidades de contato visual, comunicação e interação social são dificuldades das crianças com TEA. As atividades musicais e estimulação visual podem estimular a criança com sinais de TEA, por exemplo, à exploração espacial, busca pelo contato físico e iniciativa de comunicação.

DISCUSSÃO

Embora possa parecer um recurso isento de riscos e imune às iatrogenias, a utilização inadequada ou desatenta dos recursos sonoros e musicais, principalmente com esta população, pode acarretar em reforço de estereotípias, ampliar condutas de auto estimulação e uso inadequado da linguagem. A Musicoterapia na Intervenção Precoce está apresentando resultados relevantes, potencializando as condutas adequadas e esperadas para a idade. A ausência dos sinais de TEA antes observados poderia ser explicada tanto como um falso positivo da hipótese diagnóstica, como pelas teorias epigenéticas.

Muito mais há ainda para ser estudado em pesquisas futuras sobre as interações resultantes das intervenções musicais nesta população. Ressaltamos neste trabalho os avanços no contato visual e na linguagem verbal e o fortalecimento dos vínculos de

interações na estimulação precoce através da música. Mas sabemos que a musicoterapia nestes casos pode facilitar também outras funções cerebrais essenciais, como atenção e memória. Todas essas funções são essenciais para a vida da criança e podem ser efetivamente estimuladas através da música em crianças com sinais dos indicadores de risco para TEA.

Referências Bibliográficas:

BASU, P. **Eye contact triggers threat signals in autistic children's brains**. UW Madison News, 2005. Disponível em: <<http://news.wisc.edu/study-eye-contact-triggers-threat-signals-in-autistic-childrens-brains/>>. Acesso em: 30 mar 2015.

BERGER, Dorita. **Music Therapy, Sensory Integration and the Autistic Child**. London e Philadelphia: Jessica Kingsley Publ; 2002.

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000

FRANÇA, J. L. **Estimulação Precoce Inteligência Emocional e Cognitiva**. 1ª.ed. São Paulo: Grupo cultural, 2010

MALLOCH, S.. **Mothers and Infants and communicative musicality**. Em: Musica e Scientiae, vol. Special, p.29-57, 1999.

MARCUS, David. **Creative Music Therapy: a guide to Fostering Clinical Musicianship**. Universidade da California: Barcelona Pub, 2007.

RESCHKE-HERNANDEZ, A. E. History of Music Therapy treatment interventions for children with Autism. Em: **Journal of Music Therapy**, 48(2), 169-207, 2011

ROCHA V. C.; BOGGIO, P. S. **A música por uma óptica neurocientífica**. Per Musi,v.27, n.1, p.132-140, 2013.

TIBÚRCIO, S. P.; CHAGAS, E.; GERALDO, M. Musicoterapia e os Aspectos Quantitativos e Qualitativos e a Função Visual no Autismo. **Anais do XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e do XII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**, p.246-254, 2011.

MUSICOTERAPIA NA ESCOLA: EFEITOS DA MUSICOTERAPIA NA MOTIVAÇÃO, NO HUMOR E NO AFETO DE ALUNOS COM MAU DESEMPENHO ESCOLAR

Clítia Rodrigues ¹
Ana Clara Reis Nicoli Carvalho Rocha ²
Luciana Karine de Souza ³
Renato Tocantins Sampaio ⁴

RESUMO: Este artigo apresenta os resultados de um processo musicoterapêutico breve com seis crianças de uma escola da rede pública municipal de Belo Horizonte com mau desempenho escolar. O foco do trabalho clínico recaiu sobre os aspectos afetivos e motivacionais, importantes para um bom desempenho escolar. Foram utilizadas técnicas e experiências musicoterapêuticas consideradas não invasivas, como a improvisação (mediante voz, corpo e instrumentos musicais), audição, composição e recriação musical. Buscou-se, no próprio ambiente escolar, favorecer aspectos cognitivos, motores, sociais e afetivos dos alunos participantes para uma melhora de comportamentos dentro e fora da escola, bem como uma expansão das possibilidades de aprendizado. Com a análise dos instrumentos de avaliação utilizados pré e pós intervenção musicoterapêutica, foi possível perceber mudanças satisfatórias importantes nos seis alunos participantes, demonstrando a contribuição da musicoterapia no processo educacional em relação à motivação e afetos para o aprender, o que sugere que a musicoterapia apresenta plenas condições de servir de apoio à escola como um todo (alunos, professores, pais, funcionários, estagiários, equipe pedagógica e administrativa), especialmente ao demonstrar que promove mudanças que podem favorecer, não apenas o processo de ensino-aprendizagem, mas também o desenvolvimento integral dos estudantes.

Palavras-chave: Musicoterapia Escolar. Motivação. Afeto.

1. Introdução

A música é um fenômeno humano presente em todas as culturas conhecidas e que possui substratos biológicos que, ao mesmo tempo, possibilitam e constroem o modo como ela ocorre. Durante a história da humanidade, a música tem acalmado crianças agitadas, elicitado alegres movimentos e participações em eventos sociais, expressado consciência social e crenças religiosas, favorecido experiências estéticas, expressado aflição e pesar, dentre várias outras funções (GFELLER, 2008). A música é uma atividade que

1 Musicoterapeuta pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Licencianda em Música na UFMG. E-mail: clitiamusic@gmail.com

2 Musicoterapeuta pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: aninha_tchola@hotmail.com

3 Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Co-orientadora no Curso de Doutorado do PPG em Psicologia e Docente Permanente no PPG em Estudos do Lazer da Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisadora CAPES no PPG em Psicologia da UFRGS. E-mail: lukarides@gmail.com

4 Musicoterapeuta, Doutor em Neurociências pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor Assistente junto ao Departamento de Instrumentos e Canto – Escola de Música da UFMG. E-mail: renatots@musica.ufmg.br

envolver várias funções que fazem parte da “natureza humana”. Os efeitos emocionais do engajamento nestas funções sociais humanas incluem experiências de recompensa, alegria, júbilo e prazer. O não engajamento nestas funções tem efeito nocivo sobre a saúde e a expectativa de vida. A música possui, uma função social importante e pode promover 7 Cs: Contato, Cognição Social, Copatia, Comunicação, Coordenação de ações, Cooperação e Coesão Social. (KOELSCH, 2014).

Segundo Koelsch (2014), vários estudos comportamentais e em neurociências relacionaram uma sobreposição entre os substratos neurais e os mecanismos cognitivos envolvidos na percepção e produção da música e da linguagem falada. Como a música é um meio de comunicação, a musicoterapia ativa pode ser utilizada para desenvolver habilidades de comunicação (não verbais). Além disso, engajar-se na música pode favorecer a copatia, a função social da empatia, de modo que os estados emocionais interindividuais podem se tornar homogêneos. A copatia pode ampliar o bem-estar de indivíduos durante a escuta musical compartilhada ou o fazer musical coativo e é um importante meio de identificação emocional dos indivíduos com modos de vida, subculturas, grupos étnicos e classes sociais. (KOELSCH, 2014)

Em um estudo sobre o estudo musical sistemático, isto é, o estudo a longo termo de um instrumento musical, Schlaug e colaboradores (2005) realizaram testes cognitivos e motores diversos e testes com neuroimagem, não encontrando diferenças significativas entre crianças que tinham uma tendência ou não a estudar música. Porém, após um ano deste treinamento musical sistemático, as crianças que estudavam um instrumento musical apresentaram desempenho significativamente melhor em tarefas de discriminação auditiva e de coordenação motora fina, além de uma tendência ao melhor desempenho em atividades verbais, viso-espaciais e de raciocínio matemático.

Segundo Schlaug e colaboradores (2005), à medida que o estudo de música progride – por exemplo, com 4 anos de estudos de um instrumento musical – tais diferenças estruturais e funcionais tornam-se cada vez mais significativas e associadas não somente a diferenças significativas no desempenho em diversas tarefas cognitivas como também na

generalização de tais habilidades para outros domínios. Estudos que corroboram tais achados sobre as diferenças estruturais e funcionais do cérebro de músicos e não músicos, bem como de performance de habilidades cognitivas diversas e suas generalizações, são recorrentes na literatura científica na última década (TREHUB, 2005; RODRIGUES, 2012, entre outros)¹. Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (2011):

Musicoterapia é a utilização profissional da música e seus elementos, para a intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidianos com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar suas condições físicas, sociais, comunicativas, emocionais, intelectual, espiritual e de saúde e bem estar.

Em musicoterapia, propõe-se que o paciente se engaje em uma experiência musical e, por meio das mudanças que irão ocorrendo ao longo desta experiência, quer seja na quantidade e/ou qualidade da produção musical, como na qualidade das relações que se estabelecem na experiência musical, busca-se uma melhora da condição de saúde biopsicossocial desta pessoa (SAMPAIO, 2006). Hillecke e colaboradores (2005) descrevem que, ao longo da experiência musical compartilhada, os musicoterapeutas realizam intervenções que promovem modulações na relação terapêutica estabelecida entre terapeuta e paciente e bem como no processo e produto do fazer musical. Tais intervenções podem ser agrupadas em cinco fatores: modulação da atenção, modulação da emoção, modulação da cognição, modulação do comportamento e modulação da comunicação. Um sexto fator, modulação da percepção, é acrescentado por Koelsch (2009).

Para Bruscia (2000), a Musicoterapia no contexto escolar tem como foco ajudar os alunos ou quaisquer outras pessoas envolvidas no contexto escolar a adquirirem conhecimentos e a desenvolver comportamentos e habilidades que são necessários para

¹ Apesar das pesquisas serem unívocas em demonstrar os efeitos benéficos da aprendizagem musical para o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e cultural de crianças, jovens e adultos, muitas são as dificuldades e, até mesmo, os empecilhos para uma efetiva educação musical na escola regular no Brasil, a começar pela opinião ainda muitas vezes corrente de que o ensino de música nas escolas é um luxo desnecessário. Para maiores informações sobre este assunto, ver Penna (2012) e Sobreira (2008), dentre outros.

uma vida funcional e independente e para a adaptação social. A música não é o objetivo final do processo de aprendizagem, mas o meio pelo qual o aprendiz pode ser favorecido.

Para Cunha e Volpi (2008), a musicoterapia escolar visa ampliar a experiência da música para além das finalidades do aprendizado formal. A relação musical que se estabelece no processo musicoterapêutico possibilita aos alunos a comunicação de pensamentos e sentimentos em formas expressivas organizadas segundo parâmetros musicais que se diferem da expressão verbal.

No campo da Musicoterapia Escolar, estudos demonstram efeitos positivos produzidos com intervenções musicoterapêuticas no ambiente educacional, embora, tanto em língua inglesa como em portuguesa, a maior parte destes estudos se refere à musicoterapia na educação especial e nos processos de inclusão (STANDLEY, 1996; ADAMEK; DARROW, 2010; GERETSEGGER et al, 2014, entre outros). Há, portanto, uma insuficiência da literatura em língua portuguesa nesta área, pois relatos de intervenções com crianças com baixo desempenho escolar, não associado a deficiências e/ou necessidades especiais, não se encontram disponíveis na literatura consultada.

Maheirie e Wazlawick (2008) conduziram uma experiência musicoterapêutica com crianças da educação infantil regular de uma escola em Curitiba (Paraná), trabalho elaborado em conjunto com as crianças e a coordenação da escola, proporcionando espaços de escuta, comunicação e diálogo, favorecendo e fortalecendo laços sociais e atuando positivamente em aspectos intrínsecos dos sujeitos envolvidos nos processos de ensinar-aprender.

Em outra pesquisa (NASCIMENTO, 2010), foi realizada uma intervenção no contexto escolar denominada Construção Musicoterapêutica Integrada, cujos objetivos consistiam na identificação e modificação das dificuldades de aprendizagem manifestadas dentro do contexto escolar de tempo integral. A autora concluiu que as ações musicoterapêuticas no espaço escolar de tempo integral favorecem transformações nos diversos fatores interinfluente aos casos de dificuldades de aprendizagem, ocasionando mudanças nas percepções, nos discursos e nos espaços-tempos de aprendizagem, tanto da comunidade

intraescolar como extraescolar.

Nos dias atuais, a educação formal tem importante valor sociocultural e a escola é uma fonte de socialização de grande impacto na vida das pessoas, portanto faz-se necessário que os estudantes estejam motivados para se envolverem no processo de aprendizagem com entusiasmo (GUIMARAES; BORUCHOVITCH, 2004; SIQUEIRA; GURGEL-GIANNETTI, 2011). A motivação foi descrita por Shaffer (2005, p. 431) como “desejo de alcançar o sucesso em tarefas desafiadoras e alcançar altos níveis de realização” e, segundo Neves e Boruchovitch (2007), pode ser classificada em dois tipos: a intrínseca, quando se mantém a tarefa pela atividade em si, por achá-la interessante; e, a extrínseca, quando o objetivo é uma recompensa material ou social externa à tarefa. Weiner (1986, apud Shaffer, 2005) percebeu que as pessoas tendem a atribuir seus sucessos e fracassos a causas internas, que se referem a características individuais (como a habilidade e o esforço), ou a causas externas, que se referem à situação (como o grau de dificuldade da tarefa e a sorte). Esses julgamentos cognitivos influenciam o desejo de assumir desafios, sendo assim, a desmotivação da criança pode ser trabalhada através de intervenções terapêuticas onde busca-se persuadi-la a atribuir seus fracassos à sua falta de esforço e não à sua falta de capacidade (SHAFFER, 2005).

Segundo Maheirie e Wazlamick (2008), para um bom desenvolvimento, as pessoas necessitam manter contato interpessoal sistemático, contínuo e afetuoso, e se sentirem amadas. Esta relação de segurança estaria associada aos relacionamentos dos estudantes com pais, professores e colegas à autonomia, ao autocontrole, ao bom relacionamento com figuras de autoridade e a níveis adequados de ansiedade, pois sentimentos de insegurança nesses mesmos relacionamentos têm ligação com baixo autoconceito, falta de autonomia e incapacidade de concordar com regras e leis.

2. Materiais e Métodos

Um projeto de pesquisa exploratório¹ foi apresentado para a direção de uma escola

¹ A pesquisa está registrada na Plataforma Brasil, do Ministério da Saúde, sob o número CAAE 1924613.6.0000.5149.

pública de Belo Horizonte na qual uma das autoras deste trabalho já havia desenvolvido oficinas de prática instrumental, sendo então recebida a indicação pela coordenação pedagógica de seis alunos do 4º ano do ensino fundamental, com queixa de mau desempenho escolar sem histórico de repetência. Segundo os professores, estes 3 alunos do sexo feminino e, 3, do masculino, apresentavam desinteresse nas atividades acadêmicas e recreativas realizadas no ambiente escolar. Para manutenção do sigilo ético, as crianças do sexo masculino serão denominadas neste trabalho como M1, M2 e M3 e, as do sexo feminino, F1, F2 e F3. Apenas F3 tinha 9 anos de idade por ocasião dos atendimentos musicoterapêuticos, enquanto todos os demais tinham 10 anos de idade.

Após assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos, pelos pais, e do Termo de Assentimento, pelos alunos, foi realizada uma entrevista semiestruturada individual, com questões acerca da escolaridade, contexto e ambiente familiar, identidade sonora musical, jogos e brincadeiras preferidas e aspectos da saúde. Foram também aplicados, pré e pós-intervenção, a Escala de Afeto para Crianças, a Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças e a Escala de Motivação para Aprender.

A Escala de Afeto para Crianças é composta por duas subescalas onde se avalia o afeto positivo e o afeto negativo da criança. Quanto maior a pontuação, maior o nível de afetos positivos ou negativos. (GIACOMONI; HUTZ, 2006).

A Escala de Satisfação de Vida Global Infantil é um instrumento unidimensional composto por 7 itens, sua amplitude varia de 5 (baixa satisfação) a 35 (alta satisfação). (GIACOMONI; HUTZ, 2008).

A Escala de Motivação para Aprender (EMA) é constituída de 31 itens propostos em forma de escala tipo *Likert*, com a amplitude de 34 à 93 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, maior é sua orientação motivacional (NEVES; BORUCHOVITCH, 2007).

Um processo musicoterapêutico breve, de 11 sessões, foi desenvolvido em encontros de aproximadamente 60 minutos realizados 3 vezes por semana, num período de

um mês, com registro em um diário de campo. Nos atendimentos, foram utilizados alguns instrumentos musicais de propriedade das pesquisadoras que conduziram o processo e, outros, da escola¹. Uma das pesquisadoras assumiu o papel de terapeuta e, a outra, de coterapeuta.

A partir dos registros no diário de campo, foram realizadas análises segundo as Escalas Nordoff-Robbins de Comunicabilidade Musical e de Relação Terapeuta-Cliente na Experiência Musical Coativa, que foram desenvolvidas para acompanhamento e avaliação do processo musicoterapêutico. A primeira escala avalia a relação cliente-terapeuta na experiência musical coativa, incluindo 7 níveis de participação e 7 níveis de qualidade de resistividade. A segunda escala avalia o nível de comunicabilidade musical em 7 níveis de produção musical instrumental, vocal e movimento corporal. Quanto maior a pontuação, melhor a condição do paciente quanto aos aspectos avaliados (NORDOFF; ROBBINS, 2007).

4. Resultados e Discussão

Foi utilizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para verificação da distribuição dos dados coletados, obtendo-se a rejeição da hipótese de normalidade para algumas das escalas. Optou-se, então, pelo uso do teste de postos de Wilcoxon com nível de significância de 0,05, obtendo diferença significativa apenas para a Escala de Afeto Negativo pré e pós intervenção ($p=0,042$) e, para a diferença entre o resultado da primeira e da última sessão para o Nível de Participação na Escala de Relação Terapeuta-Cliente na Experiência Musical Coativa ($p=0,039$).

Na avaliação pela Escala de Afeto, verificou-se diminuição dos afetos negativos e leve aumento dos positivos em cinco dos participantes. (Gráficos 1e 2)

1 Esta escola conta com a contribuição dos projetos Escola Integrada e Escola Aberta, mediante os quais são ofertadas oficinas variadas de música, esportes, artesanato e informática.

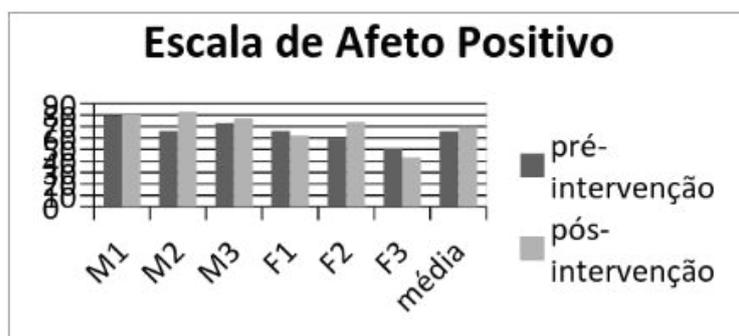


Gráfico 1: Resultados da sub-escala de afeto positivo, para os seis alunos e para a média do grupo.

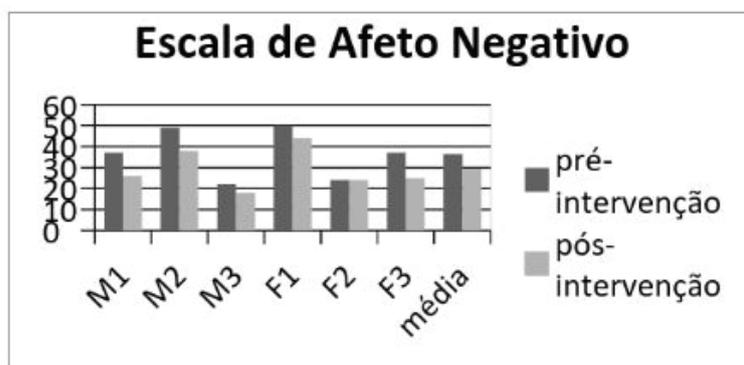


Gráfico 2: Resultados da sub-escala de afeto negativo, para os seis alunos e para a média do grupo.

Na Escala de Motivação para Aprender pode-se perceber aumento na pontuação, principalmente na motivação intrínseca da maior parte dos alunos, o que é fundamental para o sucesso acadêmico. (Gráficos 4 e 5).

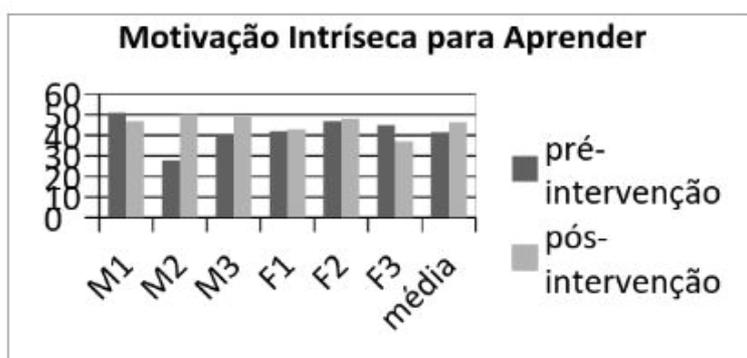


Gráfico 4: Resultados da sub-escala de motivação intrínseca para aprender : para os seis alunos e para a média do grupo.

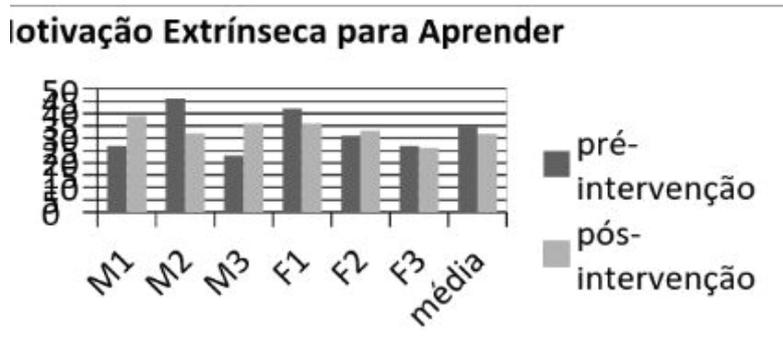


Gráfico 5: Resultados da sub-escala de motivação extrínseca para aprender, para os seis alunos e para a média do grupo.

A Escala Nordoff-Robbins de Relação Cliente-Terapeuta na Experiência Musical Coativa, avalia a relação cliente-terapeuta e permite ainda fazer considerações sobre a participação e o engajamento de cada integrante na atividade musical grupal, ou seja, permite fazer inferências sobre a relação entre os alunos na atividade musical e sobre o nível de participação e a qualidade da resistividade. Verifica-se uma melhora de todos os participantes (Gráficos 6 e 7). Observa-se que o nível de participação tem uma tendência mais linear de crescimento ao longo de todas as sessões, enquanto a qualidade de resistividade tem um salto grande por volta da 3ª e 4ª sessões, mantendo-se em níveis elevados até o final do processo.



Gráfico 6: Resultados da sub-escala de participação na relação terapeuta-cliente na experiência musical coativa, para cada um dos seis alunos.



Gráfico 7: Resultados da sub-escala de resistividade na relação terapeuta-cliente na experiência musical coativa, para cada um dos seis alunos.

Na aplicação das várias escalas, a pequena melhora apresentada em algumas e, a piora, em outras, podem decorrer de diversos fatores. Um deles consiste na possível presença de erros de medida, pois na aplicação do pré-teste as crianças não tinham uma autopercepção para as respostas dadas e muitas vezes alguns conceitos eram confusos para elas. Na aplicação do pós-teste, por já terem desenvolvido um pouco dessa autopercepção ao longo do processo musicoterapêutico, elas puderam compreender melhor o teste e o respondiam de acordo com o esperado, o que gerou uma queda nos resultados. Além disso, é importante ressaltar que os resultados também podem ter sido influenciados por problemas ocorridos na semana da aplicação do pós-teste, tais como um “castigo” aplicado pela escola a M1 por indisciplina, o impedido de participar da última sessão, gerando revolta e indignação ao responder o conteúdo das escalas. O aluno M2, por sua vez, disse estar preocupado com a situação do pai, que se encontrava preso. A aluna F1 disse estar preocupada e com medo de falar com sua mãe que havia quebrado o tablet que tinha ganhado há poucos dias. A aluna F2, bastante preocupada nas últimas sessões, disse que a mãe estava com problemas de saúde. Pode-se perceber que a pontuação de tais alunos sofreu uma queda, o que provocou uma baixa na média grupal. Outra hipótese explicativa deste resultado seria o tempo curto de processo, apenas 11 sessões realizadas ao longo de um mês. Seria necessário verificar se processos mais longos teriam resultados diferentes.

Numa análise qualitativa, as musicoterapeutas verificaram que o aluno M1 apresentou melhora na interação social e controle das emoções, passando a respeitar mais os colegas e lidando melhor com figuras de autoridade. O aluno M2, muito agitado inicialmente, começou a esperar mais a sua vez de fazer algo, aprendendo a ter mais paciência e respeito com as professoras. O aluno M3 era bastante renegado pelos colegas pela sua extrema sensibilidade e atenção aos outros. Ao final do processo, já se encontrava mais aceito pelos colegas, com um laço de amizade mais reforçado. Desenvolveu sua capacidade criativa, que era algo que ele demonstrava pouca habilidade, tanto nos desenhos, como nas composições e produção musical. A aluna F1 melhorou a interação social e diminuiu a agressividade com os colegas. Apresentou maior interesse por música, demonstrando-se bastante satisfeita em aprender tocar um dos instrumentos e ter ajudado na composição final. A aluna F2, bastante tímida e com dificuldades de se expressar no início do processo, se mostrou cooperativa com os colegas e com as terapeutas. No decorrer do processo, foi evoluindo sua criatividade e expressividade. A aluna F3 demonstrou desânimo no início do processo, mas segundo auto-relato, era devido às obrigações com tarefas domésticas. Demonstrava timidez nas sessões, no entanto interagiu com os demais. Durante o processo mostrou ter evoluído sua capacidade de participação, esquecendo a timidez, cantou e conversou mais com os colegas, tocando sem medo de mostrar sua capacidade criativa e evolução no âmbito musical.

Provavelmente devido ao curto tempo de intervenção, não foram observadas mudanças quantitativas salientes, dado o pequeno aumento nas pontuações das escalas. Contudo, pode-se observar uma tendência à melhora a partir dos dados quantitativos e qualitativos. Pode-se hipotetizar, portanto, que um processo terapêutico mais longo provavelmente trará benefícios maiores e mais consolidados.

5. Considerações Finais

O presente trabalho consistiu em um processo musicoterapêutico breve com crianças com mau desempenho escolar e apresentou resultados positivos, sendo observadas melhoras no humor e em aspectos motivacionais e afetivos. Conclui-se, deste

modo, que a Musicoterapia no âmbito escolar pode proporcionar às crianças uma maior oportunidade de expressar e elaborar seus sentimentos e emoções (âmbito afetivo motivacional), portanto, um maior bem-estar referente ao ambiente escolar.

De acordo com a revisão bibliográfica realizada, este trabalho parece ter sido pioneiro no Brasil na área da Musicoterapia Escolar quando é abordada a motivação e são utilizados modos sistematizados quantitativos de avaliação dos efeitos do processo musicoterapêutico. Deve-se, então, considerá-lo com um estudo exploratório desta temática e de uma proposta metodológica de atendimento e avaliação. São necessários, portanto, estudos futuros para maior fundamentação e sistematização desta área cativante e promissora.

Referências Bibliográficas:

ADAMEK, M.; DARROW, A. **Music in Special Education**. 2nd Ed. Silver Spring: American Music Therapy Association, 2010.

BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CUNHA, R.; VOLPI, S. A prática da Musicoterapia em diferentes áreas de atuação. **Revista Científica**. Faculdade de Artes do Paraná, Curitiba, v.3, p.85-97, jan./dez. 2008

FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA. What is Music Therapy? 2011. Disponível em <http://www.musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html>. Acesso em 10 maio 2014.

GIACOMONI, C.; HUTZ, C. Escala de Afeto Positivo e Negativo para Crianças: estudo de construção e validação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. v. 10, n. 2, 2006.

GIACOMONI, C.; HUTZ, C. Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças: estudos de construção e validação. **Estudos de Psicologia**. v. 25, n. 1, 2008.

GERETSEGGER, M.; ELEFANT, C.; MOSSLER, K.; GOLD, C. Music Therapy for people with autism spectrum disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 6, art. CD004381.

GFELLER, K. Music: a Therapeutic Phenomenon and Therapeutic Tool. In: DAVIS, W.; GFELLER, K.; THAUT, M. **An Introduction to Music Therapy Theory and Practice**. 3. Ed. Silver Spring: American Music Therapy Association, 2008.

GUIMARÃES, S.; BORUCHOVITCH, E. O Estilo Motivacional do Professor e a Motivação Intrínseca dos Estudantes: uma perspectiva da teoria da autodeterminação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 17, n. 2, 2004.

HILLECKE, T.; NICKEL, A.; BOLAY, H. Scientific Perspectives on Music Therapy. **Ann. N.Y. Acad. Sci.** 1060: 271–282, 2005.

KOELSCH, S. A Neuroscientific Perspective on Music Therapy. **Ann. N.Y. Acad. Sci.** 1169: 374–384, 2009.

KOELSCH, S. Brain correlates of music-evoked emotions. **Nature Reviews Neuroscience** 15, 170-

180, 2014.

MAHEIRIE, K; WAZLAWICK, P. **Música e musicoterapia na educação infantil: a contextura de sentidos e espaços de escuta.** SIMPEMUS 5, Anais... Curitiba: UFPR, 2008.

NASCIMENTO, S. **A musicoterapia no contexto escolar: uma escuta diferenciada.** Monografia (Especialização em Musicoterapia na Saúde Mental). Escola de Música e Artes Cênicas. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 1999.

NASCIMENTO, Sandra Rocha. A Construção Musicoterapêutica Integrada: uma proposta epistemológica e interventiva em musicoterapia na educação. **X Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. Anais...** Salvador, 2010.

NEVES, E.; BORUCHOVITCH, E. Escala de Avaliação da Motivação para Aprender de Alunos do Ensino Fundamental. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** v. 20, n. 3, 2007.

NORDOFF, P.; ROBBINS, C. **Creative Music Therapy.** 2. Ed. New Hampshire: Barcelona, 2007.
PENNA, M. Música e seu ensino. 2. Ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

RODRIGUES, A. **Efeito do treinamento musical em capacidades cognitivas visuais: atenção e memória.** Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Neurociências. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

SAMPAIO, R. Um estudo preliminar sobre a construção da comunicação musical em Musicoterapia. **XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Anais...** Goiânia: Sociedade Goiana de Musicoterapia, 2006.

SHAFFER, R. **Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

SIQUEIRA, C.; GURGEL-GIANNETTI, J. Mau desempenho escolar: uma visão atual. **Rev Assoc Med Bras.** v. 57, n. 1, 2011.

SOBREIRA, S. Reflexões sobre a obrigatoriedade da música nas escolas públicas. **Revista da ABEM,** Porto Alegre, V. 20,45-52, set. 2008.

STANDLEY, J. A meta-analysis on the effects of music as reinforcement of education/therapy objectives. **Journal of Research in Music Education,** 1996, 44 (2), 105-133. TREHUB. S. Developmental and Applied Perspectives on Music – Introduction. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1060: 198–201, 2005.

3. MUSICOTERAPIA, CIDADANIA E DIREITOS

Comunicação Oral:

MUSICOTERAPIA E INCLUSÃO SOCIAL

Bruno Antônio da Cunha Lima ¹
Paulo Geraldo Rocha Junior²

RESUMO: Este trabalho visa relatar a experiência do Projeto Tambor de Neves, que acontece na APAE de Ribeirão das Neves/MG, desde meados da década passada. Inicialmente, o Projeto contou com a realização de aulas de percussão. Com o decorrer do tempo, e a evolução dos alunos, houve a necessidade de aprimorar a estrutura para melhor atendê-los. Em 2013, as equipes da APAE e do Projeto elaboraram e aprovaram o Tambor de Neves, no Fundo Estadual de Cultura (FEC), da Lei Estadual de Cultura de Minas Gerais. A partir da aprovação e da captação dos recursos deste Fundo, foi possível ampliar o número de alunos atendidos, as atividades, os equipamentos e a equipe técnica. Esta passou a contar com um Psicólogo/ estudante de Musicoterapia e uma Terapeuta Ocupacional, possibilitando uma atuação multidisciplinar. O principal ponto a ser abordado, no estudo em questão, trata-se de uma das várias experiências vivenciadas durante o período do FEC (2013- 2014): a apresentação dos alunos do Projeto Tambor de Neves, no Complexo Penitenciário Público Privado (GPA – Gestores Prisionais Associados). Esta vivência possibilitou algumas reflexões importantes sobre inclusão social e Políticas Públicas, pois foram observadas novas maneiras de fomentar o acesso à cultura, à educação e ao convívio social.

Palavras- chave: Projeto Tambor de Neves. Musicoterapia. Inclusão Social.

Introdução

Em seu constante processo de evolução, a música vem se destacando como uma ferramenta para a promoção da qualidade de vida, podendo ser utilizada em tratamentos terapêuticos, em práticas de inclusão social, reabilitação, dentre outros. A Musicoterapia contempla diversos públicos, desde crianças a idosos, assim como portadores de necessidades especiais. Isto implica em diversas possibilidades de atuação, individual ou em grupo e em diversas tipos instituições.

Inicialmente, será abordada a história do Projeto Tambor de Neves e as relações entre tal experiência, à musicoterapia e algumas limitações e dificuldades de Portadores de Necessidades Especiais, que se valeram da música para fins terapêuticos, fomentando aspectos importantes para o desenvolvimento cognitivo e a expansão das potencialidades.

¹ Graduado em psicologia e estudante de Pós-Graduação em Musicoterapia (Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro - CBM-RJ). brunolimablacksonora@gmail.com

² Graduado em História e especialista em História Social da Cultura (UFMG). Graduando em Música (UFMG). pgdopandeiro@gmail.com

Posteriormente, dar-se-á foco ao tema da Inclusão Social, por meio de um Projeto aprovado e captado junto ao Fundo Estadual de Cultura, que é uma das ações voltadas para a Política Pública, em Minas Gerais. Por meio do referido Fundo, foi possível ampliar as possibilidades de participação, circulação e produção dos

Portadores de Necessidades Especiais (PNE), alunos da APAE de Ribeirão das Neves e, mais especificamente, do Tambor de Neves. Neste momento também serão contadas experiências vivenciadas em uma das apresentações do projeto “Tambor de Neves”, que ocorreu em uma Casa de Detenção, no Complexo Penitenciário Público Privado, também localizado em Ribeirão das Neves/MG.

Tambor de Neves, Música e Musicoterapia.

O Projeto Tambor de Neves, desde meados da década passada, é desenvolvido na APAE de Ribeirão das Neves, na região metropolitana de Belo Horizonte. Em sua fase inicial, o projeto contou com dois professores de percussão, que trabalhavam com ritmos afro-mineiros. Desde 2011, eles foram substituídos pelo atual professor de música, Paulo Geraldo Rocha Junior².

Em 2013, as equipes da APAE e do Projeto elaboraram e aprovaram o Projeto Tambor de Neves, no Fundo Estadual de Cultura (FEC), da Lei Estadual de Cultura de Minas Gerais. A partir da aprovação e da captação dos recursos deste Fundo, foi possível ampliar o número de alunos atendidos, as atividades desenvolvidas, os equipamentos e instrumentos musicais e a equipe técnica, que passou a contar com Bruno Antônio da Cunha Lima e a Terapeuta Ocupacional, Julie Stefany. Esse processo possibilitou a realização de um trabalho multidisciplinar, que envolveu vários atores da escola e das famílias, além do apoio e da participação direta da Direção da Instituição, Paula Menicuci e Luiz Sturzeneker.

Durante a realização deste projeto, foram realizadas diversas apresentações e vivências em Ribeirão das Neves, Belo Horizonte, Brumadinho e Serra do Cipó, todos no Estado de Minas Gerais. Uma das apresentações que mais chamou a atenção foi realizada em uma Casa de Detenção. A direção do Complexo Penitenciário Público Privado (GPA

Gestores Prisionais Associados) convidou o Projeto Tambor de Neves para se apresentar na Escola do Presídio, com objetivo da troca de experiências entre os diferentes sujeitos envolvidos nesse processo.

O projeto Tambor de Neves atende a um público específico, onde todos os componentes do grupo possuem algum tipo de necessidade especial. No grupo há alunos com Síndrome de Down, Paralisia Cerebral, Autistas, Hiperativos, Hemiplégicos e alguns ainda não diagnosticados. Neste processo, foram percebidas várias limitações e ou dificuldades pertinentes a cada participante. Diante deste cenário, a equipe do projeto vislumbrou realizar um trabalho através da música, atuando em várias vertentes do desenvolvimento dos mesmos, sendo eles físicos, cognitivos e sociais.

Benenzon (1985) comenta que o trabalho musicoterapêutico com a pessoa portadora de necessidades especiais visa possibilitar um espaço para a expressão e a criatividade, aspectos importantes para o desenvolvimento cognitivo e a expansão das potencialidades do indivíduo. Dentre os objetivos gerais do trabalho pode-se citar a abertura de novos canais de comunicação, a melhoria da autoestima, concentração, atenção e melhora nas relações interpessoais.

A partir das diversas limitações físicas e cognitivas referentes às várias síndromes dos alunos, vislumbrou-se um trabalho utilizando a música como ferramenta principal, no Projeto Tambor de Neves. Com base em estudos realizados por Pinelli (2005), entendeu-se que é possível observar os efeitos e benefícios da música no organismo das pessoas. São eles:

- Bioquímicos: (estimulando a liberação de hormônios, tais como as endorfinas, podendo ocasionar o alívio da dor);
- Fisiológicos (aceleração ou diminuição do ritmo cardíaco diretamente relacionado com a altura tonal, com a complexidade da composição, com o tempo, com a textura de acordes sustentados e com os movimentos harmônicos da música);
- Musculares e de Coordenação Motora: (música como estimulante e/ou relaxante que

aumenta ou diminui as atividades musculares, trabalha a coordenação motora, além de ajudar muito na reabilitação);

- Cerebrais e Psicológicos: (onde a música atua promovendo a capacidade de pensamento, a consciência espacial, a interpretação, além de produzir efeitos sedativos, estimulantes, deprimentes e de alegria entre outros). A música pode provocar, fortalecer e desenvolver qualquer tipo de emoção e pode ajudar na reflexão, imaginação, memória e ativar o processo de aprendizagem.

A musicoterapia leva em consideração essas qualidades e auxilia nos processos de inclusão social e reabilitação, por meio de intervenções que facilitam processos de comunicação, relacionamento, mobilização, expressão, organização e aprendizado. Sons e ritmos nos acompanham em nossa trajetória de vida, apropriar-se deles para promover a integração social é fundamental e gera ótimos resultados. O musicoterapeuta pesquisa a relação do homem com o som, desenvolvendo práticas que buscam restabelecer o equilíbrio físico, psicológico e social.

“A música é um elemento estruturante para o ser humano, quer em sua história filogenética, colaborando na construção cultural, fazendo parte do universo simbólico de todas as culturas, quer em sua história ontogenética, graças à qual, cada indivíduo, ao nascer, utiliza vocalizações para iniciar o intercâmbio com o mundo. Em musicoterapia, os efeitos que a música pode produzir nos seres humanos, tanto nos níveis físico, mental, emocional e também no social, são utilizados como uma forma de facilitar a atuação da expressão humana, dos movimentos e sentimentos, promovendo alterações que possam levar a um aprendizado, a uma mobilização e uma organização, que permitam ao indivíduo evoluir em sua busca, tanto nos níveis intra ou interpessoais e/ou grupais”. Barcellos (1979 pág. 3.3).

Inúmeros estudos comprovam o quanto essa prática é fundamental para o desenvolvimento e a integração. A música auxilia no processo de construção da identidade, resgatando lembranças e auxiliando a memorização. Portanto fica claro que a música tem grande influência na vida dos indivíduos, apresentando vários benefícios e efeitos a partir de sua utilização, desde sua prática e sua fruição, até o seu uso como tratamento terapêutico.

Inclusão Social e Políticas Públicas: Um estudo de caso da APAE de Ribeirão das Neves/MG

A utilização da música como terapia pode influenciá-la direta e indiretamente sobre o bem-estar emocional, nas relações interpessoais, no desenvolvimento pessoal, na inclusão social e na identificação de direitos de igualdade, assim corrobora Marina Pinelli (2005) em seu trabalho "Autismo e competência cognitivo-emotiva".

As APAEs tem como principal missão prestar serviços de assistência social no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência, assim como sensibilizar a sociedade, em geral, sobre essa questão. As APAEs também atuam para promover e articular ações de defesa dos direitos das pessoas com deficiência e representar o movimento perante os organismos nacionais e internacionais, para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas APAEs, na perspectiva da inclusão social de seus usuários. Trata-se de uma sociedade civil, filantrópica, de caráter cultural, assistencial e educacional. Este movimento "Apaeano" surgiu como uma forma de auxílio ao papel do Estado, que deveria dedicar um olhar mais atencioso para este público específico.

Nesta perspectiva, a equipe da APAE de Neves elaborou e aprovou o Projeto Tambor de Neves, no Fundo Estadual de Cultura (FEC), da Lei Estadual de Cultura de Minas Gerais. A partir da aprovação e da captação dos recursos deste Fundo, foi possível ampliar e aperfeiçoar os atendimentos aos alunos. Com a execução deste projeto, puderam-se realizar diversas vivências, experiências e apresentações, em lugares como a Serra do Cipó, um dos conjuntos naturais mais exuberantes do mundo, no divisor de águas das Bacias Hidrográficas do Rio São Francisco e do Rio Doce. O grupo ficou um final de semana hospedado em uma pousada muito bem estruturada, com passeios em rios e cachoeiras, refeições em restaurantes, lual com roda de violão e a visita ao Quilombo do Açude - comunidade ancestral afro-brasileira. É importante ressaltar que a própria viagem em si, já se apresentava como uma grande novidade e desafio. Para muitos foi a primeira viagem sem a companhia dos pais.

A equipe e os alunos do Tambor de Neves conheceram também o renomado Instituto Inhotim, a sede de um dos mais importantes acervos de arte contemporânea do Brasil,

considerado o maior centro de arte ao ar livre da América Latina. Nesta ocasião, os participantes do Projeto conheceram uma série de exposições, instalações, lugares e pessoas, que os levaram para diferentes temporalidades e espacialidades, nunca antes imaginadas pelos mesmos. Experiências sensoriais diversas que aguçaram novas vontades, saberes e desejos, por parte dos alunos.

Houve, ainda, a visita ao Parque Municipal das Mangabeiras, localizado em Belo Horizonte, na Serra do Curral, zona sul da cidade. Neste Parque, os alunos fizeram apresentações ao público e se divertiram com a fauna e a flora local, além de fazerem um tour pelo Parque, um Piquenique e usufruírem de equipamentos, brinquedos e espaços, nada comuns ao meio social onde residem. É importante ressaltar que Ribeirão das Neves faz parte da Grande BH e apresenta sérios problemas sociais. A região onde se localiza a APAE de Neves apresenta todas as características de uma periferia brasileira, como falta de oportunidades, de estrutura, de saneamento, assim como um alto nível de periculosidade e risco social para os moradores.

Dentre as experiências decorrentes do Projeto em questão, uma das vivências que mais nos chamou a atenção foi a apresentação realizada em uma casa de detenção que, por sinal, situa-se bem próximo à APAE. Por meio de um acordo entre a direção da APAE de Ribeirão das Neves e a direção do Complexo Penitenciário Público Privado (GPA Gestores Prisionais Associados), pôde-se realizar este feito, que foi algo inédito na vida de todos os envolvidos, inclusive os presidiários. A Penitenciária em questão é, segundo informações que nos foram fornecidas, a primeira experiência de uma cadeia Público-Privada, no Brasil. O Complexo GPA possui uma Escola, onde são desenvolvidas atividades com os presos que se destacam por um “bom comportamento”. Foi desta Escola que partiu o convite para o intercâmbio com o Projeto Tambor de Neves, a partir de uma funcionária da Penitenciária que conhece o trabalho realizado na APAE.

Neste artigo, nós destacamos esta experiência, pois ela suscitou uma série de questões que escapavam ao cotidiano de todos os envolvidos. Em primeiro lugar, a reação dos familiares dos alunos, que ficaram muito preocupados com essa possibilidade. A

mobilização e o desenvolvimento das ações, ao chegarmos no presídio, também foi inusitada, porque nós tivemos que passar por todos os procedimentos necessários para se adentrar em um presídio. Este fato, em si, configurou-se como uma vivência inédita e inusitada para todos. Após a averiguação de todos nós, fomos levados à “Sala-Cela” da referida Escola, na qual estavam as autoridades, os professores e os presidiários. Nós falamos sobre o Projeto, tocamos e cantamos e, quando encerramos a apresentação, os presos estavam emocionados, comovidos, eufóricos, frenéticos, perplexos, dentre outras várias impressões que tivemos. Alguns deles se levantaram e vieram nos cumprimentar, parabenizar, agradecer, enfim, tornou-se um momento de confraternização. Um dos nossos alunos foi reconhecido por um presidiário, o que criou uma situação hilária, pois os outros jovens começaram a brincar com essa situação. A grande maioria dos alunos do Tambor de Neves são moradores de bairros, vilas e favelas da periferia de Ribeirão das Neves, mesmo lugar de onde saem muitos dos presidiários da GPA.

Após este momento, a ideia inicial era nos apresentarmos em um dos dois pátios existentes. Isto criou uma tensão, pois os presos do pátio que não seria contemplado ficaram revoltados e a direção do presídio nos pediu para que apresentássemos nos dois pátios, evitando possíveis descontentamentos e distúrbios. Nós o fizemos e a experiência foi um sucesso, porque os alunos do Tambor de Neves já estavam menos tensos, mais tranquilos, os presos foram receptivos, participaram da apresentação, que contou com capoeira, ciranda, samba, coco, etc. Todo esse processo criou um canal de comunicação único, uma experiência de vida singular e significativa na vida de todos os envolvidos, pois colocara mundos em contato, que apesar de distintos, guardam algumas semelhanças entre si, como os preconceitos ao qual estão submetidos, guardadas as devidas proporções, a situação de exclusão e “prisão” em que vivem, assim como condições socioeconômicas parecidas.

Considerações finais e expectativas

A partir dessas novas realidades advindas com a elaboração e a aprovação do Projeto Tambor de Neves junto ao FEC, nós pudemos criar novas alternativas de auxílio ao

indivíduo Portador de Necessidade Especial, com o intuito de fortalecer a prática de “atividades grupais de socialização, expressão e inserção social”, embasada na portaria nº. 189 de 19.11.91 do Ministério da Saúde, além de proporcionar a possibilidade de desenvolvimento, aprendizagem física e cognitiva, o que conseqüentemente fomentou a melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos.

Com o auxílio desta Política Pública aprovada em nosso favor, foram realizadas diversas experiências vivenciadas pelo grupo, por meio dos passeios e apresentações. Acreditamos que o trabalho aconteceu em vários níveis de desenvolvimento e aprendizagem, físicos e cognitivos, de sociabilização e inclusão social, encontros intergeracionais, acesso à cultura e principalmente a sensação momentânea de um olhar do Estado em defesa dos direitos de classes sociais desfavorecidas. Infelizmente, o Projeto Tambor de Neves não conseguiu ser aprovado novamente e, atualmente, encontra-se em busca de patrocínio para conseguir continuar atuando e atendendo esta comunidade e em especial os alunos da APAE de Ribeirão das Neves.

Este feito fomentou várias reflexões produzindo impactos importantes, sendo observados com esta experiência inúmeros aspectos referentes à inclusão social. Ambos os grupos trocaram informações, crianças especiais ensinando presidiários, presidiários com profunda admiração pelos feitos assistidos na apresentação, os grupos dançaram ciranda juntos, onde surpreendentemente o respeito foi inquestionável nesta relação. A música mais uma vez quebrando barreiras, unindo povos e quebrando tabus. Com uma breve análise sobre esta experiência, puderam-se observar algumas características da vida carcerária, esta que anda em paralelo a algumas características de Portadores de Necessidades Especiais. Além da carência cultural e do isolamento social, foi observada a angústia vivida por estes grupos envolvidos, por suas condições e limitações de vida. Através da música, sentimentos vieram à tona, lágrimas caíram: de alegria, admiração, reflexão, respeito e principalmente de se sentirem sujeitos de si, no resgate de sua identidade a partir da valorização de sua identidade sonora e de lembranças de infância.

Com a execução do Projeto Tambor de Neves, percebeu-se a abertura de canais de comunicação e expressão e de expansão das potencialidades. A prática da música instiga os indivíduos a ultrapassarem o medo e a assumir riscos, estimulando a autodisciplina, a autonomia, sociabilização, a coordenação motora, o raciocínio lógico, a fala, a memória, dentre outros atributos. O Brasil necessita garantir as Políticas Públicas existentes, assim como ampliá-las e aperfeiçoá-las. Os direitos das pessoas com deficiência têm que ser garantidos em todo o seu contexto, abrangendo novos programas, projetos, serviços sociais que vão de encontro a estas políticas e atendam as pessoas como um todo, ou seja, usuário-família-comunidade.

Referencias Bibliográficas:

BARCELLOS, Lia Rejane. **Musicoterapia: Uma Nova Proposta para as Organizações**. 1979. Acessado 20/08/2015. Disponível em: www.fap.pr.gov.br/.../MINI_CURSO_Musicoterapia_Organizacional.pdf

BATISTA, A. S. et al. **Informações sobre Síndrome de Down**. 2º ed. Edição Projeto Down, São Paulo, 1989.

BENZON, Rolando O. **Manual de musicoterapia**. 1º ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985. 182p.

PINELLI, M e SANTELLI, E. **Autismo e Competenze Cognitivo Emotive**. Guia Prático, 4ª ed. Edição Centro Studio Erickson: Gardolo, 2005.

TANGARIFE, Ana Sheila. **Musicoterapia em Deficiência Intelectual**. MT.MS. Revisado em 2013.

TANGARIFE, Ana Sheila. **A Pessoa com Necessidades Especiais, música e a musicoterapia**. MT.MS. Revisado em 2010.

Inverso - Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social- Ministério da Saúde - **Portaria/ SNAS nº 189** - De 19 de novembro de 1991. Acessado em 20/08/2015. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>

A MUSICOTERAPIA NO SERVIÇO SOCIOASSISTENCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fabília Santos Santana ¹

RESUMO: O presente trabalho trata do relato da atuação musicoterapêutica no âmbito da Assistência Social, realizada nos serviços socioassistenciais referenciados ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de Ibotirama-BA. Segundo Colin e Jaccoud (2013) a Assistência Social é considerada uma política pública de seguridade social a qual, materializa os seus princípios e diretrizes através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O SUAS será o instrumento responsável pela oferta de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais (BRASIL, 2013) ofertados através de convênio (ONGs) e órgãos/instituições públicas – espaços de atuação do musicoterapeuta, regulamentado através da Resolução CNAS nº 17/2011. Neste trabalho apresenta-se a atuação musicoterapêutica realizada no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, contemplando crianças de 0-6 anos, adolescentes de 15- 17 e suas respectivas famílias, desenvolvida nos anos de 2012-2014. As intervenções eram realizadas semanalmente, no Centro de Convivência e espaços públicos, com duração aproximada de 60 min. cada, tomando como referencial teórico/prático as experiências musicais descritas por Bruscia (2000). Durante o processo musicoterapêutico percebeu-se a formação/ ampliação de vínculos, socialização e o empoderamento dos direitos entre usuários e famílias

Palavras-chave: Musicoterapia. Assistência Social. Política Pública. Serviço Socioassistencial.

¹ Mestranda em Música no PPG-EMAC-UFG ; Especialista em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça; Bacharel em Musicoterapia (EMAC/UFG). Representante titular da UBAM no Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social (FNTSUAS) e membro da Comissão dos Musicoterapeutas da UBAM no SUAS. fabymtsantana@yahoo.com.br

PRÁTICA MUSICOTERAPÊUTICA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO SOCIOEDUCATIVA

Hermes Soares dos Santos¹

RESUMO: Este trabalho é um relato de experiência de vivências musicoterapêuticas dentro de uma unidade de internação socioeducativa. Visa refletir sobre a escuta da realidade infracional do adolescente em conflito com a lei por meio da Musicoterapia. Essa escuta, interligada com os objetivos da ressocialização apontada pelo SINASE (Sistema Nacional Socioeducativo), proporciona a compreensão da realidade do adolescente e, este, depois de escutado e compreendido, poderá se responsabilizar e/ou ressignificar seu ato infracional

Palavras-chave: Musicoterapia. Escuta. Ressignificação. Ressocialização.

Introdução:

A prática musicoterapêutica no sistema socioeducativo da cidade de Goiânia é recente. Após um concurso público realizado pela antiga SECT (Secretaria de Cidadania e Trabalho), atual Secretaria Cidadã, em 2010, foram chamados entre o período de 2010 e 2014 oito musicoterapeutas. Atualmente, apenas três estão trabalhando nas unidades deste município. Antes do concurso, houve algumas contratações temporárias desse profissional.

Neste artigo, serão apresentados alguns exemplos da minha prática musicoterapêutica desenvolvida em uma das três unidades de internação da cidade citada e reflexões sobre os alcances e limites dessa prática, bem como reflexões da realidade desse sistema a partir da minha escuta musicoterapêutica

Caracterização da unidade e das equipes de trabalho:

A unidade socioeducativa na qual trabalho possui capacidade para 60 adolescentes de ambos os sexos separados por alas em cumprimento de medida socioeducativa de internação por um período no máximo de 3 anos.

O quadro de pessoal que trabalha na unidade é composto por Equipe Técnica Multidisciplinar, Educadores Sociais, Agentes de Segurança Educacional, Assistentes

¹ -Musicoterapeuta na área socioeducativa. Mestre em Música (Mestrado em Música na Contemporaneidade) pela EMAC-UFG. menorhss@yahoo.com.br

Operacionais Sociais e Apoio Operacional. O profissional musicoterapeuta faz parte da Equipe Técnica Multidisciplinar. Os demais profissionais dessa equipe são psicólogos, pedagogos, assistentes sociais, enfermeiros. Os psicólogos, pedagogos e assistentes sociais são técnicos de referência. Cada um deles se responsabiliza por atender um grupo de adolescentes. Os enfermeiros e musicoterapeutas são responsáveis por atender todos os adolescentes.

Atendimentos musicoterapêuticos: alguns momentos

Os atendimentos musicoterapêuticos são realizados em uma sala destinada a atendimentos de áreas diversas. Acontecem de forma irregular devido à rotina da instituição. Os horários escolares, as saídas externas para atendimentos de saúde e revistas nas alas masculinas e femininas quando há suspeita de objetos e substâncias vetadas interferem no ritmo cotidiano da unidade. Soma-se a isso o fato do musicoterapeuta ter como sujeitos de sua intervenção todos os adolescentes da unidade.

Sendo assim, o atendimento musicoterapêutico para cada adolescente é realizado, em média, uma vez por mês. Todos os atendimentos das diversas áreas são relatados nos prontuários dos adolescentes. Para convidar um adolescente para um atendimento, seja individual ou grupal, consulto os prontuários para sondar quantos e quais atendimentos ele tem participado, independentemente da área, e tomo conhecimento de quais foram os objetivos desses atendimentos e as observações dos colegas profissionais. Todos os profissionais utilizam linguagem acessível a todos nos prontuários, não havendo termos muito específicos de cada área. Alguns atendimentos são realizados de forma interdisciplinar, com dois ou mais profissionais de cada área, gerando intervenções que visam a integração de saberes a partir de temáticas específicas (SOUZA & SOUZA, 2009).

Os relatos das observações e intervenções musicoterapêuticas somam-se aos de outras áreas e colocados em discussão uma vez por mês nas reuniões de estudo de caso. Os objetivos dos atendimentos musicoterapêuticos são diversos: realizar a ficha musicoterapêutica de cada adolescente; conhecer e acolher o adolescente recém chegado à

instituição por meio de exemplos musicais de sua preferência; dar suporte ao adolescente em crise emocional por meio de experiências musicais como improvisação, audição, composição e recriação musicais (BRUSCIA, 2000); promover integração grupal entre adolescentes de um mesmo espaço; ressignificar a natureza do ato infracional.

A ressignificação da natureza do ato infracional ocorre por meio da composição e das reflexões durante e no final dos atendimentos, na maioria das vezes. Nestes momentos, o uso da linguagem verbal é marcante. Tomasello (2006, p. 51) afirma que a

possibilidade de ressignificação dos fenômenos e da situação do ser na sociedade, na vida, no mundo, é possível graças à capacidade que a linguagem possui de ser, ao mesmo tempo, individual, comunicacional e comunitária, pois é esse trânsito entre o pessoal e o coletivo que permite a junção, disjunção, revalorização e/ou interpretação diferenciada dos significados carregados pelas palavras.

Márcia:

Márcia, nome fictício, é uma adolescente que ficou internada na instituição até o segundo semestre de 2014. Compositora de funk, com algumas composições publicadas na internet antes de ser apreendida, continuou a compor durante sua internação.

Antes de atendê-la na sala de Musicoterapia, procurei na internet um canção sua que ela sugeriu. Era uma canção de *funk* que fazia apologia ao ato infracional. Quando foi oportuno, convidei-a para um atendimento. No total, foram quatro atendimentos. Na segunda vez em que foi ao ambiente de Musicoterapia, ela trouxe uma canção que havia começado a compor em seu alojamento. Ajudei-a a construir os versos dentro da Prosódia Musical, que é a adaptação da metrificacão poética aos elementos da música (JESUS, 2013). Eis o resultado abaixo:

Queria tanto/Ter o poder de voltar o passado/E mudar tantas coisas que não poderia ter concretizado/E achando quem me criava/Era pai de verdade/Mas aos oito anos descobri que essa não era a realidade/E nessa relação/tive que sofrer calada/Ele batia na minha mãe e eu não podia fazer nada/E aí sentimento de impotência/Começou a brotar/Perguntava para Deus quando que Ele ia nos ajudar/O ódio no peito crescia/O ódio no peito aumentava/Acho que por isso cresci uma criança revoltada/Conheci o meu pai biológico/Fiquei feliz por um momento/Mas essa felicidade passou quando vi que por mim não tinha sentimento/Posso estar sendo equivocada mas minha impressão não é errada/Meus irmãos tinham atenção e todo carinho/Enquanto eu não tinha nada/Quando chegavam os familiares/Minha vó só contava os meus erros/Não via nada de bom em mim/Ela só via os meus defeitos/Me sentia mal amada/Me sentia frustrada/Entrei em depressão/Pensamentos

ruins na minha mente passava/Perguntei a Deus/O porquê da minha vida sofrida/pensei em dar cabo da minha vida/Será que essa seria a saída?/Minha rainha guerreira/que me criou sozinha/Te daria tudo/até a minha vida/Eu sei que não foi fácil/Você me criou sozinha/Limpando o chão da casa dos outros/Para trazer pra nossa casa a comida/A senhora foi mãe e pai/Me ensinou tudo o que eu sei/ Te amo acima de tudo/Mãe nessa vida/É só você e eu/Sentindo a falta de um pai/Entrei nessa vida louca/Comecei a usar droga e traficar em várias boca/Decepcionei minha mãe/Meu Deus quanto eu erre/Entrando na vida bandida/Me tornei fora da lei/Eu saía para a festa/Ela se preocupava comigo/ Com medo de eu partir mais cedo/Desse mundo imprevisível/Desculpa minha rainha/O quanto eu te fiz chorar/Dei muito trabalho pra você/Mas a partir de agora/Eu prometo mudar/Mãe, vai ser difícil/ Mas não vai ser impossível/Tenho muita fé naquele lá de cima/E me fortaleço nisso/Descobri em mim o talento/Que é o de compor e cantar/E o meu sonho é ter sucesso/Que com fé em Deus vai se realizar/Essa história da minha vida/Que eu acabei de contar/Preste atenção ao entrar nessa vida/sua mãe pode chorar

A composição acima atingiu os seguintes objetivos descritos por Bruscia (2000, p. 128): “promover a auto-responsabilidade; desenvolver a habilidade de documentar e comunicar experiências internas; promover a exploração de temas terapêuticos através das letras das canções”. Enquadra-se dentro da variação “Escrever Canções”, variação esta na qual “o cliente compõe uma canção original (...) com diferentes níveis de assistência técnica do terapeuta”.

Após a composição dessa canção, sugeri a Márcia que cantasse para sua mãe no dia de visitas. Sugeri também que, caso achasse oportuno, me chamasse para acompanhá-la na parte percussiva. Ela o fez. Eu a acompanhei com palmas, utilizando uma célula rítmica do funk. Ela cantou olhando para sua mãe e esta se emocionou bastante. Percebi naquele momento a possibilidade de reconstrução de um relacionamento prejudicado pelas atitudes inadequadas de Márcia.

Em um outro momento, uma semana antes dela ir embora para casa, Márcia cantou essa mesma canção para juíza do Juizado de Menores. Foi um momento de grande destaque para a nosso trabalho na unidade. Na semana seguinte, a Juíza exigiu que ela cantasse na abertura de seu projeto “Meu Guri” a canção acima. Ensaíamos, filmamos sua performance e eu e outra educadora fizemos sugestões para a composição de sua expressão corporal. Gravamos uma base rítmica de funk da internet e apresentamos no projeto. No local, ela deu entrevista a um jornal local da cidade e falou de seus propósitos de estudar música, bem como fazer faculdade e outros planos.

Seu relato exposto na canção demonstra que a privação emocional sofrida pela negligência familiar (relação com o pai e a avó) acarretou sérios agravos para seu desenvolvimento psicossocial (WINNICOTT, 1999 apud RAMOS & ZAPPE, 2010), possibilitando que construísse relações conflituosas com a realidade circundante. Márcia, ao ser privada de liberdade, conseguiu entrar em contato com seus conteúdos internos e fazer o propósito de buscar outras alternativas.

Paulo:

Paulo chegou na unidade para sua internação definitiva escoltado por diversos policiais. Apresentava expressões faciais e corporais que indicavam fechamento, rancor e desconfiança. Após um período de tempo, convidei-o para um atendimento musicoterapêutico em grupo com mais três adolescentes. Inicialmente, sugeri que ele escolhesse uma canção para o grupo escutar. Ele escolheu “Playboy em choque” do grupo CTS. É uma canção de rap que faz apologia ao crime. Eis a primeira estrofe:

Vai entrar em choque/ vai agonizar/ vai pedir pelo amor de Deus pra eu não te matar/ Corta as placas/ faz a coleta de sangue/ é do boy pinado/ que ontem comeu caviar e hoje vai vomitar sangue coalhado./.../ vou espatifar seu crânio no meio, playboy desgraçado/ pra tu lembrar daquela que vez que tu me tacou bituca de cigarro.

Perguntei a Paulo e ao restante do grupo se já haviam passado por situação semelhante, ou seja, já haviam sofrido humilhação de algum *playboy*. Eles afirmaram que sim. Não especificaram de que forma foi a humilhação. Ramos & Zappe (2010, p. 368) afirma que o adolescente em conflito com a lei é “aquele que busca ser incluído na sociedade (...), mas, sem acesso aos bens através do consumo ou a outras formas de reconhecimento social, parte para a criminalidade”. A figura do *playboy*, no contexto desse adolescente, representa aquele que tem acesso a bens que o tornam reconhecido socialmente. Em outros atendimentos grupais, observei que, para alguns adolescentes internos, o ato de humilhar o *playboy* proporciona sensação de poder e prazer. Pode ser que a figura bem sucedida desse sujeito represente por si só uma humilhação e, por isso, seja prazeroso humilhá-la.

Depois de ouvirmos outras canções escolhidas pelos demais adolescentes, sugeri que escolhêssemos dentre elas a canção de rap “Quem vai chorar?”, do grupo NSC para improvisarmos nos trechos referentes às estrofes. Eis um trecho da canção abaixo:

Quem vai chorar?/ se eu entrar, me envolver, se eu rodar, não saber caminhar/ Quem vai chorar?/ se eu lutar, derramar, se eu morrer vai pesar, se eu matar/ Quem vai chorar, meu Deus?/ se eu parar, não pagar, atrasar alguém vem pra cobrar/ Quem vai chorar, meu Deus?(Alex - NSC)

Sugeri a Paulo que ele improvisasse no lugar das estrofes acima enquanto eu cantava e acompanhava no violão com o refrão “Quem vai chorar?”. Eis abaixo o resultado:

Mt: Quem vai chorar? Quem vai chorar?/ Paulo: Olho pro céu e vejo que não mudou nada./ Mt: Quem vai chorar? Paulo: Estou cansado de correr na mira da arma. Mt: Quem vai chorar? Paulo: Olho pro céu e o azul não aparece. Mt: Quem vai chorar? Paulo: O tom cinza cobre a face de quem se entristesse. Mt: Quem vai chorar? Paulo: Vejo a frente, alma sanguinária procurando justiça, encarando vai vasilar, logo atrás, chega o meu passado, vida louca bandidagem o demônio lado a lado. Mt: Quem vai chorar? Paulo: Eu desde pequeno, eu tinha um chamado, só queria saber de crime e roubar, fazer assalto. A família era careta, queria me educar, pô, eu falei pra ela que a rua ia me ensinar. Mt: Quem vai chorar?

Sugeri que os demais adolescentes fizessem o mesmo. Não quiseram, porém, prestaram atenção e se concentraram no conteúdo que Paulo cantava. Observei que os membros do grupo adquiriram expressões de satisfação e maior integração entre eles. Essa improvisação enquadra-se na variação “Improvisação de Canções” (BRUSCIA, 2000, p. 125). Atingimos os seguintes objetivos preconizados por Bruscia (2000, p. 124): “desenvolver a capacidade de intimidade interpessoal” (maior integração grupal); “desenvolver a criatividade, a liberdade de expressão, a espontaneidade e capacidade lúdica” (Paulo, depois da improvisação, se tornou mais expressivo e comunicativo, menos “armado”).

Real e Silva (2015) afirmam que

os atendimentos musicoterapêuticos grupais visam oferecer ao adolescente internado possibilidades de reflexão e ressignificação da vida, problematizando dimensões como: massificação negativa; consumismo; processos de inclusão-exclusão; e violência. No grupo, há a possibilidade de uma relação de troca (eu – outro), na percepção de si e do outro, estabelecendo, em conjunto práticas reflexivas, com caráter crítico e significante para a sua vida, criando um *setting* favorável à liberdade de pensamento e de ação.

Reflexões:

Os casos expostos acima apresentam intervenções musicais realizadas após a escuta dos conteúdos internos de dois adolescentes. Paes e Amorim (2008) comentam sobre a importância da escuta do adolescente proporcionada pelo socioeducador ¹. Essa escuta é possível por meio da confiança despertada e pela necessidade de apoio do adolescente.

No entanto, os autores afirmam que a escuta do socioeducador não deve considerar alguns temas que sejam considerados como nocivos. Eles afirmam que “muitos adolescentes falam de seus crimes de forma fantasiosa, valorizando e fetichizando o crime” (PAES & AMORIM, 2008, p. 90). Tais comportamentos devem ser reorientados e considerados inadequados no contexto socioeducativo.

Os objetivos das medidas socioeducativas presentes no artigo 112 da lei 8069 de 13 de julho de 1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente e presente no artigo 1, parágrafo 2º do SINASE, são:

- “a responsabilização do adolescente quanto às consequências lesivas do ato infracional, sempre que possível incentivando sua reparação;
- a integração social do adolescente e a garantia de seus direitos individuais e sociais, por meio do cumprimento de seu plano individual de atendimento; e
- a desaprovação da conduta infracional, efetivando as disposições da sentença como parâmetro máximo de privação de liberdade ou restrição de direitos, observados os limites previstos em lei” (BRASIL, 2012).

De fato, Paes e Amorim (2008) estão em conformidade com os objetivos do ECA e do SINASE. Porém, há formas diversas de se validar ou não uma expressão do adolescente, bem como há formas de estabelecer vínculos para intervir na mudança de um comportamento, pensamento ou atitude. Nos destaques de atendimentos musicoterapêuticos citados acima, observou-se que a escuta proporcionada dentro do

¹ Termo utilizado pelos autores para designar todos os profissionais que trabalham no sistema socioeducativo

contexto musicoterapêutico, escuta esta que considera toda a realidade do adolescente de forma empática, motivou a expressão de conteúdos internos. Nascimento (2010) utiliza o termo “escuta diferenciada”, que se configura como uma escuta musical clínica. Esta escuta envolve

a percepção de aspectos da comunicação não verbal; a percepção dos aspectos musicais presentes na produção do indivíduo; aspectos da história de vida e do momento atual do sujeito; as circunstancialidades nas quais esses aspectos estão sendo produzidos (NASCIMENTO, 2010, p. 42)

A autora baseou essa compreensão de escuta a partir do termo “escuta sensível” citado por Barbier (apud Nascimento, 2010) que considera essa escuta “como escuta incondicional do outro” (p. 42), sem julgamento, medida ou comparação. Penso que, em se tratando de adolescentes que já experimentaram a descaso total com suas dignidades, tal escuta é ponto de partida para qualquer mudança, pois suas atitudes de fechamento e revolta impedem, em muitos momentos, qualquer forma de aprendizado ou abordagem.

No contexto de uma unidade socioeducativa de internação a ressocialização se inicia pela contenção do adolescente. O adolescente, então, desenvolve, em alguns casos, uma atitude camuflada com a equipe socioeducadora, expressando nos atendimentos conteúdos verbais e comportamentos aceitáveis socialmente como forma de apressar a progressão de sua medida. Em alguns atendimentos musicoterapêuticos, é perceptível a contradição entre a expressão verbal e não verbal do adolescente quando escuta uma canção de rap ou *funk* cujo conteúdo faz apologia ao ato infracional. Diante disso, a “escuta diferenciada” não funciona apenas como acolhida e compreensão da realidade do adolescente, mas acolhida dos aspectos reprimidos de subjetividade e da forma distorcida que ele construiu para se relacionar com a realidade.

Considerações finais:

O sistema socioeducativo apresenta-se como um contexto que pretende reeducar e direcionar para o “certo”, o “bom” comportamento. No I Encontro do Socioeducativo do Estado de Goiás, discutiu-se muito sobre a necessidade de vínculo entre adolescente e socioeducador, realizado nos dias 17 a 19 de junho de 2015 em Goiânia. No entanto, há

ainda na atuação de boa parte de educadores aspectos meramente punitivos e pouco auscultadores nessa relação.

A mera contenção de alguém que não está em processo de mudança, ou seja, do adolescente na unidade de internação, dificulta o deixar-se escutar do adolescente e a escuta o socioeducador. Paes e Amorim (2008), apesar de afirmarem que o socioeducador não deve escutar a realidade fantasiosa e fetichizada do adolescente, também afirmam que

educação não é uma forma de imposição, mas uma forma de condução pactuada entre educador e adolescente, com o objetivo de possibilitar, a este, a internalização de determinados valores ou saberes necessários para o cotidiano harmônico durante a permanência na unidade. O desenvolvimento desse habitus durante sua internação é a internalização de mecanismos de controle de conduta social que esse adolescente vai precisar de pois que voltar à liberdade (p. 88).

É claro que a necessidade de limites é importante, mas escutar a realidade do adolescente por inteiro também o é. É possível, dentro do limite do *setting* terapêutico, estabelecer regras e limites na relação terapêutica socioeducadora e escutar o que o adolescente tem a dizer. A partir dessa escuta, é possível também ampliar para uma escuta crítica (REAL & SILVA, 2015).

No *setting* musicoterapêutico, essa escuta ampliada é possível. Esta se inicia com a escuta diferenciada da música e do comportamento do adolescente inserido no contexto e nas circunstâncias em que vive. Possibilita também, por meio dos métodos musicoterapêuticos, que envolvem a reflexão a partir da audição musical e a produção por meio da recriação, improvisação e composição musicais, a expressão livre de pensamento e ação.

Essa expressão, que surge na troca entre musicoterapeuta e adolescente, possibilita a ressignificação de conteúdos sem perder o foco da socioeducação preconizado pelo ECA, que é a responsabilização pelo ato infracional. Ao contrário, reaproxima o adolescente de seu dever de se responsabilizar pelo seu ato infracional por meio de sua expressão primeiramente compreendida e depois ressignificada. A Musicoterapia, portanto, possibilita a expressão da voz, do desejo, do sentimento do sujeito que, uma vez ouvido, poderá ouvir,

responder, cuidar, responsabilizar-se, atuar em sociedade.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. **Lei n° 12594**, de 18 de janeiro de 2012. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm . Acesso em 15 de setembro de 2015.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia**. Tradução: Mariza Velloso Fernandez Conde. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000, 2ª edição.

JESUS, B. K. **Prosódia Musical: a Correlação entre Poema e Música**. 2013. Disponível em <<https://dialogosliterarios.files.wordpress.com/2013/03/97.pdf>> Acesso em 15 de setembro de 2015.

NASCIMENTO, S. R. A **Escuta Diferenciada das Dificuldades de Aprendizagem: um PensarAgirSentir Integral mediado pela Musicoterapia**, 2010. 340f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, 2010.

PAES, P. C. D., AMORIM, S. M. F. de (org). **Formação Continuada de Socioeducadores**. Programa Escola de Conselhos – PREAE-UFMS, 2008.

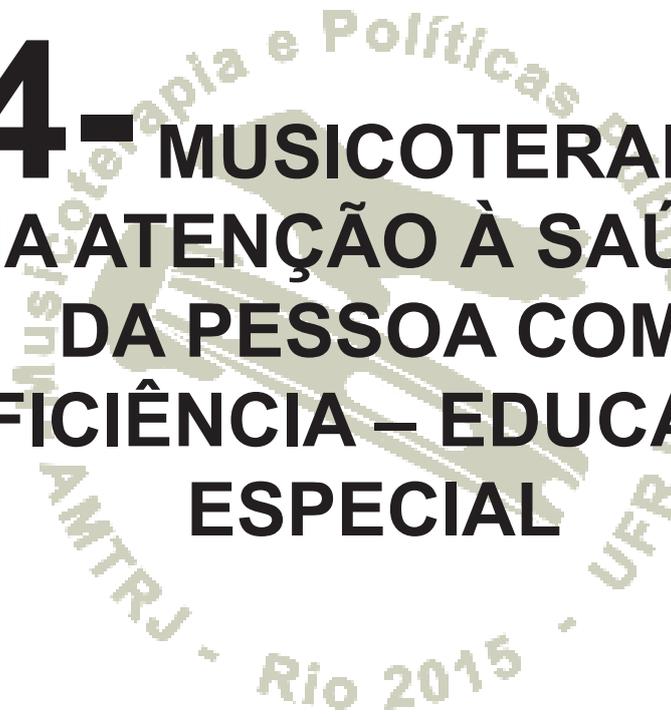
RAMOS, N. V.; ZAPPE, J. G. Perfil de Adolescentes Privados de Liberdade em Santa Maria/RS. In: **Psicologia e Sociedade**, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/17.pdf> . Acesso em 15 de setembro de 2015.

REAL, M. P. C., SILVA, F. O. **O Rap para Adolescentes Privados de Liberdade: Reforço ou Libertação** (?). [mensagem pessoal – anexo]. Mensagem recebida por menorhss@yahoo.com.br em 20 de agosto de 2015.

SOUZA, D. R. P.; SOUZA, M. B. B. **Interdisciplinaridade**: Identificando Concepções e Limites para a sua Prática em um Serviço em Saúde. In: Revista Eletrônica de Enfermagem. 2009. Disponível em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a15.pdf . Acesso em 15 de setembro de 2015.

TOMASELLO, F. **Oficinas Rap para Adolescentes**: Proposta Metodológica de Intervenção Psicossocial em Contexto de Privação de Liberdade. 2006. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, UnB, Brasília, 2006.

4- MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – EDUCAÇÃO ESPECIAL



Comunicação Oral:

A MUSICOTERAPIA NA ASSOCIAÇÃO PESTALOZZI DE GOIÂNIA: DESAFIOS E CONQUISTAS

Marcus Vinicius Alves Galvão¹

RESUMO: Este artigo tem como origem o trabalho desenvolvido no Centro de Educação Especial Peter Pan (CAE - Peter Pan) pela Musicoterapia junto a educandos com necessidades educacionais especiais no período de fevereiro-dezembro de 2013. O presente trabalho relata as ações, os desafios e as conquistas do trabalho desenvolvido no turno vespertino. Demonstra as necessidades do público atendido, as práticas Musicoterápicas utilizadas e o uso da música com o enfoque em arte aos educandos. Conclui-se com este conjunto de ações e reflexões que a Musicoterapia como terapêutica na instituição contribui para mudanças de paradigmas e para a construção de uma sociedade igualitária em que a diferença não seja motivo para a segregação e sim, para a inclusão dentro da diversidade

Palavras-chave: Musicoterapia. Educação especial. Musicoterapia no Contexto Escolar.



¹ Musicoterapeuta, Especialista em Direitos Humanos da Criança e do Adolescente e Mestrando pelo Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da UFG. Tradutor/Interprete de Língua Brasileira de Sinais desde 2007. Experiência profissional nas áreas Social e Educação Especial. Integrante do Grupo de Estudos e pesquisa em Musicoterapia e CNPq e NEPIE. Atuou como professor de música na Associação de Surdos de Goiânia (2009-2011) e professor/musicoterapeuta no Centro de Atendimento Especializado Peter Pan da Associação Pestalozzi de Goiânia (2012-2015). E-mail: markusvag@gmail.com

INCLUSÃO DE ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS: ENTRELAÇAMENTOS ENTRE MUSICOTERAPIA E EDUCAÇÃO MUSICAL

Thatiane Maria Correia Ramos Pire¹

RESUMO: Este artigo é um trabalho de conclusão do curso de especialização em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música que pretendeu investigar como a Musicoterapia na Educação Musical Especial pode contribuir para o processo de inclusão de alunos com necessidades educativas especiais numa escola de ensino regular. A prática da Musicoterapia no contexto escolar ainda é um campo pouco explorado. Desse modo, encontrou-se uma grande lacuna na bibliografia referente a esse assunto. Esta discussão fundamentou-se nos aportes teóricos das áreas de Educação Especial, Musicoterapia e Educação Musical para uma reflexão sobre a formação do profissional que atua com esse público. Fez-se necessário um breve estudo sobre a Educação Inclusiva pela interligação com o assunto deste trabalho. A musicoterapia aplicada ao aluno com NEE no contexto escolar utiliza a música e seus elementos como um canal de comunicação e expressão, servindo também como uma ferramenta auxiliadora no processo inclusivo que visa desenvolver sua potencialidade e os mais variados recursos necessários para sua inserção na sociedade. Constatou-se que a utilização de atividades musicais com objetivos terapêuticos aplicadas por um profissional intitulado professor musicoterapeuta na Educação Musical Especial contribui para o processo de inclusão desses alunos.

Palavras-chave: Musicoterapia. Educação Musical Especial. Inclusão. Atividades

1 Introdução

Ao longo da história, o deficiente foi excluído da sociedade por distanciar-se dos padrões de normalidade, já que se pensava que ele era incapaz de desempenhar qualquer atividade. Na década de 70 inicia-se o movimento de integração, possibilitando ao deficiente o convívio em ambientes menos segregadores. No contexto educacional, a integração visava sua inserção em instituições escolares regulares. Contudo, primeiramente ele deveria ingressar em uma escola especial ou classe especial para se adaptar ao novo ambiente escolar. Posteriormente, na década de 90, acontece a mudança de paradigma que provoca uma ruptura das práticas e atitudes, começando uma discussão em torno de um novo modelo de atendimento educacional que se chamou de Inclusão.

¹ Mestranda no Curso de Mestrado Profissional em Diversidade e Inclusão pela UFF. Especialista em Musicoterapia, pelo Conservatório Brasileiro de Música e em Psicopedagogia Institucional, pela Universidade Castelo Branco, Licenciatura em Instrumento/Violão e Bacharelado em Música pelo Conservatório Brasileiro de Música. Atualmente é professora de musicalização infanto-juvenil/violão da Fundação de Apoio à Escola Técnica do Estado do Rio de Janeiro (FAETEC) e de Educação Musical na Escola Municipal Santo Tomás de Aquino (SME - RJ). E-mail: thaticramos@hotmail.com.

Em 1994, com a realização da Conferência Mundial sobre Educação Especial na cidade de Salamanca, na Espanha, foi elaborado um documento mundial denominado “Declaração de Salamanca” que trata de princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais¹ que têm como questão central a inclusão de crianças, jovens e adultos no sistema de ensino regular (DECLARAÇÃO DE SALAMANCA, 1994).

No Brasil, com a criação e a implementação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei - 9394, 1996)² e, posteriormente, a Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva (MEC/SEESP, 2008), avanços significativos referentes à educação para alunos com deficiência estão acontecendo, os quais garantem o atendimento educacional preferencialmente nas redes de Ensino Regular e, quando necessário, em serviços de apoio especializado.

Neste contexto, destaca-se a música, que está ligada diretamente ao desenvolvimento social do ser humano, seja no tocante ao seu caráter quanto a sua maneira de encarar o mundo.

Atualmente, pode-se notar um avanço nas pesquisas relacionadas à Musicoterapia na Educação Especial, pois o atendimento às pessoas com deficiência está sendo cada vez mais debatido pelos vários setores da sociedade. Porém, ainda se encontram lacunas em relação ao estudo da Musicoterapia na Educação Musical Especial.

Deste modo, o presente artigo tem por objetivo investigar como a Musicoterapia na Educação Musical Especial pode facilitar o processo de inclusão de alunos com necessidades educativas especiais numa escola de ensino regular. A escolha do tema justifica-se pela aproximação teórica compatível às recentes observações no âmbito profissional através do contato com estes alunos.

1 O conceito de necessidades educativas especiais foi ampliado, passando a incluir além de crianças, jovens e adultos com deficiência, aqueles que estejam enfrentando dificuldades de aprendizagem temporária ou permanentes na escola. Neste artigo, será utilizado o termo necessidades educativas especiais, por abarcar amplamente o conceito de inclusão.

2 O artigo 59 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) que trata da Educação Especial determina que os sistemas de ensino devem assegurar aos alunos currículo, métodos, recursos educativos e organização específicos para atender às suas necessidades. Esta lei foi atualizada em 4 de abril de 2013 por meio da lei 12.796.

2 Musicoterapia, Educação Musical e Educação Musical Especial: discutindo conceitos

A Musicoterapia está sendo cada vez mais reconhecida em vários campos. Ela ganhou dimensão científica após a II Guerra Mundial quando numerosos soldados voltaram do campo de batalha com ferimentos na cabeça e lesões traumáticas no cérebro. Através da utilização da música percebeu-se que podiam melhorar suas dores e angústias e algumas de suas respostas fisiológicas (SACKS, 2007).

A Musicoterapia é definida pela Federação Mundial de Musicoterapia como:

A utilização da música e/ou de seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, em um processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais sociais e cognitivas (WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY, 1996 apud CHAGAS; PEDRO, 2008, p. 39).

Neste sentido, a música e seus elementos utilizados na Musicoterapia atuam como facilitadores da expressão do mundo interno do paciente que podem mobilizá-lo influenciando seu sistema mental, físico e psicológico. Somente na Musicoterapia o paciente “tem oportunidade de expressar-se através do canto, ao tocar instrumentos e através de atos criativos da composição e da improvisação” (BRUSCIA, 2000, p. 68).

No que se refere à Educação Musical, entende-se que é o ensino e aprendizado da música que desenvolvem no indivíduo as ferramentas básicas para compreensão e utilização da linguagem musical.

A Educação Musical voltada para alunos com necessidades educativas especiais¹ é chamada de Educação Musical Especial que “trata da aprendizagem e do ensino da música para portadores de deficiência física e mental, perseguindo o desenvolvimento musical, a progressão conceitual e de habilidades, a memorização, a prática de conjunto e todos os processos envolvidos, (...)” (FERNANDES, 2000 apud SANTOS, 2008, p. 3).

Segundo Bruscia (2000, p. 186), “a Educação Musical Especial situa-se na fronteira

¹ A partir daqui o termo “necessidades educativas especiais” será substituído pela sigla NEE

entre a educação musical e a musicoterapia”, mas diferem uma da outra. A diferença entre esses dois enfoques se dá nos objetivos a serem traçados e alcançados em cada área. No entanto, “a Educação Musical Especial é considerada, pelo meio terapêutico, como sendo uma área da Educação Musical” (SANTOS, 2008, p. 2).

Para a educadora musical e psicopedagoga musical argentina Violeta de Gainza (1988) o objetivo da Musicoterapia é terapêutico e tem como intuito alcançar resultados satisfatórios na promoção da saúde do indivíduo. Em relação à Educação Musical, o objetivo específico “é musicalizar, ou seja, tornar um indivíduo sensível e receptivo ao fenômeno sonoro, promovendo nele, ao mesmo tempo, respostas de índole musical” (GAINZA, 1988, p. 101).

Nas diferenças entre essas áreas, pode-se acrescentar que na Musicoterapia não existe um programa específico e repertório como na Educação Musical. O musicoterapeuta desenvolve seus próprios materiais adequando-os de acordo com as necessidades dos pacientes. Contudo, as duas áreas utilizam a música e seus elementos e têm como finalidade “o desenvolvimento bio-psicossocial do indivíduo” (TANGARIFE, 2008, p. 51). Nesse sentido, os meios utilizados pelas duas áreas podem caminhar paralelamente e, conseqüentemente, trazer contribuições.

Na educação musical especial, o professor, às vezes, se utiliza de elementos da musicoterapia para auxiliar no processo de aprendizagem de seus alunos; da mesma forma, a musicoterapia, em alguns casos utiliza elementos da educação musical como coadjuvante no processo terapêutico, portanto, o que é importante sempre ter em mente é a diferença entre os objetivos finais de cada processo (SANTOS, 2007, p. 2).

São utilizados para ajudar no processo terapêutico alguns métodos e técnicas da Educação Musical, além de técnicas específicas da Musicoterapia, as quais se pode citar: *exploração de fontes sonora* – corpo, ambiente, objetos, natureza, instrumentos musicais; *re-criação*, que através do trabalho conjunto permite a interação com sentimentos e ideias de outros; a improvisação, vista como produto da intuição e da emoção inconsciente, permitindo a exteriorização de sentimentos que são difíceis de se expressar verbalmente; a composição, implicando no comprometimento e no exercício de tomada de decisões que se

torna a evidência tangível da realização pessoal (ADEODATO, 2007).

Dessa forma, observa-se que este misto de conhecimentos, na agregação dessas áreas, é indispensável para a formação do musicoterapeuta, do professor de música, como também do professor musicoterapeuta que atua com indivíduos com NEE.

2.1 O profissional professor musicoterapeuta

Com a aprovação da Lei 11.769 de 18 de agosto de 2008 que regulamenta o ensino de música nas escolas regulares de ensino, todas as escolas deverão ter educadores musicais em seus quadros. Porém, o trabalho aplicado aos indivíduos com NEE requer maior atenção. O professor de música deve estar preparado para atuar com essa clientela.

Santos (2008) afirma que a formação complementar dos professores de música que trabalham com alunos com NEE está sendo feita no curso de Musicoterapia. Através dos cursos de graduação e pós-graduação em Musicoterapia “o musicoterapeuta deve ter uma formação que o capacite a integrar equipes multidisciplinares de trabalho em clínicas e escolas de educação especial” (BARCELLOS, 2007, p. 1).

Apesar da prática da Musicoterapia no contexto escolar ainda ser um campo pouco explorado, o profissional que atua com essas pessoas deve compreender suas capacidades básicas e suas necessidades, por isso é importante que tenha em sua formação conhecimentos específicos, práticas ampliadas e adequadas. Neste momento, surge o professor musicoterapeuta.

É nesse atual contexto, onde a música é colocada, oficialmente, como possibilidade para o desenvolvimento humano e onde temos a pluralidade das necessidades das crianças na escola e outros espaços de convívio social, que nasce a demanda por um profissional diferenciado, que possa ensinar, mas também acolher e atender às necessidades específicas de cada criança (PASSARINI et al., 2012, p. 140).

Nesse sentido, entende-se que o professor musicoterapeuta pode intervir na disciplina de Educação Musical Especial acrescentando seus conhecimentos específicos da área da Musicoterapia, ajudando o aluno a ter uma melhor qualidade de vida e

aprendizagem significativa. No entanto, para um bom desempenho do professor musicoterapeuta, ele deve conhecer profundamente o objeto de seu trabalho que é a música, permitindo-o a possibilidade de fazer qualquer intervenção com maior potência. Além disso, para um bom resultado do processo terapêutico é necessário um profissional “acolhedor, sensível, respeitoso, e que está verdadeiramente interessado em ajudar o cliente a explorar o seu emocional” (ÁLVARES, 2010, p. 178).

Uma proposta interessante é a utilização das atividades musicais com enfoque musicoterápico para facilitar o processo de inclusão e socialização do aluno com NEE. O professor musicoterapeuta, com sua formação ampliada e conhecimentos das características de desenvolvimento dos alunos/pacientes, ajudará a propor essas atividades para que todos possam participar e se interagir uns com os outros.

3 Atividades musicais com objetivos musicoterápicos: possibilidades

As atividades musicais são semelhantes às outras áreas como a recreação musical e educação musical, pois utilizam música. No entanto, essas atividades musicais têm outro intuito na Musicoterapia: o terapêutico.

Barcellos (2007) aponta que as atividades realizadas em Musicoterapia são desenvolvidas de acordo com as necessidades do paciente e seu interesse para possivelmente alcançar os objetivos propostos pelo musicoterapeuta. Uma de suas finalidades é ajudar o paciente a exteriorizar suas dificuldades e experiências internas.

Conforme Tangarife (2005, p. 4), ao utilizar as atividades musicais, “o musicoterapeuta se relaciona com seu paciente (individual ou em grupo) possibilitando aos mesmos a atualização de seu potencial criativo através da comunicação”.

No trabalho com pessoas com NEE, são utilizadas atividades de livre expressão sonora como a voz, o corpo e os instrumentos. Elas servem como recursos terapêuticos para que o paciente possa expressar o seu mundo interior, e ainda, servir como um canal de comunicação. Cabe ao professor musicoterapeuta, desempenhar um papel ativo para ajudar

esse indivíduo a obter uma experiência terapêutica a partir do envolvimento com a música e com as atividades propostas durante o processo musicoterápico.

3.1 A voz e o corpo

A voz é utilizada desde os primórdios da humanidade pelo ser humano, pois representa sua primeira forma de comunicação. Benenzon (1988, p. 75) diz que:

De todos os fenômenos sonoros do corpo humano, os mais profundos de todos são os que procedem do interior do próprio corpo, como a voz, o canto, a inspiração e expiração, as exalações etc. Todos eles constituem os elementos mais regressivos e sonoros para o ser humano. Têm a virtude e a complexidade de estarem muito ligados aos ISOS, tanto do musicoterapeuta como do paciente; e que são como que uma tela projetora dos complexos não-verbais do paciente na sua evolução ou involução.

Num processo musicoterápico, a utilização da voz e do canto “facilita a imersão do paciente no próprio som, ou seja, o som ou o canto emitido nasce diretamente do indivíduo” (PINHO; TRENCH, 2012, p. 5). Ao utilizá-los, existe a liberação de energia interna para o mundo externo, favorecendo a sua expressão, treino da fala, da linguagem, da memória, etc.

De acordo com Barcellos (2007), a utilização da voz nas atividades musicoterápicas deve ser feita de forma convencional através da linguagem e do canto, e também de forma criativa, através de sons pré-vocais. Ambos atuam na respiração, fala, linguagem, auto-expressão, criatividade, descarga, canalização de energia agressiva e liberação de conteúdos internos. Além disso, com a utilização da voz, consegue-se estabelecer o primeiro contato com o paciente, onde ele é capaz de expressar sentimentos e emoções de maneira única, ainda que não ditos em palavras. Também através do canto, é possível dar condições àqueles que têm dificuldade em se expressar verbalmente.

Para Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001, p. 109) “o canto, como um instrumento que habita nossos corpos, faz com que funcionemos como caixas de ressonância, de onde expressamos todo o movimento do que é vitalmente sentido”. É um recurso musicoterápico que pode abrir um vasto leque de funções: *cantos falhos, canto como prazer, canto como expressão de vivências inconscientes, canto comunicativo, canto como resgate, canto desejante e canto corporal.*

Chagas (1990), citada por Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001, p. 86), diz que “a emissão vocal é um interessante recurso terapêutico, pois a vibração da voz faz vibrar o corpo, ajudando a desbloquear os anéis de tensão”. A mesma autora acrescenta que

a voz é uma experiência que envolve carga energética. Tal experiência poderá fazer surgir antigas lembranças facilitando a expressão emocional. Ação, emoção e pensamento são unidos graças ao ato de cantar facilitando o contato direto com as sensações físicas e com os sentimentos. Ao ouvir o que se canta, surge a possibilidade de desenvolver habilidades para a construção autônoma da realidade (CHAGAS, 1990 apud SCHARRA, 2002, p. 24).

Como se pode ver, a voz e o canto apresentam diversas funções que podem ser usadas no trabalho com alunos com NEE para estimular a percepção, a atenção, a concentração, etc. Observa-se que a reação à utilização da voz e do canto traz grandes benefícios na promoção do bem-estar, sendo capaz de influenciar nas relações e nas mudanças de comportamento vivenciadas numa sessão de musicoterapia com esses indivíduos que necessitam de ajuda específica.

Além da voz e do canto, o corpo é utilizado nas atividades realizadas em Musicoterapia como fonte emissora sonora, onde o material sonoro se encontra pronto. Os sons corporais são os primeiros com os quais todos os indivíduos têm contato a partir do momento em que são gerados no ventre da mãe. As atividades que utilizam o corpo servem como uma ferramenta terapêutica com o intuito de fazer com que o paciente esteja envolto em seu próprio som. Conforme Von Baranow (1999, p. 31)

O corpo humano foi o primeiro produtor de sons, a primeira fonte sonora, o primeiro instrumento musical na expressão de ritmos e sons diversos, na percussão corporal ou na execução de uma grande variedade de instrumentos. Todo esse fazer sonoro-corporal gera movimentos que se unem ao tempo e ao espaço, buscando a livre expressão e a espontaneidade, gerando prazer na comunicação ajudando o ser humano a tornar-se mais natural, seguro e flexível.

Desse modo, variadas atividades são elaboradas com o uso do corpo através de uma atividade mais livre que é a expressão corporal. Estas atividades pretendem desenvolver o ritmo individual, a orientação espaço-temporal, a percepção visual, a percepção cinestésica, possibilitar a aquisição do esquema corporal, facilitar a auto-expressão e a descarga e canalização de energia agressiva (BARCELLOS, 2007).

São inúmeras as possibilidades de produção de som no corpo humano como, por exemplo, bater palmas, sapatear, esfregar, estalar, etc. Durante o processo musicoterápico, os sons corporais também podem ser utilizados de várias formas como recursos terapêuticos, possibilitando um canal de comunicação entre o paciente e o musicoterapeuta. Desse modo, através das atividades musicais desenvolvidas, esta comunicação é facilitada e o paciente poderá expressar algo interior através de seu próprio corpo.

É notório que as atividades realizadas em Musicoterapia que integram a voz, o corpo e os instrumentos têm dado resultados positivos aplicados às pessoas com NEE. No *setting* musicoterápico para esses indivíduos, as relações que são estabelecidas entre o aluno/paciente e o professor musicoterapeuta ocorrem através da utilização dessas atividades. Por isso, torna-se importante esse trabalho inicialmente para aqueles alunos/pacientes que se isolam e têm dificuldades nas áreas da fala e da linguagem.

Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001, p. 106) dizem que “crianças que não falam, ou que têm atraso no desenvolvimento da linguagem, conseguem, através dessa técnica (cantar acalantos e músicas de roda; ouvir discos e fitas), desenvolver o processo de aprendizagem”.

Observa-se que, ao cantar e emitir sons, o aluno/paciente com NEE descobre suas capacidades e estabelece relações com o ambiente em que vive, ocorrendo então um processo de aprendizagem. O importante é estimulá-lo com atividades em Musicoterapia com o intuito de contribuir na organização do pensamento para que consiga se comunicar e interagir com os outros alunos de forma eficaz.

Sendo assim, além de desenvolver a linguagem, as atividades que utilizam a voz através do canto, como também a expressão corporal, podem ajudar o aluno/paciente com NEE a romper o seu padrão de isolamento, a se socializar e promover seu bem-estar.

3.2 Os instrumentos

O homem primitivo, com desejo de criar novos sons, “pois os sons que ele tinha possibilidade de extrair do próprio corpo não mais o satisfaziam”, foi buscar na natureza diferentes recursos sonoros. Assim, aos poucos, foram sendo criados os instrumentos musicais como um prolongamento de seu corpo (BARCELLOS, 2007, p. 2).

Na Musicoterapia, os instrumentos musicais devem ser de simples manejo, fácil deslocamento e de possibilidades sonoras inteligíveis e claras. Eles podem ser usados na maioria das atividades, tanto de forma convencional como de forma não convencional, com qualquer tipo de paciente.

Para Barcellos (2007), a utilização de instrumentos musicais promove: a comunicação, a integração grupal, a descarga e canalização de energia agressiva, a liberação de conteúdos internos, a descoberta de potencialidades e o desenvolvimento (a) da criatividade, (b) da coordenação motora ampla e fina, (c) da percepção auditiva (timbre, altura, intensidade e ritmo), (d) da percepção visual (diferentes formas e cores), (e) da percepção tátil e (f) da capacidade respiratória. Contudo, não há necessidade que o paciente saiba tocar o instrumento musical.

Durante o processo musicoterápico, os instrumentos musicais podem ser considerados como objeto intermediário e objeto integrador. Como objeto intermediário, o instrumento musical torna-se um facilitador na comunicação do paciente com o musicoterapeuta. Por outro lado, o objeto integrador é aquele instrumento musical que, num grupo musicoterapêutico, lidera sobre os demais instrumentos e que favorece a integração vincular entre os pacientes de um grupo e o musicoterapeuta (BENZON, 1985). Barcellos (2007, p. 2) fala que: “Muitos de nós, ditos ‘normais’, muitas vezes somos incapazes de articular uma palavra diante de uma determinada situação, mas nos expressamos durante horas a fio através de um instrumento musical”.

Nesse sentido, no momento em que as pessoas com NEE tocam um instrumento, “este passa a ser uma extensão do seu corpo e através dele, podem ter consciência do seu

EU e dos outros, através de uma experiência gratificante e prazerosa” (TANGARIFE, 2010, p. 1).

Assim sendo, podem ser utilizados instrumentos musicais adequados especificamente para as necessidades do aluno/paciente, trabalhando o ritmo musical, a imitação, a fala, a coordenação motora, e também favorecendo sua expressão.

4 Contribuições ao processo de inclusão

Na perspectiva inclusiva, a Musicoterapia com suas técnicas e métodos pode favorecer uma melhor qualidade de vida do aluno/paciente, pois ele responde ao estímulo musical independentemente de seu comprometimento mental, físico ou emocional. Desse modo, neste estudo aponta-se a possibilidade de se viabilizar a Musicoterapia na Educação Musical Especial, facilitando o processo de inclusão através das atividades musicoterápicas e possibilitando ao aluno/paciente sua interação social, como também o conhecimento de si próprio.

Feurstein (1975 apud TANGARIFE, 2007), psicólogo israelita, com sua teoria da *Modificabilidade Cognitiva Estrutural* considera que qualquer ser humano pode ser capaz de se modificar cognitivamente, independente de seu percurso educacional ou social desfavorecido. De acordo com ele, todas as pessoas são capazes de elevar seu potencial de inteligência, mesmo aquelas que têm algum comprometimento cognitivo.

Neste sentido, a música pode desenvolver potencialidades nesse indivíduo, favorecendo aspectos físicos, intelectuais, afetivos e sociais e dando-lhe espaço para novas aprendizagens.

Como já foi dito, no trabalho com alunos/pacientes com NEE torna-se necessário a utilização de atividades musicais como recurso terapêutico, abrindo caminhos para a comunicação do paciente com o musicoterapeuta, pois muitos deles não conseguem se expressar verbalmente e se expressam através da voz (sons pré-vocais), do corpo e dos instrumentos. Ademais, essas atividades musicais realizadas ao longo do processo

musicoterápico podem atuar como socializadores e agentes integradores na Educação Musical Especial para os alunos com NEE. O professor musicoterapeuta tem papel fundamental como mediador no processo de desenvolvimento do aluno/paciente.

Por esta razão, a Musicoterapia na Educação Musical Especial tem o intuito de favorecer a minimização das problemáticas do processo inclusivo, tornando-o mais saudável e tranquilo.

Considerações finais

A partir dos estudos da Musicoterapia e da Educação Musical, observou-se que a música e as atividades musicais podem ser usadas de várias formas, cada uma exercendo funções e objetivos diferentes. Desse modo, foram relatadas algumas atividades musicais realizadas em Musicoterapia, mostrando possibilidades, experiências e investigações.

O profissional que atua com alunos com NEE passa a ter contato com outras realidades através da Musicoterapia, o que proporciona um novo olhar em sua prática perante esse público no contexto pedagógico, além de instigar a ter novos objetivos no fazer musical. A partir do primeiro contato com os alunos com NEE, o professor musicoterapeuta traça um caminho e objetivos a serem alcançados no processo musicoterápico, levando em consideração suas necessidades ao elaborar as atividades propostas e também o momento de aplicá-las. Desse modo, o professor musicoterapeuta pode levar aos ambientes educacionais regulares uma prática diferenciada da música.

Como musicoterapeuta, é preciso conhecer os métodos, as técnicas e as atividades realizadas em Musicoterapia, ter objetivos terapêuticos e usar os critérios de acordo com o paciente. No caso do trabalho com pessoas com NEE na Educação Musical Especial, é necessário ter responsabilidades e cuidado tanto com a escolha das atividades que serão propostas, como com as técnicas empregadas e com os critérios e as formas de trabalhar as músicas, os sons e os instrumentos musicais, analisando as respostas às músicas e aos sons utilizados.

Acredita-se que as práticas com Musicoterapia no contexto escolar são viáveis, desenvolvendo no aluno com NEE sua cognição, comunicação e socialização através de experiências musicais trazidas pelas atividades musicais propostas no decorrer do processo, não esquecendo os objetivos terapêuticos. Neste sentido, deve-se dar a importância adequada à musicoterapia nas escolas da rede pública e privada com o fim de apoiar o indivíduo com NEE em suas necessidades educacionais, contribuindo para sua integração social.

Referências bibliográficas

ADEODATO, Ademir. A Musicoterapia nos Espaços Escolares: Contribuições no Processo de Inclusão Educacional. In: Encontro Anual da Associação Brasileira de Educação Musical e Congresso Regional da ISME na América Latina, 16, 2007, Campo Grande. **Anais da Associação Brasileira de Educação Musical**. Campo Grande: ABEM, 2007. Disponível em <http://www.abemeducacaomusical.org.br/Masters/anais2007/Data/html/pdf/art_a/A%20musicoterapia%20nos%20espa%C3%A7os%20escolares%20Ademir%20Adeodato.pdf>. Acesso em 01/05/2014.

ÁLVARES, Thelma B. S. **A musicoterapia e o princípio feminino**: considerações sobre teoria, prática e formação profissional. In: ILARI, Beatriz Senoi; ARAÚJO, Rosane Cardoso de (Org.) *Mentes em música*. Curitiba: Ed. UFPR, 2010.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Atividades Realizadas em Musicoterapia**. Texto Revisado, 2007. [Não publicado].

BENZON, Rolando. **Teoria da Musicoterapia**: contribuições ao conhecimento do contexto não-verbal. Trad. Ana Sheilá M. de Uricoechea - 3. ed. São Paulo: Summus, 1988, 182 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, LDB nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

_____. **Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CHAGAS, Marly; PEDRO, Rosa. **Musicoterapia** desafios entre a Modernidade e a Contemporaneidade - como sofrem os híbridos e como se divertem. Rio de Janeiro: Mauad X: Bapera, 2008, 78 p.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA. **Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais**. Salamanca-Espanha, 1994. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>>. Acesso em: 10/07/2014.

GAINZA, Violeta H. de. **Estudos de psicopedagogia musical**. São Paulo: Summus, 1988.

LIMA, Elcione de; COSTA, Geni de Araújo. **Atividades musicais e musicoterápicas na formação de grupos sociais** na Universidade Federal de Uberlândia. v. 9, n. 1 p. 46-54 jan/jul., 2010.

MILLECCO, Ronaldo POMPONET; BRANDÃO, Maria Regina Esmeraldo; MILLECCO FILHO, Luís Antônio. **É preciso cantar**: Musicoterapia, Contos e Canções. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001, 120 p.

PASSARINI, Luisiana B. França et al. A Educação Musical no desenvolvimento da criança: trilhas da musicoterapia preventiva. In: **XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII Encontro Nacional**

de Pesquisa em Musicoterapia. Olinda, 2012. Anais... Disponível em: <http://14simposiomt.files.wordpress.com/2012/02/final_-_xiv_simp3b3sio.pdf>. Acesso em: 22/06/2014.

PINHO, Mariana Carvalho Caribé de Araújo; TRENCH, Belkis Vinhas. Encontros sonoros: o corpo e a voz num processo musicoterapêutico grupal. **InCantare**: Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia. Curitiba, v. 3, p.30-41, 2012. Disponível em: <http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/Comunicacao_2012/Publicacoes/InCantare/InCantare_Artigo2.pdf>. Acesso em: 30/06/2014.

SACKS, Oliver. **Alucinações musicais**: relatos sobre música e o cérebro. Tradução Laura Teixeira Motta, São Paulo: Companhia da Letras, 2007.

SANTOS, Claudia E. C. dos. As práticas em Educação Musical Especial: possíveis contribuições da Musicoterapia. XVI Encontro **Anual da ABEM** e Congresso Regional da ISME na América Latina. Campo Grande - MS, 2007. Disponível em: <http://www.abemeducacaomusical.org.br/Masters/anais2007/Data/html/pdf/art_a/As%20pr%C3%A1ticas%20em%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Musical%20Especial_Claudia%20Santos.pdf>. Acesso em: 16/02/2014.

_____. **A Educação Musical Especial: Aspectos Históricos, Legais e Metodológicos.** Dissertação. 2008. (Mestrado em Música). Universidade Federal do Rio de Janeiro - Unirio.

SCHARRA, Deila Maria Ferreira. **A voz em musicoterapia - a educação vocal na terceira idade e o processo ensino (terapia) – aprendizagem.** Monografia apresentada ao curso de Especialização em Musicoterapia, Conservatório Brasileiro de Música Centro Universitário, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/monografia/Monografia%20de%20Musicoterapia.pdf>> Acesso em: 20/05/2014.

TANGARIFE, Ana Sheila. **O sonoro na construção da identidade: musicoterapia, saúde mental e outros constructos.** Trabalho apresentado no V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, Rio de Janeiro, 2005.

_____. Educação Musical, Educação Especial e Musicoterapia. In: **Musicoterapia no Rio de Janeiro: novos rumos.** Rio de Janeiro, ed. CBM, org. Clarice Moura Costa, 2008.

_____. **A pessoa com necessidades especiais, a música e a musicoterapia.** 2010. [Não publicado].

VON BARANOW, Ana Léa Vieira Maranhão. **Musicoterapia: Uma Visão Geral.** Rio de Janeiro: Enelivros, 1999, 96 p.



5- MUSICOTERAPIA E TEMAS DA FORMAÇÃO

Comunicação Oral:

PARA QUÊ REGISTRAR A SESSÃO DE MUSICOTERAPIA

Ana Maria de Souza Chaves¹

RESUMO: O presente relato tem por objetivo uma reflexão sobre a importância dos diferentes registros usados para transcrever as sessões de Musicoterapia. Parte-se da definição de sessão, feita por vários autores, discutindo-se as diferentes etapas, e outros acontecimentos e aspectos que fazem parte da sessão. Há a apresentação também de práticas onde certas características como as etapas e outros fenômenos são menos evidentes. Descreve-se a importância dada aos registros das sessões e algumas de suas implicações éticas. Apresenta-se uma questão relativa à incompatibilidade de descrever no mesmo evento a voz poética da música que aciona o ouvido e a memória e o discurso científico, que aciona a escrita e a leitura. Incluem-se as formas mais tradicionais de registro das sessões: relatos escritos, e gravação da voz e imagem. Supõe-se que os recursos tecnológicos facilitam de certa forma o registro das sessões. No entanto, em ambos os casos, a leitura musicoterápica é imprescindível. Ela integra a produção musical, a música e a escuta, e que talvez seja a forma de superar o impasse entre a escrita de um evento que integraria universos de natureza diversa: arte e ciência.

Palavras-Chave: Musicoterapia. Registro de sessões. Tecnologia. Leitura

Introdução

A escolha desse tema surgiu da ênfase dada ao registro da sessão por uma das principais estudiosas do assunto no Brasil. Tanta recomendação sugeria que este assunto se constituía numa lacuna a ser preenchida e num desafio a ser vencido.

O que me fez começar o estudo pela sessão foram: o desejo de ver como esta se realizava e relacioná-la aos possíveis caminhos para registrá-la. Era a necessidade de unir a teoria e a prática.

Percebia-se que algumas sessões tinham características bem marcantes: as etapas, e modelos cujas etapas não são evidentes.

Pode-se observar na sessão, os *settings*, os enquadres, os objetivos do terapeuta, as necessidades de quem é atendido, e o tipo de atenção que o musicoterapeuta utiliza durante a sessão, para perceber os mecanismos que surgem.

¹ Graduada em Música pela UFRJ, Psicóloga pela PUC/RJ, Especialidade em Psicologia Clínica pelo Conselho Estadual de Psicologia, Especialidade em Psicopedagogia pela Fundação Getúlio Vargas, Especialista em Gerontologia pela SESC/SP e Especialização em Musicoterapia e Graduação em Educação Artística – Música pelo Conservatório Brasileiro de Música. Funcionária Pública Estadual. anamariachaves2008@gmail.com

Nisso incluem-se os instrumentos que são utilizados, a qualidade das interações e intervenções do terapeuta e a relação dos integrantes da sessão com a música, e respectivos efeitos e sentidos atribuídos.

Todos estes aspectos foram observados e vivenciados durante o curso de Especialização de Musicoterapia, e durante o estágio no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba onde se percebeu a importância dos cuidados éticos que devem ser tomados com as pessoas em atendimento.

Por que e para que escrever, registrar a sessão? Quais os benefícios vindos daí? Ela deve ser escrita ou gravada com equipamentos? Vários argumentos serão apresentados. Será que ela pode ser anotada à medida que for acontecendo?

O que deve ser anotado e como fazê-lo? Os eventos da sessão envolvem a música e pelo menos duas ou mais pessoas, o que coloca em jogo a concepção da música e a concepção de ser humano, e nesse caso, a concepção de saúde além do manejo técnico para o atendimento individual e grupal. Em suma a própria noção do que é a Musicoterapia.

Além do aperfeiçoamento que o musicoterapeuta terá de buscar a lacuna que existe entre a sessão, o seu registro e a leitura pode ser compreendida como peculiaridades dos discursos entre arte e ciência.

A música neste artigo será definida como linguagem. Levanta-se a hipótese de a escrita não captar perfeitamente o “mistério” e o “fascínio” da música, embora se espere ao mesmo tempo registros e leituras de cunho científico para serem sistematizados.

Articula-se a sessão, o registro e a leitura como aspectos inseparáveis cuja evolução da leitura musicoterápica, provavelmente propiciará métodos de registros que podem “resolver” a dicotomia entre a sessão e seu registro e entre arte e ciência.

Finalmente, teremos as Considerações Finais, articulações entre algumas questões apresentadas, e reflexões sobre o texto.

Desenvolvimento

O que é a sessão de musicoterapia.

Em diferentes textos, Uricoechea (1986) apresenta a musicoterapia segundo a abordagem humanista existencial fenomenológica como “um encontro musical e existencial” entre duas ou mais pessoas: “a ação musicoterápica.” Apesar da autora não falar da palavra sessão pode-se deduzi-la em diferentes momentos: quando enfatiza o caráter textual do acontecimento musicoterápico, sujeito à leitura.

Em outro momento fala da “vivência musicoterápica” que constitui o “campo fenomenológico” com as experiências de tocar, cantar, improvisar, movimentar-se ritmicamente. É a qualidade do encontro que revela o acontecer musical. Em outro momento a sessão pode ser entendida como “prática ativa” induzida pela música.

A ação musicoterápica se constitui na visão global do evento que surge pelos vínculos da relação consigo próprio, com os instrumentos, e com os demais, pela catarse, ou descarga muscular. Sons e ritmos, intervenções e apreciação das identidades sonoras; o aparecimento das lideranças e do objeto integrador que intermedia a relação; o término da ação e a sua avaliação e registro de aspectos musicais e gerais para facilitar a leitura da atividade desenvolvida com cada pessoa ou grupo (BENZON, 1985).

Pode-se dizer que a sessão também é concebida de acordo com o *setting*, enquanto lugar da escuta musical cuja função e objetivo são absorver informações e atribuir sentido ao que é ouvido (COSTA, 2010). Esta autora (2012) enfatiza o prazer como um dos aspectos mais importantes da sessão. “O *setting* de Musicoterapia tem que ser um lugar de fascinação e inventividade, uma mixagem de todos os sentidos acompanhada de sensação de prazer” (COSTA apud URICOECHEA, 2010, p.5).

Outra maneira de considerar a sessão é através da prática clínica. Barcellos (2004, p. 4) em *Musicoterapia: Alguns Escritos* recomenda “olhar para a prática clínica leito e margens da prática”. Ela acrescenta: “difícil conciliar os objetivos da sessão com a

percepção que se tem do cliente e utilizar a linguagem musical da forma mais adequada” (BARCELLOS, 1999, p.47).

A sessão teria etapas: A primeira seria perceber o cliente ou o grupo. Na segunda sugere a “organização dos elementos que apareceram, e atividades próprias das necessidades, interesses do cliente e objetivos do musicoterapeuta”. Na terceira etapa, “o musicoterapeuta prepara a pessoa para o final da sessão” (Barcellos, 1999, p.55).

A constituição da sessão passa pela percepção da situação da pessoa em atendimento, e da habilidade musical do musicoterapeuta para clarificar musicalmente aspectos que a pessoa apresenta e que não são muito claros. Ainda fazem parte desse quesito o tamanho do local, os instrumentos musicais, ou objetos sonoros, os objetos de registro da sessão.

Na continuação da reflexão sobre a definição de sessão de musicoterapia, Bruscia propõe que a musicoterapia é um processo sistemático de intervenção e a sessão, o campo onde esta se daria. BRUSCIA, (2000).

A intervenção clínica tal qual o processo musicoterápico, e a sessão são difíceis de definir: parece dizer Schapira quando acrescenta que intervenção clínica não se trata de magia nem de intuição selvagem (SHAPIRA, 2002).

A Musicoterapia tem uma natureza “híbrida, transdisciplinar, construída, a partir de sínteses de outras disciplinas, daí a sua complexidade” (CHAGAS apud COSTA 2010, p.119). Por outro lado, Schapira também adota um “paradigma da complexidade” porque segundo ele a sessão de “Musicoterapia pretende abarcar o conceito de ser humano em suas várias dimensões” (SCHAPIRA, 2002, p. 27). E por isto segundo o mesmo autor não se pode descartar o caráter “interdisciplinar da musicoterapia”.

Já Rolando Benenzon no *Manual de Musicoterapia* considera a sessão de musicoterapia em etapas. A primeira etapa da sessão de musicoterapia é “aquecimento e catarse procedimentos que preparam para a ação”. O instrumento permite a canalização de

energias físicas e psíquicas contidas. “Se não há catarse difícil será haver aquecimento” (BENENZON, 1985, p.84).

Surge a segunda etapa. O musicoterapeuta percebe a identidade sonora que a pessoa apresenta no momento e tenta integrá-la ao ISO Gestáltico da pessoa, (BENENZON, 1985, p. 85). Percebe a estratégia para abrir um canal de comunicação que é produzido pelo impacto entre o ISO do terapeuta e do paciente. A 3ª etapa atinge o clímax do diálogo sonoro. “A sessão que atinge o diálogo sonoro é fácil de finalizar e caso contrário fica difícil de terminar a sessão” (BENENZON, 1985, p. 87).

No grupo, existem cuidados em relação ao *setting* e ao enquadre que são importantes: o número de pessoas e o coterapeuta, cuja função de observador, favorece a integração do grupo. Haveria também etapas a serem observadas, semelhantes às etapas do atendimento individual (BENENZON, 1993).

O grupo de musicoterapia passará pelos processos típicos de qualquer grupo. “O prazer da expressão sonora e corporal e os canais de comunicação que se abrem são vividos com intensa gratificação por parte do terapeuta e do grupo (BENENZON, 1985, p. 89). Em poucas sessões muitos dos aspectos apresentados de início como onipotência/ impotência desaparecem” (1985, p.90), (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba).

Há experiências musicoterápicas que se fundamentam através das teorias como as de Espinoza e Deleuze Guattari, (PEIXOTO, 2008, p.112). É na área saúde mental onde são comuns “questionamentos e posicionamentos a respeito da prática e da teoria” (SIQUEIRA, 2008, p. 148), onde se vêem conceitos de “rizoma, cartografia, experimentação do improvisado e mudança de lugares”, ou a Musicoterapia como algo que caminha no “entre” (SIQUEIRA, 2008, p. 150).

Em Hospital Geral já existem experiências com a abordagem sistêmica transdisciplinar para atendimentos a famílias visando a “Humanização da Assistência em saúde” cujos objetivos de acolhimento aos usuários do hospital “promove a comunicação, relacionamento, aprendizado.” (PIMENTEL; BARBOSA, 2008, p.231).

No que diz respeito ao registro das sessões, é um desafio, às vezes intransponível porque implica na aceitação dos clientes, principalmente se o registro for por meios tecnológicos, e se estas pessoas possuem graves transtornos psíquicos como observei no estágio do Hospital de Jurujuba. Este consentimento é dado verbalmente, mas para a pesquisa é preciso fazê-lo por escrito. DILEO, (2000).

Para Barcellos (1993), existem vários argumentos a favor do registro. Um deles é a possibilidade de observar a dinâmica entre terapeuta e cliente, as atuações que favorecem o cliente a chegar ao atendimento de suas necessidades e aos objetivos traçados pelo musicoterapeuta. Observa-se um exemplo de trabalho tratando do assunto apresentado em Congresso como o de Zanini, (2006).

Outro argumento usado pela autora a favor do registro da sessão seria o de sistematizar dados colhidos a partir de determinados procedimentos que são utilizados na sessão. O trabalho posterior seria a leitura desses dados, para reflexão do processo, confecção de textos, que retratam os acontecimentos, para submetê-lo à apreciação. Vide exemplo de Costa, no seu protocolo de pesquisa para observação de grupos, e o que tenta demonstrar a pesquisa sobre Movimentação do Musicoterapeuta. (Barcellos, 2005).

Esta autora (1993) diz que o registro da sessão pode trazer parâmetros de atuação em relação a toda a movimentação, aos instrumentos utilizados, às reações provocadas pelos elementos musicais ou pelos objetos intermediários ou pelas histórias de vida, clínica e sonora de cada pessoa. Principalmente no que se refere ao registro da música, quando usados os meios tecnológicos, tem-se a impressão de uma oportunidade de reflexão sobre os efeitos terapêuticos, específicos da música.

Os argumentos que são utilizados contra o registro são certo constrangimento que pode se abater sobre os clientes incluindo o musicoterapeuta, e isto provocar uma perda de espontaneidade na sua relação com a pessoa(s), inibindo as suas possíveis interações, intervenções, assim como certo constrangimento diante da supervisão.

Os registros devem ser escritos, no estilo descritivo porque permite extrair dados dos mesmos, e proporciona o entendimento de quem for lê-los. As suposições e interpretações devem ser colocadas à parte. Deve-se incluir a data da sessão e todas as pessoas que fizeram parte da mesma. A linguagem deve ser clara e objetiva. As fichas de registro são muito limitadas se não houver uma descrição da sessão com as dinâmicas correspondentes.

Há outras questões desafiantes, inerentes à música, relacionadas com a sua característica de “linguagem”. “A música é uma linguagem universal dentro do cultural” (BARCELLOS, 2004, p.50). Quando se fala de registros de sessão fala-se de leitura musicoterápica: a produção sonora, a música e a recepção da escuta, e a inter-relação de todos os envolvidos no evento. COSTA (2013)

Há uma diferença entre a leitura da música e a leitura musicoterápica. No seu estudo sobre a Música como Linguagem Sloboda (1997) percebe como os músicos lidam com a música: através da intuição ou através dos aspectos racionais da música. Nesse tipo de leitura não existe a dimensão clínica como demonstra Piazzeta na sua concepção de música na musicoterapia, onde estão entrelaçadas a arte e a ciência das relações humanas (2010pag. 66).

Na musicoterapia, pode-se ler de muitas maneiras o que acontece nas sessões. Ao considerar a grande variedade de sentidos que podem ser atribuídos, BARTHES, apud SHAPIRA (2002, p.38) consideram que “ler é encontrar sentidos, isto é, designá-los, é uma nomeação no decorrer do tempo”.

O mundo é muito maior do que a experiência que temos dele. Por isso que Zumthor (1993) fala da incompatibilidade de abrangermos na escrita a voz poética da música e a voz da ciência. Esta ligação entre o ouvido e a voz da poesia e da música antes do aparecimento da escrita, parece que está em contraposição à leitura que aciona a escrita. Como são incompatíveis estes universos caminham paralelamente.

No entanto, esta questão controvertida em relação à natureza da voz poética e da palavra escrita, é que talvez “explique” a dificuldade de escrever, registrar a sessão de

Musicoterapia. Segundo o filólogo, o que existia antes eram a voz e a letra, e o que predominava era o poético dessa voz que cantava por toda a parte, levando notícias, descrições, de lugar em lugar, através da palavra em verso, com gestos em performances onde havia canto, dança, e dramatização (Zumthor, 1993).

Como manter a voz poética na escrita? É como se os valores implícitos na voz e na escrita fossem irredutíveis. Uma mobiliza a escuta e a memória, e o outro, a imagem, a explicitação e a explicação. Aos poucos há a separação entre contar e cantar, aumentando a distância entre as duas formas de expressão, e por isso descrever um evento onde entram os dois tipos de codificação parece impossível.

A dificuldade de registrar a sessão não está só nos tipos de registro que existem. Está na natureza dos discursos musical e científico. Da voz que canta e da que fala. Dessa forma a “objetividade”, é inalcançável. Não há como conciliar o poético com o científico. É o grande paradoxo da escrita ou registro da sessão de musicoterapia. (Schmidt apud Barcellos (2007, p. 4) no seu artigo Análise Estrutural da Música Clínica apresenta a análise dos elementos técnicos da música, análise dos sentimentos, emoções, metáforas, imagens, memórias, associações e reações físicas, análise das impressões, e dos aspectos que dizem respeito ao paciente. Análise que é feita no 2ºGIM.

É o Modelo Tripartido de Molino, da Musicologia que é considerado por Barcellos um dos melhores para a Leitura Musicoterápica. Vem de encontro ao que Smeijsters considerava: deveria haver algo que “falasse ao mesmo tempo da pessoa e da música” (SMEIJSTERS apud Barcellos, 2007, p. 9).

É uma leitura de todo o processo de experimentação musicoterápica, incluindo o musicoterapeuta. A produção, a obra em si e a recepção ou escuta. São as repetições, as transformações, de unidades, e de parâmetros, as expectativas, tensões, retornos, preparações, resoluções que fazem possíveis a narrativa. A pessoa seria o “narrador de sua própria história” através de seu desempenho. Através disso, haveria a resignificação de sua vida.

O musicoterapeuta vai usar a “atenção flutuante musical”, (CIRIGLIANO, Marcia, 1993, p. 33), e a “atenção flutuante corporal” (FREGTMAN, 1982, p. 50) para captar os inúmeros sentidos, veiculados pela polissemia musical, e escolher algum que faça “sentido” para a pessoa.

Considerações Finais

Falar sobre esse tema se constituiu num grande desafio, porque a expectativa era de que não haveria bibliografia suficiente para o trabalho. No entanto, eu poderia ter escrito só sobre a sessão de musicoterapia, e ainda teria muito que pesquisar. Principalmente nos escritos dos que se dedicam à teoria, à prática e à didática da Musicoterapia no Rio de Janeiro e no Brasil. Fiquei muito contente por esta descoberta.

Esse artigo só pretendeu apresentar um esboço muito tênue sobre a sessão de musicoterapia e as formas de traduzi-la, segundo a visão de quem termina o curso de Especialização em Musicoterapia.

Pretendia que fosse um estudo mais equilibrado sobre a teoria e a prática da sessão de musicoterapia. O tema escolhido propiciou uma leitura mais aprimorada do material didático sugerido pelos professores do curso e uma problematização da relação entre a sessão e seu registro ao descobrir através das leituras outra questão fora das habituais e que acrescentaram à questão do registro a relação entre os discursos entre a arte da música e da ciência.

Para discutir o registro temos que abordar a sessão, que é o objeto de interesse do registro. Como há muitas formas de conduzir a sessão, e é muito difícil defini-la supostamente há muitas formas de registrá-la, e também há muita dificuldade para isto.

No entanto, ao aplicar o método ou as técnicas de musicoterapia (BARCELLOS/BENZOM) no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, observei no grupo a importância da coterapia. Sugeri e bastou uma pequena mudança no *setting* suficiente para trazer uma dinâmica melhor ao grupo. Conseguimos ultrapassar o caos inicial e chegar ao diálogo

sonoro e uma finalização da sessão, com a sensação de grande prazer.

Em relação ao registro da sessão começamos a instituir o registro compartilhado. Registrávamos as músicas e os nomes das pessoas na ordem que aconteciam durante a sessão e a partir de determinado momento todos podiam ler e escrever no caderno de anotações da sessão.

Talvez a ênfase na peculiaridade da leitura da música que é praticada na musicoterapia traga mais subsídios para a leitura de sua prática e meios para registrá-la, assim como mais conhecimento sobre a própria música. A musicoterapia poderá ser a ponte entre a arte e a ciência.

Referências Bibliográficas:

BARCELLOS Lia Rejane Mendes. **Cadernos de Musicoterapia**. Rio de Janeiro. 1º caderno. Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.

_____ **Cadernos de Musicoterapia 2º cad.** Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.

_____ **Cadernos de Musicoterapia 3º cad.** Rio de Janeiro: Enelivros, 1999a.

_____ **Cadernos de Musicoterapia 4º cad.** Rio de Janeiro: Enelivros, 1999b.

_____ **Transferência, Contratransferência e Resistência**, organizadora e tradutora. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999c.

_____ **Musicoterapia alguns escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

_____ *Musicoterapia e Atribuição de Sentidos*: o paciente como narrador musical de sua(s) história(s). In: OLIVEIRA, H. e CHAGAS, M. (Orgs). **Corpo expressivo e construção de sentidos**. Rio de Janeiro: Mauad X: Bapera, 2008, p.23-24.

_____ **Da Produção à Recepção da Narrativa Musical do Paciente em Musicoterapia**: Um caminho para a compreensão de sua história. Apostila organizada pela estação EKI para o curso ministrado em São Paulo 2007a

_____ **Mecanismos de Atuação do Musicoterapeuta: Ações, Reações, Inações**. Pesquisa realizada no Conservatório Brasileiro de Música com alunos de Musicoterapia tendo como base as experiências musicoterápicas no Curso de Musicoterapia Rio de Janeiro 2003 a 2005.

_____ **Atividades realizadas em Musicoterapia**. Rio de Janeiro 1980 revisão 2007.

_____ **Modelo Tripartido de Molino e a Musicoterapia**. S/d.

BRUSCIA, Keneth E. **Definindo Musicoterapia**. Traduzido por Marisa Velloso Fernandez Conde. 2. Ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

BENZON, Rolando O. **Manual de Musicoterapia**. Traduzido por Clementina Nastari. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

Teoria da Musicoterapia Contribuição ao conhecimento do contexto não verbal. Traduzido por Ana Sheila M. De Uricechea. 3. Ed. São Paulo: Summus, 1988.

CHAGAS, Marly. ET al. **Corpo Expressivo e Construção de Sentidos**. Rio de Janeiro: Mauad X Bapera, 2008.

CHAGAS, Marly. ; PEDRO, Rosa. **Musicoterapia. Desafios entre a Modernidade e a Contemporaneidade**. Como sofrem os híbridos e como se divertem. Rio de Janeiro: Mauad X Bapera, 2008.

CIRIGLIANO, Marcia Maria da Silva. **Das Possíveis Relações entre Musicoterapia e Psicanálise à Emergência de Um Novo Termo: Atenção Flutuante Musical**. Rio de Janeiro, 1993. Monografia (Graduação em Musicoterapia), Conservatório Brasileiro de Música.

COSTA, Clarice Moura. **Música e Psicose**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2010.

Desafios da Construção de Conhecimentos em Musicoterapia. Jornada Científica de Musicoterapia. Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em www.amtrj.com.br/Vjornada1a.shtml 29/10/13.

(ET al) (Org.) **Musicoterapia no Rio de Janeiro: Novos Rumos**. Rio de Janeiro: Editora CBM, 2008.

DILEO, C. Ethical Thinking in Music Therapy. Trad. Marcia Cirigliano. Rio de Janeiro Conservatório Brasileiro de Música. s/d.

FREGTMAN, Música e Terapia. Tradução Gonçalves Maria Estela. Editora Cultrix. São Paulo, 1982.

PIAZZETTA, Clara Márcia de Freitas "Música em Musicoterapia" e reflexões na construção do Corpo Teórico da Musicoterapia. Revista do Núcleo de ESTUDOS E Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia Curitiba, 2010.

PEIXOTO, Paulo de Tarso de Castro. Cartografia Afetiva em Musicoterapia: Caminhos para o artesão de si: COSTA, Clarice Moura. (ET al) (Org.) **Musicoterapia no Rio de Janeiro: Novos Rumos**. Rio de Janeiro: Editora CBM, 2008.

PIMENTEL, Adriana Barbosa; MACHADO, Ruth. Humanização da Assistência em Saúde: Desafios e Conquistas: COSTA, Clarice Moura (ET al) (Org.)**Musicoterapia no Rio de Janeiro: Novos Rumos**. Rio de Janeiro: Editora CBM, 2008.

RIVIÈRE, Pichon O Processo Grupal. Trad. Marco Aurélio Fernandes Veloso; 5ª edição, São Paulo Martins Fontes, 1994.

SILVA, Raquel. Siqueira. Musicoterapia e Práticas Coletivas: COSTA, Clarice Moura (ET al) (Org.) **Musicoterapia no Rio de Janeiro: Novos Rumos**. Rio de Janeiro: Editora CBM, 2008.

SHAPIRA, Diego. Musicoterapia, Facetas do Inefável. Rio de Janeiro: Enelivros, 2002.

SLOBODA, John. Music as a Language. In: Frank, R. & Roehmann. (Ed.) **Music and child development**.

TANGARIFE, Ana Sheila. Educação Musical, Educação Especial e Musicoterapia. s.d.

TANGARIFE, Ana Sheila; LIMA, Rafael; FIEDLER, Ana Katarina; VELON, Marcela; COSTA, Marcella; GOULART, Glória; "Musicoterapia na Deficiência Intelectual: Um Estudo sobre Avaliações e Intervenções com enfoque cognitivo", 2010 a 2012.

URICOECHEA, Ana Sheila. M. Musicoterapia e Deficiência Mental: Teorias e Técnicas. SPB Boletim nº 5 59 60 1986.

ZANINI, Claudia Regina de Oliveira; MUNARI, Denise Boutellet. A Movimentação de grupos em Musicoterapia: Vivenciando musicalmente papéis. In: XVI CONGRESSO DA ANPPOM. 2006. Brasília, p.587-590.

-----COSTA, Cristiane Oliveira. Protocolo para Observação de Grupos em Musicoterapia um Instrumento em Construção. Pesquisa Qualitativa.

ZUMTHOR, Paul. A Letra e a Voz. Trad. Amalio Pinheiro, Jerusa Pires Ferreira. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.



A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA (RE)LIGANDO CONTEXTOS E TEXTOS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: INTERTEXTUALIDADES EM AÇÃO

Sandra Rocha do Nascimento¹
Rafael Mendonça Barros²
Karylla Amandla de Assis Paula³

RESUMO: Nos contextos educacionais da atualidade é possível identificarmos diversas situações intra e interrelacionais que vulnerabilizam seus sujeitos: a violência na e da escola, casos de *bullying* e uso de drogas entre alunos, excessiva culpabilização da família, síndrome de *burnout* entre docentes, entre outras. O presente estudo objetiva refletir sobre a intertextualidade presente nos projetos de extensão da Universidade Federal de Goiás (UFG), tangenciando dados coletados nos contextos escolares e aportes teóricos do programa PSE/ MS/MEC. As equipes interdisciplinares, com atividades direcionadas a públicos e espaços educacionais diferenciados, através de metodologias problematizadoras, identificam e intervêm nos fatores que fragilizam as pessoas, bem como amplificam fatores de fortalecimento psicossocioemocional. Verificamos que a extensão universitária configura-se como um cenário importante de formação profissional, apreendendo a realidade numa perspectiva dialógica com os fundamentos teóricos e tangenciado pela intersubjetividade dos acadêmicos em ação. Concluímos que frente a este cenário educacional, quer dos campos de extensão quanto da academia, a Musicoterapia, enquanto área, é movimentada para a formação de profissionais aptos a atuarem sistemicamente e dentro do paradigma da pós-modernidade, colocando-o como sujeito ativo na co-construção de novos conhecimentos e sentidos e no processo de mudança da realidade social.

Palavras-Chave: Musicoterapia na Educação; Extensão Universitária; Formação profissional; Comunidade Escolar

Introdução

Nos contextos educacionais da atualidade, é possível identificarmos diversas situações intra e interrelacionais que vulnerabilizam seus sujeitos, tais como: a violência *na escola* (por grupos ou gangues fazendo *bullying*) e a violência da escola (em relações educativas autoritárias, conflituosas e deterioradas), os casos de uso de drogas entre alunos, situações de tráfico nos espaços escolares, a ausência quase completa da família, imputação de uma excessiva culpabilização direcionada aos pais pelos docentes, manifestação da síndrome de *burnout* em professores, problemas de comunicação

1 Musicoterapeuta. Doutora em Educação. Docente do Curso de Musicoterapia/UFG/Brasil. Coordenadora do Programa de Extensão EMAC-06/PROEC/UFG, com projetos de extensão financiados pelos Editais PROEXT/MEC/SESu, desde 2013. srochakanda@gmail.com

2 Musicoterapeuta. Cogestor do Programa de Extensão EMAC-06/PROEC/UFG. rafaelmb.mt@gmail.com

3 Musicoterapeuta. Cogestor do Programa de Extensão EMAC-06/PROEC/UFG. karyllaamandlamt@gmail.com

acentuando a imprevisibilidade na rotina escolar, etc.

Neste panorama, os acontecimentos da escola influenciam as ações e reações dos atores da comunidade intra escolar (gestores, educadores, alunos, funcionários) e extra escolar (familiares, profissionais das instituições públicas, sujeitos da sociedade civil, estagiários e docentes das universidades (IFEs), etc), bem como são influenciados pelos atores, isto é, os acontecimentos e discursos de cada sujeito em seu *locus* de atuação, influenciam e são influenciados entre si (NASCIMENTO, 2010).

Mediante esta interinfluência, percebemos que nos contextos educacionais existe uma homogeneidade de discursos verbais quanto não verbais, validando situações de exclusão do diferente e do espontâneo, ressaltando a mesmice nas ações cotidianas que geralmente são impactadas por uma imprevisibilidade de eventos não planejados. Neste cenário, cada ator da comunidade escolar manifesta (re)ações¹ conforme os intertextos que o compõe.

Segundo Perez (s/d), a intertextualidade

é a influência de um texto sobre outro. /.../ pode ser construída de maneira explícita ou implícita. Na intertextualidade explícita, ficam claras as fontes nas quais o texto baseou-se e acontece, obrigatoriamente, de maneira intencional./.../ **A intertextualidade implícita** demanda de nós um pouco mais de atenção e análise /.../ esse tipo de intertexto não se encontra na superfície textual, visto que não fornece para o leitor elementos que possam ser imediatamente relacionados com algum outro tipo de texto-fonte.

A intertextualidade implícita “pede de nós uma maior capacidade de realizar analogias e inferências, fazendo com que o leitor reative conhecimentos preservados em sua memória para então compreender integralmente o texto lido”. Na intertextualidade explícita “por nos fornecer diversos elementos que nos remetem a um texto-fonte, a intertextualidade explícita exige de nós mais compreensão do que dedução” (PEREZ, s/d). Embora Perez(s/d) sustente, em específico referente a escrita, como “permeada por

¹ Nascimento (2010) sustenta a configuração de discursos, dentro da escola, que se apresentam como “ações contrárias ao movimento de geração de mudanças no cotidiano escolar e compreendidas como complementares e presentes simultaneamente as demais ações” (p.299). Partimos desta compreensão para designar as ações ou atos discursivos dos sujeitos que são contrárias uns aos outros, i.é, a presença de contradições entre o agir-falar, falar-sentir, sentir-pensar, pensar-agir, etc

influências e nossas ideias geralmente remetem às outras ideias já enunciadas”, consideramos as diversas ações e reações das pessoas como discursos, que são expressos em manifestações verbais, corporais, silêncios, sons, objetos apropriados e/ou construídos, entre outras formas discursivas, que desvelam a influência de narrativas de outros tempos-espacos-sujeitos.

Considerando nosso objeto de estudo os discentes do programa EMAC-06, como atores da comunidade extra escolar quando da participação em atividades de extensão em campos sociais e comunitários como as escolas, observamos também a presença desta interinfluência, emergida no encontro destes com as pessoas da comunidade, sendo tangenciada por outros fatores. Anteriormente sustentamos que,

não são apenas os fatos subjetivos que influenciam, em cada sujeito, em suas interações, mas os fatos sociais manifestos nos objetos construídos ou não, nas ações realizadas ou não, carregados de representações e aspectos ideológicos, tangenciados pelas histórias de vida de cada sujeito, interinfluenciando mutuamente tanto os atores da comunidade escolar quanto os contextos ou *locus* em que atuam (NASCIMENTO, 2010, p.282-3).

Referimo-nos aos fatores subjetivos e socioculturais e aos aportes teóricos com os quais os acadêmicos entram em contato em sua formação, proporcionando espaços dialógicos conversacionais que possibilitam verificar outros fatores presente em seus discursos verbais e não verbais.

Para a geração destes espaços conversacionais na formação profissional, novas perspectivas educacionais emergem a partir de estudos relacionados com o paradigma da pós-modernidade. Dentre elas, as práticas colaborativas na educação ou *aprendizado colaborativo*, sustentadas no Construcionismo Social, dão ênfase no diálogo generativo ou conversação dialógica em que “os participantes são envolvidos em uma investigação partilhada na qual tentam entender um ao outro, tentam aprender a singularidade de sua linguagem, seus significados expressos em palavras ou sem palavras” (ANDERSON e LONDON, 2012, p.22), tendo como característica primeira acolher, estimular e validar as diversas formas dos sujeitos de dizer sobre os acontecimentos, favorecendo o sentimento de pertencimento, de participação, propriedade e responsabilidade partilhada à conformação

de uma comunidade de aprendizado colaborativo.

Segundo Anderson e London (2012), “o aprendizado colaborativo requer um ambiente e atividade de aprendizagem em que sabedoria, conhecimento e costumes dos membros de um contexto educacional local são reconhecidos, acessados e utilizados”(p.24), gerando uma conversa dialógica generativa, em que cada membro é estimulado a falar e se colocar como protagonista na transformação de sua realidade. Como sustentado pelas autoras, ao educador que facilita um aprendizado colaborativo “requer flexibilidade, sensibilidade e capacidade de resposta, e criatividade para fazer aquilo que a ocasião exigir em cada momento. Relacionamentos e aprendizado mais horizontais começam a ser criados” (idem).

O presente estudo objetiva refletir sobre a intertextualidade presente nos discursos dos acadêmicos da equipe interdisciplinar do programa de extensão da EMAC-06/UFG, emergido através de um aprendizado colaborativo sobre suas (re)ações junto a comunidade.

Material e Métodos

Para compreender a reflexão que trazemos, neste artigo, primeiramente se faz necessário contextualizar nossas ações e atores. O programa de extensão universitária, denominado *Laboratório Interdisciplinar de Educação em Saúde Comunitária-LABORINTER EDUCARSAÚDE.COM* (sob cadastro EMAC-06/ PROEC/UFG), coordenado pela Profa Dra Sandra Rocha do Nascimento, musicoterapeuta, financiado pelos editais do PROEXT/MEC/SESu desde 2013, é direcionado ao campo da Educação tendo como objetivo acolher as demandas de escolas em situação de vulnerabilidade psicossocial e desenvolver atividades preventivas de promoção da saúde em seu interior, contando com parcerias intersetoriais (como a SEDUCE-GO, SMS/PSE, CM/SME, PUC-GO e unidades escolares)¹. A equipe executora, de caráter interdisciplinar, composta por acadêmicos

1 Secretaria de Estado de Educação, Cultura e Cidadania de Goiás (SEDUCE-GO), Subsecretaria Metropolitana e Gerência de Programas Transversais, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, equipe do Programa Saúde na Escola (SMS/PSE), Conselho Municipal da Secretaria Municipal de Educação (CM/SME), Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

bolsistas de diversos cursos da UFG (Musicoterapia, Pedagogia, Ciências Sociais, Direção de Arte, Artes Cênicas, Odontologia, Biologia), utiliza metodologias problematizadoras¹ ao desenvolvimento de atividades direcionadas a públicos e espaços educacionais diferenciados. Os planejamentos, sustentados na inter e transdisciplinaridade dos monitores e suas disciplinas, tem como objetivo identificar e intervir frente aos fatores que fragilizam as pessoas, bem como ampliar os fatores de fortalecimento psicossocioemocional.

Nas ações realizadas, consideramos dois públicos alvo: os atores da comunidade escolar e circunvizinha; e os monitores da equipe executora, objeto deste estudo. Junto a comunidade escolar utilizamos estratégias interativas, através de intervenções breves psicossociais e interdisciplinares, diferenciadas conforme o público, tais como: experiência musicoterapêutica com roda de tambores para adolescentes em praça pública; itinerância por ruas do bairro com uso de jingle preventivo; rodas de conversa em visitas domiciliares para idosos; jogos pedagógicos interativos para crianças; tecnologias leves ou escuta ativa para adultos; grupo multifamiliar e intergeracional com familiares e escolares; oficinas itinerantes dentro de escolas; cartografia social em espaços públicos, dentre outras, executadas pelos acadêmicos sob orientação e acompanhamento dos coordenadores.

Os encontros junto a equipe ocorre através de espaços e tempos diferenciados: em reuniões presenciais; em ambiente virtual de gestão de projetos (www.trello.com); em ambientes virtuais de estruturação compartilhada de ações; em grupos de estudo sobre temas específicos; em discussões de textos, tendo como aporte teórico o Programa Saúde na Escola (PSE/MEC/MS), o Programa de Combate as drogas e Prevenção ao uso de drogas por escolares (SENAD/MEC/MS), e as agendas, i.é., demandas advindas dos levantamentos realizados nas escolas.

Nas reuniões presenciais também oportunizamos experiências musicoterapêuticas para a integração dos membros da equipe executora e a utilização constante de conversações dialógicas, tendo como premissa o acolhimento das vozes de cada monitor,

¹ Dentre as metodologias utilizadas temos: Grupo Multifamiliar; Metodologia da Problematização ou Arco de Maguerez (BORDENAVE e PEREIRA, 2002 apud COLOMBO, 2007); Educação de Laboratório (MOSCOVICI, 2008). Cartografia Social.

aceitando suas diversidades culturais e baseados em relacionamentos mais horizontais e permeados pela flexibilidade, ou “intercâmbios partilhados” (ANDERSON e LONDON, 2012, p.25).

Resultados e Discussão

Com o Programa EMAC-06, priorizamos gerar e capacitar equipes interdisciplinares para atuarem em ambientes educativos e comunitários direcionados a educação e saúde integral dos atores da comunidade intra e extra escolar. Considerando as ações e (re)ações dos monitores como discursos, verbais e não verbais, percebemos a presença de diversos textos: explícitos, quando constituídos pelas descrições dos fatos vivenciados nos campos, sobre as falas ouvidas das pessoas e de suas próprias impressões; textos implícitos, quando manifestam as compreensões sobre o vivido, desvelando aportes teóricos e ideologias bem como fatos de suas histórias de vida. Junto a estes, os sentimentos emergidos no encontro com as pessoas da comunidade escolar tangenciam todos os demais textos. Frente as situações de vulnerabilidade da comunidade intra e extra-escolar (risco nutricional, dependência de drogas, dificuldades de aprendizagem, evasão, conflitos intra e inter-relacionais intensos, violência escolar e intrafamiliar, síndrome de *burnout*), os monitores mostraram-se movimentados internamente em suas representações e narrativas pessoais, ampliando a expressão e o desvelar de suas histórias consideravelmente.

Estes discursos ou textos, interinfluenciam-se fazendo emergir sentidos e ações diversas nos envolvidos, configurando uma tessitura entre textos ou intertextualidade. Exemplificamos com alguns momentos diferentes, expressos pelos acadêmicos, que possibilitam, como primeira possibilidade de compreensão, observar a presença da intertextualidade:

- nos momentos de planejamento interdisciplinar, ouvimos:

“As ações me proporcionaram uma visão diferente/.../ ir além do conteúdo ou do tema, observar o que seria aceito ou não aceito pelo público alvo, perceber que tipo de resposta se pode receber deles nas ações. Todas as ações tiveram algo positivo para minha formação /.../ no sentido e perceber o que está por trás de atitudes que fazem parte do cotidiano deles. Bom também é o aprendizado que ganhamos pela convivência com outras áreas,/.../ adquirimos uma visão diferente, menos fragmentado. /.../” (Acadêmica de Biologia, 2014).

- nos discursos expressos durante e/ou após as ações e/ou experiências musicoterapêuticas, observamos alguns fatos:
 - os monitores envergonhados ao fazerem contato com as pessoas que passavam pelas ruas, durante a itinerância pelo bairro;
 - certa inibição ao tocarem instrumentos musicais na praça pública, trazendo ritmos simples e repetitivos, sem variações;
 - tendência a atuação dentro de um padrão grupal uniforme, sem autonomia de ações;
 - dificuldade no acolhimento da espontaneidade e imprevisibilidade dos educandos muito ativos, impulsivos e agitados, primando pela ordem ou condutas organizadas;
 - tendência a expressão musical repetitiva, sem exploração de gestualidades e sonoridades criativas; entre outros.
- nos depoimentos proferidos, após uma palestra sobre o tema adolescência, escutamos:

“A partir da atividade em que relembramos nossa adolescência, percebi que nessa fase todos nós passamos por momentos difíceis, inclusive pude relembrar minhas dificuldades nessa época, e isso trouxe uma reflexão: nós já passamos por esse momento e sabemos o quanto algumas coisas nessa fase são complicadas, por isso, devemos buscar entender algumas atitudes dos adolescentes e não somente julgá-los./.../”(Acadêmica de Nutrição, 2014).

“Para mim, a capacitação sobre adolescência e seu sistema familiar foi de extrema importância para a reflexão à respeito da minha vivência e o que ela pode contribuir para a experiência de trabalhar com adolescentes. Percebi que este público precisa, antes de mais nada, ser ouvido, percebido e reconhecido. É necessário enxergar a adolescência sob o ponto de vista da sociedade em que vivemos, para compreendermos seus aspectos, já que esta fase é um aspecto social” (Acadêmica de Pedagogia, 2014).

Nestes discursos percebemos que o ato de enunciar os acontecimentos observados nos campos, em diálogo com suas histórias de vidas, dentro de um ambiente acolhedor, favorece a geração de espaços-tempos de aprendizado colaborativo. Na prática colaborativa e dialógica, partimos do pressuposto que a nossa verdade não é a verdade do outro e precisamos perceber de qual lugar este está falando, escutando as diversas compreensões que possam emergir sobre um fenômeno. Basicamente acolher e validar as diferenças e divergências de saberes entre as pessoas, pensar diferente sobre o conhecido.

Ao considerar que não existe verdade absoluta sobre os fatos, na aprendizagem colaborativa os diversos sentidos dados e saberes dos sujeitos são validados como perspectivas diferentes sobre um mesmo fato. Gera uma *comunidade de aprendizado colaborativo* (ANDERSON e LONDON, 2012) estimulando, em todos os envolvidos: a preparação de si mesmo numa abertura a novas compreensões sobre o familiar; criar ambientes acolhedores e de valorização dos saberes e conhecimentos de todas as pessoas presentes; uma constante atitude de autorreflexão e abertura a novas compreensões; estimular a expressão genuína de cada sujeito; vivenciar a co-construção de conhecimentos e de diálogos generativos.

Consideramos que a timidez ou atuação dentro de um padrão grupal ainda é muito presente e forte nos espaços educacionais, tendendo a homogeneidade e mesmice de condutas, falas, explicativas, (re)ações (NASCIMENTO, 2010). Identificamos condutas de resistência intrarelacional como mecanismo de auto defesa frente ao novo, ao inusitado. Junto aos atores das escolas também percebemos processos de resistência, corroborando com o que sustenta Rey (2011) ao afirmar que “muitas das rotinas cotidianas das pessoas são produções subjetivas que foram naturalizadas pelas pessoas e sociedades e, como resultado desse processo, são muitos resistentes à mudança”(p.45).

Nos aportes teóricos do Programa PSE/MS/MEC (Brasil), é possível identificarmos que os conhecimentos de saúde não estão centrados apenas nos fatores fisiológicos, mas consideram aspectos cognitivos, culturais, relacionais, socioeconômicos, entre outros, configurando uma educação integral sobre saúde. Nas ações extensionistas, o monitor vivencia esta perspectiva compreendendo o alcance das mesmas no desenvolvimento dos educandos, e ampliando suas próprias compreensões.

Nos momentos formativos com temáticas específicas, nos grupos de estudo ou nos momentos de reflexão conjunta pós-intervenção, compreendemos que possibilitamos o desenvolvimento da capacidade de “saber pensar” (DEMO, 2011), saber reconhecer rapidamente as relevâncias do cenário e tirar conclusões úteis, ver longe para além das aparências, perceber a greta das coisas, inferir texto inteiro de simples palavra”(op.cit.,

p.17). Com a aquisição desta habilidade, os monitores conseguiram vivenciar mais tranquilamente as inconstâncias dos cotidianos escolares e das agendas modificadas. Aprenderam a se questionarem continuamente e refletirem sobre as ações executadas, saindo da noção de não execução do planejado e adquirindo a capacidade de flexibilização das ações. Nas palavras de Demo (2011, p. 29), “idéia boa sempre é um pouco torta, mal acabada, um tanto aérea, e aí permite aprender, mudar, saltar”.

Direcionando o olhar clínico aos acontecimentos vivenciados pelos monitores, em seus diversos lócus e manifestos sob diversas (re)ações, foi-nos possível identificar a expressão de diversos intertextos nos discursos dos acadêmicos. Dentre as manifestações de intertextualidade, observamos a presença de elementos das narrativas pessoais ou histórias de vida relacionadas ou em interação ou interlocução com as vivências atuais, suscitando novas compreensões e mesmo posturas.

Para a compreensão da presença da intertextualidade nos diversos discursos expressos, consideramos o que Perez(s/d) sustenta: “identificar a presença de um texto em outros textos depende muito de cada leitor, seu conhecimento de mundo e seu repertório de leitura. Portanto, ler é fundamental para o processo de compreensão e produção de sentido”. Duarte(s/d) afirma que “muitas são as circunstâncias em que podemos perfeitamente identificar esse tecer de ideias entre um texto e outro, seja ele verbal ou não verbal/.../ permitirá entender que essas “afinidades” materializam-se tanto pela imitação, mantendo a ideia-base do objeto tomado por referência, quanto primando-se por um outro aspecto: o que trabalha o lado subversivo, o lado crítico”.

A intertextualidade encontra-se, assim, configurada pelos dados coletados nos contextos escolares, os aportes teóricos postos pelas políticas públicas, como o Programa PSE/MS/MEC, e as histórias de vida dos participantes. O musicoterapeuta deve ampliar sua capacidade de leitura dos diversos discursos dos sujeitos, sendo fundamental para compreender os textos e intertextos expressos.

Conclusão

Neste panorama, a Musicoterapia, enquanto área, é movimentada para a formação de profissionais aptos a atuarem sistemicamente e dentro do paradigma da pós-modernidade, potencializando os participantes a serem sujeitos ativos na co-construção de novos conhecimentos e sentidos sobre suas realidades sociais e protagonistas de processos de mudança.

Com as atividades extensionistas estruturadas e executadas foi possível verificar a ampliação das expressões dos sujeitos participantes, tornando-os sujeitos das transformações em suas condições de vida. Como perspectivas, percebemos que devemos proporcionar espaços-tempos diferenciados aos sujeitos participantes das realidades comunitárias e educacionais, estimulando-os a “saber pensar”(DEMO, 2011) para alcançarem a compreensão de que são parte da realidade, e que quando a estudamos, “de certa maneira, estudamos a nós mesmos, como somos, como funcionamos, nossas entranhas e desejos”(p.56).

Através da perspectiva das práticas colaborativas e dialógicas, como abordagem de intervenção comunitária, intentamos obter resultados significativos na co-construção de novos significados sobre os contextos sociais, as subjetividades e os processos de manutenção da saúde. Como afirma Harlene Anderson, “as palavras que criamos influencia o que podemos fazer ou não no mundo. Influencia como encontramos as pessoas no nosso cotidiano. Não podemos fazer diferente se não pensamos diferente”.

Como afirma Copalbo (2008, p.160-1),

o poder de tornar-se si-mesmo requer o outro, este é o caminho comum a todos, é uma obra comum a todos, instituinte de sociabilidade e de intersubjetividade. Dá-se um verdadeiro movimento circular de um para outro, do Mesmo para o Outro, sem que este movimento seja de repetição, podendo ele ser de unificação e de separação. Os modos de vida do ser humano se realizam, a partir daí, quer como verdadeira união no amor autêntico, fonte viva da qual nasce toda vida humana, como dom de si ou partilha, quer como separação, dilaceração. Na realidade, estes dois processos estão entrelaçados pois se trata de um só e mesmo movimento circular.

Considerando os diferentes momentos vivenciados pelos membros como ações de formação, compreendemos que os acadêmicos ampliaram suas aprendizagens sob várias formas, dentro de uma perspectiva de ação inter e transdisciplinar, criando uma comunidade de aprendizagem colaborativa. A extensão universitária configura-se como uma *comunidade de aprendizado colaborativo*, um cenário importante de formação profissional, suscitando um aprendizado transformador em todos os envolvidos, favorecendo a apreensão da realidade numa perspectiva dialógica entre fundamentos teórico-práticos tangenciados pela intersubjetividade dos acadêmicos em ação.

Agradecimentos

Agradecemos a todos que ajudaram de alguma forma no trabalho de campo das ações extencionistas do Programa EMAC-06, como o Ciranda da Arte e a GEPT da SEDUCE-GO. Os autores são gratos ao MEC/SESu pela concessão das bolsas e financiamento de recursos ao desenvolvimento dos projetos de extensão, através dos editais do PROEXT, a Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEC) e demais pró-reitorias da UFG pelo apoio na implementação dos projetos. Gratos pela parceria entre a UFG e a ICCMUS Argentina, através das musicoterapeutas Patricia C. Pellizzari (Musicoterapeuta, Docente nas catedras de Musicoterapia Preventiva na USAL. Diretora da ICCMUS Argentina. patripellizzari@yahoo.com.ar) e Flavia Kinigsberg (Lic Musicoterapeuta).

Referências Bibliográficas:

ANDERSON, H. & LONDON, S. Aprendizado colaborativo : ensino de professores por meio de relacionamentos e conversas . **Nova Perspectiva Sistêmica**, 43, 22-37, 2012.

BARBIER, René, L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé. Conférence à l'École Supérieure de Sciences de la Santé Disponível em <http://www.saude.df.gov.br>, Brasília, juillet, 2002. In: **Conferência na Escola Superior de Ciências da Saúde – FEPECS – SES-GDF** Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/FEPECS>, acesso em agosto/2008.

COLOMBO, Andréa Aparecida; BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A Metodologia da Problematização com o Arco de Magueréz e sua relação com os saberes de professores. In: **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007.

COPALBO, Creusa. Ação e situação em Merleau-Ponty: o sentido intersubjetivo da historicidade. In: VALVERDE, Monclar (org.). **Merleau-Ponty em Salvador**. Salvador: Arcádia, 2008.

DEMO, Pedro. Saber Pensar. 7a. Ed. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, 2011. (Guia da escola cidadã; v. 6)

DUARTE, Vânia. **Intertextualidade**. <<http://www.brasilecola.com/redacao/intertextualidade-.htm>>, Acesso em 29/6/2015.

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento Interpessoal**. Treinamento em Grupo. 17a Ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2008.

NASCIMENTO, Sandra Rocha do. **A escuta diferenciada das dificuldades de aprendizagem**: [manuscrito]: **um pensarsentiragir integral mediado pela musicoterapia**. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, 2010.

PEREZ, Luana Castro Alves. **Intertextualidade explícita e implícita** Disponível em <<http://www.mundoeducacao.com/redacao/intertextualidade-explicita-implicita.htm>>, Acesso em 29/6/2015.





5.1 - MUSICOTERAPIA E TEMAS DA FORMAÇÃO

Pôster:

VIVENCIANDO A PRÁTICA CLÍNICA MUSICOTERAPÊUTICA DURANTE A GRADUAÇÃO

Ivan Moriá Borges Rodrigues¹
Andresa Cristina Rezende²
Maria Virgínia Silveira de Faria Gomes³
Renato Tocantins Sampaio⁴

RESUMO: O projeto de extensão Clínica de Musicoterapia da UFMG oferece atendimentos gratuitos para pessoas com distúrbios do desenvolvimento, integrando prestação de serviços à comunidade, oportunidade para vivência profissional de alunos de graduação em Musicoterapia e a possibilidade de realização de pesquisa. Estudantes de graduação e profissionais de musicoterapia atendem pacientes de idades variadas com quadros clínicos como Síndrome de Down, Transtorno do Espectro do Autismo, Paralisia Cerebral, dentre outros, utilizando uma abordagem musicoterapêutica biopsicossocial informada por evidências. Observam-se melhoras no desenvolvimento global dos pacientes atendidos, incluindo aspectos motores, cognitivos, afetivos, comportamentais e sociais. Ao atuar clinicamente com supervisão, os estudantes de musicoterapia podem consolidar uma aprendizagem significativa e construir e/ou aprimorar sua musicalidade clínica. De março de 2012 a junho de 2015, foram realizadas 1298 sessões, num total de 2982 procedimentos. Foram, também, apresentados 16 trabalhos em eventos científicos estaduais, nacionais e internacionais, além de quatro trabalhos de conclusão de curso de graduação e uma tese de doutorado (em andamento). Deste modo, o Projeto Clínica de Musicoterapia contempla as três atividades fundamentais e indissociáveis da Universidade: Ensino, Pesquisa e Extensão

Palavras-chave: Musicoterapia. Extensão. Formação e Treinamento Profissional. Pesquisa

1. Introdução

O presente trabalho consiste na definição e apresentação de possibilidades que o projeto de extensão Clínica de Musicoterapia favorece tanto aos graduandos em musicoterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como professores, voluntários e pacientes que estão em atendimento na clínica. Esse projeto funciona no

1 Graduando em Música com Habilitação em Musicoterapia pela UFMG, Bolsista do Projeto de Extensão Clínica de Musicoterapia da UFMG, Monitor de Anatomia Humana Básica pelo Instituto de Ciências Biológicas da UFMG. Contato: ivanmoria@ufmg.br

2 Graduada em Música com Habilitação em Musicoterapia pela UFMG, Bolsista do Projeto de Extensão Clínica de Musicoterapia da UFMG. Contato: lv.cristina@yahoo.com.br

3 Graduada em Música com Habilitação em Musicoterapia pela UFMG, licenciada em filosofia pela UFSJ, tecnóloga em música – piano pelo Conservatório Estadual Padre José Maria Xavier Contato: virginiamusicoterapia@gmail.com

4 Educador Musical, Mestre em Comunicação e Semiótica, Doutor em Neurociências, Professor Assistente do Departamento de Instrumentos e Canto da Escola de Música da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenador do Projeto de Extensão Clínica de Musicoterapia da UFMG. Contato: renatots@musica.ufmg.br

prédio de Música da UFMG - campus Pampulha, onde é oferecido atendimento musicoterapêutico gratuito a pessoas com transtorno do desenvolvimento, com quadros clínicos variados que incluem Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), Paralisia Cerebral (PC), variadas síndromes genético-trissômicas, como a Síndrome de Down, e até doenças genéticas raras e pouco conhecidas, como a Síndrome da Deleção do Cromossomo 3p.

2. História

A proposta foi idealizada pelo professor da UFMG e musicoterapeuta Ms. Renato Tocantins Sampaio, que, desde 2012, realiza atendimentos musicoterapêuticos com o auxílio dos alunos de graduação em Musicoterapia.

Em 2012, foram realizados 430 procedimentos; em 2013, 1075 procedimentos; em 2014, 858 procedimentos; e, até junho de 2015, 592 procedimentos. A queda do número de procedimentos em 2014 resulta da realização da Copa do Mundo que ocorreu no Brasil, sendo Belo Horizonte uma das sedes dos jogos. Como o Campus Pampulha fica ao lado do estádio de futebol no qual os jogos foram realizados, várias atividades de extensão da Universidade tiveram seu calendário alterado tendo, como consequência, a diminuição de procedimentos previstos.

Nestes 3 anos de trabalho, a procura por tratamento musicoterapêutico aumentou expressivamente passando de 59 cadastros em 2012 a 193 cadastros até junho de 2015. Consideramos que este crescimento se dá devido à uma divulgação feita principalmente por responsáveis pelos pacientes atendidos e, em segundo lugar, por outros profissionais da saúde e educação que atuam junto aos pacientes, que observam melhoras clínicas em seus familiares e/ou pacientes e realizam uma divulgação “boca a boca”. Tal fato pode ser corroborado pelos dados de encaminhamento obtidos das fichas de cadastro.

Nestes poucos anos, diversas parcerias foram feitas com a clínica, como com o Centro de Musicalização Integrada da UFMG (CMI-UFMG), por meio do qual foram realizadas avaliações e supervisões para crianças e adolescentes com necessidades especiais em aulas de música; com o Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das

Clínicas da UFMG, para interconsultas e encaminhamento de pacientes, com o Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento da UFMG, para avaliação neuropsicológica de alguns pacientes atendidos na Clínica de Musicoterapia e encaminhamento de pacientes, além de diversas outras parcerias com instituições não ligadas a Universidade, como ONGs e instituições privadas, destacando, dentre outras, Instituto Superação, Associação de Deficientes de Contagem, APAE de Santa Luzia e Instituto São Jerônimo.

3. Metodologia

3.1 Burocrática

Quando recebemos o contato de alguma pessoa interessada no atendimento de Musicoterapia, os pais ou responsáveis devem preencher uma ficha de cadastro contendo informações básicas como nome, endereço, telefone para contato, hipótese diagnóstica do possível paciente, se este foi encaminhado por algum outro profissional, dentre outros. Após esse cadastro, o paciente entrará para a fila de espera, visto que a infraestrutura da clínica não suporta o número de pacientes interessados, que atualmente ultrapassa o número de duzentos possíveis pacientes. Os pacientes são atendidos durante um período de dois semestres, podendo se estender até quatro de acordo com a prioridade de cada um. Após esse período, estes recebem alta ou são encaminhados para outras instituições. Alguns pacientes que tem demonstram bom desenvolvimento de habilidades musicais e interesse pelo aprendizado de um instrumento musical são encaminhados ao Centro de Musicalização Integrada (CMI) da UFMG, que oferece ensino de música para crianças e adolescentes.

Quando surge uma vaga para atendimento, o critério de chamada de pacientes consiste numa conjugação de data de cadastro e urgência e/ou prioridade do caso. São então realizadas triagem e entrevista com os cuidadores ou responsáveis, onde dados mais específicos são coletados, tais como as habilidades desenvolvidas e não desenvolvidas de cada paciente, história sonoro-musical, queixa ou demanda, entre outros. O paciente pode ser direcionado para atendimento individual ou grupal, conforme sua necessidade clínica, e inicia seu processo musicoterapêutico. Alguns processos clínicos são conduzidos pelo professor musicoterapeuta, com graduandos de musicoterapia no papel de coterapeutas e/

ou observadores e, outros, são conduzidos pelos graduandos em musicoterapia com supervisão do professor musicoterapeuta. As sessões são usualmente registradas em vídeo para fins de estudo do processo clínico e para supervisão e compõem um banco de dados do projeto.

A clínica mantém suas atividades de acordo com o calendário acadêmico, logo os atendimentos são suspensos durante as férias acadêmicas. Antes do recesso, os responsáveis pelos pacientes devem comparecer a uma reunião com os terapeutas que conduziram o atendimento com o propósito de discutir, elucidar a metodologia utilizada, questionar a ação musicoterapêutica no contexto social e pessoal do paciente, etc. Este procedimento é denominado “Devolutiva”. Há também espaço para os pais ou responsáveis discutirem suas ideias, dúvidas, sugestões ou reclamações sobre os atendimentos e qualquer outro anseio sempre que este desejar ou necessitar.

3.2 Clínica

Os atendimentos na clínica funcionam a partir de evidências e uma abordagem humanista com forte caráter improvisacional tem sido proeminente, apesar de várias abordagens clínicas serem permitidas. Há um direcionamento do olhar clínico à perspectiva biopsicossocial, ou seja, o paciente deve ser analisado em suas influências biológicas, psicológicas e sociais. Os métodos são definidos de acordo com a necessidade de cada paciente, podendo ser realizados atendimentos grupais ou individuais para, assim, conquistar a meta clínica desejada. Tais procedimentos são construídos de forma colaborativa entre a equipe participante em cada caso, no intuito de ampliar a possibilidade de discussão dos casos e elevar o potencial dos estudantes na prática clínica. O acompanhamento e supervisão são feitos a cada sessão com a discussão do caso. Assim, o estudante pode, após observação ou atuação, elaborar juntamente ao supervisor o melhor recurso a ser aplicado ao caso clínico que está sendo trabalhado bem como refletir sobre a construção de sua musicalidade clínica.

São atendidos em média 10 pacientes por dia de trabalho, e vários alunos da graduação em Musicoterapia da UFMG auxiliam a condução das sessões, inicialmente

como co-terapeutas sendo auxiliados por um terapeuta já formado, e após a maturação da prática clínica dos alunos, estes já assumem a posição de terapeutas e conduzem as sessões com responsabilidade e seriedade

4. Objetivos

Este projeto tem como principal objetivo fornecer atendimentos clínicos musicoterapêuticos gratuitos a pessoas com distúrbio de desenvolvimento a fim de favorecer melhoras no desenvolvimento global dos pacientes atendidos, incluindo aspectos motores, cognitivos, afetivos, comportamentais e sociais. Aliado a este propósito, o projeto abre espaço para a difusão da musicoterapia na cidade de Belo Horizonte e cidades vizinhas, contribuindo para que a profissão seja conhecida, reconhecida e divulgada, ampliando e esclarecendo o contato do indivíduo/sociedade com a musicoterapia. Como ferramenta didática do curso de graduação em música com habilitação em musicoterapia, a clínica procura viabilizar o que é transmitido em sala de aula aos alunos. Desta maneira, os integrantes do projeto se interam do fazer clínico em suas primeiras vivências, na maioria das vezes, baseando-se em observações, intervenções, prática clínica como coterapeutas, terapeutas, discussões entre os envolvidos e os responsáveis pelos pacientes, estudo dos casos etc.

5. Forma de avaliação da ação de Extensão

O projeto segue uma criteriosa linha de avaliação que busca analisar o andamento clínico do paciente, do início do tratamento até o seu término. São efetuados testes e questionários escritos para avaliar tanto os distúrbios de desenvolvimento dos pacientes quanto o estresse parental que estes provocam em seus responsáveis, avaliações de vídeos (sessões gravadas), supervisões com profissionais especializados, mestres e doutores, dentre outros. A partir destes dados, os musicoterapeutas que acompanham cada caso fazem uma devolutiva para os responsáveis dos pacientes a cada fim de semestre ou quando se faz necessário, assim, tornando visível a melhora no desenvolvimento motor, cognitivo ou qualquer que seja a meta clínica dos pacientes. Neste momento o terapeuta, juntamente com o supervisor, repassa para os pais/responsáveis o desenvolvimento do

paciente no tratamento e recebe dos mesmos uma resposta/comentário sobre o desenvolvimento da criança em seu lar e ambiente de convívio social.

A partir das percepções dos cuidadores, do supervisor e dos musicoterapeutas é possível qualificar o desenvolvimento do paciente de uma forma mais abrangente e assertiva. Todos os relatos são anexados no prontuário do paciente que se localiza no ambiente de trabalho dos bolsistas do projeto. Como todos os dados são registrados e avaliados, é possível manter um controle de qualidade do atendimento clínico e do funcionamento da clínica como um todo.

6. A Vivencia no Projeto de Extensão Clínica de Musicoterapia e Aprendizagem Significativa

No livro Definindo Musicoterapia, Kenneth Bruscia (2000, p. 61-63) apresenta uma relação de competências essenciais para a prática musicoterapêutica por profissionais treinados dividindo-as em fundamentos da música, fundamentos da prática clínica em saúde e questões específicas acerca da musicoterapia. Destacamos aqui, algumas delas: compreender a natureza da música e a justificativa de sua utilização na terapia; compreender os princípios básicos da avaliação diagnóstica, do tratamento e da avaliação [do processo] em musicoterapia; habilidade de identificar as necessidades de avaliação diagnóstica e implementar métodos de avaliação através da música; habilidade de identificar as necessidades de tratamento, formular metas e objetivos apropriados, de desenvolver estratégias de tratamento eficazes para musicoterapia individual e de grupo; habilidade de se comunicar com o cliente, com outras pessoas significativas e de se comunicar sobre a terapia com a equipe terapêutica, tanto oralmente como por escrito; e, habilidade de interpretar e aplicar as normas éticas da prática.

Considerações importantes sobre a formação e atuação do musicoterapeutas também são feitas em textos de vários musicoterapeutas brasileiros como, por exemplo, Barcellos (2004), Sampaio e Sampaio (2005) e, Chagas e Pedro (2008).

Gomes e colaboradores (2008) abordam a aprendizagem significativa no ensino médico, mas suas considerações podem ser transpostas para toda a formação de qualquer profissional da área da saúde, incluindo os musicoterapeutas. Segundo David Ausubel (2003), uma aprendizagem significativa ocorre quando o aprendiz estabelece uma relação entre novos conteúdos e os conhecimentos prévios. Neste processo os conhecimentos já existentes são matizados, transformados, diferenciados, expandidos e modulados em função de novas informações. Este processo de transformação exige do aprendiz uma postura ativa e participativa.

Para haver aprendizagem significativa sobre teoria e prática musicoterapêutica por graduandos de musicoterapia, são necessárias duas condições. O graduando precisa ter uma disposição para aprender para além da simples memorização do conteúdo (aprendizagem mecânica). O desejo de ajudar o paciente a melhorar sua condição de saúde aliado à responsabilidade ética com o paciente e os seus familiares que o graduando vivencia no Projeto Clínica de Musicoterapia servem, então, como poderosos elementos motivadores internos para a aprendizagem sobre Musicoterapia, sobre as condições patológicas dos pacientes, sobre o desenvolvimento típico e atípico, sobre música dentre vários outros conteúdos necessários para a formação dos musicoterapeutas. Em segundo lugar, o “conteúdo escolar” a ser aprendido tem de ser potencialmente significativo para o aprendiz, apresentando uma natureza lógica e sendo psicologicamente significativo.

A partir das situações-problemas vivenciadas na clínica musicoterapêutica e da problematização durante a supervisão de aspectos técnicos das intervenções musicoterapêuticas e da relação entre aspectos pessoais do graduando com as relações terapêuticas que estabelecem com os pacientes, o graduando em musicoterapia tem, então, a possibilidade de discutir e buscar soluções para questões clínicas reais, construindo conhecimentos sobre a musicoterapia enquanto teoria e prática de modo mais consistente e efetivo.

Assim sendo visto que a carga cognitiva prévia dos graduandos em musicoterapia, isto é, os conhecimentos adquiridos teoricamente e suas experiências pessoais prévias

aprimoram e fortificam o funcionamento e a fluidez da clínica ao mesmo tempo em que a atuação na clínica lhes permite resignificar os saberes anteriormente constituídos e desenvolver cada vez mais novas habilidades e conhecimentos.

7. Considerações finais

A clínica de musicoterapia vem, ao longo destes quatro anos de funcionamento, contribuindo para o aperfeiçoamento acadêmico dos estudantes de música com habilitação em musicoterapia.

A busca por melhoras no serviço ofertado é contínua, como a procura de criar mais vínculos com instituições que possam contribuir com os nossos pacientes buscando meios de conscientizar os cuidadores/responsáveis dos direitos como tratamentos disponíveis pelo Sistema Único de Saúde, sobre os direitos de uma criança com necessidades especiais e quaisquer outras informações úteis. Dessa forma, o contato próximo com as famílias/cuidadores favorece a criação de recursos que podem minimizar muito as dificuldades que são encontradas ao longo do desenvolvimento quando se fala de uma criança ou adolescente com desenvolvimento atípico. Com isso, há um alívio no estresse parental que logo repercute no paciente trazendo ganhos para o mesmo. Assim, o projeto beneficia não só o paciente que está em atendimento, como também os cuidadores, e, principalmente, os alunos envolvidos, onde é visto a criação de inúmeros trabalhos, em níveis municipais, estaduais, nacionais e internacionais. Para a formação de um terapeuta não somente basta estudar disciplinas teóricas em sua graduação, mas sim uma ação concreta e humana com todos os envolvidos neste projeto.

Assim, é visto que o projeto de extensão Clínica de Musicoterapia da UFMG está ganhando destaque no meio acadêmico por seu trabalho pioneiro em Belo Horizonte - MG.

Referências Bibliográficas:

AUSUBEL, D.; **The acquisition and retention of knowledge**: a cognitive view. New York: Springer, 2000.

BARCELLOS, L.R. **Musicoterapia**: Alguns Escritos. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CHAGAS, M.; PEDRO, R. Musicoterapia: desafios entre a Modernidade e a Contemporaneidade. Rio de Janeiro: Bapera, 2008

GOMES, A.; DIAS-COELHO, U.; CAVALHEIRO, P.; GONÇALVES, C.; ROÇAS, G.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **A Educação Médica entre mapas e âncoras**: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 32, n.1, 2008, p.105-111.

SAMPAIO, A.C.; SAMPAIO, R. **Apontamentos em Musicoterapia**, vol. 1. São Paulo: Apontamentos, 2005.





6- MUSICOTERAPIA E ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Comunicação Oral:

TECNOLOGIA E MUSICOTERAPIA NA POTÊNCIA DA VIDA, UM TRABALHO COM IDOSOS

Sérgio Chiavazzoli¹

RESUMO: Esse trabalho propõe uma técnica em musicoterapia, que utiliza a voz e a tecnologia digital na elaboração de arranjos e posterior devolução do resultado sonoro para o paciente, cliente ou usuário através de CD. Relata a experiência realizada com essa tecnologia em um abrigo de idosos com bom poder aquisitivo. O musicoterapeuta, durante a sessão clínica, captou, através de gravação digital, a voz de cada participante do grupo de musicoterapia em uma canção. Posteriormente, o material sonoro colhido foi transferido ao computador, para uma plataforma de captação e gravação, no caso o Protools. A voz gravada, arrumada em um ritmo claro (optou-se por não alterar a afinação), possibilitou o alinhamento com outros instrumentos gravados na plataforma de captação: cavaquinho, violão, percussão, entre outros. A sonoridade dos instrumentos foi sampleada segundo a execução do profissional musicoterapeuta. Cada arranjo próprio e depois, todas compuseram um CD, distribuído aos idosos-cantores e aos profissionais da instituição. O resultado foi o empoderamento dos idosos, bem como o aumento da capacidade de comunicação oral, verbal e musical de todos os envolvidos nesse processo.

Palavras-chave: Musicoterapia. Idosos. Tecnologia. Gravação.



¹ Musicoterapeuta. Músico multi-instrumentista de cordas. Produtor musical, Arranjador e Compositor de Músicas Instrumentais. Tocou com importantes nomes da Música Brasileira Co-produtor Musical do CD, "Eu, tu, eles" de Gilberto Gil. Vencedores do "Projeto Itaú Cultural" com seu disco "Armando Todas". Produtor musical e solista do CD "Natal de Cavaquinho"

GRUPO PRA LÁ DE 1.000: POSSIBILIDADES DA MUSICOTERAPIA NO PROJETO DE ATENÇÃO AMBULATORIAL À TERCEIRA IDADE – PATER

Mônica Deiss Zimpel¹

RESUMO: O Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro - CPPRJ - é uma instituição pública estadual que, embora se destine a atender pessoas acometidas de transtornos mentais, agregou há treze anos o atendimento à população idosa através do PATER - Projeto de Atenção Ambulatorial à Terceira Idade. Desde 2011, a Musicoterapia está inserida no PATER, em equipe multidisciplinar. O objetivo geral desse projeto ambulatorial é a preservação da memória e o cuidado à depressão do idoso. No processo musicoterapêutico procura-se usar o potencial da música através do canto, da percussão de instrumentos, da dança e da audição musical para promover a melhora na qualidade de vida dos usuários do serviço. A convivência no grupo, mediada pela Musicoterapia, desenvolveu entre tantos objetivos o sentimento de pertencimento, a solidariedade e a restauração da integridade emocional. O trabalho, que se pretendeu desenvolver dentro da instituição no espaço e horário estabelecido, cedeu às demandas de ampliação de alcance. Um pequeno grupo inicial passou a externar as suas questões através de canto conjunto em praça pública. As adversidades impostas pela reurbanização do espaço uniram-se a outros temas sociais. Nessa ocasião, ampliou-se a saúde integral do grupo. Ações e reflexões foram expandidas entre sons e canções.

Palavras-chave: Musicoterapia. Idosos. Saúde Mental.

*“A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer.
A barba vai descendo e os cabelos vão caindo pra cabeça aparecer
Os filhos vão crescendo e o tempo vai dizendo que agora é pra valer
Os outros vão morrendo e a gente aprendendo a esquecer*

*Não quero morrer pois quero ver
Como será que deve ser envelhecer
Eu quero é viver pra ver qual é
E dizer venha pra o que vai acontecer”
(Envelhecer – música de Arnaldo Antunes)*

Desde 2011, a Musicoterapia presta serviço no CPRJ (Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro) especificamente no PATER (Projeto de Atenção Ambulatorial à Terceira Idade). Este trabalho é viabilizado pela Concessionária Porto Novo que paralelamente às obras da operação urbana, também investe na área da saúde, educação e cidadania devido ao grande impacto que esta reestruturação na região portuária, por ocasião da Copa do Mundo em 2014 e Olimpíadas em 2016, tem sobre sua população.

¹ Musicoterapeuta nas áreas de psiquiatria e gerontologia do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ). Atende idosos em domicílio em Niterói-RJ. Formação: Graduada em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná(PR-1995) e Pós-graduada em Musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música (RJ-1998). monicazimpel@yahoo.com.br

A Concessionária Porto Novo, dentro da parceria público-privada com a prefeitura do Rio de Janeiro, é responsável pela execução das obras e prestação dos serviços da Operação Urbana Porto Maravilha, na Região Portuária, que abrange os bairros da Gamboa, Saúde e Santo Cristo, além de parte do Centro da Cidade.

Dentro do conceito de mobilidade urbana, além da construção de melhores e novas calçadas para pedestres e de 17 km de ciclovia, a Porto Novo tem também como responsabilidade implementar os leitos para o Veículo Leve sobre Trilhos (VLT). Além disso, todas as ruas da região serão reconstruídas pela Concessionária, com nova rede de infraestrutura de água, gás e esgoto, e com novo mobiliário urbano. A iluminação será substituída por luminárias de led, e a fiação aérea será trocada por uma rede subterrânea. Na prestação de serviços urbanos, a Concessionária Porto Novo realiza atividades como pavimentação de ruas, manutenção de placas e faixas de trânsito, conservação de áreas públicas, limpeza de bueiros, recomposição de viadutos, manutenção de iluminação pública, coleta de resíduos domiciliares e sistemas de contêineres subterrâneos (o Coleta + Rio), varrição de ruas e avenidas, limpeza das encostas de comunidades, poda de árvores, remoção de vegetação, combate de pragas, entre outros. (7)

Estas alterações na infraestrutura priorizarão o pedestre e no caso do idoso, facilitarão a autonomia para circular pelas ruas e diminuirão os riscos de queda: um dos fatores que mais afeta a sua saúde e mobilidade. Inevitavelmente mudarão também as referências sociais e afetivas deste lugar que serão trabalhadas no processo musicoterapêutico.

O Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro é uma instituição pública estadual, que oferece hospital-dia, atendimento de emergência 24 horas, enfermaria de crise e ambulatório. Embora esta unidade de saúde destine-se a atender pessoas acometidas de transtornos mentais, agregou há onze anos o atendimento a população idosa através do PATER - Projeto de Atenção Ambulatorial à Terceira Idade.

“Para participar do projeto, o paciente deve ser encaminhado pelo ambulatório ou emergência do CPRJ após uma avaliação que detecta se ele tem o perfil

do serviço, que engloba sintomas de depressão e demência. No PATER, esses pacientes passam por novas avaliações funcionais e cognitivas onde são testadas: memória, existência de transtornos auditivos e visuais, problemas de marcha, motores, avaliação psicológica entre outros.” (8)

Após esta avaliação o idoso é encaminhado para a Musicoterapia. Os atendimentos são realizados em grupo. A maioria dos integrantes reside próximo a instituição e cerca de 20% não tem autonomia quanto a locomoção. Estes últimos, em geral vêm acompanhados de um parente (filho, irmão).

Os atendimentos em Musicoterapia foram iniciados em outubro de 2011, com dois idosos e desde então, cerca de noventa pessoas já passaram por este atendimento. Atualmente, temos dois grupos que se reúnem semanalmente, cada um com aproximadamente 15 participantes.

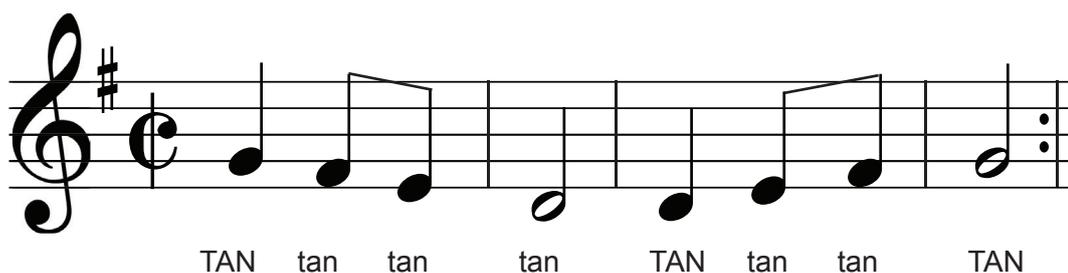
O processo musicoterapêutico está focado nas questões relativas à memória e depressão, procurando usar o potencial da música através do canto, percussão de instrumentos, dança e audição musical para promover a melhora na qualidade de vida dos usuários do serviço.

Seguem breves recortes de atendimentos que chamarei de “provocações à saúde”, experimentadas neste processo de musicoterapia grupal. Construção de um empoderamento que contempla processos individuais e coletivos que se dão concomitantemente:

1. O grupo estava vivenciando uma improvisação ao piano: enquanto um componente do grupo percutia as teclas aleatoriamente a partir do dó central, a musicoterapeuta o acompanhava nos registros mais graves, improvisando uma música juntos. Os demais participantes que conseguissem perceber o ritmo poderiam acompanhar com os instrumentos de percussão disponíveis. Chegada a vez de Elton, 79 anos, a esposa sinalizou que ele não conseguiria realizar o movimento no piano, atender à consigna, dado seu estado avançado na Doença de Alzheimer. Insisti em conduzir Elton até o piano, explicando-lhe o que fazer com frases curtas e passamos a improvisar. Percutiu com pouca

intensidade e lentamente elegia as teclas, aos poucos firmando um ritmo binário que foi reforçado pelo acompanhamento nos registros mais graves pela musicoterapeuta. Sua esposa afirmou emocionada, que isto era um milagre, uma vez que os movimentos que pareciam mais óbvios como vestir-se, já não eram executados por ele. Ao final do atendimento, quando o grupo deu um feedback sobre a vivência, ao ser inquerido Elton disse: -“É muito bom estar aqui.”

2. Temos entre os participantes, idosos estrangeiros e entre eles, um português a quem chamarei Alberto. A questão principal que o trás ao grupo de Musicoterapia é a depressão. Nos primeiros atendimentos, mantinha-se silencioso, relatava que não vinha nenhuma música à mente. Depois de cerca de 8 atendimentos, a musicoterapeuta trouxe cópias impressas da música “Verde Vinho”, para cantar com o grupo. Após cantarem juntos, Alberto com a voz embargada e lágrimas nos olhos, falava da saudade de sua terra, de pais e irmãs e de sua esposa brasileira, já falecida. Ilda (também com quadro depressivo) contou que já beijou Roberto Leal (cantor português, erradicado no Brasil) nos bastidores de uma emissora de TV. O grupo demonstrava interesse e parecia divertir-se com o relato. Meire (AVC, com a fala comprometida) contou que seu marido era português e dançavam muito, além de cultivarem vários costumes, culinária deste povo. Outros integrantes do grupo relataram sobre a influência de algum português em sua vida. Propus que trouxéssemos à memória músicas portuguesas que fizeram sucesso no Brasil. Disponibilizei instrumentos de percussão a todos (castanhola, clavas, chocalhos, triângulo, caxixi, bongô) e acompanhei com violão os pequenos trechos que recordávamos: “É uma casa portuguesa com certeza, é com certeza uma casa portuguesa”, “ Lá em cima tem um tiroliro liro, Cá embaixo tem um tiro liro ló”; “Ai cachopa se tu queres ser bonita: arrebita, arrebita, arrebita”; “Ai bate o pé, bate o pé, bate o pé/ Ai bate o pé, bate assim como eu/ Ai bate o pé, bate o pé, bate o pé/ Foi assim que meu amor me prendeu”. Cada uma destas músicas era intercalada com esta melodia:



Meire, tocando castanholas, levantou-se e enquanto cantava pôs-se a dançar no centro da roda com gestos que caracterizam as danças do folclore português: braços elevados acima da altura do ombro, acompanhando o ritmo com toques nas castanholas e saltitando em semicírculo, ora para a direita, ora para a esquerda. Alberto espontaneamente fez par com ela, dançando e cantando enquanto o grupo os sustentava com a música, cantando e percutindo. Ao final desta vivência todos aplaudiram.

3. Aproximando-se o final de 2012 lembramos nos grupos as músicas que marcam esta época do ano. Junto destas lembranças, vinham memórias da infância e também a melancolia experimentada pela saudade, somada com a insatisfação principalmente com a família e o que qualificaram como desrespeito ao verdadeiro sentido do Natal. As lembranças musicais provocaram também memórias olfativas (cheiros da cozinha, cheiro de pinheiros de natal, velas aromáticas), memórias gustativas (culinária típica como a rabanada), memórias visuais (pinheiros enfeitados, Papai Noel, beleza da ceia), memória afetiva (reunião de família, ir à missa), memória cultural, dentre tantas outras. Deste repertório emergente, os grupos elegeram algumas músicas e decidiram apresentá-las como um único coral na festividade de encerramento, entre os profissionais e participantes do PATER. As músicas apresentadas foram: Anoteceu, Botei meu Sapatinho, Noite Feliz, Pinheirinho de Natal. Ao final da apresentação, foram convidados pela direção da instituição a repetí-la no pátio principal da instituição para todos os presentes/passantes. Esta apresentação inesperada foi bem sucedida. Observamos alguns ouvintes com lágrimas, outros cantando junto, outros acompanhando com palmas e outros apenas ouvindo. Dias depois receberam o convite da Concessionária Porto Novo para que se apresentassem em praça pública, que fica em frente ao CPRJ. Trazido o convite para o grupo, e explicado que

a musicoterapeuta estaria ausente nesta data, a maioria desejou e comprometeu-se com a apresentação que seria regida por uma profissional do setor administrativo da instituição que tem experiência musical. O grupo do PATER abriu o evento e em seguida vários serviços do que chamaram “ação cidadã” foram oferecidos na praça pela referida concessionária.

4. Em 2013, numa segunda feira, durante o atendimento, um dos participantes comentou: - Sabia que somando a idade de todos nós, o resultado “dá prá lá de mil?” A co-terapeuta (psicóloga) repete pensativa: - “Prá lá de mil...” A musicoterapeuta sugere que usem este nome a partir de então para identificar o grupo. Os participantes aprovaram a ideia. Apresentamos o nome para aqueles que são atendidos na terça-feira e estes responderam positivamente a proposta e desde então são assim identificados quando fazem alguma apresentação musical, intermediados pela Musicoterapia. A Concessionária Porto Novo providenciou as camisetas e impressão da arte do “Prá lá de mil” elaborada pelo CPRJ. O grupo, com essa nova identidade, apresentou-se pela primeira vez no evento “Valongo + Social” realizado na Praça Jornal do Comércio, pela concessionária Porto Novo e contando com o suporte instrumental de alguns componentes do grupo “Harmonia Enlouquece”. Apresentaram as músicas ‘Cintura Fina (Luiz Gonzaga), Cativou (compositor desconhecido) e “É preciso saber viver” (Roberto Carlos).

5. Em 2014, convidados pela mesma concessionária, apresentaram em seu repertório músicas dos anos 60 em praça pública. Foram elas: Estúpido Cupido, Quatro Semanas de Amor, Banho de Lua e Diana. Somado a elas apresentaram a paródia composta pelo grupo, resultante das questões ligadas a espiritualidade, surgidas no atendimento habitual:

Paródia sobre a Fé.
Melodia de: Estúpido Cupido (Celly Campello)

Eu acredito que Deus está aqui
Que seu amor é incondicional
Que assim devemos amar uns aos outros
Que a minha fé é o que me salva
Trabalhar pra sermos melhores
Ah! Eu quero me tornar bem melhor

Eu tenho no meu Deus
uma fé incondicional
Não pense que a fé
é um assunto qualquer.

Encontro muito a Deus na natureza
Lá eu sinto sua forte presença
Só o chefe é o Todo Poderoso
Que nos enche de vida e razão prá viver
Suas palavras nos alcançam
Para usá-las eu posso aprender.

Eu tenho agora um novo coração
E já não sou mais um na multidão
Hoje eu tenho alegria e paz
Não sou mais triste e não choro mais
Hei, hei, sou feliz
A alegria está dentro de mim.

Neste mesmo ano, pela primeira vez, unimos os pacientes do PATER com as os pacientes de psiquiatria atendidos no Hospital Dia, num mesmo repertório e apresentação. Foram em duas ocasiões, festa junina e aniversário da instituição. Nesta última cantaram e dançaram ciranda juntos, fazendo a abertura de exposição de pinturas e esculturas produzidas pelos pacientes psiquiátricos. Destaco a importância deste convívio, principalmente durante os ensaios. Puderam trabalhar seus preconceitos tanto quanto a velhice, tanto quanto à loucura. O convívio casual na instituição foi beneficiado para ambas as partes. A apresentação contou com a presença de autoridades e familiares, valorizando o trabalho, mexendo com a autoestima, responsabilidade, motivação, cumplicidade e qualidade das apresentações.

6. Em 2015, o grupo “Prá Lá de 1.000” fez um passeio ao Teleférico da Providência, em comemoração aos 450 anos do Rio de Janeiro. Foi um desafio para a

maioria em razão da altura em que fomos transportados e de ser uma região de alto risco, sob comando de traficantes e com histórico de constante de tiroteio. Dois integrantes do grupo são moradores desta comunidade. Ao término do passeio o grupo apresentou músicas em homenagem ao Rio de Janeiro: “A voz do morro”, “Valsa de uma cidade”, “Cidade Maravilhosa”. O grupo cantou nas instalações da entrada do teleférico, de frente para a rua em trânsito com carros e pessoas passando. Duas integrantes do grupo foram reconhecidas por jovens que passavam. A primeira, em tratamento pela fase inicial do Alzheimer, foi chamada pelo nome e recebeu um abraço. Visivelmente emocionada, não conseguiu prosseguir cantando em pé; providenciamos uma cadeira para permanecer com o grupo. A segunda, diretora de uma escola nas redondezas foi encaminhada ao grupo para o tratamento da depressão. Um dos ex-alunos a reconheceu e deu-lhe a devolutiva da importância do seu papel na sua vida, na escola e naquela comunidade num período da história. Naquele momento parecia ter-lhe devolvido o lugar, a dignidade.

7. Em julho, foram convidados a inaugurar um projeto de filmes para a Terceira Idade no Cine Joia em Copacabana, e divulgar o XV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Depois de assistir o filme, apresentaram-se cantando dentro do cinema. Esta experiência ampliou a zona de alcance do grupo e tem reforçado o sentimento de pertencimento.

O PATER tem construído uma trajetória que provoca reflexões constantes, férteis no exercício da Musicoterapia. A proposta inicial, focada na memória, depressão e qualidade de vida foi mantida e em decorrência deste objetivo, a rede de combinações sonoro/musicais e os resultados reverberaram em várias direções.

A Musicoterapia no atendimento a esta população atua como um canal importante de comunicação consigo, com o outro e com os outros. “O clima psicossocial passa a ser de respeito mútuo, os colegas tornam-se recursos para aprendizagem dos outros, pela experiência anterior de cada um, a qual é oferecida, analisada, discutida e somada a sua própria” (MOSCOVICI, 2007, p.28). A aprendizagem com a troca de experiências se deu habitualmente através do repertório musical que surgia entre os participantes. O esforço em

aprender uma nova música carregada de significados para alguém (ou alguns), memorizar trechos e eventualmente apresentá-las apoiados pelo grupo, carrega em si uma gama de estímulos que motiva e provoca a presença neste processo. A qualidade estética de cada apresentação é um desafio quando pensamos na soma das demências, na carga emocional que as músicas carregam, no desafio que é o temor do ridículo e a coordenação integral que requerem. Em geral, este tipo de exposição mediada pela Musicoterapia, motiva o grupo uma vez que destacamos a prevalência dos aspectos da saúde sobre a doença e olhamos para o aprimoramento estético da música em grupo como um reflexo da melhora na capacidade de lidar com fatores estressores (MUNK, 2006), principalmente aqueles provocados pela emoção e pelas relações interpessoais.

Quando a família ou desconhecidos assistiram estes idosos cantando, ouvimos comentários que sinalizam possíveis mobilizações de questões sociais. Alguns dos feedbacks ouvidos dos espectadores: surpresa pela capacidade revelada, alegria em ver a saúde exposta, pensamentos que o idoso poderia contribuir mais na família onde está inserido, que sua capacidade é subestimada ou mal aproveitada, pensam na sua própria velhice... O tema vem à tona, passa a ser reconhecido e com possibilidade de melhor enfrentamento. As pesquisas apontam que no envelhecimento da população, o aumento da expectativa de vida é uma realidade. A exposição do grupo “Prá lá de 1.000” pode provocar o saudável pensamento: “- Como quero envelhecer?”, em contraste com outro mais comum: “- O que fazer para rejuvenescer?”

Atingindo a pessoa no complexo biopsicossocioespiritual (SCHAPIRA, 2007, p.32), a Musicoterapia tem expandido as possibilidades de atendimento na Terceira Idade. A convivência no grupo, mediada pela Musicoterapia, desenvolveu entre tantos objetivos o sentimento de pertencimento, a solidariedade e restauração da integridade emocional. (MOURA, 2008). O trabalho, que se pretendeu desenvolver dentro da instituição no espaço e horário estabelecido, cedeu às demandas de ampliação de alcance. Quando esse pequeno grupo passou a externar as suas questões em canto conjunto na praça pública, ampliou sua saúde integral e contribuiu também para ações e reflexões expandidas acerca

de temas sociais em meio às adversidades impostas pela reurbanização do espaço.

Referências Bibliográficas:

1. LEVITIN, Daniel J. **A música no seu cérebro**: a ciência de uma obsessão humana. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.
2. LEME, Ricardo José de Almeida. Neurofisiologia da música. In NASCIMENTO, Marilena do, (coordenadora). **Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico**. São Paulo: Memnon, 2009.
3. MOSCOVICI, Fela. **Treinamento em grupo**. 16ª Ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2007.
4. MOURA, Leides Barroso Azevedo (editora). **Empoderamento comunitário**: uma proposta de enfrentamento de vulnerabilidades. Brasília: Letras Livres, 2008.
5. MUNK, Márcia. O desafio do envelhecimento. in CASTRO PINTO, Sílvia Patrícia Lima de [et all]. **O desafio multidisciplinar**. Um modelo de instituição de longa permanência para idosos. São Caetano do Sul, SP : Yendis Editora, 2006.
6. SCHAPIRA, Diego, FERRARI, Karina, SÁNCHEZ Viviana e HUGO, Mayra. **Musicoterapia Abordage Plurimodal**. Buenos Aires: ADIN Ediciones, 2007
7. Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=IGJmDFTAQeY#t=13>. (Acesso em 10/03/2014).
8. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/site/Conteudo/Noticia.aspx?C=608>. (Acesso em 04/03/2014).



INTERSEÇÕES ENTRE EDUCAÇÃO MUSICAL E MUSICOTERAPIA

José Henrique Nogueira¹

RESUMO: Neste breve ensaio, descrevo, a partir de minha prática, alguns pontos comuns entre a Educação Musical e a Musicoterapia na terceira idade. Inicialmente, abordo quando se deve, num encontro musical professor/aluno, usar a didática e lançar mão das estruturas organizadas que a teoria e a técnica nos oferecem, com o intuito de cumprir o desejo do aluno de tocar um instrumento; ou quando abrir mão do “correto”, da afinação, do tocar bem, em benefício do bem. Sigo enfocando o quando usar os ensinamentos formais da música como técnica ou o auxílio terapêutico da Musicoterapia. Num segundo momento, trato do tema Musicoterapia e Alzheimer. Utilizo, nesta segunda etapa da reflexão, minha experiência com três casos clínicos: a paciente A, que ficou comigo durante oito anos; a paciente B, a quem, ao longo três anos atendi. Estas duas infelizmente vieram a falecer. Por fim, a paciente C, que embora tenha sido atendida por apenas cinco meses, trouxe para mim a possibilidade de muitas reflexões. Concluo que a Educação Musical e a Musicoterapia estão sempre se encontrando em minhas atividades, dando suporte uma à outra não só nas técnicas empregadas, mas principalmente no olhar, na abordagem, na escolha do caminho a seguir.

Palavras-chave: Educação Musical. Musicoterapia. Terceira idade. Alzheimer.

Breve histórico

Embora já trabalhasse na Educação Infantil como professor de música, minha primeira formação na área musical foi em Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música no Rio de Janeiro, em 1994. Ainda pelo Conservatório me graduei em Licenciatura (Música), em 1995, e me tornei Mestre em Educação

Musical no ano de 1998. Posteriormente, fiz uma pósgraduação, Construtivismo e Educação, pela FLACSO, e finalmente fiz uma extensão em método *Orff*, na Inglaterra. Trabalhei em 12 escolas no Rio de Janeiro. Fui professor do Curso de Pedagogia da Católica de Petrópolis durante dez anos, onde coordenei uma pós-graduação em Arte Educação. Idealizei e elaborei o material didático de Educação Musical para a Fundação Roberto Marinho em 2013. A partir de uma experiência pessoal, proporcionada por um estágio, lancei um livro pela *Booklink*, *Música e saúde mental I*, um “diário de bordo” que relata a introdução da música no atual Instituto Nise da Silveira, no EAT (Espaço Aberto ao

¹ Musicoterapeuta. Mestre em Educação Musical e musicoterapeuta (CBM), pós-graduado em Construtivismo e Educação (Flacso), compositor e coordenador do Espaço 23, no Rio de Janeiro, onde atende e dá aulas de música. Contato: nogueirajh@gmail.com

Tempo), com os psiquiatras Lula Wanderley e Edmar Oliveira, que fez o prefácio. Sempre atendi como musicoterapeuta em espaços particulares. Atualmente atendo no meu próprio ateliê, o ESPAÇO 23, em Laranjeiras. Uma sala projetada para acolher e atender às mais diversas indicações que buscam se beneficiar do trabalho da musicoterapia. Este espaço, além dos muitos instrumentos musicais, encontra-se equipado com a Mesa Lira e os Tubos Sonoros, dois instrumentos específicos da musicoterapia.

Introdução

Neste breve ensaio sobre a terceira idade, que nomearei aqui como “os mais vividos”, tentarei descrever, a partir de minha prática, alguns pontos comuns entre a Educação Musical e a Musicoterapia. Vou refletir sobre quando se deve, num encontro musical professor aluno, usar a didática e lançar mão das estruturas organizadas que a teoria e a técnica nos oferecem, com o intuito cumprir o desejo do aluno, ou seja, tocar. Ou quando abrir mão do “correto”, da afinação, do tocar bem, em benefício do bem-estar do “aluno/paciente”, que assim denomino pois para nós musicoterapeutas os territórios da terapia e da educação se misturam a todo instante. E, por sua vez, quando usar os ensinamentos formais da música como técnica ou auxílio terapêutico?

Num segundo momento, abordarei o tema Musicoterapia e Alzheimer, também escorado em minha prática clínica. Utilizei, nesta reflexão, minha experiência com três casos que atendi. A paciente que vou identificar como **A**, que ficou comigo durante oito anos; a paciente **B**, a quem, ao longo três anos atendi. Estas duas infelizmente vieram a falecer. Por fim, a paciente **C**, que embora tenha sido atendida por apenas cinco meses e que deixou a terapia por motivos familiares, trouxe para mim a possibilidade de refletir sobre a utilização dos instrumentos musicais e suas sonoridades culturais e regionais específicas na aproximação e resgate de lembranças e memórias primitivas deste paciente.

Educação Musical na Maturidade

Ensinar música não é uma tarefa fácil. Todos que iniciam essa tarefa se deparam com um universo de ideias, desejos e fantasias que os alunos trazem com eles próprios.

Uma pessoa, de qualquer faixa etária, quando procura um professor de música carrega com ela “ideias prévias”, que aqui resume os conhecimentos informais que os alunos têm sobre determinadas matérias, disciplinas ou temas, no nosso caso, a música. Essas representações mentais que os alunos trazem, mesmo que supostamente equivocadas, poderíamos até chamar de fantasias, exercem uma força muito grande na relação ensino/aprendizagem que vai se estabelecer, podendo dificultar ou facilitar a aproximação em direção à música. Para ficar bem claro este conceito, “ideias prévias”, seria algo tipo: Gostaria de tocar como... Vi fulano tocar e cantar quando era garoto e sempre quis cantar como ele...E assim por diante.

Pessoas com mais experiência de vida podem procurar uma aula de música para resgatar um sonho antigo de vir a tocar um instrumento, para “recuperar uma música” que esteve parada por muito tempo e que por algum motivo resolveu reativá-la ou, ainda, por sugestão terapêutica de um médico, de um amigo, enfim, são vários os fatores que motivam as pessoas a procurar por atividades musicais.

Acolher demandas dos mais vividos pressupõe uma didática mais delicada, uma didática voltada para o acolhimento em primeiro lugar. O aluno deve se sentir bem com o professor, este, por sua vez, deve estar aberto a ouvir suas histórias, que no caso são muitas e geralmente ligadas a família, amores e até mesmo a frustrações de tentativas musicais passadas que porventura não deram certo. A direção a ser tomada, a didática a ser empregada será uma construção a partir da relação estabelecida. Quero dizer com isso que o professor precisa ficar atento para escolher bem o caminho. Este poderá ser um trabalho específico com o instrumento escolhido, apresentar outros instrumentos que não estavam nos planos, escutar e cantar canções que estão envolvidas em suas histórias de vida e até mesmo dançar, se houver ousadia e espaço para isso.

O conceito de música deve ser ampliado para acolher os desejos e fantasias que vierem ao encontro do professor. Cada aluno nesta faixa etária, tem sempre muita vontade de tocar. A determinação deles e força de vontade impressiona e comove. Tocam em casa as músicas aprendidas nas aulas, fazem questão de encontrar tempo para isso, porém

precisamos conhecer o limites e as possibilidades de cada um. Nesta faixa etária eles vem muitas “ideias prévias” musicais, como mencionei, e neste caso, algumas já bastante cristalizadas. É importante não reduzir o trabalho à aprendizagem de um instrumento, não se importar com “erros rítmicos e as desafinações melódicas” e, por fim, é importante abrir espaço para a escuta das “histórias musicais” que estão na memória e passam a estar presentes nos encontros. A prática, o fazer musical é necessário, assim como o são as histórias, alegrias e brincadeiras. Para se trabalhar música com alunos com mais experiência de vida é importante criar um sistema de percepção capaz de interpretar as possibilidades e impossibilidades musicais.

Esses alunos que venho chamando de “mais vividos” trazem junto ao desejo pela música uma outra concepção de tempo. Esta dimensão na qual estamos inseridos passa a se estender, se torna mais longa, é regida em andamento “largo”, o menos passa a ser mais, as semifusas se tornam breves. E eles trazem, acima de tudo, uma forte vontade de continuar, de seguir em frente, de cantar, de tocar cada vez mais seu instrumento. Ensinar música, tocar junto com seu aluno é trocar, é partilhar é aprender a todo instante.

Musicoterapia e Alzheimer

Em certos casos, a memória do aluno pode não estar muito “afinada”. O tempo, além de nos proporcionar momentos musicais emocionantes durante a vida, também tem a capacidade de desgastar as lembranças, assim como de diminuir a capacidade de articular alguns movimentos, de dificultar a habilidade do canto e da fala. Muitas vezes esses “esquecimentos” infelizmente vêm com o diagnóstico de Alzheimer, e aqui a música passa agir com muita propriedade e maestria, participando de maneira significativa do resgate das lembranças que poderão facilitar o trabalho de musicoterapia. Nesse ponto, a abordagem foge do campo da didática e da pedagogia, e as técnicas e os princípios utilizados passam a ingressar na esfera da musicoterapia.

A musicoterapia é uma profissão na área da saúde e, como tal, visa utilizar, dentro de uma situação terapêutica, som, ritmo, melodia, ruídos, instrumentos, assim como outros elementos relacionados à música, para a reabilitação física e mental do indivíduo. No caso

do Alzheimer, que é uma doença progressiva e degenerativa, o foco não é reabilitar e sim o de estimular o que existe de saudável, de possibilidade, de vida no paciente. A sensibilidade do terapeuta e sua criatividade permitem a ampliação das possibilidades musicais. É necessário refletir sobre a finalidade, o objetivo, os procedimentos e as atividades empregadas, mas, principalmente, trabalhar com muito amor e paciência.

Tive três experiências significativas com Alzheimer.

Paciente A – Estivemos juntos por 8 anos aproximadamente. Uruguaia, foi professora universitária por lá e diretora de um curso de pedagogia em Santa Catarina, onde viveu até os primeiros sinais da doença aparecerem, pouco tempo depois da perda do marido e do filho. Quando começamos o trabalho falava, cantava e tocava o teclado com a mão direita, aproveitando seu conhecimento do acordeão, que havia sido seu instrumento para tocar para as crianças em sala de aula. A música era o nosso elo e com ela nos aproximamos. Sabia que precisava de um vínculo maior e este encontrei, nos gestos, nos olhares, nas gentilezas e delicadezas, no respeito com a história de vida. O tempo, como sempre, foi trazendo confiança. Cantamos, tocamos, improvisamos e dançamos durante nossos encontros. Em 2014, passei a atendê-la em casa, visto que estava cada vez mais sem movimentos e sinais vitais. Trabalhamos até onde conseguimos. Veio a falecer em 2015.

Paciente B – B chegou para fazer musicoterapia já próxima dos oitenta anos. Forte, com muita vitalidade, já demonstrava sinais da doença na fala e corporalmente, nos gestos e no andar, embora tivesse lucidez suficiente para interagir no espaço musicoterápico. Harpejava e fazia escalas simultaneamente com as duas mãos no teclado, cantava algumas músicas trazidas por ela e outras que recolhi com a família. Usava o microfone e ainda sabia tocar algumas partituras simples para piano. Com o tempo sua melodia começou a ficar repleta de pausas, passei a observar os pequenos gestos, os pequenos detalhes: seja um dedo mínimo se movendo ritmicamente, uma fração melódica vinda dos lábios, um olhar ligeiro que ainda

brilhava, um suspiro profundo de prazer. Sua doença foi verificada depois da morte do marido. Tocamos juntos por quase três anos. Dançamos, conversamos e improvisamos. Faleceu em 2014, no dia de ir para a sessão de musicoterapia.

Paciente C – Coincidentemente ou não, já que não fiz nenhuma pesquisa que justificasse uma conclusão acadêmica, repetindo as outras duas pacientes, sua doença também só foi verificada depois da morte do marido. Nordestina, oitenta anos, nunca tocou um instrumento. Lembrava muito de sua infância, de sua mãe e de seu pai. Adorava que eu cantasse músicas nordestinas e folclóricas. Quando pegava a viola de dez cordas, o som trazia um brilho diferente a seu olhar. Ficava improvisando durante alguns minutos, oferecia o pandeiro para ela e ficávamos inventando músicas, muitas das vezes relacionadas às histórias de sua cidade natal, de sua família, seu pai, sua mãe, suas histórias de infância. Não dançamos, não deu tempo. Não é fácil convidar seu paciente para dançar, mas quando o convite é aceito a sessão fica mais leve, a confiança se instaura de tal forma que os encontros ficam mais intensos, ganham uma certa cumplicidade motivadora. Por motivos pessoais, precisou deixar a musicoterapia. Ficamos juntos por cinco meses

As lembranças musicais e sonoras nos transportam há alguns lugares do passado, nos fazem reencontrar, na memória, pessoas, fatos e lugares. São tão vívidas essas reminiscências que até nos fazem chorar. A música tem essa força, essa energia, esse talento de acompanhar, de mapear nossa estrada, aqui, neste planeta. Cada um de nós possui sua própria história, seu próprio caminho sonoro/musical. Nos pacientes com Alzheimer, as lembranças musicais precisam ser rapidamente resgatadas para fazer parte da relação interpessoal. Emociona saber que a música e as lembranças sonoras continuam presentes quando a fala se vai. A música e tudo mais que possa ser entendido como música, passa a ser expressões sutis que os pacientes nos emitem buscando um contato, uma troca, no tênue fio que existe de sadio entre o professor/terapeuta e o aluno/paciente. A música está no olhar, na respiração, na impossibilidade, no silêncio.

O evidente declínio das manifestações expressivas não significa que devemos deixar de exercitá-las e de incentivá-las. É necessário continuar acreditando na presença e na

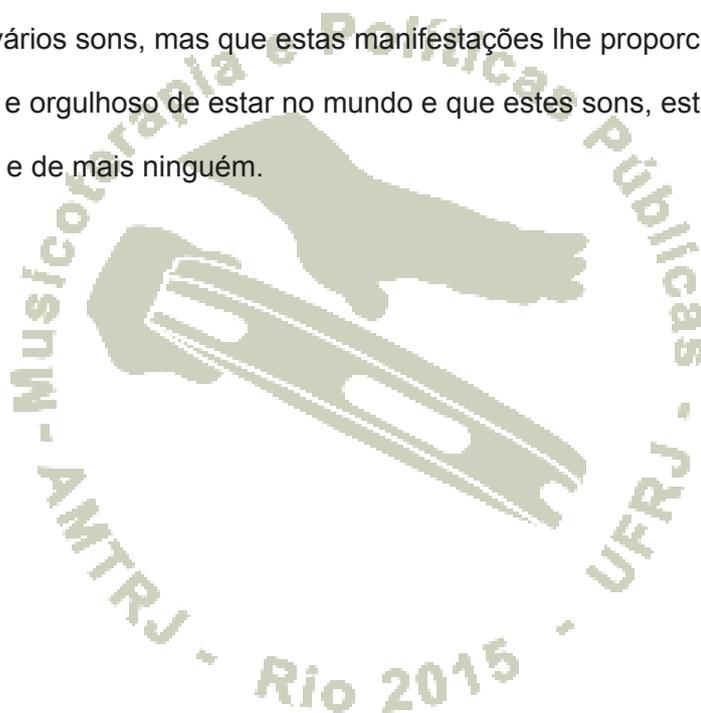
influência da música na misteriosa fisiologia cerebral que nos mantém vivos. Trabalhasse não para resgatar o que se perdeu, mas para investir no que existe de saudável, percebido ou imaginado, tentando através da música prolongar os sinais vitais do paciente, que, em latim, significa “aquele que suporta e que resiste”. Numa relação terapêutica musical, há um momento em que a música por si só não basta, ela pede uma expressão, um gesto, o movimento e sutilmente nos convida a dançar.

O canto desafinado e as melodias “mal tocadas” trazem informações, o ritmo inconstante ou repetitivo fazem parte deste encontro, o grito, o grunhido, o gutural são necessários apesar do estranhamento estético. Para se trabalhar com musicoterapia, para se utilizar a música com finalidade terapêutica, é necessário aventurar-se em várias direções sonoras e musicais.

Considerações

A Educação Musical e a Musicoterapia estão sempre se encontrando em minhas atividades, dando suporte uma à outra, não só nas técnicas empregadas, mas principalmente no olhar, na abordagem, na escolha do caminho a seguir. A musicoterapia faz uso da teoria musical quando necessário. É importante conhecer e dominar a teoria quando nos deparamos com pacientes, no caso, com Alzheimer, que ainda tocam através da leitura musical, por exemplo. Saber orientá-los, regê-los com a “batuta”, que pode ser um lápis, em cada compasso na partitura, ajuda na leitura, dá um suporte aos olhares tão vívidos e muitas das vezes cansados. Pode-se propor uma partitura em dueto, ou apenas saber a hora de virar a página na hora certa. Numa outra situação, ser capaz de harmonizar uma melodia de maneiras diferentes, quando esta apresentasse repetitiva, como uma “marca registrada” do paciente, isto traz uma outra sensação prazerosa benéfica ao *setting* terapêutico. E ainda poderia citar a participação do músico no terapeuta, quando o paciente fica repetindo acordes e arpejos, e neste caso ser capaz de criar melodias, improvisar sobre a monotonia desta repetição harmônica, tornando o ambiente mais alegre e criativo.

Por sua vez o ensino da música ganha uma importância e um significado bem peculiar na maturidade: a experiência de vida, que por sua vez traz a sabedoria, pode trazer algumas dificuldades cristalizadas pelo tempo. É fato não existir uma idade para adquirir conhecimento, não se determina uma idade para aprender a tocar um instrumento, porém os ensinamentos adquiridos na minha formação como musicoterapeuta me auxiliaram a construir uma didática mais ampla e generosa, que acolhe também àqueles que apresentam uma certa dificuldade no relacionamento com a música, seja emocional ou física. Uma pessoa pode aprender o que for possível, e este possível tem, e deve lhe proporcionar, muitas alegrias. As alegrias de estar no mundo, mesmo que toque apenas uma música, poucas notas ou vários sons, mas que estas manifestações lhe proporcionem um sentimento bonito e orgulhoso de estar no mundo e que estes sons, estas notas, estas músicas são suas e de mais ninguém.



6.1 - MUSICOTERAPIA E ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO



Pôster:

SOBRE A INCLUSÃO SOCIAL ATRAVÉS DO ENSINO DO CANTO LÍRICO: UMA EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM COM EFEITOS TERAPÊUTICOS?

Jéssica Luane De Paula Barbosa¹

RESUMO: O ato de cantar envolve fatores físicos e psicológicos, é um processo de autoconhecimento e autoaceitação, onde o indivíduo é o seu próprio instrumento, sendo comum manifestar através do canto suas emoções. A preparação do repertório de canto lírico requer dedicação e disciplina, pois em uma única peça é exigido um trabalho multidisciplinar. Alguns alunos apresentam dificuldades de ordem física e/ou psicológica, que levam os professores através da vivência em sala de aula, a desenvolverem diferentes mecanismos facilitadores do aprendizado, muitas vezes de forma instintiva, que não se limitam as suas habilidades técnicas e aos meios didáticos convencionais, bem como ao programa da instituição comum a todos os alunos, a fim de amenizar as dificuldades, dando a eles a oportunidade de cantar e de se expressar, além de trabalhar a inclusão social e a melhora da autoestima. Este relato de experiência com uma senhora de 79 anos que estuda canto lírico, propõe uma reflexão em torno dos vários aspectos que envolvem o ensino musical, e suas necessidades, a fim de estimular a elaboração de mecanismos que possam contribuir efetivamente tanto no ensino como no aprendizado musical, bem como na relação entre professor-aluno e do aluno com o meio.

Palavras-chave: Ensino. Canto Lírico. Inclusão social. Relato de experiência

Introdução

O envelhecimento é um processo natural e inevitável, compreende um conjunto de alterações biopsicossociais, que necessitam de atenção e cuidados para que haja a promoção de uma boa qualidade de vida para todos os indivíduos da terceira idade

Com a inversão da pirâmide etária, somada a novos valores e hábitos da sociedade atual, além dos problemas no campo da saúde, muitos desafios existem para serem superados, a fim de proporcionar ao idoso uma vida mais digna, onde o mesmo possa se relacionar socialmente, se sentir útil, ter momentos de lazer, cuidar do corpo e da mente, evitando assim, o isolamento e prevenindo doenças.

À proporção que envelhecemos, muitas funções biológicas, psicológicas e

¹ -Pós-Graduanda em Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música - CBM, Rio de Janeiro, Bacharel em Música / Canto Lírico pela Universidade Federal De Juiz De Fora- UFJF, Docente do Curso Técnico De Canto do Conservatório Estadual Aidée França Americano em Juiz De Fora. Email:lvoigan@hotmail.com

sociais se modificam. A deterioração física se torna mais evidente, o ritmo de nossos movimentos se altera. Somos acometidos por dificuldades gradativas na audição, visão, deambulação. São verificadas também dificuldades quanto a manutenção nos ritmos da fala e do sono. Tais comprometimentos geram além das dificuldades sociais, consequências psicológicas profundas, tais como a sensação de impotência diante do declínio inexorável das capacidades físicas, trazendo os aspectos depressivos como carro chefe de um processo de baixa estima e desvalorização. (BRIGHT, 1988 apud SOUZA, 2006 p.1220).

Com o envelhecimento, surgem alterações na voz como perda de amplitude, soprosidade, alteração nas características de vibração, tremores, perda do controle respiratório, fadiga vocal, alteração nas glândulas secretoras de muco, dentre outras. Esse quadro de mudanças vocais em decorrência do envelhecimento é chamado de presbifonia, que ocorre entre os 50 e 55 anos variando de acordo com cada indivíduo, no entanto, através do treinamento vocal é possível amenizar os danos que surgem com a idade, o ato de cantar promove um desenvolvimento respiratório, auditivo e fonatório além de ser uma notável fonte de prazer (MEIRELLES; BACK; CRUZ, 2012). É necessária uma desapropriação da visão de que velhice é sinônimo de enfermidades, perdas e incapacidade (NERI, 1995 apud ZANINI, 2003), o sujeito pode passar por esta etapa da vida realizando atividades que lhe promovam bem-estar, e não se aprisionar nas linhas do tempo estampadas em seu corpo.

O ato de cantar gera muitos benefícios para quem o pratica, o indivíduo passa a observar seu próprio corpo e a trabalhar o autocontrole, ficando atento as sensações internas, aos movimentos, passeando pelas emoções, libertando sua criatividade, inventando e reinventando formas de expressar uma mesma ideia. Através do canto, o sujeito se torna o protagonista, podendo assumir diferentes personagens, ou contar sua própria história. Para o cantor, a voz é um canto interior e vibrante, onde através dela pode-se liberar pensamentos e sentimentos; através do canto, o indivíduo reflete seu temperamento e sua personalidade, que possui uma íntima relação com a voz, traduzindo o ser humano em sua totalidade (DINVILLE, 2008).

O canto lírico é o único que possui uma escola com estrutura e metodologia própria, que oferece um embasamento técnico tão bem elaborado, que pode auxiliar qualquer cantor

independente do estilo a que se dedica, uma vez que todos possuem a capacidade de emitir som, através do diafragma que apoia a coluna de ar e pressiona as pregas vocais. A técnica vocal começou a ser estudada através do canto lírico e se estendeu ao canto popular e vertentes (COSTA, 1998, apud SIMAS, 2011).

“Ao contrário do canto popular, o lírico utiliza a leitura musical para aprender o repertório, pois necessita de uma maior fidelidade nos aspectos rítmicos e melódicos. É preciso um estudo minucioso acerca do compositor, da época em que viveu, buscar a tradução da música, seguir as dinâmicas, ornamentos, pausas e demais intenções do autor. O cantor exige mais do seu aparelho fonador do que outros profissionais que trabalham com a voz, pois o mesmo necessita de um maior controle da altura, da intensidade, qualidade vocal, extensão, articulação, respiração, etc.” (SIMAS, 2011, p.27).

Relato De Experiência

O presente estudo trata de uma aluna idosa, com 79 anos, mãe de duas filhas, viúva, que realizou o ensino fundamental e médio a partir dos 66 anos, e hoje cursa o segundo ano do Curso Técnico De Canto Lírico Do Conservatório Estadual Aidée França Americano, em Juiz De Fora- MG. Este curso compõe-se por duas aulas de canto lírico individual e uma aula de técnica vocal em grupo por semana, com duração de cinquenta minutos cada, além das matérias teóricas e da prática de conjunto. A discente mora sozinha, anda com o auxílio de uma bengala, não canta de pé durante as aulas, faz uso de próteses dentárias e teve perda auditiva do lado esquerdo por poluição sonora na fábrica em que trabalhou. A aluna se submeteu a uma avaliação audiométrica que acusou um quadro de disacusia sensorioneural bilateral com indicação para adaptação de AASI (aparelho de amplificação sonora individual)¹ .

Com a estudante em questão trabalhar o repertório erudito demandaria mais tempo do que o disponível até a avaliação, pois o processo de aprendizado na terceira idade naturalmente é mais lento, e é necessário que haja uma dinâmica em sala favorável a assimilação, onde o idoso se sinta confortável e estimulado a participar das aulas.

Ao analisar o processo de aprendizado da aluna no âmbito da letra, melodia e ritmo

1 Wellerson Valério Esteves Dos Reis. Otorrinolaringologista.

percebeu-se devido ao déficit auditivo, uma dificuldade em identificar a pulsação rítmica, bem como de afinação, principalmente no início da peça, além de ser necessário um tempo maior para assimilação da letra. Durante as aulas de canto, a senhora contava muitas de suas histórias de vida, que vinham acompanhadas de canções que marcaram momentos de sua trajetória. Através desta imersão no passado, notou-se uma predileção por canções do final do século XIX e século XX, em especial as marchinhas de carnaval. Em todos os momentos em que a estudante se referia as músicas que marcaram sua história, a mesma mostrava-se alegre, e sempre cantava trechos das canções que emergiam através das lembranças. Para Souza (2006), a música é um canal poderoso de comunicação entre gerações e dentro de uma época, que propicia ao idoso a sensação de reordenação no tempo, através da sua memória musical, que o ajuda a se reestruturar e se apossar do presente e não apenas recordar o passado.

Por meio da visível satisfação da aluna em partilhar as canções que gostava, surgiu a ideia de trabalhar “As Pastorinhas” de Noel Rosa e João De Barro ao invés de um estudo do método Vaccaj para contralto e de uma peça pré-clássica, também iniciamos a leitura da canção Berceuse de Milton Calasans, mas esta não seria cobrada na avaliação, sendo necessário um tempo maior para maturação. O prévio conhecimento da música facilitou o progresso em sala e possibilitou um estudo mais aprofundado. Começamos recitando a letra, e em seguida trabalhamos aos poucos melodia e ritmo, sendo o último mais difícil, pois ela não conseguia escutar o acompanhamento devido ao problema auditivo. Durante uma aula, enquanto cantávamos juntas em andamento lento, marquei a pulsação através da propriocepção tátil; a vibração e a visualização dos movimentos de marcação contribuíram satisfatoriamente para que a estudante acertasse o ritmo, por conseguinte, sempre trabalhamos o ritmo dessa forma para em seguida acrescentarmos o acompanhamento ao piano. Geralmente durante a vocalização, a aluna se lembra de trechos de várias canções e começa a cantá-los imediatamente, empolgada, a senhora também fala sobre o compositor, a história da música e fatos relacionados a mesma, em dado momento utilizei de um verso de uma das músicas para vocalizá-la, e voltar sua atenção para o exercício, em outros momentos também fora aproveitada a melodia de determinados trechos de canções para

trabalhar saltos, escalas dentre outros.

Os exercícios respiratórios são de suma importância, uma vez que há um comprometimento vocal relacionado a diminuição da capacidade pulmonar, ao enfraquecimento muscular, dentre outras mudanças senis, que comprometem a qualidade do canto, sendo responsáveis pela diminuição da intensidade vocal, som trêmulo entre outros, sendo necessário a realização de exercícios para suplantar os transtornos musculares e a falta de elasticidade na mucosa (COSTA & SILVA, 1998).

Numa avaliação fonoaudiológica especializada, constatou-se um quadro de presbifonia. Na avaliação computadorizada da análise acústica do canto, a paciente apresentou a variação de frequência entre 145Hz a 338 Hz com 15 semitons e 56,89Db de intensidade. Ao cantar as “Marchinhas” trabalhadas nas aulas de canto, a aluna melhora sua condição vocal, e aumenta o espectro vocal com melhora da amplitude e sonoridade, passando para uma variabilidade de 123Hz a 351 Hz de extensão, 18 semitons e 61,83Db de intensidade¹.

Fica clara a diminuição dos efeitos decorrentes da presbifonia na voz durante a execução do repertório desenvolvido, provando que apesar de suas limitações, a aluna responde muito bem as atividades musicais propostas, que incluem alongamento corporal, exercícios respiratórios, aquecimento, vocalizes com objetivos técnicos, e o desenvolvimento do repertório em si. Através de objetivos previamente estabelecidos, trabalhamos sua autoestima, por meio da superação de suas dificuldades, e do resgate de suas memórias. Paralelo ao progresso com as canções escolhidas pela aluna, mantemos o desenvolvimento do repertório erudito a longo prazo, pois a idosa possui condições de aprender as peças, e manifesta sua vontade de estudá-las. A prática do canto lírico, que necessita da leitura de partitura, pronúncia e compreensão do idioma cantado, aprimoramento do personagem, conhecimento da história do período e do compositor além dos aspectos técnicos, possibilita

1 CAMPOS, Renata Jacob Daniel Salomão - Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Católica de Petrópolis. Especialista em Voz pelo CFFA e Especialista em Disfagia pelo A C Camargo Câncer Center. Mestre em Educação e Mestre em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutoranda em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Chefe do Serviço de Fonoaudiologia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora.

um trabalho cognitivo, principalmente no âmbito da memória. A discente é um exemplo de que com vontade, esforço e dedicação, não há empecilhos capazes de impedi-la de aprender, por meio de uma atividade que lhe proporciona bem-estar.

Além das aulas individuais de canto, a estudante também participa das aulas de técnica vocal em grupo, com todos os cantores do primeiro e segundo ano do curso técnico. Realiza todas as atividades propostas em aula com os colegas, faz os trabalhos, e se apresenta nos recitais. Através da sua interação com os demais, observa-se o espírito cooperativo e o respeito mútuo, os alunos demonstram uma profunda admiração por sua coragem e determinação e acabam se sentindo estimulados ao estudo, a idosa por sua vez, se sente valorizada e amparada pelos colegas, demonstra empolgação durante as aulas ao realizar as atividades; sempre pontual e assídua, deixa claro que possui suas limitações, mas que estas não a impedem de fazer o que sempre quis, cantar.

Considerações Finais

A música apresenta respostas fisiológicas positivas, como melhora na respiração, na pressão arterial e frequência cardíaca; promove a integração social, a comunicação o que para idosos que moram sozinhos é uma excelente experiência, resposta emocionais positivas, possibilidade de expressão através da comunicação não verbal, propicia uma vida ativa, e afasta o monotonismo rotineiro (CLAIR, 1996 apud PRAZERES *et al.* 2013). Podemos verificar com este relato que, através do canto, a aluna pode se expressar, interagir com outros alunos, ter uma vida social ativa, se conscientizar da importância de cuidar do corpo e da voz, não manifestando sentimentos negativos como de isolamento e depressão, e de fato melhorando sua qualidade de vida. Embora não haja um preparo específico para lidar com alunos idosos, fora constatado nesta experiência, que através de um ambiente confortável e descontraído, com atividades que envolvam o universo sonoro do aluno, e principalmente, dando espaço para o mesmo se expressar pelo canto, ou simplesmente ouvi-lo falar sobre seu dia, ou ainda de suas lembranças longínquas no início de cada aula, é possível superar qualquer obstáculo. Seja o canto popular ou lírico, em grupo ou individual, o canto sem dúvida contribui para uma vida melhor, no âmbito

biopsicossocial

Referências Bibliográficas:

COSTA, H.O. & SILVA, M.A.A. **Voz Cantada**: Evolução, Avaliação e Terapia Fonoaudiológica. In:_____. A voz do Idoso. São Paulo: LOVISE, 1998, p. 113-114.

DINVILLE, Claire. **A Técnica da Voz Cantada**. 2ª Ed., Rio De Janeiro: Editora ENELIVROS, 2008. 136 p.

MEIRELLES, Roberto C.; BAK, Roberta; CRUZ, Fabiana C. da. Presbifonia. **Revista HUPE**. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio De Janeiro: UERJ, vol. 11. N. 3, 2012, p 77–82.

PRAZERES, M.M.V. O Canto como Sopro da Vida: um estudo dos efeitos do Canto Coral em um grupo de coralistas idosas. **Revista Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas E Saúde**. São Paulo: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, vol. 16, N. 4, 2013 p 175-193.

SIMAS, Maria Thereza Pinto. **A Prática do Canto Lírico na Escola de Música da Universidade Federal do Rio Grande Do Norte**. Monografia. 2011. (Licenciatura em Música). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 49 p.

SOUZA, Márcia Godinho Cerqueira. Musicoterapia e a clínica do envelhecimento. In Papaleo, M.N. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

ZANINI, C.R.O. O Envelhecimento Saudável- O Cantar e a Gerontologia Social. **Revista da UFV**, vol. 5, N. 2, 2003, on line. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/saudavel.html>. Acesso: 21/05/2015 17:37.







7 - MUSICOTERAPIA ECOLÓGICA

Comunicação Oral:

MUSICOTERAPIA COM FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL - UMA REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR

Adriana Pimentel ¹

RESUMO: Este relato traz a experiência de um trabalho musicoterápico realizado com os funcionários de uma agência do Banco do Brasil, localizada na zona norte da Cidade do Rio de Janeiro. Como base teórica nos apoiamos na Musicoterapia em Promoção de Saúde e Saúde do Trabalhador, inseridas nas Políticas Públicas Brasileiras de Atenção Integral à Saúde. A experiência teve início em 2012, com duração de um ano, com interrupção de um mês para férias da Musicoterapeuta. As sessões eram semanais, realizadas no próprio local de trabalho, porém, antes do horário de expediente, com duração de 40 minutos. Aproximadamente 18 pessoas, em média, participavam da sessão. A técnica mais utilizada foi a recriação através do canto e do uso dos instrumentos musicais e a improvisação utilizando os sons corporais e de objetos do ambiente. A cada mês os funcionários eram convidados a preencher um questionário de acompanhamento do trabalho musicoterápico. Porém, o gerente da agência vinculou a participação dos funcionários à pontuação na avaliação de desempenho de trabalho, tornando obrigatória a presença deles no grupo musicoterapêutico. Rapidamente o fato se refletiu e interferiu diretamente nas sessões, de forma negativa. Assim, o contrato foi rompido por ambas as partes, mas por motivos diferentes.

Palavras-Chave: Musicoterapia. Promoção de Saúde. Saúde do Trabalhador

¹ Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social/ UFRJ . Sanitarista/ FIOCRUZ. Musicoterapeuta/CBM. Licenciada em Música/CBM. Qualificada em Psicologia Organizacional . gerente de Planejamento da Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Município de Nova Iguaçu. Diretora da Musikativa - Centro Carioca de Musicoterapia, Contato: drica.oficina@gmail.com

ATUAÇÃO E PERFIL DO MUSICOTERAPEUTA ORGANIZACIONAL: PARA ALÉM DA CLÍNICA MUSICOTERÁPICA E INCLUSÃO SOCIAL

Alexandre Ariza Gomes de Castro¹
Fernanda Valentin²
Leomara Craveiro de Sá³

RESUMO: A musicoterapia organizacional é uma área em expansão, em que a música é utilizada a fim de desenvolver grupos profissionais e melhorar as relações nos ambientes de trabalho. As intervenções nesse contexto são diferenciadas: a produção de mudança tem como foco tanto o indivíduo quanto a empresa, os limites do *setting* são ampliados e a relação cliente-musicoterapeuta se estende, incluindo diversas relações. A demanda vem de terceiros, gerentes e diretores, e nem sempre coincide com a percepção dos colaboradores. O presente artigo tem por objetivo refletir sobre as possibilidades de atuação e características essenciais do musicoterapeuta para atuar nas organizações. Desenvolvimento de equipe, seleção de pessoas, palestras temáticas, práticas vivenciais e programas de música no ambiente de trabalho foram práticas encontradas na literatura. Acredita-se que o conhecimento dos processos da empresa, empreendedorismo (visão estratégica e proatividade), comunicação clara, saber lidar com jogos de poder e com alto nível de exposição perante o grupo são competências importantes para atuar nesse contexto. Considera-se ainda necessário constante aprimoramento e flexibilidade diante de situações de imprevisibilidade. Nota-se a necessidade de novos estudos que abordem tal temática e que investiguem os profissionais atuantes no mercado

Palavras-chave: Musicoterapia organizacional. Relações interpessoais. Empreendedorismo. Experiências musicoterapêuticas

1. INTRODUÇÃO

A Musicoterapia, em decorrência de novas pesquisas e práticas, vem se desenvolvendo em diversas áreas, consolidando algumas e ampliando outras. Assim como ocorre em diferentes campos da Musicoterapia, também no organizacional observa-se o aumento gradativo de publicações no Brasil (CASTRO, 2010; RODRIGUES, 2004 e 2008; FREITAS et al, 2004; TAETS et al, 2013; BALERONI e SILVA, 2010).

1 Mestre em Música e Musicoterapeuta com Bacharelado em Musicoterapia - UFG. Formação em Psicoterapia Corporal - CORE Energetics Institute - NY/UNIPAZ – DF. Musicoterapeuta do CRER – Goiânia/GO. Consultor em Musicoterapia Organizacional com experiência em Treinamento & Desenvolvimento. Presidente da Associação Goiana de Musicoterapia - 2014/16. Professor do curso de Musicoterapia EMAC/UFG. alexarizabr@yahoo.com.br

2 Doutoranda em Psicologia Clínica - UnB. Mestre em Música e Bacharel em Musicoterapia - UFG. Professora da disciplina Musicoterapia Organizacional do Curso de Musicoterapia EMAC/UFG. mtfernandavalentin@gmail.com

3 Doutora em Comunicação e Semiótica - PUC/SP. Musicoterapeuta Clínica. Especialista em Psicologia Transpessoal - Instituto Anima/GO. Especialista em Constelação Familiar Sistêmica - IBSS. Certificada em Tension and Trauma Releasing Exercises TRE - CENTRAR. Professora pesquisadora aposentada pela Universidade Federal de Goiás.leomara.craveiro@gmail.com

Definida por Bruscia (2000,p. 243) como sendo “a potencial aplicação da música para apoiar e desenvolver equipes de trabalho (O’Neill,1995), e melhorar relações em ambientes de trabalho e em grupos profissionais”, a Musicoterapia Organizacional também aborda temas como ética, confiança organizacional, coesão do grupo de trabalho, proatividade e empreendedorismo individual e grupal

Importante ressaltar que a Musicoterapia Organizacional encontra-se inserida nas práticas ecológicas em Musicoterapia que, segundo Bruscia (2000), abrange estratos sócio-culturais da comunidade e seu ambiente físico, considerando a cultura de um determinado grupo. Trata-se de uma prática derivada da teoria sistêmica, em que todas as entidades são vistas como inextricavelmente vinculadas entre si, com vários níveis de influências recíprocas (KENNY, 1985, apud BRUSCIA, 2000).

O paradigma sistêmico tem em si um princípio de integração que abarca e elucida possíveis interações entre sistemas e subsistemas. Entendemos, aqui, subsistemas como sistemas menores, ou partes de um sistema maior em um sentido não fragmentário ou reducionista. A Musicoterapia, quando vista sob esse enfoque dos sistemas, é um campo teórico-prático complexo que congrega em si diversos elementos (subsistemas), os quais dependem de diversas áreas do saber para serem compreendidos. (CASTRO, 2010, p. 38)

Tendo em vista essa ótica, na perspectiva da Musicoterapia Organizacional a produção de mudança tem como foco tanto o indivíduo quanto o grupo que ele integra, e a organização como um todo. Os limites do *setting* são ampliados e a relação cliente-musicoterapeuta estende-se, incluindo diversas relações. A demanda vem também de terceiros - gerentes e diretores -, e nem sempre coincide com a percepção do colaborador. Essas diferenças fundamentais podem ser notadas na prática da musicoterapia no mundo do trabalho, exigindo do musicoterapeuta competências específicas que integram percepção ampliada, habilidades no manejo de situações relacionais e flexibilidade nas ações. Sendo assim, a Musicoterapia Organizacional difere da Musicoterapia Clínica em diversos aspectos, principalmente por seu cliente ser tanto a empresa como os próprios colaboradores. O quadro abaixo sintetiza as principais diferenças:

Musicoterapia no Contexto Clínico	Musicoterapia no Contexto Organizacional
Réplica do ambiente em que o indivíduo vive e trabalha	Grupo já existente e membros definidos
Produção de mudanças no indivíduo (necessidade de generalização)	Produção de mudanças nos indivíduos e na empresa
O cliente é o indivíduo atendido	O cliente é o indivíduo atendido
Relação musicoterapeuta-indivíduo	Diversas relações
<i>Setting</i> : sala de atendimento	<i>Setting</i> : ampliado

Tabela 1: Diferenças entre a Musicoterapia no Contexto Clínico e Organizacional

O presente artigo tem por objetivo refletir sobre as possibilidades de atuação e características essenciais do musicoterapeuta para atuar em organizações, sejam elas, empresariais, públicas, sem fins lucrativos, em contextos diversos – educação, saúde, prestação de serviços, indústrias etc.

2- A FORMAÇÃO E O PERFIL DO MUSICOTERAPEUTA ORGANIZACIONAL

Assim como a musicoterapia no contexto organizacional assume diferentes características, o musicoterapeuta que deseja atuar nesse contexto também deve ter determinadas competências melhor desenvolvidas. O conceito de competências mais difundido atualmente em administração refere-se à “capacidade de um indivíduo em realizar uma atividade, por meio da combinação de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (conhecido como conceito “CHA”), que, por sua vez, influenciam o efeito dos resultados [...]” (FERREIRA et al. 2012). Com base nesse conceito, as competências podem ser vistas sob aspectos técnicos - conhecimentos e habilidades -, e comportamentais - atitudes (SOUZA et. al., 2011).

Seguindo esse referencial, a formação do musicoterapeuta organizacional deve abranger o domínio de conhecimentos e habilidades, assim como características comportamentais específicas (perfil) que facilitem o alcance de melhores resultados em sua atuação profissional.

2.1 – CONHECIMENTOS

É óbvio pensar que para atuar na área organizacional o musicoterapeuta deve dominar conhecimentos relacionados à organização - administração e gestão de pessoas (psicologia organizacional e administração) - e à Musicoterapia (ferramentas de avaliação musicoterapêuticas; teorias e técnicas da Musicoterapia; teorias e práticas grupais; etc.) Entretanto, quando se trata da preparação do musicoterapeuta para lidar com a realidade das empresas e outras organizações, surgem algumas questões: quais desses conhecimentos são essenciais? Quais podem trazer um diferencial para a atuação do musicoterapeuta nas organizações? Por onde começar construir esse conhecimento? Para responder a essas questões, deve-se considerar que as diferentes práticas da musicoterapia nas organizações fazem parte do processo das mesmas. Assim, um ponto de partida interessante é compreender o que são e como funcionam. As organizações, segundo Robbins (1999), podem ser definidas como unidades sociais, coordenadas conscientemente. Elas funcionam numa base relativamente continua para atingir um objetivo comum ou um conjunto de objetivos, variando tanto em tamanho quanto em função e estrutura; também desenvolvem uma cultura interna. Nessa dimensão, é imprescindível que o musicoterapeuta organizacional saiba que as organizações “são constituídas de partes que integram um todo voltado para o desenvolvimento de funções específicas” (MINTZBERG apud CASTRO 2010, p.13)

Dentre os subsistemas da organização, destaca-se o Recursos Humanos ou Gestão de Pessoas definido por Chiavenato (2010), enquanto departamento, como a “unidade operacional que funciona como órgão de staff, isto é, como elemento prestador de serviços nas áreas de recrutamento, seleção, treinamento, remuneração, comunicação, higiene e segurança do trabalho, benefícios, etc.” (p.2). Considerando essas instâncias dos Recursos

Humanos, a musicoterapia organizacional atua na seleção, treinamento, comunicação e na promoção e manutenção da saúde do trabalhador. Assim o foco de estudo do musicoterapeuta será compreender como funcionam essas instâncias para saber como poderá contribuir. Para tanto, deverá se apoiar em conhecimentos da psicologia organizacional, da administração e do coaching¹.

Os conhecimentos específicos da musicoterapia aplicados à atuação na Gestão de Pessoas partem de alguns dos princípios que fundamentam a prática musicoterapêutica: Música Interna, Princípio de analogia na música, Música como metáfora, Representações Sociais na Música, Modos Expressivo-Receptivos entre outros (SCHAPIRA, 2007).

Mais especificamente para a área organizacional, pode-se observar que a maior parte das intervenções são feitas em grupo e são voltadas para aspectos da interação, comunicação, percepção/escuta, qualidade de vida e estratégias para lidar com situações de estresse. Importantes referenciais sobre esse tema são dados por autores que trabalham com grupos - Garstorm (2007), Pavlicevic (2003), Davies e Richards (2002), Espiridião e Sá (2005) dentre outros - e com improvisação - Wigram (2004), Bruscia (1987; 2000).

2.2 – HABILIDADES

Como derivação dos conhecimentos necessários ao musicoterapeuta organizacional, é imprescindível considerar as principais habilidades inerentes à sua prática. Para além de sua atuação, em termos de atendimentos ou intervenções musicoterapêuticas, faz-se necessário avaliar sua postura diante do empresário ou contratante e dos colaboradores. A situação de estar “entre” esses personagens, intermediando interesses e conflitos, requer uma clareza muito grande do próprio papel, para não incorrer no erro de se tornar parcial.

Partindo dessa perspectiva, é fundamental ter uma forma de **comunicação clara**, ou seja, ser assertivo sabendo se posicionar diante das diversas situações que se apresentam, e percebendo como as suas palavras e ações repercutem diante do outro. Um outro ponto

¹ Coaching é um processo de formação pessoal em que um instructor (coach) ajuda seu cliente (coachee) a evoluir em alguma área de sua vida.

que se segue a esse é **saber lidar com jogos de poder**. Segundo Guazina e Tittoni (2009),

o poder é compreendido na forma das relações de poder, que são um modo de ação sobre a ação de outros, numa relação entre indivíduos ou grupos, onde uns exercem poder sobre outros, uma vez que exercem ação sobre a ação dos outros – em ato (p.109).

A organização, devido ao contrato de trabalho, coordena as ações dos seus colaboradores, ou seja, exerce uma forma de poder sobre eles. Da mesma maneira, o musicoterapeuta enquanto consultor ou colaborador deverá atender às demandas institucionais, sem perder de vista, entretanto, a dimensão humana e ética, ou seja, as necessidades dos colaboradores relacionadas ao próprio trabalho. É nessa perspectiva que é necessário que o musicoterapeuta saiba lidar com os jogos de poder, para que não perca de vista seu foco e traga o máximo de benefício para todos os envolvidos no processo.

Outra habilidade mais ligada à prática é saber **lidar com alto nível de exposição perante o grupo**. Uma vez que nossa ferramenta de trabalho é a música, e lidar com a música ou seus elementos envolve um clima de maior espontaneidade com o grupo, algumas vezes o musicoterapeuta é colocado em situações que fogem do habitual e podem ser percebidas com estranhamento. Para lidar com isso é necessário ter “jogo de cintura” e não perder de vista os objetivos a serem alcançados. Quando o musicoterapeuta tem essa habilidade, pode ter o grupo muito mais envolvido nas atividades e conseguir uma entrega maior por parte dos participantes.

2.3 – ATITUDES

Quanto às características comportamentais necessárias ao musicoterapeuta organizacional, as atitudes estão ligadas ao desejo - querer fazer -, ou seja, à motivação intrínseca ao indivíduo. A primeira das atitudes, ligada aos conhecimentos e habilidades, é o **constante aprimoramento**. No mercado organizacional a busca pela excelência deve ser uma constante para que o musicoterapeuta se posicione profissionalmente. Essa busca é característica de uma outra atitude que é ser **empreendedor**.

O empreendedorismo é um termo bastante amplo e vai além da simples atitude. Ser empreendedor envolve diversas competências, porém, nesse contexto, resume-se à atitude

do musicoterapeuta organizacional diante do mercado. Fischer (et. al., 2008) cita que “para Schumpeter (1982) [o empreendedor] é aquele que introduz mudanças, inovações e uma nova ordem. É, portanto, o indivíduo que gera rupturas por meio de suas realizações” (p. 42). É nessa perspectiva que vemos a atitude do musicoterapeuta.

Também é essencial considerar a questão da **flexibilidade diante de situações** de imprevisibilidade. Devido às características do *setting* ampliado e das demandas virem da empresa. O contexto organizacional traz muitos imprevistos que no contexto clínico não se apresentam. É bastante comum, devido a contingências do trabalho, um grupo ser modificado devido a transferências de colaboradores, admissões ou até mesmo demissões, ou mesmo o trabalho de treinamento, por exemplo, ter que ser revisto. Assim, é necessário que o musicoterapeuta realize ajustes em seu planejamento para atender à necessidade inicial da empresa.

Esses foram os atributos necessários ao perfil do Musicoterapeuta Organizacional. Na próxima seção serão vistas suas possibilidades de atuação.

3- PRÁTICAS NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Uma marca da atualidade é a exposição do indivíduo a diversas situações ansiogênicas decorrentes de fatores sócio-econômico-culturais. Especificidades da atividade ocupacional, condições de trabalho, remunerações insatisfatórias, constantes exigências por qualificação e a busca pelo reconhecimento dentro da organização, são alguns dos fatores que geram tensões e estresse nos trabalhadores.

Dependendo do grau de estresse ao qual o indivíduo é exposto, com o passar do tempo a energia transforma-se em exaustão, o envolvimento em ceticismo, a eficiência em ineficiência, ocorrendo, na maioria das vezes, um desgaste nas relações interpessoais (Maslach & Leiter, 1995).

A Saúde Organizacional aponta para uma associação da ética nas organizações com o comprometimento organizacional e ajustamento entre pessoa e organização (VALENTINE,

GODKIN & LUCERO, 2002). Considerando a diversidade de demandas existentes em qualquer organização e os multifatores que interferem na atuação de seus integrantes, as propostas de intervenção da Musicoterapia podem favorecer tanto o trabalhador quanto a organização como um todo. Eis algumas práticas encontradas que caracterizam as diferentes demandas da área organizacional: desenvolvimento de equipe; seleção de pessoas; palestras temáticas; práticas vivenciais; workshops temáticos; musicoterapia laboral - grupos de música e movimento voltado à sensibilização e conscientização; atendimentos aos colaboradores - grupos de prevenção e tratamento de doenças ocupacionais e afastamentos -, e programas de música em ambientes de trabalho.

Por tratar-se de um assunto amplo e complexo, envolvendo a Área Organizacional e a Musicoterapia, neste artigo serão apresentadas as duas demandas mais frequentes: o desenvolvimento de equipe e a seleção de pessoas.

3.1- Desenvolvimento de Equipes

A qualidade na prestação de serviços, no âmbito de qualquer organização, depende fundamentalmente da integração e comunicação entre pessoas. Colocar seus servidores no centro das estratégias organizacionais é, na realidade, descobrir, administrar e desenvolver essas riquezas interiores: o capital humano da organização (CHIAVENATO, 2010). É fundamental “constatar, analisar, compreender e otimizar as interações dos seres humanos entre si, com os meios de produção e com a ambiência, dentro de um ecossistema organizacional” (MARINUZZI, 2010).

Programas específicos e temáticos voltados para liderança, motivação, aposentadoria e processos de mudança, podem trazer adaptabilidade e flexibilidade, favorecendo o clima organizacional. Também criar pontos de Escuta na Empresa, onde o musicoterapeuta organizacional escuta as queixas e media conflitos, utilizando técnicas musicoterapêuticas integradas a momentos de autoconhecimento e reflexão.

A Musicoterapia nas organizações é uma ferramenta baseada numa visão integrada do ser humano, em suas potencialidades e interrelações. As várias experiências musicais proporcionadas pela Musicoterapia – improvisação, recriação, composição, audição e dramatização musical-, criam um campo de subjetividades, possibilitando a aceitação das expressões emergentes e das diversidades, o que favorece o desenvolvimento intra e interpessoal, assim como a ressignificação da vida profissional.

O ser humano é uma espécie que se diferencia das demais, principalmente, por sua subjetividade. Ele utiliza diversas formas de linguagem para se relacionar no mundo - gestos, sinais, palavras, sons, gritos, silêncios, cores, músicas etc. Muitos são os conteúdos que ficam no campo do não-dito. Abrir outros canais de comunicação através do não-verbal e, particularmente, da música, pode propiciar a externalização de conteúdos, ressignificando-os o que, conseqüentemente, promove mudanças significativas (NASCIMENTO e CRAVEIRO DE SÁ, 2009, apud, VALENTIN e NASCIMENTO, 2010).

A música, por tratar-se de uma expressão humana que integra corpo-mente-espírito, favorece o encontro consigo mesmo, com o outro e com o meio onde atua, através do sensível, proporcionando o desenvolvimento da consciência individual e grupal. “Ninguém transforma ninguém e ninguém se transforma sozinho; nós nos transformamos no *encontro...*” (CREMA, 2001).

No contexto da Musicoterapia Organizacional, as experiências musicais em grupo possibilitam conciliar razão e emoção, no sentido do desenvolvimento da autoconsciência profissional, visando a sedimentação da cultura da excelência para que esta se torne algo natural entre os que atuam na empresa.

O treinamento funciona como principal catalizador da mudança da gestão de pessoas nas organizações, confrontando o desempenho passado e atual com novos patamares que se pretende alcançar no futuro (ESCULÁPIO, 2003). Portanto, a capacitação contínua dos servidores aumenta a eficiência no exercício de suas funções e na solução de problemas.

Numa perspectiva humanista, a proposta da Musicoterapia Organizacional para desenvolvimento de equipes é contemplar aspectos que possibilitem o fortalecimento

pessoal e profissional - autoconhecimento, desenvolvimento de valores ético-humanistas, empreendedorismo, liderança, confiança organizacional, coesão do grupo de trabalho, proatividade, e empreendedorismo individual e grupal. As intervenções musicoterapêuticas são pautadas em ações criativas, reflexivas e transformadoras.

Segundo Steinberg (2006), as ferramentas da musicoterapia que são relevantes para iniciar um processo de intervenções nas empresas podem ser direcionadas para o silêncio, para a escuta, para os sons, para a músicas, a respiração, o corpo, a voz, a expressividade, a fim de estimular uma postura receptiva a partir da escuta, com maior possibilidade de reduzir as resistências individuais e organizacionais.

3.2 - Processo de Seleção de Pessoas

O processo seletivo faz parte do chamado subsistema de provisão dos recursos humanos (CHIAVENATO, 2010), é através dele que o colaborador passa a fazer parte de uma organização. Na definição do autor citado “seleção é um processo decisório baseado em dados confiáveis para agregar talentos e competências capazes de contribuir no longo prazo para o sucesso da organização” (p.133). Para a coleta desse dados, após a requisição da vaga por parte de um gestor, primeiramente é feito o levantamento do perfil exigido pela vaga, seguido do recrutamento dos candidatos. Em seguida é feita a triagem dos mesmos através de análise de currículo e entrevistas, além das técnicas de seleção individual e grupal. Nesta última entram as Dinâmicas de Grupo onde é avaliado o perfil comportamental do candidato com frente a situações que enfrentarão no cotidiano do trabalho.

Quando completo, o processo seletivo deve oferecer não somente um diagnóstico atual, mas principalmente um prognóstico futuro a respeito dessas variáveis [psicológicas e físicas] (CHIAVENATO, p.133)

No Processo de Seleção de Pessoas, na etapa das técnicas de seleção individual ou grupal, o musicoterapeuta pode atuar de maneira indireta ou direta. No primeiro caso, a Musicoterapia é inserida no processo de seleção de pessoas, em específico na fase de Dinâmica de Grupo, no sentido de estimular a integração grupal e favorecer a otimização do processo seletivo. Ao minimizar o estresse e o nervosismo do candidato por meio das

experiências musicais, proporcionando-lhe um ambiente no qual ele se sinta mais confiante e seguro, o candidato pode se expor mais, mostrando-se como realmente é (RODRIGUES, 2009).

No segundo caso, técnicas da Musicoterapia podem ser utilizadas como ferramentas de observação do perfil do candidato. As experiências musicais em grupo favorecem a livre expressão, a espontaneidade, a criatividade, a escuta de si mesmo e do outro, a comunicação e a interação. Tais experiências facilitam a percepção das competências, habilidades e atitudes do candidato (CHA).

A Música, por não pertencer ao campo linear das significações, aponta para o não-verbalizável, outras forças que, muitas vezes, podem romper ou atravessar certas redes defensivas que a consciência e a linguagem cristalizada opõem à sua ação e toca em pontos de ligação efetivos do mental e do corporal, do intelectual e do afetivo (WISNIK, 1989, p. 124).

Forma-se um campo de comunicação que vai além do verbal, possibilitando a construção de modos de subjetivação. As experiências musicais são processadas verbalmente pelos participantes do grupo. Um momento de reflexão e integração do que foi vivenciado pelos candidatos e o observado pelo musicoterapeuta. Aspectos inerentes ao candidato são desvelados – “quem sou eu?”; “quais são minhas reações diante de...?”; “como eu afeto e sou afetado?”; “qual a minha capacidade de escuta de mim mesmo e do outro?”; “quais são meus modos de expressão e comunicação?”; “qual a minha capacidade perceptiva e reflexiva?”; “qual o meu senso ético”? “como eu lido com as frustrações e os conflitos?”; e outros.

Todos esses elementos são facilitadores para se conhecer mais o candidato, e, conseqüentemente, contribuirão no processo de escolha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do exposto, é possível notar importantes diferenças entre o perfil de um musicoterapeuta que atua na clínica e o musicoterapeuta organizacional. O *setting* ampliado, as demandas específicas desse campo organizacional e a característica de maior

integração sistêmica exigem do profissional musicoterapeuta uma postura diferenciada.

Os Conhecimentos, Habilidades e Atitudes, aqui enunciados, são um ponto de partida para que o musicoterapeuta organizacional atue de maneira assertiva. Por tratar-se de um campo de atuação em que há necessidade de uma congruência entre as demandas organizacionais e as práticas musicoterapêuticas, o perfil do profissional musicoterapeuta constrói-se com base no estudo de teorias da Área Organizacional e da Musicoterapia.

O domínio de técnicas - musicoterapêuticas, de manejo de grupos, de oratória, etc - a serem utilizadas nesse contexto compõem, juntamente com o empreendedorismo, as habilidades requeridas para o musicoterapeuta organizacional, visando seu melhor desempenho. Os aspectos ético-humanísticos são essenciais na atuação desse profissional, trazendo-lhe empoderamento e reconhecimento. Consideram-se também necessários o constante aprimoramento, o cuidar de si mesmo, e a flexibilidade diante de situações imprevistas.

Diante da amplitude do tema aqui proposto e da necessidade de maior entendimento da área em questão, nota-se a premência de novos estudos que tratem da atuação do musicoterapeuta organizacional.

Referências Bibliográficas:

BALERONI, N. F.; SILVA, L. R. Musicoterapia com Trabalhadores: uma visão fenomenológica das publicações brasileiras. In: **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, Curitiba v.2, p. 95–119. 2011.

BRUSCIA, K. E. **Improvisational Models of Music Therapy**. Charles C Thomas Publisher, 1987.

_____. **Definindo Musicoterapia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CASTRO, A. A. G. **Contribuições da Musicoterapia no Desenvolvimento das Relações Intra e Interpessoais dos Profissionais de uma Equipe de Vendas**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Goiás. Escola de Música e Artes Cênicas, 2010.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos Recursos Humanos nas organizações**. 3ª. Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

DAVIES, A.; RICHARDS, E. **Music Therapy and Group Work** - sound company. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd. 2002.

ESPERIDIÃO, E.; SÁ, L. C. - O processo grupal na formação do musicoterapeuta: uma experiência interdisciplinar. In: **Revista da UFG**, Vol. 7, No. 2, dezembro, 2005, on line (www.proec.ufg.br).

FERREIRA, A.L.P.; IKETANI, F. S.; PANCIERI B.M.; MELO A.C.S. Proposição de Metodologia para o Mapeamento de Competências: um estudo de caso em um órgão público do estado do Pará. In: **VIII Congresso Nacional De Excelência em Gestão**. 2012.

FISCHER, A. NOADRI, T. M. S., FEGER, J. E. Empreendedorismo - algumas reflexões quanto às características. In: **Race**, Unoesc, v. 7, n. 1, p. 39-52, jan./jun. 2008.

FREITAS, T. X. F.; ZANINI, C. R. O; TEIXEIRA, C. M. F. S. Musicoterapia e o Contexto Organizacional. In: **Anais do V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**, 2004.

GUAZINA, L. e TITTONI, J. Musicoterapia Institucional na Saúde do Trabalhador: conexões, interfaces e produções. In: **Psicologia & Sociedade**; 21 (1): 108-117, 2009

MILLECCO, R. Aplicação de Técnicas Musicoterápicas na Capacitação de equipes Multidisciplinares. In: **Anais do III Fórum paranaense de Musicoterapia, Encontro Paranaense de Musicoterapia e II Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**. Associação de Musicoterapia do Paraná, 2001.

RODRIGUES, Cristiane Oliveira Costa. **A Musicoterapia no Desenvolvimento das Relações Interpessoais em uma Empresa**. Monografia de Conclusão do Curso de Musicoterapia. Goiânia: UFG, 2004.

_____. Musicoterapia: Uma nova proposta para as organizações. In: **VIII SEMPEM** – Seminário Nacional de Pesquisa em Música. Goiânia. 2008. p. 289-296.

SCHAPIRA, D. (org.) **Musicoterapia – Abordaje Plurimodal**, 2007.

SOUZA, F.M.; NETO, J.B.; FORTE, L.M.; SILVA, P.M.; MEDEIROS, E.M.B. - O Modelo De Gestão de Pessoas por Competências: análise comparativa dos aspectos críticos para a implementação em duas empresas. In: **Anais do SEAA - Semana Ativa do Administrador**, Mossoró-RN, 2011.

TAETS, G. G. C., BORBA-PINHEIRO, C. J.; FIGUEIREDO, N. M. A.; DANTAS, E. H. M.. Impacto de um programa de musicoterapia sobre o nível de estresse de profissionais de saúde. In: **Rev Bras Enfermagem**, Brasília 2013 mai-jun; 66(3): 385-90.

VALENTIN, F.; NASCIMENTO, S. R. A mediação da Musicoterapia para o enfrentamento da violência nas escolas: ressignificando a formação continuada de educadores. In: **Anais do XIX Simpósio de Estudos e Pesquisas da Faculdade de Educação**, 2010.

VALENTINE, S., GODKIN, L. & LUCERO, M. Ethical context, organizational commitment, and person-organization fit. In: **Journal of Business Ethics**, 2002; 41, 4, 349-360.

WIGRAM, T. **Improvisation : methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

WISNIK, José Miguel. **O Som e o Sentido. Uma outra história das músicas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

MUSICOTERAPIA SOCIAL OU COMUNITÁRIA: DIÁLOGOS E REFLEXÕES

Rosemyriam Cunha¹
Sheila Volp²
Andressa Dias Arndt³

RESUMO: Este trabalho propõe um diálogo entre autores do campo musicoterapêutico com o objetivo de comparar e comentar as definições e pressupostos por eles usados para inserir a musicoterapia, a música e o musicoterapeuta no campo social e comunitário. Para a construção desse diálogo, foram adotados os passos da revisão de literatura que abrangeu autores europeus e americanos. Os resultados foram organizados em um quadro que mostrou coincidências e divergências entre as opiniões dos escritores pesquisados.

Palavras-Chave: Musicoterapia Comunitária. Musicoterapia Social. Música

Musicoterapeuta.

Introdução

Um dos problemas que se impõem para os musicoterapeutas que escrevem sobre suas práticas é a terminologia a ser utilizada com adequação. Quando essas práticas se dão em áreas menos tradicionais, como a social, esses questionamentos se tornam angustiantes. O tema que apresentamos é a Musicoterapia Social e Comunitária. Há razões para o uso desse termo que pesam e desconcertam: na literatura nacional pouco se discute sobre a apropriação do termo social ou comunitário e em publicações estrangeiras encontramos apenas a denominação comunitária (PAVLICEVIC e ANSDELL, 2004; PELIZZARI, 2010). Sendo assim, este trabalho apresenta um panorama das propostas de trabalhos musicoterápicos quando em perspectiva social e comunitária. Por meio do encontro entre diferentes autores, teceremos um campo dialógico, compondo um espaço polifônico e de contraponto para uma visualização de algumas produções e pesquisas que

1 Professora do curso de Musicoterapia na UNESPAR Campus II Curitiba - Faculdade de Artes do Paraná. Doutora em Educação (UFPR, 2008) com pós-doutorado em Educação Musical na McGill University, Canadá (2011). Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia (NEPIM) e editora da revista InCantare. Contato: rose05@uol.com.br

2 Musicoterapeuta formada pela UNESPAR. Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Professora da UNESPAR no Curso de Bacharelado em Musicoterapia. Editora Geral da Revista Brasileira de Musicoterapia. sheilavolpi@gmail.com

3 Musicoterapeuta formada pela Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), Campus de Curitiba II – FAP. Especialista em Formação Pedagógica do Professor Universitário pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Mestranda na Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora colaboradora da graduação em Musicoterapia da UNESPAR – FAP. andressa_1708@yahoo.

acreditamos, possa contribuir para elucidações em torno de uma musicoterapia pautada em um olhar comunitário e social.

Este trabalho propõe um diálogo entre autores do campo musicoterapêutico com o objetivo de comparar e comentar as terminologias adotadas, os pressupostos declarados e as definições de música quando a ação do musicoterapeuta se dá no campo social e no comunitário. Pretende-se que, ao se *ouvir* as palavras desses teóricos, possamos definir com mais propriedade as possíveis diferenças e semelhanças entre suas visões do que torna um campo de prática social ou comunitário. Marcamos que nos concentraremos na proposta sociológica de Ruud e sistêmica e ecológica de Bruscia para dispararmos os debates com demais autores, aliando também trabalhos e pesquisas desenvolvidas no contexto latino-americano. Desse modo, esta reflexão pretende fazer coro às vozes que se demoram em teorizar a musicoterapia quando em uma perspectiva social e comunitária apresentando dados e questionamentos que possam contribuir para construção epistemológica e prática desse campo de saber.

Método

Para a articulação do diálogo entre autores aqui proposto, os passos de uma revisão de literatura foram adotados. Foram consultados livros e artigos escritos por musicoterapeutas a partir do ano 2000 até a atualidade.

O objetivo foi comparar e comentar pressupostos e terminologias utilizadas por autores renomados quando estes se referiram à área da Musicoterapia Social ou Comunitária. Desde o início, a intenção se voltou para a apresentação de um comparativo entre várias opiniões, porém, sem pretender esgotar o assunto. Entendeu-se de que nem todos os autores que tratam do assunto estariam aqui contemplados, assim, este texto se assume exploratório, um estudo piloto, com vistas ao aprofundamento do estudo.

Os musicoterapeutas foram escolhidos de acordo com o conhecimento das autoras, pois são referência no campo. Após a reunião das opiniões dos autores foi realizada uma comparação que destacou os pontos coincidentes e os divergentes das visões aqui

agrupadas. Na sequência, esses pontos foram destacados, classificados e discutidos.

Utilizamos o diálogo por justamente compreendê-lo como o campo possível para o contraponto e para a polifonia (FARACO, 2009; BAKHTIN, 2010). Por meio do contraponto desenham-se os encontros e desencontros que acabam criando todo o tecido sonoro e teórico em torno do tema de nosso interesse. Por meio da polifonia, fica evidente o quanto mesmo ao encontrarem-se por um em comum, a saber, a Musicoterapia Social e Comunitária, evidenciam-se as marcas singulares das diferentes vozes que se apresentam.

Discussão

Para iniciar o diálogo proposto, aproximamos os discursos de Ruud e Bruscia. Em seu livro *Musicoterapia: improvisação, comunicação e cultura*, Ruud (1998) considerou sua preocupação em oferecer, por meio da prática musicoterapêutica, uma noção de saúde que ampliasse a tradicional, ou seja, um conceito mais politizado de intervenção junto à sociedade. Para isso, ele listou a comunicação, o compartilhamento, a construção de significados e o diálogo como elementos básicos da interação humana. Seu pressuposto é o de que a musicoterapia trabalha com sentidos e significados na interação e na experiência musical; e que a cultura é o fundamento dessa articulação. A cultura como base epistemológica passa a ser uma questão politizadora da ação musicoterapêutica que se volta para ambientações mais interpretativas do que quantitativas ou comportamentais. Nesse sentido, Ruud entende que há lugar para o embate contra atitudes biomédicas ou outras perspectivas/paradigmas unilaterais quando o musicoterapeuta se vê na situação de defender ou mesmo conquistar espaços de trabalho. Já nas práticas voltadas para as necessidades culturais e sociológicas dos participantes, os musicoterapeutas serão considerados trabalhadores culturais que, nas interações, levam os valores e as abordagens musicoterapêuticas para a comunidade, para fora das instituições. Em uma visão politizada, isso significa direcionar a musicoterapia para construir arenas de interação entre aqueles que são ameaçados de isolamento em relação à comunidade. O conceito chave utilizado pelo autor seria: colocar a musicoterapia como instrumento que encoraja a participação, a construção de redes de convivência, o fortalecimento por meio da potencialização de uma

forte identidade musical. Nesse contexto, a música seria vista como algo nunca praticado como arte em essência, mas sim como algo a favor da realização pessoal e social dos participantes. Nesse sentido, a música estimularia a formação e a condição de pertencimento a grupos uma vez que técnicas e teorias permitem ao musicoterapeuta trabalhar em espaços de coletividade com aqueles que se sentem apartados da sociedade.

O musicoterapeuta Kenneth Bruscia (2000), no livro *Definindo Musicoterapia*, descreveu duas áreas que ampliam o lugar de ação do musicoterapeuta: a recreativa e a ecológica. A área recreativa seria a aplicação da musicoterapia para objetivos de diversão, atividades sociais e culturais, em situações individuais, comunitárias e institucionais, conforme as necessidades do(s) cliente(s) (atividade artística, passatempo pessoal, contato social, participação na comunidade). A área ecológica ou preventiva seria fundada na promoção da saúde entre os vários estratos socioculturais da comunidade e seu ambiente físico.

Nessa perspectiva, os trabalhos se voltam para a família, a comunidade, a sociedade, a cultura e as atitudes de grupos em termos de ambiente físico. Entram em cena os esforços para manter ou construir comunidades por meio da musicoterapia a partir das ideias e valores que os indivíduos têm com relação ao seu ambiente físico. Essa área expande a noção de cliente para incluir a comunidade, o ambiente, o contexto ecológico com o pressuposto básico de que as mudanças que ocorrerem em um acarretará em mudanças no outro. A preocupação é a de tornar mais saudáveis os ambientes pela via da modificação positiva da saúde dos relacionamentos intragrúpicos, em uma perspectiva sistêmica que considera a reciprocidade de influência entre fatores das relações humanas.

A música é vista como um conjunto de vinculações sonoras que formam um todo maior. Também é concebida como um elemento que está presente em cada camada ou parte do ambiente sociocultural e que os unifica. Os musicoterapeutas teriam a função de relacionar essas camadas de forma que elas ultrapassem o ambiente tradicional dos consultórios para chegar a todo o planeta.

Mercédès Pavlicevic e Garry Ansdell (2004), na introdução do livro *Community Music Therapy* afirmaram que a musicoterapia comunitária é “algo diferente, para pessoas diferentes e lugares diferentes” (p. 17). Eles defenderam que não se pode ter algo sensível ao contexto e a cultura que inclua todas as práticas e modelos. Sem a pretensão de dar definições, esses autores organizaram capítulos escritos por musicoterapeutas de vários países. Cada qual relatou suas práticas e assumiu trabalhar na perspectiva comunitária. Pavlicevic apresentou uma retrospectiva histórica dos autores que usaram o termo Musicoterapia Comunitária. Conta ela que, provavelmente, Florence Tyson, em 1971, sob a supervisão de Even Ruud foi quem primeiro utilizou o termo. Depois, a partir da década de 1970, musicoterapeutas escandinavos orientaram suas práticas na comunidade e na cultura. Em 1993, Brynjulf Stige passou a chamar seu trabalho por Musicoterapia Comunitária e defendeu tese de doutoramento sobre esse assunto em 2003. Pavlicevic ainda relata outras publicações cujos autores, nessa mesma época, chegaram a essa denominação, e depois descobriram a história escandinava. A trajetória dessa construção prática e sua denominação parece ser polêmica, sem consenso até agora, mas atual e necessária no campo. Se a prática é antiga e o nome é que novo, são questionamentos feitos por musicoterapeutas que há muitos anos realizam trabalhos mais abrangentes e fundamentados na cultura, na sociedade.

Ao comentar a tese de doutorado de Stige, Pavlicevic (2004) informou que ele também defendeu a ideia de que há diferença entre essa área e as tentativas de ajustes pragmáticos individualizados. Para ele, Musicoterapia Comunitária significa um ajustamento das concepções de musicoterapia como disciplina, profissão e prática e que, musicoterapia na comunidade e musicoterapia comunitária são duas concepções distintas, sendo a última uma conquista feita em sistematizações publicadas recentemente sobre o tema.

A música e a prática musical, na perspectiva adotada por Stige em Pavlicevic e Ansdell (2004), se constitui em uma “força e fonte cultural” (p. 24). Eles destacaram a situação multicultural que se instala na Europa com os movimentos de refugiados e imigrantes que se veem socialmente e culturalmente deslocados e aí, a música pode

construir “pontes culturais, ou auxiliar na ressocialização [...] na integração em novas casas culturais” (p. 25). Assim, a prática musical na Musicoterapia Comunitária tende a ser política, trabalhando em conexão e com a comunidade em ações criativas que se ampliam da relação terapeuta-paciente.

Em se tratando do campo latino americano, segundo Siccardi (2008), definir a Musicoterapia Comunitária tem a ver com a ética que baliza a prática, mais do que propriamente o emprego de técnicas específicas de atuação. Para a autora, o tipo de ação do musicoterapeuta deve apostar em um tipo de saber horizontalizado, construído em parceria com a comunidade. Siccardi também pontua que o musicoterapeuta não necessita se mover para locais distantes e isolados que demandem trabalho por conta de isolamento, marginalização, pobreza ou vulnerabilidade para que sua prática se configure como comunitária e invista em aspectos culturais e sociais; o profissional pode atuar mesmo em seu próprio cotidiano, no palco de sua rotina.

Na proposta de Pelizzari (2010) encontramos uma Musicoterapia Comunitária definida como um processo de transformação coletiva da saúde. A autora convoca a musicoterapia a voltar a atenção para o campo político por meio da problematização de relações hierárquicas de poder, questionando as práticas instituídas, e os vigentes paradigmas assistencialistas e mercantilistas que permeiam as práticas em âmbito social. Sua perspectiva vem acompanhada de uma abordagem dialética, histórica e construtivista, afirmando ser a Musicoterapia Comunitária um tipo de experiência sensível em torno dos sentidos e significados construídos socialmente.

Para os autores Demkura et al. (2007a, p. 07) no contexto da atuação comunitária da musicoterapia “La música es una construcción humana formadora, transmisora y transformadora de cultura”. Nessa proposta, a comunidade participa do processo de atuação da musicoterapia, desde a construção da proposta, durante a execução do processo e de igual modo avaliando a experiência. Os autores marcam que o desafio de uma prática comunitária se dá em um tipo de proposta que intervém na comunidade mas que não pretende impor seu saber ou seu tipo de prática.

No trabalho proposto por Chagas (2001) encontramos uma concepção de comunidade como o lugar que se vive a vida, sendo assim, podemos inferir que a comunidade acolhe o bairro, as instituições e mesmo a casa das pessoas. Em sua publicação, fica evidente um diálogo com a Psicologia Social e Comunitária para composição de um trabalho comunitário para a musicoterapia, em que o conhecimento e o tipo de experiência é da ordem do envolvimento, construído na constante relação entre participantes e profissional, sendo assim, a

musicoterapia, trabalhando com grupos populares, poderá contribuir para que as pessoas neles envolvidas assumam seu papel de sujeitos de sua própria história, donos de suas próprias vozes e ritmos, cidadãos ativos na busca de soluções para os problemas enfrentados (CHAGAS, 2001, p. 04)

Nas visões distintas acima apresentadas, já se anunciam convergências e divergências que acirram as discussões entre o que é considerado área social e comunitária no campo da prática musicoterapêutica. Como essa área, ainda polêmica e recente, ainda se mostra desafiadora e por ser explorada pelos profissionais, sabe-se que a discussão não se esgota aqui, mas entende-se que esclarecimentos sobre o tema são demandas do campo.

Considerações

Após a construção desse paralelo de opiniões dos autores que consideraram falar sobre ou definir a Musicoterapia Social ou Comunitária, pareceu apropriado reunir em um quadro, de forma resumida, as ideias de cada teórico. A visualização do quadro, facilitou o encontro de opiniões e também as divergências entre os escritores. A seguir estão disponibilizadas as ideias encontradas sobre a Musicoterapia Social, a Comunitária, a Música e o Musicoterapeuta nesses contextos.

QUADRO 1- Agrupamento das opiniões dos autores revisados: musicoterapia, música e musicoterapeuta

Autor	Musicoterapia Comunitária	Música	Musicoterapeuta
Even Ruud (Noruega)	Ampliação de conceitos tradicionais para intervenções mais politizadas. A cultura fundamenta as ações	A favor da realização pessoal e social dos participantes	Trabalhadores sociais
Bruscia (EUA)	Trabalho voltado para a comunidade. Expande da díade (terapeuta-paciente/cliente) para a comunidade. Modificação positiva da saúde	Conjunto de vinculações sonoras que formam um todo maior	Esforço em construir comunidade a partir de valores e ideias dos participantes
Pavlicevic, Ansdell (Inglaterra)	Musicoterapia sensível ao contexto e à cultura. Ajustamento nas concepções, nas práticas e na disciplina. Musicoterapia comunitária é diferente de musicoterapia na comunidade	Força cultural e política que pode agir para integrar pessoas em culturas e sociedades que não as suas	Trabalha com a comunidade em ações criativas
Siccardi (Argentina)	Tem a ver com a ética que baliza a prática	Não citado ⁴	Investe em aspectos culturais e sociais
Pelizzari (Argentina)	Processo de transformação coletiva da saúde. Preocupação política, problematizando relações de poder e práticas instituídas	Não citado	Promove experiência sensível em torno dos sentidos e significados construídos socialmente
Demkura et al (Argentina)	A prática comunitária se dá em um tipo de proposta que intervém na comunidade, mas que não pretende impor seu saber ou seu tipo de prática	“La música es una construcción humana formadora, transmisora y transformadora de cultura”	Participa junto com a comunidade no processo de atuação, desde a construção da proposta, a execução e a avaliação da experiência
Chagas (Brasil)	Diálogo com a Psicologia Social e Comunitária para composição de um trabalho comunitário para a musicoterapia. Contribui para que as pessoas assumam o papel de construtores de suas histórias	Não citado	Articula o conhecimento e a experiência na ordem do envolvimento, construído na constante relação entre participantes e profissional

Fonte: Even Ruud (1998); Bruscia (2000); Pavlicevic, Ansdell (2004); Siccardi (2008); Pelizzari (2010); Demkura et al (2007a;2007b); Chagas (2001).

Sendo assim, consideramos que estes autores apresentam perspectivas que apontam para um pensar e um agir politizado, mergulhado nas construções coletivas/

4 Os itens “não citados” dizem respeito a pontos não explorados neste artigo, porém não se referem a assuntos não abordados pelos autores na totalidade de suas produções. Como mencionado, este trabalho pretende apresentar reflexões em torno de uma parcela de produções por nós analisada.

culturais. A ação é construída e constituída na comunidade, tendo na música uma força que agrega e integra pessoas. As sonoridades são construídas pelos próprios participantes e esta também pode ter um caráter político, sendo propositora de realizações pessoais e sociais.

Quanto a utilização dos termos pudemos constatar que a denominação Comunitária é adotada principalmente pelos autores estrangeiros, enquanto que somente Chagas (2001) utiliza o termo Social.

O musicoterapeuta nesta perspectiva trabalha a partir de valores e ideias da comunidade, ajudando a tecer relações e sonoridades. Ele(a) está com, trabalha *com* e constrói *com*. A horizontalidade nas relações, as decisões partilhadas, a não hierarquização do conhecimento estão presentes a cada encontro. O musicoterapeuta participa de cada momento e auxilia no encaminhamento do processo com ações criativas, problematizando relações de poder e de práticas instituídas, buscando construir práticas coletivas saudáveis e inventivas.

Ao finalizar este painel comparativo, percebemos a necessidade de continuar o estudo dessa temática. Os autores aqui convidados a dialogar sobre seus conceitos e denominações a respeito da área social e comunitária, são referências no campo. Vimos que alguns aspectos são fortes e coincidentes entre eles, como a politização da ação; as iniciativas de agir com as pessoas, na horizontalidades das práticas; a importância do contexto e do fortalecimento da cultura. Outro destaque foi a indicação de musicoterapia comunitária, entre os autores europeus, sem nenhum receio quando à denominação, porém, ainda com o ensejo de afirmar tratar-se de algo diferente do que seria uma prática musicoterapêutica na comunidade. Entre os autores americanos, notou-se que o termo social se presentificou no bojo das noções da psicologia social-comunitária, enquanto outros se preocuparam com a expansão do ambiente e da prática musicoterapêutica para comunidades e até o planeta. Referências a uma saúde positiva também matizaram as propostas.

Após esta exploração ao tema, questões ainda permanecem em aberto e se situam nos pontos de divergência aqui encontrados. Podemos citar: o uso do termo social e o papel do musicoterapeuta na comunidade. Esse fato vem a reforçar a demanda por mais estudo nesse âmbito de questionamentos.

Referências Bibliográficas:

BAKHTIN, Mikhail. **Problemas da Poética de Dostoievski**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2010. Tradução de Paulo Bezerra.

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo musicoterapia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CHAGAS, Marly. **Musicoterapia e Comunidade**. I Congresso Latino-americano de Musicoterapia -III Encontro Latino-americano de Musicoterapia, Buenos Aires, 2001. Disponível em http://www.bapera.com.br/revista/musicoterapia/mt_e_comunidade2.pdf Acesso em 30.07.15

DEMKURA, Mariana. et al. **Inserciones de la musicoterapia en el ambito comunitario**. Primera Jornada de musicoterapia: Actualizaciones en musicoterapia, teoría y método. Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires, 2007a. Disponível em http://www.musicoterapia.org.ar/docs/ASAM_musicoterapia_comunidad.pdf Acesso em: 20.02.2015.

DEMKURA, Mariana. et al **Música y comunidad: Acción y reflexión. Comisión de Acción Comunitaria**. Buenos Aires, 2007b. Disponível em http://musicoterapia.org.ar/docs/ASAM_musica_comunidad_accion_reflexion.pdf Acesso em: 24.02.2015.

FARACO, Carlos A. **Linguagem e Diálogo**. As ideias linguísticas do Círculo de Bakhtin. São Paulo: Parábola Editorial, 2009.

PELLIZZARI, Patrícia. Musicoterapia comunitária, contexto e investigación. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano XII, n. 10, 2010. p.47-61.

PAVLICEVIC, Mercédès; ANSDELL, Gary. **Community Music Therapy**. United Kingdom: Jessica Kingslet Publishers, 2004.

SICCARDI, Maria Gabriela. **Musicoterapia Comunitaria**. De la vocación a la acción. In Anais do IX Encontro de musicoterapia da FAP. Setembro, 2008. Curitiba, PR. Disponível em http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/Arquivos2009/Extensao/Encontro_musicoterapia/CURSO_musicoterapia_Comunitaria.pdf. Acesso em 20.02.2015.

RUUD, Even. **Music Therapy: improvisation, communication and culture**. England: Jessica Kingsley Publishers, 1998.



8- MUSICOTERAPIA E PROMOÇÃO DE SAÚDE

Comunicação Oral:

MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Hozana Reis Passos ¹
Mariana Batista Diniz²
Luciene Mattos Rodrigues³
Renato Tocantins Sampaio ⁴

RESUMO:Relato de experiência realizada por estagiárias de Musicoterapia da UFMG entre 2012 e 2013 em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte- MG. Realizado por meio de uma parceria da gerência e equipes do Centro de Saúde com docentes do curso de Musicoterapia, este tipo de trabalho em uma unidade básica de saúde foi pioneiro na cidade. A partir de demandas encaminhadas pelas equipes de saúde foi possível realizar atendimentos individuais e em grupo. Serão relatadas três ações: atendimento domiciliar de uma criança com paralisia cerebral e déficit visual que não conseguia ficar sem televisão ou rádio ligados em volumes de grande intensidade; atendimento de grupos de idosos cujos objetivos foram melhoria da funcionalidade para as atividades de vida diária, prevenção de quedas e restabelecimento da autoestima; e, atendimentos em grupo para alívio da dor de mulheres diagnosticadas com fibromialgia. Os resultados das intervenções foram registrados por meio de fichas de avaliação, questionários, filmagem e relato de familiares. Além dos resultados clínicos positivos, a experiência propiciou a reflexão sobre a necessidade de ampliação dessa modalidade de serviço na rede básica de saúde como possibilidade de inclusão do musicoterapeuta nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Palavras-chave: Musicoterapia. Atenção Básica. Prática Clínica.

1 Musicoterapeuta. Enfermeira. Especialista em Gerontologia e Atenção Básica. Contato: hozanapassos@atencaobasica.org.br

2 Musicoterapeuta e Bacharel em clarineta pela Universidade Federal de Minas Gerais. Contato: marianabdiniz@yahoo.com.br

3 Docente Permanente no Programa de Pós-Graduação em Estudos do Lazer da Universidade Federal de Minas Gerais e pós-doutoranda PNPd-CAPEs no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Seus interesses em pesquisa envolvem estudos interdisciplinares do desenvolvimento humano.

4 Renato Tocantins Sampaio. Musicoterapeuta, Educador Musical, Mestre em Comunicação e Semiótica, Doutor em Neurociências. Professor Assistente junto ao Depto. de Instrumentos e Canto da Escola de Música da UFMG. Regional *Liaison for Latin America na World Federation of Music Therapy* (2014-2017). Contato: renatots@musica.ufmg.br

OFICINA DE MÚSICA: UM DISPOSITIVO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL

Mariane Oselame¹

RESUMO: A promoção de saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial. Um campo que desloca o olhar e a escuta dos profissionais de saúde sobre a doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando a autonomia durante o processo de cuidado à saúde, um protagonista atuante. O musicoterapeuta é atravessado pela realidade, habilitado a lidar com os códigos não verbais, com o musical do povo e é desafiado pela realidade que envolve a sociedade contemporânea. A arte apresenta-se como meio de expressão de realidades. A sociedade vem sendo atravessada por um sistema capaz de capturar o desejo de milhões de pessoas, mobilizando-as atendendo às demandas de segurança, felicidade e prazer a qualquer preço. A música, uma das formas de ser da arte é por vezes, utilizada como linha de fuga ao que está dado, ao que se espera que seja. Objetivo desse relato de experiência é apresentar como a prática musicoterápica, através de um dispositivo clínico "Oficina de Música" dentro de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil na cidade do Rio de Janeiro, pode atuar como agente de promoção de saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Oficinas. Atenção Psicossocial Infantil



¹ Graduação em Musicoterapia - FAP. Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social - UFRJ. Especialista em Saúde Comunitária - UFRGS. Experiência no tratamento de usuários de álcool e drogas, e Infância e Adolescência da rede de Saúde Mental. Preceptora de Estágio em Saúde Mental no CAPSad Raul Seixas. Experiência e participação no desenvolvimento e execução de atividades multidisciplinares de área social. Secretária Geral da UBAM. Contato: mari.oselame@hotmail.com

MUSICOTERAPIA E A POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO SUS: EXPERIÊNCIA EM VITÓRIA, ES.

Roseane Vargas Rohr¹
Leila Brito Bergold²
Henriqueta Tereza do Sacramento³
Djaldea Rosângela Felix Fernandes⁴
Neide Aparecida Titonelli Alvim⁵

RESUMO: A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS) estimula práticas naturais de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde. Estados e municípios possuem autonomia para estabelecer diretrizes apoiando-se na política nacional. Em 2013 iniciamos sensibilização junto às coordenações de PICS estadual e municipal para fortalecimento da musicoterapia no SUS. O trabalho relata a experiência de inserção da musicoterapia na política de PICS em Vitória, ES, e compartilha experiências de fortalecimento da musicoterapia no SUS. Gestores, usuários e profissionais de saúde foram sensibilizados sobre a importância da musicoterapia como prática de saúde, em reuniões, cursos, fóruns, grupos de trabalho e audiência pública. Projetos de Extensão e pesquisa multicêntrica deram maior visibilidade à musicoterapia. A política de PICS em Vitória, ES contemplou a musicoterapia como prática, sendo uma construção coletiva, validada em audiência pública, e o documento final foi encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde. A inclusão da musicoterapia em políticas setoriais de saúde amplia a inserção desta prática no SUS, para além das áreas tradicionalmente já contempladas, como reabilitação e saúde mental. Há interesse dos profissionais de saúde nesta prática, sendo necessário.

Palavras-chave: Musicoterapia. Terapias complementares. Políticas públicas de saúde.

¹ Enfermeira; musicoterapeuta; mestre em saúde coletiva; doutora em enfermagem; professora adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo.

² Musicoterapeuta e Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Prof. Adjunta do Curso de Enfermagem e Obstetrícia do Campus UFRJ-Macaé. Contato: leilabergold@gmail.com

³ Médica, Fitoterapeuta, Homeopata, Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Referência Técnica em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde de Vitória, ES

⁴ Musicoterapeuta, Licenciada em Música. Especialista em Dependência Química, Saúde Mental e Atenção Psicossocial e em Saúde do Idoso. Musicoterapeuta do Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES) e do Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-Ad) do município de Vitória/ES. Membro da Equipe Técnica de Basquetebol em Cadeira de Rodas do Espírito Santo

⁵ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem Fundamental, docente Permanente do Programa de Pós-Graduação da EEAN/UFRJ. Bolsista de Produtividade do CNPq



9 - MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, TECENDO REDES

Comunicação Oral:

“RECOLHIMENTO NÃO, ACOLHIMENTO SIM”
– CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS III –
JOÃO FERREIRA DA SILVA FILHO - COMPLEXO DO ALEMÃO
– RIO DE JANEIRO / BRASIL

Andrea Farnettane¹

RESUMO: Através deste trabalho, venho relatar a minha experiência como profissional de saúde mental, Musicoterapeuta e Coordenadora Técnica do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III – João Ferreira da Silva Filho. Esse serviço situa-se na área programática 3.1 que contempla o Complexo do Alemão, Município do Rio de Janeiro - Brasil. A importância deste serviço é o de situar-se em um território violento, mas promissor. O CAPS funciona durante 24 horas. Compõem a equipe, profissionais da área da saúde, com experiências em saúde mental e experiências em ações interdisciplinares. O CAPS III João Ferreira da Silva Filho surge através da parceria entre a Organização Social (O.S.) – Viva Rio e a Superintendência (Coordenação de Saúde Mental) do Município do Rio de Janeiro. A Organização Social (O.S.) tem como objetivo desenvolver ações em áreas de elevados níveis de conflitos e violências urbanas favorecendo a promoção da saúde, a articulação comunitária, o fortalecimento das redes sociais. O CAPS III é um serviço que se apresenta neste território como parceiro nestes objetivos e parceiro para com outros serviços em função das ações intersetoriais favorecendo a integração de projetos sociais e setores afins.

Palavras-Chave: CAPS III. Recolhimento. Acolhimento.

Introdução

Em fevereiro de 2010, participo, com êxito, do processo seletivo a vaga de Musicoterapeuta realizado pela Organização Social (O.S.) Viva Rio em comum acordo e parceria com a Superintendência (Coordenação de Saúde Mental) do Município do Rio de Janeiro / Brasil. Processo seletivo direcionado para profissionais da área da saúde com o objetivo de criar e compor a equipe multiprofissional de mais um novo dispositivo de saúde mental: CAPS III João Ferreira da Silva Filho, o segundo CAPS - (Centro de Atenção Psicossocial) no Município do Rio de Janeiro com funcionamento 24 horas, com 6 (seis) leitos para acolhimento noturno, na área do Complexo do Alemão, para atender pacientes com transtornos mentais graves, dividindo sua estrutura física junto à Atenção Básica:

1-Graduada em Musicoterapia pelo CBM-CEU– RJ; Especialista em Psicossomática pela Universidade Gama Filho e em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ. Musicoterapeuta e Coordenadora Técnica do CAPS III João Ferreira da Silva Filho – RJ e Musicoterapeuta da Fundação Municipal de Saúde - Hospital Geral de Guarus – em Campos dos Goytacazes – RJ. farnettane_andrea@hotmail.com

Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF) – Zilda Arns, Alemão, Rodrigo Roig e Felipe Cardoso somando 35 equipes de saúde para a realização do trabalho de matriciamento, ou seja, apoio matricial às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) incluindo discutir os casos, potencializar atendimentos em conjuntos com os profissionais da Atenção Básica, realizando visitas domiciliares, fomentar a intersetorialidade através da construção das redes locais, participar das reuniões de equipe na Atenção Básica, ou seja, nas equipes das saúde de família, auxiliar na gestão dos recursos especializados em saúde mental e criar dispositivos de re-inserção social no território.

Os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS AD, CAPS III AD, são serviços de saúde mental abertos e comunitários, compostos por equipes multiprofissionais de saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde) e da Reforma Psiquiátrica articulados à rede de saúde e intersetorial para garantir o tratamento e promover qualidade na inserção social das pessoas com sofrimento mental ou uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Busca-se garantir acesso aos direitos de acordo com a necessidade de cada usuário e / ou paciente.

A Organização Social (O.S.) Viva Rio tem como um de seus objetivos desenvolver ações em áreas de elevados níveis de conflitos e violência urbana na cidade do Rio de Janeiro, vem testando e desenvolvendo metodologias de trabalho que atendam as especificidades sociais e epidemiológicas locais, favorecendo a promoção da saúde, a articulação comunitária, o fortalecimento das redes sociais, a identificação e potencialização de atividades e recursos disponíveis nestes locais. Dispara ações com base territorial que se ajustam aos princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica, incluindo ações intersetoriais com as Estratégias de Saúde da Família (ESF) que favoreçam a integração de projetos sociais e setores afins, que visam gerar melhoria não somente dos indicadores de saúde, mas promover também a melhoria da qualidade de vida da população local. O CAPS III João Ferreira da Silva Filho, é o serviço que se apresenta neste território como parceiro nestes objetivos e como parceiro para com os serviços já existentes como os ambulatórios,

a emergência psiquiátrica PAM Del Castilho, CAPS II de Olaria, CAPS II da Ilha do Governador, CAPSi, CAPS III AD, Consultório na Rua e aos serviços já citados como a UPA e a ESF e para a própria população também vem se apresentar como um novo serviço para acolhimento, atendimento e direcionamentos para com os casos de saúde mental.

Desde a inauguração em 03/05/2010, objetivos foram traçados e sempre reavaliados na construção do CAPSIII como: a interdisciplinaridade, porta de entrada e porta de saída (encaminhamentos), acolhimento à crise, implantação do matriciamento, projetos terapêuticos dos usuários, visitas domiciliares, reconhecimento da área e da rede de assistência já existente, acolhimentos noturnos, servir de apoio para outros serviços com relação ao acolhimento noturno, participação no Fórum de Área e nas reuniões do Conselho Distrital, participar e desenhar a divisão da Área Programática – AP 3.1 para cobertura de atendimento e tantos outros desafios e enfrentamentos na construção do mesmo dentro e fora da clínica como também a passagem, tão histórica, da invasão do exército e consequentemente a instalação das Unidades de Polícia Pacificadoras - UPPs e as conseqüências positivas e negativas enfrentadas no dia-a-dia com relação a esta ação no território que hoje em dia não causam o efeito necessário a população local como alcançar uma maior e melhor segurança.

CAPS III - Recolhimento Não, Acolhimento Sim

“ A loucura diz respeito à própria cultura humana. É dela constitutiva e dela cuidar é a grande loucura da idade moderna. Todos nós, profissionais da saúde mental, cuidadores, familiares e os próprios pacientes, amamos além do nosso bom senso.”

Prof. João Ferreira da Silva Filho

É o primeiro CAPS III da Área Programática 3.1 e o segundo do município do Rio de Janeiro. Funciona integrado aos trabalhos já desenvolvidos pela rede de saúde – CAPS II Fernando Diniz e Ernesto Nazaré, CAPSi Visconde de Sabugosa, CAPSad III Miriam Makeba, Ambulatórios, Hospitais, Emergência do território, Estratégia da Saúde da Família, Unidade de Pronto Atendimento e afins - equipamentos imprescindíveis na atenção

psicossocial dos usuários de saúde mental

Oferecemos atendimento diário e noturno à população de sua área de abrangência (clientela adulta), com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento psicossocial e interdisciplinar para a reinserção social dos usuários, com acesso a trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, sendo um dispositivo potente à redução das internações em hospitais psiquiátricos e clínicas conveniadas.

Nosso trabalho, e assim como o objetivo de todos os CAPS, além de toda a assistência a população local, citado anteriormente, também é voltado a política/trabalho de desinstitucionalização para a usuários/pacientes em situação de longa permanência em hospitais psiquiátricos, que graças a força tarefa intensa de anos, estão cada vez mais instintos.

Atualmente acompanhamos um total de 33 usuários de longa permanência institucional, sendo que entre esses pacientes são: 21 acompanhados nas residências terapêuticas; 01 no IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 01 na Clínica Jardim América; 08 no Instituto Nise da Silveira; 01 na Clínica Nossa Senhora das Graças e 01 no Instituto Municipal Juliano Moreira – antiga Colônia.

Oferecemos Recepção em acolhimento diário, realizado por duplas de profissionais de diferentes categorias profissionais, nos turnos da manhã, tarde e noite. Em caso de inserção no serviço – realizamos a Construção do Projeto Terapêutico Singular, com ações de cuidado no CAPS e no território, como instrumento terapêutico para o tratamento do sofrimento psíquico. Nas situações de crise envolvendo usuários novos realizamos parcerias de atendimento com a UPA e a Policlínica Rodolpho Rocco (referência para emergência psiquiátrica).

Utilizamos o acolhimento noturno e a permanência nos fins de semana como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários do CAPS e evitar internações psiquiátricas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave

comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emirjam ou se aprofundem.

O CAPS recorre a internação hospitalar em poucos casos, pois o acolhimento à crise - com a possibilidade de cuidado intensivo e acolhimento noturno - é realizado pelo CAPS III.

Mantemos contato permanente com a Emergência Psiquiátrica da Policlínica Rodolpho Rocco, polo regulador de internação do território, com o objetivo de manejar o cuidado dos nossos pacientes em crise que acessarem esta unidade.

Nos casos onde ocorre a internação hospitalar, em hospital psiquiátrico ou leito integral de saúde mental em hospital geral, mantemos a assistência continuada da equipe de referência do CAPS ao usuário, através de visitas institucionais, acompanhamento de familiares e discussão da direção clínica com a equipe da unidade hospitalar.

ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, musicoterápico, orientação, entre outros);
- Atendimentos em grupos (psicoterapia, musicoterapia, atividades de suporte social, entre outros);
- Atendimentos em oficinas terapêuticas;
- Visitas e atendimentos domiciliares e hospitalares;
- Atendimento aos familiares;
- Atividades comunitárias – Participação em eventos;
- Matriciamento – Os profissionais do CAPS possuem 1 turno reservado para o apoio matricial e estão organizados em duplas para referência de duas equipes de saúde da família, cada, totalizando uma média de vinte equipes da atenção básica(ESF) sendo matriciados;
- Atividades coletivas no território – lazer (cinema, teatro, praia, passeios, etc);
- Acolhimento diário - Aos usuários que chegam ao serviço pela primeira vez.

É realizado por uma dupla de profissionais organizados por turnos;

- Acolhimento noturno - Para eventual repouso e/ou observação no acompanhamento à crise.

Musicoterapeuta e Coordenadora Técnica

Procuro ver o paciente como um todo, uma pessoa que sofre, ri, chora, se coloca ou se cala, grita, tem raiva, se controla ou se descontrola, desanima, escuta vozes, não se lembra se recusa, se agride ou agride ao outro e que pode aderir a tudo ou a nada. Acredito nos benefícios da Musicoterapia assim como no trabalho Interdisciplinar e na Clínica de CAPS para esta pessoa. Este é um trabalho Humanizado que Promove Saúde!

Andréa T. Farnettane

Faço parte desta história como profissional musicoterapeuta, o que destaco é que depois de seis meses de enfrentamentos na criação deste serviço, assumo também a função de Coordenadora Técnica. O CAPS III apresenta em sua forma de estrutura para funcionamento os cargos de: Direção, Coordenação Técnica, Administração, auxiliares administrativos, equipe Multiprofissional (Assistente Social, Psicólogos, Psiquiatras, Terapeuta Ocupacional, Musicoterapeuta, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Cooperas, Equipe de segurança e de limpeza). Todos fazem parte do funcionamento e da clínica sem deixar de exercer suas especialidades. O trabalho interdisciplinar está no contar com o outro e na troca de saberes em função de realizar um bom funcionamento e desenvolver uma clínica ampliada com cada usuário. Um turno é mantido com a nossa reunião de equipe com a presença do supervisor clínico, profissional com um olhar de fora que vem somar junto a Direção, a Coordenação Técnica, a Administração e a equipe no pensar na clínica ampliada para cada usuário suas ações e manejos. O CAPS como referência para o usuário, muitas vezes, pode ser a participação deste nas oficinas terapêuticas, conversar com as cooperas, freqüentar a convivência, almoçar, lanche, além das atividades da clínica habituais como o atendimento individual, atendimento em grupo, trabalhar e fortalecer laços sociais e familiares.

Percebi que me fazer disponível para não só pensar os casos clínicos como também agir e atuar na clínica facilitou a minha inserção na função como coordenadora técnica. Ações como assumir casos clínicos, realizar o grupo de musicoterapia, realizar atendimento de primeira vez, visitas domiciliares, visitas institucionais, ser referência para os casos de desinstitucionalização, são demandas do serviço, que mesmo estando na função de coordenadora técnica, não deixei de realizar, e ser profissional musicoterapeuta atuante na equipe o que faz total diferença. É ter respeito através das ações em conjunto e em separado, é olhar o colega e perceber junto formas de ação funcionais na clínica respeitando seus próprios limites para com o outro e atuar como Musicoterapeuta é ter o grupo de musicoterapia lotado, é ser o diferencial por ter e usar como ferramenta de trabalho com os pacientes/ usuários a música e seus elementos. Estar disponível me aproxima da equipe, que também demanda e tem suas complicações no funcionamento do CAPS III como um todo e me aproxima também dos usuários. É somar na ação do cuidado junto aos profissionais favorecendo uma melhor qualidade de escuta, de acolhimento, diversificado e de qualidade.

Fala dos usuários com relação ao Grupo de Musicoterapia:

- V. – “faz espalhar, relaxar, gosto muito de música”;
- E. – “amo a música, a música representa muito, muito pra mim; meus familiares são músicos e aqui me faz lembrar e me traz paz”
- Z. – “aqui o corpo dança, fica leve”
- C. – “ a música ajuda a restabelecer a minha saúde”
- A. – “ pra mim a música é importante, o profissional de música é da saúde”
- L. – “É Bom”
- S. – “o grupo é alegria, é prazer de viver, cantar com o profissional da saúde, é tudo e me acalma”
- D. – “ a alegria é a melhor terapia”
- F. – “ o grupo é bom pra mim, todos me tratam bem!”
- O. – “distrai a mente”
- R. – “faz ficar feliz”

N. – “O grupo é harmonia, me sinto liberto, a mente é preenchida pelas músicas e afasta as vozes”

Território

O Complexo do Alemão faz parte de uma área programática a 3.1 do Município do Rio de Janeiro, uma área extensa tendo como histórico a violência onde os moradores foram acostumados a morar se calando e obedecendo a regras de traficantes. São usuários que necessitam de estímulos e de orientação. Desde o início, temos como uma das diretrizes de funcionamento para com o nosso trabalho, a porta de entrada, onde toda e qualquer demanda que nos chegam será acolhida e escutada e desta escuta detalhada, trabalhamos seu projeto terapêutico no CAPS III ou encaminhamos este para outros serviços da rede para que possa ser acompanhado e assistido.

Um território novo e desconhecido, com a demanda de construir frentes de trabalho em parceria com a Atenção Básica: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Estratégia da Saúde de Família (ESF). A UPA tem como funcionamento o atendimento 24hs, lançada como parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, unidades intermediárias entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Hospitais, ajudam a desafogar os prontos socorros ampliando e melhorando o acesso aos serviços de emergências do SUS – Sistema Único de Saúde. As Estratégias de Saúde da Família (ESF) funcionam como estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. São serviços que, desde o início, tivemos a iniciativa de nos apresentarmos como parceiros e que estes também se colocaram como parceiros para melhor darmos cobertura à assistência em saúde e saúde mental no território. Ações como discussões de casos clínicos e cuidados a estes junto à equipe de profissionais da UPA e o apoio matricial com as equipes das Estratégias da Saúde da Família (ESF), ou seja, discutir os casos,

potencializar atendimentos em conjunto com os profissionais da ESF – agentes comunitários, enfermeiros, médicos, realizar visitas domiciliares, fomentar a intersectorialidade através da construção das redes locais, participar das reuniões de equipe da ESF, auxiliar na gestão dos recursos especializados em saúde mental e criar dispositivos de re-inserção social no território, esta parceria e trabalho, facilitou em muito nossa inclusão e aceitação com os serviços e com a própria população local.

Durante o primeiro ano de implantação do CAPS III, passamos pela invasão no território, a polícia e o exercito entraram para pacificar e espalhar as Unidades de Policia Pacificadoras – as UPPs na área para manter a pacificação. Na entrevista, no processo seletivo, nos foi colocado se esta ação teria problema caso este fosse selecionado, todos disseram que não, e durante o processo de invasão como até hoje, realizamos o que tem que ser realizado, trabalhamos tomando o cuidado de não nos tornarmos heróis. Foram quatro dias de operação no morro, voltamos a trabalhar e tivemos que dar conta de demandas como os casos de estresse pós-traumático. Estávamos craques, assim posso dizer, pois o estresse e os casos de desorientações mentais, antes da invasão, já existiam. Pessoas, por exemplo, que devido à violência não conseguiam sair de suas casas há mais de 20 anos, nós já estávamos tratando. Hoje em dia, as violências, mesmo com as UPPs, nunca deixaram de existir e só pioraram. Criamos Projetos novos como a oficina - “a gente se cuida” – onde participo como musicoterapeuta contribuindo ao cuidado de quem cuida. Um espaço oferecido para falar sobre a violência no território aos profissionais de saúde como os agentes comunitários das estratégias de saúde da família – ESF visando o cuidado compartilhado acolhendo o sofrimento também de quem cuida.

Conclusão

Em 5 anos de existência, posso dizer que nós nos tornamos um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III, um serviço com funcionamento 24hs, de referência, importante e de maior visibilidade para com o território, a população local, a Superintendência - Coordenação de Saúde Mental e para a própria Organização Social (O.S.) Viva Rio e para os outros serviços da área também. Trabalho! Não falta. Deparamos-nos com nossos

acertos, nossos erros, desafios e enfrentamentos, mas sempre com o compromisso de reavaliar e partir para as ações buscando um melhor acolhimento, evitando o recolhimento em emergências psiquiátricas e conseqüentemente em hospitais psiquiátricos alcançando tratamento, alcançando saúde mental, metas e objetivos de atender as demandas deste território tão sofrido, mas como afirmei anteriormente, muito promissor. A música faz parte deste contexto de tratamento e acolhimento através do profissional Musicoterapeuta.

Referências Bibliográficas:

CHIAVERINI, Dulce Helena (Organizadora) ... [et al.]. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília [DF], 2011.

COSTA, Clarice M; FIGUEIREDO, Ana C. **Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

LEINIG, Clotilde E. **A Música e a Ciência se Encontram: um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia**. Curitiba: Juruá, 2009.

Saúde Mental no SUS: **Os Centros de Atenção Psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

“A GENTE SE CUIDA”. A MUSICOTERAPIA NA AÇÃO DE CUIDADO, DESAFIO E ENFRENTAMENTOS À VIOLÊNCIA NO COMPLEXO DO ALEMÃO

Luana Silva¹
Andrea Toledo Farnettane²

RESUMO: Violência, desafios e enfrentamentos, uma realidade do nosso dia-a-dia que atravessa a todos nós profissionais de saúde, moradores e usuários. No Complexo do Alemão, o trabalho se constrói através de parcerias, CAPS – Centro de Atenção Psicossocial junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família. Procuramos discutir os casos; realizar visitas domiciliares em conjunto; fomentar a intersetorialidade através da construção das redes locais; auxiliar na gestão dos recursos especializados em saúde mental e criar dispositivos de re-inserção social no território. O maior desafio encontrado é no oferecimento e garantia da prestação do serviço. O cuidado, atravessado pela violência, muitas vezes paralisa a nossa clínica e nos enfraquece emocionalmente. Precisamos, então, cuidar de quem cuida para que não nos engessemos, nesse território violento. Projetos, focalizando o cuidado, são criados junto aos profissionais de saúde. Um deles, o grupo terapêutico – “a gente se cuida”, visa o melhor lidar com as questões da violência. Neste contexto, a Musicoterapia pode acolher de uma forma diferenciada profissionais de saúde que, diante de tantas violências, também pedem ajuda e espaços para poderem se colocar e trabalhar frustrações. Assim, nos fortalecemos e conseguimos continuar trabalhando para uma melhor qualidade de vida e de cuidado com o outro.

Palavras-chave: Violência. Musicoterapia. Desafios. Enfrentamento

1. Introdução

O presente estudo trata-se de um relato de experiência sobre o trabalho realizado num grupo com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) em que usamos da Musicoterapia como principal instrumento. Tal grupo é direcionado para os ACSs que vivem e atuam em área em que a violência está presente. Duas profissionais do Centro de Atenção Psicossocial João Ferreira da Silva Filho - localizado no Complexo do Alemão –RJ – organizam esse grupo.

Discutimos o contexto em que se encontra o território do Complexo do Alemão,

1 Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense – Niterói – RJ, Brasil/ Especialista em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública – Rio de Janeiro – RJ, Brasil./Assistente Social do CAPS III João Ferreira da Silva Filho – RJ. Email: lua_nsilva@yahoo.com.br.

2 Graduada em Musicoterapia pelo CBM-CEU– RJ; Especialista em Psicossomática pela Universidade Gama Filho e em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ. Musicoterapeuta e Coordenadora Técnica do CAPS III João Ferreira da Silva Filho – RJ e Musicoterapeuta da Fundação Municipal de Saúde - Hospital Geral de Guarus – em Campos dos Goytacazes – RJ. farnettane_andrea@hotmail.com

apresentando a sua história, alguns dados relevantes e o que temos vivenciado, tendo como foco o atual cenário de violência nesse bairro.

Destacamos definições e características importantes da Estratégia de Saúde da Família e da atuação do ACS em territórios em que a violência e a vulnerabilidade social¹ estão presentes. Nesse contexto apresentamos o conceito de apoio matricial e a atuação conjunta do CAPS com a ESF para a garantia do cuidado compartilhado em saúde.

Por fim, apresentamos a proposta do grupo “Agente se cuida”, como a musicoterapia entrou nesse espaço e as contribuições que esse grupo tem trazido para os ACSs.

2. O território Complexo do Alemão

O Complexo do Alemão tornou-se bairro oficial desde 1993, localiza-se na Serra da Misericórdia e abrange uma área composta por cinco bairros: Bonsucesso, Ramos, Inhaúma, Penha e Olaria.

Esse bairro faz parte da Área de Planejamento 3 (AP 3)², onde se destacam as denominadas RA-favela (Jacarezinho, Complexo do Alemão e Maré). De acordo com o Instituto Pereira Passos, o Complexo do Alemão é a quarta maior favela, em número de habitantes em 2010, sua área é composta por quinze comunidades. Sua região abrange 437.880 m² e o ponto culminante está a 138 metros de altura, tendo em seu topo uma área florestal que abrange 30% da região.

O território passou por diversas transformações com o passar dos anos (estima-se

¹ Entendemos vulnerabilidade social como : *“um conceito multidimensional que se refere à condição de indivíduos ou grupos em situação de fragilidade, que os tornam expostos a riscos e a níveis significativos de desagregação social. Relaciona-se ao resultado de qualquer processo acentuado de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de indivíduos ou grupos, provocado por fatores, tais como pobreza, crises econômicas, nível educacional deficiente, localização geográfica precária e baixos níveis de capital social, humano, ou cultural”* (XIMENES, 2010:1)

² A AP 3 é o território onde se localiza o maior contingente de moradores em favelas, totalizando mais de 650 mil habitantes. Por ser próxima do centro de negócios e empregos e, em passado recente, concentrando muitas indústrias, sempre foi um atrativo para as classes trabalhadoras. (Instituto Pereira Passos. Coleção Estudos Cariocas, 2012).

Informações disponíveis em: <http://raizesemovimento.blogspot.com.br/search/label/4%20%20Onde%20estamos>. Acesso em: 15 de agosto de 2015

que o Complexo do Alemão tenha aproximadamente 63 anos de existência). Em dezembro de 2008, o então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva lançou nessa região, o Território da Paz, anunciando várias obras de melhorias para o bairro. Nesse mesmo ano, o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)¹ iniciou as obras de urbanização na área, modificando parte de sua dinâmica urbana e social.

Esse território ficou conhecido por ser considerado uma das áreas mais violentas da cidade. Um dos fatos que mais repercutiu foi o assassinato do repórter Tim Lopes, no ano de 2002.

Em novembro de 2010, O Complexo do Alemão e a Vila Cruzeiro - comunidade vizinha- foram controlados pelas forças de segurança do Estado. Desde então observamos a instauração de diversas Unidades de Polícia Pacificadora na região. Com a entrada dessas Unidades, a ideia de violência relacionada ao Complexo do Alemão foi desconstruída, tanto pelos governantes, quanto pela mídia, fato que trouxe muitos turistas à região.

Contudo, no ano de 2014, temos observado o retorno de confrontos armados no território. Tais confrontos tem-se intensificado cada vez mais, a ponto de moradores estarem saindo de suas casas para outras regiões. A violência no Complexo do Alemão volta a ganhar notoriedade na mídia e entre os governantes. Aumenta cada vez mais o número de vítimas por balas perdidas ou extermínio, e os confrontos armados ocorrem a qualquer hora do dia ou da noite. Não há mais turistas na região e sim pessoas armadas, fardadas ou não.

Nesse contexto estão inseridos os diversos profissionais de saúde que atuam na região. Dentre eles, destacaremos os Agentes Comunitários de Saúde que atuam nas Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

1 O PAC tem o objetivo de “planejar e implementar de forma integrada as políticas públicas, executar obras de urbanização e desenvolver social e economicamente as áreas consideradas socialmente de risco do Rio de Janeiro.”(MDS, PAC- Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro).

3. Estratégia de Saúde da Família no Complexo do Alemão e o trabalho conjunto com a Saúde Mental.

3.1 A Estratégia de Saúde da Família (ESF) no território.

No Complexo do Alemão, a ESF (na época denominada como Programa de Saúde da Família) foi implantada aproximadamente no ano de 2001. Hoje o território conta com três Clínicas da Família, compostas por 22 equipes de ESF.

A ESF tem como objetivo a reorganização da atenção básica à saúde no Brasil. Por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com grande possibilidade de aprofundar os preceitos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de vida dos sujeitos e coletividades, além de favorecer uma relevante relação custo-efetividade, a ESF é tida pelo Ministério da Saúde e Gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, de acordo também com os preceitos do SUS. (BRASIL PNAB, 2012).

Um dos itens necessários à ESF é a existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família), composta, no mínimo, um médico e um Enfermeiro generalista ou especialista na área, Auxiliar ou técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Além disso, é possível acrescentar a esta composição o cirurgião-dentista generalista ou especialista na área, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. (BRASIL, PNAB, 2012).

A equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando os critérios de equidade para essa definição. Quanto aos ACSs, o número máximo que cada profissional deve acompanhar é de 750 pessoas.

Dentre as funções do ACS, uma das principais é a atuação no território, por meio da realização de visitas domiciliares a todas as famílias e sujeitos de sua responsabilidade e o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e de vigilância à saúde. Esse profissional deve estar em contato direto com as famílias.

O ACS deve residir no território em que atua o que lhe confere a possibilidade de construção do vínculo e o estreitamento dos laços entre os usuários da ESF e a unidade de saúde em que são acompanhados.

Contudo, a violência e a vulnerabilidade social a que estão condicionadas a população do Complexo do Alemão também fazem parte da vida desses profissionais. O ACS integra a população que cobra por melhorias no atendimento dos serviços de saúde e por melhorias das condições de vida. Fato que pode gerar sentimentos de impotência e frustração diante das limitações da própria ESF e expor esses profissionais a situações de risco, quando se trata da violência presente no território.

3.2 Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família

Os CAPS se constituem como lugar de referência e tratamento para pessoas – população adulta - com grave sofrimento psíquico, cuja severidade e/ou persistência demandam um cuidado intensivo.

Essa direção de trabalho visa à responsabilidade compartilhada dos casos com a rede de Saúde; buscar uma integração permanente com as equipes da ESF, de modo a estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental na comunidade.

O Complexo do Alemão conta com um CAPS infantil, um CAPS III Álcool e Drogas e CAPS III para adultos. Apenas o CAPS III para adultos está localizado no Complexo do Alemão.

O serviço em que atuamos é o CAPS III João Ferreira da Silva Filho, que por estar no Complexo do Alemão, possibilita que os profissionais desse serviço estejam mais próximos do cuidado em saúde mental dessa população. O CAPS age em conjunto com as equipes de Saúde da Família, visando o cuidado compartilhado, de preferência no território.

Esse cuidado se desenvolve principalmente por meio do apoio matricial, que destaca a responsabilização compartilhada como forma de se excluir a lógica do encaminhamento,

visando à capacidade resolutiva dos problemas de saúde pela equipe local. A interdisciplinaridade e a ampliação da clínica se inserem nesse contexto, como aspectos que possibilitam a valorização e o resgate de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso (BRASIL, MS, 2003:4).

Pela proposta ministerial, as ações do apoio matricial serão materializadas por profissionais que compõem os CAPS e demais serviços de saúde mental da rede, que formarão as equipes de referência.

Dessa forma, os profissionais do CAPS atuam junto à ESF do Complexo do Alemão por meio de instrumentos como: a discussão de casos, visita domiciliares e atendimentos conjuntos, elaboração de grupos com efeito terapêutico, reuniões que visam a melhoria e a qualificação do cuidado, dentre outros.

Como relatado no tópico anterior, o Complexo do Alemão voltou a ser cenário de confrontos armados e violência cotidianamente. Diante disso, novas demandas começaram a aparecer: nas reuniões em que estavam presentes o CAPS e a ESF muito se falou da preocupação com a população, que está passando por momentos de grande sofrimento psíquico. Nessas discussões estava presente principalmente, a preocupação com a saúde mental dos ACSs, que já haviam passado por diversas situações de violência e sentiam-se cada vez mais amedrontados e impotentes.

Dessa forma, coordenação de Saúde Mental responsável por nossa área de abrangência, propôs a realização de ações direcionadas a essas demandas com a participação do CAPS e da ESF.

Como esse estudo se refere ao cuidado em saúde mental dos ACSs por meio da Musicoterapia, destacaremos a nossa participação no Grupo elaborado para esses profissionais e não para os usuários da ESF.

3.3 O Grupo “Agente se cuida” e a entrada da Musicoterapia

O Grupo ‘Agente se Cuida’ é uma proposta da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê Internacional da Cruz Vermelha . Essa experiência foi implementada em outros territórios permeados pela violência, tem como objetivo promover o cuidado em saúde mental dos ACSs e construir junto a esses profissionais estratégias de lidar com as dificuldades enfrentadas pelos mesmos diante da violência no território, visando a melhoria da qualidade de vida desses profissionais e, conseqüentemente, a otimização do trabalho.

Observamos que em cada território o grupo acontece de uma forma diferente, pois se adéqua às singularidades de cada lugar. No caso em questão, os grupos são conduzidos por profissionais do CAPS João Ferreira – a Assistente Social e a Musicoterapeuta.

Quanto ao planejamento do grupo, após ouvir alguns ACS, pensamos que a Musicoterapia seria um meio importante para esse cuidado – consideramos esses grupos como potenciais espaços de cuidado e reflexão sobre o processo de trabalho.

O grupo ocorre uma vez ao mês, de acordo com a disponibilidade dos profissionais da ESF. A proposta é que por meio da musicoterapia, os ACSs possam apresentar suas questões diante do contexto vivenciado e trabalhar suas frustrações e medos, para que possamos refletir conjuntamente, possibilidades de lidar com o problema da violência. Cada grupo pode ser formado por no máximo 15 ACSs e por escolha desses profissionais, ocorre no CAPS.

4.0 Resultados e andamento

Com a realização do primeiro grupo nos deparamos com uma “explosão” de sentimentos vinda dos ACSs. Num primeiro momento, explicamos a proposta do grupo, ouvimos os ACSs e demos início à musicoterapia. Mesmo os mais tímidos soltaram a voz e a impressão que nós - que estávamos à frente do grupo- tivemos foi de que com as canções foram-se os medos presos em cada um. Os nós que pareciam presos nas gargantas soltavam-se naturalmente.

E naquele espaço fomos descobrindo que ali estavam presentes pessoas que assim como cada morador do Complexo do Alemão, sofre diariamente com a violência desse lugar e que por serem ACSs parecem “carregar nas costas” um peso muito maior do que podem levar.

Consideremos que espaços como esses possibilitam que esses “pesos” sejam divididos para mais de uma pessoa “carregar”. Isso é preciso para que o profissional que está ali para cuidar, se cuide também.

O espaço dinâmico e motivador que a musicoterapia tem proporcionado para esses profissionais tem nos trazido bons resultados. Ouvimos os ACSs falarem que saem “leves” do grupo e que espaços como esses devem acontecer sempre. No grupo os ACSs conseguem compartilhar com os demais, meios de lidar com o contexto atual, ou até mesmo de “fugir” dessa realidade, mesmo que seja por algumas horas. Conseguimos refletir com esses profissionais formas de enfrentar as dificuldades vivenciadas no dia-a-dia.

5.0 Referência Bibliográfica

BLOG Raizes em Movimento. Disponível em: <http://raizesemmovimento.blogspot.com.br/search/label/4%20%20Onde%20estamos> . Acesso em: 15 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental e Atenção Básica: **O vínculo e o diálogo necessários**. 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: 15 de agosto de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMOS PEREIRA PASSOS. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>. Acesso em: 01 de agosto de 2012.

MDS- Ministério do Desenvolvimento Social. Programa de Aceleração do Crescimento - Rio Complexo do Alemão, 2008. Disponível em: http://www.chs.ubc.ca/consortia/events/E-20080916/GovernoRJ-Complexo_do_Alemao.pdf.

XIMENES, D.A. Vulnerabilidade social. In: OLIVEIRA, D.A.; DUARTE, A.M.C.; VIEIRA, L.M.F. DICIONÁRIO. Disponível em : <http://www.gestrado.org/pdf/235.pdf>

MUSICOTERAPIA NA REDE DE SAÚDE MENTAL DE NITERÓI

Bárbara Penteado Cabral¹
Jacila Silva²

RESUMO: O campo da Saúde Mental, desde o século passado, vem sendo palco de transformações no tratamento que dizem respeito à influência do movimento chamado Reforma. Este movimento marca o pensamento da clínica no que tange às concepções sempre renovadas da experiência da loucura. Este trabalho pretende apresentar a experiência de gestão da clínica musicoterápica realizada pela equipe de Musicoterapia de um hospital psiquiátrico da Rede de Atenção Psicossocial do município de Niterói/RJ, bem como as sucessivas transformações que o Sistema de Saúde Mental deste município vem sofrendo. Neste sentido, novas relações estão sendo constituídas para fomentar a musicoterapia nesta rede. Dentre estas, um Projeto Musical, com vistas à geração de trabalho, articulado ao Centro de Convivência e extensivo aos demais serviços da rede. Isto também proporciona à musicoterapia mudar sua relação com a assistência no hospital, na medida em que expande sua clínica a outros territórios da cidade. Para tanto, pensamos a questão do trabalho através da música como possibilitador de sentidos constitutivos de sujeitos musicais. O Projeto Musical aqui apresentado visa contribuir, efetivamente, para a produção de autonomia e para o enriquecimento dos encontros sociais dos participantes, por meio da promoção de relações musicais.

Palavras-chave: Musicoterapia. Saúde Mental. Reforma. Atenção Psicossocial

O presente trabalho parte da experiência musicoterápica das autoras na Rede de Atenção Psicossocial do município de Niterói desde junho de 2014. Dito isto, a equipe de Musicoterapia da Saúde Mental em Niterói vem se constituindo, no serviço público durante os últimos anos, de dois musicoterapeutas³. Por vezes, podendo contar com a presença de estagiários⁴, das diversas áreas de conhecimento e, por outras vezes, com a presença de

1 Especialista em Musicoterapia (.CBM-CeU). Graduada em Educação Artística/Licenciatura em Música (FASM/SP). Graduada em Psicologia (FAMATH). Musicoterapeuta e preceptora de estagiários de musicoterapia no HEPJ (RJ). Musicoterapeuta na Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco do CBM-CeU. Bolsista no PIBIC-FAMATH (2012). Atual colaboradora da pesquisa: A Explicitação Fenomenológica e a Atenção Clínica. Violoncelista em orquestras/grupos musicais .barbcabral@gmail.com Contato: musicoterapianiteroi@gmail.com

2 Musicoterapeuta ; Psicóloga ; Mestre e Doutora em Teoria Psicanalítica pelas UFRJ e Paris-Diderot ; Master Recherche em Música e Musicologia pela Université Paris-Sorbonne. Experiência com crianças e adultos em Instituições de saúde e educação do Rio de Janeiro, Niterói, Paris e Cour-Cheverny. Instituições atuais: Casa Verde Núcleo de Assistência em Saúde Mental e CAPSi Monteiro Lobato. E-mail: jacilasilva@yahoo.fr

3 O Serviço de Musicoterapia no Hospital de Jurujuba, Niterói, foi implementado pelas musicoterapeutas Martha Negreiros Vianna e Renata Figueiredo no ano 2000 para atender, inicialmente, a clientela da Enfermaria de Longa Permanência. Segundo relato da Mt Martha Negreiros, segue que : em 2002, a Mt Renata fez um curso de especialização em álcool e drogas, no IPUB, para atender o primeiro CAPS-AD da Rede de Niterói. Assim, o Mt Albelino Carvalhaes, foi para o Hospital de Jurujuba dar continuidade ao trabalho de musicoterapia juntamente com a Mt Martha. Este trabalho realizou um ciclo de 10 anos, quando musicoterapeutas indicados por Martha, Pollyanna Ferrari e Lucas Tiburcio, passaram a dar continuidade e a ampliar ainda mais o espectro da clínica musicoterápica na Rede Saúde Mental de Niterói. Eles implementaram um importante dispositivo, o Sarau, para atender usuários da Rede e integrar a comunidade entorno e os profissionais. Após suas saídas, chegam duas Mts, Ana Carolina Arruda e Bárbara Cabral atuando também no sentido de ampliação e organização da gestão desta clínica.

4 Desde 2014, este serviço estabeleceu relação com o CBM-Céu para fomentar também o espaço de formação.

profissionais da equipe clínica, seja das enfermarias ou do ambulatório nos grupos de trabalho musicoterápico. Neste contexto, a clínica musicoterápica se estende por todo o Hospital de Jurujuba, das enfermarias ao Ambulatório, realizando atendimentos em grupo e individuais, na sala de musicoterapia, nas próprias enfermarias, no ambulatório ou em outro espaço específico para cada atendimento, como por exemplo o jardim do Hospital.

O Hospital de Jurujuba possui um ambulatório e as seguintes enfermarias: feminina, masculina, infantil, de longa permanência e de álcool e drogas. As duas musicoterapeutas realizam atendimentos em todos estes serviços, com exceção do serviço de emergência, porta de entrada do Hospital. Neste contexto e no de um projeto continuado, que é o Sarau, relataremos este estudo como experiência clínica na política de saúde então vigente.

Dos atendimentos:

Os atendimentos em grupo realizados nas enfermarias possuem como base clínica a técnica de *improvisação musical livre*, através da utilização de instrumentos musicais de percussão e também de *escolhas de canções* do repertório popular com acompanhamento do violão. Todos os atendimentos realizados devem partir de constantes reuniões com as enfermarias, de modo que cada uma possa receber a musicoterapia, o que permite a inclusão deste serviço no projeto terapêutico dos usuários.

Alguns atendimentos, em grupo, realizávamos juntas, ganhando o sentido terapeuta e co-terapeuta. Porém, a partir da nova gestão da equipe, com a entrada da musicoterapeuta Jacila, passamos a ocupar mais dias no Hospital e a realizar trabalhos contando com a presença das equipes de cada setor ou enfermarias. Quer dizer que não apenas passamos a estar mais dias da semana no Hospital, mas sim a requisitar mais a participação de outros colegas de equipe nos atendimentos de musicoterapia, sem os quais o trabalho se tornava difícil.

Passamos a pensar uma gestão clínica que otimizasse o baixo número de musicoterapeutas para a demanda de cerca de totalizados 110 pacientes que se encontram nas enfermarias. Assim, ocupamos mais dias no Hospital e realizamos trabalhos contando

com a presença das equipes de cada setor ou enfermaria. Quer dizer que não apenas passamos a estar mais dias da semana no Hospital, mas sim a requisitar mais a participação de outros colegas de equipe nos atendimentos de musicoterapia, sem os quais o trabalho se tornava difícil. Tal característica passou a ser fundamental para cada atendimento, uma vez que a participação de membros da equipe permitiam um espaço de discussão.

Após os atendimentos, essas reuniões vislumbravam maior riqueza na avaliação do processo musicoterápico em articulação com a discussão de cada caso de maneira atualizada. Igualmente, os serviços de internação julgaram que, dessa forma, o processo dos atendimentos seria transmitido pela equipe participante, fomentando que a musicoterapia se constituísse como um tratamento da internação. Ou seja, que a musicoterapia não viesse de fora como algo pronto, mas sim construísse um trabalho pautado no projeto dos serviços e nos projetos terapêuticos singulares. Com a criação desta perspectiva, formaram-se mini-equipes multidisciplinares de musicoterapia.

Para tanto, participamos de diversas reuniões de equipe de forma esporádica, mas persistentes na demanda de apoio do serviço. Além disto, as reuniões após os atendimentos com as mini-equipes que participavam dos atendimentos – constituídas de estagiários, residentes, psicólogos, auxiliares de enfermagem, dentre outros -, passaram a ser instituídas. Esta foi a forma que encontramos de estender o serviço de musicoterapia, considerando a qualidade dos atendimentos através da interação e da integralidade multidisciplinar.

Muitas dificuldades em sustentar o trabalho da musicoterapia nos atendimentos às enfermarias surgem constantemente, mas a relação com a equipe da Divisão Técnica Assistencial, que coordena e supervisiona os diversos serviços prestados no Hospital, e a nossa frequência às reuniões de equipe, renovando a importância da participação deles na musicoterapia e explicitando o nosso trabalho, têm contribuído para o conhecimento, o reconhecimento e a sustentação deste serviço. Além disto, as mini-reuniões conduzem os profissionais a despertarem interesse para o que acontece nas sessões de musicoterapia e

se darem conta da importância deste movimento musical no projeto terapêutico de cada paciente.

Assim, os movimentos interdisciplinares, as dificuldades de material (instrumentos musicais por exemplo) ou da manutenção dos instrumentos musicais, a ausência de colegas musicoterapeutas na rede de saúde mental para possível continuidade ou articulação de direções de tratamento, quando a música se faz discurso possibilitador de existência, dentre outras questões, nos fizeram pensar na extensão do serviço. Para tanto, contatamos a Secretaria de Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental de Niterói. Este contato, com o apoio da atual gestão da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro, teve algumas vertentes, uma reunião com esta Coordenação e um *Projeto Musical* direcionado à Rede de Saúde Mental de Niterói.

Recapitulando, através desta reunião, realizada no primeiro semestre de 2015, a Musicoterapia entrou, enquanto categoria profissional, na Seleção Simplificada da Prefeitura deste Município, e, enviou um Projeto de extensão do Serviço à Rede. Explicitaremos a seguir estes dois momentos.

O *Projeto Musical* de Niterói

A partir dos atendimentos de musicoterapia nas enfermarias do HPJ (Niterói-RJ), observamos uma crescente demanda dos usuários de um tratamento continuado que envolva a música. Neste contexto, na articulação com os profissionais de referência destes usuários, também identificamos que há uma questão que envolve uma perspectiva de trabalho na vida dessas pessoas. Assim, este Projeto Musical viria como um dispositivo a ser incluído no Projeto Terapêutico Singular dos usuários participantes, articulando a música e o trabalho.

O presente projeto, denominado *Projeto de Produção de Sujeitos Musicais* em Saúde Mental, se associa ao cenário atual e contínuo de Reforma, visando maior enriquecimento psicossocial por meio das possíveis relações da Rede de Saúde Mental com o mundo. O projeto guarda uma interdisciplinaridade da equipe, assim como a ampliação dos espaços

onde serão feitos laços com instituições de ensino e de produção cultural, para a capacitação dos participantes e para veicular atividades musicais em grupos.

Neste contexto, as musicoterapeutas presentes no projeto estarão voltadas para uma perspectiva psicossocial de atualização de uma certa identidade musical destes usuários na cultura. Por isto pensa-se o projeto enquanto formação, algo sócio-educativo para implementar e incentivar a produção destes sujeitos musicais. Ou seja, fomentar a capacitação musical com vistas ao enriquecimento das relações sociais. Assim visando a participação efetiva destes usuários na cultura através das suas relações com a música.

Tudo isto, vislumbra a transformação do lugar social da loucura, esta que vem pautada pela marca da alienação e, atualmente, delimitada pelo conceito de transtorno mental. Neste contexto, a cultura pode ser uma estratégia. A idéia de cultura e de diversidade cultural pode contribuir para pensarmos as diferenças. Assim, uma estratégia para transformações que visem contemplar o imaginário social vem incluir diálogos e encontros, relações que compõem a complexidade social (Amarante, 2012).

Isto nos faz relacionar o trabalho à arte e à cultura, o trabalho no território e a relação entre as pessoas e entre as instituições, sejam elas de ensino, centros de convivência ou culturais. Segundo Amarante:

“Tradicionalmente a arte tem sido utilizada como instrumento terapêutico para os transtornos mentais, daí a origem de expressões como arteterapia, musicoterapia, dentre outras tantas (...) Mas a arte tem seus modos de ser, que passam mais pela estética e pela produção de subjetividades e sentidos.” (Paulo Amarante, 2012, p. 10)

Dito isto, pensamos a questão do trabalho através da arte como possibilitador de sentidos constitutivos de sujeitos musicais. Este projeto visa contribuir, efetivamente, para transformações do acolhimento de pessoas com sofrimento psíquico importante no âmbito social. Assim, complementa Amarante:

“Nos tempos recentes da reforma psiquiátrica e de tantas outras transformações no âmbito social e político, passou-se a perceber que a função da arte é sempre bem maior do que possamos definir (...) não há uma limitação científica ou terapêutica para arte-cultura, pois ela sempre a transcenderá. (...) E nessas

transições, pode-se começar a pensar a arte-cultura como produção de vida, de subjetividades, de significados e sentidos para todos os sujeitos. Da mesma forma como se pode atribuir à arte-cultura um papel libertário, (...) e construção de sujeitos não apenas individuais, mas coletivos (...)" Ibid.

Das parcerias

Este *Projeto*, de incentivo à apropriação da música através da cultura musical, tem como parceria o Centro de Convivência Oficinas Integradas e a interação com algumas atividades que servem como estratégias de participação. Dentre elas, as *Tardes Musicais*, que acontecem às quintas-feiras no quiosque da Magrinha no bairro de Charitas; os Saraus que acontecem às segundas-feiras no atual Anfiteatro do HPJ/UTAP, e, a criação de um *Coral* tecendo novas parcerias da rede e da cultura.

Desse modo, o *canto* passa a ser nosso instrumento principal, utilizando a voz como instrumento primordial e o *corpo* como constitutivo de ritmicidade e saber de si. O grupo também é o trabalho por excelência de uma mediação entre o eu e o mundo, o sujeito e a cultura, e a prioridade de um singular que se constitui pautado no coletivo.

Neste sentido, a *Psicoterapia Institucional* de Jean Oury e o manejo do coletivo são tomados como base teórica para uma intervenção psicossocial. A Musicoterapia nos chega como um saber sobre o corpo, os sons e os movimentos - um manejo terapêutico para a consciência corporal e a resolução de si através da organização musical.

Histórico atual do *Projeto*

No contexto atual da Saúde Mental de Niterói, pensamos a extensão de um trabalho sonoro-rítmico-musical na Rede e realizamos uma reunião com a Coordenação de Saúde Mental. Esta foi realizada na gestão do psicólogo Gustavo Fonseca e com o apoio da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro, quando pedimos mais musicoterapeutas na Rede de Saúde Mental de Niterói.

No momento, após o início da *Seleção Simplificada*, passamos a contar com uma musicoterapeuta no CAPSi, Jacila Maria da Silva, que começou a mediar projetos culturais

deste CAPSi com o Centro de Convivências Oficinas Integradas e manter relação de equipe com a outra musicoterapeuta da rede, Bárbara Penteado Cabral, alocada no HPJ/UTAP.

Este *Projeto Musical* que visa, sobretudo, a extensão de um trabalho musical especializado na Rede de Saúde Mental de Niterói, já conta como apontamos com os *Saraus*, coordenados pelas musicoterapeutas Bárbara e Jacila, que se iniciaram no HPJ e possuem a possibilidade de se tornarem itinerantes, ou seja, nos diversos endereços de tratamento, CAPS por exemplo. E, as *Tardes Musicais*, coordenadas pelo oficinairo Francisco Protásio no Quiosque da Magrinha em Charitas.

Algumas reuniões do Projeto já foram realizadas junto ao CCOI e os diversos usuários interessados. Em continuidade, já pudemos escutar os interesses relacionados à música e também pensar as solicitações importantes à realização deste Projeto Musical. Tais como, a importância de um espaço para a realização das Oficinas de Corpo e Som, assim como para os ensaios do Coral e a produção do Projeto, ou seja, os materiais. Ainda assim, reafirmamos o pedido¹ de mais musicoterapeutas na Rede, em específico para colaborar com o nosso Projeto de Extensão Musical à Rede de Saúde Mental.

Para concluir, não podemos nos colocar no lugar de professores, pois este Projeto existe como espaço de encontro e de empoderamento da musicalidade que todos os participantes já possuem. Visamos a construção de conexões com a cidade para o desenvolvimento musical, escolas de música por exemplo, ou professores que possam chegar ao Projeto convidados pelo grupo. Ainda assim, os integrantes do próprio grupo podem se autorizar a compartilhar o que já conhecem de música, suas experiências musicais, falar dos lugares que já tocaram, dentre outras. Enfim, pensamos num Projeto que tenha embasamento nos participantes e não dependa de um líder específico. O empoderamento podendo surgir desta abertura à escuta do grupo, em seus desejos, dificuldades e experiências.

Quer dizer, intencionamos proporcionar o vir-a-ser de um espaço coletivo

1 Carta à Coordenação de Saúde Mental em anexo

democrático que considere a escolha e o objetivo integrado ao grupo, de desenvolvimento musical num projeto musical. Lembramos aqui que, Jean-Oury, considera de forma fenomenológica, o que chama imaginário estético, como fator de integração biopsicológica¹.

Referências Bibliográficas:

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007. 120p.

OURY, Jean. O Coletivo. São Paulo, Hucitec, 2009.

_____. **Essai sur la création esthétique – L'imaginaire esthétique** comme facteur d'intégration biopsychologique. Paris, Hermann, 2008.

SILVA, Jacila Maria da, "Psicoacústica e paisagem sonora em musicoterapia" in A Física na Música, Coleção Comentários, organização Maria Lúcia Grillo e Luiz Roberto Perez, Ed. Uerj, Rio de Janeiro, 2013, p. 95-123.

SIQUEIRA-SILVA, Raquel; MORAES, Marcia; NUNES, João Arriscado. Grupos musicais em saúde mental: Atores em ação no cenário da reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro/Brasil, **Revista Crítica de Ciências Sociais** [Online], 94 | 2011, colocado online no dia 01 Agosto 2012, criado a 12 Fevereiro 2015. URL : <http://rccs.revues.org/1553> ; DOI :10.4000/rccs.1553.

_____. **Conexões musicais: musicoterapia, saúde mental e teoria ator-rede**. 1ª edição – Curitiba, Appris, 2015.

ANEXOS:

ANEXO 1 : Carta à Secretária de Saúde Mental de Niterói

Rio de Janeiro, 02 de agosto de 2015.

Excelentíssima Secretária de Saúde de Niterói,
Vimos por meio desta enfatizar a posição da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro (AMT-RJ) em relação ao Edital de Seleção Simplificada: Solicitamos que o profissional Musicoterapeuta esteja inserido na equipe dos atendimentos da Rede de Saúde Mental de Niterói quando necessário ao projeto terapêutico, conforme dita a portaria MS/SAS nº 224 de 1992, atualizada em janeiro de 2001 (GM/MS nº 95), NOAS-SUS 1/2001. Conforme a resolução da Lei 10.216 de 06/04/2001 do Ministério da Saúde sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

É fundamental que a rede de atenção psicossocial funcione com Musicoterapeutas nas equipes dos serviços extra-hospitalares, como observado em outros municípios, por exemplo: Rio de Janeiro, Búzios, Campos, Belford Roxo e Queimados.

¹ OURY, Jean, *Essai sur la création esthétique – L'imaginaire esthétique* comme facteur d'intégration biopsychologique. Paris, Hermann, 2008.

10 - MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

MUSICOTERAPIA COMO SUPORTE NO TRATAMENTO
DA ESCLEROSE DO HIPOCAMPO

Bruno de Carvalho Reis¹
Antonio Carlos Lino²

RESUMO: Este trabalho é resultado do cumprimento da exigência de estágios nos Cursos de graduação e Pós-Graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário. Essa prática foi realizada na Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco, através do atendimento a um cliente com Esclerose do Hipocampo. Neste estudo, buscamos fazer uma identificação de sintomas comuns dessa patologia, as áreas do cérebro afetadas, suas consequências e as abordagens musicoterápicas mais adequadas ao desenvolvimento das sessões. Além disso, buscamos realizar uma investigação sobre essa patologia rara, e o melhor modo de agir e interagir com o cliente atendido. Efetuamos um estudo bibliográfico que nos permitiu desenvolver um processo clínico mais adequado às necessidades do nosso cliente. Através do poder organizador, lúdico e prazeroso da música pretende-se promover uma possível melhora na qualidade de vida.

Palavras Chave: Esclerose do Hipocampo. Musicoterapia. Neuromusicoterapia

INTRODUÇÃO

A música é usada no processo de cura a milênios. Xamãs, feiticeiros, pagés, curandeiros, e outros personagens de diversas culturas milenares utilizam cânticos e instrumentos musicais, principalmente os de percussão, nos trabalhos de cura. É comum nestes cânticos, sílabas, palavras e frases de poder que traz saúde para a pessoa necessitada. São nestas culturas que se acham as primeiras formas de utilização da música para o fim promover saúde. Moreira, S.V. (2012) diz o seguinte:

A música é também reconhecida desde os primórdios da humanidade por consolar enfermos em estado depressivos e para expressar emoções não verbais. No antigo Egito, desde 5000 a.C., os médicos-sacerdotes incluíam terapia do canto como parte de sua prática médica. (MOREIRA, 2012, p.19).

1 Formado em Composição na Escola Nacional de Música da UFRJ e pós-graduado com especialidade em Musicoterapia pelo CBM. Bolsista em projetos de pesquisas musicológicas e etnomusicológicas. Desde 2014 trabalha na Clínica Social Ronaldo Millecco do CBM, sob a supervisão de Ana Sheila Tangarife. Atua principalmente na área de deficiência intelectual. Contato ; carvalhoreis@hotmail.com

2 Curso de Educação Profissional em Música - Escola de Música Villa-Lobos: 2005 a 2008. Curso de Bacharelado em Musicoterapia (cursando o 6º período) - Conservatório Brasileiro de Música. E-mail: linoac@terra.com.br

O uso da música com a função de promover saúde vem dos primórdios da humanidade. Medeiros, V.M. no artigo Conhecendo a Musicoterapia diz o seguinte sobre o assunto:

Amúsica, como arte de cura, perde-se nos tempos imemoriais da história humana. As tradições xamânicas de utilização do som com propósito de cura remontam a 25.000 anos, aproximadamente, dentro de um sistema organizado e que foi utilizado no mundo todo, desde a Sibéria até a África e a América do Sul. (s.d.)

Ainda Kenneth E. Bruscia (apud Moreno), no livro Definindo Musicoterapia diz o seguinte sobre vários povos ao redor do mundo utilizar a música como arte de cura:

Moreno (1998) debate como a musicoterapia, sem ser descrita como tal, “é uma prática corrente e que prospera em um sem números de tribos e sociedades não tecnológicas da Ásia, África, Austrália, Oceania e Europa” (p.271). Ele prossegue mencionando que na maioria dessas culturas, música e cura são praticadas em conjunto na tradição xamânica. Um xamã é um padre ou um médico que utiliza rituais que envolvem as artes de curar doenças. (BRUSCIA, 2000, p. 14).

Pequena História da Musicoterapia

Por outro lado a musicoterapia só vai começar a surgir como ciência no início do século XX, quando começa os primeiros experimentos científicos modernos que unem música a promoção de saúde. A Associação Médica Americana, em 1914, reconheceu a utilização da música para fim terapêutico. Isto ocorre quando o médico Van O’Neil Kane publicou o artigo que relata a experiência em que “utilizou um fonógrafo nas salas de cirurgia para acalmar e distrair pacientes antes da anestesia geral e durante anestesia local.” (MOREIRA et al. 2012, p.20). Foi criado em 1918, na *Columbia University* de Nova York, o curso de musicoterapia, “onde lecionava Margaret Anderton, uma musicista britânica que havia trabalhado intensamente com os soldados canadenses que haviam sofrido transtornos mentais e físicos durante a primeira guerra Mundial.” (ibid., p.19 – 20). No curso, músicos eram preparados para trabalharem como terapeutas em hospitais. Mas foi na Segunda Guerra Mundial, graças ao resultado do trabalho obtido com veteranos de guerra em hospitais, que a musicoterapia se estabelece como profissão. Na segunda metade do século XX surgem variadas metodologias em musicoterapia.

Como podemos observar, em primeiro lugar é a relação do desenvolvimento inicial da musicoterapia com a Primeira e Segunda Guerra Mundial. E em segundo, a utilização de música dentro dos hospitais, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, é um importante marco para a musicoterapia, pois é o reconhecimento científico que a música pode ajudar a trazer uma melhora na qualidade de vida e na saúde destas pessoas.

Em 1999, no IX Congresso Mundial de Musicoterapia realizado em Washington – USA, foram estabelecidos os cinco modelos de musicoterapia mais praticados no mundo. Os cinco modelos apresentados foram: musicoterapia Criativa – Nordoff-Robbins; Método Bonny de Imagens Guiadas e Música – GIM; Musicoterapia Analítica – Mary Priestly; ‘Método’ Benenzon de Musicoterapia e Musicoterapia Behaviorista.

Estes são os cinco principais modelos de musicoterapia, mas a musicoterapia é uma atividade dinâmica e muito recente, falando no tempo cronológico científico, logo, é normal que apareçam novos modelos com o passar do tempo e que os modelos antigos se desenvolvam e se renovem. Um modelo recente em especial vai ser tratado neste trabalho, que é o da Neuromusicoterapia ou Musicoterapia Neurológica.

Musicoterapia Neurológica

A partir da década de 90, com desenvolvimento da aparelhagem tecnológica, desenvolveram-se pesquisas na área biomédica que permitiram uma melhor compreensão das bases biológicas da música. No final da década de 90 a padronização de técnicas clínicas e o desenvolvimento de terminologia específica, sustentada por pesquisas científicas resulta na especialidade de Neuromusicoterapia. Esta especialidade tem como o objetivo “a reabilitação de pacientes com sequelas neurológicas, através de técnicas específicas de musicoterapia.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA NEUROLÓGICA, 2015).

A musicoterapia neurológica é fundamentada em cinco princípios básicos:

1. Musicoterapia neurológica é definida como aplicação terapêutica da música em terapias cognitivas, sensoriais e motoras em doenças neurológicas do sistema nervoso ou

não.

2. Musicoterapia neurológica é baseada na ciência biomédica.
3. Técnicas de tratamento são baseadas em evidências: dados, pesquisa científica e clínica e são direcionadas para objetivos terapêuticos não musicais funcionais.
4. Técnicas de tratamento são padronizadas e são aplicadas na terapia.
5. Além do tratamento em música e musicoterapia neurológica, é necessário conhecimento nas áreas de neuro-anatomia fisiológica, patologia cerebral, terminologia médica e reabilitação das funções de linguagem cognitiva, motora e discurso.

A musicoterapia neurológica ou neuromusicoterapia é uma especialidade recente que vem se desenvolvendo ultimamente. Aqui no Brasil foi fundada em 2009 a Sociedade Brasileira de Musicoterapia Neurológica, com o intuito de reunir e desenvolver conhecimento e pesquisas.

O CASO DO CLIENTE C. DIAGNOSTICADO COM ESCLEROSE DO HIPOCAMPO

O caso tratado aqui será chamado de esclerose do hipocampo, refere-se ao cliente C, que foi diagnosticado desta forma. A esclerose do hipocampo foi consequência de convulsões e de febre em sua primeira infância. Atualmente, o cliente C tem 16 anos, e é atendido por mim e pelo coo terapeuta Antônio Carlos Ferreira Lino, como estagiários na Clínica Social Ronaldo Millecco, do Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário.

Os primeiros contatos com o cliente C foram baseados nos conceitos da Musicoterapia em Deficiência Intelectual (Educação Especial) e Musicoterapia em Reabilitação. Com a supervisão de Ana Sheila TANGARIFE, decidimos pelo atendimento individual, e que eu trabalharia junto com o Lino, no caso este como co-terapeuta. Esta decisão mostrou-se acertada, pois o cliente C, pelo seu tamanho, (1,75cm, sua agilidade corporal e energia), torna-se mais seguro tanto para o musicoterapeuta no sentido de ajudar, dividir e alternar as funções dentro do *setting*.

A avaliação começou num primeiro contato com uma visita do responsável à Clínica Social, e conversando com a estagiária Julie Mello e comigo (que na época era co-terapeuta da Julie). O responsável mostrou-nos algumas fotos do cliente e falou um pouco da história da família. Como é procedimento ele foi encaminhado para uma entrevista com Ana Sheila Tangarife. Quando esta entrevista chegou as minhas mãos, algumas informações me chamaram a atenção. A primeira é a falta de interesse por televisão. Esta falta de interesse foi mais bem compreendida com a convivência, pois foi percebida uma hiperatividade, que ocasiona uma dispersão, logo uma falta de foco e atenção. O que nós especulamos é que esta falta de foco e atenção faz com que ele não tenha interesse em assistir televisão.

A segunda informação que chamou atenção foi o interesse dele por música e instrumentos de capoeira. Esta informação para o musicoterapeuta é ótima quando está contida na entrevista, pois “dá um ponto de partida” para o trabalho. Foi então que planejamos nossa primeira sessão. A sala estava arrumada, como fazemos de costume na clínica, colocamos um tapete de borracha no chão com os instrumentos sobre os mesmos. Havia dois violões afinados, três chocalhos de alumínio, um padeiro, um tambor chinês, um flexotone, tam-tam, baquetas de madeira e de plástico e o piano de armário. O cliente entra na sala com bastante energia e anda de um lado para o outro explorando a sala mexendo onde podia, isto incluindo os óculos do Lino, minhas chaves que estavam no meu bolso, e também nos instrumentos. Mas como já foi dito, nada prende por mais de cinco segundos sua atenção, e isto se prolonga por uns 15 minutos, enquanto os musicoterapeutas permanecem na inação¹. Após este tempo peguei o violão e comecei a tocar músicas do meu repertório de capoeira. Toquei três músicas: “Ai, ai, ai dê! Joga bonito que eu quero aprender”, “Viola meu bem, viola!” e “Berimbau”, mas não despertou nenhuma reação. A única recorrência que ouvi foi a do cliente C ir ao piano diversas vezes e “tocar” nas teclas de forma aleatória. É válida a informação aqui de que o cliente emite sílabas vocálicas como: pá = pai; mã = mãe; tsi-tsi = xixi (urinar); além disso, ele não constrói frases e que tem um nível de compreensão bem reduzido.

¹ Aqui é usada a definição de inação do artigo Mecanismos de Atuação do Musicoterapeuta: Ações, Reações e Inações, de Barcellos.

BUSCANDO A INTERAÇÃO E A INTERVENÇÃO COM O CLIENTE X

Nas primeiras sessões não conseguimos interagir ou fazer alguma intervenção significativa, mas observamos o interesse dele pelo piano sendo um objeto ao qual ele sempre retorna. Até o momento conseguimos interagir com o paciente durante um período, de 2 a 5 minutos, através do armário de metal, onde ficam guardados os instrumentos. É uma interação simétrica, aonde o cliente C percute o armário e eu respondo da forma mais parecida possível. Este jogo pode durar alguns minutos (2 – 5 min.), e as regras são imutáveis até o momento. Qualquer sugestão de dinâmica ou de alteração de figura rítmica proposta, o cliente perde o interesse. No entanto quando o jogo segue suas regras (ele toca e eu imito), fica claro na expressão corporal sua satisfação em estar ali. Neste momento ele emite alguns sons como *ãm*, ou ri, e até mesmo uma vez gargalhou.

Com o passar das sessões percebemos o interesse do cliente C pelo piano. A primeira tentativa foi tocar músicas de capoeira no piano. Depois tentamos melodias acompanhadas. Não obtivemos nenhuma resposta. Um som que o cliente C emite constantemente, em várias alturas, tensões e timbres, de acordo com a intenção é *Am*. Ainda está sendo decodificada esta linguagem pelos musicoterapeutas. Buscando a interação tentamos muito a técnica da imitação, que no caso do armário deu certo, mas quando começamos a imitar o som que ele emite não conseguimos interagir, muitas vezes por não entender o que o cliente quer dizer. Uma dessas vezes em que eu fazia a imitação¹ lembrou-me da minha prática de meditação², e do “som universal” ou som do universo ou ainda o sagrado Om ou Aum. Aquela sílaba que ele repete constantemente, *ãm*, me lembrou do Aum, que é usado em prática específica de meditação, onde se busca concentrar no som emitido, que Om ou Aum, que é indicada para focar e concentrar. A partir daí, de uma experiência empírica vivida por mim, resolvi aplicar com a mesma finalidade esta sílaba. A prática ocorre da seguinte forma: trabalhamos com o dó 2 e o dó 3, em intervalo harmônico no piano. Ao mesmo tempo em

¹ Esta imitações as vezes eram simétricas, outras vezes musicais, onde colocávamos notas, glissandos e melodias nas “imitações”.

² Eu pratico meditação desde 1994. Praticando diversos estilos, tanto no estado imóvel quanto em movimento.

que tocamos o intervalo, vocalizamos a sílaba ãm de forma contínua, repedidas vezes, sem parar. Logo no início desta prática percebemos na expressão facial dele, uma serenidade, e pela primeira vez ele se sentou ao nosso lado, e toda aquela hiperatividade diminuiu. E para melhor ter certeza que tínhamos encontrado o início do caminho quando paramos de fazer esta prática, ele pega nossa mão e coloca em cima das teclas do piano, como quem diz “contínua”.

REFLEXÃO SOBRE O CASO DO CLIENTE X

O cliente C requer uma constante avaliação e reflexão dos musicoterapeutas sobre a terapia. Até chegarmos ao ponto que estamos hoje tivemos que modificar muito nossas rotas e previsões iniciais. Nas duas primeiras sessões a falta de reação do cliente C nos preocupou por não haver interações, que são importantes no processo musicoterápico. A falta de reação ao som, nos fez pensar na questão do processamento neural.

O hipocampo está localizado dentro do lóbulo temporal central, que é responsável pelo gerenciamento da memória e pelo processamento secundário dos estímulos auditivos, permitindo que reconheçamos os sons, assim podendo, por exemplo, fazer associações e atribuir significados aos mesmos. Todo este processo é fundamental para o desenvolvimento da linguagem e para a aprendizagem. O hipocampo faz parte do Sistema Límbico, região do cérebro responsável principalmente em controlar as emoções e o comportamento social.

Como o hipocampo funciona de forma anormal, podemos identificar melhor o que é seqüela do hipocampo e o que já é personalidade de C. Quando tocamos a música de capoeira e não houve reação nenhuma achamos inesperada a situação, pois acreditávamos que ele gostava de música de capoeira como relatada na entrevista, pela mãe. Esta situação pode ter ocorrido por vários motivos, mas até o momento não foi esclarecida com o responsável. Quando tocamos a melodia acompanhada, percebemos a dificuldade de seu processamento, achamos que eram muitas notas para ele de uma vez. Daí me veio à ideia de usar algo inspirado no Sagrado Aum dentro da sessão.

BUSCANDO O FOCO E A CONCENTRAÇÃO

O Sagrado Aum é o som, (segundo o hinduísmo) do universo, uma força que vibra em todo o universo. Na sessão substituímos a sílaba Aum, por *ãm*, sílaba esta emitida pelo cliente C em vários tons, alturas, inflexões, expressões e situações¹. Esperamos com esta técnica alcançar vários objetivos, e o primeiro deles nós estamos conseguindo, que é baixar o nível de atividade do cliente C, para partir daí buscarmos uma interação mais fina.

A FORMA COMO OCORRE A SESSÃO

Dentro do *setting* terapêutico, por julgarmos como um local seguro, deixamos que C. aja de forma mais livre, explorando o ambiente e as pessoas ali presentes. Ele entra num comportamento repetitivo de andar pela sala e mexer em tudo que pode, e quando acha um local que julgamos não ser conveniente manipular, por exemplo, dentro do piano², ele insiste mais ainda em voltar, mostrando uma atitude desafiadora. Este também é um dos motivos que nos fez ter dois terapeutas no *setting*.

Quando começamos a vocalização repetida do *ãm*, na primeira sessão o estado de relaxamento foi tanto que vários elementos apareceram. Foi a primeira vez que o cliente saiu daquele estado de repetição e sentou na cadeira de forma bem calma. Ele bocejou e lagrimejou com os olhos vermelhos, encostou a cabeça na parede. Nesta hora lentamente fomos cessando a vocalização do *ãm*, para entrar em estado de pausa, não queríamos também que ele dormisse. Ficamos neste estado em que “nada acontecia” por aproximadamente 2 minutos; depois repentinamente, o cliente volta à sua hiperatividade e recomeça a mexer e a andar pela sala. Tentamos voltar com a vocalização para acalmá-lo, mas não conseguimos por que o tempo da sessão já estava se encerrando, e não houve tempo hábil para fazê-lo.

Na sessão seguinte esperamos dez minutos, demos este tempo para ele

1 Acredito que um estudo mais aprofundado das entonações do *ãm* poderia ser codificado em uma linguagem.

2 Não julgamos conveniente o cliente X mexer no dentro do piano, pelo motivo deste ser utilizado para aula de musicalização, necessitando permanecer afinado.

reconhecer a sala e os objetos, antes de começar a vocalização do *ãm*. Começamos e o resultado de acalmá-lo foi visível, ali percebemos um caminho que poderia ser seguido. A vocalização acontece em todas as sessões até hoje, dando resultado.

Algumas vezes quando estamos cessando a vocalização e paramos de tocar o do 2 e o dó 3 no piano o cliente C. pega nossa mão e coloca em cima do piano como quem diz “continua”, e nós normalmente continuamos, a não ser quando temos que encerrar a sessão. Estamos nos organizando para que isto não ocorra mais.

Outro fato interessante é que quando estamos fazendo a vocalização do *ãm* o cliente C. sempre toca o piano levemente. Mas quando não o fazemos, ele toca de forma forte e bruta.

Estamos observando mudanças sutis no cliente, inclusive o desenvolvimento do afeto.

A Percussão no Armário

O momento da percussão no armário não é em toda a sessão que acontece. É um “jogo” em que o musicoterapeuta repete de forma simétrica a percutida do cliente X no armário. Ficam os dois percutindo o armário. O cliente C. acha muito engraçado esta brincadeira, já dando gargalhadas algumas vezes. Até o momento não conseguimos muitas evoluções aparentes com este “jogo”. Tentamos trabalhar intensidade, dinâmica, ritmo, mas o “jogo” tem que ser aquilo, condição para o cliente participar. Então não desenvolvemos muito esta prática ainda. Mas vemos possibilidades nela.

AVALIAÇÃO PARCIAL DO CASO DO CLIENTE C.

Várias técnicas foram utilizadas no atendimento. Por exemplo, a imitação no armário, em que o cliente o percutia e o musicoterapeuta imitava, fazendo a mesma percutida, funcionou de alguma forma para a interação entre o cliente e o musicoterapeuta. Mas quando utilizamos a imitação sonora vocal, como um eco em que o cliente fazia um som vogal e nós repetíamos, não achamos, pela expressão do cliente, que estávamos indo em

um caminho adequado para o cliente. A expressão dele foi de que estávamos debochando ou algo deste tipo. Então paramos de usar essa técnica, neste contexto. Fizemos imitações das vogais musicalizando com melodias de terças maiores descendentes e glissandos de quinta e oitava, superior e inferior. Mas isto não deu resultado, não despertou interesse.

A técnica que mais deu resultado foi a vocalização do *ãm*. Ela está sendo desenvolvida a cada sessão não tendo limites definidos para a mesma até o momento. Com o passar das sessões fomos inserindo novos intervalos. Primeiro o intervalo de quarta justa ascendente. Nosso intuito foi o de dar movimento na condução da sessão, já que tínhamos conseguido baixar a sua hiperatividade. Quando fizemos a mudança de dó (“tônica”) fá (quarta justa superior), houve uma pequena reação do cliente C., percebendo que alguma coisa tinha mudado, e aquela mudança tinha despertado seu interesse. Fizemos isto durante algumas sessões, sendo que o cliente se mostrava agradado pela prática. Com o passar das sessões resolvemos experimentar a terça maior superior. Então fizemos dó – mi e mi – dó, neste houve uma reação bem interessante do cliente C. Ele achou engraçado, ele riu em uma sessão e em outra gargalhou. Algumas vezes também não reagiu. Estamos estudando a melhor forma de fazer a mudança do **dó** para o **mi** e do **mi** para o **dó**. Achamos que deve haver algum tipo de preparação ou ao contrário, uma surpresa total. Estamos em fase de estudos.

Depois de algumas sessões usando a vocalização do *ãm* acompanhado do piano, e vendo bons resultados abandonamos os outros instrumentos que apenas ocupavam espaço. A relação do cliente C. com estes instrumentos era de pega-los e coloca-los em cima do armário, como se estivesse guardando. Achamos que estava dispersando a sua concentração. Resolvemos diminuir o número de instrumentos. Atualmente usamos essencialmente o piano, o armário como percussão, e estamos experimentando chocalhos e tambores, mas sem resultado até o momento.

A FUNÇÃO DO PIANO NAS SESSÕES

Usamos o piano no início como imitação, quando ele batia no piano e nós repetíamos essas batidas. Mas logo achamos isto uma atitude inadequada, um comportamento inaceitável pela sociedade. Pensamos “Se o deixarmos fazer isto aqui, ele vai fazer em outros lugares.” Tentamos então transformar aquele ato de bater no piano, num ato mais consciente. Foi aí que experimentamos músicas de capoeira e melodia acompanhada, mas nada despertou o interesse do cliente. Enquanto tentávamos uma interação com o cliente fazendo imitações musicais suas vocalizações, tive a ideia de usar o piano como nota-pedal para a vocalização repetida do *ãm*. Logo quando começamos, percebemos que tanto a vocalização do *ãm* quanto o acompanhamento no piano foram bem aceitos pelo cliente C.

AS SESSÕES ATUALMENTE

Apesar de termos começado o atendimento a menos de seis meses, podemos ver uma melhora na qualidade do relacionamento entre nós, terapeutas e o cliente C. Algumas ações que o cliente C tinha ou ainda como “dar leves socos” nos terapeutas e nele mesmo estão se tornando mais raras.

O cliente C demonstra muito carinho com os musicoterapeutas. Ele abraçou diversas vezes o co-terapeuta, manda beijos para os dois e pega na minha mão para “passear” até o elevador. É bem visível o afeto que ele desenvolveu por nós dois. Demonstra muita felicidade quando chega, e se nega conscientemente a colocar o sapato. Nós estabelecemos, eu e o Lino, que usaríamos como ritual para iniciar e terminar a sessão, tirar e calçar os sapatos, no início e no fim respectivamente. Então quando chega a hora de terminar a sessão, o cliente X balança a cabeça de forma negativa, de um lado para o outro, se negando a calçar o sapato. Gastávamos de 5 a 10 minutos no início do atendimento. Atualmente acontece, porém, às vezes, de C. colocar o sapato sem relutar, aparentando que reconhece está acabando a sessão e que é hora de ir encontrar com o responsável. Percebemos, por experiência, que vocalizando o *ãm*, o cliente X fica mais calmo e aceita melhor calçar o sapato. Tudo isto acontece de forma sutil em que uma respiração mais forte

ou ritmada, pode desencadear um frenesi no cliente X dele ficar caminhando pela sala. A última experiência que estamos fazendo é ao invés de usar o dó 2 e o dó 3 em intervalo harmônico usar em intervalo melódico, fazendo um ostinato marcado, em que o andamento começa mais rápido e vem desacelerando, sempre junto da vocalização do *ãm*. Isto está funcionando também para diminuir a hiperatividade.

Nosso ofício, como musicoterapeutas é fazer o possível para promover saúde para quem nos procura. A música por si só já é carregada de força para o bem estar. Nós buscamos aprimorar nosso trabalho, e acreditamos nas trocas de experiências. Nossa visão sobre este caso muda quanto mais à gente vai conhecendo o cliente X. Este é um trabalho de reflexão de longo tempo, e aqui foi apresentado o primeiro estudo sobre o caso, que atendido há aproximadamente seis meses, ou seja, muito recente. Existem muitas questões a serem levantadas e muitas a serem respondidas neste caso.

Referências Bibliográficas:

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Cadernos de Musicoterapia 2**. Ed. Enelivros, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 1992.

_____. **Mecanismo de Atuação do Musicoterapeuta: Ações, Reações e Inações**. Pesquisa realizada no Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro entre os anos de 2003 a 2005. Artigo passado em aula.

_____. **Sobre os Métodos de Musicoterapia**. Participação na Mesa Redonda sobre Métodos de Musicoterapia – X Semana de Musicoterapia da UNAERP – Ribeirão Preto. SP. Setembro de 2003. Revisado em 2009.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia**. 2ª edição. Rio de Janeiro: ENELIVROS, 2000.

GÓIS, Juliana de Oliveira. **Epilepsia de Lobo Temporal com Atrofia Hipocampal: funções neuropsicológicas, qualidade de vida e adequação social**. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências. São Paulo, 2010.

MEDEIROS, Vera Maria Mendes. **Conhecendo a Musicoterapia**. s.l. s.d.

MOREIRA, Shirlene Vianna; ALCANTRA-SILVA, Tereza Raquel de Melo; SILVA, MOREIRA, Delson José da; Marcos. **Neuromusicoterapia no Brasil: Aspectos Terapêuticos na Reabilitação Neurológica**. Revista Brasileira de Musicoterapia Ano XIV nº 12/2012, p. 18 - 26.

NEUROLÓGICA, Sociedade Brasileira de Musicoterapia. **Musicoterapia**. Disponível em: <http://www.sbm.com.br/musicoterapia> Acessado em: 12/02/2015.

NOGUEIRA, Thais. **Anatomia do Corpo Humano – Sistema Límbico**. Disponível em: <http://www.infoescola.com/anatomia-humana/sistema-limbico/> Acessado em 17 de

janeiro de 2015.

OLIVEIRA, Livia Pinheiro et al. Esclerose Hipocampal e Epilepsia do Lobo Temporal Mesial: Uma Revisão de Literatura. **Revista Ciência, Saúde Nova Esperança** – Junho de 2013; 11(1) p. 106 – 111. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wpcontent/uploads/2010/11/Esclerose-hipocampal-e-epilepsia-do-lobo-temporalmesial.pdf> Acessado em 19 de janeiro de 2015.

TANGARIFE, Ana Sheila. **Musicoterapia em Deficiência Intelectual**. Artigo passado em aula, 2013.



MUSICOTERAPIA COM CRIANÇAS AUTISTAS NA REABILITAÇÃO

Gabriela Lorenzo Fernandez Koatz ¹
Carla Lavratti ²

RESUMO: As Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) (Ministério da Saúde, BRASIL) vêm modificando a assistência a essa população, antes atendida essencialmente na rede de saúde mental. Vemos o autismo na reabilitação não como doença, mas como uma deficiência nas habilidades relacionais e comunicativas. O musicoterapeuta é um profissional necessário na equipe multidisciplinar de reabilitação a crianças com autismo por compreender a música como linguagem não-verbal e utilizar-se do fazer musical (ver, ouvir, tocar, cantar, dançar e se movimentar) para facilitar o vínculo e o desenvolvimento dos objetivos terapêuticos. Na reabilitação destas crianças, buscamos: desenvolver linguagem verbal, relação e socialização, minimizar aflições psicomotoras (estereotípias e hipersensibilidade sensorial), favorecendo a convivência em sociedade com a família, na escola e em outros ambientes que a criança frequente. Este trabalho teórico baseia-se nas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL), junto à literatura musicoterapêutica sobre autismo (PADILHA; RUUD) e à compreensão de música como linguagem não-verbal (BARCELLOS; COSTA). A criança com autismo é levada através da música, gradativa e naturalmente, a um trabalho dinâmico-motor onde o envolvimento social, respeito e consideração pelo outro são aflorados e possibilitam novos aprendizados.

Palavras-Chave: Musicoterapia. Autismo. Linguagem. Reabilitação.

As crianças com perturbação do espectro do autismo apresentam-se “desconectadas”, ausentes na sua presença, rítmicas nos seus rituais e nas suas estereotípias, melódicas nas suas ecolalias e nos seus gritos, harmônicas nas suas desarmonias (PADILHA, 2008, p.70).

Como musicoterapeutas atuantes na área de Reabilitação em serviços públicos, estamos sujeitas a demandas decorrentes das políticas públicas que coordenam e orientam os caminhos desta esfera de atuação. Até há pouco tempo, o público-alvo da Reabilitação eram pessoas com deficiências motoras e/ou cognitivas. A partir de 2012, o Ministério da Saúde (MS) determinou que pessoas portadoras do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) fossem inseridas nas políticas de assistência a pessoas com deficiências. Este ato

1 Musicoterapeuta (AMTRJ 537/1), flautista (OMB 34.965), graduada pelo Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário (2007; 2009). Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil pela Maternidade-Escola/UFRJ (2013). Musicoterapeuta da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência, Vila- Isabel. 2ª Vice-Presidente da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro (gestão 2014-2016). gabrielakoatz@gmail.com

2 Musicoterapeuta (AMTRJ 557/1), graduada pela Faculdade de Artes do Paraná em 2011, Musicoterapeuta da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência, unidade CIAD Mestre Candeia, 1ª secretária da Associação de Musicoterapeuta do Estado do Rio de Janeiro (gestão 2014-2016). contato: carla.lavratti@hotmail.com

transformou o perfil da clientela que passamos a atender: crianças com autismo no campo da habilitação/reabilitação.

Consideramos objetivos clínicos na terapia de crianças com autismo - tais como auxiliar a ampliação de canais de comunicação, estimulando a relação, sociabilidade e o subsequente desenvolvimento da linguagem verbal - para pensar de que maneiras a musicoterapia pode contribuir na reabilitação destes indivíduos. Este estudo teórico não visa se aprofundar acerca da teoria da musicoterapia ou sequer esclarecer o que é o autismo de maneira inédita, mas sim, considerar alguns pontos: 1) como as políticas públicas compreendem o cuidado de pessoas com TEA na reabilitação; 2) de que maneiras podemos pensar a relação entre música e linguagem no *setting* musicoterapêutico e 3) como crianças com TEA podem ser beneficiadas através da musicoterapia na Reabilitação.

Diretrizes e políticas públicas acerca dos cuidados ao portador de TEA

As primeiras descrições sobre o autismo foram caracterizadas por obsessões, ecolalias e estereotipias: sintomas relacionados aos fenômenos psicóticos e esquizofrênicos. Mais tarde surgiram descrições que colocaram o autismo como um déficit cognitivo e um distúrbio do desenvolvimento, apresentando desvios qualitativos na comunicação, na interação social e na capacidade em realizar jogo simbólico. Estas características são responsáveis “por um padrão de comportamento restrito e repetitivo, mas com condições de inteligência que podem variar do atraso mental até níveis acima da média” (PADILHA, 2008, p. 4). A interação social e a comunicação são ainda prejudicadas por alguns comportamentos não-verbais como o pouco ou nenhum contato visual direto, expressão facial, posturas e gestos corporais não convencionais. Mais recentemente, o termo Espectro do Autismo passou a nomear a condição clínica que engloba desde alterações cognitivas e/ou linguísticas até a neuro-comportamentais. Isso qualifica diversas combinações de sintomas que compõem a amplitude do espectro do autismo, auxiliando a compreensão dessa perturbação e as divergentes necessidades de cada indivíduo que se insere nesse espectro (FERNANDES; PONTE, 2013, p. 104). Gustavo Gattino relata em sua tese (2012)

haver dificuldades em padronizar o diagnóstico e suas respectivas classificações, uma vez que os padrões de comportamento e os níveis de habilidade social/comunicativa dos indivíduos com TEA são tão heterogêneos. Em sua tese, de acordo com os critérios diagnósticos mais recentes da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), o autismo faz parte de um espectro amplo de transtornos separado em três categorias: “transtorno autista ou autismo infantil, transtorno de Asperger e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (TGD-NOS)” (GATTINO, 2012, p. 20). Alguns estudos vêm revelando o autismo como uma desordem comportamental complexa de múltiplas etiologias e com grande variação em gravidade, partindo desde indivíduos não-verbais com deficiência intelectual grave a sujeitos com alto índice de QI (GATTINO, 2012). Tal amplitude de etiologias, sintomas e gravidades inerentes ao espectro do autismo caracterizam também a diversidade de possibilidades de abordagens terapêuticas e de possibilidades de tratamento para a população que sofre com o autismo.

Diante de esforços de certos movimentos sociais e com base na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2009), o governo brasileiro designou a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (Lei 12.764 de 27/12/2012), onde se concebe este indivíduo como Pessoa com Deficiência em todas as esferas legais. A Convenção compreende pessoas com deficiência como “aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2009). O Ministério da Saúde criou, então, as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) (BRASIL, 2013). Estas diretrizes propõem “orientações relativas ao cuidado à saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo, no campo da habilitação/reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência” (Brasil, 2013), bem como orientação de projeto terapêutico e apoio à família do portador do transtorno.

Conforme o Relatório Mundial sobre a Deficiência, definido pela OMS, reabilitação é “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (OMS, 2012, p.100). Inclui-se nesta definição, tanto as abordagens de reabilitação - “em que aqueles que tiveram perdas funcionais são auxiliados a readquiri-las” - quanto para habilitação, “que visa ajudar os que possuem deficiências congênitas ou adquiridas na primeira infância a desenvolver sua máxima funcionalidade” (OMS, 2012, p.100). A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência recomenda que no processo de reabilitação de um indivíduo: sejam elaboradas estratégias adequadas para sua rotina, e que o convívio no entorno social adquira e mantenha o melhor possível a independência física, mental, social e vocacional, tendo inclusão e participação nas relações vivenciais (OMS, 2012).

Música e linguagem no *setting* musicoterapêutico

O objetivo geral das terapias, segundo Clarice Moura Costa, é promover “o enriquecimento do modelo linguístico do paciente, a fim de possibilitar o enriquecimento de seu modelo de mundo e, conseqüentemente, dar-lhe opções mais saudáveis de vida” (COSTA, 1989, p. 59). Tendo em vista a importância do processo linguístico para a expressão da forma de estar no mundo de cada indivíduo, Clarice faz um paralelo entre a linguagem verbal e a musical, buscando esclarecer interpretações que a linguagem musical pode traduzir. Da mesma forma que a linguagem verbal é a organização de palavras que configuram as estruturas mais simples a fim de constituir frases que configuram estruturas mais complexas, a linguagem musical constitui-se da relação entre intervalos sonoros, timbres e durações combinadas entre si para formarem estruturas mais complexas, ou seja, ritmos, melodias e/ou harmonias que constituem o discurso musical (COSTA, 1989). Clarice destaca que, na chamada comunicação não-verbal,

são de fundamental importância para a expressão das relações ou dos afetos ligados a estas relações, [sic] as intensidades, as acentuações, as durações, as alturas que constituem “a música da fala” e que têm pontos de contato com a música propriamente dita. A principal diferença entre a fala e a música, sob este ponto de vista, é que a linguagem verbal é horizontal,

possuindo somente o aspecto melódico, enquanto a música se caracteriza por admitir, e até mesmo exigir, a verticalidade, ou seja, a harmonia. Tem, portanto, muito maior riqueza expressiva (COSTA, 1989, p. 63-64).

Dentre as possibilidades de interpretação da música, tanto para o intérprete que a executa quanto para o ouvinte (neste contexto, paciente/terapeuta em um *setting* musicoterapêutico), levamos em consideração aspectos como a história de vida pessoal, a subjetividade e a história sonoro-musical do indivíduo (COSTA, 1989; BENENZON, 1988). O intérprete “não é simplesmente um executante [da obra musical], e sim alguém que se engaja tanto na comunicação de um trabalho, como na expressão individual” (BARCELLOS, 2008, p. 26).

A narrativa do paciente, na Musicoterapia, estaria ancorada na sua história de vida, clínica e sonoro/musical, e seria contada/cantada/tocada/encenada para alguém, para expressar seu mundo interno e tendo o musicoterapeuta na escuta, dando-lhe suporte, interagindo ou fazendo intervenções necessárias para facilitar o desenvolvimento do processo terapêutico (BARCELLOS, 2008, p. 28).

É comum, por exemplo, ver crianças com autismo que já adquiriram propriedades da linguagem verbal isolarem-se diante do espelho e encenam histórias onde cantam, dançam e realizam performances completas, em volume pianíssimo e em um “dialeto” particular. A escuta verbal não permite compreender além do que se vê nesta cena corriqueira em atendimentos, já a escuta musical sob a perspectiva musicoterapêutica permite transformar este “monólogo” em um “diálogo musical” a partir da intervenção sonora provocada pelo musicoterapeuta. Este fenômeno tira a criança de seu isolamento e a traz para uma interação com o outro que também está presente naquele ambiente, possibilitando “o aparecimento de um linguajar peculiar ao *setting*” (SÁ, 2003, p. 165) através dos signos musicoterapêuticos ali produzidos. Isso porque

Através da recorrência e recursividade de ações corporais e de produções sonoras e musicais, que abrangem gestos físicos, sonoros e musicais, nasce um código particular àquelas interações, o qual vai sendo incorporado pelos participantes - paciente(s) e musicoterapeuta(s) - no decorrer do processo terapêutico. Um linguajar que poderá vir a incluir, ou não, a produção da linguagem verbal, o que dependerá substancialmente da estrutura fisiológica do paciente, da dinâmica de suas interações relacionais anteriores e ainda de suas próprias necessidades momentâneas (SÁ, 2003, p. 165).

Portanto, se a linguagem musical permite atribuição de amplas conotações ligadas à

área afetivo-emocional, tanto as funções expressiva quanto apelativa da música permitem a interação. Quaisquer conotações atribuídas à linguagem musical não são irrestritas e a interpretação delas é principalmente influenciada pelas vivências de cada indivíduo (COSTA, 1989). A (re)construção de sentido nas músicas criadas pelos pacientes em musicoterapia é uma missão difícil que deve considerar possibilidades de sentidos que veiculam conteúdos latentes tanto quanto manifestos. Em casos cujos pacientes não falam, não é possível atribuir uma interpretação absoluta da “mensagem” que o paciente transmitiu através de sua música. Cabe ao musicoterapeuta, então, fazer uma análise da estrutura musical, das repetições, dos motivos melódios, articulando a análise musical às histórias de vida, clínica e sonora do paciente - constituindo assim uma “análise musicoterápica” - para auxiliar nessa “[re]construção de sentido” (BARCELLOS, 2008, p. 35). A autora ressalta ainda que “por causa da natureza cinética da música, as unidades paradigmáticas significativas não podem ser projetadas sobre uma única lista de motivos, mas, sim, sobre uma pluralidade de listas” (BARCELLOS, 2008, p. 35). Por esse motivo, entendemos que o profissional musicoterapeuta é necessário na equipe multidisciplinar na reabilitação de crianças com autismo.

O autista no processo musicoterapêutico de reabilitação/habilitação

Em relação à comunicação, a musicoterapia possui meios facilitadores do processo da fala e da vocalização, estimulando o processo mental. Junto a isso, regula o comportamento sensório-motor, que com frequência está alterado no autista e, neste sentido, o aspecto rítmico da música reduz os comportamentos estereotipados; o ver, o ouvir, o tocar músicas permitem a participação ativa do autista e favorece o desenvolvimento dos sentidos (PADILHA, 2008). Dessa forma, alguns musicoterapeutas (TAYLOR; PAPERTE, apud RUUD, 1990; GATTINO, 2012) sustentam que a expressão não verbal de pessoas com o Transtorno do Espectro do Autismo é melhor compreendida na presença da música utilizada em musicoterapia, facilitando o acesso aos conteúdos internos do indivíduo. Cada indivíduo possui sua própria história sonoro-musical (BARCELLOS, 2008), que integra conteúdos internos que a constituem, suas relações sociais e familiares, muito além das

limitações impostas pelos sintomas de seu diagnóstico. A musicoterapeuta Leomara Craveiro de Sá defende “uma clínica voltada não mais para o autismo, mas sim para o autista” (SÁ, 2003, p. 125) e isto, vai ao encontro da nossa visão de tratar o indivíduo em suas individualidades, além das limitações do seu diagnóstico. Em um trabalho com musicoterapia onde a criança se envolve num contexto em que o fazer, a participação é o que importa e não o resultado dos seus rendimentos, sua forma de expressão e suas ações são respeitadas e valorizadas, gerando um sentimento de realização que desenvolve seus potenciais. A criança autista, ao ser levada a se centrar num trabalho dinâmico-motor que a divirta, sem perceber é conduzida, aos poucos, para uma consciência de si mesma. Esse caráter de livre expressão da música proporciona alívio e relaxamento na criança, o que contribui para desinibições, envolvimento social, respeito e consideração pelo outro, além de oferecer espaço para ampliar aprendizagens (PADILHA, 2008).

Havendo possibilidades para novos aprendizados, podemos observar prováveis mudanças na dinâmica estrutural da música trazida pela pessoa pois, como sugerem Taylor e Paperte (apud RUUD, 1990), estas alterações indicam também uma mudança na dinâmica estrutural das emoções, um dos aspectos comprometidos nas pessoas com o Transtorno do Espectro do Autismo. Ainda que a música traga todos os benefícios já citados, atentamos para as nuances do espectro do autismo que fazem com que não existam regras universais para a condução de abordagens e técnicas da musicoterapia. Assim, Padilha (2008) nos adverte que a mesma intervenção musical pode interferir positiva ou negativamente em diferentes pessoas com TEA:

A música pode ser um instrumento muito poderoso para romper padrões de isolamento ao prover um estímulo externo. Mas por outro lado, a terapia musical pode criar uma sobrecarga no sistema nervoso de algumas pessoas com perturbação do espectro do autismo, e aumentar as reações de autoestimulação (PADILHA, 2008, p. 74).

Considerando que o autismo apresenta várias etiologias, alguns estudos defendem que as causas para o transtorno são alterações neurológicas anatômicas, fisiológicas e químicas (GATTINO, 2012). Parte destas alterações “envolvem tanto funções cognitivas como funções sócio-emocionais no indivíduo, (...) relacionadas com dificuldades de

linguagem, assim como comportamentos repetitivos e estereotipados” (GATTINO, 2012, p. 24, 25). Há muito a se saber acerca do autismo, de sua etiologia e de prognósticos. Seja sua etiologia advinda de causas orgânicas ou psicogênicas, os musicoterapeutas acreditam nos benefícios do tratamento terapêutico realizado por meio de músicas e elementos sonoros com esta clientela específica. Nas causas orgânicas para o autismo, o respaldo a esta crença se dá nas “reações biopsicofisiológicas que o estímulo musical provoca no indivíduo e nas leis de compensação que regem as funções cerebrais - neuroplasticidade” (SÁ, 2003, p. 106). Lembrando que reabilitação é “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (OMS, 2012, p.100), a neuroplasticidade faz-se presente em qualquer processo de reabilitação, pois utiliza-se da capacidade que o sistema nervoso central possui de modificar algumas das suas propriedades morfológicas e funcionais em resposta às alterações ambientais e estruturais. Esse processo possibilita novos aprendizados, bem como altera o comportamento a partir do que foi aprendido (RIBEIRO, 2005, apud FERREIRA; SMITH, 2013). As intervenções terapêuticas são meios de estimular o cérebro dos pacientes em reabilitação, a fim de promover a neuroplasticidade. Para provocar tais alterações e alcançar os objetivos terapêuticos com crianças com autismo na musicoterapia, utilizamos como veículos de intervenção os sons e o fazer musical interativo.

Considerações

Após a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiências (BRASIL, 2009), o Congresso Nacional incluiu a pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) como sendo também um portador de deficiência (BRASIL, 2012). Portanto, pessoas com diagnóstico de TEA passaram a fazer parte dos mesmos programas de cuidados às pessoas com deficiência. O Ministério da Saúde criou então Diretrizes para orientar estes cuidados e a reabilitação/habilitação destes indivíduos (BRASIL, 2013), de modo que possam usufruir dos mesmos ambientes sociais que qualquer outro cidadão. Sendo assim, vemos o cuidado à pessoa com TEA dentro de um processo de reabilitação como assistência ao indivíduo e não apenas como o tratamento da doença e de seus sintomas exclusivamente.

A música como linguagem não-verbal se torna uma ferramenta terapêutica no trabalho de reabilitação com crianças com autismo, ampliando os canais de comunicação, estimulando a relação, sociabilidade e o subsequente desenvolvimento da linguagem verbal, objetivos estes comuns ao processo de reabilitação. A música trazida pelo paciente no *setting* musicoterapêutico atua como veículo de expressão dos conteúdos internos da pessoa (BARCELLOS, 2008). Em quaisquer de suas formas utilizadas na clínica, a música apresentada é carregada de sentidos atribuídos pelo paciente, ainda que de maneira inconsciente. Dessa maneira, o paciente se torna “o narrador musical de sua[s] história[s]” (BARCELLOS, 2008, p. 26). A comunicação não-verbal expressa relações e os afetos ligados a elas (COSTA, 1989). Na musicoterapia, o fazer musical possibilita a participação ativa da pessoa com autismo e favorece o desenvolvimento dos sentidos, de modo a regular o comportamento sensório-motor (frequentemente alterado no autista) e a reduzir os comportamentos estereotipados (PADILHA, 2008).

Desta maneira, a música no *setting* musicoterapêutico contribui para o envolvimento social, desperta noções de respeito e consideração ao próximo e abre caminho para outros aprendizados (PADILHA, 2008), necessários à integração do indivíduo com autismo na sociedade. Concluimos, portanto, que é possível oferecer um cuidado a pessoas com TEA, as inserindo no processo terapêutico de reabilitação que é facilitado por meio da musicoterapia. Torna-se essencial na equipe de reabilitação do autismo um profissional munido de repertório de intervenções sonoras não-verbais: o musicoterapeuta.

Referências bibliográficas

BARCELLOS, L. R. M. Musicoterapia e atribuição de sentidos: o paciente como narrador musical de sua[s] história[s]. In: OLIVEIRA, H.; CHAGAS, M. (Org.). **Corpo expressivo e construção de sentidos**. Rio de Janeiro: Mauad: Bapera, 2008. p. 23-54.

BENZON, R. **Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal**. Tradução de Ana Sheila M. de Urcochea. São Paulo: Summus, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf> Acesso em 09/12/2014.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. **DECRETO Nº 6949, DE 25 DE AGOSTO DE 2009**. Em: <<http://www.planalto.gov.br/>>

ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm> Acesso em 10/09/2015.

COSTA, C. M. **O despertar para o outro: musicoterapia**. São Paulo, Summus, 1989.

FERNANDES, P.; PONTE, F. Sons e Silêncios: a importância da musicoterapia em indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA, EDUCAÇÃO E CULTURA. DESAFIOS SOCIAIS E EDUCAÇÃO: CULTURAS E PRÁTICAS, 1º, 2013. Anais... Vila Nova de Gaia: Edições ISPGaya, 2013. Em: <http://pec.ispgaya.pt/edicoes/Atas_do_1_Congresso_Internacional_de_psicologia_Educacao_Cultura_2013.pdf#page=100> Acessado em 3/12/14

FERREIRA, M. de M.; SMITH, M. P. da C. **A musicoterapia na reabilitação de pacientes com paralisia cerebral**. SÃO PAULO: FMU, 2013. Em: <biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/monografia/TCC%20Michelle%20revisado%20em%20pdf.pdf> Acessado em 15/09/2015.

GATTINO, G. **Musicoterapia aplicada à avaliação da comunicação não verbal de crianças com Transtornos do Espectro Autista**: Revisão sistemática e estudo de validação, 2012. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56681/000860826.pdf?sequence=1>> Acessado em 3/12/14.

PADILHA, M. do C. P. **A musicoterapia no tratamento de crianças com perturbação do espectro do autismo**. Mestrado Integrado em Medicina, Covilhã: Universidade da Beira Interior Faculdade de Ciências da Saúde, 2008.

OMS. **Relatório mundial sobre a de ciência** / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012. Capítulo 4. [p.99-139] Em: <http://who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4_por.pdf> acesso em 08/09/2015.

RUUD, E. **Caminhos da Musicoterapia**. [Tradução: Vera Wrobel]. São Paulo, Summus: 1990.

SÁ. L. C. de. **A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia**. Goiânia: Ed. UFG, 2003.

10.1 - MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Pôster:

ADAPTAÇÃO DO IMTAP À REALIDADE DE UM CENTRO DE REABILITAÇÃO

Ivany Fabiano Medeiros¹
Alexandre Ariza²

RESUMO: O processo de avaliação oferece a visão de aspectos específicos do paciente relacionados ao processo terapêutico em um determinado momento. É importante tanto para o musicoterapeuta ter referência do desenvolvimento da pessoa, quanto para se comunicar com os familiares e profissionais afins com maior clareza. A ferramenta IMTAP – Individualized Music Therapy Assessment Profile –, por ser quantitativa, oferece uma visão mais direta dos ganhos do paciente, mostrando-se bastante ampla e eficaz. Este trabalho apresenta uma adaptação do IMTAP à realidade do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo em Goiânia. A ferramenta citada tornou-se interessante para essa instituição por abranger os principais critérios avaliados pela musicoterapia. Entretanto, devido ao grande volume de atendimento e ao pouco tempo para as evoluções, fez-se necessária uma redução dos itens abordados na ferramenta. As mudanças foram realizadas a partir de discussões considerando os objetivos de cada perfil. A ferramenta adaptada tem-se mostrado promissora na dinamização do processo de avaliação musicoterapêutica, mas ainda está em fase de implantação. Neste trabalho são mostrados alguns casos para ilustrar como tem favorecido maior segurança para os musicoterapeutas ao observar os ganhos do paciente.

Palavras-chave: Centro de Reabilitação. Musicoterapia. Avaliação Musicoterapêutica.

1 Graduada em Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás. (2009). Mestre em Música pela linha de pesquisa Música Educação e Saúde EMAC/UFG. Atua como musicoterapeuta no CRER e no Despertar Núcleo Educacional e Terapêutico. Contato: ivanyfmedeiros@gmail.com

2 Mestre em Música e Musicoterapeuta com Bacharelado em Musicoterapia - UFG. Formação em Psicoterapia Corporal - CORE Energetics Institute - NY/UNIPAZ – DF. Musicoterapeuta do CRER – Goiânia/GO. Consultor em Musicoterapia Organizacional com experiência em Treinamento & Desenvolvimento. Presidente da Associação Goiana de Musicoterapia - 2014/16. Professor do curso de Musicoterapia EMAC/UFG. alexarizabr@yahoo.com.br

ATUAÇÃO DA MUSICOTERAPIA NOS PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO DO CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO OSCAR CLARK

Adriana Costa¹
Alessandra Oliveira²

RESUMO: O presente trabalho mostra a importância da Musicoterapia nas Unidades de Deficiente Visual (UDV) e Neurológica Infante-Juvenil (UNIJ), programas de reabilitação do Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark (CMROC), onde se presta atendimento multidisciplinar e interdisciplinar a pessoas com deficiências sensoriais e motoras. A Reabilitação Visual promove o desenvolvimento funcional da visão e estimula a independência e autonomia nas atividades cotidianas melhorando a qualidade de vida. A UDV infantil e a Unidade Neurológica Infante-juvenil atendem de forma interdisciplinar estimulando o desenvolvimento global da criança com amaurose e baixa visão, com déficits motores e transtornos associados. A Musicoterapia utiliza a música e seus elementos como objeto intermediário da relação social, estimulação e mobilização; estimula percepções sensoriais; desenvolve a comunicação, a criatividade, a socialização; proporciona expressão de conteúdos internos levando a pessoa a perceber condições de reorganizar e redimensionar sua existência. Facilita o desenvolvimento integral do paciente. A Musicoterapia compõe a equipe interdisciplinar por estimular todas as áreas de forma concomitante, intra e interpessoalmente, facilitando e motivando o tratamento. A importância da Musicoterapia, há quatorze anos no (CMROC), é atestada pela evolução do paciente assistido, acelerando os processos de interdisciplinaridade e uma construção pautada na consonância das relações através do universo sonoro-musical.

Palavras-Chave: Musicoterapia, Reabilitação, Deficiências Sensoriais e Motoras.

1 Adriana Costa da Silva Formação: Graduação em Musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música Área de Atuação: Musicoterapeuta do Centro Municipal Oscar Clark-SIAD Email: adrianacostamt@gmail.com

2 Musicoterapeuta e Chefe da UDV do CMR Oscar Clark alemaia812@gmail.com

VIVER E NÃO TER A VERGONHA DE SER FELIZ. A MUSICOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Marly Chagas¹

RESUMO: Esse trabalho, baseado nas concepções da subjetividade como processo de produção de si, relata a experiência do atendimento a Valter, um homem com 50 anos portador de um Glioma de tronco cerebral, situado na ponte, que passa gradativamente da condição de um portador de doença grave aos cuidados paliativos. É utilizada a compreensão das concepções de Corpo sem Órgãos, territorialização e desterritorialização da existência, parte do referencial teórico de Deleuze e Guattari e da musicoterapia em cuidados paliativos de Petersen. A musicoterapeuta criou condições de comunicação e produção de si, através de mecanismos tecnológicos que possibilitam encontros sonoros, até quando, aparentemente, só havia silêncio. Utilizou-se como aparato tecnológico o laptop para acessar canções e um quadro branco com pincéis atômicos coloridos. As relações terapêuticas baseadas na potência das canções escolhidas possibilitaram conexões novas e experimentações expressivas e subjetivas tanto do sujeito quanto dos que o cercam em todos os momentos da vida.

Palavras-Chave: Musicoterapia. Cuidados Paliativos. Tecnologias. Produção de Subjetividade.

Recebi Valter² em meu consultório em outubro de 2013, para sessões semanais de musicopsicoterapia. Portador de um tumor de tronco cerebral, foi indicado por uma colega que conhece meu trabalho com pacientes portadores de doenças graves. Valter chegou sabendo seu diagnóstico há aproximadamente quatro meses. O tumor mostrou-se repentinamente, através de uma inesperada tontura e zumbido nos ouvidos. Desde então, modificou completamente a sua rotina de vida. Licenciado de sua atividade laboral, professor de educação física, teve seu corpo e sua imagem corporal devastados pela doença. O tratamento de radioterapia provocou queda em parte de seus cabelos fartos e longos. A própria condição da enfermidade impunha um caminhar trôpego e retirava de seus músculos a força que conhecia e, até então, o subjetivara. Ele fora um homem bonito, forte, amoroso com sua família e amigos. No entanto, agora, nenhum dos conhecidos aspectos físicos o caracterizava mais.

¹ Musicoterapeuta (CBM-CEU), psicóloga (UFF), doutora e mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (UFRJ). Especialista em Psicooncologia. Professora da Pós-graduação em Musicoterapia do CBM-CEU, FACHO. Presidente da Associação de Musicoterapia do Estado Do Rio de Janeiro gestão 2014-2016. marlychagas@hotmail.com

² O nome é fictício

Sua comunicação expressiva e sua cognição estavam preservadas. Gostava de música e a consumia constantemente, ouvindo, cantando ou dançando. A sua situação emocional no início da terapia era de bastante ansiedade, incomodado com as suas limitações e fazendo todo o possível para a redução do tumor e a busca da cura. Valter era casado com uma mulher igualmente linda, um casamento de companheirismo no qual formou uma família com filhos trigêmeos de 17 anos. A vivência de uma terapia musical foi uma surpresa para ele. O estranhamento clínico, confessado após algum tempo, fora o da própria clínica. Tocar e cantar lhe parecia uma experiência esquisita e inútil. Outro grande estranhamento era o propiciado pela nova condição estabelecida em seus territórios de existência: o corpo deselegante e feio.

Começamos com a musicoterapia, a construção de um novo conhecimento de si. Um saber que não passava pela agilidade e pela beleza de padrões estéticos que antes valorizava. A sua proposta de se cuidar, a sua curiosidade a respeito de si mesmo e do outro o levaram adiante na empreitada. Valter aceita a experimentação do corpo, dos instrumentos musicais, da expressividade manifesta através de canções. O som do piano e a descoberta do grave dos tambores foram vividos em um estado de extrema concentração. Parecia-me que esses sons entravam por sua pele e iam procurar um lugar especial onde a angústia se dissolvia e outras sensações eram experienciadas, tal a concentração vivida nesses momentos. Desterritorialização e reterritorialização da dor e dos sentidos.

A emoção, durante muitos meses, pegava Valter de assalto. Chorava frequentemente quando se emocionava. A falta de controle sobre as lágrimas o incomodava muito. O seu tumor - um Glioma de tronco cerebral, situado na ponte, comum em crianças e mulheres é muito raro em homens - era por ele citado como a causa provável de suas lágrimas. Nas sessões de musicopsicoterapia, Valter foi aprendendo a aceitar seu pranto, a respirar sua angústia, a sonorizar os sentimentos, a sentir seus pés colocados sobre o chão e encontrar a força de suporte para a própria emoção.

Na primeira fase da terapia, a canção escolhida era frequentemente *Todo Azul do Mar*, de Venturini e Arantes, música que simbolizava a sua relação com a esposa. Nas

sessões cantávamos, ou ouvíamos a música através do som do laptop. Parecia-me que mesmo ao ouvir, Valter cantava. Vivenciava a música não só como consumo estético, mas com profundo envolvimento expressivo.

Guattari, em *Caosmose* relata que, na Clínica de La Borde, o que importa

não é unicamente o confronto com uma nova matéria de expressão, é a constituição de complexos de subjetivação: indivíduo-grupo-máquina-trocas múltiplas, que oferecem à pessoa possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e, de alguma forma, de se re-singularizar.(1992p16)”

Valter investiu em novas conexões, a música cada vez mais presente. Percebi que a escuta e o acompanhamento, com nossas vozes, das músicas pedidas por ele no meu laptop, trazia-lhe muita satisfação. Produzia recomposições de sua corporeidade existencial. Cantar, era re-singularizar.

As trocas múltiplas que Valter estabelecia com a música, foram vivenciadas diversas vezes. Por ocasião do Natal de 2013, nas reuniões de suas famílias – em Minas e no Rio - ele escreve um texto de agradecimento pelos desafios impostos durante o ano e, reafirmando a esperança e a luta. Diz ao final “Tenho feito uma terapia em que a música é muito importante e tenho aprendido que ela pode nos ajudar, por isso proponho que cantemos juntos Carinhoso” (Pixinguinha e João de Barro). De outra feita, no aniversário de 90 anos de sua sogra envolve-se em participação especial nos festejos. Como não podia comprometer-se com atividades que exigissem movimentação corporal, congrega a família: crianças, jovens e adultos para cantarem em homenagem a velha senhora. Escolha uma canção que possa falar a ela, “Como é grande o meu amor por você”, de Roberto e Erasmo Carlos. O resultado é a satisfação de todos com a homenagem. Valter confronta-se com uma nova matéria de expressão e põe em movimento o complexo formado por ele-família-música-trocas múltiplas.

Por ocasião do Carnaval de 2014 foi à Minas, na cidade em que residia sua família. Lá, era parte integrante da uma Escola de Samba. Naquele não haveria desfile por razões econômicas locais, mas a festa continuava sendo contagiante. Para facilitar a sua

locomoção, comprou um patinete eletrônico. Fantasiou-se e divertiu-se. No entanto, o desequilíbrio, continuava. Alguma paralisia se instalava.

No segundo semestre de 2014, ao contrário das grandes expectativas de Valter, o tumor continuou a crescer. Utilizando toda a potência de suas forças fracas, ia ao meu consultório agora duas vezes por semana. Chegava de taxi e voltava a pé os 2 km de distância do consultório à sua casa. Contava para esse exercício de preservação da vida vibrante, com a ajuda de seus familiares. Foi assim que conheci a esposa, os filhos, o pai, algumas cunhadas. O caminho de volta, embora curto em outras épocas, transformava-se em uma longa caminhada proporcionadora de conversas, cuidados, expressões amorosas em todas as direções.

Nessa fase, a segunda de nosso processo, cantar e tocar não eram mais mistério. As canções surgiam nas construções de novas subjetividades (CHAGAS, PINTO M., 2007). Valter conheceu uma maneira de apreender outros processos de produção de si através das músicas que chegavam à sua mente. O que cantava, dedicava a alguém ou a alguma situação. “Todo azul do mar” continuava presente, como presente era sempre o amor pela esposa e pelos filhos.

Entrava em contato com a nova tarefa existencial: impedir o crescimento do tumor, e não mais a expectativa da cura. A ingesta de corticoides tornou seu corpo ainda mais distante do porte atlético que possuía antes da doença. Valter conseguia experienciar as sensações de um corpo que existia atrás daquela massa de gordura. Produzia um Corpo sem órgãos saudável e forte que sabia existir atrás, dentro, apesar do tumor.

Para além do organismo, mas também como limite do corpo vivido, há o que Artaud descobriu e nomeou: corpo sem órgãos. ‘O corpo é o corpo Ele é único E não precisa de órgãos O corpo nunca é um organismo.’ Os organismos são os inimigos do corpo. O corpo sem órgãos opõe-se menos aos órgãos do que a essa organização de órgãos chamada organismo. É um corpo intenso, intensivo. É percorrido por uma onda que traça no corpo níveis ou limiares segundo as variações de sua amplitude. O corpo não tem portanto órgãos, mas limiares ou níveis. (DELEUZE, APUD Zourabichvili, 2004, p30)

Valter experienciava simultaneamente potências e limites. Reinventava-se a cada dia.

Nas saídas de sexta-feira com a esposa, descobriu o prazer da cerveja sem álcool. Reunia amigos em sua casa, procurava por outras concepções de espiritualidade que o colocavam mais perto de humanos que vibravam por ele e manifestavam o carinho por sua existência. Provocava encontros com seus pais e irmã, explicitava a necessidade de cuidados a sua família. Esforçava-se, ao máximo, para continuar com os pequenos mimos cotidianos que oferecia a sua esposa; para permanecia atento a tarefa de educar seus filhos. As canções evocadas - cantadas e escutadas no laptop - iam acompanhando essas mudanças

Ah! Se o mundo inteiro me pudesse ouvir /Tenho muito pra contar/ Dizer que aprendi/E na vida a gente tem que entender/Que um nasce pra sofrer/ Enquanto o outro ri/Mas quem sofre sempre tem que procurar/ Pelo menos vir a achar/Razão para viver/Ver na vida algum motivo pra sonhar/ Ter um sonho todo azul/Azul da cor do mar

O mar sempre foi uma experiência de revitalização: escutar, sentir e ver o mar. Mergulhar com a ajuda dos filhos. O mar chegava nas sessões de musicoterapia e nas reinvenções de si: *“quem sofre tem que procurar pelo menos vir a achar razão para viver”*.

O tumor continuava seu crescimento como consequência, sua locomoção ainda se tornou mais difícil, a surdez aumentava. No início de 2015, passei a atendê-lo em casa. É a terceira fase de nosso trabalho. Nessa ocasião, dedica uma canção a sua doença:

Você é meu caminho/Meu vinho, meu vício/Desde o início estava você/Meu bálsamo benigno/
Meu signo, meu guru/Porto seguro onde eu vou ter/Meu mar e minha mãe/Meu medo e meu champanhe/Visão do espaço sideral/Onde o que eu sou se afoga/Meu fumo e minha ioga/
Você é minha droga/Paixão e carnaval/Meu zen, meu bem, meu mal

O laptop torna-se instrumento de trabalho indispensável em nossas sessões de musicoterapia. Levo para a sua casa também um tambor, que deixo com ele para que toque quando quiser. Seu som é grave, e algumas vezes tocamos juntos. Tocar em casa o tambor, durou pouco tempo. A cada dia mais surdo, articulando mal as palavras, acompanhava cantarolando a música que cantávamos através da letra que se desenrolava na tela do computador. Repetia a música cantando com emoção. Traçava relações com a doença, pessoas festas e amores. A cadeira de rodas chega como um meio de transporte para facilitar a vida.

No início de janeiro completou 22 anos de casamento. Contou-me , na sessão, a importância da data. Que música ele dedicaria a essa relação? Cantamos. À noite, quando a esposa chegou do trabalho, recebeu flores e a canção surgida na terapia: *“Começaria tudo outra vez, se preciso fosse, meu amor. A chama em meu peito ainda queima, saiba , nada foi em vão¹ .”*

Completou 50 anos no fim de janeiro de 2015. Na festa ao ar livre, na praia, com a presença da família, amigos e do estandarte da Escola de Samba miniera , que tanto amava, combinou com a sua irmã que cantariam para todos a música que representava o que sentia atualmente em relação a sua enfermidade: Meu bem, meu mal (Caetano Veloso). *“De onde o que eu sou se afoga, meu fumo e minha iog, v”ocê é minha droga.* Nesse aniversário, começa a articular com a família a sua ida a Minas para o Carnaval. Vive na expectativa da próxima festa e, agora será a que ele mais gosta, “paixão de carnaval”. Consegue, a custo, a anuência de sua esposa e conta com muitos auxílios para que vá viajar: cuidadores, cunhados, carro, filhos e genro.

Valter vai para o Carnaval com a condição de voltar mais cedo. Metade da festa lá. Metade da festa em casa. Em Minas, fantasiado de Ferradron - uma enorme caixa de remédios presa à cadeira de rodas - sai para a folia. Na metade do carnaval passada no Rio, vai à rua para participar dos blocos cariocas que passam na porta do edifício aonde mora. Sua esposa canta as marchinhas articulando bem as palavras e olhando para ele. A essa altura, todos entendem que Valter pode cantar, ainda que com os olhos.

O agravamento de seu quadro faz com que ele deseje uma reunião com toda a família. Conversa comigo sobre o que quer fazer: pedir a todos que não prolonguem seu sofrimento. Não quer ser entubado, não quer viver daquela maneira muito tempo. Não vai aguentar a vida de sofrimento. Para ele viver é muito mais. Pergunto pela música que serviria a esse momento, imediatamente Gonzaguinha traduz com precisão o que deseja

¹ GONZAGUINHA, Começaria tudo outra vez.

*Viver, e não ter a vergonha de ser feliz/Cantar (e cantar e cantar) a beleza de ser um eterno aprendiz/Eu sei que a vida devia ser bem melhor e será/Mas isso não impede que eu repita
É bonita, é bonita e é bonita.
E a vida?/E a vida o que é diga lá, meu irmão?/Ela é a batida de um coração?/Ela é uma doce ilusão?/Mas e a vida?/Ela é maravilha ou é sofrimento?/Ela é alegria ou lamento?
O que é, o que é meu irmão?
Há quem fale que a vida da gente/É um nada no mundo/É uma gota, é um tempo
Que finda num segundo,/Há quem fale que é um divino/Mistério profundo/
É o sopro do criador/Numa atitude repleta de amor/Você diz que é luxo e prazer;
Ele diz que a vida é viver;/Ela diz que o melhor é morrer,Pois amada não é
E o verbo sofrer.
Eu só sei que confio na moça/E na moça eu ponho a força da fé/Somos nós que fazemos a
vida/
Como der ou puder ou quiser/Sempre desejada
Por mais que esteja errada/Ninguém quer a morte
Só saude e sorte
E a pergunta roda/E a cabeça agita/Fico com a pureza da resposta das crianças
É a vida, é bonita e é bonita*

Na reunião da família e de amigos mais próximos, pede para que eu esteja e o ajude a canta “ O que é , o que é”. Estive presente. Todos cantamos com ele. Valter realiza com música o que Guattari chama de carimbos existenciais, que acontecem na travessia das regiões do ser e dos modos de semiotização singulares

O que se afirma por ocasião dessa travessia das regiões do ser e dos modos de semiotização são traços de singularização - espécies de carimbos existenciais - que datam, “acontecem-talizam”, “contingenciam” os estados de fato, seus correlatos referenciais e os Agenciamentos de enunciação que lhes correspondem. Esta dupla capacidade dos traços intensivos de singularizar e de transversalizar a existência, de lhe conferir, por um lado uma persistência local e, por outro, uma consistência transversalista - uma transistência -, não pode ser plenamente captada pelos modos racionais de conhecimento discursivo. Ela só pode ser dada através de uma apreensão da ordem do afeto, uma captura trans-ferencial global. O mais universal se encontra aqui ligado à facticidade a mais contingente; a mais solta das amarras ordinárias do sentido se encontra aqui ancorada à finitude do ser-aí.(1999, p180)

Valter inventa essa transistência, essa insistência que escapa a qualquer falatório discursivo. Encharca-se de afeto. A finitude de seu ser bate-lhe a porta, mas Valter não entende assim... Não deseja o sofrimento, mas não crê que a morte está próxima.

Com a evolução da doença, a surdez se instala completamente. A articulação de palavras é cada vez mais comprometida. Seus médicos avisam a família que Valter entrou em cuidados paliativos. Mas não avisam a Valter. Trago de presente para ele um quadro branco, com pilotos coloridos e apagador, específicos para o quadro. Começa uma nova

fase de interação tanto comigo, quanto com sua família. Valter pode escrever, conversar, perguntar, pedir música. Revela-me: o quadro é um sucesso!

A angústia de perceber-se com tantos limites e sem vislumbrar possibilidade de saída é desesperador para ele. Escreve para mim “não dá pra ser feliz”. Pergunto-lhe se é música, Diz-me que sim. Mais uma vez, Gonzaguinha.

*Um homem também chora/Menina morena/Também deseja colo/Palavras amenas
Precisa de carinho/Precisa de ternura/Precisa de um abraço/Da própria candura
Guerreiros são pessoas/Tão fortes, tão frágeis/Guerreiros são meninos/No fundo do peito/
Precisam de um descanso/Precisam de um remanso/Precisam de um sono/Que os torne
perfeitos
É triste ver meu homem/Guerreiro menino/Com a barra do seu tempo/Por sobre seus
ombros
Eu vejo que ele berra/Eu vejo que ele sangra/A dor que tem no peitoPois ama e ama
Um homem se humilha/Se castram seu sonho/Seu sonho é sua vida/E vida é trabalho
E sem o seu trabalho/Um homem não tem honra/E sem a sua honra/Se morre, se mata/
Não dá pra ser feliz*

Cantava, balbuciava expressava-se ao acompanhar a música que se desenrolava no laptop. Eu escolhia uma possibilidade de link que apresentasse a letra e a música cantada em algum show. Silenciosamente, ele cantava. Apontava a parte que gostaria que eu repetisse, move a cabeça afirmativamente. “ E sem o seu trabalho, um homem não tem honra.”

A experimentação musical de Valter, ecoa na percepção de Petersen , em seu trabalho com pacientes em cuidados paliativos e musicoterapia

Quando o paciente se encontra impossibilitado de se comunicar, outras formas de participação podem envolvê-lo: acompanhar a música com instrumentos de fácil manuseio, apenas ouvir e se beneficiar dos oferecimentos e reflexões que possam ser feitas a partir da música. Oferecimento de uma canção recriada, improvisada, apenas vocalizada, é uma estratégia cuidadora, íntima , de comum-união (comunhão); é uma forma de garantir ao paciente que ele não está sozinho. (PETERSEN, E, 2012, pp65-66)

Um dia, em que estava extremamente impaciente com seus limites, perguntei se modificaria o seu cenário emocional se ele tivesse pouco tempo de vida. Me disse que modificaria sim, mas que acreditava que o suplício ainda duraria muito tempo. Eu disse-lhe achava que não, seu fim estava próximo. Surpreendeu-se. Para ele estava longe o fim. A

difícil presença era o incômodo. Um dia, a conversa escrita sobre finitude leva às impressões sobre emoção e espiritualidade. Escreveu: “Ar. Não sei se creio. Posso não crer?” Circulo, com a caneta, as palavras poéticas e dou um título Espiritualidade. Coloco o seu nome como autor. Digo-lhe que o que escrevera pode ser música, Improviso algo que ele acompanha sem ouvir e escreve no quadro;UAU!

Em uma de nossas últimos encontros, quando conversávamos um pouco com palavras no quadro branco, ele narrando o desconforto dos dias, escreve-me: arrebita! Eu faço sinal da dança portuguesa e ele me confirma. Sim, era essa a música: *Ah, cachopa se tu queres ser bonita, arrebita, arrebita, arrebita*. Escrevo a palavra ancestrais... ele nega com a cabeça, e escreve italianos. Faço uma expressão de não compreender... Ele me escreve a seguinte frase “Se quero viver, tenho que arrebitar”. Rimos, cantamos e dançamos com os braços levantados, a música da seu enorme amor a vida, da singularização original, da produção de si: *“Se queres ser bonita, arrebita! Arrebita! Arrebita!”*

O seu estado de saúde, cada vez mais comprometido, impôs uma internação que se prolongou até o seu falecimento. Estive no hospital duas vezes. Na primeira visita, estava consciente. A outra vez, já estava em coma induzido, a família cercando seus últimos momentos de carinho. Eram dezesseis horas de um dia de maio de 2015. A sua respiração era ofegante, típica dos estágios terminais. Ofereci-me para cantar. Todos aceitaram. Já conheciam a nossa forma de trabalho. A esposa pediu *O que é, o que é*. Cantamos. Imediatamente passei a cantar acalantos. Sabia que os processos de subjetivação, agora, levariam Valter a outras paragens. Os acalantos o ajudariam a essa passagem entre os territórios existenciais do mistério e aliviariam a dor dos que aqui ficavam... Cantei aproximadamente meia hora. “Nossa senhora faz meias, com linhas feitas de luz. *O novelo é a lua cheia as meias são pra Jesus*”¹. Sua respiração acalmou-se visivelmente, ficando tranquila daquele momento até às 2h da manhã do dia seguinte, quando faleceu ao som de sua esposa que cantava agradecendo pela sua vida, que nunca teve a vergonha de ser feliz.

1 Acalanto gravado por Bia Bedran no CD Acalanto. A música é uma variação de um fado de Antônio Nobre.

Tendo estabelecido um relacionamento terapêutico de confiança, nos cuidados paliativos Valter pode expressar, com as canções e graças a tecnologias diversas - o laptop e o quadro branco de escrever- ideias, angústias, conflitos e esperanças . Conseguiu reinventar a vida mesmo na imobilidade e no silêncio, produzindo, até o fim, formas sonoras de amorosidade.

Valter foi cremado e suas cinzas jogadas em uma linda praia, em um dia em que o azul do céu se confundia com o azul do mar. Tal qual a canção tantas vezes cantada “ *Daria pra beber todo azul do mar, foi quando eu mergulhei no azul do mar...*”

Referências bibliográficas:

CHAGAS, PINTO, M. **Processos de subjetivação na música e na clínica em musicoterapia**. Tese de doutorado. Orientadora Dra Rosa Pedro. Programa EICOS. IP. UFRJ. 2007

GUATTARI, FÉLIX. **Caosmose**. Um novo paradigma estético. São Paulo: ed.34; 1992.

GUATTARI, F. Da produção de subjetividade . In Parente, André (org) **Imagem Máquina**. A era das tecnologias do virtual. 2ª reimpressão 2004, 1ª edição 1993 total 300 p – 177 –191

PETERSEN, E. Buscando novos sentidos à vida: musicoterapia em cuidados paliativos. In **Revista HUPE**, vol 11, n 2, abril-junho, 2012, PP 63-69. Pesquisada em julho de 2015 em http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=32

ZOURABICHVILI, FRANÇOIS- **O Vocabulário de Deleuze**. Tradução André Telles. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Conexões, 2004

11 - MUSICOTERAPIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAD E CAPS AD

Comunicação Oral:

EXPERIÊNCIAS EM MUSICOTERAPIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DE VITÓRIA, ES.

Djaldea Rosângela Felix Fernandes¹
Alexandre Geraldo Nunes de Araújo²

RESUMO: A musicoterapia como prática terapêutica está incluída no quadro de atendimentos do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS-AD de Vitória, ES, integrando a rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde-SUS. Esta prática terapêutica no campo da saúde mental é reconhecidamente eficaz, pois trabalha estimulando os aspectos bio-psico-sociais e espirituais da pessoa, utilizando-se dos elementos da música e da possibilidade de utilizar o som potencializando a comunicação não verbal. O CAPS-AD é formado por uma equipe multidisciplinar onde são desenvolvidas ações específicas em cada campo do conhecimento, bem como atividades interdisciplinares, vislumbrando também a transdisciplinaridade. O objetivo é incentivar o indivíduo a ressignificar a sua vida, facilitando-o a fazer novas escolhas. O presente estudo relata a experiência das atividades em musicoterapia, que são potencializadas por outras práticas oferecidas no serviço. Os atendimentos musicoterápicos são realizados em sessões individuais e grupais, articuladas a outras práticas oferecidas no serviço. Atualmente, lutamos por ampliar os atendimentos em musicoterapia com dependentes químicos para além do CAPS-AD, realizando atividades nas unidades de saúde da família do município, e promovendo uma articulação com outros equipamentos sociais existentes.

Palavras-Chave: Musicoterapia. Transdisciplinaridade. CAPS AD. Saúde Mental.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa a descrever a forma como a Musicoterapia foi inserida no contexto de atendimentos terapêuticos oferecidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Vitória – CAPS-AD Vitória –, localizado no município de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, que é organizado dentro da visão psicossocial e do estabelecimento de redes de cuidado e atendimento em conjunto com outros aparelhos sociais, sejam públicos ou privados.

¹ 50 Musicoterapeuta, licenciada em música. Especialista em Dependência Química; Saúde Mental e Atenção Psicossocial ; Saúde do Idoso.. Trabalha no Centro de Reabilitação Física do ES (CREFES) e no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-Ad) do município de Vitória/ES. É membro da Equipe Técnica de Basquetebol em Cadeira de Rodas do ES. djaldea.felix@gmail.com

² Musicoterapeuta atuando na Clínica Travessia, em Vitória/ES. Professor-adjunto da Faculdade de Música do Espírito Santo (FAMES). Tem experiência na área de Artes com ênfase em Música, atuando principalmente com Musicoterapia, musicalização infantil, prática de conjunto regional e prática de conjunto em musicalização infantil (flauta doce, percussão, ukulele e violão).

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O homem é a mais misteriosa de todas as experiências. É por isso que a arte e a ciência se esforçam para fazê-lo inteligível. (DOLZHANSKY, 1962).

Durante todo o período da existência humana tem-se tentado entender o que acontece com o homem e com o que o cerca. Tem-se tentado explicar os fenômenos que lhe acometem e que vivencia. Entender o que é saúde, doença, o que é viver, o que é morrer, o que escolher e o que ignorar, o que é normal e o que não é e, finalmente, como definir normalidade.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2014) define saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença”. Fortes (2010) afirma, que o conceito de saúde mental abrange, entre outros, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional do ser humano.

Estimativas recentes apontam para um aumento considerável de pessoas em sofrimento mental, neurobiológico ou psicossocial e também problemas advindos do uso e abuso do álcool e outras drogas. (FORTES, 2010).

O campo da Saúde Mental brasileira vem sofrendo grandes transformações desde o final do século XX, em suas políticas, na organização dos serviços e nas práticas de saúde. Constitui-se então, um novo modelo para a atenção em Saúde Mental, pautado nos direitos humanos e na defesa e exercício da cidadania. Este novo modelo tem por base a atenção psicossocial. (CAMATTA et al., 2011).

O paradigma da psiquiatria tradicional é então substituído pelo conceito de reabilitação psicossocial. Foram então criados serviços que buscavam a reinserção social dos pacientes que apresentavam algum transtorno mental. Estes serviços opunham-se ao modelo de tratamento que vigorava anteriormente, o modelo manicomial. (SILVA & AZEVEDO, 2011).

3 A MUSICOTERAPIA NA SAÚDE MENTAL

A Musicoterapia é a “utilização do som (inclusive ruído) e da música (receptiva ou criativa, gravada ou ao vivo) em uma relação terapêutica para fins reeducativos”. (LECOURT apud BRUSCIA, 1993).

De acordo com Bruscia (1993), a Musicoterapia não é uma série aleatória de experiências ou um processo não planejado de resultados meramente casuais, mas sim um processo sistemático. Ela sempre tem um propósito e demanda tempo para que cliente e terapeuta possam formular os objetivos específicos para o trabalho em conjunto. A Musicoterapia por natureza, independentemente dos objetivos e da orientação, envolve interação, tanto entre o cliente e o terapeuta, quanto entre os clientes.

4 A MUSICOTERAPIA NO ESPÍRITO SANTO

A Musicoterapia chegou ao Espírito Santo oficialmente no início dos anos 1990, com o retorno da musicoterapeuta Ana Maria Moretzhsen ao Estado após o término do curso de graduação realizado no Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro (CBM/RJ) em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Em 1993 chegaram ao ES os musicoterapeutas Alexandre Araújo, Djaldéa Fernandes e Luciana Zippinotti, que em conjunto com Ana Moretzhsen desempenharam importante papel no esclarecimento e divulgação da prática, particularmente no ambiente clínico e terapêutico.

Os quatro musicoterapeutas procuraram se inserir no mercado criando espaços de trabalho no âmbito de clínicas particulares ligadas ao tratamento de crianças com atraso de desenvolvimento, centros de reabilitação física e comunidades terapêuticas para tratamento de dependentes químicos.

Passos importantes para o estabelecimento da profissão no Estado foram: (a) o início do atendimento particular em Musicoterapia, por Ana Maria Moretzhsen, com a abertura do primeiro espaço destinado a crianças portadoras de diferentes tipos de

patologia; (b) a criação, em 1994, de uma vaga de Musicoterapeuta na Secretaria de Estado da Saúde (SESA), por meio de concurso público, fato que definiu a inserção do ofício no sistema público estadual de saúde, para a qual se habilitou a musicoterapeuta Djaldéa Fernandes; (c) estabelecimento do consultório de Musicoterapia na Clínica Espaço Aberto no qual atuaram Ana Moretzhsen, Alexandre Araújo e Luciana Zippinotti; (d) estabelecimento do atendimento musicoterápico, por Alexandre Araújo, na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Vitória a partir de 1994; (e) desenvolvimento de atendimentos, por Alexandre Araújo, com grupos de APAE's no interior do Estado por meio da Federação Nacional de APAE's no Espírito Santo (FENAPAE/ES); (f) atendimento musicoterápico de adolescentes dependentes químicos, por Djaldéa Fernandes, no espaço cultural Núcleo de Dança e Cia.

Um primeiro e importante movimento de coalizão entre os profissionais foi a Maratona de Musicoterapia realizada no Instituto Capixaba de Estudos Neuropsicomotores (ICEN) em 16 abr. 1994, com a participação dos musicoterapeutas Ana Maria Moretzhsen, Alexandre Araújo e Djaldéa Fernandes. Este encontro despertou entre os participantes o desejo de realizar a especialização em Musicoterapia oferecida pelo CBM/RJ, que a esta altura já era uma realidade. Dentre estes participantes destacamos a pianista Heloisa Scheidegger, a organista Priscila Souza, o cantor e violonista João Schmidt e o bailarino e ativista cultural Edgar Dórea Gark.

Em 1996 a Musicoterapia é inserida no contexto de trabalho da estrutura institucional pública relacionada à psiquiatria clínica com o estabelecimento da prática musicoterápica no extinto Hospital Adauto Botelho juntamente com outras modalidades de atenção terapêutica (Psicologia, Serviço Social, Psiquiatria e Educação Física). Neste mesmo ano o musicoterapeuta Alexandre Araújo recebe convite para desenvolver uma oficina de Musicoterapia no Manicômio Judiciário estadual.

A partir de 1999, alguns CAPS' começaram a admitir musicoterapeutas, como os de Vitória (à época chamado CAPS Ilha) e de João Neiva, que contrataram Alexandre Araújo. Neste mesmo período começam a atuar ES as musicoterapeutas Solange Pinheiro e

Berenice Rosa. Neste mesmo período, o Estado do ES realizou o segundo concurso público para Musicoterapia, abrindo vaga no Hospital Adauto Botelho.

Em 2003 chega ao ES a musicoterapeuta Dra. Telma Sydestrinker, para atuar como professora no curso de Artes da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Em 2005 a Dra. Telma organiza, por meio da UFES, o primeiro curso de pós-graduação em Arteterapia com ênfase em Musicoterapia, curso que atraiu bom número de alunos.

Em 2006, o musicoterapeuta Alexandre Araújo passa a atuar como profissional de designação temporária (DT) no CPTT Vitória até o ano seguinte, quando foram oferecidas, por meio de concurso público, três vagas para musicoterapeutas na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Na ocasião, foram efetivados Djaldéa Fernandes e Antônio Arruda no CPTT e no recém-fundado CAPSI, respectivamente.

A prática musicoterápica ganhou respeitabilidade no Estado, carecendo, no entanto, de reconhecimento. Mesmo após vinte e cinco anos de prática da Musicoterapia no ES, a atividade manteve-se circunscrita, no âmbito do serviço público, exclusivamente na área de saúde mental.

É importante destacar, que no setor público, a profissão conta com apenas quatro musicoterapeutas atuando no sistema de saúde no município de Vitória (CAPS') e apenas um na esfera de saúde estadual (Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo – CREFES).

Há ainda que se observar, que aproximadamente 1.500 atendimentos musicoterápicos são realizados anualmente no município de Vitória, uma vez que parte destes atendimentos são feitos em grupo, e que a demanda por estes atendimentos não para de crescer.

5 A MUSICOTERAPIA NO CAPS-AD VITÓRIA

Na esteira do movimento da luta antimanicomial no ES, a partir de 1994, e com a fundação do CAPS Ilha, do CPTT e da transformação inicial do Hospital Adauto Botelho, a

utilização das artes como meio de expressão e ferramenta terapêutica a estas associadas, passaram a fazer parte da estrutura de atendimento de saúde no serviço público capixaba.

Em 1995, o município de Vitória, pioneiro no oferecimento de atendimentos terapêuticos baseados na música, contratou o músico José Antônio Monteiro para ministrar oficinas de música no CPTT. Já em 1999, o musicoterapeuta Alexandre Araújo foi contratado pelo município como “oficineiro” de música para prestar atendimento terapêutico no CAPS Ilha.

O musicoterapeuta Alexandre Araújo reativa as atividades na instituição e, ao transferir-se para as atividades de inclusão musical junto a Secretaria de Estado da Educação (SEDU), foi substituído pela musicoterapeuta Thayane Freitas.

Em 2008, Djaldéa Fernandes assumiu definitivamente a vaga de musicoterapeuta na instituição por meio de concurso público.

Atualmente o trabalho de musicoterapia no CAPS-AD Vitória se desenvolve da seguinte maneira:

- Oficinas de musicoterapia em grupo

Nestas oficinas são utilizadas como ferramentas a audição de músicas, composição de músicas, danças folclóricas, danças em geral, canto (com ou sem acompanhamento instrumental), uso de instrumentos musicais, desenho com música e relaxação.

- Oficinas de policultura

Nestas oficinas são apresentados diferentes tipos de manifestações culturais que tem como base a música, sob a forma de vídeos, filmes, shows temáticos etc. Esta atividade é sempre seguida de conversas e elaborações verbais em grupo, onde se busca estimular o interesse por culturas diversas e suas relações com a nossa.

- Andanças de Música e Cultura

Esta atividade consiste na visita a museus, teatros, exposições e outras mostras de arte, que estejam acontecendo no “território” da Região Metropolitana de Vitória. Em

diversas destas mostras existe a possibilidade de intervenções do público em tempo real.

- Atendimento musicoterápico individual

Apesar de ofertado, ainda não está devidamente estabelecido em função da dificuldade de sustentação de acordos terapêuticos e pelo alto índice de intercorrências.

6 CONCLUSÃO

Como todo trabalho desenvolvido com pessoas, este, sucintamente relatado aqui, ainda está em construção e o estará sempre. Sendo assim, nada melhor para finalizá-lo do que a definição de Musicoterapia dada por Kenneth Bruscia em 1984 e citada no livro “A música e a ciência se encontram – um estudo integrado entre a música, a ciência e a Musicoterapia”, da Dr^a Clotilde Espínola Leinig:

Musicoterapia é um processo interpessoal que envolve o terapeuta e o(s) cliente(s) exercendo certos papéis na relação e em uma variedade de experiências musicais, todas estruturadas para ajudar os clientes a encontrarem os recursos necessários para resolver problemas e aumentar seu potencial de bem-estar. (BRUSCIA apud LEINIG, 2009).

O próprio Bruscia complementa:

Musicoterapia é um processo interpessoal no qual o terapeuta utiliza a música e todas as suas facetas – física, emocional, mental, social, estética e espiritual – para ajudar o cliente a melhorar, recuperar ou manter a saúde. (BRUSCIA apud LEINIG, 2009).

7 Referências Bibliográficas

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 339-345, abr-jun 2011.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 1998.

CAMATTA, M. W. et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4405-4414, nov. 2011.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internação psiquiátricas. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, n. 10 (2), p. 321-330, dez. 2010.

GASTON, E. T. et al. **Tratado de Musicoterapia**. Buenos Aires: Paidós, 1968.

LEINIG, C. E. **A música e a ciência se encontram**: um estudo integrado entre a Música, a Ciência e a Musicoterapia. Curitiba: Juruá, 2009.

RASCH, S. S. **Viajantes em busca de saídas**: o grupo de movimento como uma possível rota terapêutica para usuários de álcool e de outras drogas. 2005. 297 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva). Centro Biomédico, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.



O USO DO CANTO CORAL COMO RESGATE DE IDENTIDADES E EMPODERAMENTO DO SUJEITO

Lizandra Maia¹
Adhara Pedrosa²
Silene Ap^a Santana Jacinto³

RESUMO: Este trabalho pretende estudar as relações entre o uso da voz e o canto coral em musicoterapia, baseado no trabalho com pacientes psiquiátricos do Centro de Atenção Diária (CAD), realizado na Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil. Sendo a voz um traço indissociável da personalidade humana, que tem relação direta com nosso corpo e também com nosso comportamento, todas as nuances conectadas ao ritmo, à melodia e à harmonia, podem ser observadas através do uso das canções escolhidas pelos clientes. Estas se tornam molas propulsoras para expressar emoções ligadas à história passada ou atual do indivíduo, gerando uma mudança gradativa na autoestima e demais aspectos comprometidos do Ser acometido por uma doença mental. Aspectos como a atenção, a memória, a altura, a qualidade do timbre, a intensidade, a respiração, a postura, a fala, a criatividade, a autoexpressão, descarga/ catarse, a respiração e o relaxamento são trabalhados com intuito de propiciar mudanças positivas, auxiliando na reinserção social do sujeito, em sua totalidade e com maior organização de pensamento. Buscando também, restituir a noção de realidade ao Self. O canto coral em Musicoterapia procura potencializar habilidades “adormecidas” e produzir novas, visando benefícios físicos e mentais. Em muitas situações onde a voz não se faz presente, observamos que o canto dá vazão à comunicação de forma reveladora e significativa.

Palavras chave: Musicoterapia. Resignificação. Identidade. Reinserção

*Encontre um lugar em você onde haja
alegria e a alegria vai eliminar a dor.
Joseph Campbell*

INTRODUÇÃO

Neste artigo apresentamos um estudo clínico sobre o uso da voz e do canto coral com pacientes psiquiátricos adultos do Centro de Atenção Diária (CAD), situado na Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil (UISM).

A proposta de dar início a um trabalho de musicoterapia através do canto em coral, ocorreu

1 Musicoterapeuta (CBM-RJ); Pós - Graduação em Psicossomática Contemporânea (UGF). Atuação em clínicas de reabilitação e na Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência. Projeto . Projeto de música em enfermarias no INCA durante 4 anos; Atendimento particular com crianças (Transtorno Invasivo de Desenvolvimento). Musicoterapeuta do Centro de Atenção Diária e Enfermarias masculina e feminina na Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil.

2 Musicoterapeuta (CBM-RJ) e psicóloga (UFF), mestre em Memória Social (UNIRIO), Especialista em Saúde Mental (residência em saúde mental - UFRJ), Pós-graduação Lato Sensu em “Corpo, diferença e educação” pela Faculdade Angel Vianna. Atuou como musicoterapeuta no CAPS Fernando Diniz - RJ de 2011 à 2015. Vínculo institucional atual: musicoterapeuta da Marinha do Brasil. Atua também em consultório particular como musicoterapeuta clínica. Contato: adharape@gmail.com

3 Graduada em Musicoterapia pela Faculdade Paulista de Artes, também tem formação em Canto e Backing vocal. Musicoterapeuta da Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil, atuou no Grupo de Portadores de Dor crônica da FMUSP e em áreas como Reabilitação, Vulnerabilidade social e Musicoterapia Hospitalar.

em uma época próxima ao final do ano, quando os próprios pacientes trouxeram a idéia de cantar músicas na comemoração promovida pela instituição da festa de Natal.

Embora ele tenha sido iniciado no período que antecedeu o natal, foi observado que para além das datas comemorativas haveria um campo que poderia ser ainda mais explorado se houvesse uma continuidade no trabalho do coral. Observou-se aspectos que poderiam ser mais explorados como: atenção, integração, sociabilidade, memória, consciência de autoimagem e esquema corporal, rigidez de tônus muscular, passividade e, aspectos emocionais e problemas psíquicos que podem afetar a voz através do trabalho em grupo de canto coral em musicoterapia.

Segundo nossa proposta, as datas comemorativas deixaram de ser o objetivo final do trabalho em coral que passou a ter a voz e a prática em conjunto como focos principais a serem trabalhados e transformados.

Uma outra característica desta proposta se deu pelo o canto em uníssono e sem uso de aparelhos de som ou playbacks, visando melhorar a qualidade rítmica e melódica do grupo ao cantar, já que o uso de playbacks pode dificultar a audição da própria voz, acarretando em não conseguir manter o andamento e gerando uma confusão na qual as vozes se atropelam.

Deparamo-nos com um grupo de paciente que trazia consigo um grande desafio. Seus olhares eram vagos e a atitude era letárgica. Eles assumiam muito rapidamente uma posição submissa que colocava as terapeutas no lugar de detentora do saber, como se pudessem ter as respostas para as fraquezas e debilidades dos pacientes. Sendo assim, foi proposto ao grupo, o resgate do uso do corpo, da voz e do canto coral, em favor da construção da autonomia e da totalidade do sujeito.

A voz é o primeiro instrumento humano, desde o primeiro choro ao nascermos é a nossa primeira forma de comunicação. Pela voz reconhecemo-nos uns aos outros, salientamos aspectos corporais como timidez, ansiedade, descontrole, angústias, medo, cansaço, felicidade, euforia e estados depressivos. Pela voz e pelo canto, ressaltamos o que

está obscuro e, também, o que nosso espírito tem dificuldade de expressar.

No presente trabalho, daremos atenção ao uso da voz como agente modificador e encorajador do comportamento humano em situações rotineiras dos pacientes do Centro de Atenção Diária. Buscando reintegrar o sujeito ao meio social, reinserindo-os a uma vida com mais dignidade, já que esta condição de paciente psiquiátrico, ainda hoje, os aflige e entristece, seja nas entradas dos ônibus aos mostrarem o passe e em demais situações.

Pensemos, então, na reconstrução e/ou construção da história individual de cada “ser”, evitando a base hospitalocêntrica. Sigamos, portanto: *Caminhando e cantando e seguindo a canção!* A concepção teórica desenvolvida pela psicossomática contemporânea vem ao encontro desta discussão pois foi um movimento que passou a considerar o processo de adoecimento não como um mal funcionamento da máquina biológica - o corpo. A doença passa a ser vista como o resultado de embates emocionais/mentais e físicos, de modo inseparáveis, vividos por um indivíduo que tem uma história e está inserido em um grupo social. Não haveria portanto, como isolar o adoecimento, principalmente tratando-se de um sofrimento psíquico como o transtorno mental, sem considerar o contexto de vida que aquele indivíduo traz.

A PSICOSSOMÁTICA CONTEMPORÂNEA E A MUSICOTERAPIA - CONTRIBUIÇÕES

Na Antiguidade o processo de adoecimento era considerado uma manifestação de forças sobrenaturais, sendo a cura procurada em rituais religiosos. A desvinculação da doença do pensamento religioso desenvolveu-se a partir de confrontações públicas de idéias e do posicionamento de escolas políticas, filosóficas, científicas e até mesmo religiosas (Belar, 1997; Botega, 2002; Davidoff, 2001; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Ribeiro, 1996; Tomazelli, 1998; Volich, 2000).

Na passagem do século XVIII para o XIX ocorre o reconhecimento efetivo da doença mental, o reconhecimento do sofrimento psíquico, por Philippe Pinel, que ao desenvolver o “tratamento moral” foi gradualmente libertando os doentes do Hospital de Bicêtre, no sul de

Paris. No início do século XX, os conceitos derivados da teoria psicanalítica, como a relação do sintoma orgânico com a dinâmica psíquica e o infantil, a distinção entre as psiconeuroses e as neuroses atuais, a dimensão econômica do funcionamento psicossomático, entre outros, foram referenciais para o desenvolvimento das teorias psicossomáticas atuais (Ey, Bernard & Brisset, 1977; Moreira, 2003; Penna, 1980).

Por meio das análises de Debray (1995), de Fenichel (1981) e de Volich (2000), pode-se dizer que Freud estabeleceu um marco na relação entre psique e soma por meio de seu interesse pela histeria e pela crença de que as manifestações dessa doença não apresentavam nenhuma correspondência com a estrutura anatômica dos órgãos afetados. Assim, ao questionar as vias que levavam o conflito psíquico às manifestações somáticas, ele fundou a Psicanálise, buscando a compreensão das diferentes passagens e relações entre as manifestações psíquicas e corporais. Foi, então, a partir da investigação da origem do conflito, que se pôde entender as circunstâncias que culminam na concretização do sofrimento em uma manifestação psicológica ou somática. Vai ser exatamente por meio da conversão que se revelou o caráter de compromisso dos sintomas, que exprimem as forças reprimidas e repressoras, assim como o dinamismo das intensidades pulsionais.

Fenichel (1981) postulou duas categorias de transtornos funcionais. A primeira, de origem física e sem um conflito inconsciente específico, mas que produz sintomas psicossomáticos e alterações fisiológicas devido ao uso inadequado das funções corporais. A outra, a conversão, a qual possui um significado inconsciente específico e cujas fantasias são representadas corporalmente. Dessa forma, nem todas as alterações somáticas, mesmo as de origem psicológica, podem ser denominadas de conversão, uma vez que nem sempre traduz fantasias específicas para uma “linguagem corporal”.

A medicina psicossomática teve sua importância relevante para o pensar atual da psicossomática contemporânea. Existe uma evolução teórico-prática, das indagações sobre causa e efeito de uma doença, assim como Freud teve seu papel fundamental na história, com seus “discursos” sobre a psique humana, impulsionando outros pensadores a discutir e questionar sobre o inconsciente. A medicina psicossomática contribuiu para a criação de um

movimento preocupado em ampliar e humanizar a medicina tradicional, com a tentativa de torná-la menos organicista, e mais questionadora sobre o aspecto psicológico.

O aspecto emocional começou a ser analisado através da relação entre a medicina e psicologia, classificando as doenças em psicogênicas e somatogênicas, através de *Balint* por exemplo. Sendo assim, o termo Psicossomático enfraqueceu-se a partir da cisão do que era considerado psíquico e somático.

Contudo, esse “corte” tornou a visão humanista um tanto utópica, continuando assim, a utilização da medicina medicamentosa e habitual, dentro dos moldes arcaicos de sua constituição.

A medicina psicossomática ficou reduzida em suas teorias sobre doença, tentando objetivar, caracterizar e rotular o paciente doente, não dando lugar para o subjetivo. A psicossomática contemporânea surge para ampliar o olhar sobre o indivíduo e seu processo no mundo, opostamente a medicina psicossomática.

Mente e corpo são indissociáveis, interligados e unos. Divergindo de sua precursora que dicotomizou a figura homem, mesmo tendo a ideia inicial da visão mais humanizada do homem. O Homem, se pensarmos, tem um movimento cíclico, pois dentro deste contexto, é um “ser” embuído de energia, dono de seu corpo e não mais um “ser” puramente anatômico.

A psicossomática contemporânea parte do pressuposto de atuar preventivamente, e não mais curativamente e medicamentosamente, dando ênfase na melhora da qualidade de vida, no viver em condições favoráveis (mesmo acometido por enfermidade, seja ela física ou psíquica). A busca deste movimento e pensar, baseia-se na troca, nas relações, ou seja, a psicossomática contemporânea faz da fusão de vários saberes, o seu equilíbrio para o eterno aprimoramento da compreensão do processo de adoecer e o modo de como lidarmos melhor com essa exteriorização, quase metamorfoseada de algo que não quer calar.

Entendendo o que é a psicossomática contemporânea, observa-se que sua aplicabilidade em associação com o tratamento musicoterapêutico influencia positivamente

o desenvolvimento do processo de um paciente. A psicossomática contemporânea confirma o entendimento de que o indivíduo deve ser visto como um todo, priorizando o “ser”, a qualidade de vida, independente do diagnóstico clínico. Pode-se dizer que essa visão associada à musicoterapia proporciona mudanças de estado tanto biológicas, quanto psicológicas, físicas e espirituais no ser humano associadas à utilização de música orientada por profissional capacitado.

MUSICOTERAPIA E CANTO: EMPODERAMENTO

Watson e Drury (apud Filho, Brandão e Millecco, 2001), afirmam que “é a partir do centro da garganta que podemos emitir o som de todos os outros centros”. Apontam a voz humana como um dos melhores instrumentos musicais. Sobre o timbre da voz, Fregtmam (apud Filho, Brandão e Millecco, op.cit.), assinala tal importância como sendo esta representante de uma personalidade básica (per-sona /pelo som). A emissão de sons vocais e sua exploração são caminhos de possíveis desbloqueios de afetos reprimidos e arcaicos. Além disso, os gritos, grunhidos, choros, gemidos e tantas outras manifestações vocais, motoras e corporais são elementos relevantes ao surgirem espontaneamente, até mesmo em forma de catarse e compromisso afetivo.

O cantar em musicoterapia pode exercer diversas funções, segundo Chagas (apud Filho, Brandão e Millecco, op.cit.): Clarificadora (quando o cliente expõe mais intimamente suas feridas), Integradora (ao finalizar uma sessão, o terapeuta pede ao cliente para cantar algo que vier à mente, entrando em contato com Self), e de Suporte para entrega (onde traça-se um paralelo entre o som da voz da mãe para o bebê e terapeuta).

Vamos nos ater em três métodos citados por Bruscia (1998): Improvisação, Re-criação e Audição. A improvisação pode ser realizada com a voz, com outros sons corporais e/ou instrumentos musicais. Tem dentre os objetivos o desenvolvimento de novas capacidades de comunicação verbal, criatividade, espontaneidade, interação e reforço de identidade. Na re-criação, há a execução de músicas propostas, através dos ensaios do grupo. O fazer sonoro-musical é livre, não possuindo os objetivos técnicos e estéticos de um

coral, de saber cantar, de ser músico, de tocar um instrumento. Procura estimular a memória, a atenção, a orientação temporo-espacial, a organização e a troca entre os participantes, incentivando maior sociabilidade e afetividade. Na audição musical, busca-se entre outros objetivos o relaxamento e a estimulação dos sentidos, observando as reações do cliente à música. Pode-se perceber a melhora da autoestima e o desenvolvimento de potencialidades ora adormecidas ora em nascimento, objetivando a integração entre os membros do grupo e, também, de toda equipe do setor.

Sendo assim, com base nos relatos dos pacientes sobre suas angústias quanto aos rótulos e estereótipos estigmatizados, utilizamos como referência o conceito de *empowerment* ou empoderamento, descrito por Eduardo Mourão Vasconcelos ¹ que se utiliza do canto coral como mediador e facilitador da ressignificação do sujeito. “Aumento do poder e autonomia pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social. “

Pacientes acometidos por transtornos psiquiátricos convivem paulatinamente com essas aflições e, com o uso da música e intervenções relevantes, funcionam como gatilhos para esse empoderar de “*ser*”. O cantar em si, vem à tona como movimento de expressão, seja pelo corpo, seja pela palavra; além de promover um processo de desterritorialização como relatado por Silva. R. S da, & Moraes, M. ²

Torna-se fundamental que os profissionais que trabalham na área da saúde mental não assumam a identidade de detentor do saber ou até mesmo de autoridade nas relações de cuidado, por acarretarem em inibição e assujeitamento por parte do paciente. A proposta do movimento de reforma psiquiátrica objetiva a conquista da autonomia por parte do paciente e presuppõe a aposta de que ele é capaz de trazer respostas para os seus impasses. Torna-se necessário, portanto, que as relações na área de saúde seja desprovida de papéis predeterminados para que haja espaço para o protagonismo do paciente. Nisto consiste a proposta do coral terapêutico, a de promover a crescente valorização dos pacientes a partir do canto em grupo como uma aposta de que esta experiência poderá

fazê-los sentirem-se mais capazes na condução de suas vidas.

Muitas vezes “cronificamos” e “engessamos” o indivíduo enquanto profissionais, ou por hábito ou mesmo pela falta de mudança nas próprias instituições. “(...) o poder despótico da razão em nossa cultura ocidental e o enclausuramento dos loucos a partir do século XVII nos remete a várias questões sobre o porquê da insistência do modelo manicomial (...) Silva, R.S.

Para reinserir o sujeito ao meio social, dando-lhe confiança para encarar seus conflitos, é preciso contrariar a tendência a inércia, isto é, produzir diferenças em meio à cristalização dos setores e das práticas hegemônicas. Dinville (1993) diz que a voz e a personalidade são inseparáveis, do mesmo modo que o corpo e a voz guardam íntima relação entre si, traduzindo o ser humano na sua totalidade. Para JUNKER (1999), a música coral é um fenômeno social, pois coloca em relevância as inter-relações dos seres humanos. Em meio a tais aspectos, durante uma das músicas que ensaiamos, várias questões simbólicas de protagonistas e antagonistas do grupo emergiram. Uma das canções escolhidas foi “Sapato Velho” - Roupas Novas, onde cada um expressou o que a canção lhes remeteu:

M.P: “Já fui herói, hoje sou tartaruga. O que fazia como The Flash, hoje, preciso ter mais cuidado”.

G: “Mesmo com a doença, ainda caminho...tenho tratamento, tenho o CAD...Eu ainda sirvo!”.

M.L: “Passagem da infância para adolescência. Tinha mais apoio das mulheres. Tinha inimigos, mas alguns amigos. Era madeira para qualquer obra”.

T: “Como se fosse algo obsoleto, mas ainda assim consigo ter capacidade de suprir ou remanejar algo em minha vida”.

S.C: “Quando nova fazia muitas coisas, e mesmo com meus 60 anos, continuo sentindo-me igual...vivendo!”

F.L: “ Tempo de adolescente...quando tocava violão, guitarra e teclado”.

A.: “Tem hora que a gente pensa na vida da gente...lembro que andava muito descalço...”

depois, passei a usar tênis...”

N.: “Caminhava...tinha mais força e mais garra...ia para a praia...minha juventude...”.

CONCLUSÃO

A utilização do canto coral na musicoterapia possibilita que indivíduos com variadas formas de sofrimento, tenham uma experiência artística de forma inclusiva, explorando a capacidade individual de cada um de modo a favorecer o grupo como um todo. Esta experiência tem se mostrado amplamente benéfica para o resgate da identidade e empoderamento destes pacientes que convivem diariamente com dificuldades de sociabilização, aceitação e autoestima.

O canto coral estimula a percepção de si e do outro, facilitando e fortalecendo o vínculo com o grupo e com os terapeutas, bem como favorece situações de suporte mútuo e confiança. O senso de pertencimento também vai sendo fortalecido, favorecendo a adesão ao tratamento e o comprometimento com o trabalho desenvolvido.

A integração e sociabilização do grupo também é um dos benefícios, tanto no âmbito da própria instituição quanto na aproximação com outras pessoas durante as apresentações, e também na possibilidade de levar as apresentações para ambientes externos. A voz é a expressão de nossa personalidade, através dela que expomos nosso “ser”, e mesmo quando busca-se ocultar-se algo escapa e acaba transparecendo. Este processo permite que aos poucos o indivíduo se perceba capaz, e que vislumbre outras possibilidades que possam passar a fazer parte de sua rotina ou adaptar-se a elas, ampliando seus horizontes e também a visão que tem de si mesmo.

Conforme afirmamos no início do texto, Encontre um lugar em você onde haja alegria e a alegria vai eliminar a dor, o trabalho de canto coral propõe um olhar no qual as impossibilidades como o diagnóstico, os medos e as limitações são colocadas de lado para que os horizontes do “ser” sejam, de fato, ampliados. Esta foi a proposta de Paulo Amarante (2008) a de por a doença entre parênteses, para que o sujeito não seja reduzido ao seu diagnóstico, e as suas potencialidades possam ser vistas como um grão que tem condições

de germinar. Este olhar positivo, de aposta no inesperado é, de acordo com a pouca experiência adquirida neste trabalho, fundamental para o profissional que pretende ajudar pessoas que se encontram em estado de crises e de transtornos mentais. Pois o olhar estigmatizado, que reduz toda a história e potencialidades do “ser” em um diagnóstico já é o olhar dado pela sociedade em sua grande maioria. O canto coral, a música e este olhar de aposta podem possibilitar, portanto, que a alegria elimine a dor, e que o soar das notas musicais revigorem e transformem aquele corpo já cansado em um corpo sem limitações, e pleno para viver a experiência musical em si, assim como poderá fazer também com a sua própria vida.

Referências bibliográficas

- AMARANTE, P. **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.
- BELAR, C. D. (1997). **Clinical Health Psychology: A specialty for the 21st century**. *Health Psychology*, 16(5), 411-416
- BOTEGA, N. J. (2002). **Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência**. (pp. 15-30). Porto Alegre: Artes Médicas.
- BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. 2a. Edição: Enelivros, 2000.
- CHAGAS, M. (2001). **Musicoterapia desafios da interdisciplinaridade entre a modernidade e a contemporaneidade**. [Dissertação de mestrado], EICOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.
- DAVIDOFF, L. L. (2001). **Introdução à Psicologia**. São Paulo: Makron Books.
- DEBRAY, R. (1995). **O equilíbrio psicossomático**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DINVILLE, C.. **A Técnica da Voz Cantada**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1993.
- FENICHEL, O. (1981). **Teoria Psicanalítica das Neuroses**. Rio de Janeiro-São Paulo: Atheneu.
- FILHO, L. A. M.; BRANDÃO, M. R; MILLECO, R. É preciso cantar – Musicoterapia, cantos e canções. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.**
- GONÇALVES, L. M. **Musicoterapia e Psicossomática Contemporânea – decifrando as peças de um jogo – o de Ser um Autista**. Artigo Científico apresentado em cumprimento às exigências para a conclusão do curso de pós-graduação lato sensu em Especialização em Psicossomática Contemporânea.
- JUNKER, D. **A importância do Canto Coral**. In : Anais da Convenção Internacional de regentes de coros. Brasília. Depto. de Música da UnB, 1999.
- Penna, A .G. (1980). **Introdução à História da Psicologia Contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar.
- KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J., & GREBB, J. A. (1997). **Compêndio de Psiquiatria.Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MOREIRA, M. S. (2003). **Psiconeuroimunologia**. Rio de Janeiro: Medsi
- SCHARRA, D. M. F. **A voz em musicoterapia - A educação vocal na terceira idade e o processo ensino - aprendizagem** p.12; 28.

TOMAZELLI, E. (1998). Corpo e Conhecimento: Uma visão psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

VOLICH, R. M. (2000). Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo.
VASCONCELOS, E.M. O poder que brota da dor e da opressão: Empowerment, sua história, teorias e estratégias, São Paulo: Paulus, 2003.



REFLEXÕES SOBRE MUSICOTERAPIA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: ATENDIMENTOS MUSICOTERAPÊUTICOS SOB O VIÉS DA PSICOLOGIA ANALÍTICA EM CAPS AD

Thereza Christina Accioly¹

RESUMO: Esse artigo traz o relato de reflexões teóricas, sob o viés da Psicologia Analítica e alquimia a partir da prática clínica musicoterapêutica com dependentes químicos, usuários da rede de serviços públicos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) nos municípios de Curitiba e Campo Largo no estado do Paraná. Buscou-se assim obter uma melhor compreensão da dinâmica psíquica desses sujeitos e também as possíveis relações dessa teoria com a prática musicoterapêutica.

Palavras chave: Musicoterapia. Psicologia Analítica. Alquimia. Dependência Química.

INTRODUÇÃO

Esse artigo nasceu da minha monografia no curso de Especialização em Psicologia Analítica, na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, no ano de 2014, “Dependência Química- Uma Solutio”. Posteriormente, da reflexão sobre a prática clínica musicoterapêutica com dependentes químicos e as possíveis relações desta com a Psicologia Analítica e Alquimia.

A Psicologia Analítica, por trabalhar com o indivíduo como um todo, com a raiz dos sintomas e não somente com a eliminação destes, portanto por trabalhar justo com a complexidade do ser humano, pode oferecer uma possibilidade de contribuir no tratamento da dependência química.

Jung desde que iniciou seus estudos sobre a alquimia, percebeu a similaridade que esta tem com os postulados da psicologia analítica. Ele reconheceu as suas próprias experiências e avistou uma psicologia do inconsciente. Segundo suas próprias palavras “... *tudo encontrou seu lugar...*” (JUNG, 1991, OC XII, §345). Para Jung, os procedimentos alquímicos podem sim, ilustrar todo processo de individuação.

¹ Graduada em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná com Especialização em Psicologia Analítica pela PUC-PR; formada pelo Instituto Incorporarte do Rio de Janeiro em Arteterapia; Terapeuta de Florais da Amazônia.

Segundo EDINGER (1990), podemos afirmar que *“as imagens alquímicas descrevem o processo da psicoterapia profunda”* (p.21) que é para Jung o processo de individuação. Esse mesmo autor afirma que o valor da alquimia para a psicoterapia é que as imagens alquímicas concretizam as experiências de transformação pelas quais passamos na psicoterapia. Edinger explica que as imagens alquímicas se equiparam aos componentes arquetípicos do ego.

Alquimia tem o significado e sentido de transformação; processo de transformação, que acontece ao tempo de “algo maior”; que não é o tempo egóico.

A Musicoterapia enquanto espaço e processo terapêutico para os sujeitos pode ser definida, segundo Millecco Filho, Brandão, Millecco (2001) como *“uma terapia auto-expressiva, que estimula o potencial criativo e a ampliação da capacidade comunicativa, mobilizando aspectos biológicos, psicológicos e culturais”* (p.80). Para os mesmos autores a música, material de trabalho do Musicoterapeuta, em função daquilo que pode promover, facilitar e alcançar, atua como *“reveladora e restauradora da alma”*.

Na prática clínica Musicoterapêutica, dentro da abordagem Músico-verbal (MILLECCO FILHO, BRANDÃO, MILLECCO 2001), o trabalho com o canto, o cantar, as canções, possibilita a expressão do mundo interno, subjetivo dos sujeitos onde segundo os autores, as emoções têm nuances. O canto se torna um poderoso instrumento no contexto musicoterapêutico, pois aciona, naquele que canta a expressividade e quando este está no lugar de ouvinte pode associar imagens e sentimentos àquilo que está ouvindo. Durante a movimentação musical que ocorre nos atendimentos musicoterapêuticos, é possível observar o que os autores citados acima referem e além disso, quase sempre uma transformação imediata de humor. Quando ouvimos uma canção, portanto, não estamos apenas gostando dela, mas estamos sendo tomados por ela física e psiquicamente, de maneira tão intensa que não podemos deixar de ouvi-la (Tatit, 1987) ou cantá-la.

Sendo os atendimentos musicoterapêuticos espaço de movimentação interna e transformação, é possível se fazer relação com o processo transformativo descrito

milenarmente pela alquimia. A reflexão aqui é no sentido de buscar maior compreensão da prática clínica musicoterapêutica para assim melhor atender e ajudar os que sofrem com a complexa doença da dependência química.

DESENVOLVIMENTO

Para a Psicologia Analítica ou Psicologia Profunda, o uso abusivo de substâncias ilícitas, não pode ser considerado um fenômeno estritamente biológico. Mas é sim de grande complexidade e envolve no mínimo três elementos: a substância, o indivíduo e o contexto sociocultural onde ocorre o encontro deste indivíduo e a substância utilizada (SILVEIRA FILHO, 1995).

Segundo vários autores da Psicologia Analítica, o consumo e utilização de substâncias psicoativas sempre existiu desde as épocas mais remotas da humanidade. Desde a antiguidade o emprego de substâncias químicas que alteram o estado de consciência, foram e são empregadas em diversas culturas e religiões. Quase todas, senão todas as civilizações, tem em seus registros históricos, rituais onde eram utilizadas substâncias psicoativas com a finalidade de curar, transcender, trazer ao grupo esperança de vida. Bem como, acredito, sempre existiu um consumo que excedia o ritual estabelecido religiosa ou culturalmente como transformador. Ou seja, podemos crer que a drogadição sempre tenha existido, que sempre tenha existido aquele indivíduo que se tornou dependente de uma química.

Zoja (1992) faz uma relação da dependência química com a necessidade de rituais iniciativos, abandonados e perdidos na nossa cultura. Para esse autor, a psique tem uma necessidade de vivenciar rituais iniciativos tão amplamente experienciados nas culturas primitivas. Esses rituais teriam a função de promover a demarcação de passagens importantes e necessárias no desenvolvimento e manutenção da psique. Em muitas dessas culturas primitivas (e ainda em algumas atualmente) as drogas, ou substâncias alucinógenas são utilizadas em rituais de iniciação, para marcar a morte de uma fase e o renascimento de uma fase nova onde o indivíduo se torna um outro, melhor, mais forte, regenerado. A morte

deve desembocar em um renascimento.

Para Zoja (1992), essa experiência de vida-morte vivida tão intensamente pelos dependentes químicos, seria uma busca inconsciente por iniciação, porém no caso do dependente químico seria uma iniciação invertida, porque tem no renascimento (com o uso de drogas) a experiência inicial e a morte como experiência final (o que pode acontecer com o decorrer do uso abusivo de substâncias químicas). Para esse autor, em nossa sociedade consumista e carente de rituais de morte, o uso abusivo de substâncias psicoativas se torna banalizado e por isso um ritual iniciático as avessas.

Para Loureiro e Vianna (2006), o que acontece na realidade, é que apesar de inconscientemente estar ocorrendo uma tentativa do indivíduo de se transformar, de passar por um ritual iniciático de morte- renascimento, buscando uma ampliação da personalidade, o que de fato acontece é um envenenamento do corpo e da mente, onde o consciente não tem como incorporar essa experiência iniciática como nas culturas primitivas. Isso ocorre porque no caso da dependência química, embora exista a possibilidade de morte real, o que move os dependentes não é um sentido de transformação interior efetiva, mas sim, por vezes o prazer e outras para sedar-se diante de seu próprio modo de vida.

Ao contrário da vivência da morte em um ritual iniciático das culturas primitivas, onde a morte era enfrentada e assim exigido do indivíduo uma morte psíquica, no dependente químico a morte é sofrida passivamente. E ainda quem está consciente dessa autodestruição está contaminado pelo arquétipo do herói negativo (ZOJA, 1992).

Segundo Loureiro e Vianna (2006), mesmo no consumo excessivo da droga, por conta da busca pelo prazer proporcionado pela substância, não é possível explicar ou identificar claramente a intenção de morte, mas ao contrário, o que o indivíduo coloca é que a morte seria viver sem a droga. Para esses autores, a possibilidade de morte, não é anunciada ou premeditada, mas é suscitada paradoxalmente por uma busca excessiva de vida (LOUREIRO E VIANNA, 2006, p.29).

De qualquer forma, baseada nos autores citados, pode-se pensar que, apesar de todo avanço e desenvolvimento nas áreas da ciência e tecnologia, conquistados pela nossa sociedade, e no que todo esse sistema próspero e “iluminado” nos oferece, ainda estamos influenciados pela “noite interior”.

O ficar em estado de torpor ou fantasioso ainda são recursos adotados por nós numa esperança de através deles nos reinventarmos e fugirmos do que somos de fato. A morte concreta aponta para nossa finitude e fala de nossa fragilidade do quanto nada é eterno e essa verdade tão temida, nas dependências químicas é o que se pretende renunciar (LOUREIRO e VIANNA,2006).

Na Alquimia o processo de morte pode corresponder a uma etapa na transformação do produto, qual nos ritos iniciáticos. É a morte de um estado para outro. A drogadição envolve este desejo de passagem de um estado para outro, portanto envolve morte, só que muitas vezes, literal. Possivelmente uma analogia da drogadição com o processo alquímico possa trazer alguma luz sobre sua dinâmica.

Segundo Hillman (2010), a “*alquimia é a arte da transformação; almeja atingir o coração das coisas*” (p.7). Ainda seguindo o pensamento desse mesmo autor, a alquimia tem como fundamento a transformação, a transmutação, a mudança. E, bem por essa característica fundamental, é que se presta a uma metáfora perfeita para o trabalho que ocorre na psique e também na psicoterapia e/ou musicoterapia.

A busca pela droga, conforme os diversos autores, esconde em seu bojo uma busca por transformação, por reconhecimento, por individualidade, por transcender uma existência sem significado. Mas ao que ela leva é o oposto de seu desejo intrínseco - acaba transformando a vida em uma inconsciência ainda maior do que a inicial. Seria uma alquimia que não se efetiva? Seria um estágio que se for trabalhado conduz à uma alquimia? Considerando que os sintomas, e a drogadição pode ser vista como tal, são expressão do desejo da psique por mudança. Por trabalho alquímico, não podemos esquecer que os alquimistas trabalhavam em seus laboratórios, manejando o fogo e os

vasos nos quais a matéria precisava ser colocada – portanto, este anseio por mudança precisaria de direcionamento.

No trabalho alquímico de transformação da matéria prima em ouro, esta passa por estágios, fases que podemos relacionar com os estados da alma, de humor de uma pessoa. Para a obra alquímica é necessário um receptáculo que contenha e separe os materiais para a transformação, chamado vaso. Segundo Hillman (2011), os vasos na alquimia “*tanto contêm quanto separam*” (p.59). E ainda, a importância do vaso segundo esse autor, está em que ele dá forma e limite, torna específico e reconhecido aquilo com o que precisamos lidar. Para Hillman, como não é possível lidar com todo nosso conteúdo interno, este precisa estar separado, contido, com uma forma reconhecível.

Sendo assim, podemos estabelecer uma semelhança entre o laboratório alquímico e seu trabalhar a alquimia e os atendimentos musicoterapêuticos. Os atendimentos em grupo ou individuais como sendo o vaso alquímico, que contém, estrutura, limita. Esse “Vaso Musicoterapêutico” oferece a possibilidade de expressão dos conteúdos, emoções e sentimentos dos sujeitos de forma segura, estruturante e clara. Isto por si só produz alívio de tensões, prazer e ainda insights a respeito de si mesmo e de sua vida.

Na avaliação de alguns dos profissionais com quem trabalhei ao longo dos últimos anos, isso pôde ser testemunhado:

“A musicoterapia no tratamento de pessoas com sofrimento decorrente de transtorno mental, dependência de álcool e outras drogas, os quais frequentam os serviços Caps propiciou um espaço diferenciado de ressignificação de suas histórias e expressividade emocional de modo leve, mas com profundidade. A música acessa emoções e traz à tona conteúdos e vivências, fazendo um resgate do sujeito. Os grupos trouxeram luz a algumas questões e reflexões que beneficiaram o tratamento como um todo. Os pacientes se engajavam e na atividade e soltando a voz, redescobriram suas potencialidades e dando vazão aos seus sentimentos. Isto tanto ficou presente que nomearam o grupo “Quem canta seus males espanta”. Espaço privilegiado e agradável!!! Como sentimos saudades desse trabalho!”
(Marianne Bonato, psicóloga e coordenadora dos CAPS de Campo Largo-PR).

“A musicoterapia no trabalho em centros de reabilitação psicossocial é um diferencial no processo de tratamento dos usuários, rompendo com tratamentos homogênicos e convencionais na psiquiatria. Especificamente no âmbito do tratamento a pessoas que possuem problemas relacionados a álcool e outras drogas, a musicoterapia compõem o processo de reabilitação ressignificando a vida do sujeito, ressaltando suas habilidades e potencialidades, além de trabalhar de maneira terapêutica questões internas que o sujeito

muitas vezes não traz pela fala, ou questões do inconsciente. A expressão, o envolvimento no grupo, na música, o foco no sujeito e não na doença vai diretamente ao encontro da reabilitação psicossocial, do fomento a saúde, autonomia, qualidade de vida e cidadania.”
(Gabrielle Wendeel dos Santos, terapeuta ocupacional e hoje coordenadora do CAPS Ad III Cajuru em Curitiba-PR)

“Foi um prazer estupendo trabalhar com a Musicoterapeuta Chris no Caps TM e AD de CAMPO LARGO/PR, onde realizávamos ações conjuntas. Sempre observei este processo de intervenção terapêutica de forma muito positiva, pois os resultados foram eficazes. Os pacientes se beneficiavam com a forma que esta profissional abordava, sempre de maneira empática e motivada. Isto auxiliava os usuários do serviço e atendia suas demandas. Chris fazia música com eles e trazia composições, improvisações e recriações, esta peculiaridade faz toda diferença, Essas intervenções auxiliavam o paciente a refletir sobre si, sobre suas escolhas e sobre sua vida, pois era perceptível a maneira técnica e comprometida que esta profissional acolhia musicalmente os pacientes, sempre focada em suas demandas e em suas histórias de vida”. (Jean Sanches, assistente social no CAPS TM e Ad II em Campo Largo- PR)

Diane Austin (2008) afirma que nossa voz é o primeiro instrumento na musicoterapia, nossa voz é nosso próprio corpo, é o instrumento com o qual nascemos e que faz parte de nossa identidade. Apesar da pouca bibliografia relativa aos benefícios psíquico, emocional, psicológico e espiritual, quando fazemos uso da voz e do canto em terapia, é possível constatar mudanças, transformações nessas áreas, pois a voz é uma forma de comunicar e expressar a nós mesmos, criando rituais de comunhão, desde os tempos antigos. Nesse ponto é de fato impressionante o que o cantar a “sua canção” produz no sujeito da experiência musical.

É possível ainda, observar no “Vaso Musicoterapêutico”, que a questão de o participante escolher as SUAS canções, mesmo que com o auxílio da pasta de repertório, faz com que memórias, sentimentos e emoções sejam ativados e fortalece o sentido de existência, de SER e ESTAR no mundo, independente da sua situação atual ser a de tratamento e/ou crise. É possível perceber em suas reações corporais e emocionais a satisfação e contentamento em estarem cantando as suas canções. Desenvolve e fortalece o sentido de valorização, aceitação e pertencimento desse sujeito.

O canto se torna importante porque a voz é o meio mais natural e espontâneo de se fazer música, já que ela é o corpo humano (KARAM, 2009). A voz é única, com um timbre próprio, que é um dos aspectos de sua “identidade sonora”. Trabalhar com a voz cantada é

também tomar consciência de si mesmo, de suas dimensões corporais e de suas ações. Como afirma Karam (2009), *“o canto é uma expressão muito íntima da pessoa e através dele a pessoa tem possibilidade de se perceber”*. E além de se perceber, se reconhecer, se descobrir, se aceitar e se integrar consigo mesma.

No trabalho de cantar a sua canção com o continente do grupo e a voz do Musicoterapeuta como apoio, pôde-se notar não só a mudança vocal, mas de ânimo, humor e emoção. O “Vaso Musicoterapêutico” regulando o calor para que toda substância possa ser movimentada e transformada.

Um usuário do serviço Caps TM e Ad de Campo Largo- PR disse: “A musicoterapia me trouxe mais ânimo e força de expressar o que sinto no meu íntimo. Quero dizer mais: a música me lembra do grupo Unidos da Sucata em São Paulo. Dançar e cantar lava a alma porque o corpo fala”. Podemos notar no seu depoimento que a Musicoterapia não só trouxe o alívio de tensões (já que passou a conseguir expressar o que estava reprimido no seu mundo interno), como ativou memórias de momentos importantes e felizes vivenciados por ele, promoveu mais confiança e disposição para enfrentar sua doença e tratamento, tirou-o do espaço e foco na doença para leva-lo ao espaço de suas potencialidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme Zinberg, citado por Ribeiro (2006): *“Um dos principais objetivos do tratamento da dependência química é a busca por uma condição de maior autonomia para o funcionamento do ego.”* Um ego que possa se relacionar com o inconsciente, para que seja por este nutrido. Um eu que possa se nutrir de si, do Si-Mesmo com suas próprias imagens é alguém independente. O contrário da dependência!

O processo alquímico enquanto descrição do processo de transformação evidencia o quanto os sintomas são buscas psíquicas. Assim, a dependência química enquanto busca por dissolução mostra sua busca por um contato com instâncias que transcendam o eu. O desejo que calcina, a fissura pela droga que destrói, evidencia também um desejo por algo que o conduza às cinzas enquanto essência de quem somos. Assim o grande desejo é por

um encontro com quem se é e poder viver a partir disso. Como coloca Jung (1990):

“Ninguém pode viver, senão de quem se é.” Neste ponto vislumbra-se o papel decisivo da psicoterapia e/ou da musicoterapia ao proporcionar justamente esta diferenciação do eu, da personalidade, o que aos poucos pode dar ao sujeito o que ele procura: ser alguém.

Acredita-se que a música e seus elementos podem se colocar como uma ponte capaz de ligar a pessoa as suas emoções, aos seus sentimentos, aos seus pensamentos e ao seu corpo. Purdon (apud SHAPIRA, 2007), destacou cinco funções constantes da música em Musicoterapia: música como ponte, como território seguro, como portadora e relatora da história do paciente, música como resposta às necessidades humanas e como base para o desenvolvimento da identidade.

Austin (apud BARCELLOS, 1999 p.75), acredita que a música facilita o processo de individuação, reflete nossas emoções e dá sons aos sentimentos internos. Para Austin (2008) o trabalho dentro do processo musicoterapêutico de encontrar a voz, o próprio som é uma metáfora para encontrar o *self*. A autora afirma que pela sua experiência, tem entendido que o *self* é revelado através do som e características da voz.

Segundo Diane Austin (2008), “a conexão mais saudável parece ocorrer através da voz”. A autora afirma que cantar é uma experiência poderosa porque nossos corpos e vozes são os instrumentos e, portanto, ficamos intimamente ligados com o som e vibrações. Essa experiência de estarmos imersos na música nos torna a música. Austin completa que ao respirar profundamente para sustentar os tons que criamos, nosso coração bate desacelerado e nosso sistema nervoso está calmo. Essas vibrações produzidas enquanto cantamos, nutrem o corpo e massageiam nosso interior quebrando e liberando os bloqueios de energia, sentimentos e permitem um “*fluir natural de vitalidade*” e um estado de equilíbrio retornará ao corpo.

Para Austin (2008) “esses benefícios são particularmente relevante aos clientes que tem áreas no corpo congeladas, anestesiadas que envolvem uma experiência traumática”. A autora afirma que cantar é uma forma de expressar aquilo que é inexpressível e que pode produzir uma catarse por causa da liberação de emoção que aparece pelo efeito da música,

letra e das memórias acionadas nas associações feitas com a canção.

Podemos então concluir que a música e especificamente o trabalho com a voz dentro de um “Vaso Musicoterapêutico”, poderá facilitar o profundo processo de entrar em contato com o self (si mesmo). Jung afirmou que *“a música atinge um material arquetípico profundo que nós podemos atingir, somente algumas vezes, no nosso trabalho analítico com pacientes”* (AUSTIN apud BARCELLOS, 1999 p.77).

A canção “Tente outra vez” do Raul Seixas é a mais pedida pelos pacientes no trabalho Musicoterapêutico com dependentes químicos. A letra toda expressa o desejo deles, consciente, de mudança de vida, de transformação, de ser alguém!!!

Referências Bibliográficas

ACCIOLY T.C. **Dependência química uma Solutio** Monografia para conclusão de Especialização em Psicologia Analítica na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba; 2014.

ACCIOLY T.C. **Reflexões sobre a utilização das canções em processos musicoterapêuticos na saúde mental** Artigo apresentado no Simpósio Brasileiro de Musicoterapia , Curitiba; 2013.

AUSTIN, D. **The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy – Songs of the Self**. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2008.

BARCELLOS, L. R. M. **Musicoterapia: Transferência, Contratransferência e Resistência**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

EDINGER F. E **Anatomia da Psique: O Simbolismo Alquímico na Psicoterapia** São Paulo: Editora Cultrix, 2006.

HILLMAN J. **Psicologia Alquímica** Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011.

JUNG,C.G. **Mysterium Coniunctionis**. vol.XIV/1. Petrópolis: Vozes,1990.

JUNG, C.G. **Símbolos da Transformação**. c.w. 5. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

JUNG,C.G. **Psicologia e Alquimia**. OC XII. Petrópolis: Vozes,1991.

KARAM J. H. **Voz em Musicoterapia – Contribuições do canto na prática Musicoterapêutica**. In: XIII Simpósio Brasileiro De Musicoterapia, Xi Fórum Paranaense De Musicoterapia E Xi Encontro Nacional De Pesquisa Em Musicoterapia, 2009, Anais, Curitiba: AMTPR, p.18-24.

MILLECCO FILHO; MILLECCO; BRANDÃO **É preciso cantar: Musicoterapia, Cantos e Canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

SALLES, T. C. A **A jornada de encontrar a própria voz como caminho para o self: desafios de um trabalho musicoterapêutico**. Trabalho de conclusão de graduação em Musicoterapia, Faculdade de Artes do Paraná, Curitiba, 2011.

SILVEIRA FILHO D.X. **Drogas uma compreensão psicodinâmica das Farmacodependências** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SILVEIRA D.X., MOREIRA G.F. **Panorama atual de drogas e dependências** São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

SCHAPIRA, D. **Musicoterapia Abordagem Plurimodal**. Argentina: ADIM Ediciones, 2007.
TATIT, L. **A canção**. São Paulo; Atual, 1987.

ZOJA L. **Nascer não Basta** São Paulo: Axis Mundi, 1992.



ISBN 978-85-94394-00-2



Realização:



Apoio:

