

Anais



Av. Graça Aranha, 57 / 12º andar - Castelo - RJ



Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

**30 DE NOVEMBRO A
2 DE DEZEMBRO DE 2004**

RIO DE JANEIRO

**UBAM
AMTRJ
CBM-GEU**

V ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM
MUSICOTERAPIA

30 de novembro a 2 dezembro

PESQUISA EM SAÚDE

UBAM

AMT-RJ

CBM-CEU

Rio de Janeiro

2004

AMTRJ- editora

E56

Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia (5. : 2004 : Rio de Janeiro, RJ)

Anais do V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia: Pesquisa em saúde, 30 de novembro a 02 de dezembro, Rio de Janeiro, RJ. -- Rio de Janeiro : UBAM : AMTRJ : CBM-CEU, 2004.

ISBN: 978-65-86806-02-1

1. Musicoterapia – Congressos. I. União Brasileira das Associações de Musicoterapia. II. Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro. III. Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário. IV. Título: Pesquisa em saúde.

CDD: 615.85154

V ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

Novembro/ Dezembro – 2004

ÍNDICE

Índice	1
Apresentação	4
Programa	5
Conferências e debates:	
Para uma agenda da pesquisa em Musicoterapia no Brasil: discutindo caminhos Mt. Dr. Marco Antônio Carvalho Santos (EPSJV-FIOCRUZ/ CBM-CEU).	8
Debate	16
Pesquisa e saúde pública no Brasil. Dra. Ana Lúcia Abrahão da Silva (EPSJV- FIOCRUZ/ UFF).	20
Debate	26
Pesquisa em música no Brasil: o estado da arte. Vamos bater lata ? Intervenções inter-semióticas na cidade polifônica .O caso Hapax Dr. Júlio Diniz (PUC/RJ).	34
Debate	43
A contribuição do Laboratório de Musicoterapia da UniFMU para o desenvolvimento da musicoterapia”. Mt. Ms. Raul Brabo (UniFMU).	46
Debate	48
Mesas Redonda:	
Musicoterapia e saúde: dimensões da pesquisa. Mt. Diego Shapira (Programa ADIM).	51
Mt. Ms Marly Chagas (CBM-CEU/ EICOS-UFRJ).	57
Mt Martha Negreiros (ME-UFRJ),	62
Debate	65
Música em Musicoterapia: dimensões da pesquisa. Dra. Leomara Craveiro (UFG).	70
Mt. Dra. Jacila Silva, Mt.	79
Debate	86

Temas Livre

A canção como recurso terapêutico na reabilitação da afasia Rosana Saldanha	91
A contribuição da musicoterapia no tratamento de pacientes depressivos Camila Lima e Silva; Claudia Regina de O. Zanini; Maria Amélia Dias Pereira	101
Movimentação de grupos em musicoterapia Claudia Regina de O. Zanini; Denize Boutellet Munari; Eliane Faleiro de Freitas	109
A musicoterapia com pacientes dialíticos Ana Maria Loureiro de Souza Delabary	115
A musicoterapia como campo emergente Marcello da Silva Santos	130
A musicoterapia e o contexto organizacional. Thayane Xavier de Freitas; Claudia Regina de O. Zanini; Célia Maria F.S.Teixeira	136
A Musicoterapia na Oncologia Pediátrica: delimitação de um campo de atuação hospitalar Eliamar Ap ^a de Barros Fleury e Ferreira	144
Familiaridade, previsibilidade e confortabilidade da canção como acolhimento às mães de bebês prematuros. Lia Rejane Mendes Barcellos.	158
Função da musicoterapia na iniciação e educação musical especial: da inclusão à inserção do portador de atraso do desenvolvimento na rede regular de ensino. Cybelle Maria Veiga Loureiro	166
Música e enfermagem: uma integração possível no cuidado hospitalar Leila Brito Bergold; Neide aparecida Titonelli Alvim	175
Musicalidade clínica: a compreensão do fazer musical do musicoterapeuta no contexto clínico musicoterápico. Clara Márcia de Freitas Piazzetta. Leomara Craveiro de Sá	189
Musicoterapia e cuidado: ressonâncias no campo da saúde mental e trabalho Laize Guazina; Maria da Graça Jacques	198
O papel da musicoterapia como coadjuvante no tratamento do paciente com doença de Parkinson Tereza Raquel de Melo Alcântara-Silva; Leomara Craveiro de Sá; Osvaldo V. Filho; Deise Luci Barsotti Ferreira; Delson José da Silva.	207
O sonoro e o subjetivo Bianca Bruno Bárbara	208
O sonoro na construção da identidade: Musicoterapia, saúde mental e outros constructos Ana Sheila Tangarife	223

Mecanismos de atuação do musicoterapeuta: ações, reações e inações. Lia Rejane Mendes Barcellos	236
Projeto encanto: avaliando uma proposta de humanização hospitalar Marly Chagas Oliveira Pinto; Lara Gazaneo; Mônica Lamas de Aguiar	257
Projeto mame musicoterapia no aleitamento materno exclusivo. Uma pesquisa em andamento. Algumas reflexões sobre a clínica e a metodologia Martha Negreiros; Albelino Silva Carvalhaes; Paula Maria R. Carvalho; Bianca Panetti de Andrade Fialho; Helena Lauria Lima; Priscilla Winandy/	269
Quando a música entra em ressonância com as emoções: significados e sentidos na narrativa de jovens estudantes de musicoterapia. Patrícia Wazlawick; Profª. Drª. Denise de Camargo.	285
Reabilitação neurológica pela musicoterapia: padronização de protocolo para pacientes com esclerose múltipla. Shirlene Vianna Moreira; Vítor Geraldi Haase; Marcos Moreira, Marcos Aurélio Lana-Peixoto	307
Reflexões sobre a musicoterapia com pacientes em UTI Ruiter Silva Moura; Célia Maria Teixeira da Silva Ferreira; Eliamar Ap. Barros Fleury Ferreira	315
Posterres	
Adeus câncer de mama Nelso Vieira Barreto; Ângelo Gustavo Zucca Matthes.	323
Compondo a vida Nelso Vieira Barreto; Ângelo Gustavo Zucca Matthes; Renato Tocantins Sampaio; Ana Cristina Parente Sampaio.	330
Implantação da musicoterapia no HUGO: Contribuindo para a humanização na saúde pública Autora e coordenadora geral: Profa. Dra. Leomara Craveiro de Sá (EMAC/UFG)	345
Música e inconsciente no processo musicoterápico: As experiências musicais como acesso ao ser saudável e criativo. Elaine Barbosa dos Santos	350
Assembléia de pesquisadores presentes ao V ENPMT A construção de uma agenda nacional de pesquisa em musicoterapia	359

V ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

Novembro/Dezembro – 2005

APRESENTAÇÃO

A AMT-RJ tem organizado muitos eventos nestes 37 anos de existência da musicoterapia no estado. Cursos, Fóruns, Encontros, Simpósios e até o VI Congresso Mundial realizado em 1990, quase todos em parceria com o Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário, são os eventos que têm contribuído para o desenvolvimento da área não só no Rio de Janeiro, mas, em todo país.

Muitas apresentações sejam palestras, mesas redondas ou, ainda, temas livres, levam os musicoterapeutas a refletir sobre os avanços clínicos, teóricos e sobre as questões de pesquisa na área. No entanto, maiores seriam nossos ganhos se tivéssemos a possibilidade de recorrer a essas apresentações em outros momentos. Mas, para isto, seria necessário que a organização desses eventos tivesse disponibilidade de tempo e possibilidades de divulgar as mesmas de alguma forma – em anais ou, mais recentemente, em Cd-rom.

Conscientes da necessidade da democratização da informação, os membros da Comissão Científica do V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia decidiram envidar esforços para que não só as pesquisas apresentadas como temas livres fossem divulgadas, mas, também, as palestras e, principalmente, os debates que a estas se seguiram. No entanto, para a inclusão destes últimos, foi necessário um trabalho de transcrição de fitas – onde os mesmos foram gravados – e de edição dessas transcrições.

Por isto, só agora aparece este Cd-rom que inclui todos os trabalhos do evento, bem como as palestras e os debates realizados após cada uma delas, e em 2020 a versão on-line.

Comissão Científica do V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia.

Marly Chagas Oliveira Pinto (Coordenadora)

Lia Rejane Mendes Barcellos

Marco Antonio Carvalho Santos

Martha Negreiros Sampaio Vianna

Rio de Janeiro, maio de 2005.

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

30/11 – terça-feira

9h 30 min – **Abertura do Encontro**

10h 30min – 12h – **Conferência:** "Para uma agenda da pesquisa em Musicoterapia no Brasil: discutindo caminhos" – Mt. Dr. Marco Antônio Carvalho Santos (EPSJV-FIOCRUZ/ CBM-CEU).

14h às 16h – **Apresentação de tema livre**

- **Sessão 1 – auditório**

14h às 14h 40min – “A movimentação de grupos em Musicoterapia”. Mt. Ms Claudia Zanini, Mt. Eliane Faleiro e Dra. Denize Munari.

14h 40min às 15h 20min – “Os mecanismos de atuação do musicoterapeuta: ações, reações e inações”. Mt. Ms Lia Rejane Barcellos, Bianca Fialho e Elisabeth Petersen.

15h 20min às 16h – “A Musicoterapia e o contexto organizacional”. Mt. Thayane Xavier de Freitas, Mt. Ms. Claudia Zanini e Dra. Célia Maria Teixeira.

- **Sessão 2 – sala 5**

14h às 14h 40min – “Reflexões sobre a Musicoterapia com pacientes em UTI. Mt. Ruiter Silva Moura; Mt. Ms. Eliamar Fleury Ferreira; Dra. Célia Maria Teixeira da Silva Ferreira.

14h 40min às 15h e 20min – “Quando a música entra em ressonância com as emoções: significados e sentidos na narrativa de jovens estudantes de Musicoterapia”. Mt. Ms. Patrícia Wazlawick.

15h 20min às 16h – “A Musicoterapia na oncologia pediátrica: delimitação de um campo de atuação hospitalar”. Mt. Ms. Eliamar Aparecida de Barros Fleury e Ferreira.

- **Sessão 3 – sala 9**

14h às 14h 40min – “Musicalidade clínica: a compreensão do fazer musical do musicoterapeuta no contexto clínico musicoterápico”. Mt. Clara Márcia Piazzetta e Mt. Dra. Leomara Craveiro de Sá.

14h 40min às 15h 20min – “Musicoterapia e cuidado: ressonâncias no campo da saúde mental e trabalho”. Mt. Laize Guazina e Dra. Maria da Graça Jaques.

15h 20min às 16h – “O papel da musicoterapia como coadjuvante no tratamento do paciente com doença de Parkinson”. Mt. Tereza Raquel Melo Alcântara-Silva, Mt. Dra.

Leomara Craveiro de Sá, Osvaldo Vilela Filho, Mt. Deise Luci Barsotti Ferreira e Delson José da Silva.

- **Sessão 4 - sala 2**

14h às 14h 40 min – “O Sonoro e o subjetivo”. Mt. Bianca Bruno Bárbara.

14h 40min às 15h 20min – “Função da Musicoterapia na iniciação e educação musical especial: da inclusão à inserção do portador de atraso no desenvolvimento na rede regular de ensino”. Mt. Cybelle Maria Veiga Loureiro.

15h 20min às 16h – “Reabilitação neurológica pela Musicoterapia: padronização de protocolo para pacientes com esclerose múltipla. Mt. Shirlene Vianna S, Moreira MA, Haase VG, Lana-Peixoto

16h 30 min às 17h 30min – **Sessão Plenária** – sala 9

01/12 – quarta -feira

9h às 10h – **Conferência:** “Pesquisa e saúde pública no Brasil”. Dra. Ana Lúcia Abrahão da Silva (EPSJV- FIOCRUZ/ UFF).

10h às 10h30min – Debate

11h às 12h 30min – **Mesa Redonda:** "Musicoterapia e saúde: dimensões da pesquisa". Mt. Diego Shapira (Programa ADIM). Mt. Martha Negreiros (ME-UFRJ), Mt. Ms Marly Chagas (CBM-CEU/ EICOS-UFRJ).

14h às 16 h: **Apresentação de tema livre /pôsteres**

- **Sessão 5 – sala 4**

14h às 14h 40min – “Projeto MAME – Musicoterapia no Aleitamento Materno Exclusivo: uma pesquisa em andamento – algumas reflexões sobre a clínica e a metodologia”. Mt. Martha Negreiros de Sampaio Vianna, Mt. Paula Maria Ribeiro Carvalho, Mt. Albelino Silva Carvalhaes, Bianca Panetti de Andrade Fialho, Helena Lauria de Lima e Priscilla Winandy.

14h 40min às 15h 20min – “Familiaridade, previsibilidade e confortabilidade da canção como acolhimento às mães de bebês prematuros”. Mt. Ms. Lia Rejane Mendes Barcellos.

15h 20min às 16h – “Projeto Encanto: avaliando uma proposta de humanização hospitalar”. Mt. Ms. Marly Chagas, Lara Gazaneo e Mt. Monica Lamas.

- **Sessão 6 – sala 9**

14h às 14h 40min – “A contribuição da Musicoterapia no tratamento de pacientes depressivos”. Mt. Camila Lima e Silva, Mt. Ms. Claudia Zanini e Ms. Maria Amélia Dias Pereira

14h 40min às 15h 20min – “Música e enfermagem: uma integração possível no cuidado hospitalar”. Mt. Leila Brito Bergold e Dra. Neide Aparecida Titonelli Alvim.

15h 20min às 16h – “A canção como recurso terapêutico na reabilitação da afasia”. Mt. Rosana Saldanha Silva.

- **Sessão 7 – 7º andar – sala 3**

14h às 14h 40min – “A Musicoterapia com pacientes dialíticos”. Mt. Ms. Ana Maria Loureiro de Souza Delabary.

14h 40 min às 15h 20min – “A Musicoterapia como campo emergente”. Mt. Marcello da Silva Santos.

15h 20min às 16h – “O Sonoro na construção da identidade: Musicoterapia, saúde mental e outros constructos”. Mt. Ms. Ana Sheila Tangarife.

- **Sessão 8 - pôsteres – sala 25**

14h às 16h

“Implantação da Musicoterapia no HUGO: contribuindo para a humanização na saúde pública”. Dra. Leomara Craveiro e Mt. Wheide de Mello e Andrade.

“Adeus câncer de mama”. Mt. Nelson Vieira Barreto e Ângelo Gustavo Zucca Mathes.

“Compondo a vida. A utilização da composição musical em musicoterapia na promoção da melhoria da qualidade de vida de pacientes com câncer”. Mt. Nelson Vieira Barreto, Ângelo Gustavo Zucca Mathes, Mt. Ms. Renato Tocantins Sampaio e Mt. Ana Cristina Parente Sampaio.

“Música e inconsciente no processo musicoterápico. As experiências musicais como acesso ao ser saudável e criativo”. Mt. Elaine Barbosa dos Santos, Mt. Ms. Jônia Maria Dozza Messagi e Mt. Ms. Patrícia Waslawick.

16h 30min às 17h 30min – **Sessão Plenária**

02/12 – quinta-feira

9h às 10h – **Conferência:** "Pesquisa em música no Brasil: o estado da arte" Dr. Júlio Diniz (PUC/RJ).

10h às 10h 30min – debate

11h às 12h 30min – **Mesa redonda:** "Música em Musicoterapia: dimensões da pesquisa" Mt. Ms. Noemi Lang (Unaerp), Mt. Dra. Jacila Silva, Mt. Dra. Leomara Craveiro (UFG).

14h – **Conferência:** “A contribuição do Laboratório de Musicoterapia da UniFMU para o desenvolvimento da musicoterapia”. Mt. Ms. Raul Brabo (UniFMU).

15h – **Sessão Plenária** - Apresentações de relatório. Conclusões do Encontro.

16h – **Encerramento do Encontro**

CONFERÊNCIAS e DEBATES

PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, discutindo caminhos¹

Conferência

Marco Antonio Carvalho Santos²

Num momento em que a carreira está mobilizada pela regulamentação da profissão, este encontro busca refletir sobre os rumos da pesquisa no campo da musicoterapia no Brasil, a partir da compreensão de que a pesquisa representa um espaço fundamental para o desenvolvimento da carreira e é parte necessária do esforço pelo seu reconhecimento

Ao longo de uma série de encontros de pesquisa, este é o quinto, temos apresentado os resultados do esforço de pesquisadores em formação³ que atuam num campo em construção no nosso país. A partir deste intercâmbio temos buscado refletir sobre os resultados do nosso trabalho. Já discutimos em ocasiões anteriores nossas dificuldades e procuramos definir metas que nos ajudassem a garantir os avanços necessários à fundamentação e à consolidação científica da nossa prática. Neste encontro procuraremos

¹ Trabalho apresentado no V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia – Rio de Janeiro, 30/11/04.

² **Marco Antonio Carvalho Santos** é musicoterapeuta com Mestrado e Doutorado em Educação pela Universidade Federal Fluminense; Licenciado em Música pelo Conservatório Brasileiro de Música (CBM); professor do CBM –CEU nos cursos de graduação e pós-graduação em Musicoterapia; professor convidado da pós-graduação em Terapia das Artes da Universidade Federal Fluminense; membro da Ouvidoria da Fiocruz.

³ É importante considerar que os nossos mestres e doutores se formaram há muito pouco tempo, devendo ser considerados, por isso, pesquisadores em formação.

abordar de forma mais específica a necessidade da construção de uma agenda nacional de pesquisa.

É preciso lembrar e retomar algumas questões para que possamos nos situar. Leandro Konder escreveu que “memória é identidade. Só conseguimos ter uma idéia de quem somos se dispusermos de algumas referências a respeito do caminho que percorremos para chegar onde estamos. O desmemoriado é o sujeito que não sabe mais quem é (KONDER, 2003). É importante lembrar, por exemplo, que durante muito tempo o modelo experimental e quantitativo foi identificado, entre nós, se não como “o” modelo de pesquisa, pelo menos como o mais importante. Um viés positivista se expressava em expectativas de “provar”, através da pesquisa, o potencial da musicoterapia e os efeitos da música e do som. Ao lado dessa visão, uma afirmação da sensibilidade como o verdadeiro caminho da terapia colocava o esforço de reflexão e sistematização teórica sob suspeita de constituir-se numa “defesa” que impedia o contato do terapeuta com os sentimentos (o seus próprios e os do paciente).

Talvez não possa ser considerada obra do acaso o surgimento dos primeiros cursos de musicoterapia num período de intensa repressão política. Depois de uma sucessão de experiências de frustração de expectativas políticas (o golpe de 64 que bloqueou uma efervescência popular em torno das reformas de base e o fechamento ainda maior representado pelo AI-5 que se seguiu à mobilização estudantil e operária em 1968), as possibilidades de ação transformadora, mesmo no campo da cultura, se viram fortemente limitadas. A repressão política e cultural acabou, indiretamente, provocando a emergência de temas como a interioridade, o sentimento e a desconfiança nas possibilidades da razão. Estes temas de importância fundamental (não pretendo aqui considerá-los menores ou equivocados) se constituíram em espaços de resistência contra a opressão. O fechamento político cria, no entanto, condições favoráveis ao individualismo e à perda do sentido do coletivo.

Não pretendo aqui tentar traçar uma história da musicoterapia no Brasil, tarefa que começa a mobilizar o interesse de vários profissionais e que fugiria ao nosso objeto de discussão. Apenas procuro situar algumas influências que podem nos ajudar a entender a atual situação do nosso campo.

Parece que hoje já é claro para uma boa parte dos profissionais da nossa área que a prática clínica precisa se enraizar na reflexão e na teoria e que a intuição, indispensável na clínica, precisa se apoiar no conhecimento construído sistematicamente através do estudo e da pesquisa. A difusão da pesquisa qualitativa modificou a perspectiva de muitos

musicoterapeutas em relação aos métodos e técnicas adotados no estudo dos seus objetos de investigação. Outra mudança significativa que pode ser observada é a percepção de que estudo e pesquisa são práticas sociais, são produtos de interações sociais como, aliás, a própria música. Isso significa que a figura do pesquisador solitário que realiza o seu trabalho isolado dos demais se torna, cada vez mais, um anacronismo.

A relação entre teoria e prática tem sido, também, colocada sob nova luz. Aqui é necessário afirmar que a polarização entre teoria e prática pode ser considerada como uma separação de elementos que deveriam ser vistos como ligados dialeticamente. Neste sentido, o conceito de *práxis* pode nos ajudar a pensar esta ligação indissolúvel.

A *práxis* é a atividade concreta pela qual os sujeitos humanos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformando-se a si mesmos. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais consequente, precisa de reflexão, do autoquestionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática. (...) A *práxis* é a atividade que, para se tornar mais humana, precisa ser realizada por um sujeito mais livre e mais consciente. Quer dizer: é a atividade que precisa da teoria (KONDER, 1992: 115-116).

A partir desta perspectiva, a pesquisa pode ser entendida como uma forma de *práxis* que transforma o campo do conhecimento e, ao mesmo tempo, o próprio pesquisador. Pode-se estabelecer aí um paralelo entre pesquisa e terapia quando lembramos a afirmação de Jung segundo quem um processo terapêutico modifica não apenas o cliente, mas o próprio terapeuta. A pesquisa, além da produção de conhecimento que transforma as práticas sociais, representa um importante instrumento de educação permanente do pesquisador.

Entendida como *práxis*, a pesquisa em musicoterapia se concentra no campo da saúde e da música. Procurarei aqui priorizar o campo da saúde e, para isso, é preciso situar a pesquisa musicoterápica no contexto da pesquisa em saúde no Brasil.

Reinaldo Guimarães, num artigo intitulado “Política de ciência, tecnologia e inovação em saúde”, publicado na revista eletrônica da SBPC – Com Ciência – em 10/08/2004, apresenta uma visão geral da pesquisa em saúde no Brasil. O autor, então diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde do Ministério da Saúde, utilizou como referência dados do CNPq. Segundo ele, “atualmente a pesquisa em saúde no Brasil é realizada por cerca de 4.900 grupos de pesquisa, com 18.000 pesquisadores (11.000 detentores de titulação doutoral) e este campo circunscreve entre 25% e 30% do esforço global de pesquisa no Brasil”. Para situar a dimensão destes números, Guimarães

indica que em 2001 existiam cerca de 35.000 pesquisadores doutores em atividade no país. Portanto, quase um terço deles atuava na área de saúde. Ainda segundo o autor citado, as estimativas sobre gastos com pesquisa em saúde no Brasil são precárias e “o levantamento preliminar do fluxo de recursos públicos para a pesquisa em saúde em 2001 atingiu um volume de R\$ 500 milhões”.

Guimarães aponta, no entanto, um problema na escolha e definição de prioridades do trabalho de pesquisa nesta área: “a dinâmica globalizada da pesquisa científica, mediada pela pauta das revistas internacionais de maior impacto, determina essas escolhas, quase sempre voltadas para os interesses do mundo desenvolvido”. Considerando o peso da publicação de artigos em periódicos internacionais na avaliação do trabalho dos pesquisadores, fica evidente o risco de escolhas afastadas das prioridades da política de saúde no Brasil. Ainda mais quando se considera que as políticas de saúde muito raramente geraram pautas de pesquisa prioritária.

E provavelmente isso ocorreu porque a instituição responsável pela construção e implementação das políticas de saúde – O Ministério da Saúde – historicamente vem negligenciando a importância da pesquisa em saúde como ferramenta para a melhoria das condições de saúde da população.

O Brasil possui, segundo Guimarães, um bom estoque de recursos humanos em pesquisa, uma infra-estrutura e um financiamento público razoáveis para um país em desenvolvimento. O que estaria faltando, segundo ele?

Em primeiro lugar, considerando que a desigualdade é o calcanhar de Aquiles da nossa sociedade, combatê-la, aumentando os padrões de equidade, deve ser o fundamento básico da política a ser desenvolvida. O segundo fundamento da política de saúde deve ser o respeito estrito aos padrões éticos na pesquisa. Um terceiro aspecto a ser considerado é a necessidade de uma Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde voltada para as necessidades de saúde da população que tenha “como objetivo principal desenvolver e otimizar os processos de absorção de conhecimento científico e tecnológico pelas indústrias, pelos serviços de saúde e pela sociedade”. Por fim, esta política deve estabelecer prioridades, já que uma das características históricas do sistema brasileiro de fomento à pesquisa é justamente a sua baixa seletividade, sua dificuldade em estabelecer prioridades e segui-las.

A construção de uma agenda de pesquisa na nossa área precisa levar em conta a nossa situação atual e o quadro da saúde em que nos inserimos. Quando consideramos a

situação da pesquisa no campo da musicoterapia brasileira o primeiro aspecto que chama a nossa atenção é a **formação de pesquisadores**. Os nossos números neste item, mesmo considerando o tempo de existência da nossa carreira, são ainda muito baixos quando comparados com outras áreas.

Por outro lado, a ausência de centros específicos de pós-graduação *stricto sensu* em musicoterapia nos tem levado a construir/encontrar espaços de formação em áreas afins (saúde, música, educação, etc.). O movimento em direção a mestrados e doutorados em outras áreas traz benefícios em termos de intercâmbio interdisciplinar, mas limita o desenvolvimento de centros e grupos permanentes de pesquisa nas universidades. A formação em áreas afins faz com que os musicoterapeutas recebam orientação de especialistas que nem sempre podem dar conta de questões importantes para a nossa área. Só muito recentemente a musicoterapia veio a ser contemplada como área de concentração no Mestrado em Música da UFGO.

Mesmo no nível da graduação, o trabalho de iniciação à pesquisa não pôde ser beneficiado, até pouco tempo atrás, pela inserção dos cursos de musicoterapia em universidades onde a pesquisa é uma exigência e o convívio com estudantes e pesquisadores de outras áreas pode contribuir para a circulação de informações e o desenvolvimento de reflexões interdisciplinares. Os primeiros cursos (Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná) foram criados em instituições de ensino superior que não são universidades. Só muitos anos depois surgiram cursos de graduação em universidades (UNAERP, UCSAL e UFGO).

O grande desafio em relação à formação de pesquisadores parece ser a criação de um programa de pós-graduação *stricto sensu* em musicoterapia, capaz de preparar pesquisadores num ambiente em que este campo de conhecimento seja trabalhado por uma equipe integrada por profissionais da área. Um programa assim possibilitará a formação de grupos de pesquisa que poderão garantir a continuidade do trabalho e seu aprofundamento. A criação deste programa só será possível através de um intenso trabalho de articulação e planejamento a médio prazo já que a sua criação envolve uma série de exigências como titulação de seu corpo docente, aprovação pela CAPES, instalações e recursos.

Um segundo aspecto da nossa agenda se refere à **publicação de periódicos**. Quando a UBAM foi criada em 1995, o primeiro secretariado assumiu a responsabilidade de organizar a publicação de uma revista, considerando que uma publicação nacional funcionaria como um canal de comunicação entre os profissionais e estudantes de

musicoterapia do país e, ao mesmo tempo, como um canal de comunicação entre os musicoterapeutas e a comunidade acadêmica e científica. A Revista Brasileira de Musicoterapia, criada em 1996 e que tem contribuído para dar visibilidade à produção teórica e às pesquisas desenvolvidas na área, precisa agora conseguir atingir os objetivos que vêm sendo perseguidos pela equipe que a coordena: a periodicidade que tornará possível a sua indexação. O que tem dificultado o atingimento deste objetivo tem sido, basicamente, a falta de recursos. Equacionar nossos problemas de modo a garantir uma publicação nacional indexada deveria ser considerada uma prioridade na nossa agenda de pesquisa.

Têm sido realizados esforços no sentido de **mapear o trabalho de pesquisa** dos musicoterapeutas em diferentes instituições de ensino e pesquisa, identificando temas e referenciais teóricos utilizados. Isso é, sem dúvida, fundamental para possibilitar o intercâmbio indispensável ao progresso da pesquisa. A UBAM já constituiu uma comissão com este objetivo e parece clara a necessidade de aprofundar este trabalho.

Um importante desdobramento possibilitado por este mapeamento é a criação de **espaços e canais de intercâmbio permanente** que possibilitem a troca de informações entre pesquisadores, a criação de grupos de trabalho e de discussão em torno de temas específicos, a dinamização e ampliação dos encontros de pesquisa.

O intercâmbio e o mapeamento do trabalho de pesquisa podem contribuir para a criação de **grupos de pesquisa**. Hoje temos poucos grupos que apresentam uma produção regular de trabalhos e uma identidade em termos teóricos. São os grupos de pesquisa que garantem a continuidade do trabalho de pesquisa e o aprofundamento do conhecimento na maioria dos campos do saber. Estes grupos costumam se organizar nas instituições de ensino e pesquisa em torno de pesquisadores com maior experiência, produção e titulação o que viabiliza a formulação de projetos que possam disputar **financiamentos** dos órgãos de fomento. Fazer pesquisa sem financiamento torna este trabalho muito difícil na medida em que, na maioria das vezes, a falta de recursos acaba por inviabilizar a dedicação necessária e obriga os profissionais a relegarem a segundo plano uma atividade que custa tempo, esforço, investimento em livros e materiais.

Alguns tipos de pesquisa exigem instalações especiais como Laboratórios e Estúdios e alguns cursos de musicoterapia já contam com este tipo de recurso, embora poucos estejam realmente bem equipados. Construir e equipar instalações desse tipo exige investimentos de vulto e, por isso, precisam ser objeto de planejamento criterioso que contemple as possibilidades reais de investimento das instituições e cronogramas que

estabeleçam etapas de implantação. Projetos de pesquisa bem elaborados podem garantir financiamento para equipamentos e instalações.

Discuti no III Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado em São Paulo, em 2002 algumas questões éticas ligadas à realização de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe lembrar que a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde deixa muito claro que “toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Conselho de Ética em Pesquisa”. Estabelece que “as instituições nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, conforme suas necessidades”, e que, “na impossibilidade de se constituir CEP, a instituição ou o pesquisador responsável deverá submeter o projeto à apreciação do CEP de outra instituição, preferencialmente dentre os indicados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS)”. Mesmo considerando que a tramitação dos projetos de pesquisa nos Comitês de Ética costuma envolver exigências que podem atrasar o início ou o desenvolvimento do trabalho, cuidar do respeito estrito aos padrões éticos na pesquisa deve ser um compromisso de todos os musicoterapeutas. Assim, nossos projetos devem, nos seus cronogramas, levar em conta os tempos necessários para sua análise pelos Comitês.

Se foi enfatizada nesta fala a necessidade de um conhecimento das políticas públicas de saúde, de identificar programas de saúde e eixos temáticos considerados prioritários no Sistema Único de Saúde, como Saúde da Família, Humaniza SUS e reforma psiquiátrica, isso não deve significar o esquecimento ou secundarização das questões ligadas à música e à clínica musicoterápica. Teremos de tentar equilibrar nossos esforços de pesquisa em torno de **temas prioritários** sem perder de vista a pluralidade de campos de saber implicados na prática da musicoterapia e considerando a diversidade de vocações e escolhas teóricas dos pesquisadores. Uma agenda de pesquisa pode representar um movimento pela construção coletiva dessas prioridades.

Em “A Prática da Psicoterapia”, Jung escreveu: “em psicoterapia, considero até aconselhável que o médico não tenha objetivos demasiado precisos, pois dificilmente ele vai saber mais do que a própria natureza ou a vontade de viver do paciente” (Jung, 1971: 38). Isso evita que se trate o paciente como mais um caso de alguma descrição nosográfica e propõe a escuta atenta das suas características individuais, já que em psicoterapia o que se trata são pessoas e não doenças. Se também na pesquisa é necessário cuidado com as fórmulas que comprometem a captação das especificidades do objeto pesquisado, é preciso, neste tipo de atividade, planejar o trabalho e determinar,

com a maior precisão possível, objetivos a serem perseguidos, mesmo que o curso da pesquisa venha a apontar mais adiante a necessidade de modificações.

Em pesquisa, a avaliação dos resultados do trabalho é uma dimensão fundamental a ser considerada. No documento para discussão que propõe indicadores de avaliação para o trabalho desenvolvido nas diversas unidades da Fiocruz são apresentados três conceitos que podem ser úteis à nossa reflexão sobre a agenda de pesquisa da musicoterapia: eficácia, eficiência e efetividade.

Eficácia se refere ao grau de execução do plano e o alcance das metas programadas em um determinado período de tempo. Os indicadores de eficácia expressam, em geral, a quantidade absoluta ou relativa (porcentagem) da meta atingida.

Eficiência diz respeito à relação entre recursos consumidos e resultados produzidos e seus indicadores são expressos em termos de custo/benefício.

Efetividade representa o grau de modificação da situação-problema alcançado com a ação empreendida, em que medida a execução das ações ou programas desenvolvidos contribuiu para reverter ou resolver a situação. Seus indicadores servem para avaliar o impacto das ações sobre os problemas ou situações, que são, geralmente, de médio prazo.

É preciso refletir sobre avaliação do nosso trabalho de pesquisa para evitar o descrédito na comunidade científica em relação à nossa seriedade. Sem a preocupação com a criação de indicadores para a avaliação de nosso trabalho de pesquisa cresce o risco de um excessivo subjetivismo na interpretação dos dados e das situações estudadas, da falta de rigor nos critérios adotados para apontar relações que consideramos significativas. Isso não significa que deveremos voltar à preocupação com a quantificação de todos os nossos resultados, como se só este recurso pudesse ser considerado válido. Precisamos formular criativamente propostas que possam contemplar adequadamente as características do nosso campo.

Uma última questão que gostaria de propor para a discussão se inspira no trecho com o qual Wisnik abre o seu texto “Getúlio da Paixão Cearense (Villa-Lobos e o Estado Novo)”. Ele escreve:

“o tema/ desta/ pesquisa/ o nacional/ e o popular/ na cultura/ brasileira/ é/ um/ convite/ ao/ erro/ irrecusável”

Enveredar pelos caminhos da pesquisa implica este convite, esta provocação, e este preço. Não é possível pesquisar sem enfrentar o terreno pantanoso do incerto. Aí mais uma vez, podemos lembrar de Jung quando ele considera que “o psicoterapeuta pouco ou nada aprende com os sucessos, principalmente porque o fortalecem nos seus enganos. Os

fracassos, ao invés, são experiências preciosíssimas, não só porque através deles se faz a abertura para uma verdade maior, mas também porque nos obrigam a repensar nossas concepções e métodos” (Jung, 1971: 36).

**PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA DA PESQUISA EM
MUSICOTERAPIA NO BRASIL:
discutindo caminhos**

Debate

Marco Antônio Carvalho Santos⁴

Leomara⁵ -Eu participei de um Comissão, eu fui membro do Comitê Interno de Iniciação Científica lá na Universidade ligada ao CNPq. Notei que os projetos de musicoterapia enviados ao Comitê, não podiam dispor do qualis ⁶. Então, o que ocorria é que a nossa pontuação baixava assustadoramente, por que os nossos projetos foram avaliados pelo qualis da música ou da área de saúde.

Marco Antônio: É interessante você explicar o que é qualis, talvez nem todos saibam.

Leomara – O qualis é uma lista de periódicos, revistas, publicações da área específica com uma referência de valor. Essa qualidade é dada pelo tempo de publicação, se está indexada, pelas suas formas de circulação dela. Como não temos o nosso montado, e temos uma característica muito interdisciplinar, acaba-se indo buscar essa pontuação em qualis de outras áreas. É fundamental montarmos um qualis da nossa área. A minha pergunta é: como fazer isso?

Marco Antônio: Esse é um problema gravíssimo, porque no nosso país não existem publicações em musicoterapia. Nós temos uma Revista nacional. O nosso campo é um campo que está muito em início. Estamos atrasados. Além disso, a academia funciona

⁴ Debate após a palestra do Dr **Marco Antonio Carvalho Santos** é musicoterapeuta com Mestrado e Doutorado em Educação pela Universidade Federal Fluminense; Licenciado em Música pelo Conservatório Brasileiro de Música (CBM); professor do CBM –CEU nos cursos de graduação e pós-graduação em Musicoterapia; professor convidado da pós-graduação em Terapia das Artes da Universidade Federal Fluminense; membro da Ouvidoria da Fiocruz.

⁵ **Leomara Craveiro de Sá** é Doutora em Comunicação e Semiótica, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC). Sua tese de Doutorado foi publicada no livro intitulado: *A Teia do Tempo e o Autista: Música e Musicoterapia*. Goiânia: Editora Universidade Federal de Goiás, 2003.

⁶ (<http://qualis.capes.gov.br>)

como conservação. Então, para nos implantarmos, vamos contra todas as correntes. A Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Música só mais recentemente tem chamado musicoterapeutas e tem nos dado um certo espaço. Temos que começar a trabalhar com essa questão de pesquisa em médio prazo, se não, não chegaremos a lugar nenhum. A nossa carreira tem que ser pensada em prazos mais amplos. Se ficarmos pensando sempre o que faremos no ano que vem, veremos que, algumas coisas se tornam impossíveis.

Rejane – A pergunta da Leomara aponta para alguns caminhos, ou para algumas questões que precisamos pensar. Fazer pesquisa não é só fazer a pesquisa. É investir no que está em volta da na pesquisa, ou seja, em publicação, nos financiamentos, no CNPq, em qualis... Eu tenho que investir em uma série de aspectos que não só fazer pesquisa. Além disso, somos aprendizes de feiticeiro, ou seja, a grande maioria dos musicoterapeutas ainda está aprendendo a fazer pesquisa. No último Congresso da ANPPOM, teve uma mesa super interessante sobre publicação, e o Dr André Cavazotti apresentou a Revista de Musicoterapia como sendo uma publicação existente desde 1996. E o qualis era a palavra do dia: o qualis da revista, o qualis... Tudo era o qualis... A questão é: a pesquisa é só pesquisar? Não... A pesquisa é construir caminhos para pesquisar, ou para que a pesquisa seja feita. Temos que a pensar: caminhos, além de pesquisar, temos que construir.

Marco Antonio - A Rejane tem toda a razão. São aspectos de economia elementar: se você produz, você tem que fazer circular. Não existe a idéia de você produzir para guardar. Não faz sentido. Você produz, gasta tempo, gasta esforços e guarda na gaveta? Inclusive porque, se você produz, e você não coloca aquilo a disposição das pessoas, não garante que aquilo chegue em algum lugar, você, na verdade, não está fazendo nada! Está perdendo tempo. Eu acho que você tem toda razão. Quanto a essa questão da auto-imagem, é um negócio decisivo. Se a gente considera que o nosso trabalho é menor, o nosso trabalho vai ficar escondido, por que a gente esconde o que nos envergonha. Em geral é assim

Leila⁷ – Dois pontos que eu gostaria de falar. Um é em relação ao que a Rejane falou, e o Marco também, que as pessoas, na área de Saúde, acham que somos meio esquisitos. Eu tenho sentido ao longo de vinte anos de prática profissional, que as pessoas na área de saúde estão começando a mudar isso. A receptividade hoje, nos hospitais, quando se fala em trabalho de música, é muito maior do que há vinte anos atrás. As pessoas já não olham você de lado achando você esquisita. Já fazem as brincadeirinhas sarcásticas que faziam no começo: olha lá a menina do bumbo e do violão. Ouve um amadurecimento na área da saúde. Eu tenho sentido que está havendo uma modificação nesse perfil da área de Saúde, as pessoas estão procurando se sensibilizar mais.

A outra questão é a de como divulgar o nosso trabalho. Lá no hospital, às vezes que eu produzi algum trabalho, feito junto ao paciente, eu procurei leva-lo não só para o paciente, mas também para dentro do hospital. Quer dizer, o trabalho foi apresentado no hospital e os pacientes que participaram dele foram convidados a assistir o trabalho, devolvendo a eles aquilo que eles nos deram. É uma questão respeitosa.

⁷ **Leila Bergold** é enfermeira e musicoterapeuta. Responsável pelo setor de musicoterapia do Hospital Central do Exército; Mestranda em Enfermagem (UFRJ)

Laize⁸ – Retomando a questão da divulgação da nossa profissão, ter em conta que a Revista é absolutamente importante, mas ela ainda é um veículo pequeno para a divulgação. Há necessidade de outros meios, meios virtuais, inclusive, de colocarmos nossas idéias em circulação. Isso faz com que os profissionais que estão mais longe dos maiores centros de produção acadêmica, os profissionais que não estão em centro de produção acadêmica, os que estão em estados, cidades que são sozinhos, possam ter contato com essa produção. E isso faz com que a gente possa gerar uma produção mais qualificada também. Talvez as Associações devam colocar dentro de seus *sites* a produção dos profissionais, dispor um resumo, ou mesmo os trabalhos integrais para os seus sócios. Precisamos achar portas para a gente divulgar os nossos trabalhos.

Marco Antonio – Eu queria fazer um comentário rápido. Temos tantas carências que o nosso grande problema é organizar prioridades de acordo com o que a gente pode fazer. Eu estou de pleno acordo. Por exemplo, a gente tem uma página na UBAM, que precisa ser dinamizada. Temos que pensar em como utiliza-la mais. Uma página estática não é freqüentada por ninguém. É importante estabelecer que pernas temos para atender que necessidades. O risco nosso de encontros é termos uma porção de idéias, boas idéias, sem concretização.

Quando estou falando de pesquisa e de estabelecimento de uma agenda, é que em uma agenda, temos que estabelecer prazos e cronograma – o que podemos fazer e em que tempo, e quem fará isso. Por que não adianta a gente ter uma agenda da UBAM assim: vamos montar, comitês, grupos de trabalho, publicação... mas quem faz? Tem nome? Uma agenda é isso: nomes, datas, tarefas, tudo juntinho, porque se faltar um, não é agenda.

- Martha Negreiros⁹ – Marco Antônio tocou tantos pontos fundamentais, dentre eles um é crucial: a formação do pesquisador. Na realidade, no sistema formal, quem é o pesquisador? Nos cursos de formação a gente tem uma primeira tarefa de sensibilizar e identificar vocações. Como se falou, ninguém, necessariamente, tem que ter essa vocação de ser um pesquisador. Marco Antonio toca em pontos fundamentais como a avaliação dos indicadores. Outra questão que me parece fundamental em termos de atuação é a rede. São muitos pontos, Marco Antonio, seria só reafirmar alguns pontos, comentar, trazer para a discussão, mas o tempo parece que ficou exíguo.

Marco – Martha você a levanta a questão de formação de pesquisador, chamando a atenção de algo que é importante. A função da graduação é produzir iniciação à pesquisa, iniciação científica. Não podemos confundir a graduação com a preparação de pesquisador. A Cecília Mynaio, pesquisadora na área de saúde reconhecida nacionalmente, diz que, no Brasil, o lócus privilegiado para a formação de pesquisadores é a pós-graduação. Isso não é o ideal, isso é o real. Por isso eu levanto é importante pensarmos na pós, e na pós *stricto sensu*, porque a pós *latu sensu* é preparação para o trabalho, como a graduação.

⁸ **Laize Guazina** é musicista e musicoterapeuta. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (UFRGS).

⁹ **Martha Negreiros** é musicoterapeuta da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, do Hospital Psiquiátrico Municipal de Jurujuba e professora do Curso de Pós-graduação do CBM-CEU.

Elisa¹⁰ - A minha questão tem a ver com isso que você estava falando. Eu estava pensando que, se é tão urgente que as pesquisas sejam feitas nas faculdades, pelas universidades, por que é que a gente não começa tendo uma matéria de iniciação à pesquisa logo no primeiro ano da graduação.

Marco – A função da iniciação científica é, de certa forma, estimular vocações, mas não é na graduação que vai se preparar. Se ele perceber essa vocação, ele vai para a pós, Tentar formar um pesquisador na faculdade não dá certo, você não forma nem pesquisador, nem profissional.

Marly¹¹ – Um parêntesis: Os alunos do curso de graduação de musicoterapia do CBM-CEU tiveram isenção de inscrição para estarem aqui. Quem está? Os que têm vocação para pesquisador, os que se interessam por essa matéria.

Bianca Bruno¹² - Eu queria só comentar uma dimensão mais imediata disso que a gente fala que pode acontecer com as publicações, que é certo incentivo para que o musicoterapia se coloque formalmente em instituições de pesquisa. Todos nós que estamos em instituições de outras áreas sentimos o efeito de Capital Simbólico - que a Marly Chagas apontou na musicoterapia¹³. Falei de musicoterapia aos profissionais de outras áreas no mestrado do Instituto de Medicina Social da UERJ, essas pessoas nunca tinham ouvido falar em musicoterapia. Dois anos depois, eu vejo o efeito, não apenas para mim, mas cada vez que essas pessoas se deparam com musicoterapeutas em suas áreas de trabalho. Então, há um efeito na comunicação da pesquisa, um efeito muito imediato. As pesquisas estarem de fato encadeadas em universidades como projetos de mestrado e doutorado, apresentam um retorno, não só para o pesquisador, mas para toda a categoria.

Claudia Zanini¹⁴ – Eu quero chamar a atenção para muito possível a todos nós que fazemos pesquisa, mesmo aos alunos. Nós precisamos entrar no portal do CNPq, e fazer *on line* o currículo Lattes. Isso dá visibilidade à nossa área, porque profissionais de qualquer área vai buscar no Lattes pesquisas realizadas.

Marco Antônio - O que tentei passar hoje aqui é que a nossa situação não é uma situação alarmante. A nossa situação é muito mais favorável do que a situação em que vivíamos há uns anos atrás. Há dez anos, a nossa situação, perto da situação de hoje, era calamitosa. A gente não tinha praticamente nada na direção de pesquisa. Em dez anos aumentamos consideravelmente o número de pesquisas, conseguindo formar um grupo

¹⁰ **Elisa Addor** é graduanda de musicoterapia

¹¹ **Marly Chagas** é musicoterapeuta e psicóloga. Professora da graduação e da pós-graduação em musicoterapia do CBM-CEU. Mestre e doutoranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social

¹² **Bianca Bruno Bárbara** é musicoterapeuta clínica e mestranda em Saúde Coletiva – Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

¹³ - referência ao artigo “ Musicoterapia- uma aplicação das idéias de Bourdieu na análise do panorama contemporâneo” in Revista Brasileira de Musicoterapia, ano IV, número 5, 2001.

¹⁴ **Claudia Regina de Oliveira Zanini** é Coordenadora do Curso de Musicoterapia e do Laboratório de Musicoterapia, professora e pesquisadora na UFG, professora da UNATI - Universidade Aberta à Terceira Idade - UCG. Mestre em Música pela Escola de Música e Artes Cênicas da UFG/ Universidade Federal de Goiás, Especialista em Musicoterapia em Educação Especial e em Saúde Mental/UFG.

PESQUISA E SAÚDE PÚBLICA:
Combinando elementos na perspectiva da integralidade

Conferência

*Dra. Ana Lúcia Abrahão da Silva*¹⁵
30/11/2004¹⁶

Combinar elementos da pesquisa com o campo da Saúde Pública é travar uma discussão com conceitos que apesar de serem constitutivos e consolidados deste território, merecem ser trabalhados com a possibilidade de forjar novos e diferentes objetos de estudo.

A doença é um elemento presente e perseguido nas investigações da área de saúde e isso é uma verdade, ou pelo menos é o que encontraremos se fizermos uma busca rápida na produção do campo da Saúde Coletiva. Cabe uma pergunta: Mas como doença se define? Ao buscar respostas a essa pergunta, encontramos marcos históricos fundamentais na construção dessa trajetória conceitual.

Por mais que possamos falar numa história da doença, esta sempre estará associada a história da medicina, que remonta à Grécia antiga e a Hipócrates. Entretanto, devemos tomar um certo cuidado nesse campo. A história da medicina, como a história das ciências em geral, não é uma narrativa linear de grandes descobrimentos que configuram progressos indiscutíveis; muito ao contrário, há idas e vindas, descontinuidades e rupturas, em que fluxos distintos rompem criando novas práticas e novos conceitos. Dessa forma, compreender a prática médica e o modo como se entende a doença tal como na época de Hipócrates é algo que nos distanciará da realidade. A

¹⁵ **Ana Lúcia Abrahão da Silva.** Participa do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde Graduação: Enfermagem (UFF-1993)Especialização: Residência em Saúde Pública – Administração Hospitalar (Ensp/Fiocruz-1996)Mestrado: Mestre em Saúde Coletiva – Administração e Planejamento em Serviços de Saúde (Unicamp-1999)Doutorado: Doutora em Saúde Coletiva – Administração e Planejamento em Serviços de Saúde (Unicamp)

¹⁶ Trabalho apresentado no V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

forma como entendemos a doença e praticamos a medicina é algo recente, historicamente. A nossa medicina, ocidental industrializada é fruto da revolução científica iniciada no século XVIII.

Vários autores concordam em assinalar o início da medicina moderna como o momento do surgimento da anatomia patológica na virada do século XVIII para o XIX na Europa. Até então, as doenças eram vistas como um conjunto de sinais e sintomas que não teriam, por assim dizer, "nada a ocultar". A verdade da doença estava naquilo que o doente apresentava. No início da segunda metade do século XVIII Morgagni publica um livro, *De Sedibus Morborum*, onde introduz a idéia de que as doenças teriam uma sede, expressa por lesões que poderiam ser encontradas no corpo de suas vítimas mesmo após sua morte. Esta idéia vai sendo progressivamente articulada por outros autores e é decididamente vitoriosa no início do século XIX. (Matos, 2000)

Há alguns outros marcos importantes, contudo; no final do mesmo século XIX, dois outros avanços na medicina estabelecem referencias importantes: o desenvolvimento da fisiologia acoplada à clínica, com Claude Bernard e o nascimento da moderna microbiologia, com Koch e Pasteur, entre outros. Estas duas áreas a fisiologia e a microbiologia têm uma importante contribuição no desenvolvimento de uma linha fundamental na conceituação moderna de doença que se coloca na elucidação de suas causas.

No século XX, descrevem-se as alterações bioquímicas responsáveis por determinadas doenças hereditárias, e na década de 50 Linus Pauling identifica a seqüência do DNA responsável pela produção da hemoglobina alterada que dá origem à anemia falciforme, conquista que lhe valeu seu primeiro Prêmio Nobel (2004 completou 50 anos)

Esta rápida revisão busca mostrar onde se originam alguns dos componentes da doença como um conceito. O que é importante ressaltar que, ao contrário do que se poderia imaginar, as descrições das doenças se alteram com o passar do tempo e sofrem transformações importantes neste processo.

As várias doenças catalogadas têm um conjunto de atributos comuns. E esses atributos foram sendo agregados à definição de doença ao longo de pelo menos dois séculos de história. Resumidamente, procura-se identificar um número razoavelmente grande de pessoas que apresentem um conjunto de alterações em comum. A partir desse grupo, estudam-se as características desse conjunto, chegando a denominação da doença,

e estas são descritas nos manuais médicos. O ponto de partida é a própria definição da doença, usada em primeiro lugar para encontrar o grupo de pessoas que serão estudadas e a partir daí fazer a definição da doença.

Esse tipo de raciocínio recursivo não é incomum no domínio das ciências, permitindo o refinamento progressivo de conceitos inicialmente difusos. Esse processo de refinamento tende a acentuar a tendência das ciências a "esquecer" a história de fabricação dos seus objetos, o que, no nosso caso, reforçaria a tendência a pensar nas doenças como "coisas" com existência concreta. Uma segunda questão relaciona-se à dificuldade em perceber o caráter convencional das definições de doença, o que novamente reforçaria a impressão de existência independente.

Segundo Matos (2000) o processo descrito a partir dessas questões faz com que fique muito mais fácil "esquecer" a história de sua construção, o que por sua vez leva também facilmente a esquecer um adágio fundamental da medicina: não existem doenças, e sim doentes. A descrição manualizada de uma doença define um quadro imaginário, que nunca corresponde perfeitamente às situações encontradas na prática clínica. Basicamente, uma doença é uma construção, um artefato do conhecimento, um recurso que utilizamos como profissionais de saúde para dar conta dos problemas que nos chegam.

Contudo, mais grave é a possibilidade de que, voltando ao início, as doenças efetivamente tornem-se "coisas", num certo sentido até mesmo mais reais do que as pessoas que as "carregam". Embora isto possa parecer absurdo, basta observar o que acontece com as pessoas que buscam assistência por conta de sofrimentos que não são facilmente identificados nos manuais de doenças disponíveis. De modo geral, essas pessoas e suas queixas passam a ser classificadas como assintomáticas ou enfadonhas para os serviços, resultando em um custo alto. Esse tipo de demanda responde por uma parcela considerável das queixas que chegam aos serviços de saúde. A dificuldade em classificar ou não um conjunto de queixas, toma por base que as pessoas não apresentam registros que sejam possíveis de serem classificados como doença, logo não sendo passível de atendimento, mas não se pode negar que exista um sofrimento e uma queixa que merece ser cuidada.

Diante desta conjuntura do esquecimento do doente e da exacerbação da doença o debate no campo da Saúde Coletiva cresce e, surgem vários modelos explicativos sobre a doença e o seu *continuum* a saúde.

Um outro conceito importante quando nos debruçamos nas investigações deste campo é o da saúde. Falar do conceito de saúde ou definir saúde nos faz primeiramente dizer que é algo referido por alguém, por uma sociedade ou cultura. Para algumas tribos indígenas brasileiras ter saúde é caçar e pescar. Quando há qualquer impedimento não existe saúde.

O conceito para nós homens brancos civilizados com forte influência européia, já foi a ausência de doença, como oposição linear - saúde ausência de doença. O perfeito bem estar físico mental e social da OMS em 1947. Mas, é no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 em Brasília que avançamos, que ampliamos o entendimento do que seja saúde para nós brasileiros: “(...) *em seu sentido mais abrangente a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acesso a serviços de saúde.*”

Esta Conferência contou com a participação da população civil organizada e dos profissionais de saúde. O reflexo ou um dos ápices da reforma sanitária brasileira, ainda em curso, produziu um texto que além de ampliar o entendimento do que seja saúde desloca o foco para o doente retirando a atenção da doença, ou pelo menos faz está indicação, avançando na combinação de saúde como um direito.

E é como direito que o relatório da VIII é transposto para a Constituição Brasileira. Um direito de todos e dever do Estado.

Com a Carta Constitucional, têm início em 1988, a institucionalização do Sistema Único de Saúde, com universalidade de acesso e atenção integral entre outros princípios, que dão a base e sustentam o que seja um sistema de saúde para toda a sociedade brasileira. Equidade nos processos de trabalho e na Integralidade das ações que atualmente, necessita de um novo significado. Resignificar saúde e doença, é integrá-las como um *continuum*, um processo, o que implica em pesquisas que sustentem tal empreitada.

Isso esbarra na questão de que as pesquisas em saúde tradicionalmente têm sido destinadas ao domínio das ciências biológicas. Tais ciências pautam-se pelo princípio da universalidade e visam, identificar elementos comuns, como visto anteriormente na construção da doença. Entretanto, o campo da saúde transborda diversidade. Tal diversidade passa a ser entendida por um conjunto de ciências inscritas em outros campos como as ciências humanas e sociais.

Nas últimas décadas a pesquisa qualitativa tem crescido no campo da Saúde Coletiva. Pesquisas que aportam saídas para as condições de oferta e de cuidado na área de saúde. Um fenômeno que podemos identificar, se fizermos uma pequena busca na produção (teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso) e congressos no campo da Saúde Coletiva.

Mas também além de ser um fenômeno que aponta uma tendência em pesquisas qualitativas este também é um fenômeno que busca dar respostas as reais necessidades da população, buscando entender o que acontece e antes de qualquer coisa busca o sentido de integralidade na saúde.

De um modo geral a pesquisa qualitativa, se preocupa com um nível da realidade que não pode ser quantificado. É parte das ciências sociais. Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das crenças. Trabalha no espaço das relações e por isso desponta nas últimas décadas, justamente por possibilitar um aprofundamento da relação. Relação que ocorre no cuidar, na oferta de atenção dos serviços no ato da integralidade. Assuntos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Vale ressaltar que não estou fazendo aqui nenhum juízo de valor, ou mesmo valorando um tipo de pesquisa em detrimento de outra. Mas sim tentando mostrar a diferença. Pesquisa quantitativa e qualitativa. Ambas usadas na saúde de forma articulada, como estudos estatísticos que possibilitam a apreensão de fenômeno visíveis, analisados pela via dos significados, das ações, das relações humanas, um lado que não é captado por equações matemáticas.

Quantitativo e qualitativo não se opõem. Pelo contrário, muitas vezes é no encontro de ambos os tipos de pesquisa que podemos fazer excelentes combinações. Eles se completam.

Entretanto, essa não é uma posição hegemônica no campo da Saúde Coletiva, mas podemos dizer que começa a ser cada vez mais debatida, pois tal posição se coloca contrária a corrente de pensamento positivista.

Nesta perspectiva de que a pesquisa em saúde se coloca em oposição ao positivismo e adota o enfoque qualitativo, a forma de entender Objeto e pesquisador também se diferencia.

Neste sentido afirmamos o entendimento de que quando tomamos um objeto para investigação, inevitavelmente há uma implicação, um motivo, algo em nós que nos faz escolher este e não outro objeto. Assim, o objeto e pesquisador não estão apenas no mesmo campo mas fazem parte de um mesmo processo, que nega por completo a

neutralidade do pesquisador e que ressalta a sua implicação com o objeto a ser pesquisado.

Esta não é uma posição tão bem aceita, apesar do número de trabalhos, mas é um ideal a ser perseguido se tomamos por base a saúde como um direito de todo o cidadão brasileiro e o doente não a doença.

Em suma, deve-se entender saúde como componente de qualidade de vida e não como um bem de troca, mas um bem comum e um direito social, no sentido de que, cada um e todos, tenham assegurado o exercício e a aplicação da riqueza disponível, ou seja, dos conhecimentos e da tecnologia que a sociedade desenvolve, para assegurar a vida.

PESQUISA E SAÚDE PÚBLICA:
Combinando elementos na perspectiva da integralidade

Debate

Dra. Ana Lúcia Abrahão da Silva
(EEAAC/UFF- EPSJV- FIOCRUZ)¹⁷

Leila¹⁸ – Sou musicoterapia e sua colega, enfermeira e queria prestar um depoimento, já que durante os mais de vinte anos que trabalho como musicoterapeuta em hospitais, vejo hoje uma grande diferença na aceitação da musicoterapia.

Cecília Conde¹⁹ – O que você falou foi muito importante porque nós falamos na humanização, mas não é só na saúde. Acho que está faltando humanização na formação do profissional que trabalha na saúde. Há também a ausência da cultura no processo de saúde. Por outro lado, quem trabalha em saúde, na maioria das vezes não se preocupa com o cuidador, que sofre uma carga emocional terrível. É o momento da sua vida. A gente está muito afastada do afeto, da subjetividade. Não adianta falar de humanização se não partirmos, no fundo, para nossa sociedade. Porque mantemos a saúde e a educação que a sociedade quer. Se ela quiser mudar, ela muda. Então somos nós. Não adianta criar uma ONG, e pensarmos que está tudo resolvido. Já foi a época, já foi o tempo das ongs. Agora a sociedade civil precisa mesmo da presença nas instituições de ensino, na escola pública no posto de saúde, na habitação, na qualidade de vida. É uma luta, e tem que colocar isso nas universidades, na formação de primeiro grau.

Ana Lúcia – Eu só queria comenta duas coisas: uma delas sobre o hospital, como a Leila falou. O hospital é uma das instituições mais antigas da sociedade. Em qualquer lugar existe um hospital. O hospital começa a nascer na Idade Média, como um lugar de depósito para pessoas doentes. Até hoje se mantém no espaço do hospital, marcas dos hospitais da idade média e a enfermagem conserva essa marca. Talvez por influência de Florence²⁰ mantemos os mesmos hábitos de, antes de cuidar das pessoas, organizamos o

¹⁷ **Ana Lúcia Abrahão da Silva.** Participa do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde Graduação: Enfermagem (UFF-1993)Especialização: Residência em Saúde Pública – Administração Hospitalar (Ensp/Fiocruz-1996)Mestrado: Mestre em Saúde Coletiva – Administração e Planejamento em Serviços de Saúde (Unicamp-1999)Doutorado: Doutora em Saúde Coletiva – Administração e Planejamento em Serviços de Saúde (Unicamp)

¹⁸ **Leila Bergold** é enfermeira e musicoterapeuta. Responsável pelo setor de musicoterapia do Hospital Central do Exército; Mestranda em Enfermagem (UFRJ)

¹⁹ **Cecília Conde** é Diretora Cultural do CBM-CEU, musicista, e uma das criadoras do Curso de Musicoterapia nessa instituição

²⁰ Florence Nightingale (Inglaterra, 1820 a 1910) é a precursora da Enfermagem Moderna e criadora das primeiras escolas de enfermagem destinadas a mulheres. Foi voluntariamente para a Guerra da Criméia, onde encontrou um hospital superlotado com mais de quatro mil feridos ingleses, organizou o trabalho, normatizou a higiene, alimentação e lazer aos convalescentes, obtendo como resultado uma queda no índice

ambiente. Isso a gente traz lá da idade média. Continuamos perpetuando o varrer, o limpar, tanto quanto perpetuamos o espaço do hospital como um espaço do sofrimento. Alimentamos o imaginário do hospital enquanto lugar de sofrer. Quem que gosta de estar no hospital? Ninguém. O hospital, então, é um lugar que toda a sociedade preserva. É uma das instituições mais bem aceitas socialmente, com mais prestígio, e é um espaço que ninguém quer estar.

Cecília Conde – E a escola também usa esse modelo: o do hospital, o da fábrica, o do asilo de loucos.

Ana Lucia – E quanto a formação profissional... na semana passada estávamos em Brasília discutindo a formação e a saúde do trabalhador do SUS. Começamos a perceber, por meio dos números, a quantidade de profissionais de saúde que se ausentam do trabalho e a causa dessa ausência. Antigamente, para o pessoal de enfermagem, o motivo da ausência era devido problemas de varizes - por ficarem muito tempo em pé. Uma doença que se vê, algo palpável. Atualmente, é alguma coisa que a gente não consegue ver: a doença mental. E essa, como não conseguimos ver, como não está inscrita no corpo, não damos crédito. Então, hoje uma grande quantidade de profissionais da área de saúde sofre com problemas mentais, e que a gente desconsidera. Por quê? Se um trabalhador de uma fábrica perde o dedo, é mais fácil perceber, o trabalhador perdeu o dedo, está de licença! Mas quando se trata de doença mental, ela não aparece dessa forma, portanto é facilmente ignorada.

Martha Negreiros²¹ – Eu gostaria que você falasse um pouco sobre o eixo da equidade dentro do corpo conceitual do Sistema Único de Saúde, Essa é uma palavra tão forte, você falou que hoje já tem muitos se debruçando sobre essa questão.

Ana Lúcia – O Sistema Único de Saúde se estrutura, em princípios e diretrizes. Os princípios do Sistema é ele ser universal, ser equânime e ser integral. E as diretrizes são que ele seja um sistema descentralizado, hierarquizado e regionalizado. Lembremos que apenas se passaram um pouco mais de quinze anos desde a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, que trata da saúde no artigo 196 e 198²².

de mortalidade de 2%. Ficou conhecida como "A Dama da Lâmpada", pois percorria as enfermarias à noite para cuidar dos enfermos. Pesquisado em 27/01/2005 http://www.cienciaonline.org/revista/01_03/historia/

²¹ **Martha Negreiros** é musicoterapeuta da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, do Hospital Psiquiátrico Municipal de Jurujuba e professora do Curso de Pós-graduação do CBM-CEU.

²² **Constituição Brasileira de 1988, artigos 196 e 198.** SEÇÃO II - Da Saúde Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

Antes de ser criado o Sistema Único de Saúde, só quem tinha direito a ser atendido nos hospitais, aquelas pessoas que tinham carteira de trabalho, vínculo com o INAMPS, o antigo INPS. Portanto, só quem trabalhava e contribuía é que tinha esse direito. Com o princípio da universalidade, amplia-se esse direito para todos os cidadãos brasileiros. Então você, agora, com a sua carteira de identidade pode ir a qualquer serviço público que será atendido. É o princípio da universalidade, que foi gradativamente, nesses mais de quinze anos, sendo construído e sendo garantido para a população. Mas como garantir acesso universal para todo mundo? A constituição diz que o governo, o estado brasileiro tem que garantir o acesso a todo mundo. Todo o brasileiro tem direito à saúde. Mas a saúde é uma coisa cara, e tem que se levar em conta a questão do custo. E é aí que entra o princípio da equidade. Eu tenho que oferecer tudo para todo mundo, mas dentro daquilo que a pessoa necessita. Um exemplo: tomografia computadorizada. É um item caro, e todo brasileiro tem direito a ter acesso a esse recurso. Mas, se quando uma pessoa chega a um consultório de um serviço de saúde dizendo estar com dor de cabeça e se oferece tomografia, não vai haver dinheiro para oferecer àquele que realmente necessita de tomografia. Atualmente, o princípio da equidade começa a ser mais desenvolvido pelo pessoal da área da economia da saúde. Mas recuperando um pouquinho do que a Cecília Conde disse sobre a formação do profissional de saúde. Quando a gente pensa no Sistema Único de Saúde, a gente pensa também que ele precisa ser alimentado por profissionais de saúde que saibam e possam operar esse sistema. E, então, estimulamos reformas dos cursos da área de saúde - que se dá a partir de 1992, quando os cursos de graduação na área de saúde começam a fazer uma reforma curricular. Algumas universidades avançaram, outras estão no início do processo. A Unicamp começou em 2000 a mexer no seu currículo. Outras iniciaram a reforma mesmo em 1992. A UFF, por exemplo, desde 1992 mexe no seu currículo. Mas isso não é uma tarefa fácil porque a nossa formação está centrada sobre as ciências biológicas. Então, um catedrático de clínica não consegue entender que o aluno dele, para ser um bom profissional, não precisa passar a tomografia para todo mundo que o procurar, mas, precisa trabalhar a clínica. E clínica é o debruçar sobre, colocar a mão, observar. E isso dentro dos cursos tanto de medicina quanto de enfermagem, que são as áreas que eu tenho mais aproximação, a gente não faz. É mais fácil passar um monte de exames caros, do que eu me debruçar sobre o doente. Trabalhar esse conceito de equidade dentro dos currículos, não é uma coisa tranquila. A gente lá na UFF, faz isso desde 92. Eu estava na faculdade em 92, quando eles começaram a reforma. Eu agora sou professora de lá e a gente continua mexendo. E é difícil, avançamos, retrocedemos, tornamos a avançar... Uma das propostas é acabar com as disciplinas, acabar com os departamentos, mas isso é muito difícil. Mexer com professor doutor é muito complicado.

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Marly Chagas²³ – Você fala assim: a saúde é cara, quando a pessoa chega com dor de cabeça, com problemas no fígado... Então, não é saúde, é o tratamento da doença. Como será que a gente produz saúde? E eu acho que aí a musicoterapia tem uma contribuição enorme para a produção de saúde, na humanização. Embora a palavra humanização seja inadequada, porque o que existia antes era o humano também.

Ana Lúcia – Na área de gestão, que é a minha área, no planejamento, trabalhamos com a produção - o quê os serviços de saúde produzem. Às vezes, a gente chega a conclusão que eles produzem só coisas ruins, iatrogenias. É dentro desse contexto buscamos entender essa produção. Merhy é um autor que trabalha com a produção da saúde em três níveis. Em um nível há uma produção de saúde através das tecnologias duras, centrada em equipamentos, que afasta o profissional do usuário. Hoje eu não preciso mais tocar uma pessoa para saber o pulso dela, eu vejo o resultado na máquina. Há uma grande concentração de tecnologias impregnando a produção da saúde. Lembremos que a saúde é um campo político, um campo de disputa econômica. Não é a toa que você tem as tecnologias duras imperando por aí. O outro nível da produção de saúde é o das tecnologias leve-duras, que são as tecnologias do conhecimento, as disciplinas mais duras como a epidemiologia, a clínica, e, por último, o nível das tecnologias leves. Merhy vai falar que é nas tecnologias leves que se dá o ato de cuidar, onde se produz saúde. E essa produção é consumida no ato em que ela é produzida. Eu produzo e ao mesmo tempo consumo saúde. As tecnologias leves criam a possibilidade de novos modos de subjetividade. Então, você tem nesse encontro, nessa relação em que eu produzo saúde, à possibilidade da criação de novas subjetividades. Não é a toa que você fala da música, do encontro e de como que isso modifica não só a pessoa, mas como modifica o modo como os outros ao redor, e até algumas atitudes. A música é uma das tecnologias leves, onde se dá a produção da saúde, consumida no ato de sua produção.

Laise²⁴ – O que tu achas a respeito da visão histórica, do dado tomado como naturalizado. E quanto as práticas de saúde e outras práticas também são feitas, são constituídas, com práticas de separação. E como é difícil da gente entender que a gente tem isso dentro das nossas práticas, que a gente tem isso nos nossos campos de conhecimento e a gente opera com isso. E a gente reproduz isso. “Se a gente não está informada a respeito dessa constituição histórica, dessa tomada “natural” das coisas, “ as coisas são assim”, “ a gente faz isso... “, essa naturalização. Eu acho que isso aponta muito para a gente poder se perguntar de onde vem as coisas que nós estamos fazendo e o quê nós reproduzimos a partir disso. É uma tomada reflexiva, crítica e que nos possibilita a essa transformação. Dentro da arte isso também é visto.

Ana Lúcia – Dentro da arte e dentro de toda a concepção que a gente tem de mundo. Entendemos o mundo de um ponto de vista mecanicista. Não é a toa que na área de saúde estuda-se o Sistema Circulatório, a Bomba Cardíaca. O corpo humano é entendido como uma grande máquina, quando essa máquina falha, troca-se alguma peça, faz-se um transplante. Concordo com você que a gente precisa começar a entender como é que isso

²³ **Marly Chagas** é musicoterapeuta e psicóloga. Professora da graduação e da pós-graduação em musicoterapia do CBM-CEU. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa José Maria Neves – CBM-CEU. Mestre e doutoranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social

²⁴ **Laise Guazina** é musicista e musicoterapeuta. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (UFRGS).

tem sido produzido historicamente. Como é que a gente chega hoje, no século XXI, ainda com esse pensamento mecânico, fragmentado do que seja saúde. E aí a gente pode trabalhar com a formação dos profissionais de saúde, buscando fazer com que eles entendam esse processo,

Não é a toa que o profissional de saúde quando não consegue classificar alguma demanda, a denomina de “pitiático”, isto é. em um quadrinho mecânico, esse está fora. Há algumas tentativas de minimizar essa situação. Na formação algumas experiências exitosas, como a Faculdade de Londrina, no Paraná, o pessoal que deu origem a Rede Unida, trabalha a questão da formação dos profissionais no sentido de romper com o mecanicismo na formação. São experiências muito interessantes, fazem um trabalho pedagógico por problemas. Há vários profissionais de diferentes áreas que sentam para discutir aquele problema com seus alunos. São grupos pequenos, no máximo de dez alunos por turma, o que facilita a discussão. É um processo de desconstrução de algo construído ao longo dos anos de formação. Desde que eu me alfabetizei, fui pensando um mundo assim. Não vai ser na faculdade que isso vai ser desconstruído tão facilmente

Cecília Conde – O ser humano é constituído de cabeça, corpo e membros...

Ana Lúcia – Isso não é uma desconstrução rápida e tranqüila. Na saúde, a gente tem trabalhado com uma definição de que saúde é poder andar e caminhar a minha vida. É ter autonomia. Então, se eu tenho uma doença crônica, diabetes, hipertensão, eu estou doente, mas se sei me cuidar, se tenho um grau de autonomia que me possibilita andar a minha vida, eu sou saudável. O que eu produzo com esse conceito? Eu possibilito que as pessoas garantam ou tenham autonomia, no seu modo de andar a sua vida.

Clarice Moura Costa²⁵ – As instituições funcionam com o modelo médico, que não consegue compreender a maneira do musicoterapeuta abordar o paciente. Para a instituição, muitas vezes, isso é uma coisa secundária, o importante é a medicação. O dinheiro das pesquisas está voltado para isso. O que passa a ser exigido do profissional é a apresentação de resultados, produtividade -: quantos pacientes você atendeu. Embora você esteja dizendo que está se fazendo essa modificação da humanização, da relação humana, o modelo médico organicista é muito forte e continua se impondo. Não sei como a gente faz para transformar isso.

Ana Lúcia – É, realmente. O modelo que a gente tem hoje no Brasil, o modelo de assistência, de atenção, - a despeito das iniciativas e das pesquisas, das experiências que eu posso pontuar aqui, uma ou outra em vários estados do Brasil - ainda permanece um modelo médico hegemônico. Esse modelo permanece no cuidado dentro dos hospitais, na visão da ciência como aquela que permite experimentar, obter respostas, refazer aquele experimento. Mas eu também vejo que, no Brasil, a gente começa a ter não só pesquisas, mas algumas experiências concretas de mudanças dessa prática, e mudanças de reversão desse modelo médico hegemônico. No Sistema Único de Saúde, para que possa ser Universal, Equitativo e Integral, é preciso modificar a atenção que se tem hoje na saúde. Isso é condição *sine qua non*. Não se oferece atenção universal dentro desse modelo que

²⁵ **Clarice Moura Costa** é musicoterapeuta, professora da graduação do CBM-CEU. Pesquisadora do CBM-CEU. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa José Maria Neves – CBM-CEU..

a gente tem aí. É um modelo muito caro – o lado do custo. A saúde hoje, e isso não é só no Brasil, é no mundo inteiro, na Inglaterra, que ainda mantém o sistema público, já dá sinais de falência.

Clarice Moura Costa – Na Inglaterra, onde o sistema público de saúde era verdadeiramente maravilhoso e de uns três ou quatro anos para cá se implantou o seguro saúde e está uma bomba. Você marca uma consulta com o médico, e ele diz: *toma isso, toma aquilo*. Tem uma outra queixa, ele diz: *meu filho marque outra consulta*. Uma consulta, uma queixa.

Ana Lúcia – Precisamos garantir uma mudança no modelo de atenção em saúde que possa oferecer essa assistência de forma gratuita e universal para todo o mundo. Temos alguns exemplos de tentativa de mudança de modelo que eu acho muito interessantes. A experiência em Sobral, em Fortaleza trabalha com a questão da cultura e da crença da população;. Lá, a rede pública passou a adotar as benzedeiras dentro das unidades de Saúde. Isso é fantástico. Você tem o cuidado mantido pela cultura da população sendo incorporado pelos serviços. Hoje eu posso, em Sobral, querer um médico e também ter a opção da benzedeira que irá me benzer, me rezar. Então, isso não é saúde?

A integralidade, vista na concepção da palavra, é entender o indivíduo como um todo. Mas como eu vou entender o indivíduo como um todo? É preciso muito conhecimento, muito saber. E aí são criadas as equipes de saúde. A saúde mental trabalha muito bem com isso, com as equipes de referência. É preciso trabalhar com outros conceitos: o da transdisciplinaridade, o da interdisciplinaridade. É preciso trabalhar em equipe, outra coisa que na área de saúde a gente tem uma dificuldade enorme: trabalhar em equipe. Para eu poder fazer a integralidade com você eu tenho que trabalhar com outros saberes, que não foram os meus de origens. Eu tenho o meu núcleo duro de conhecimentos que é a enfermagem. Mas eu tenho também que entender que meu núcleo duro tem determinados limites e a parte daquele núcleo tem que interagir com outros saberes. Senão não há integralidade nenhuma. O trabalho em equipe ele é fundamental para que a integralidade possa acontecer.

Teresa Raquel²⁶ – Eu gostaria de voltar à questão dos princípios, e principalmente ao princípio da equidade. A equidade já foi contemplada no direito do trabalho há muitos anos. E o que significa ser equitativo? Significa, para ficar mais claro, tratar de forma desigual o desigual para manter a igualdade, o equilíbrio. Nós precisamos ter essa visão da equidade e nós, acreditando nesse princípio da equidade, estaremos transmitindo isso também aos outros profissionais, e fortalecendo essa idéia da equidade para conseguirmos nossos espaços dentro das equipes multidisciplinares. Eu acho que é extremamente importante a questão da humanização. O musicoterapeuta, eu creio nisso, ele tem um papel fundamental nesse processo de humanização dentro das instituições, mas nós precisamos, primeiro, acreditar nesses princípios que são colocados pra nós termos isso bem claro na nossa cabeça, para atuarmos de forma bem consistentes.

²⁶ **Tereza Raquel de Melo Alcântara-Silva** é musicoterapeuta do Instituto Integrado de Neurociências – INEURO; Presidente da Sociedade Goiana de Musicoterapia e Secretária Geral da União Brasileira de Associações de Musicoterapia (UBAM). Mestranda em Música – linha de Pesquisa Musicoterapia – na Universidade Federal de Goiás –UFG

Ana Maria – A gente tem dificuldade em transgredir, medo de ousar e de errar. Não podemos cometer o acerto se não correremos o risco do erro. Eu estava fazendo um estágio no INCA, com crianças. Numa das enfermarias, todos torciam pelo Flamengo. Havia um menino bastante tímido, ele não cantava, e estávamos procurando que música ele queria. Em determinado momento a musicoterapeuta perguntou: *qual o seu time?* Ele falou: *eu torço pelo Flamengo.* Então, propus: *Todos nós torcemos pelo Flamengo. Vamos cantar o seu hino.* A enfermaria toda começou a cantar. Nesse momento, adentra uma enfermeira e, muito séria, muito fechada, meche no aparelho, totalmente isolada daquilo que se passava e, quando terminamos de cantar, eu disse: *é...eu acho que alguém aqui não torce pelo Flamengo.* E ela me respondeu, sem me olhar: *Já trabalho em hospital, e ainda querem que eu seja rubro negra!* Perguntei: *Você torce por qual time? – Eu sou tricolor. – E, que tal se cantarmos o Hino do Fluminense? – Sou tricolor do coração, sou do time tantas vezes campeão.* Nesse momento, ela deu uma parada, e abriu um sorriso. São recursos simples, aparentemente tão fáceis, que não usamos porque pensamos ser bobagens. Vamos perdendo essa coisa bonita que é do cuidado, do olhar, do escutar...

Ana Lúcia – Sobre os modos de produção de subjetividade na produção de saúde, há o aspecto de como vamos curar em um modelo médico hegemônico tão duro, tão bem alicerçado hoje na sociedade, que tem alto reconhecimento social, que tem *status* nessa sociedade. A gente começa a pensar, então, através das tecnologias leves, dessas possibilidades, dessas brechas. São nessas brechas que a gente consegue trabalhar e romper com algumas barreiras. As experiências exitosas que a gente tem hoje, de transformação do modelo médico hegemônico, todas são feitas pelas brechas, pelas possibilidades abertas no ato, na hora de cuidar, ou dentro do próprio processo do trabalho em saúde. Precisamos estar atentos com a questão da autonomia do profissional de saúde, que é um profissional tão massacrado. O profissional de saúde, hoje, - o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, o técnico – tem dois, três empregos. Você sai de um lugar, vai para outro, você dobra plantão, você fica vinte e quatro horas acordado, é uma vida muito promíscua essa que o profissional de saúde leva. Não é uma questão de justificar o mau humor do profissional de saúde, não é isso. Mas uma condição de entender as atitudes dele. Se começamos a entender as atitudes desse profissional, começamos a encontrar as brechas. Quando trabalhamos com um modelo hegemônico como esse: tão duro, tão difícil, é assim que a gente busca trabalhar, e assim que são as pesquisas nessa área. Não são muitas, mas são pesquisas que buscam trabalhar exatamente na possibilidade que se abre dentro desses processos.

Clarice Cardeman²⁷ – O trabalho de musicoterapia permite que se trabalhe essas brechas, mas a maior parte dos serviços na área de saúde não permite isso. Eu queria saber se existe algum trabalho, alguma pesquisa nesse sentido.

Martha Negreiros – A grande contribuição quando você traz esse autor Merhy inclusive com a relação a esse negócio da importância até com o ato de fazer música, porque a música só tem uma significação no momento mesmo.

Ana Lúcia – Porque ela é consumida no momento

²⁷ Clarice Cardeman é musicoterapeuta

Martha – Ela é consumida no momento mesmo e só produz sentido no momento mesmo em que você toca, que você ouve, que você interpreta. Não tem uma produção de sentido *a priori*. É no momento mesmo, no próprio ato da música. Mas tem uma outra coisa importante do que você está falando na política do SUS, é que a questão da humanização é que ela não traz somente princípios, ela é uma política. Qualquer assimilação de uma nova cultura ela é muito, muito lenta. Eu queria um comentário seu sobre essa distinção que traz um diferencial qualitativo bastante significativo no que teve a primeira concepção do SUS para essa proposta agora do Humaniza SUS.

Ana Lúcia – Um dos motivos pelos quais o SUS foi criado é justamente quebrar com os programas verticalizados. Antes, na saúde, a gente tinha lá os iluminados, em Brasília, que pensavam o que era bom para a população e isso era implantado, direitinho, sendo normatizado. Com o SUS, com a descentralização, a gente ganha a possibilidade dos próprios municípios estarem discutindo o que é bom para a sua saúde.

Pesquisa em música no Brasil: o estado da arte

VAMOS BATER LATA ?

Intervenções inter-semióticas na cidade polifônica –

o caso Hapax.

Conferência

Dr Júlio Diniz (PUC-Rio)²⁸

Área Temática 1: Música popular e (des)territorização: cidade, lugar, globalização

A rumba que eu canto
 Não nasceu em Nicarágua
 Em Las Vegas, em Manágua
 Acapulco ou Panamá
 Não tem rima de Havana
 Com bananas nem mañanas
 Nem Caracas, nem maracas
 Nem bongôs pra atrapalhar
 É na dura brasileira
 Nasceu lá pra Madureira
 Pouco além de Cascadura
 A oeste de Irajá
 Salve a rumba mascarada
 Que não é rumba nem nada
 Mas dá pra gente
 Requebrar até cansar
 Salve a rumba de Jacarepaguá

Rumba de Jacarepaguá (Haroldo Barbosa)

A leitura da música popular como um dos resíduos textuais mais expressivos na cartografia dos registros da cultura brasileira contemporânea pressupõe uma problematização do lugar de sua produção, recepção e reprocessamento institucional. A representação desta manifestação artística ultrapassa o mero domínio da musicalidade/sonoridade no seu sentido estrito para trafegar nas engarrafadas avenidas da

²⁸ Júlio Cesar Valladão Diniz - é Doutor em Literaturas de Língua Portuguesa, com Pós-Doutorado em Literatura Moderna pela Universidad de Salamanca, Espanha. Professor da Área de Estudos de Literatura no Departamento de Letras da PUC-Rio e coordenador do projeto Dicionário Cravo Albin de Música Popular Brasileira (MinC / FAPERJ / El-Paso / ICCA). Escritor, crítico e ensaísta.

crítica cult, como nos sugere Eneida Maria de Souza, como uma multifacetada teia discursiva.

A busca de novos mapas que possam ler a canção popular de acepção urbana apresenta-se como uma tarefa fundamental no campo dos estudos culturais. Esta proposta de reflexão parte do problemático e visível lugar que a música ocupa na cena sociocultural brasileira, manifestação que dramatiza dilemas, conflitos e impasses. Constatamos que as recentes investigações no território do multiculturalismo, associadas aos estudos sobre as formas narrativas à margem de um sistema canônico instituído, constituem-se, no campo da crítica cultural, um viés extremamente fértil, apresentando-se como uma das mais instigantes e reveladoras encenações das diversidades culturais, sociais, econômicas e políticas no Brasil.

Este texto propõe a discussão de três pontos básicos: a problematização do lugar da música popular brasileira de acepção urbana no espaço dos estudos contemporâneos de cultura; o estabelecimento das relações entre música e representação urbana, em particular, no interior da “guerra de relatos” da cidade polifônica; e a leitura da produção e recepção do grupo carioca Hapax na cena artística atual.

Início com algumas questões que considero fundamentais para o debate: como falar de leitura/comunicação como prática social em face da incomunicabilidade das estratégias discursivas tradicionais que silenciam o sujeito contemporâneo? Como discutir construções identitárias no contexto de uma cultura globalizada que se caracteriza pela representação de simulacros, criação de mitologias e por uma postura cínica e narcísea diante da urgência de uma ética da tolerância, de uma estética da emoção ?

O sujeito contemporâneo, deserdado da “lógica da identidade” (fixa, estanque, tipificada, coerente, estável), marca da modernidade, sente-se esvaziado em sua essência e deslocado do lugar antes ocupado pela visão racionalista de uma ordem estável e imutável. Segundo a ensaísta Eneida Maria de Souza, “o sujeito, assim mal instalado, despe-se das roupas metafísicas do sujeito cartesiano (e filosófico) e se dissolve na superfície chapada da linguagem, na qual toda e qualquer noção de fundamento e princípio torna-se vazia”.

Instaura-se na *paisagem pós-moderna* uma crise de representação que não só desestrutura a figura do sujeito observador e formulador de possíveis interpretações do mundo, como também a apreensão do objeto observado. Em outros termos, como falar de limites entre sujeito e objeto, território de enunciação e lugar do enunciado, se os grandes temas, os macro-discursos e os conteúdos monumentalizados da cultura foram deslocados

para a constelação da micro-história, a minimalização dos relatos, e a transdisciplinaridade como postura investigativa e política diante das galáxias epistêmicas. Em nosso caso especificamente, como e quando deixamos (se é que assim o fizemos) de fazer crítica literária e passamos a adotar os roteiros da diáspora multicultural? Quando passamos a tratar (se é o que assim o fizemos) a literatura como um lugar de (de)encontros e de produção de subjetividades outras? Quando passamos a ler (se é assim que o fizemos) a música popular como mercadoria intelectual relevante?

A música popular constitui um meio de comunicação social particularmente interessante por ser um híbrido atuando entre a comunicação pública e a privada. Passa livremente de temas que pertencem à esfera privada para os temas de interesse universal. Com isso, tem (ou teria) tradicionalmente o papel de educar os sentimentos, nas palavras de Flaubert. Mas também mistura livremente o imaginário individual com o imaginário coletivo e, por isso, consegue operar no limite entre a ficção e a realidade. Uma canção que tematiza a violência, denuncia a opressão ou repudia as formas canônicas, sejam elas as da sonoridade ou da poética textual, é vista como ameaça, na medida em que possa se tornar realidade, isto é, na medida em que possa seduzir a realidade a se comportar como a ficção e na medida em que possa despertar a suspeita por parte do leitor/ouvinte de uma realidade normalmente excluída do conhecimento público, mas real como possibilidade na representação ficcional. A música popular, como todas as artes, pode, assim, causar uma revisão necessária da realidade convencionalmente aceita ou recriar a história através de um investimento imaginário, através do qual sugere-se, implicitamente, a possibilidade da sua reescrita a partir de outros paradigmas de explicação, acentuando a fragilidade conceitual de que toda história e toda realidade comunicada sofre.

O mais importante a respeito da música popular que tematiza a violência urbana contemporânea e empresta à cidade babélica possíveis outras configurações é a sua capacidade de ressimbolizar a passagem sobre aquilo que é separado pela lei do discurso: o real com o ficcional, o verdadeiro com o falso, o representado com o imaginado, o universal com o particular e o público com o privado. Assim eu vejo uma grande produção “de rua” na música feita no Rio de Janeiro hoje em dia, em especial o trabalho do grupo Hapax.

Na medida em que a música permita a comunicação neste sentido, avaliamos as canções não apenas como documentos de uma determinada experiência, real ou imaginária, mas como uma contribuição concreta à ressimbolização de uma realidade

incômoda e incompreensível para um discurso que se quer sensato, ordenador e organizador dos fluxos sociais, das matrizes funcionais e das manifestações estéticas na cidade polifônica.

Assim, a música popular brasileira contemporânea participa na comunicação da nova realidade urbana, trabalhando o imaginário da população, em particular a grande massa dos excluídos, cada vez mais encurralada pela miséria que cresce ao seu redor. Durante a década de 1970, a canção contra a violência, em particular contra a censura, dirigiu-se, alegoricamente, contra um sistema político autoritário e a violência urbana e rural foi ressaltada como meio de expressão contra um poder anônimo e institucional. Nos anos 1980, a temática da violência urbana toma outros rumos: torna-se objeto de interesse pela sua própria natureza associal e irracional, e semente de novos focos de articulação social através da ritualidade, do jogo, do sacrifício e do erotismo. Com certeza que a necessária (re)ocupação dos espaços públicos, prioritariamente a rua, passou a ser fundamental para tal estratégia comunicativa. O grupo de teatro “Ta na Rua”, por exemplo, liderado por Amir Haddad, foi um símbolo desta ocupação rebelde do espaço urbano, seja ele simbólico ou concreto.

Abre-se um leque de novos temas e novos enfoques interpretativos das várias expressões da violência. Na década de 1990, por exemplo, a violência socialmente marginal, a violência anônima da urbanidade moderna, a violência perversa da intimidade familiar, a violência erótica como procura de experiências espirituais ocupam espaços em obras de compositores como Chico Buarque, Caetano Veloso e Gilberto Gil, como também nas manifestações do rock, do rap, do funk e do hip-hop.

Rio 40 graus cidade maravilha
purgatório da beleza e do caos

capital do sangue quente do Brasil
capital do sangue quente
do melhor e do pior do Brasil

cidade sangue quente
maravilha mutante

o rio é uma cidade de cidades misturadas
o rio é uma cidade de cidades camufladas
com governos misturados, camuflados, paralelos
sorrateiros ocultando comandos

(Rio 40 graus (Fausto Fawcett/Fernanda Abreu/Laufer)

Vamos funkear ?, sugere Fernanda Abreu como uma ação cultural diante da cidade babelizada. Vamos dançar rumba, provoca Haroldo Barbosa, afirmando que a sua rumba “é mascarada / Que não é rumba nem nada / Mas dá pra gente Requebrar até cansar / Salve a rumba de Jacarepaguá”. Vamos bater lata ?, propõe o grupo carioca Hapax, ocupando marginal e performaticamente o espaço das ruas e praças do Rio de Janeiro. Provocações que se deslocam um certo lugar tradicional da cultura como representação harmônica, apaziguadora, exaltativa, essencialista e purista da identidade nacional.

A questão do *espaço*, interpretado em sua forma física, é um grande determinante na luta para a integração da cidadania excluída da sociedade “marginalizada”. Marginalidade em seu sentido geográfico, em razão das pessoas viverem em espaços geográficos considerados periféricos em relação à sociedade legítima (mesmo quando, como no caso do Rio de Janeiro, alguns deles estão extremamente próximos aos espaços considerados mais “legítimos”). Os jovens dessas áreas, no processo de crescer e aprender as noções de territorialidade, identidade e pertencimento, encontram-se sem um espaço reconhecido no qual eles “caibam”. As reflexões feitas sobre esse problema indicam que muito do conflito que existe é causado, de uma maneira ou outra, pela falta de espaço e a exclusão de uma parte da população dos espaços públicos. Gangues e grupos de traficantes formam facções para se apropriar do espaço que existe, famílias vivem apertadas em espaços mínimos, e falta espaços de lazer consagrados para o uso de jovens de comunidades. Segundo José Arce:

A juventude delimita territórios, umbrais culturais que envolvem processos complexos que, como sinaliza Claudia Barcellos Rezende, não ficam restritos à diferenciação norte/sul ou moderno/tradicional. As desigualdades sociais tecem estilos de vida diferentes, expectativas e projetos heróclitos. Os jovens dos setores médios dispõem de espaços de interação como os clubes, a casa, os shoppings; podem assistir a concertos e shows, ir a restaurantes, às praias etc. A maioria desses lugares é inacessível aos jovens pobres. Inclusive suas casas, pelo tamanho e condições, são inadequadas para as reuniões entre amigos. Os concertos, shows ou restaurantes são inacessíveis pelo preço, e nos shoppings, em geral, geram suspeitas. Assim, dispõem apenas dos terrenos baldios, parques públicos, ruas e praias. Lugares abertos nos quais se expõem, se exibem e simultaneamente se convertem em poderosos e vulneráveis.

O termo espaço não se limita a uma área física, possui um forte sentido simbólico e representativo. A cultura contemporânea, de uma certa maneira, está se construindo em espaços não físicos, nos espaços virtuais, da comunicação. Dessa maneira, uma extensão do conceito do espaço extremamente importante nos nossos tempos é o espaço de comunicação e representação cultural. Altamente valorizado, o espaço representativo é igualmente importante para a cidadania e a formação de identidade. Em diversas iniciativas sociais/educacionais no Rio de Janeiro, a arte e a cultura atuam como meios de conquista de espaço, abrindo caminhos para indivíduos e representação para inúmeros outros.

George Yúdice chama atenção das diferentes interpretações do espaço e a busca do “lugar-comum”, tanto entre os grupos étnicos como entre as classes sociais, usando como ponto de partida as músicas “Claustrofobia” de Martinho da Vila e “Rio 40 graus” de Fernanda Abreu. Aponta ele:

Os jovens disputam a propriedade do espaço urbano com os “não-marginais” de classe média, reclamando para eles esse território. Por meio das músicas novas e nada tradicionais como o funk e o hip-hop, os jovens procuram estabelecer novas formas de identidade desvinculadas das proclamadas premissas do Brasil como uma nação sem diversidades conflitantes. Ao contrário, a música é sobre a *desarticulação da identidade nacional* e do *cidadão local*.

Yúdice também enfatiza a importância da representação da juventude menos favorecida na mídia, e junta as concepções de espaço físico e espaço representativo. Segundo a sua visão, a música funk “expressa muito mais o ‘desejo de ir e vir’, de ter liberdade de ir...” Para ele, a emoção produzida pela música e a dança que a acompanha

É a maneira pela qual a juventude pobre constrói seu mundo contra as restrições do espaço e contra a convicção, corretamente deduzida, de que canalizar a raiva para algum objetivo social e político só leva a ingenuidade. E mesmo assim a cultura dos funkeiros tem sido ouvida e tem aberto espaços na televisão e na imprensa para a discussão; entrou no mercado, criou uma nova moda e fez novas estrelas musicais. Isso não gera grandes recursos materiais para esses jovens, pode até mesmo não os salvar da violência; mas, repito, essas expectativas não constituem especificamente suas esperanças, que, ao contrário, se reduzem a criar um espaço para si mesmos.

A produção textual, visual e sonora do grupo Hapax nos parece um interessante exemplo de uma prática multicultural articulada a um processo discursivo inter-semiótico, ressemantizando a cidade polifônica, com seus conflitos e embates, através de uma proposta política e ética de intervenção cultural.

O grupo carioca Hapax iniciou as suas atividades nas ruas do Rio de Janeiro em 2000, exatamente na passagem de um novo século e de um novo milênio, além de coincidir com as comemorações oficiais dos “500 anos do Brasil”. Nada mais representativo para que uma cultura urbana que se refabricava na velha Lapa do que a intervenção barulhenta, anárquica e desestabilizadora do som feito pelo grupo. A programação musical daquele verão enfatizava, com todo o gigantesco investimento financeiro do Estado, uma certa euforia afônica diante do marketing cultural que abraçava em si a passagem de um novo tempo e a celebração de nossos cinco séculos de existência.

Segundo Ericson Pires, um dos criadores do Hapax:

Na verdade a pesquisa com suportes inusitados, como extrair música de objetos, é uma coisa que remonta ao final da década de 80, começo dos 90, quando eu conheci o Cláudio Antunes. Ele estava muito influenciado pelo Maurice Cagel, que era uma referência muito forte para nós. Os concertos dele eram bem diferentes dos de música eletroacústica que a gente estava acostumado a ouvir e outras experimentações do surrealismo, do minimalismo, porque era mais primitivo. Ele associava gritos com toques percussivos em composições que num primeiro olhar parece uma coisa extremamente caótica. Então tinha este elemento caótico e primitivo. Foi isso que influenciou a gente no início do processo. Em conjunto com isso, começamos a ouvir umas bandas de rock industrial alemão, que já um pouco de reavaliação do detrito punk e já associado às experimentações de música eletrônica.

O nome Hapax e o próprio conceito do trabalho do grupo, tomado por empréstimo a Michel Onfray, referem-se a uma certa “instantaneidade do instante”, ou seja, experimentações a partir do conceito ligado à poesia e ao texto literário em sentido lato com a intenção de performatizar o uso de materiais e suas respectivas linguagens. A aposta é toda em cima da idéia de arte pública, ocupar rebeldemente e não revolucionariamente o espaço das ruas, das praças, no meio do ir-e-vir da cidade contemporânea.

O grupo recolhe literalmente o lixo urbano, de preferência objetos de ferro, cobre, alumínio e madeira, e compõe o cenário/instrumentos com objetos feitos em casa, já concebidos como meios de sonoridade. Ferro bruto, pedaços de máquina industrial e doméstica, peças de automóveis, latas e vasilhames são o suporte a partir do qual o grupo prepara a sua performance. Dispostos na calçada, os performers do Hapax começam a bater com uma sistemática sempre variável – pancadas curtas e longas, fracas e fortes – no material/cenário, formando e deformando os objetos, arrancando sons que se misturam com textos falados e movimentos corporáveis distintos. O material sólido, registro do lixo urbano, deforma-se ao ponto de produzir outros sons e se transformam depois de algum tempo em resíduos plásticos que compõem um cenário em ruínas. Segundo o próprio Ericson:

Na verdade o objeto é um utilitário, uma cadeira, que quando perde um pé já não serve mais como cadeira. Então a gente vai e extrai um segundo corpo dela que é a sonoridade. Depois chega um momento que ela já não faz mais música, mas ao mesmo tempo ela está sonorizada porque ela foi esculpida, e a gente foi deformando e construindo outro objeto. E aí que a gente extrai a plasticidade do objeto a partir do trabalho musical sobre ele. Chega um momento que este objeto já não tem mais música, que ele já está totalmente exaurido, mas ele tem a capacidade de continuar compondo o cenário.

Esta passagem da sonoridade para a plasticidade só interessa na medida em que existe a performance. A plasticidade não existiria para além da performance. A plasticidade se dá na exata medida que a deformação do golpe material disforma o objeto e o recria em sua estrutura escultural. Uma outra observação interessante e fundamental em relação ao trabalho do Hapax diz respeito ao convite à cena aberta e à participação da audiência que pode se transformar em co-executores e co-performers da apresentação. Os passantes e habitantes da rua oscilam entre uma certa contemplação incomodada da apresentação e uma interação frenética com o grupo. Os passantes/espectadores que se sentem atraídos pela curiosidade da “batida das latas e dos ferros” e possuem um certo grau de estabelecimento de valores estéticos tradicionais, param, tentam entender o que é, se assustam com o barulho, reagem negativamente e vão embora. Outros apenas acompanham imóveis e mudos. Os passantes/performers são os que, por razões as mais distintas, aceitam o convite do grupo e interagem, formando ao mesmo tempo o papel de músicos e de figuras plásticas da materialidade visual da ação estética. São os habitantes

desconhecidos e nômades das ruas que mais participam das ações do grupo. Alguns procuram objetos ao redor, em geral os resíduos do lixo urbano, e começam a bater aleatória e caoticamente nas peças disponibilizadas no espaço nada virtual da cena performática. Nas palavras do próprio Ericson:

O povo da rua é muito radical, algumas pessoas estão lá todas as sextas-feiras para participar de alguma maneira da situação. O estranhamento era muito maior na classe média do que com os mendigos e os vendedores de sorvetes e cerveja ali do meio da Lapa. Então estes personagens começaram a se repetir e já faziam parte desta situação, até onde você pode interagir no outro corpo.

A proposta radical de musicalidade e teatralidade do grupo pressupõe a potencialização das forças dispersas no imaginário caótico e superposto da rua. Dois anos depois de atuar sistematicamente no espaço público, em particular na Lapa que se ressemantiza, o grupo incorporou recursos eletrônicos e eletroacústicos ao trabalho. Sampleando distintos discursos, mixando som, barulho, música e palavra, o Hapax se fixou na cena cultural como um espaço de produção e provocação de narrativas sobre a cidade.

VAMOS BATER LATA ?

Intervenções inter-semióticas na cidade polifônica – o caso Hapax.

Debate

Prof JÚLIO DINIZ²⁹

O Júlio é brilhante é um narrador que vai envolvendo despertando tantas idéias, tantas referências... Vou abrir para o debate, porque são tantas idéias. Ele falou bastante sobre o estado da arte...

Denise Cristina³⁰ - Você fala da expressão musical da década de 70 ... e foi lançado um livro ano passado que fala justamente da produção cafona da década de 70, que vem junto com o militarismo e é totalmente abafada, e até hoje é vista em um tom de chacota, em um tom de deboche. Você podia falar um pouquinho sobre isso?

Dr. Júlio - Posso, vou tentar ser o mais sucinto nas respostas para dar oportunidade de circular, de todo o mundo falar, já que não temos muito tempo. O livro a que você se refere é “Eu não sou cachorro, não!” do pesquisador Paulo César de Araújo. É realmente um estudo bastante curioso e singular sobre aquela zona da cultura de massa que usualmente os críticos e a *intelligentzia* jogam para debaixo do tapete, evitam discutir. Eu acho que existe um recalque proposital quando se fala do kitsch, que é algo que está numa certa formação de nossas almas, em nossa formação sentimental, em nossa maneira de ser brasileiro. O kitsch, para o bom gosto, é muito ruim, mas eu penso que ele pode ser potencialmente criativo. O Abraham Moles, autor de um livro de referência sobre o conceito de kitsch, afirma que existem duas formas básicas de kitsch: o ativo e o passivo. O passivo é aquele que é utilizado sem consciência nenhuma de sua presença como discurso cultural, geralmente associado à idéia de cafona e que passa a ser incorporado como sendo de mau gosto por um conceito estético hegemônico. E o kitsch ativo é o que, por exemplo, podemos perceber na filmografia de Pedro Almodóvar, principalmente em seus primeiros trabalhos. Em que consiste a estética do Almodóvar? É a estética neo-barroca, a estética do exagero, da hipérbole, das cores fortes, das formas exageradas, dos conteúdos dramatizados e trágicos. A mesma coisa pode ser dito da chamada música brega. Você não estudar aquilo, porque considera *a priori* brega, é complicado... Porque não dá para desqualificar com esse critério de certo ou errado, bom ou mal, me agrada ou não me agrada... O livro que você citou, e citou muito bem, nos fala de um tipo de manifestação asfíxiada em um momento histórico que equivale a nossa pior década nos últimos 50 anos, a década de 70. A cultura brasileira, e a música popular em especial,

²⁹ Júlio Cesar Valladão Diniz - é Doutor em Literaturas de Língua Portuguesa, com Pós-Doutorado em Literatura Moderna pela Universidad de Salamanca, Espanha. Professor da Área de Estudos de Literatura no Departamento de Letras da PUC-Rio e coordenador do projeto Dicionário Cravo Albin de Música Popular Brasileira (MinC / FAPERJ / El-Paso / ICCA). Escritor, crítico e ensaísta.

³⁰ Cristina Denise Alves é musicoterapeuta e psicóloga.

sofreu com a censura, com o exílio de vários artistas, com o silêncio consentido e/ou imposto. Foi uma década extremamente melancólica e ao mesmo tempo muito narcísica. O que eu estou colocando é que o pesquisador tem que cada vez se debruçar mais, por exemplo, sobre aquilo que é usualmente lançado na lata de lixo da história. Quando vamos nos debruçar para valer e estudar a Jovem Guarda? Tem que parar para dar conta e analisar tudo aquilo. Não adianta pegar uma letra do Chico ou do Caetano e dizer: “olha que letra genial”, e dizer o oposto da Jovem Guarda. É claro que a letra da jovem guarda não é lá essas coisas, não. Nem a música da chamada canção de protesto tem essa riqueza. Mas é para entender por que e como ela funciona dentro do imaginário coletivo. É uma questão política e não meramente de gosto.

Rejane ³¹ - Enquanto você falava uma série de questões eu pensava em algo que hoje eu tenho um pouco no centro daquilo que estou refletindo que é sobre o paciente como narrador musical da sua própria história. E você aborda a questão da narrativa em algum momento, e você diz que a música popular brasileira pode narrar a história do Brasil, claro que você estuda e está vendo aí a história do Brasil. Eu pego isso a partir dos autores musicólogos contemporâneos que vêm o *performer* - eu não vou usar a palavra executante pelos motivos que você apontou – que pegam o *performer* não mais como aquele que, simplesmente, traz as idéias do compositor, mas como aquele que traz alguma coisa sua junto às idéias do compositor, ou que recria na acepção mais ampla da palavra recriação. E aí você diz assim: a música popular brasileira narra a história do Brasil, mas você fala que o narrador perdeu a sua função e diz que a narrativa está em crise. Por outro lado a gente diz que música narra alguma coisa. Eu digo que o paciente narra a sua própria história, através da música. Eu queria que você juntasse um pouco essas coisas todas...

Dr. Júlio: Os processos narrativos continuam. A narrativa não se interrompe. As narrativas não se interrompem. A narrativa nacional não se interrompe. A narrativa pessoal de cada uma de nós não se interrompe. O que estou falando é que a figura do narrador clássico, esse sim está desaparecendo. O que eu chamo de *griot*, o lugar dessa voz, por exemplo pensando num autor como Paul Zumthor, é o de tentar entender qual é o lugar dessa voz na narrativa de um povo. A força da voz é de uma brutalidade e de uma suavidade absolutas. A letra é posterior à voz. Não estou falando da letra no sentido psicanalítico. Estou falando letra, letra mesmo, da palavra, do logos que se inscreve e pertetua. Então, o que ocorre é que a narrativa continua, as formas de narrativa continuam, só que a mega narrativa, a grande narrativa, a narrativa da monumentalidade, essa está desaparecendo, não há mais como fazer uma Odisséia hoje, uma Epopéia hoje, ter um poeta como Castro Alves hoje. O minimalismo é um dado da nossa contemporaneidade, da nossa realidade em si. O questionamento da instituição museu aponta para isso hoje em dia. As narrativas estão em crise mas o ato de narrar nos funda. É a velha tensão entre a subjetividade e o coletivo. A narrativa contemporânea quer se re-fabricar. É o que chamo no artigo “*A voz com assinatura*”. É a assinatura da voz e a contra-assinatura que eu acho que no caso da musicoterapia, cabe ao musicoterapeuta. Por que no meu caso, por exemplo, aqui, eu sou a contra-assinatura dessas vozes. A contra-assinatura é uma categoria do Derrida que diz que é a assinatura do crítico, é o diálogo de você que está ali. Contra não é contra no sentido de contrária mas no senso suplementar de rasura. Não é um exercício dialético, porque isso não sintetiza coisa

³¹ Lia Rejane Mendes Barcellos é professora nos Cursos de Musicoterapia do CBM-CEU. Rio de Janeiro. Mestre em Musicologia pelo CBM.

nenhuma. É a tensão de vozes o tempo inteiro. Nunca a narrativa esteve tão presente, e nunca a crise da narrativa esteve tão presente. Isto é um paradoxo. Nunca as pessoas estiveram tão ansiosas por falar e por participar, e ao mesmo tempo, o silêncio a elas nunca foi tão brutalmente imposto. Quando a gente tem a oportunidade de falar, hoje em dia, e é isso que está acontecendo agora, a gente quer falar, falar, falar... O mundo da gente é muito silencioso, e a vontade da gente é muito tagarela. Por quê? Porque as coisas estão represadas, as expressões estão represadas. Ao mesmo tempo em que eu digo que a música brasileira tem o poder de narrar, fazer uma narrativa da nação, cada um de nós ... eu vi com a Vó Maria. Ontem eu fiz uma entrevista com a Vó Maria, viúva do Donga, que gravou o primeiro CD aos 92 anos, e ela estava lembrando as histórias dela, e narrando... É a memória. Ela é quase analfabeta, agora qual é o lugar – e eu devolvo a questão- dessa narrativa – vou usar o termo sem medo – pós - moderna? Quem narra o quê na pós-modernidade? Quem é simulacro de quê? É a brincadeira que faz Chico Buarque: é a voz do dono ou o dono da voz?

A CONTRIBUIÇÃO DO LABORATÓRIO DE MUSICOTERAPIA DA UNIFMU PARA O DESENVOLVIMENTO DA MUSICOTERAPIA

Conferência

*Mt. Ms. Raul Brabo*³²

O Laboratório de Musicoterapia tem por objetivo dar apoio à formação acadêmica do musicoterapeuta, suporte técnico às necessidades da Clínica de Musicoterapia e fomentar e operacionalizar pesquisa científica, destacando-se como diferencial na formação técnica e na iniciação científica do musicoterapeuta. O Laboratório conta com uma área de 103,22m² dividida em duas salas: uma sala técnica com 30,41m², e outra para as experiências com 72,81m², interligadas por porta acústica e janela blindada (tipo one way). A sala técnica abriga equipamentos de áudio e informática, tanto para fins pedagógicos como para os de pesquisa. A sala de experiências é mutável e multifuncional, para adequar-se às diversas pesquisas e atender a outras funções como a de observação clínica por exemplo. Todo o Laboratório conta com isolamento e tratamento acústico de última geração, projetados para atender especificações técnicas rigorosas, destacando-o em padrões internacionais de qualidade, permitindo assim, parcerias e intercâmbios com outros países.

Os equipamentos específicos do Laboratório são:

- Informática: Macintosh G4/combo drive/Mac OS X – v10.3.5
- plataforma digital de áudio: Mbox Digidesign/Pro Tools LE – v6.4
- monitores de áudio de referência ativos: Yamaha MSP5/ Mackie HRS824 THX
- microfones AKG C414 ULS
- fone de ouvido plano Monitor AKG 240M
- subwoofer ativo Mackie HRS120 THX
- cabeamento balanceado
-

Dos serviços do Laboratório:

³² Docente Responsável pelo Laboratório

- elaboração e produção do acervo sonoro para apoio didático e clínico
- operacionalização do laboratório e pesquisas científicas
- captação e efetivação de parcerias nacionais e internacionais
- divulgação do laboratório, clínica, curso, e publicação de produção intelectual

Sala 3 Clínica de Musicoterapia	Laboratório de Musicoterapia		
	sala técnica	30,41 m ²	02 armários de 2 portas cada 02 mesas (1 pequena e 1 grande) 01 cadeira (rodinha) 18 cadeiras com braço (s.téc.)
	sala de experiências	72,81 m ²	02 armários de 2 portas cada 12 cadeiras com braço (s.exp.)

A CONTRIBUIÇÃO DO LABORATÓRIO DE MUSICOTERAPIA DA UNIFMU PARA O DESENVOLVIMENTO DA MUSICOTERAPIA ³³

Debate

Mt Ms *Raul Brabo* (Uni FMU)³⁴

Rejane³⁵ - Eu gostaria de, em primeiro lugar, lembrar que a Uni-FMU formará a primeira turma de musicoterapeutas agora, em dezembro de 2004. Outro aspecto interessante, e que me deixa muito contente, é que quando estivemos em São Paulo em 2002, para participar do III Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, o orçamento dos equipamentos para a instalação do laboratório estava em cem mil dólares, e agora baixou para 15 mil dólares.

Raul – Isto aconteceu devido a uma pesquisa de mercado. Fomos investigando e descobrindo o que era lançado no mercado internacional. É preciso pensar-se que, neste momento, o dinheiro está ficando escasso em todo o mundo, não é só aqui. Então, quem tem capacidade para pagar cem mil dólares, já pagou! Não tem mais. Assim, quem produz os equipamentos está pensando em quem? Naquele que tem menos dinheiro, que vai gastar menos. Foi aí que eu consegui descobrir esses novos equipamentos.

Rejane – Eu não sei se eu entendi bem, mas o que você disse é que se eu decidir, se eu quiser fazer uma pesquisa em São Paulo, o laboratório estaria aberto para mim?

Raul – Exatamente, para todos vocês.

Martha³⁶ – Não é propriamente uma pergunta. Eu gostaria de te parabenizar. Esse laboratório é uma iniciativa que vai agregar um valor muito grande a esse curso da Uni-FMU. É uma tecnologia que não se pode deixar de acompanhar. As pessoas ficaram com muita vontade de ver as fotografias da UniFmu, Raul.

Raul – Os alunos que estão saindo em 2004 são beneficiados em alguns aspectos, e em outros não. Há uma demora para se conseguir as coisas. O convite da Rejane veio há duas semanas atrás, e, ficou muito difícil eu conseguir o material visual em três semanas. Eu não consegui lá dentro, e não queria fazer uma coisa caseira. Por isso não tem ainda a parte visual.

Martha – Você falou que vai ter essas linhas de pesquisa com a comunidade da Universidade, mas que linhas você pensa que irão acontecer?

³³ Instituição onde é oferecido um dos dois Cursos de Musicoterapia de Graduação existentes em São Paulo e onde se localiza o Laboratório de Musicoterapia, tema da apresentação de **Raul Jaime Brabo**, que é o responsável por esse laboratório. Raul Jaime é musicoterapeuta e Mestre em Administração de Empresas.

³⁴ **Raul Jaime Brabo**, musicoterapeuta responsável pelo Laboratório de Pesquisa de UniFMU é Mestre em Administração de Empresas.

³⁵ **Lia Rejane Mendes Barcellos** é professora nos Cursos de Musicoterapia do CBM-CEU. Rio de Janeiro.

³⁶ **Martha Negreiros** é musicoterapeuta da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, do Hospital Psiquiátrico Municipal de Jurujuba e professora do Curso de Pós-graduação do CBM-CEU.

Raul - A primeira sugestão que tenho, e vou tentar efetivar junto à Universidade, seria algo que pudesse acomodar muita coisa da nossa área. Algo do tipo: investigação em linguagens sonoras não verbais e verbais. Pode-se receber gente das outras áreas, o que deve ser feito na interdisciplinaridade, e pode-se receber muita coisa na área de investigação em Musicoterapia. Mas isso precisa ser efetivado, ser homologado. E aqui fica a sugestão para que vocês possam encaminhar também idéias de linhas de pesquisa para que se possa avaliar. A intenção realmente é compartilhar. Num momento como esse não podemos ficar ilhados. O pensar acadêmico e o pensar científico, nesse sentido, são bem artísticos, ou seja, o sentido de ser social e cumulativo. Tem que se compartilhar e uma coisa puxando a outra para crescer. Pensar a ciência como arte, o que é bem apropriado para a nossa área.

Rejane – A Uni-FMU tem um aspecto bastante interessante. Como a musicoterapia está inserida dentro de uma instituição onde tem várias áreas, eles têm a possibilidade de fazer pesquisa junto com psicologia, com fonoaudiologia ou com fisioterapia. Há possibilidades deles se juntarem. E tem vários laboratórios. Laboratório de fisioterapia, laboratório de fonoaudiologia – que tem toda essa parte de audiologia – o que dá um sem número de possibilidades de interfaces da musicoterapia na medida em que eles têm profissionais de muitas áreas e vários laboratórios dentro da própria Uni-FMU.

Kelly³⁷ - Para nós que trabalhamos na rede pública onde falta medicação, espaço físico a toda hora e o básico – fica até difícil de escutar você apresentando esse laboratório.

Raul – Eu entendo, e vou deixar uma coisa clara sobre o que você levantou. Eu também tenho esse sentimento. Se eu pesquisar a minha memória, é como aquela profecia auto-realizadora. Eu sempre sonhei com algo desse tipo, um lugar para você atender ao paciente com revestimento acústico, isolamento, em que as ondas sonoras respondem como elas devem ser respondidas – graves, médias e agudas –, onde tenha instrumentos musicais e equipamentos de qualidade e sem interferências sonoras externas. Eu achava que isso nunca ia ser possível, principalmente vindo de uma formação na Faculdade Marcelo Tupinambá. Todos lembram e quem conheceu sabia o que era aquilo lá. Mas uma vez em que teve a possibilidade com muito carinho, cuidado e paciência, a gente conseguiu. Conseguiu o quê? Só para deixar claro, existe a Clínica de Musicoterapia que fica no quarto andar no Núcleo de Saúde lá na Avenida Santo Amaro. É um prédio de quatro andares que abriga salas de aula, clínicas e laboratórios de oito cursos da área de saúde, e o nosso fica no quarto andar. Para o atendimento clínico as salas são revestidas com o mesmo critério. Em uma dessas salas, a sala número três, é o Laboratório de musicoterapia. Lá, além de todo o padrão de isolamento e tratamento acústico, tem a parte de equipamentos para as investigações. O Laboratório fisicamente está dentro da Clínica e academicamente atuam em conjunto. Mas, os atendimentos que estão sendo feitos no laboratório têm fins de pesquisa, ou seja, caso você queira registrar com maior critério. Com relação à dimensão, retomando, a sala que se tem para experiência é de 70 m². Pode-se montar qualquer tipo de *setting* lá dentro: individual, grupos pequenos ou grupos grandes. Tem um visor de observação, além de todos os outros equipamentos que dão suporte também para observação visual. Para se evitar a câmera de filmagem dentro da sala, esta foi embutida. E a prioridade é a parte de áudio. É assim que acontece. Essa

³⁷ Kelly Adriane de Campos é musicoterapeuta da Casa Verde (RJ) e membro da Equipe de Intervenção da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi – RJ. É Especialista em Saúde Mental pelo Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira e Hospital Jurandir Manfredini.

clínica atende à população de São Paulo. A pessoa se inscreve, tem uma triagem, existe um valor simbólico a ser pago por quem pode e depois a pessoa passa por uma avaliação social. Se a pessoa pode pagar, paga R\$ 20,00 por mês para fazer um atendimento semanal na Clínica. Quem não pode não paga. Essa Clínica é interligada com todas as outras. A recepção é uma recepção central. Chega-se lá e se recebe uma senha, um código, para quando chegar a hora da sessão. É muito orgânico. É tudo muito orgânico, porque nós pensamos desde o começo. Quem pensou? O musicoterapeuta pensou para a musicoterapia. Então ficou tudo muito orgânico. Em cada sala de atendimento tem um *kit* básico de instrumentos, aqueles mais utilizados nas intervenções. São três salas para atendimentos individuais e duas para grupos. Primeiramente os alunos observam um musicoterapeuta atendendo. Quando eles já estiverem em condições, vão atender sozinhos e alunos de um semestre inferior serão os observadores. A parte de formulários e de relatórios é trazida “à rédea curta” pela Maristela.³⁸ É dada uma nota para isso, para que o aluno aprenda a fazer, tenha o costume de fazer, e para que quem pegue esse prontuário depois, “se sinta em casa”. Está tudo muito bem organizado. E com isso a gente consegue já, embora a primeira turma esteja saindo agora, ver resultados bastante positivos.

Murillo³⁹ – Esses relatórios mantêm um determinado padrão?

Raul – Na Clínica mantém-se o padrão que o Núcleo de Saúde de lá adota. Então, a linguagem é comum a todas as clínicas. Da mesma forma que a Clínica tem um modelo de prontuário, pois se preserva uma padronização.

? – Quantos alunos estão se formando?

Raul - Na primeira turma estão se formando 31 alunos.

Por incrível que pareça eu não conhecia o Conservatório Brasileiro de Música. Então, só para finalizar, eu quero presentear o Conservatório com uma cópia impressa da minha dissertação de mestrado, que faz uma ponte entre a musicoterapia e a administração, uma pesquisa quantitativa que trouxe resultados interessantíssimos que podem servir de referência para quem pensar em trabalhar na área empresarial. Foi uma surpresa o que aconteceu com essa pesquisa, porque o tema é a audição musical e respostas a dilemas morais e eu estou deixando para biblioteca. Muito obrigado.

³⁸ Musicoterapeuta **Maristela Smith**, coordenadora do curso da UNIFMU

³⁹ **Murillo Brito Filho** é musicoterapeuta do CAPS Ernesto Nazareth. Rio de Janeiro.

MESAS REDONDA e DEBATES

MUSICOTERAPIA E SAÚDE: DIMENSÕES DA PESQUISA".

Mt. Diego Shapira (Programa ADIM)

. Mt. Martha Negreiros (ME-UFRJ),

Mt. Ms Marly Chagas (CBM-CEU/ EICOS-UFRJ).

MUSICOTERAPIA E SAÚDE: DIMENSÕES DA PESQUISA

Mt Diego Shapira⁴⁰

Quando fui convidado para falar nesta mesa perguntei sobre o que seria importante falar. Marly me falou para começar por aspectos elementares. Então, se para alguns de vocês o que eu disser for elementar, peço desculpas e espero que sirva para refletirmos. O que falarei abrangerá três pontos: o que é pesquisar, porque é importante pesquisar em musicoterapia e o que é importante pesquisar na musicoterapia.

O que é pesquisar?

Eu tomo a investigação de Kenneth Bruscia como inspiração para pensar o que é pesquisar. Diz Bruscia que

La investigación es una indagación sistemática y automonitoreada que conduce a un descubrimiento o a un nuevo insight que, una vez documentado y difundido, contribuye o modifica el conocimiento o la práctica existente. (Kenneth Bruscia, 1995).

⁴⁰ **Diego Shapira** musicoterapeuta, professor titular do curso de Musicoterapia da USAL, Membro de Comissão Assessora da Carreira de Musicoterapia da Universidade de Buenos Aires (UBA), Docente responsável pelo Curso de Pós - graduação "O Método Plurimodal em Musicoterapia", na Secretaria de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia da UBA, Co-editor do Voices, Fórum mundial de Musicoterapia na internet, Autor do livro "Musicoterapia. Facetas de lo Inefable". Alguns de seus trabalhos têm sido publicados na Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Peru, Uruguai, Estados Unidos, Espanha e y Noruega. È o Criador do Método Plurimodal. .

Creio que temos que considerar algumas questões culturais nessa definição. Tenho muito respeito pelo Dr Bruscia, mas aqui se pode confundir estudar e pesquisar, que são duas coisas muito diferentes. Considero que como procedimento mais adequado a pesquisa não deve somente ser auto-monitorada, mas é importante que seja, também, monitorada. E, para isso, temos que pensar em outros que possam monitorar nossas pesquisas, outros musicoterapeutas, outros especialistas em pesquisa ou um orientador. Algumas vezes pode ser um orientador, outras um supervisor ou, ainda, um avaliador externo. Bruscia diz que a pesquisa contribui ou modifica o conhecimento ou a prática do sistema musicoterapêutico, mas também procura modificar o conhecimento e o vínculo da musicoterapia com outras disciplinas.

Pesquisar é diferente de estudar

Estudar implica em incorporar um conhecimento já existente. A pesquisa cria conhecimento. Muitas vezes lemos trabalhos que são apresentados como pesquisa, mas são estudos, não são pesquisas. Estudar constitui a primeira parte de uma pesquisa, que é conhecer o Estado da Arte de um tema. Mas é estudar. Estudar implica também que o conhecimento adquirido beneficie a quem estuda. Na pesquisa pode-se ou não aspirar ao benefício possível. A pesquisa básica, por exemplo, não privilegia os benefícios. Pode ser que depois outros tomem seus resultados para fazer alguma outra coisa que gere benefícios. Quando a pesquisa envolve benefícios, esses podem ser sociais ou comunitários. Os benefícios não são somente a uma pessoa ou a um grupo. O benefício abrange a disciplina. Estudar é uma condição ética de cada um dos membros de uma comunidade de profissionais. A pesquisa é uma condição de sobrevivência da disciplina. Estudar é obrigação de cada um dos musicoterapeutas em toda a vida profissional. A pesquisa pode ser realizada por parte do conjunto dos musicoterapeutas e aqueles que a realizam podem não fazê-lo ao longo de toda a sua vida. Estes podem dedicar somente parte de sua vida profissional a fazer pesquisa.

Eu sei que temos questões culturais e sócio-econômicas que nos condicionam e nos fazem sofrer. Vou lhes contar uma pequena história. Há mais ou menos dois anos eu recebi um correio eletrônico convidando-me para apresentar-me em um concurso para ser professor numa Universidade na Noruega. Eu sabia que não deveria ir, mas perguntei quais eram as condições de trabalho. Quando eu recebi essas condições fiquei muito espantado. Eram: obrigatoriedade de trabalhar sete horas na

semana; dedicar 10% dessas horas a tarefas administrativas – corrigir provas, planejar aulas, etc; dedicar 30 e 60% das horas para pesquisa e o restante do tempo deveria ser destinado a ministrar aulas. Assim é possível entender porque existem autores que todos os anos publicam um ou mais livros. Além disso, se eu como professor, faço pesquisas e publico um livro, meu salário no próximo ano será mais alto. Então, esses países oferecem muitos incentivos para que se pesquise. Nossa realidade é muito diferente. Tentamos fazer pesquisa quando terminamos de trabalhar, quando conseguimos pagar a conta de água, luz, gás... só depois podemos pesquisar. Então, não podemos nos desligar das condições sócio-econômicas do lugar onde estamos fazendo nossas pesquisas.

Quadro de tripés (ver anexo)

Temos cinco tripés que sustentam a musicoterapia como corpo, colocados a seguir:

- 1 – conhecimento, linguagem e ética;
- 2 – pesquisa, publicação e intercâmbio;
- 3 – universidades e centros de formação, alunos e docentes;
- 4 – teorias psicológicas, sociológicas, educacionais, médicas e musicais, teoria musicoterápica e lógicas de intervenção;
- 5 – o paciente, o musicoterapeuta e um fazer significativo.

O conhecimento, a linguagem e a ética constituem a base do sistema musicoterápico. Observem que estamos chamando de conhecimento e não de teoria. O conhecimento é maior do que a teoria, pois em musicoterapia temos conhecimentos não teóricos. As bases se transformam cada uma em um sistema que tem uma dinâmica própria, mas são correlacionadas entre si. Se focalizarmos o sistema de pesquisa, publicação e intercâmbio vemos que esse sistema é um dos centros do sistema musicoterápico e que absorve tanta energia quanto os outros para que todo o sistema funcione de maneira adequada. É necessário que os musicoterapeutas ocupem cada um desses centros. No entanto, o único deles que demanda a presença de todos é o musicoterapeuta – paciente – fazer significativo (Aliás, eu não deveria dizer paciente, deveria dizer usuário, porque há dispositivos em musicoterapia onde as pessoas não são pacientes, são usuárias). Esse fazer significativo demanda a presença de todos. Os que fazem pesquisa podem transitar em caminhos que se afastam da prática clínica. Há teóricos que não podem dar conta da prática clínica porque perdem a conexão com a

prática. Lamentavelmente, alguns docentes também não têm prática clínica, logo os conhecimentos que transmitem se afastam dos conhecimentos necessários a um graduando. O mesmo se dá com a construção das lógicas de intervenção em musicoterapia. Algumas vezes podemos fazer conexões entre teoria da musicoterapia e as teorias de conhecimentos pressupostos em musicoterapia para construir recursos, mas se esses recursos não estiverem ligados à prática clínica das pessoas que os constroem, talvez eles não sejam aplicáveis. O único subsistema que demanda a presença de todos os outros é a prática clínica. Algumas vezes podemos ter musicoterapeutas dedicados à pesquisa; musicoterapeutas dedicados a construir tecnologias a partir dos dados e resultados da pesquisa; musicoterapeutas que podem criar novos aportes para transmitir os dados e os resultados das pesquisas e das tecnologias musicoterapêuticas na formação de musicoterapeutas. Eu sei que alguns de nós temos que fazer uma maratona por todos esses subsistemas.

Sendo necessária a estruturação de nossos conhecimentos, temos que pensar que ela é temporal, necessariamente sujeita à revisão e à re-estruturação. Por outro lado, os conhecimentos só têm sentido em uma cultura, e a cultura se modifica permanentemente. Então, essas estruturas também têm que se modificar de acordo com a cultura. Temos que levar em conta que, quando incorporamos conhecimento, muitas vezes incorporamos conhecimentos de outra cultura, e devemos levar em consideração como esses conhecimentos podem ser incorporados em nossa cultura.

Por que é importante pesquisar em musicoterapia?

O que é importante pesquisar em musicoterapia?

A resposta mais óbvia é: devemos pesquisar porque necessitamos pesquisar! Essa necessidade também está estabelecida pela cultura. Na verdade, todos têm necessidades comuns dentro do sistema musicoterapia, mas há necessidades diversas em cada região. As necessidades têm um caráter particular dentro de cada grupo sociolinguístico. A pergunta acerca da importância de se definir o problema da pesquisa estabelece não somente as necessidades, mas, também, determina qual o tipo de pesquisa que iremos organizar.

A partir daqui comentarei rapidamente três pesquisas que estamos fazendo em Buenos Aires.

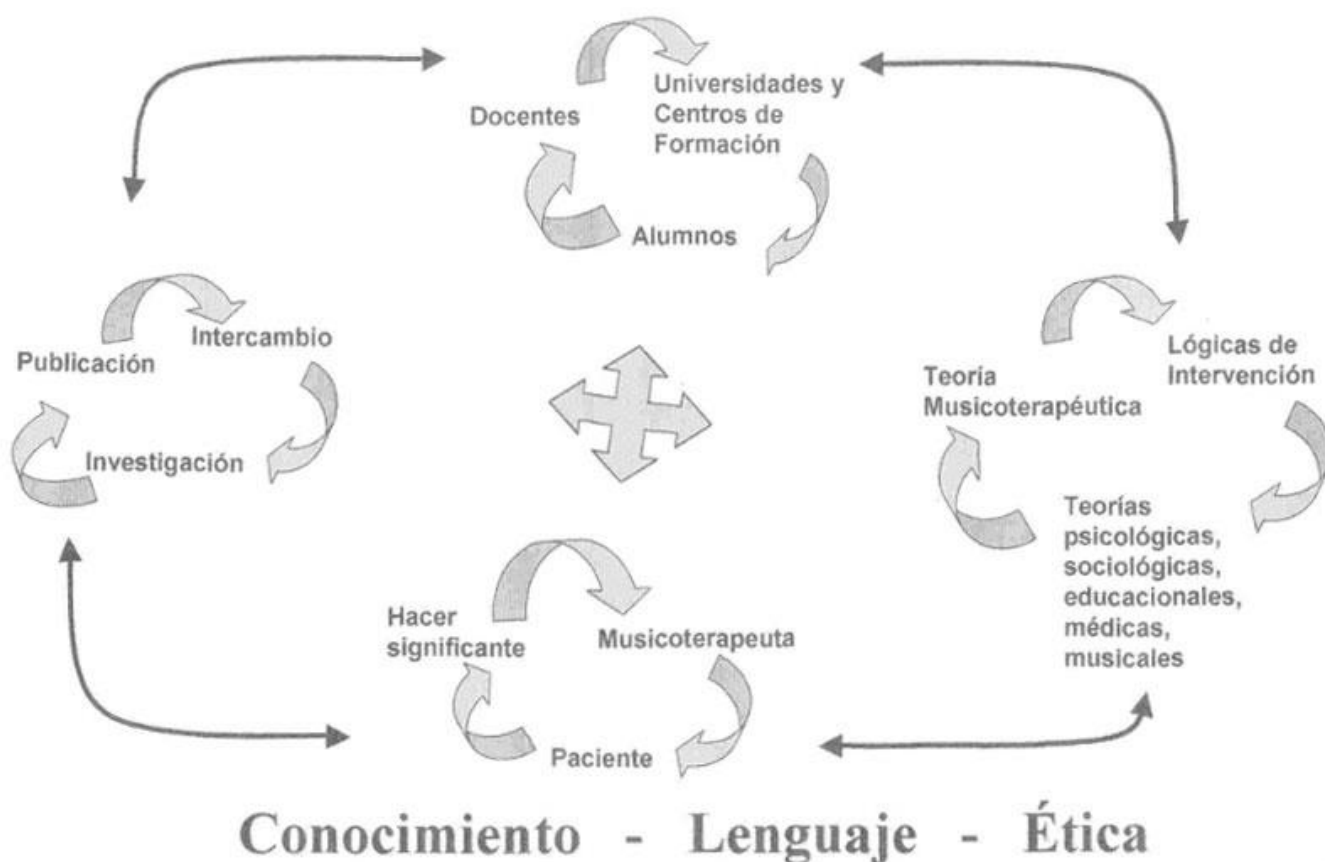
A primeira, que está sendo realizada em Buenos Aires e no Uruguai, é a partir do trabalho de uma aluna da qual fui orientador no trabalho de graduação. Essa é uma “pesquisa básica aplicada” que pretende investigar como são as características musicais da linguagem verbal de diferentes populações. O primeiro estudo que estamos realizando é “como é a produção da linguagem verbal em pessoas neuróticas, em pessoas com diagnóstico de depressão e em pessoas com diagnóstico de psicose”. Com uma amostra relativamente reduzida – sessenta em cada população – nós encontramos características comuns da prosódia em cada uma dessas populações. Agora estamos procurando fazer uma ampliação dessas amostras, porque sessenta não é uma amostra significativa para aspirar por dados mais consistentes e também para aplicar em outros tipos de população. Nós fazemos perguntas neutras, como por exemplo: “por favor, descreva a sua casa” – ao invés de: “descreva a relação com sua mãe”. Isto porque se sabe que a relação com a mãe nunca é neutra. Através de programas que já existem, transformamos essas gravações em melodias e, analisando as melodias, encontramos características comuns em cada uma dessas populações. Uma possível consequência dessa pesquisa, que durará mais dois anos e meio, é pensar em uma outra pesquisa que possa, dentro de um grupo sócio lingüístico, fazer um diagnóstico, para um determinado grupo sociolingüístico, a partir da prosódia da linguagem verbal.

A segunda, que começaremos em março do ano que vem, é uma pesquisa com pacientes em diálise e transplantados renais. Será feita em um hospital de Buenos Aires que tem um serviço muito importante de doenças renais. O que nos inspirou para fazer essa pesquisa foi o trabalho de uma musicoterapia cubana Teresa Fernandez. Em 1992 estive em Cuba e vi seu trabalho, me interessando muito. Aqui também há que se considerar as situações sócio-econômicas. Naquela época, Cuba estava atravessando um momento muito duro do bloqueio econômico, então a comunidade médica que tinha muitas dificuldades para elaborar medicamentos recorreu a outros profissionais, entre eles musicoterapeutas, para ver como conseguir diminuir a ingestão de medicamentos em distintas populações. Fernandez trabalhou com pacientes em diálise e conseguiu reduzir a ingestão de medicamentos em 50% . Isso é muito. Significa um incremento muito importante na qualidade de vida dessas pessoas. Na Argentina, a indústria farmacêutica é muito grande, e, obviamente, não está interessada nisso. Além disso, a população médica está muito ligada a essa indústria. Mas, conseguimos que os médicos desse serviço ficassem interessados nessa pesquisa. Faremos um protocolo de investigação que durará um ano, e depois de um ano faremos a análise dos dados. Então iremos saber se, através

da aplicação de musicoterapia, conseguiremos incrementar a qualidade de vida desses pacientes. Partimos do pressuposto de que vai ser possível, mas temos que ter a atitude de que talvez não seja, isto é, não se faz a pesquisa para provar a hipótese, a pesquisa se faz partindo de uma pergunta. A resposta pode ser ou não ser o que desejaríamos como resultado.

A terceira, que já começamos, é uma pesquisa qualitativa. Surgiu com uma pergunta em um grupo de estudos do Programa ADIM⁴¹: Por que algumas músicas perduram de geração em geração na adolescência?

Para concluir, precisamos ressaltar a necessidade de se desenvolver todo o sistema investigação – publicação – intercâmbio. Precisamos desenvolver mecanismos de divulgação de nossos resultados através de publicações e estimular o intercâmbio entre nossas pesquisas para que a musicoterapia se desenvolva como disciplina e ocupe o espaço que merece.



MUSICOTERAPIA E SAÚDE: DIMENSÕES DA PESQUISA

*Mt Ms Marly Chagas*⁴²

Junte um conceito de saúde - o proposto pela Organização Mundial de Saúde, por exemplo: “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade*” com o de Musicoterapia: “*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 Inc. ,1996). Coloque na panela da pesquisa. Adicione uma pitada de questões concretas que demandam soluções transversais no âmbito da saúde; os problemas que decorrem da vivência dos homens em grande aglomerados; a violência, a adição de drogas, o desemprego, o desamparo; a sustentabilidade das maneiras de se viver; o lugar da tecnologia, do consumo e da solidariedade no nosso cotidiano. O resultado? Inúmeras dimensões. Vejamos algumas delas.

A dimensão teórico prática

A clínica contemporânea da Musicoterapia vem alargando consideravelmente sua abrangência, e com isso novas possibilidades investigativas são colocadas. Tornam-se mais complexos nossos campos de atuação: o consultório particular, as clínicas diversas, os grandes hospitais. Estamos nas prefeituras, no estado, na federação. Ampliam-se os materiais que usamos para o nosso trabalho. Expandimos fronteiras, utilizamos o ruído, o silêncio, o timbre, as intensidades em frequências regulares e irregulares, constantes e inconstantes, estáveis e instáveis, definidas e indefinidas, afinadas e desafinadas, audíveis e não audíveis. “*Exatamente o homem-som, exatamente como sons*” (Smith, 2001 p 17). Vamos construindo, com a nossa prática, o nosso conhecimento e a nossa teoria. A nossa teoria e a nossa prática se misturando com outros saberes.

⁴² **Marly Chagas** é musicoterapeuta e psicóloga. Professora da graduação e da pós-graduação em musicoterapia do CBM-CEU. Pesquisadora do Núcleo de pesquisa José Maria Neves do CBM-CEU. Mestre e doutoranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social – (EICOS-UFRJ)

Cada aspecto da teoria e da prática pode inspirar - e já estão inspirando - muitas pesquisas. Lidamos com novos conceitos de homem, de música, de sociedade. Queremos saber sobre modos de subjetivação oferecidos pela música. As neurociências oferecem outras relações para a nossa prática clínica. Buscamos descobrir métodos de investigação que aprofundem achados em nossa própria prática clínica.

Para alguns, entretanto, não está muito claro a finalidade da pesquisa, Pesquisamos para quê? Para satisfazer a vaidade dos pesquisadores? Pelo financiamento que as pesquisas proporcionam? Pensando a prática em estreita inter-relação com a teoria, e estando a nossa prática passando por uma enorme ampliação contemporânea (provocada exatamente pelos desafios clínicos, novas tecnologias e âmbitos de atuação), na pesquisa encontramos o recurso de que dispomos tanto para aprofundar questões quanto para encontrar respostas. Um problema, porém, acerca da utilidade de nossas pesquisas é o que fazemos com os conhecimentos que elas geram. Temos conseguido articular um eficaz meio de troca de informações entre os musicoterapeutas pesquisadores? E entre os pesquisadores e a formação de profissionais nos cursos de graduação e de pós-graduação? Estamos encontrando maneiras de divulgar os resultados de nossas pesquisas entre os profissionais para que a clínica musicoterapêutica se beneficie com nossos achados?

A dimensão teórico-prática conecta-se, então, a uma outra dimensão: a política.

A dimensão política - relações de poder, estratégias de convencimento, jogos de forças econômicas - está presente em qualquer pesquisa. Segundo Foucault (2002), as relações de poder estão em qualquer relação humana. Temos interesses políticos ao colocar na roda as questões referentes ao nosso saber. As relações políticas são tão importantes nas práticas científicas que, analisando a ciência, Stengers conclui que a ciência constitui-se no que uma coletividade de cientistas determina. A definição de ciência seria aquela dada pelos seus representantes, pelo que a política existente entre eles determine como objeto de investigação e divulgação..

"Não é à epistemologia que se deve pedir a resposta à questão 'isso é científico? ', pois não há resposta de direito, normativa, trans-histórica. Qualquer resposta é histórica e coletiva, ela constitui em cada época e para cada ciência o que está em jogo no trabalho dos cientistas interessados " (Stengers, 1990, p. 80).

Quem colocará a musicoterapia no patamar das invenções importantes para a ciência? Nós. Para conquistarmos o reconhecimento da musicoterapia como uma nova especialidade, os musicoterapeutas precisam estar envolvidos com

“questões de ordem científica (capacidade de justificar teoricamente junto à comunidade científica os princípios e métodos para a nova prática e demonstrar a sua eficácia na clínica) e questões políticas como o convencimento de amplos setores a respeito da sua importância e eficácia” (Santos, 1996, p. 44).

A dimensão política nos remete, então, a uma outra: a da construção do conhecimento.

Bruno Latour, antropólogo francês que investiga o campo das ciências e da produção de seus conhecimentos contemporâneos, conclui que um conceito se torna científico “porque se liga cada vez mais estreitamente a um repertório bem maior de recursos” (*apud* Pedro, p. 37). Latour entende a atividade científica como uma produção em rede. A rede servindo como um modelo e como uma metáfora. Entendida, a rede, como um modelo de produção de conhecimentos, verifica-se que cada evento conecta-se a outros eventos. “É a força desses agenciamentos internos que permite melhor defini-la, (...) Cada agenciamento, que se estabelece de forma local e singular, repercute na rede inteira (Pedro, p. 33).”

Partindo-se desse pressuposto, a Musicoterapia, inserindo-se nos inúmeros agenciamentos da pesquisa em saúde, precisa envolver, cada vez mais, um maior repertório de recursos. Já que as novas redes formadas na atualidade podem ser comparadas “*em função de seus tamanhos, do número de pontos ligados, do volume de trocas, mas não podem ser classificados em função de sua maior ou menor lógica ou verdade*” (Latour, 1999, p. 177), nenhuma rede é mais, ou menos, lógica do que outra: todas são sociologicamente distintas. A dificuldade, e também a beleza, de se pensar a Musicoterapia, está no fato de que, ao puxarmos apenas um de seus nós, suas interações em rede provocam o movimento de todo o conjunto... (Chagas, 2001) Cada elo dos agenciamentos ligado a outros tantos elos, cada nó ligado a outros tantos nós.

“Em termos topológicos, uma rede se caracteriza por suas conexões, seus pontos de convergência e de bifurcação; por sua heterogeneidade, admitindo a diferenciação, em seu interior, de subconjuntos articulados entre si. É a força desses agenciamentos internos que permite melhor defini-la, entendendo-se que não se trata de vínculos estáveis e

perfeitamente estabelecidos, mas antes de relações meta-estáveis que implicam numa permanente redefinição”. (Pedro, p33)

A rede será tanto maior, quanto mais conexões aparecerem, tanto mais verdadeira quanto mais as suas propostas estiverem espalhadas na sua teia. O que torna uma rede forte, é que cada um de seus pontos se apóia em outros. A força deixa de ser um atributo individual para se tornar uma questão de relações e de alianças (Callon, *apud* Pedro, 2003). Necessário haver um volume de trocas, no conceito de Latour. Quanto maior o número de conexões da rede envolvidos com musicoterapia, maior circulação de conhecimento, maior conhecimento, maior produção, maior divulgação, mais prática, mais produção, mais divulgação em Musicoterapia.

Na compreensão reticular da produção de conhecimentos contemporâneos, a teoria e a prática, a política, os recursos, os pesquisadores, a divulgação de resultados, as tecnologias são nós de entrecruzamento em várias direções e dimensões. Produzimos conhecimento em rede. Aprendemos e trocamos com o outro. A Musicoterapia será tão mais eficiente na sua prática, quanto maior número de pesquisa produzirmos, que, por sua vez, será maior se mais pessoas falarem, perguntarem, entenderem, indicarem nossos serviços. Notem o impulso dado ao nosso movimento pela inserção de profissionais nas redes de serviços públicos, nos mestrados, nos doutorados de nosso país. Estamos “fabricando fatos” (Latour, 1999).

A rede como metáfora nos leva a uma outra dimensão: a da ética. A ética vista como o modo de amarrarmos cada um dos nós de nossa rede. A ética deve estar presente quando estivermos congregados. A ética que nos guia mesmo quando estivermos sozinhos. A ética que inspira o cuidar: a dimensão fundamental do nosso pesquisar.

Juntemos saúde, musicoterapia e pesquisa no caldeirão contemporâneo. Levemos em consideração dimensões da teoria e da prática, da política e da construção de conhecimentos sob a égide da ética. Podemos encontrar um caminho fecundo que envolva criação, arte, cuidados e esperanças. Podemos encontrar direções de novas e insuspeitadas humanidades que se mostrarão aos nossos olhares atentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHAGAS, M. **Musicoterapia: Desafios da Interdisciplinaridade entre a modernidade e a contemporaneidade**, Dissertação de Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Programa EICOS. UFRJ, 2001

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**, Nascimento da Prisão. Petrópolis: Vozes, 1987 – 26ª edição – 2002

LATOUR, B. Como redividir a Grande Divisão. In: **Mosico..Revista de Ciências Sociais** 2(1).Vitória p 168 -199,1999

PEDRO, R,L.R. “As Redes na Atualidade: Refletindo sobre a Produção de Conhecimento”, in D’Avila, M. I., PEDRO, R. (org) – **Tecendo o Desenvolvimento. Saberes, gênero e Ecologia Social**. Rio de Janeiro: Mauad, Bapera Editora, 2003 (29 - 47)

SANTOS, M. A C. Musicoterapia - aspectos da construção de uma carreira. In **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Rio de Janeiro: UBAM, ano 1, nº 2, p 41- 45,1996.

STENGERS, I. **Quem tem medo da ciência?** São Paulo: Siciliano, 1990.

SMITH, M. P. C. O que é musicoterapia : Os Dois Lados - Da Observação à Reflexão. In: **I Fórum Catarinense de Musicoterapia** Associação de Musicoterapia de Santa Catarina, 2001, Florianópolis, Anais, Florianópolis, ACAMT, p 15-20, 2001.

MUSICOTERAPIA E SAÚDE: DIMENSÕES DA PESQUISA
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
NO BRASIL

Martha Negreiros⁴³

Durante o não tão distante ano de 1997, na ocasião do Fórum de Musicoterapia da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro (AMT/RJ), Carvalho Santos⁴⁴ delinea, em seu texto, um panorama sobre a pesquisa na área da musicoterapia brasileira, situando-a ainda em um estágio ainda pouco significativo quando comparada ao desenvolvimento deste campo em nível mundial, particularmente nos Estados Unidos e alguns países da Europa. Destacava, então, cinco aspectos aos quais atribuía àquela situação, a saber:

- 1- “A musicoterapia no Brasil não nasceu nas Universidades, mas em faculdades isoladas, dedicadas ao ensino da música”;
- 2- “A área musical de onde se originou a musicoterapia brasileira não apresentava uma tradição de pesquisa”;
- 3- “Os pioneiros da musicoterapia e os que os orientaram não deram a importância devida à prática da pesquisa, enfatizando sobretudo os problemas da prática clínica”;
- 4- “Um número pequeno de musicoterapeutas se dedicou a um aprofundamento de estudos na área acadêmica (poucos se dirigiram a mestrados e doutorados)”;
- 5- “Ainda não está bastante claro para o conjunto da carreira a questão da pesquisa”. E indagava: “O que, significa, afinal, pesquisar para os musicoterapeutas?”

Refletindo sobre os quatro primeiros aspectos destacados por Marco Antonio, podemos constatar uma mudança significativa neste quadro, a cada ano que passa. Desde a primeira versão deste nosso Encontro Nacional de Pesquisa, no ano de 2000 em Porto Alegre no X Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, aos subsequentes, 2001/ Curitiba, 2002/São Paulo, 2003/Natal e ao atual Encontro, 2004/Rio de Janeiro, podemos perceber

⁴³ – Musicoterapeuta da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ, do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba/Niterói, musicoterapeuta clínica e professora do curso de Pós Graduação em Musicoterapia do CBM-CEU.negreiros@me.ufrj.br

⁴⁴ SANTOSs, M. A – Panorama da Pesquisa em Musicoterapia no Brasil – Trabalho apresentado no VI Forum de Musicoterapia da AMT-RJ .

um crescimento considerável, tanto pelo investimento dos profissionais musicoterapeutas em buscar programas de pós-graduação “strictu-sensu” (mestrado e doutorado) que aceitam projetos na nossa área quanto pela preocupação nos Cursos de Graduação e Especialização em Musicoterapia em estimular os alunos a participar de projetos de pesquisa durante a formação.

Contudo, insiste a pergunta: “O que significa, afinal, pesquisar para os musicoterapeutas?”

Historicamente, na musicoterapia brasileira, Clarice Moura Costa e eu, há quase 23 anos atrás, nos situamos dentre as pioneiras nesta área, recebendo aprovação e subsídios de duas agências financiadoras oficiais Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq e a Financiadora de Estudos e Projetos/ FINEP além do apoio de 10 mil dólares da IBM do Brasil, com um projeto de pesquisa sobre a musicoterapia com pacientes psicóticos, desenvolvida no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Dentre os frutos deste empreendimento, criamos o *cargo de musicoterapeuta*, nas universidades autárquicas federais(1985), publicamos artigos em revistas indexadas, Clarice publicou o livro em que fala do percurso deste trabalho, mas sobretudo, construímos uma metodologia que a deu o enquadre para a nossa prática clínica, ou para uma “prática teórica pensada” no dizer de Bourdieu (1972)⁴⁵.

Para nós, pesquisar significava, naquela época, uma *motivação* para continuarmos naquela instituição acadêmica desenvolvendo um trabalho que havíamos começado enquanto éramos estagiárias, no sétimo período do curso de graduação. Significava a possibilidade de um reconhecimento formal que nos *animava* a persistir apesar das inumeráveis dificuldades ao longo dos quase oito anos neste projeto, mas sobretudo, movidas pela *curiosidade*. Citando Guimarães Rosa (apud Minayo): “O que a gente aprende mesmo é fazer cada vez mais perguntas” e como diz Minayo, “a dúvida é a amade-leite do espírito científico”.

Mas para fazer perguntas precisamos estar capacitados nas ferramentas para trilhar os caminhos plurais do pensamento, sem nos prendermos nas múltiplas possibilidades do contínuo aprendizado, afinal precisamos nos apropriar do método –

⁴⁵ in MINAYO, MCS e DESLANDES, SPF (org) – Caminhos do Pensamento – Epistemologia e métodos. RJ; Ed. Fiocruz, 2002 (p. 19)

caminho pelo qual se atinge um objetivo (do grego métodos) caminho para alçar a um fim.

Como ressalta Minayo (2002) “fazer pesquisa constitui um processo de trabalho complexo que envolve teoria, método, operacionalização e criatividade. É este nível de atuação metódica e universal, permitindo a comparação de processos e de resultados, que tornou a ciência a forma de conteúdo mais legitimada na sociedade moderna. Ser pesquisador é também estar integrado no mundo: não existe conhecimento científico acima ou fora da realidade. Não existe ‘uma metodologia’ interna que possa eximir o investigador dos significados atuais, para o bem e para o mal, do conceito de ‘sociedade do conhecimento’ .Grupos, instituições e pessoas, estamos sob um desafio: ou miramos e experimentamos vôos de águias ou nos contentamos com ‘passos de elefante’ . (p. 26)

Hoje, encontramos na realização do projeto MAME – Muisoaterapia e Aleitameo Materno, em andamento na Maternidade Escola, as mesmas dificuldades e desafios que outrora nos deparamos. Possamos então voar e apostar na clínica soberana.

MUSICOTERAPIA E SAÚDE: DIMENSÕES DA PESQUISA⁴⁶

Debate

Leomara⁴⁷ – Antes de abrir para a discussão eu gostaria de comentar e dizer para vocês, que eu estou tão otimista quanto a Martha, porque apesar das dificuldades que tivemos que enfrentar para estarmos aqui reunidos, nesse momento de final de ano, estamos conseguindo aqui algo muito precioso para a nossa carreira. Tenho notado que as questões que têm sido levantadas, as reflexões que temos feito têm tido um direcionamento no sentido da convergência. E isso significa amadurecimento de todos nós. Amadurecimento no sentido de que nós estamos pensando e nos preocupando com as mesmas coisas relacionadas a nossa carreira. Então, isso traz para mim uma vontade maior ainda de trabalhar com a musicoterapia

Murilo⁴⁸ – Eu tenho uma pergunta para o Shapira. Como vocês chegaram aos três temas dados como exemplo e que são apresentados como pertinentes à pesquisa?

Shapira – A primeira, produção de linguagem verbal, surgiu como o resultado de uma tese de graduação de uma aluna do curso de musicoterapia da Universidade de Salvador, em Buenos Aires. Ela teve muitas dificuldades para que sua proposta fosse aceita, porque encontrou muita resistência não só dentro da musicoterapia, como os cursos de fonoaudiologia e de psicologia apresentaram algumas objeções. Isso nos encorajou a continuar. Eu como orientador, a defendi muito para que seu trabalho pudesse ter sido feito. Estamos, agora, continuando com esse tema, porque acredito que ele é muito valioso para nós, musicoterapeutas. Quando falamos da escuta do musicoterapeuta, e nossos pacientes falam conosco, nós também estamos escutando a prosódia da linguagem verbal. Talvez, com essa compreensão, tenhamos mais dados entender algumas coisas de nossos pacientes. O outro projeto, com pacientes em diálises, começou a partir de um fator acidental. Um familiar do chefe do serviço de diálise do setor renal teve um acidente vascular cerebral. Seu parente fez musicoterapia com a musicoterapeuta Viviana Sanches, que é uma musicoterapeuta muito reconhecida na área de neuropsicologia. Felizmente teve muito sucesso com esse paciente. Ele ficou tão surpreso e encantado com

⁴⁶ Debate sobre a mesa redonda. Participantes: Diego Shapira, Marly Chagas e Martha Negreiros. **Diego Shapira** é musicoterapeuta, professor titular do curso de Musicoterapia da USAL, Membro de Comissão Assessora da Carreira de Musicoterapia da Universidade de Buenos Aires (UBA), Docente responsável pelo Curso de Pós - graduação “O Método Plurimodal em Musicoterapia”, na Secretaria de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia da UBA, Co-editor do Voices, Fórum mundial de Musicoterapia na internet, Autor do livro “Musicoterapia. Facetas de lo Inefable”. Alguns de seus trabalhos têm sido publicados na Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Peru, Uruguai, Estados Unidos, Espanha e y Noruega. É o Criador do Método Plurimodal. **Marly Chagas** é musicoterapeuta e psicóloga. Professora da graduação e da pós-graduação em musicoterapia do CBM-CEU. Pesquisadora do Núcleo de pesquisa José Maria Neves do CBM-CEU. Mestre e doutoranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social – (EICOS-UFRJ) **Martha Negreiros** é musicoterapeuta da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, do Hospital Psiquiátrico Municipal de Jurujuba e professora do Curso de Pós-graduação do CBM-CEU.

⁴⁷ **Leomara Craveiro de Sá** é musicoterapeuta, doutora em Comunicação e Semiótica, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC). Professora da UFG.

⁴⁸ **Murillo Brito Filho** é musicoterapeuta do CAPS Ernesto Nazareth. Rio de Janeiro.

o processo de seu parente que abriu as portas do hospital para um projeto de musicoterapia. O terceiro projeto surgiu como uma dúvida dentro de nosso grupo de estudos. No nosso grupo temos colegas de diferentes idades: 21, 22 anos, e eles sabem das canções que eu, com 43 anos, cantava quando era adolescente. Então, surgiu a pergunta dentro do grupo: como é que essas canções perduram, e outras não? Deve haver alguma característica nessas músicas que fazem com que elas perdurem... Não sei se isso vai ter alguma aplicação depois, agora não sabemos.

Murilo – Especificamente essa terceira pesquisa foi a que mais me interessou. Eu também tenho operado nessa área de música popular, inclusive dou aula no curso de graduação de musicoterapia. Vocês já levantaram algum aspecto que seja mais pregnante para essa incidência de música em uma determinada época?

Shapira – Nós estamos, agora, fazendo uma pergunta às pessoas: o que dessa música emociona você?

Murilo – Na sua fala você especificou os anos 70, porque exatamente os anos 70? Eu acho que esse fenômeno ocorre aqui no Brasil também. Mas eu não apontaria especificamente a música dos anos 70.

Shapira – Eu acho que tem a ver com um problema social dos fins dos anos 60 e começo dos anos 70. Eu acredito que a música dessa época tenha alguns conteúdos muito vinculados com os da adolescência, que perduram.

Martha Negreiros – É um bom tema para uma pesquisa em rede. O Murilo tem esse interesse aqui, o Shapira na Argentina. É por aí que se vai conectando. O Marco Antônio também assinalava lá em 1996/97 que o desenvolvimento de uma pesquisa não é compatível com o isolamento dos profissionais. Essa é uma questão da rede.

Leila Bergold⁴⁹ – Uma coisa que me chamou bastante atenção quando o Diego falou, foi sobre essa questão de levar a pesquisa e também buscar outros profissionais, esse intercâmbio. A gente, às vezes, tem uma certa mania de achar que, por sermos musicoterapeutas, entendemos a música melhor do que os outros profissionais. Como estou fazendo minha pesquisa na enfermagem, comecei a dar uma olhada no que os enfermeiros dizem sobre a utilização da música. Encontrei coisas bastante interessantes. Os enfermeiros são muito práticos, então estruturam a pesquisa deles dentro das necessidades do trabalho: muitas pesquisas sobre a questão da dor, muitas pesquisas sobre situações ligadas a cirurgia, e alguma coisa ligada à comunicação cliente-enfermeiro. Outras estão ligadas à questão da linguagem: por exemplo, não se usa mais falar paciente na enfermagem, isso é um horror. Fala-se cliente, pois paciente é passivo. Isso está fora de moda. Há uma modificação na linguagem que a gente também tem começar a pensar e se apropriar, pois as palavras que empregamos querem dizer alguma coisa na linguagem da pesquisa.

Martha Negreiros – Atualmente usa-se usuário, que ainda amplia mais...

⁴⁹ **Leila Bergold** é musicoterapeuta e enfermeira. Responsável pelo setor de musicoterapia do Hospital Central do Exército; Mestranda em Enfermagem (UFRJ)

Leila Bergold – Muitas outras palavras estão sendo utilizadas. A questão muito interessante na enfermagem, é que ela desenvolveu métodos de pesquisa qualitativa próprios e os denominou de maneira muito bonita. Há o método criativo-sensível, que é a linha de pesquisa que a minha está inserida, o método sócio poético. Todos estão sendo utilizados, inclusive por outros profissionais em outras áreas, mas foram criados para atender as necessidades da enfermagem. Eu fico pensando quão importante é para nós, na musicoterapia, estarmos criando também pesquisas que tenham a nossa cara, e que atendam as nossas necessidades, tanto quantitativas quanto qualitativas. Métodos de pesquisa que, surgidos na musicoterapia, possam ser utilizados por outras áreas.

Marly – Precisamos levar em conta a dimensão política. Dentro dessa dimensão é importante que os nossos doutores façam essas pesquisas. Por enquanto, temos que nos submeter aos programas que estudamos. Temos que pensar nossos programas, sim.

Kelly⁵⁰ - Eu fiquei pensando, a partir do que disse a Martha, de como você começou a fazer pesquisa, de onde partiu, fico pensando ainda sobre a pesquisa - para que, para quem, como, porque pesquisar. Às vezes pensamos que perguntar é tão difícil, que não vamos chegar .. Uma idealização. Fiquei me perguntando, o quanto é importante, enquanto estudante, enquanto na clínica, não nos apaziguarmos com as questões e a partir daí começarmos por um pontinho, por alguma coisa para podermos pensar, então, em pesquisar. Eu fico com essa preocupação porque, muitas vezes, conversando com as pessoas, tenho a impressão de que elas pensam que vai chegar um momento quando tudo vai estar pronto e aí eu começaria a pesquisar. Mas, se a gente não começar a pôr as questões na clínica, tais como: por que isso? Como eu vou fundamentar essa prática? Como vou falar disso para um outro profissional? Eu entendo isso como uma ponta de algo para a pesquisa: partir da clínica

Martha - Você tocou em um ponto: a graduação. A graduação não vai formar um pesquisador, mas vai identificando pessoas que estão instigadas para isso. Efetivamente o aluno tem que sair de um curso de graduação sabendo elaborar um projeto, levantar as hipóteses, saber se ancorar em determinados referenciais teóricos. A partir daí você vai poder construir um estudo, ou uma investigação mais sistemática. Porque você procura e às vezes acha, às vezes não acha. Recentemente nós estamos pensando na nossa pesquisa sobre a função do acalanto. O acalanto passa a ser uma intervenção musicoterápica nessa metodologia específica na área materno infantil, com esse grupo específico de clientes, Certamente é uma intervenção musicoterápica, sim, porque tem todo um construto teórico que sustenta isso. Mas as variáveis usadas em nossa pesquisa são distantes desse construto que veio ao lado. Então, a primeira coisa, é: temos que estar atormentados. É uma tormenta mesmo; esse bando de perguntas, de interrogações na cabeça.

Patrícia⁵¹ – Eu quero colocar que estou adorando as discussões. Elas abrem muitas outras coisas, pensando, refletindo com tantas pessoas aqui. Eu quero compartilhar com vocês uma experiência muito importante para mim. Participou da minha banca de defesa de mestrado, uma professora convidada, de outra instituição, a professora Kátia Maheirie,

⁵⁰ **Kelly Adriane de Campos** é musicoterapeuta da Casa Verde (RJ) e membro da Equipe de Intervenção da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi – RJ. É Especialista em Saúde Mental pelo Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira e Hospital Jurandir Manfredini

⁵¹ **Patrícia Wazlawick**. - Musicoterapeuta graduada pela Faculdade de Artes do Paraná, FAP, Curitiba, PR. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná. Área de atuação: pré-escolar e berçário.

psicóloga, doutora em psicologia pela PUC de São Paulo, ela dá aula na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis. Trabalha com a temática da constituição do sujeito, e a questão da música e das atividades expressivas-criadoras, abordando questões na área de artes. Sua tese de doutorado foi sobre as identidades coletivas produzidas pelos movimentos musicais na ilha de Santa Catarina, junto de sete bandas de Florianópolis, enfocando também o trabalho do músico e a construção de identidades, ou seja, a música como um trabalho acústico. A tese se intitula: "Sete mares numa ilha: a mediação do trabalho acústico na construção da identidade coletiva". Então ela levou a minha dissertação para a disciplina sobre a constituição do sujeito na contemporaneidade, que ela e a professora Andréa Vieira Zanella estavam trabalhando e colocaram-na como uma parte da bibliografia básica em pesquisa das problemáticas atuais. Para mim foi uma grande surpresa, e eu disse: *Nossa! Vão ter outras pessoas lendo meu trabalho, criticando, dando sugestões, trazendo outros olhares*. Eu pude estar presente no dia em que eles discutiram o meu trabalho, e foi maravilhoso. Eram alunos de mestrado e doutorado. Eles apresentaram a introdução, a metodologia de meu trabalho. Depois, cada um pegou um dos participantes em que eu trabalhei na minha pesquisa, recompôs a história dele a partir da história da relação com a música, contou, apresentou para os colegas como se fosse aquela pessoa, se colocando no lugar daquela pessoa. Eles colocaram as músicas que eu trabalhei na pesquisa... A discussão foi incrível, coisas que eu não tinha me dado conta, coisas que eu sei que posso melhorar, contribuições de uma outra compreensão para a questão da musicoterapia mesmo. Teve uma aluna do doutorado que disse que conheceu a Cecília Conde há uns anos atrás, em um curso ou vivência de Musicoterapia, e desde lá estuda e se interessa por Musicoterapia. Ela organizou uma vivência para ser realizada com a turma de mestrandos e doutorandos, trabalhando conforme este curso que participou, ministrado pela Cecília. Para mim, que fiz o trabalho, essa troca foi muito boa e importante. Para a gente enquanto pessoa e mais ainda para a profissão de musicoterapeuta. A idéia que surgiu com a Kátia Maheirie, de inserir minha dissertação como bibliografia básica nesta disciplina, é uma idéia interessante: relacionar dissertações, teses e pesquisas recentes, nos planos de ensino e bibliografias básicas das disciplinas de mestrado e doutorado, para divulgar mais estes conhecimentos e repensar sobre eles, para haver/fazer esse intercâmbio, essa troca mesmo. De modo que as dissertações e teses possam "sair dos armários das bibliotecas" e fazer valer as produções recentes que ali se encontram. No uso!!!

Cecília Conde⁵² – Esta faltando na formação de todas as áreas, não só na musicoterapia, é a perguntar por que eu estou fazendo isso? Na própria aula comum, porque pesquisa, na escola primária é o que a gente encontra no jornal, ou aquela coisa hermética da universidade. Há uma menos valia do musicoterapeuta, ainda. No Encontro de educação musical eu coloquei *musicoterapia e educação musical*, porque é a contribuição que a musicoterapia tem que dar nas outras áreas. A musicoterapia escuta como ninguém, é diferente o seu olhar, tem um vínculo que a educação não tem. Então, de que maneira a musicoterapia pode contribuir para que os educadores musicais se tornem mais sensíveis, mais abertos? Mas não é só isso. Precisamos sair do meio só dos músicos. Precisamos procurar os que estão fazendo movimentos para mudar o sistema nas brechas. Gostaria de lembrar também que a partir dos anos 50 e 60, com tanta gravação, com tanta informação na virada do século, a disputa técnica estabelece um diferencial. A quantidade de música

⁵² **Cecília Conde** é Diretora Cultural do CBM-CEU, musicista, e uma das criadoras do Curso de Musicoterapia nessa instituição.

no computador de hoje é diferente ao acesso há trinta ou quarenta anos, quando a oralidade tinha um papel muito importante de preservar as histórias, de preservar as músicas, de preservar o conhecido. Temos que ter o referencial da letra, o referencial da música, mas não podemos perder o referencial da mídia que está aí, com destaque.

MESA REDONDA

MÚSICA EM MUSICOTERAPIA: DIMENSÕES DA PESQUISA

Craveiro de Sá, L., UFG - 2004⁵³

Resumo:

A música é concebida, neste trabalho, como o centro da Musicoterapia, o seu grande diferencial. A pesquisa em música assume proporções consideráveis, uma vez que a Musicoterapia encontra-se em uma área limítrofe de conhecimentos, apresentando fortes características relacionais com a Filosofia, Ciência e Arte. Desses cruzamentos, nascem as inúmeras possibilidades de se investigar música no contexto musicoterápico.

Palavras-chave: Música em Musicoterapia; Pesquisa; Interdisciplinaridade.

Este tema é, para mim, muito instigante. Isto porque considero a música o sistema nervoso central da Musicoterapia. Ela é, na verdade, o nosso cérebro. Já a pesquisa, pode ser vista como um sistema nervoso periférico, por onde deixamos entrar e sair informações. Em Musicoterapia, a pesquisa é alimentada pela clínica e a clínica é alimentada pela pesquisa; um processo marcado pela circularidade, gerador de conhecimento científico.

Em palestra proferida durante o II Fórum Paranaense de Musicoterapia, em Curitiba, no ano de 2000, Barcellos afirmava: “não temos uma tradição de pesquisa como não temos uma tradição de estudo. Digo isto com preocupação e também com responsabilidade” (Barcellos, 2004, p. 27). Eu acrescento a esta sua preocupação, uma outra: não temos o hábito de pensar Musicoterapia a partir da música. Ou seja, não pensamos a música como sendo o grande diferencial de nossa área.

E aqui estou eu para lhes falar exatamente sobre esses dois pontos negros, existentes na Musicoterapia, ainda carentes de iluminação: música em Musicoterapia e pesquisa.

Muitas vezes, ouço comentários sobre a impossibilidade de se desenvolver pesquisas em nosso país pela falta de incentivos ou fomentos, o que desencadeia, entre nós musicoterapeutas, um ceticismo, levando-nos a não desperdiçar nosso tempo na elaboração e desenvolvimento de projetos de pesquisa em detrimento de uma prática

⁵³ Doutora em Comunicação e Semiótica, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC). Sua tese de Doutorado foi publicada no livro intitulado: *A Teia do Tempo e o Autista: Música e Musicoterapia*. Goiânia: Editora Universidade Federal de Goiás, 2003.

clínica e/ou acadêmica, geradoras de nosso sustento. Entretanto, acredito que tais dificuldades estejam relacionadas não somente a isto, como também a outros fatores que implicam em um conhecimento mais amplo de nossa área, em atitudes reflexivas e decisórias e, ainda, no estabelecimento de diretrizes de ações. Refiro-me às duas características principais da Musicoterapia: à interdisciplinaridade (conjunção de campos de saber) e ao hibridismo (miscigenação, cruzamento de espécies diferentes). Em seu artigo “*Musicoterapia, Interdisciplinaridade, Hibridismo*”, Chagas (2001, p. 346) afirma que, “interdisciplinar por origem e pela sua contextualização pragmática, a Musicoterapia vive o dilema moderno de sua origem híbrida. Algumas vezes a conceituação teórica é bastante musical, outras psicológica, outras médica, ou educacional...”.

Tais fatores deveriam ser vistos como facilitadores para o desenvolvimento de pesquisas, uma vez que aumentam vertiginosamente as possibilidades de escolhas de temas a serem investigados e de questões a serem respondidas. No entanto, ocorre exatamente o contrário. Ao entrar neste campo minado por outros saberes, o pesquisador, muitas vezes, se perde, deixando escapar seu fio condutor que é a música!

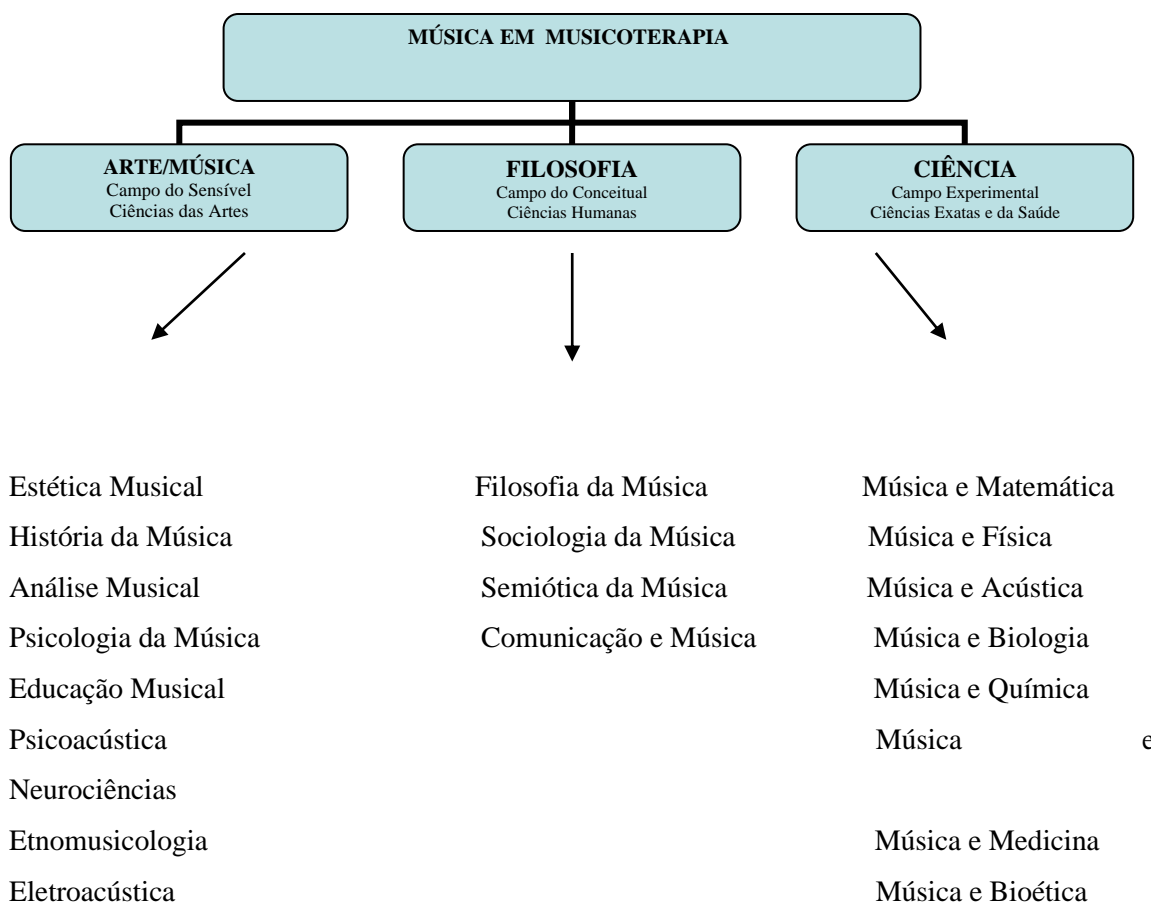
Ao tratar especificamente sobre o nosso tema: “Música em Musicoterapia: Dimensões da Pesquisa”, quero ressaltar que a idéia de música encontra-se inserida não em um universo, mas sim em um multiverso de sentidos e significados. Segundo Sekeff,

há quem pense a música *materilisticamente*, como os acústicos e físicos; há quem pense *formalisticamente*, como Stravinsky, para o qual feita a construção, estabelecida a forma, tudo está dito; há quem pense *antropologicamente*, pela prática de uma coletividade, como Edgar Morin, ou *ideologicamente*, como Shostakovitch, em termos de acordes e funções, como o fizeram os barrocos, clássicos e românticos, ou ainda em termos de semiótica, de *primeiridade*, *secundidade*, *terceiridade*, numa referência direta a Peirce, pelo viés da leitura metalingüística que o discurso musical comporta.” (apud Tomás, 1998,p.36).

Também devo deixar clara a existência de uma zona de vizinhança, de indiscernibilidade entre a Musicoterapia e outras áreas. Por encontrar-se em uma área limítrofe de conhecimentos, a Musicoterapia apresenta fortes características relacionais com a Filosofia, com a Ciência e com a Arte. Desses cruzamentos, nascem as inúmeras possibilidades de pesquisa em nossa área, tanto as “pesquisas puras – geradas por razões

de ordem intelectual” – quanto as “pesquisas aplicadas – geradas por razões de ordem prática” (Gil, 2002; p.17).

Colocando lado a lado a música (fio condutor da pesquisa) e o homem (que cria seu mundo-musical e interage com esse mundo-musical criado), podemos pesquisar música em Musicoterapia caminhando por três campos:



Entretanto, apesar desta divisão, é necessário observar que, cada um desses itens, abre para outros possíveis. Dificilmente encontraremos pesquisas voltadas para música em Musicoterapia sendo desenvolvidas em um campo unidisciplinar. E sempre haverá cruzamentos, isto devido às características híbridas e interdisciplinares da Musicoterapia. Pesquisar música, no contexto da Musicoterapia, é estabelecer relações entre música, homem e mundo. É dialogar abertamente com diversas áreas do saber. É pensar música em sua própria dimensão físico-acústica (forma, matéria, tempo, espaço, gesto), como também nas dimensões pessoal, social, política, cultural e espiritual. Pesquisar música em

Musicoterapia é considerar a música como um campo de forças objetivas e subjetivas e as possíveis inter-relações que possam advir dessas forças.

Recentemente, realizei uma experiência musicoterápica utilizando a série “Sementes”, obra eletroacústica de Ana Fontenele (2004), na época, aluna do Mestrado em Música da UFG ⁵⁴.

A partir desta vivência, várias questões poderiam servir como ponto de partida para o desenvolvimento de pesquisas sobre a Música em Musicoterapia, percorrendo, talvez, diferentes caminhos: Análise Musical, Psicologia da Música, Antropologia e Música, Semiótica da Música, Neurociências. Farei um breve relato desta experiência e solicito a vocês que reflitam sobre questões relacionadas ao tema que poderiam originar pesquisas.

O grupo, formado por estudantes do 3º ano do curso de graduação em Musicoterapia, foi preparado para uma audição musical através de técnicas de relaxamento. Os participantes pouco contato tinham com a música eletroacústica e, para que não fossem influenciados, nada foi dito a eles a respeito da composição que iriam ouvir, nem mesmo o título da mesma. Isto, para que pudessem dar um retorno a partir de suas sensações primeiras, o que Pierce chama de um “estado de primeiridade”, descrito como o nível do sensível, uma “qualidade de sentimento”, ou seja, “um sentir anterior ao pensar” (Santaella, 2001, p.15).

Em sua dissertação, onde a compositora discorre sobre o processo de construção desta obra, ela afirma que, “...nessa perspectiva de trabalho com sons naturais em peças eletroacústicas, novas pesquisas relacionadas aos aspectos ligados à mente do ouvinte e do compositor podem ser sugeridas, na medida em que os sons naturais do cotidiano refletem-se de forma significativa na nossa memória, no contexto social em que vivemos e, principalmente, nas nossas experiências culturais...” (Fontenele, 2004, p.59).

Entretanto, além da familiaridade propagada pela compositora, por estar utilizando sons de sementes do cerrado, o crepitar do fogo constante nessa região e outros sons do cotidiano, foram observadas outras reações nos ouvintes a partir da escuta de sua obra, estas, totalmente inesperadas pela compositora e seus parceiros (compositores eletroacústicos presentes por ocasião de sua defesa).

⁵⁴ FONTENELLE, ANA LÚCIA FERREIRA – *Música eletroacústica e modelagem ecológica: uma perspectiva compositiva*. Universidade Federal de Goiás, Escola de Música e Artes Cênicas, Orientador: Anselmo Guerra de Almeida, laboratório de Pesquisa Sonora – UFG_ Sonoridades criadas a partir de frutos de árvores do cerrado, entre outras, presente na cidade de Goiânia. Série Sementes. Sementes I, Sementes II, Sementes III, 2004

Nas visualizações dos alunos-ouvintes apareceram rituais tribais, florestas, água, pedras, muitos répteis, insetos e alguns pássaros. Foram também relatadas sensações de medo, tensão, irritabilidade, insegurança e necessidade de fuga; alteração nos batimentos cardíacos, pés e mãos gelados, sensação estranha na região do abdômen e formigamento nas pernas. Ao repetir tal experiência com outros grupos, foram constatadas reações similares.

Bem, muitas das explicações para isso podem ser encontradas em nossa própria literatura. Barcellos e Santos (1996) afirmam que a relação do ouvinte com a música passa por três níveis que se interpenetram: o individual/biográfico; o sócio-cultural, e o universal/arquetípico. Neste caso, esses sons, mesmo passando por processos computacionais, têm sua origem na natureza, o que desencadeou um predomínio do 3º nível-universal/arquetípico, levando os ouvintes a estados regressivos, estes mais relacionados à filogênese. São sons que refletem de forma significativa em nossa memória, porém, como pôde ser visto, num nível muito profundo e primário.

Estudos em Neurociências mostram que a região mais antiga de nosso cérebro tem como função principal manter a sobrevivência e a preservação da espécie. Portanto, diante de situações de risco, tensão, raiva e medo, esta região do cérebro é ativada e todo o organismo se prepara para a defesa ou para a fuga. Ocorre um aumento nos batimentos cardíacos; a pele fica avermelhada, os pés e mãos frios; há maior vibração nas regiões do abdômen e das pernas (ativação da musculatura como preparação para o ataque ou fuga).

De uma maneira geral, vejo na música eletroacústica um manancial para a Musicoterapia, uma vez que ela retrata de forma fidedigna a época em que estamos vivendo: um mundo multidimensional por onde navegamos “...num oceano de incertezas através de ilhéus e de arquipélagos de certezas” (Morin, apud Spire, 1999, p.157). Insisto na necessidade de investirmos mais em pesquisas relacionadas a esta área.

Após tais reflexões, apresento a vocês um outro aspecto: que tipo de pesquisa é mais propício à Musicoterapia, a quantitativa ou a qualitativa? É comum ouvirmos que a pesquisa quantitativa tem mais valor científico que a qualitativa. Mas, o que é mesmo científico?

Recorro a Rubem Alves para responder-lhes:

“há os pianos. Há a música. Ambos são absolutamente reais. Ambos são absolutamente diferentes, Os pianos moram no mundo das

quantidades. Deles se diz: ‘como são bem-feitos!’...são máquinas de grande precisão...a música mora no mundo das qualidades. Dela se diz: ‘Como é bela!’”

E o autor continua, agora relatando uma história:

“havia, certa vez, uma terra distante onde pianos maravilhosos eram fabricados. Os fabricantes de piano, envaidecidos por sua ciência quantitativa precisa, começaram a desprezar os pianistas, que tocavam movidos por razões qualitativas, indizíveis. Concluíram que os pianistas eram seres de segunda classe e terminaram por proibir que eles tocassem. E cunharam a frase clássica: ‘Fabricar pianos é preciso. Tocar piano não é preciso.’”

Isto, segundo Alves, não é ficção. É o que está ocorrendo nos meios científicos brasileiros: “as pesquisas ‘qualitativas’ são rejeitadas sob a alegação de que seus resultados são imprecisos, não-passíveis de ser repetidos, e por não serem aceitos para publicações em revistas internacionais...indexadas” (Alves, apud Turato, 2003, p.608-11).

Como, então, resolver tal impasse, uma vez que sabemos que música e Musicoterapia caminham lado a lado com a subjetividade? Temos que ser cuidadosos e coerentes ao fazermos tal escolha. É importante não nos deixarmos levar pelos dogmas da comunidade científica apenas para atender às suas exigências. Dependendo da questão a ser respondida, da população pesquisada e da própria metodologia proposta, estaremos no mundo das realidades quantitativas, outras vezes, no mundo das qualitativas. É fundamental reconhecermos e assumirmos que, muitas vezes, a experiência da música e da terapia, recoberta de subjetividades, merece ser mantida no campo do irrepetível, do impreciso, das incertezas.

Que vivam os pianos, mas em função dos concertos!!!

E como última questão: existem soluções para a pesquisa em Musicoterapia no Brasil? Penso que a médio e longo prazo, sim. E vejo tais soluções atreladas a dois aspectos: primeiro, a partir da aceitação, por parte dos próprios musicoterapeutas, de que nosso foco principal é, e sempre será, a música; segundo, por meio do incentivo, cada vez maior, da pesquisa no âmbito acadêmico: levar nossos alunos graduandos a participarem de programas de iniciação científica, a escreverem artigos científicos, a desenvolverem pesquisas em seus trabalhos de conclusão de curso e, posteriormente, orientá-los para a qualificação em Programas de Pós-graduação (*lato e stricto sensu*) em que seja permitido desenvolver pesquisas em nossa área. É sempre bom lembrar: esses

alunos de hoje serão os nossos substitutos, serão os futuros pesquisadores da Musicoterapia.

Finalizando, quero ressaltar: para se ter uma pesquisa, necessitamos de um pesquisador e este, para ser realmente um pesquisador,

“...precisa desconfiar do que já sabe. Se não, o novo não aparece. Precisa se inconformar com o que aprendeu; indagar o lugar ético não somente de seu trabalho, mas também de seu conhecimento na sociedade; criticar os próprios fundamentos de seu conhecimento para que se possa ‘conhecer o conhecer’, como diz Morin” (Chagas, 2002, p.59).

Assim, ser pesquisador é ser reflexivo, é ser um pensador. Através de sua pesquisa, o pesquisador deixa transparecer sua visão de homem e mundo. Suas escolhas, que passam pela delimitação de um tema, pela abordagem teórica, pelo método utilizado, espelham o paradigma em que ele apóia seu pensamento. Portanto, “toda pesquisa revela, também, o interior daquele que pesquisa, pois o pesquisar sempre será um projetar” (Pedra, 2002, p.16).

Diante disso, afirmo que necessitamos de pesquisadores que tenham um ideal, que se permitam ter sonhos. Sempre digo aos meus orientandos que os melhores projetos de pesquisa nascem de nossas entranhas, muitas vezes, atendendo a um chamado do coração. Como revela o poeta:

meus sonhos são minhas esperanças. Os sonhos são a imagem visível das esperanças. Eles não correspondem a nada que exista. Não têm, portanto, existência no mundo da ciência. Mas os sonhos é que nos separam dos animais. Nossos corpos fazem amor com o que não existe, ficam grávidos e parem.” (Alves, 1999).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Rubem (1999). **Entre a Ciência e a Sapiência. O Dilema da Educação.** São Paulo: Edições Loyola.

BARCELLOS, L.R. (1999). **A Importância da Análise do Tecido Musical para a Musicoterapia.** Dissertação de Mestrado em Musicologia do Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro-RJ.

_____ (2004). Sobre Pesquisa em Musicoterapia. In: **Musicoterapia: Alguns Escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros.

CHAGAS, Marly (2001). Musicoterapia, Interdisciplinaridade, Hibridismo. In: **Anais do XIII Encontro Nacional da ANPPOM. Vol. I**. Belo Horizonte-MG.

_____ (2000/2002). Saúde e Pesquisa. Ressonâncias na história. In: **Anais do III Fórum Paranaense de Musicoterapia. Encontro Paranaense de Musicoterapia e II Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**. AMT/PR.

CRAVEIRO DE SÁ, L. (2003). **A Teia do Tempo e o Autista: Música e Musicoterapia**. Goiânia: Editora da UFG.

FONTENELLE, A.L. F. (2004). **Música Eletroacústica e Modelagem Ecológica: uma Experiência Compositiva**. Dissertação de Mestrado em Música na Contemporaneidade da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia-Go.

GIL, A. C. (2002). **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª Edição. São Paulo: Ed. Atlas S.A.

PEDRA, José A. (2000/2002). A Pesquisa em Musicoterapia. Algumas Considerações Teóricas. In: **Anais do III Fórum Paranaense de Musicoterapia. Encontro Paranaense de Musicoterapia e II Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**. AMT/PR.

SANTAELLA, Lucia (2001). **Matrizes da Linguagem e Pensamento – Sonora, Visual, Verbal**. São Paulo: Ed. Iluminuras Ltda.

SPIRE, Arnaud (1999). **O Pensamento Prigogine**. Instituto Piaget, Lisboa.

TOMÁS, Lia (1998). (Org.). **De Sons e Signos: Música, Mídia e Contemporaneidade**. São Paulo: EDUC.

TURATO, Egberto R. (2003). Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa. Construção Teórico-epistemológica, Discussão Comparada e Aplicação nas Áreas da Saúde e Humanas. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

MÚSICA EM MUSICOTERAPIA: DIMENSÕES DA PESQUISA

OUVERTURE⁵⁵: ATUALIZANDO A OBRA MUSICAL

Jacila Maria da Silva^{56 57}

No borbulhar do novo século, momento de *atravessamento* do século vinte para o século vinte e um, eis que uma matéria publicada no *Le Monde de la Musique*⁵⁸ vem nos chamar a comemorar o aniversário de Schoenberg. Neste momento, uma série de concertos já estavam sendo realizados, na direção sobretudo de Boulez, para que esta lembrança nos chegasse como *recordação* da singularidade Schoenberg - ou ainda, este convite à comemoração de aniversário, recordasse através do espírito da música, uma *feira*. Melhor dizendo, estaremos tratando da música e nos deixando conduzir por ela, *ela-música*, da singularidade à musicalidade Schoenberg. E, em se tratando da música atonal, nos conduziremos por uma música estrangeira que nos convida a atualizar. Nos convida à experiência de ‘despropriedade’, onde atravessaremos o tempo *a-tempo*, momento donde advém a invenção de uma experiência criativa. Passado, presente e futuro se atualizam na experiência musical, pois a música atravessa o tempo e o corpo-sujeito, sacudindo o corpo e desapropriando o sujeito. Na cartografia musical que Schoenberg nos apresenta não tem lugar para o próprio, mas para o ‘impróprio’ (*despróprio*) imanente à experiência moderna. Schoenberg pensa o inconsciente em música. Ele nos fala da importância da experiência musical que ganha corpo, que

⁵⁵ O presente artigo, que publiquei no V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, faz parte da Pesquisa que venho realizando na Universidade Federal do Rio de Janeiro sob a orientação do Prof. Dr. Joel Birman, e que conta com a co-orientação do Prof. Dr. Alain Vanier da Université de Paris VII - pesquisa que fez parte da minha defesa ao título de doutora. Este artigo, portanto, é uma apresentação, no sentido musical do termo, tendo o intuito de uma possível introdução à pesquisa de doutorado que realizei e que venho realizando durante todos estes anos. Agradeço à oportunidade da publicação à Associação de Musicoterapia do RJ, em especial à Mestra Marly Chagas. Seguem assim as referências do artigo e o desejo de contribuir nas dimensões de pesquisa em Musicoterapia na cartografia do musical, quer dizer, para o pensamento musical em Musicoterapia - que as palavras que seguem possam conter a necessária musicalidade para futuras ressonâncias no território da Musicoterapia. SILVA, Jacila Maria da. *Variações quase atonais entre psicanálise e música - a escuta, o silêncio e a musicalidade*. Tese: Doutor em teoria psicanalítica. Rio de Janeiro, UFRJ, Instituto de Psicologia, 2004, IX. 177f., p. 2. Escutem Johann Sebastian Bach, *Ouverture [Suite] nr. 2*. Existe um arranjo para flauta e piano por Thomas A Johnson, no entanto, aqui, como nas indicações de obras musicais seguintes vale uma escolha de escuta/intérprete.

⁵⁶ **Jacila Silva** é musicoterapeuta e psicóloga, pesquisadora da equipe interna da Université de Paris 7 - Denis Diderot - "Médecine, sciences du vivant et psychanalyse" (équipe interne " Actualité de la méthode psychanalytique" de L'Ecole doctorale Recherches en psychanalyse au título de posdoctorante; DEA Musique et Musicologie du XXèmes,

⁵⁷ Jacilasilva@yahoo.fr

⁵⁸ *Le monde de la musique*, no. 260, dezembro de 2001.

encarna, nos trazendo abertura e não ‘domínio’, irrompendo fronteiras, flexibilizando e não definindo, se *encarregando* e não delegando. A música em Schoenberg nos ‘carrega’ ao pensamento musical. Dito de outra forma, ela nos conduz à experiência que nos faz pensar-em-música em *si* (‘pensar música em *mim*’). Ela-música cuida da nossa experiência de *si*, cuida da nossa recordação-atualização.

Schoenberg nos diz em música da loucura da experiência ‘mundana’ e da experiência da loucura. Ele nos diz da música sem definições, sem ensaiar tagarelar, pois ele nos aponta como pode ser angustiante ‘a música’. Quão pode ser angustiante a *nossa* existência. Ele ultrapassa a dimensão histórica de Bartok e Stravinsky - a ambição de modelar a história. Schoenberg atravessa a história no sentido de tudo escutar, na direção-busca de uma escuta que dê conta das questões que se colocam à sua época na temporalidade da composição.

Quando Schoenberg fala de pensamento musical, Foucault fala de pensamento do exterior, Adorno e Freud apontam a saída pela arte, eles nos indicam também o caminho do estudo da arte, o estudo não o consumo. Eles apontam à experiência do fazer artístico, de ser artístico no estilo de *si*. O estudo da arte conta algo marcante no *atravessamento*⁵⁹ de todas as *vozes-autores* presentes no nosso percurso de pesquisa. O estudo do estilo e idéia imbricados como em Schoenberg, o estudo ‘crítico’ da arte em arte, o estudo da música como pensamento. Pensar o que pensa a música em música, na experiência com a música que *a posteriori* *vozifica*. A música nos chama a pensar *fora de si*, nos convida à sua experiência estilística.

Na *Sociologie de la musique*⁶⁰, Adorno, em seu discurso sobre a modernidade nos conta: “(...) os adversários da atonalidade *schoenberguiana* perceberam melhor o valor expressivo da (sua) dimensão perturbadora e angustiante do que os seus partidários”. É desta atonalidade que *vem-a-ser* o nosso modo de pensamento psicanálise e música. Entre a psicanálise e a música, a atonalidade. Atonalidade entre música e psicanálise. E então positivaremos a experiência musical atonal.

Se existe uma introdução à obra musical esta consiste no silêncio e na escuta. Talvez possamos estender esta consideração à relação de introdução a ‘qualquer’ obra artística. Assim, a introdução convencional se estabelece ou como algo explicativo ou

⁵⁹ Percurso, ou ainda, entender forma de percurso.

⁶⁰ Teses sobre a Sociologia da arte, *Introduction à la Sociologie de la musique*. O artigo, *Idées sur la sociologie de la musique*, foi retomado em conferências que se passam entre 1961-62 na Universidade de Frankfurt, onde ele fala da implicação da música na cultura, para além de uma ‘reflexão sociológica do produto’.

como resumo. Pensamos que a introdução de uma obra é uma outra obra sobre àquela, o que vem a ser uma introdução à obra. Com isto, pensamos também que resumos e introduções empobrecem a leitura da obra, assim como empobrecem a relação que podemos vir a estabelecer com ela. Tudo isso é uma forma de dar um sentido de *completude* à obra e de esquematiza-la para que ela se torne de fácil leitura, pensando o leitor como incapaz de estabelecer uma relação de intérprete com ela. Uma obra deve se tornar experiência de pensamento e não de entendimento pois, somente assim, ela pode realizar uma abertura à multiplicidade de *sentidos-destinos* ao pulsional.

*Música-poema*⁶¹
(compositor brasileiro M. Faraco)

*Se o tempo correr/
o tempo pára /
se paro 'pra' ver/
o mundo anda /
ele vem bater na minha cara
/a vida é sempre essa ciranda./
Se a noite me traz uma tristeza
/o dia vem cheio de alegria
/o que falo agora com certeza /
a pouco não sei se eu diria. /
Eu quero gritar/
ninguém me escuta /
está tudo preso na garganta /
às vezes me cansa tanta luta /
e é 'pra' não chorar /
que agente canta.
/Eu vi uma luz no fim do túnel/
enchi de esperança o coração /
a luz que lá estava foi chegando /
era o trem carregado de ilusão./
Andando só na corda bamba /
não temo o futuro da nação /
agente que sempre dançou samba /
enfrenta qualquer divisão./
Agente canta... e a gente canta.*⁶²

A fonte do nosso estudo é o “Criador literário de Freud”⁶³, a criação artística freudiana. Quer dizer, os escritores criativos e a fantasia foram num primeiro momento⁶⁴

⁶¹ A digitação deste poema musical veio mantendo apenas os pontos finais de frase, pois é preciso escutar a música-ritmo para pontuar o sentido. Escutem.

⁶² Vozes do coro.

- a partir de uma leitura do conceito de pulsão de morte, do *Além do princípio de Prazer (1920)* -, fonte do nosso estudo. Num outro momento⁶⁵, transformamos o criador literário em criador musical, e estudamos o ato musical.

No momento atual, somos os criadores musicais em *Fantasia e Fuga*, e estudamos A Música. Em “*Quasi una fantasia*”, as obras se tornam o que são, diz Adorno⁶⁶, “porque seu ser é um *devenir*, (...) este devir requer, para se efetuar, formas do espírito tais que o comentário e a crítica”. A crítica musical para Schoenberg se realiza em Obra, em *Obra-Música*. Estas críticas em arte, na arte e através dela, colocam a *Obra-Crítica*. Não crítica de arte, mas a *Obra-Música* crítica de ‘mundo’, crítica em arte. Ela criadora e *possibilitadora* de experiência em arte, de experiência de existência. A arte em *estilo e idéia* foi escrita por Schoenberg - uma escritura musical acerca do estilo e da idéia. A Música da Obra de Schoenberg se torna sujeito, quer dizer, ela é *sujeito-música* e suas transgressões são musicais, suas realizações são através da crítica musical em música. Inclui a função crítica da experiência musical, a crítica da vivência que foi tomada por experiência e a crítica de estilos (de existência) em música. A *experiência-Música* como um *devenir* do sentido, sempre apontando um *a posteriori*.

A Música como obra crítica de experiência musical, como potência de experiência pulsional de vida é o que vemos ao seguir o percurso da atual pesquisa, o que acreditamos que venha a ser uma importante discussão da tese em questão. No que escrevemos está tudo o que estudamos, tudo o que *escutamos* até hoje. Então, estamos *nós*, aqui, diante de toda a *tagarellice* da ciência moderna mas, também, *atualizando*, a cada experiência, a herança da arte moderna, da música moderna. Herança como algo que ainda nos constitui, a cada experiência com esta arte *ahistórica*. Estamos nesta cartografia do feminino musical que é a música, atualizando as nossas experiências.

Existe história e *ahistória*⁶⁷, esta última sendo todas as experiências que nos impedem de realizar a história. Existem experiências de existência, ou experiências criativas, ou experiências musicais, enfim, experiências *estilístico-musicais* que nos

⁶³ Freud, S., Le créateur littéraire et la fantaisie (1908) in *L’Inquiétante étrangeté et autres essais. Oeuvres de Sigmund Freud*, traductions nouvelles, NRF. Éditions Gallimard, Connaissance de l’inconscient, traduit de l’ allemand par Bertrand Féron, Collection J. B. Pontalis, Paris, 1985.

⁶⁴ Silva, J. M., *Pesquisa de Aperfeiçoamento Científico*, sob a orientação da Profa. Dra Regina Herzog. RJ: UFRJ, 1998.

⁶⁵ Silva, J. M., *Dissertação de Mestrado*, orientador Prof Dr. Joel Birman. RJ: UFRJ, 2000.

⁶⁶ Adorno, T., *Quasi una fantasia*. Paris: Gallimard, 1982. Segundo Adorno, se a estética pode oferecer utilidade à arte, esta se faz através da crítica pois, a arte, se conduz por seus “próprios meios”. As obras, portanto, se tornam o que são devido à crítica.

⁶⁷ Nietzsche, F., *Segunda consideração intempestiva, da utilidade e desvantagem da história para a vida*. RJ: Relume Dumará, 2003.

impedem de realizar a harmonia. Em continuidade podemos recordar, dizendo de outra forma, que existem experiências de existência a partir da pulsão de morte que nos impedem de realizar a morte. Portanto, ‘bebemos’ da fonte das experiências de vida, experiências das potências de vida na dinâmica com a pulsão de morte, esta dinâmica de forças que gera a economia da existência - aqui, a partir da experiência musical.

Num momento de virada do século, aqui estamos, com toda a exigência de criatividade que nos aponta a vida e a mudança mas, em contraposição, nos sentimos como se jamais tivéssemos estado tão deprimidos, doloridos e medrosos. Diante do “ideal de homem”⁶⁸ do novo século - tão antecipado por seus poderes tecnológicos informatizados e *especializados*; por seu exercício de poder democrático; por sua longevidade -, nos encontramos ‘doentes de alegria’. Doentes porque é difícil *concluir*⁶⁹ e também *iniciar-reiniciar*. Doentes porque nos perdemos na pluralidade acreditando ser multiplicidade, e a pluralidade nos desertou da possibilidade de singularidade. Doentes porque temos o muito que nos foi dado pelo pensamento moderno, mas nos confundimos na prática. Nos distanciamos da *prática de si*⁷⁰ e, portanto, realizar a exigência de transformação nos gera *desespero-desamparo* - tudo isto porque transformação exige *cuidado*. Assim, em uma *época de confusão*, onde confundimos por exemplo estilo com máscara, multiplicidade de sentidos com personalidade múltipla⁷¹, temos que cuidar. *Cuidar de si*, diz Foucault⁷², pois perdemos com tudo isto, em voz.

Na atualidade continuamos confundir intelectualismo e *sabedoria-mestria*⁷³, felicidade e alegria, paixão e amor, data e tempo, dor e sofrimento. Continuamos a temer a morte, e a nos deixar no esquecimento. Continuamos a buscar fora, e confundindo fora⁷⁴ com o exterior do interior - a buscar segurança, pois já nos sentimos *em risco*, na impossibilidade de satisfação pulsional. Para além de uma transformação, vivemos uma perspectiva da *transitoriedade*⁷⁵ - no sentido freudiano do termo. Transitoriedade também requer cuidado, colocou Freud⁷⁶, para impedirmos uma extensão desmedida do luto. E é

⁶⁸ Em psicanálise *eu ideal*.

⁶⁹ No sentido que Lacan dá a este termo em seus *Escritos*: onde o autor coloca o sentido da antecipação.

⁷⁰ Foucault, M., o cuidado de si in *L'Hermeneutique du sujet*, Séminaires au Collège de France, cours janvier 1982.

⁷¹ Termo da psiquiatria, ver CID-10.

⁷² Foucault, *op. cit.*, 1982.

⁷³ No estudo de Foucault relacionado ao hellenismo e às práticas de si, temos o mestre como o que vai transmitir uma arte de viver fora da perspectiva pedagógica de Platão. *Ibid.* Em Freud temos a questão do mestre em “Análise terminável e interminável” e “análise leiga” .

⁷⁴ Experiência de exterior, do fora de Foucault.

⁷⁵ Birman, J., *Estilo e modernidade em psicanálise*. São Paulo: Ed, 34, 1999.

⁷⁶ Freud, S., “Sobre a transitoriedade” (1916 [1915]), in *ESB* vol. XIV, RJ: Imago, 1980.

este descompasso desmedido, na relação que estabelecemos com a morte e com a vida, que nos torna doentes. Estabelecemos uma relação *disrítmica* com a vida, porque não temos o tempo do *contratempo*⁷⁷.

O contratempo não é algo que se coloca contra o tempo, mas em tempo, gerando possibilidades rítmicas. Neste mesmo sentido se *presentificam* ou não os silêncios, no sentido das possibilidades rítmicas e melódicas. Tempo de espera, de pausa. Por vezes uma pausa para entrar em um outro compasso, por outras a melodia se conduz de tal forma, que percorremos os compassos em tempo. Portanto é um tempo a uma singular musicalidade que esperamos. É o tempo de uma *escuta da escuta* que ganhamos com as pausas. O tempo em suspenso, *ahistórico*, é o tempo da experiência de silêncio para o qual apontamos. Silêncios que nos dão melodia, ou ainda, pulsação constante que nos dá a possibilidade do ritmo.

Tomamos a criação artística como algo que advém de um trabalho silencioso, que diz respeito à pulsão de morte. Assim, podemos dizer que, a criação artística é o investimento de desejo atravessando uma *ritmicidade* silenciosa - a pulsão de morte. Ou ainda, podemos tomar a criação artística como uma *ritmicidade* silenciosa investida do desejo de voz, de *vozificá-la*. Enfim, tomamos a experiência musical, a música, como constitutiva de linguagem. Quer dizer, a música como potência de linguagem pois, na ressonância da experiência musical, temos a possibilidade de *atualizar* a nossa musicalidade. Atualização a partir da experiência do exterior, do fora da linguagem, através da *reinscrição* da musicalidade, num processo de atualização da subjetividade e enriquecimento do estilo de existência. A musicalidade como linguagem no ‘*vozifica!*’, na *polissemia* da existência, pois é na experiência musical e no fazer musical que se cria linguagem enquanto linguagem *polissêmica*, enquanto *musicalidade*. Assim é através da música, como obra e como experiência musical, que *dizemos* da importância do *fazer musical* e da *musicalidade imanente ao estilo de existência*.⁷⁸

⁷⁷ Contratempo: “qualquer acento num padrão rítmico regular, exceto sobre o primeiro tempo (o tempo forte), o termo geralmente se aplica a ritmos que enfatizam os tempos fracos do compasso. É muito empregado no jazz e por compositores modernos como Bartók e Stravinsky”. Sadie, S., *Dicionário Grove de música*, trad. Eduardo F. Alves. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994, p. 219.

⁷⁸ Na escritura da tese de doutorado este trecho segue no formato de introdução à pesquisa, a saber: No *primeiro capítulo* apresentaremos o movimento silêncio, escuta, *vozifica*, tecendo considerações psicanalíticas e musicais sobre este movimento. Entre música e psicanálise *dizemos* destas experiências através das *vozes-autores* Freud, Reik, Nietzsche, Jankélévitch, dentre outros. Incluindo o *pensamento do exterior* de Foucault na consideração sobre a experiência musical e o *murmúrio*. Incluindo o *terceiro ouvido* de Reik, o *escutar-escutar* de Szendy, o *tudo ouvir* de Schoenberg. Onde recordaremos a

Então chegamos à tese, tendo atravessado diversas discussões modernas quanto à experiência musical, e apresentamos Schoenberg em obra, e podemos *vozificar*, do ouvido musical à musicalidade. E então dizemos *sim* ao convite singular da música de Schoenberg à experiência musical, ao convite de sermos músicos no tempo silencioso da música - convite ao tempo de constituir e enriquecer a nossa musicalidade, à urgência de atualização da nossa existência através ‘da música em *mim*’.⁷⁹

voz feminina e o *coro* nietszcheano, numa *quase* ‘arqueologia das nossas orelhas’.No *segundo capítulo*, o movimento se torna em prol da experiência musical, entre Adorno, Freud e Foucault, através do pensamento musical de Boulez e Schoenberg, recordaremos a experiência musical moderna, a nossa possibilidade de escuta e a *barbárie* que nos conduz à surdez e ao mutismo. Apresentaremos a fantasia de um espírito musical intraduzível no tempo da criação musical, a experiência estrangeira em música, a incompreensão e o desconhecimento, o acontecimento e o esquecimento, o movimento do consumo e a criação de uma experiência que conduz à voz.Então chegaremos ao *terceiro capítulo* tendo atravessado diversas discussões modernas quanto à experiência musical, e apresentaremos Schoenberg em obra, e poderemos *vozificar*, do ouvido musical à musicalidade. E então diremos *sim* ao convite singular da música de Schoenberg à experiência musical, ao convite de sermos músicos no tempo silencioso da música - convite ao tempo de constituir e enriquecer a nossa musicalidade, à urgência de atualização da nossa existência através ‘da música em *mim*’.

⁷⁹ Escutem *Phantasy, for Violin with Piano Accompaniment*. SCHOENBERG, Arnold *Phantasy for Violin with Piano Accompaniment*, Opus 47, *In memory of Adolph Koldofsky*.

MESA REDONDA

MÚSICA EM MUSICOTERAPIA: DIMENSÕES DA PESQUISA ⁸⁰

Debate

Bianca⁸¹ – Jacila, você falou que na crítica musical a música toma o *status* de música sujeito. Eu queria ouvir um pouco de vocês como isso fica na dimensão da clínica.

Jacila – Na dimensão da crítica musical, o que Schoenberg coloca é uma obra em relação a outra obra. Deve-se ser cuidadoso ao falar disso. Existe um momento em que todos os autores, que acessei sobre o Schoenberg falam dessa dimensão da crítica e dessa questão do que é a música, e do que seria mais próximo ao que eu estou tomando como música moderna, um campo que é imenso – para restringirmos um pouco.

Essa dimensão é, por exemplo, a pessoa que está na rádio Jornal do Brasil fazendo um comentário sobre uma obra. Essa pessoa pode estar fazendo uma crítica, mas pode estar fazendo apenas um comentário. É radical se dizer que essa pessoa não está fazendo nada. Tem autores que apontam justamente isso: o que é a música? É o fazer musical. Você está fazendo música na escuta, tocando, interpretando, e isso é a clínica. Desde a minha primeira lição de musicoterapia aqui no CBM⁸² se falava sobre o fazer musical. O que é o fazer musical? Alguma relação que você estabelece com a música, que eu chamo de uma relação “alteritária”, porque à medida que você “produz”, que você faz música seja na escuta, seja na voz, voz-instrumento, tudo é música. Tudo fala da música. A música demanda que você fale dela, que você faça para que você possa internalizar essa experiência. E o que se faz na clínica o tempo inteiro em musicoterapia? Aprende-se literalmente isso, aprende-se quando se chega aqui no CBM a importância do fazer musical. Vou fazer pesquisa em música a vida inteira, pois o pensamento musical está no ato de fazer música. Escutar uma obra, com a qual eu estabeleço uma relação que tenha a ver com alguma coisa da ordem da minha musicalidade, que tenha a ver com esse retorno, é alguma coisa que me chama. A música é uma experiência. Ela chama para uma experiência, ela captura. Ou você encarna ou não tem relação nenhuma com isso. É essa a dimensão do musical. Na clínica, falamos da facilitação de uma experiência do fazer musical, para produzir uma experiência musical, para produzir musicalidade. Acreditamos que isso gera flexibilidade, gera ritmicidade – que o fazer musical vai estimular alguma coisa que estamos querendo naquele momento. Às vezes dá certo, às vezes não. Por vezes, parece que estamos fazendo alguma coisa e não estamos fazendo nada, mas, em algum momento, o que se faz é para que se movimente o outro para produzir, para estar realizando/criando – num ato musical de estar puxando o outro ali para essa experiência. Então, o meu desejo, que eu coloco para que eu possa exatamente estar nessa dimensão do desejo do Outro, em ressonância com – isto é estar utilizando a minha

⁸⁰ Debate sobre a mesa redonda. Participantes: Jacila Silva e Leomara Craveiro de Sá. **Jacila Silva** é Doutora em Psicanálise e Psicóloga pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e Musicoterapeuta pelo Conservatório Brasileiro de Música. RJ. **Leomara Craveiro de Sá** é professora do Curso de Musicoterapia (Graduação) da Universidade Federal de Goiás (UFG) e Doutora em Comunicação e Semiótica, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC). Sua tese de Doutorado foi publicada no livro intitulado: *A Teia do Tempo e o Autista: Música e Musicoterapia*. Goiânia: Editora Universidade Federal de Goiás, 2003.

⁸¹ **Bianca Bruno Bárbara** é musicoterapeuta do CAPS Lima Barreto (SMS Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e mestranda em Saúde Coletiva – Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

⁸² Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário, instituição onde está o Curso de Musicoterapia, em nível de graduação, desde 1972, no Rio de Janeiro.

experiência nesse campo alteritário do musical. Eu estou dando para ele isso – é no que eu posso ajudar – na medida da minha ritmicidade/musicalidade no encontro com o Outro atravessado pelo musical. O musicoterapeuta, ou estuda música ou ele não faz nada. Ele não pode fazer música nenhuma se ele não estudou música. Então, o estudo da música é o fazer musical privilegiado do musicoterapeuta.

Leomara - Quando você pergunta a respeito da crítica musical e diz que ela tomou o lugar do sujeito, eu voltaria a pergunta para você: que sujeito? Por que tomando por base a teoria da complexidade, tudo vai depender do contexto. Então, se fazer uma crítica musical... Em que contexto? Hoje, na palestra do Júlio, ele fez uma colocação a esse respeito que eu achei muito linda. Ele coloca essa crítica musical não como sendo o fim, mas apenas como sendo uma das possibilidades. Então vai depender muito do contexto. Tomar o lugar do sujeito, mas que sujeito? Esse sujeito está em que contexto?

Cecília⁸³ - A importância dessa mesa foi em trazer o que os contemporâneos, os modernistas trouxeram de riqueza com uma nova abertura para a música. Quando você fala da crítica, é tirá-la do “fundo” que ela está no nosso mundo, e que a clínica não se torne um outro “fundo”, porque então, ela deixa de existir. A ausência da crítica é você não escutar música. No momento em que você não escuta você está no momento de estar em contato com a crítica. O homem contemporâneo tem que escutar o que já foi feito.

E nós queremos que também, a clínica, não seja desorganizada. O acorde perfeito maior é sempre muito bom, porque dá aquele descanso, porque é repetitivo. É muito importante a Jacila trazer esse assunto. Muitos autores estão trabalhando com a escuta. O próprio Schafer, em educação, a limpeza de nossos ouvidos, a nossa escuta. Por isso está se falando tanto em escutar e não mais em ouvir; em trazer a coisa viva da música, da existência, porque ela está virando realmente tudo. É música para isso, música para aquilo, então você deixa de escutar. Ou quando ouve, você acaba tendo a perda que o jovem tem. O barulho demais é o grande silêncio. O excesso de ruído. Hoje em uma festa ninguém fala mais, estamos mais para ritualizar o gesto do que a audição. Porque é o silêncio, a perda da fala, os códigos diminuindo... A gente tem que estar atento ao que está trazendo tudo isso, e lendo todos...

Achei tudo maravilhoso. Lembro-me de uma época em que se fazia muito o concreto, o eletroacústico, o eletrônico, estar se vivendo a vaia, a crítica que vaiava, o humor, o que incomodava. Nós estamos perdendo isso. Eu tenho ido a alguns concertos e em qualquer concerto todo mundo levanta e grita “bravo!”, como uma coisa automática. Não existe mais uma análise, uma reflexão do povo. A importância dessa mesa foi em fazer com que a crítica não se torne mais um acorde perfeito, que se pense simbolicamente, que se traga esse acorde, mas se trabalhe também a disritmia, o encontro de outros ritmos, de outras possibilidades, a gente tem que estar atento, para que a música não repita o papel de dentro para fora, o que estamos lutando para que não aconteça. Gostei muito. Senti o orgulho de ver essa maturidade no evento trazendo coisas muito bonitas. Parabéns. Gostei muito de ouvir você e aconselho a usar um pouco, também, o Messiaen

Lia Rejane⁸⁴ - É muito bom, sempre, ouvir vocês. Jacila, tem um momento, em um determinado contexto, que você utiliza a palavra arritmia, e você explica o sentido que você

⁸³ **Cecília Conde** é Diretora Cultural do CBM-CEU, musicista, e uma das criadoras do Curso de Musicoterapia nessa instituição.

⁸⁴ **Lia Rejane Mendes Barcellos** é professora dos Cursos de Musicoterapia – graduação e pós-graduação – CBM-CEU.

está dando a essa palavra. Eu gostaria de saber que sentido você está dando para a palavra atonalidade quando você fala das relações entre música e psicanálise.

Jacila – Simplificando bem, eu brinco com a palavra atonalidade no título da minha tese de doutorado que é: “Variações *quasi* Atonais entre Psicanálise e Música”: o silêncio, a escuta e a musicalidade. Eu demoraria muito tempo para explicar esse título. Mas, vamos lá. ‘Variações’ eu peguei do termo musical, como indica o Grove de Música; ‘quase’ (*quase*, do italiano) eu peguei do *Quasi una fantasia* que é uma obra de Theodor Adorno – onde e como ele trabalha a dimensão fantasmática. Eu peguei o quase, *como se* eu apostasse – a minha pesquisa foi um risco, eu apostei desde o início se eu ia estabelecer alguma coisa *entre* psicanálise e música ou se eu ia ficar no *entre*, ou se eu não ia ficar em lugar nenhum. Então, *quasi* é para pegar a dimensão da fantasia, tanto que a capa da minha tese é uma fantasia do Schoenberg. A minha pesquisa leva em conta a dimensão fantasmática; sem isso não tem pesquisa possível, ao menos *entre psicanálise e música*. E a atonalidade é “par rapport” à dimensão da referência, na utilização do termo o mais simples possível, sem muitas discussões. Pegando a dimensão da atonalidade, tal como trazida por todo esse movimento modernista e por um determinado sentido de perda da referência. Na verdade, o que eu estava querendo trabalhar inicialmente, quando eu peguei o Schoenberg, foi no intuito de estabelecer algum paralelo/relações de equivalência entre o movimento modernista na música e a criação musical (as possibilidades “linguageiras” do musical. E ele, Schoenberg, coloca a atonalidade mais como uma outra possibilidade de relação entre as notas, que não a pautada em um só referente – a tonalidade, tida como natural há mais de trezentos anos na criação musical ocidental – e ele consegue provar que é possível estabelecer outras relações que não pautadas no referente do tom. É isso que eu quero com o atonal. O “entre” é porque eu estou falando de pulsão, da dimensão econômica o tempo inteiro; estou falando o tempo inteiro de economia entre psicanálise e música. Se estou falando de economia, estou falando de medida, de matemática, também. Porque a música envolve essa medida. Então, todo o tempo em que eu fiz a pesquisa, eu fiquei meio nesse entre, no sentido de medida e de economia, de matemática em si. E sempre naquela corda bamba, do sensível e da razão. Saí dessa historinha. Peguei Nietzsche que ‘detona’ essa história, nada de origem, nada de referente. “Chutei todo o balde”. É muito risco, mas Joel Birman, meu orientador que trabalha isso, meu deu todo o aval. Eu peguei o atonalismo como se eu pudesse dizer: “Olha só, o Schoenberg provou em música que é possível *realizar uma criação* entre algumas coisas – que foi entre as notas – que não é pautada em referente; mas sim num *ato criativo sensível atravessado pelo espírito musical*, “ça veut dire”, “*sob medida*”. Então, se ele propôs isso em música, e música é uma linguagem, se ele propôs isso na linguagem musical, por que a nossa linguagem o tempo inteiro tem que ser pautada em um referente? Mas essa não é a minha discussão, tem discussões que são de outros, mas que eu posso me inserir.

Desde o início até o fim da minha pesquisa eu estou falando de música. É claro que o que é a música é uma questão que está ‘pairando’... Na verdade, eu cheguei, por fim, no que eu pude me pronunciar, não quanto à música, definitivamente, mas quanto à musicalidade, porque *a musicalidade está encarnada no corpo*. Então, se ela é da dimensão da encarnação eu posso falar dela, da música... sei lá... É um pouco isso.

Diego Schapira⁸⁵ – Leomara, você disse que para se pesquisar em Musicoterapia tem que se pesquisar em música. E eu fiquei pensando: porque só música; por que não em outras áreas também? Por exemplo, por que não se pesquisar as relações atonais, ou *quasi* atonais entre o

⁸⁵ **Diego Schapira** é musicoterapeuta argentino, professor de Musicoterapia na *Universidad del Salvador*, em Buenos Aires.

pensamento psicodinâmico e a psicoterapia, que não é música, mas acontece na musicoterapia? Por exemplo, a abstinência na musicoterapia, que é distinta da abstinência na psicanálise; a neutralidade na musicoterapia, que tem que ser distinta da neutralidade na psicanálise. E não é pesquisar na música; é pesquisar outras áreas que contribuem na musicoterapia. E por outro lado, por que para pesquisar em musicoterapia tem que se pesquisar dentro da musicoterapia?

Outra questão que eu estava pensando, que eu venho pensando, é que você põe muita ênfase na pesquisa qualitativa. Eu concordo porque eu também faço pesquisa qualitativa, mas, tomando a idéia dos territórios existenciais que Ronaldo⁸⁶ escreve no seu livro, eu tenho um pouco de medo que nós agora estejamos ocupando um ‘território existencial marginal’ dentro da pesquisa, e dando muita ênfase na investigação qualitativa como reação à pesquisa quantitativa. Eu acredito que temos que aspirar ao território da ‘singularização’ dentro da pesquisa, e poder tomar ambas as formas de pesquisa, dependendo da pergunta que nos movimenta.

Leomara – Eu concordo plenamente com você em relação à pesquisa qualitativa e quantitativa. Inclusive eu coloco que nós temos que ser muito cuidadosos e coerentes ao fazer essa escolha. Tem momentos, sim, que nós vamos precisar pesquisar dentro de uma realidade quantitativa. Em outros momentos vamos precisar pesquisar dentro de uma realidade qualitativa. Eu não vejo as duas como antagônicas, mas como complementares. Quando eu coloco “que vivam os pianos, mas em função dos concertos”, o que eu quero dizer é exatamente isso: as pesquisas quantitativas, eu as vejo, como uma possibilidade de aumentar nosso arcabouço para realizarmos também a pesquisa qualitativa. Eu vou dar um exemplo bem simples e bem recente: alunos da graduação da Universidade Federal de Goiás, em Goiânia, desenvolvendo pesquisa, escolheram fazer pesquisa no campo da neonatologia. O que acontece? Um queria pesquisar como o som chegava até o feto e em que período, pegando a parte física. Então ele foi atrás de um professor doutor da física para saber como o líquido amniótico, tendo tantas paredes em torno, deixa passar esse som e chegar até o feto. Mas, precisou antes fazer uma pesquisa sobre a audição fetal, porque ele não teria a possibilidade de utilizar ainda, todos os instrumentos da física que necessitaria. Então ele teve que caminhar para chegar, depois, ao objeto que ele queria. Não fez essa pesquisa ainda, mas pretende fazer. Ao mesmo tempo, paralelamente a essa pesquisa – que seria completamente quantitativa e não teria como se fazer de outra maneira – uma outra aluna estava pesquisando sobre a mãe que está com a criança internada em UTI neonatal, em situação de risco. Nesse caso, como fazer uma pesquisa quantitativa? Então deve haver coerência; o tipo de pesquisa tem a ver com o tema escolhido, com a questão a ser respondida e até mesmo, eu penso, onde, em que lugar, em que contexto nós estamos realizando essa pesquisa. A pesquisa, por exemplo, da Tereza Raquel⁸⁷, que é sobre Musicoterapia e Parkinson, é quantitativa. O que ocorre é que se não fosse quantitativa, ela não seria aceita no meio médico. Porque precisa de escalas de avaliação, precisa, o tempo inteiro, de uma avaliação clínica. Então, para ela fazer uma pesquisa daquele porte, ela precisa estar, sim, utilizando uma metodologia quantitativa, relacionada à pesquisa quantitativa. Então, eu não abandono uma ou outra.

⁸⁶ **Ronaldo Millecco**, musicoterapeuta que escreveu sobre os “Ruídos da Massificação na Construção da Identidade Sonora-Cultural”. In: *Revista Brasileira de Musicoterapia*. Ano II. N. 3. 1997.

⁸⁷ **Tereza Raquel de Melo Alcântara-Silva** é musicoterapeuta do Instituto Integrado de Neurociências – INEURO; Presidente da Sociedade Goiana de Musicoterapia e Secretária Geral da União Brasileira de Associações de Musicoterapia (UBAM). Mestranda em Música – linha de Pesquisa Musicoterapia – na Universidade Federal de Goiás –UFG.

Eu acho muito mais difícil fazer uma pesquisa qualitativa porque a quantitativa delimita. Você tem um terreno, um território muito mais delimitado. Ela te dá uma segurança. É muito mais seguro fazer uma pesquisa quantitativa. Muito mais seguro. De certa maneira, facilita. Quando você vai para a qualitativa, são tantas ocorrências que isto pode mudar o rumo, os caminhos... São muitos os caminhos.

Agora, com relação à primeira questão que você traz, eu vejo assim: quando você fala, eu vou pesquisar a abstinência em musicoterapia, você está pesquisando música, não tem como ser de outra forma. Porque quando eu vejo musicoterapia sem música, ao falar de abstinência em musicoterapia, eu vou cair na música. Eu vou esbarrar na música de alguma maneira, não tem como... Você fala que não é pesquisa só em musicoterapia. Não, no quadro em que eu apresento, é a musicoterapia, a música se relacionando com todas as áreas, por que você não tem como separar. Você não tem como separar homem – música e mundo. Eu acho que a grande dificuldade nossa na hora de fazer a nossa análise musicoterápica principalmente, é essa.

TEMAS LIVRE

A CANÇÃO COMO RECURSO TERAPÊUTICO NA REABILITAÇÃO DA AFASIA

Rosana Saldanha Silva⁸⁸

Resumo: Este estudo de caso pretende analisar de que formas a utilização de canções pode auxiliar na reabilitação da linguagem em pacientes afásicos. Em trabalho com afásicos na ABBR foi possível notar que para muitos pacientes a memória musical (melódica) tinha predominância em relação à verbal; ou seja, as melodias estavam presentes, mas o texto não. A afasia é um distúrbio pós-traumático característico do Acidente Vascular Encefálico (AVE), que ocasiona déficits neurológicos relacionados à linguagem. Diversos autores divergem sobre considerar a música como linguagem. Neste estudo a música é considerada como linguagem não-verbal. A opção por canções de escolha dos pacientes contribui como reforço afetivo, essencial para o processo de reabilitação.

Palavras-chave: afasia, memória musical, memória verbal.

Primeiras aproximações...

A música como recurso primeiro na terapia apareceu recentemente como uma realidade em minha vida, quando ingressei no curso de Especialização em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música. Esta união da arte (canto) e profissão (terapeuta) vem transformando positivamente minha clínica.

O interesse pelos afásicos foi iniciado com a fonoaudiologia e opera relacionando duas práticas terapêuticas: fonoterapia e musicoterapia. Como fonoaudióloga, observo na afasia aspectos relacionados à linguagem. Como musicoterapeuta posso lançar mão de uma linguagem não-verbal, a música, e trabalhar com as manifestações afetivas.

Este estudo é baseado na observação de uma paciente, que acompanhei desde a fase aguda de seu AVE, sendo possível observar vários estágios de sua reabilitação. O processo terapêutico foi valorizado pela visão da musicoterapia (estava cursando o primeiro ano da especialização e fazia estágio na ABBR⁸⁹). A fonoterapia não deixou de estar presente no nosso trabalho, porém abriu-se um lugar muito importante para música. Posso dizer que fomos descobrindo este processo juntas. Estava aplicando os conhecimentos que acabara de me apropriar.

⁸⁸ Especialista em Musicoterapia e Fonoaudiologia. Musicoterapeuta e Fonoaudióloga rosasal@terra.com.br

⁸⁹ Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação.

Como herança da fonoaudiologia, o meu interesse estava na reabilitação da linguagem. A conexão primeira com a musicoterapia foi a prática de recriação musical utilizando canções conhecidas pela paciente.

A técnica de recriação musical com o canto é realizada através de:

1. Audição musical do material sonoro disponível (CDs de preferência da cliente) – nesse caso o objetivo pode ser a movimentação com o reforço rítmico (a paciente cantarola “distraidamente” as músicas conhecidas) ou o próprio treino do gesto articulatório, enfatizado a expressividade própria do canto.
2. Execução musical pela terapeuta e pela paciente – através de jogos de memória com palavras e imagens.

Para a avaliação destas práticas no *setting* terapêutico considerei importante uma revisão bibliográfica sobre os processos de neuroplasticidade, motivação e memória que são básicos para a reabilitação. Tenho certeza que muitos desdobramentos emergirão da utilização de canções em quadros de afasia.

Neuroplasticidade

A compreensão dos processos de neuroplasticidade é fonte de conhecimento fundamental para o terapeuta que trabalha com seqüelas neurológicas. Os estudos da neurociência têm se desenvolvido muito nos últimos anos, contribuindo para novos olhares terapêuticos. Atualmente, pesquisas envolvendo células tronco em AVE sugerem uma mudança definitiva nas expectativas de regeneração do tecido cerebral. Esta nova forma de tratamento poderá diminuir consideravelmente as seqüelas do acidente.

A neuroplasticidade está envolvida com a formação de novas conexões neurais, que pode ser facilitada por estímulos em uma prática terapêutica. Para a revisão deste assunto busquei dois autores: Roberto Lent e Eric Kandel⁹⁰. Segundo Lent as células do sistema nervoso, podem transformar, de forma permanente ou prolongada, a sua função e a sua forma em resposta à ação do ambiente externo. A plasticidade é maior durante o desenvolvimento e declina gradativamente na vida adulta, sem se extinguir.

Há várias formas de neuroplasticidade. São elas: regeneração, plasticidade axônica, sináptica, dendrítica e somática. As terapias de reabilitação podem ativar todas estas formas, com exceção da plasticidade somática, que seria a proliferação ou morte de

⁹⁰ Roberto Lent: *Cem Bilhões de Neurônios – Conceitos Fundamentais da Neurociência* / Eric Kandel: *Fundamentos da Neurociência e do Comportamento*

células nervosas. Para Lent a neuroplasticidade pode ter valor compensatório funcional, mas nem sempre isso ocorre, pois as transformações neuronais que respondem ao ambiente nem sempre restauram funções perdidas. Ao contrário: às vezes produzem funções mal-adaptativas ou patológicas. Sendo assim, são de extrema importância o atendimento e a estimulação precoce. Quanto mais cedo houver acompanhamento, maiores as chances de melhora funcional.

Memória, motivação e Música

“O aprendizado é o processo por meio do qual nós e outros animais adquirimos conhecimento sobre o mundo. A memória é a retenção ou armazenamento desse conhecimento... A maior parte dos comportamentos humanos depende de alguma forma de aprendizado...” (Kandel, 1997 p. 519).

A memória também constitui uma forma de neuroplasticidade. Para que a memória imediata seja convertida em memória a curto prazo ou longo prazo, ela deve ser consolidada. Isto é, a memória deve, de alguma forma, iniciar as modificações químicas, físicas e anatômicas nas sinapses responsáveis pela memória a longo prazo. Estudos psicológicos mostraram que a repetição da mesma informação por várias vezes acelera e potencializa o grau de transferência da memória imediata para a memória de longo prazo, e portanto acelera e potencializa o processo de consolidação.

Esta característica referente à consolidação da memória deverá ser pensada no processo terapêutico para que a seleção dos estímulos aproxime-se ao máximo da realidade individual de cada paciente.

O córtex cerebral é composto por corpos neuronais, sendo um reservatório mnemônico das experiências processadas no meio ambiente, perceptuais e motoras. As experiências são armazenadas no córtex de forma seletiva, respeitando o processo de amadurecimento e consolidação, no qual as informações sensoriais e motoras, para se fixarem, necessitam instalar-se em um contexto pré-existente.

O corpo caloso e a comissura anterior⁹¹ tornam as informações armazenadas no córtex de um hemisfério comuns para as áreas corticais do hemisfério oposto. As duas metades do cérebro têm capacidades independentes para a consciência, armazenamento de memória, comunicação e controle das atividades motoras.

⁹¹ Feixes de associação inter hemisféricos

Dentro da neurociência há uma teoria para a formação de novas memórias. Vários pacientes com epilepsia tiveram os dois hipocampos removidos. Esse procedimento não afeta gravemente a memória de uma pessoa para informações já armazenadas no cérebro antes da remoção dos hipocampos. Após a remoção, essas pessoas apresentam capacidade muito pequena de armazenar tipos *verbais e simbólicos* na memória de longo prazo, ou até mesmo na memória a curto prazo. Portanto, essas pessoas ficaram incapazes de estabelecer novas memórias a longo prazo dos tipos de informação que são a base da inteligência. Isso é denominado *amnésia anterógrada*.

A provável razão pela qual o hipocampo é tão importante no armazenamento de novas memórias é que ele é uma das vias eferentes importantes das áreas de “recompensa” e “punição” do sistema límbico. As áreas de recompensa e punição são encontradas em várias das regiões basais do cérebro e emitem sinais para o hipocampo.

Os estímulos sensoriais que causam dor ou aversão excitam os *centros de punição*, enquanto os estímulos que causam prazer, alegria ou sensação de recompensa excitam os *centros de recompensa*. Todos eles, em conjunto, originam o estado de humor e as motivações das pessoas. Entre essas motivações está a vontade mental de relembrar as experiências e pensamentos prazerosos ou desprazerosos.

O trabalho de musicoterapia baseia-se na busca pelo arquivo de memória musical. O *gosto* e as *escolhas* do paciente são a fonte central da terapia. Isso faz da música uma forte ferramenta para o trabalho de resgate da memória, atuando diretamente nos afetos.

Sobre as afasias

A afasia, por descrição, é uma dificuldade de comunicação que se instala após um AVE. Essa dificuldade não se apresenta somente na linguagem. Outras funções podem também ser alteradas como a cognição e a motricidade. O afásico (hemiplégico) precisa de cuidados especiais. Não podemos olhar para as afasias como um sintoma puramente lingüístico.

A afasia ocorre quando certas áreas cerebrais, responsáveis pelo processamento da linguagem, são lesadas. Nem todos os acidentes cerebrovasculares, porém, resultam em um quadro de afasia. Na afasia, a lesão é necessariamente no hemisfério dominante - quase sempre o esquerdo⁹². Lesões no hemisfério direito provocam outros distúrbios. Muito se fala sobre o cérebro direito ser responsável pelas emoções e pela música, e o

⁹² O lobo temporal do hemisfério dominante encontra-se hipertrofiado em relação ao hemisfério não-dominante

esquerdo pelo raciocínio e pela linguagem. No entanto, os sintomas aparecem de forma bastante mais complexa e a própria rede de conexões de um sistema nervoso nunca será idêntica à rede de conexões de outro sistema, pois até em gêmeos idênticos, as experiências ambientais nunca serão idênticas.

A compreensão dos distúrbios afásicos auxilia na própria compreensão da linguagem. Desta forma, estudando as habilidades lingüísticas alteradas em afásicos, pode-se observar e teorizar sobre o processamento da linguagem no cérebro.

Há diversas classificações para as afasias. Para o diagnóstico, observam-se aspectos como linguagem espontânea, presença de parafasias⁹³, compreensão, repetição, denominação, leitura, escrita, entre outros. A descrição clássica de Broca sobre a área motora da fala, localizada no lobo frontal esquerdo e a descoberta da área de Wernicke no lobo temporal esquerdo, apresenta dois tipos de afasia mais conhecidos: a afasia motora (de Broca ou de expressão) e a afasia sensorial (de Wernicke ou de compreensão). Neste trabalho as afasias serão entendidas como predominantemente motora ou predominantemente sensorial.

Afasia motora - quando a afasia é de domínio motor, a compreensão encontra-se preservada, a dificuldade está na programação no gesto articatório dos sons da fala. A memória musical pode ser acessada, mas não a memória seqüencial articatória dos fonemas. O problema está na expressão da linguagem.

Afasia sensorial - quando o domínio é sensorial, a compreensão está afetada, mas não a articulação, produzindo estereotípias e jargões⁹⁴. Nestes casos, a memória musical também se encontra preservada e a memória verbal aparece de uma forma ininteligível. É muito difícil a comunicação, pois os afásicos sensoriais parecem não ter consciência do seu problema. Não há como saber o que foi compreendido.

O modelo de Wernicke-Geschwind (Kandel, 1997 p.510) é útil para distinguir as lesões dessas duas principais regiões de linguagem no cérebro. As áreas de compreensão e de expressão estariam unidas pelo fascículo arqueado⁹⁵.

⁹³ Troca de uma palavra por outra

⁹⁴ Estereotípias são repetições automáticas de um segmento lingüístico e jargão é uma produção verbal sem identificação precisa.

⁹⁵ O fascículo arqueado é um feixe de associação intracortical, que comunica o córtex temporal com o córtex frontal.

Linguagem musical e linguagem verbal

A identificação da música como linguagem é de extrema importância para a musicoterapia, que necessita de formas concretas para realizar o acompanhamento terapêutico. Essa preocupação está presente no artigo de Barcellos e Santos sobre a natureza polissêmica da música. Os autores expõem referências diferentes acerca desta questão: para Jardim a música está implicada pelo sentido, articula signos, portanto é linguagem; em Hanslick, a música estaria acima da linguagem, pois expressa a própria dinâmica de afetos (Barcellos & Santos, 1996).

Na música o par significante/significado está frouxo; o *musicado* não é determinado. Sendo assim, a música não é limitada por regras. Suas significações podem ser várias. Portanto a música é uma linguagem, porém não-verbal.

A linguagem verbal é constituída de uma seleção de sons articulados formando palavras que se agrupam em frases e formam um discurso. Cada comunidade lingüística tem sua seleção de sons e regras que constituem a linguagem oral. A palavra é propriedade única da espécie humana. Só o homem é capaz de memorizar um enorme vocabulário (léxico), responsável por dar significações ao mundo.

É importante lembrar que a via principal de aquisição da linguagem verbal é a audição. Qual seria a função principal da audição?

Sabe-se que o fenômeno da percepção auditiva é efetuado através da captação de ondas mecânicas que se espriam por partículas aéreas e são captadas pelo ouvido e transformadas em impulsos elétricos para chegarem ao córtex cerebral e serem reconhecidas. Mas, para que existe o som? Com a audição podemos conhecer algo mais sobre o mundo.

Curiosamente, os surdos também adquirem um léxico através da linguagem de sinais, e também podem ficar afásicos (os sinais são captados pela visão - lobo occipital – e enviados para a área de Wernicke – lobo temporal).

Cada lobo cerebral especializa-se em um aspecto perceptivo. O lobo temporal é o responsável pela captação e análise dos estímulos auditivos. Os sons são captados na área auditiva primária, passando para a área secundária e seguindo para a área de Wernicke que é a região cerebral responsável por realizar a análise e síntese dos sons da fala. Esta área ocupa parte do giro temporal superior, encontrando-se vizinha às áreas visuais e somestésicas (lobos occipital e parietal). Esta localização é favorável ao processamento de vários aspectos da percepção lingüística, e não apenas aqueles ligados à audição.

As lesões no lobo temporal direito, que não é conectado com o sistema da fala, podem permanecer assintomáticas ou produzir distúrbios de percepção de combinações rítmicas complexas ou de combinações de sons de diferentes frequências, manifestando-se como um distúrbio da audição de música (amusia sensorial).

A canção na reabilitação da linguagem - o setting terapêutico

No livro *É preciso cantar*, os autores fazem a seguinte pergunta: “Se existe uma distribuição geográfica cerebral que registra em hemisférios diferentes, os ‘sons e análise de palavra’, onde se situam as letras das canções?” (Milleco & cols. p. 82). A canção tem como característica ser a união da música (linguagem musical) com o texto (linguagem verbal). Então poderia a música atuar como reforço para o texto?

O trabalho com o canto pode ser benéfico observado sobre vários aspectos. Meu interesse aqui está na memória articulatória dos sons da fala. A imitação usada no canto requer um maior empenho do aparelho fonador. Temos com o canto um trabalho de respiração, articulação e de expressividade – ao cantar é necessária uma maior carga de expressão, os músculos faciais são mais utilizados e a gama de frequências produzidas é bem maior no canto do que na fala.

Luiz Tatit estuda as relações da dicção do cantor com a prosódia (melodia da fala). “Cantar é uma gestualidade oral, ao mesmo tempo contínua, articulada, tensa e natural, que exige um permanente equilíbrio entre os elementos melódicos, lingüísticos, os parâmetros musicais e a entoação coloquial” (Tatit, 1996, p. 9).

Aparentemente uma função mais complexa do que a fala, o canto não necessita da formulação de um discurso, que exige todas as funções cognitivas íntegras, as músicas já vêm gravadas na memória. Ainda em Tatit: “a fala pura é, em geral, instável, irregular e descartável no que tange à sonoridade. Não mantém ritmo periódico, não se estabiliza nas frequências entoativas e, assim que transmite mensagem, sua cadeia fônica pode ser esquecida” (op.cit. p.12).

Em vista da condição geral em que se encontra um afásico, é perfeitamente normal alterações de humor e de afeto. De fato, a labilidade emocional é um dos sintomas mais comuns entre os afásicos. Na afasia motora apesar da compreensão preservada, existe uma incrível dificuldade em se expressar e pode ser angustiante para o afásico tentar se fazer compreender. É como uma prisão. Quando ele consegue cantar é como uma libertação: “a voz humana tanto vibra para

lançar perto a palavra como para lançar longe o som *musical*. E quando a palavra quer atingir longe, no grito, no apelo e na declamação, ela se aproxima caracteristicamente do canto e vai deixando aos poucos de ser instrumento oral para se tornar instrumento musical” (Andrade apud Tatit, p. 14).

Para um paciente com dificuldade de expressão, a possibilidade de cantar pode reforçar as memórias articatórias, auxiliando na produção da fala.

Caso clínico:

Carmem, 50 anos, sofreu em julho de 2003 um AVE isquêmico. Após o acidente apresentava hemiplegia à direita e não conseguia emitir nenhum som. Parecia compreender o que era falado. Comunicava-se gestualmente. Em duas visitas ainda no hospital fiz algumas estimulações sensoriais – olfativas e táteis. Recordo a alegria de Carmem quando conseguiu sonorizar sentindo a vibração de minha garganta. Após a alta hospitalar, acompanhei Carmem por mais dois meses, trabalhando percepção corporal, respiração e reabilitação da linguagem verbal (leitura e fala).

Em outubro de 2003 iniciou tratamento em um centro de reabilitação, indo para a ABBR em janeiro de 2004. Após a avaliação foi encaminhada para os setores de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoterapia e musicoterapia. Carmem começou no setor de musicoterapia em fevereiro do mesmo ano, integrando um grupo de 10 pacientes.

A afasia de Carmem era predominantemente motora. Atualmente comunica-se bem oralmente e consegue andar relativamente bem sem apoio. O maior déficit motor permanece no braço direito. Carmem falou sobre seu processo de reabilitação:

- Como foi depois do acidente?
- *Olha, eu passei uma semana sem conseguir falar nada...eu não conseguia ler...acho que a música que me ajudou muito. Como você sabe, eu fiquei escutando música, prestando atenção e repetindo...tentando repetir alguma coisa...mas eu não conseguia falar. Eu não conseguia (como é que se diz?) cantar uma música toda.*
- O que você mais gosta no grupo de musicoterapia?
- *Olha, eu acho que tudo que a gente aprende lá é importante pra gente. Eu adoro tudo, gosto de cantar, fazer negócio de memória...ajuda muito, né? A gente lembra de alguma coisa, de alguma música... o exercício que eu faço com o bastão...*
- Hoje em dia, o que é mais fácil: cantar ou falar?
- *Falar...não, cantar.*
- Por que?
- *Acho que eu sempre gostei muito de música, né? É...eu escutei muita música junto com a minha mãe, aí eu gosto muito.*

A recuperação da linguagem de Carmem foi bastante satisfatória. É importante lembrar que ela recebeu atendimento precoce, na fase aguda de seu acidente. Os comentários sobre a fase de reabilitação reforçam a importância da motivação como parte fundamental deste processo.

Contudo, não é possível afirmar ter sido a música única responsável pela melhora. Existiram vários profissionais envolvidos, bem como as possibilidades de neuroplasticidade particulares de Carmem. Esta paciente mostrou uma forte ligação com a música, entretanto não são todos que têm o mesmo vínculo. No grupo que integra na ABBR, há dois pacientes que não gostam de cantar. Esta técnica só pode ser benéfica para quem gosta.

Como a afasia de Carmem era motora, sua compreensão estava preservada e era possível participar ativamente das sessões. A dificuldade dessa técnica com a afasia sensorial encontra-se no transtorno de compreensão, que traz uma grande fronteira para o processo terapêutico.

Em trabalho com uma paciente com afasia sensorial, foi possível notar que a memória musical estava íntegra. A paciente cantava toda a música (muito afinada), porém com o texto ininteligível (fala jargonada). Eventualmente, algumas palavras da canção surgiam dentro do contexto.

Concluindo, acredito que o trabalho de musicoterapia atua como apoio na reabilitação das afasias, pois integra funções cognitivas, afetivas, físicas e interpessoais (principalmente em trabalho de grupo). E o canto, particularmente auxilia no resgate de memória articulatória, sendo uma importante ferramenta na reabilitação da afasia motora.

Referências bibliográficas:

LENT, ROBERTO. **Cem Bilhões de Neurônios** – Conceitos Fundamentais de Neurociência. São Paulo. Editora Atheneu, 2001.

KANDEL, ERIC & cols. **Fundamentos da Neurociência e do Comportamento**. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 1997.

Revista Brasileira de Musicoterapia, ano 1- número 1, 1996.

Tatit, Luiz. **O Cancionista**. São Paulo. Editora Edusp, 1996.

Filho, L. A., Brandão, M. R., Milleco, R. **É Preciso Cantar** – Musicoterapia, Cantos e Canções. Rio de Janeiro. Editora Enelivros, 2001.

A CONTRIBUIÇÃO DA MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES DEPRESSIVOS

*Camila Lima e Silva..⁹⁶
Claudia Regina de Oliveira Zanini⁹⁷
Maria Amélia Dias Pereira⁹⁸*

Resumo: O principal objetivo é evidenciar a contribuição da musicoterapia como uma possibilidade terapêutica no tratamento da depressão, favorecendo uma melhoria de qualidade de vida. Realizou-se um estudo sobre o Transtorno do Humor – depressão, e a musicoterapia. Após esta fundamentação teórica observou-se a necessidade de se fazer uma inter-relação entre a musicoterapia e a área de Saúde Mental (com pacientes depressivos), abordando os objetivos gerais, os diversos aspectos trabalhados no decorrer do processo musicoterápico e algumas técnicas mais funcionais no quadro depressivo, buscando contribuir para um melhor prognóstico do paciente doente mental. Depois, passou-se ao relato de experiências musicoterápicas clínicas (pesquisa de campo), abordando a realização dos atendimentos musicoterápicos através de recortes de sessões, considerações sobre o processo e análise musicoterápica dos atendimentos grupal e individual desenvolvido respectivamente com cinco pacientes atendidas em um hospital psiquiátrico na cidade de Goiânia e uma no Laboratório de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás. Posteriormente apresentou-se a análise dos dados quantitativa e qualitativa. Com estas análises pôde-se observar que a Musicoterapia provocou mudanças positivas e significativas nos sentimentos das pacientes, diminuindo os sintomas da depressão e contribuindo positivamente no tratamento das mesmas.

Palavras-Chave: 1. Musicoterapia 2. Depressão 3. Psiquiatria

Introdução

A atuação da Musicoterapia na área de Saúde Mental com pacientes com diagnóstico de Transtorno do Humor - depressão - tem como um de seus objetivos provocar mudanças positivas nos sentimentos do paciente, diminuindo os sintomas da depressão e favorecendo uma melhoria da qualidade de vida. Neste estudo, teve-se como principais objetivos observar a contribuição da Musicoterapia no tratamento de pacientes com diagnóstico de Transtorno do Humor - depressão, através de uma pesquisa de campo, bem como contribuir para a literatura musicoterápica envolvendo esta área de atuação.

⁹⁶ Musicoterapeuta pela Universidade Federal de Goiás. Musicoterapeuta no “Despertar – Núcleo Educacional e Terapêutico”.e-mail: calimaufg@hotmail.com

⁹⁷ . Mestre em Música/UFG; Especialista em Musicoterapia em Educação Especial e em Saúde Mental/UFG, Graduada em Piano e Administração de Empresas. Prof^a e Coordenadora do Curso de Musicoterapia da EMAC- Escola de Música e Artes Cênicas/UFG e.mail – claudiaz.mt.ufg@cultura.com.br

⁹⁸ . Mestre em Psiquiatria . Prof^a da Faculdade de Medicina da UFG email:mamelia@medicina.ufg.br

Após uma fundamentação teórica baseada em conhecimentos da Musicoterapia e Psiquiatria, observou-se a necessidade de se fazer uma inter-relação entre a Musicoterapia e a área de Saúde Mental (com pacientes depressivos), abordando os objetivos gerais e os diversos aspectos trabalhados no decorrer do processo musicoterápico, buscando contribuir (através das vivências sonoras e musicais) para um melhor prognóstico do paciente depressivo.

Apresentar-se-á o relato de experiências musicoterápicas, explanando-se sobre a metodologia e apresentando a prática musicoterápica com pacientes depressivos, através de recortes de sessões, considerações sobre o processo e a análise musicoterápica dos atendimentos individual e grupal desenvolvidos, observando-se as contribuições da musicoterapia para esses pacientes.

Depressão e Musicoterapia

A depressão é caracterizada por uma multiplicidade de sintomas, os quais, agrupados caracterizam a depressão como uma doença que afeta as relações interpessoais, levando o indivíduo a prejuízos sociais e pessoais, por isso, é considerada uma doença biopsicossocial.

Pode-se perceber que a musicoterapia pode favorecer e de pacientes depressivos. Considerando-se as limitações do paciente depressivo no manejo da linguagem e sua conseqüente dificuldade diante de terapias exclusivamente verbais, vê-se a possibilidade do tratamento musicoterápico contribuir para o tratamento desta clientela, por utilizar basicamente elementos não verbais.

A musicoterapia leva o paciente a fazer música, produzir sons, movimentar-se e expressar-se, para que assim encontre uma forma de comunicação, de liberação e de realização. Por conseguinte, mais que outros, os pacientes depressivos sofrem por terem perdido o prestígio e a situação que gozavam antes.

Através da música, eles recebem mais reconhecimento, fato que aumenta o sentido do seu próprio valor. Guimarães (1989) acredita que a música é uma verdadeira e agradável renovação, ajudando-os, cada vez mais, a desempenhar um papel mais amplo e funcional na vida. Ela também favorece a vida social, sendo, deste modo, um fator importantíssimo de integração ao meio ambiente.

Através do fazer musical, das dinâmicas e das atividades corporais, sonoras e musicais, o paciente utiliza e faz uso de todo o seu potencial (adormecido), dá o melhor

de si para criar, compor, improvisar, cantar ou dançar no *setting* e, aos poucos, conseguir perceber esse potencial totalmente despertado. Outra contribuição, no momento em que o paciente faz música, é a manifestação de suas emoções, podendo chegar a nomeá-las, o que lhe dá melhor percepção de si mesmo e do outro. Em grupo, tal processo parece acontecer de forma mais rica e eficiente, pois o fazer musical em conjunto permite vivenciar e trocar emoções, experiências e projetos de vida com o outro, favorecendo de forma mais positiva, espontânea e rápida a interação e o relacionamento interpessoal.

Metodologia

A presente pesquisa de campo foi desenvolvida no Laboratório de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás e em um hospital psiquiátrico na cidade de Goiânia. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

No total, fizeram parte desta pesquisa 7 mulheres adultas, com idades variando entre 36 e 54 anos, uma média de 42,3 anos, residentes no município de Goiânia e região. Seis destas pacientes estavam internadas em regime de hospital dia ou ambulatorial e uma nunca havia sido internada e com convívio social preservado.

Realizou-se, inicialmente, entrevistas semi-estruturadas com mulheres depressivas atendidas no Laboratório de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás e em um hospital psiquiátrico de Goiânia, que concordaram em participar do estudo.

As entrevistas compreenderam dados pessoais, dados clínicos, dados musicais e a aplicação do ‘Inventário Beck de depressão’¹.

Os atendimentos musicoterápicos no hospital psiquiátrico realizaram-se com um grupo aberto, de 4 a 6 pacientes. As sessões musicoterápicas foram realizadas uma vez por semana, com duração média de 50 minutos. O período de realização dos atendimentos foi de cinco meses.

No Laboratório de MT, os atendimentos foram realizados de forma individual, com uma paciente do sexo feminino com idade de 54 anos, uma vez por

¹ “Escala de auto-avaliação, para a quantificação em forma de escores do grau de depressão. Foi desenvolvida por BECK e cols. em 1978, na Universidade da Pensilvânia”. (Corrêa, 1996, p. 85).

semana e com duração de 50 minutos. O período de realização dos atendimentos foi de 1 ano e 4 meses.

Na presente pesquisa a análise e interpretação dos dados emergem da comparação do grau de depressão obtido através do ‘Inventário Beck de depressão’ no início e no final do processo musicoterápico, além da leitura musicoterápica dos processos vivenciados, tanto individual como grupal. Nesta perspectiva, após a análise dos dados quantificados (‘Inventário Beck de depressão’) e qualificados (leitura do processo musicoterápico) pode-se observar a contribuição da musicoterapia no tratamento de pacientes depressivas. Não se pretende comparar os dados obtidos no atendimento individual e no atendimento grupal, principalmente em função do período de tratamento.

Análise dos Dados Qualitativos

Ao se fazer a análise dos dados qualitativos, o objetivo é de observar e perceber as atividades realizadas, cada paciente, e como o processo musicoterápico pôde auxiliar, ajudar, melhorar e contribuir no tratamento das pacientes depressivas.

Busca-se analisar o que o tratamento musicoterápico pôde contribuir no prognóstico, nas relações interpessoais e, principalmente, na qualidade de vida das pacientes.

Em primeiro lugar, observa-se que a cada atividade aplicada, as pacientes podiam se expressar, se perceber, perceber e ajudar a outra, cantar, tocar, verbalizar. Nas sessões musicoterápicas que elas se sentiam acolhidas e aceitas como são. Na fala de Silvia (o nome das pacientes foram mudados), isto se confirma:

”Estou gostando muito da musicoterapia, eu estava muito mal há um tempo, mas estou melhorando muito desde que comecei a musicoterapia, que é onde eu posso me expressar. Aqui foi uma luz que me acudiu!”.

Uma consideração essencial é a consciência que o paciente tem sobre a importância da musicoterapia na sua própria mudança e no seu crescimento como pessoa: *“Me lembro de quando eu comecei as sessões de MT, eu mudei muito, sinto que estou bem melhor e mais bonita”* (Silvia). A paciente que antes queria se aposentar desistiu da aposentadoria, tendo motivação para continuar a vida profissional.

Observa-se que as pacientes que participavam do grupo se sentiam bem por estarem interagindo com outras pessoas, se sentiam aliviadas e confortadas na musicoterapia, sendo isto muito importante, pois um dos aspectos que o depressivo sofre é a falta de conforto, alívio e interação:

“Prá mim a musicoterapia me fez muito bem pelo convívio com o grupo, a inter-relação. Através da musicoterapia descobre um meio para trabalhar a depressão, porque trabalha o interior da gente. A musicoterapia me alivia, seria um alívio para os momentos depressivos” (Eva).

Outro fator que o grupo musicoterápico pôde contribuir para o tratamento das pacientes foi a vergonha, a timidez. Nas sessões de musicoterapia elas podiam cantar, tocar, dançar e verbalizar, sem se sentirem expostas:

“Eu gosto muito da música, eu tava ruim prá caramba e aqui eu parava de pensar nos momentos tristes e acabava esquecendo deles. A musicoterapia me ajuda muito no meu tratamento, é muito válida para as pessoas depressivas. Outra coisa que me ajudou muito foi a minha timidez. Eu era muito tímida, e aqui eu podia fazer um monte de coisas que eu não tinha vergonha. Era muito bom!” (Rosana).

O fato de considerarem a musicoterapia como algo para distrair, como atividade lúdica é muito forte no pensamento das pacientes:

“Musicoterapia é distrair. Ela pode ajudar. É descontraído quando eu estou aqui e a gente brinca, eu esqueço os problemas lá fora. Eu também percebo que foi muito bom para a minha timidez” (Maiara).

É importante considerar que as pacientes percebem as mensagens que a música oferece, como se a música estivesse dizendo alguma coisa para elas:

“Musicoterapia tem uma aprendizagem porque a música tem uma mensagem, ela diz coisas prá gente refletir. Eu comecei a perceber mais as letras das músicas depois que eu comecei a musicoterapia. A musicoterapia faz a gente desgarrar dos problemas e sair renovada. Eu também percebi que eu era muito tímida e aqui eu posso falar, cantar e não tenho vergonha” (Marili).

Através da verbalização de Silvia pode-se observar que a música desperta, ajuda a pessoa se relacionar, relaxar, se encontrar e desinibir:

A Musicoterapia foi de grande valor prá mim porque me fez descobrir tanta coisa que estava adormecida dentro de mim. Me fez despertar prá vida tanto no sentido emocional quanto espiritual, amoroso, profissional, familiar. Aprendi a me relacionar mais, principalmente observar mais a música, sentir o seu valor. A música me ajudou a relaxar, me encontrar mais, a me desinibir. Aprendi a transferir os meus sentimentos prá música. Conclusão: só me fez bem!”(Silvia).

Análise dos Dados Quantitativos:

Devido ao número reduzido de participantes no presente estudo, apresentam-se estes dados quantitativos a fim de complementar os dados qualitativos observados relativos à contribuição da Musicoterapia no tratamento de pacientes depressivos.

Comparando-se o grau de depressão pelo ‘Inventário Beck de depressão’, no início e no final do processo musicoterápico, tem-se os seguintes escores, onde P1 significa paciente 1, e assim por diante.

P1 - Eva: 1ª aplicação do questionário: 24 (depressão média)

2ª aplicação do questionário: 07 (normal)

P2 - Marili: 1ª aplicação do questionário: 28 (depressão média)

2ª aplicação do questionário: 11 (depressão leve)

P3 - Maiara: 1ª aplicação do questionário: 28 (depressão média)

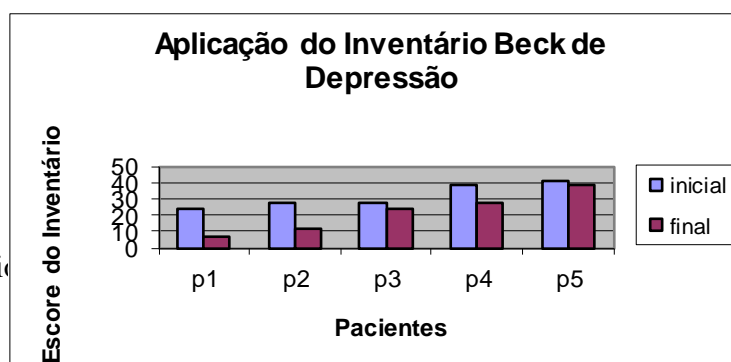
2ª aplicação do questionário: 24 (depressão média)

P4 - Mariana: 1ª aplicação do questionário: 38 (depressão severa)

2ª aplicação do questionário: 27 (depressão média)

P5 - Rosana: 1ª aplicação do questionário: 41 (depressão severa)

2ª aplicação do questionário: 39 (depressão severa)



Para melhor entendimento do gráfico, apresenta-se o escore referencial dos valores de depressão, a fim de avaliar os resultados obtidos no ‘Inventário Beck de depressão’.

De 0 a 9 (normal); de 10 a 18 (depressão leve),

de 19 a 29 (depressão média); de 30 a 63 (depressão severa).

Considerações Finais

Considerar que a musicoterapia teve êxito e pôde ajudar mulheres que por um momento de suas vidas estavam em um quadro psicológico e orgânico bem aquém do que é considerado normal é algo verdadeiro e aceitável.

Através dos resultados do ‘Inventário Beck de Depressão’, pôde-se constatar a diminuição dos escores referentes aos sintomas característicos da depressão, o que foi confirmado e evidenciado nas expressões verbais, nas mudanças do estado de humor e nas composições feitas pelas pacientes. Quanto à composição, é importante ressaltá-la como uma técnica/método musicoterápico muito viável com esta clientela. No quadro clínico da depressão, o paciente não tem vontade de agir, ouvir, falar ou fazer nada (...). Na musicoterapia, ele já consegue agir (cantando/tocando), ouvir (através da audição musical), verbalizar (quando aborda seus problemas, vitórias, conquistas e sentimentos) e, através da composição musical, quando ele passa a criar algo novo (quando compõe músicas, cria letras, toca e canta).

Na composição além de o paciente expor seus sentimentos, ele faz, constrói, cria e percebe que apesar de tudo ele é capaz de fazer música, construir ritmos, letras e melodias.

Acredita-se que a musicoterapia tem condição de ajudar o paciente a entrar em contato com suas emoções, sentimentos e expressá-los através de músicas, instrumentos, sons, corpo ou qualquer outra forma que venha facilitar essa liberação de sentimentos. Quando o paciente expõe seus sentimentos, a carga fica mais leve, a culpa diminui, as relações interpessoais melhoram, as músicas alegres emergem com mais facilidade e, conseqüentemente, os sintomas da depressão diminuem, causando menor sofrimento. Logo, seu corpo, sua alma e sua psique cantam e dançam, enfim, agradecidos, pois o musicoterapeuta considera as potencialidades, aceitando que cada pessoa é impar, singular e subjetiva!

Se com o auxílio dos sons, do ritmo, dos movimentos e da compreensão solidária e acolhedora for possível dar aos que sofrem a convicção de que, apesar de tudo, vale a pena viver, os objetivos da musicoterapia terão sido atingidos.

Referências Bibliográficas

CORRÊA, A. C. O. (1996). **Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer**. Belo Horizonte: Health.

GUIMARÃES, R. A. (1989). **Musicoterapia**, uma opção no tratamento da depressão e tristeza dos idosos.

A MOVIMENTAÇÃO DE GRUPOS EM MUSICOTERAPIA

*Claudia Regina de Oliveira Zanini*⁹⁹

*Denize Boutellet Munari.*¹⁰⁰

*Eliane Faleiro de Freitas*¹⁰¹

Resumo:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, envolvendo as teorias de Dinâmica Grupal e Musicoterapia. Visa, principalmente, relacionar a leitura da dinâmica grupal com a leitura musicoterápica, considerando que esta vai além da leitura musical convencional. Vê-se a possibilidade de refletir sobre estas questões, buscando objetivar dados e, como principal resultado, complementar elementos e/ou categorias que serão incluídas num protocolo para observação de sessões musicoterápicas grupais, dando continuidade à “folha de registro e observação grupal” e ao “catálogo de definições para observação” já existente, de autoria de Campos, Munari, Loureiro e Japur (1992). A elaboração do protocolo objetiva, portanto, auxiliar acadêmicos/profissionais na leitura musicoterápica de sessões realizadas em grupo. O local da pesquisa de campo é o Laboratório de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás - UFG. A população atendida é formada por adultos, de ambos os sexos, participantes de um processo musicoterápico, que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados tem como instrumentos fichas musicoterápicas, observações, relatórios, gravações e/ou filmagens e outros. Este projeto de pesquisa já obteve a aprovação do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da UFG e está em andamento.

Palavras-Chave: Musicoterapia, Dinâmica Grupal e Protocolo de Observação

Introdução

A movimentação de um grupo de trabalho e/ou terapêutico vem sendo estudada por diversos autores, como Lewin, Mailhiot, Schutz, Andaló, Zimmerman, entre outros, desde as décadas de 1930 e 40.

Quando se realiza uma sessão musicoterápica com um grupo muitos são os aspectos que passam a constituir um real desafio para a compreensão da mesma, pois

⁹⁹ . Mestre em Música pela EMAC - Escola de Música e Artes Cênicas da UFG/ Universidade Federal de Goiás, Especialista em Musicoterapia em Educação Especial e em Saúde Mental/UFG, Graduada em Piano/UFG e Administração de Empresas/ UCG - Universidade Católica de Goiás, Instituição: . Coordenadora do Curso de Musicoterapia e do Laboratório de Musicoterapia, Prof^ª. e Pesquisadora na UFG - Universidade Federal de Goiás, Responsável pelo Coro Terapêutico da UNATI - Universidade Aberta à Terceira Idade - UCG, Líder do Núcleo de Musicoterapia, diretório de pesquisa cadastrado no CNPQ.

E-mail: claudiaz.mt.ufg@cultura.com.br

¹⁰⁰ Doutora em Enfermagem/EERP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Especialista em Consultoria em Dinâmica de Grupo/UCG - Universidade Católica de Goiás. . Professora Titular da Faculdade de Enfermagem - FEN/Universidade Federal de Goiás, Pesquisadora CNPQ, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado da FEN/UFG, Docente na Área de Enfermagem em Saúde Mental e-mail: denize@fen.ufg.br

¹⁰¹ Especialista em Musicoterapia em Educação Especial e em Saúde Mental/UFG, Graduada em Fonoaudiologia/ UCG - Universidade Católica de Goiás

. Musicoterapeuta e Fonoaudióloga na Clínica Aequilibrium, Pesquisadora Voluntária na Universidade Federal de Goiás, Ex-Professora do Curso de Musicoterapia da UFG.

E-mail: elianeff@cultura.com.br

além dos elementos que naturalmente vão sendo considerados na “leitura da dinâmica do grupo”, há de se observar aspectos fundamentais da produção musical como, por exemplo: qual(is) as músicas que emergem do grupo, quais são os instrumentos tocados/manuseados, como estes são tocados/manuseados, quais as relações entre os instrumentos e os participantes do grupo, se há troca de instrumentos, quais as técnicas/métodos musicoterápicos que melhor se adaptam ou que têm maior repercussão entre os participantes, além dos possíveis papéis que vão se estabelecendo no grupo no decorrer do processo terapêutico.

Este projeto, que se encontra em andamento, visa, principalmente, relacionar a leitura da dinâmica grupal com a leitura musicoterápica, sendo que esta última vai além da leitura musical convencional, pois busca observar os indivíduos, sua expressão corpóreo-sonoro-musical e as intra e inter-relações que vão se estabelecendo durante as sessões, ou seja, a subjetividade implícita no processo musicoterápico de um grupo.

A Musicoterapia foi definida pela Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia, em julho de 1996, como:

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. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento (Revista da UBAM n. 2, 1996, p. 4).

Portanto, o tema proposto neste projeto de pesquisa vem ao encontro de uma das possibilidades de aplicação da música, visto que o musicoterapeuta direcionará seu olhar, sua escuta, para os grupos, fazendo com que a *praxis* musicoterápica gere conhecimentos teóricos que possibilitem uma melhor atuação desse profissional ao desempenhar o papel de condutor de um grupo terapêutico.

Propõe-se uma parceria entre o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Integral - NEPSI/FEN/UFG e o Núcleo de Musicoterapia - NEPAM/EMAC/UFG, cadastrados no Diretório de Pesquisa do CNPQ.

Justificativa

Através deste projeto vê-se a possibilidade de aprofundar estudos acerca da teoria da dinâmica grupal relacionada à leitura musicoterápica, dando ênfase aos papéis estabelecidos e, principalmente, aos meios e/ou instrumentos que levam ao estabelecimento de relações interpessoais durante o processo musicoterápico.

Para tanto, considera-se de grande importância os estudos já realizados acerca da dinâmica grupal. Castilho (1998), por exemplo, comenta que o estudo da topografia dá ao coordenador um referencial da interação, identificação e coesão do grupo. Considera que qualquer tipo de relação afetiva entre os participantes deve ser trabalhado no grupo, seja de afeição, rejeição, tristeza, amor ou ódio. Moscovici (2001) afirma que:

Pode-se, também, estudar um grupo considerando sua dinâmica, os componentes que constituem forças em ação e que determinam os processos de grupo.

Visualizando-se o grupo como um campo de forças, em que umas concorrem para movimentos de progresso do grupo e outras, para dificuldades ou retrocesso do grupo, algumas delas ressaltam no funcionamento grupal. São elas: objetivos, motivação, comunicação, processo decisório, relacionamento, liderança e inovação. (p. 96)

Tratando-se de um grupo musicoterápico, acredita-se na importância de ressaltar aspectos como estes citados, dando ênfase aos aspectos e/ou elementos sonoro-musicais que levam ao estabelecimento de relações. Pode-se citar Benenson (1998), quando aponta diversas formas de classificação dos instrumentos musicais e de sua utilização no *setting* musicoterápico, como, por exemplo, segundo seu uso comportamental como: objeto experimental, objeto catártico, objeto defensivo, objeto enquistado, objeto intermediário, objeto corporal e objeto integrador.

Bruscia (2000) ressalta que o núcleo central da musicoterapia, que é a *interação cliente-música*, molda as dinâmicas de todas as outras relações. Para o autor:

Isso implica que para analisar as dinâmicas da musicoterapia deve-se analisar as várias formas pelas quais o cliente experiencia a música! Isso faz sentido porque a premissa da musicoterapia, como uma modalidade singular de tratamento, é que as experiências musicais são utilizadas de forma sistemática e intencional para atingir as necessidades terapêuticas específicas do cliente.

Ao analisar as práticas clínicas da musicoterapia, o autor identificou seis modelos básicos utilizados para estruturar a experiência musical do

cliente (...) Cada modelo é definido pelos aspectos e propriedades particulares da música que são enfatizados na experiência do cliente. (...) Os seis modelos dinâmicos se diferenciam de acordo com o foco da experiência do cliente é nas propriedades 1) objetivas, 2) universais, 3) subjetivas, 4) coletivas, 5) estéticas, ou 6) transpessoais da música. (p. 140)

Ao se propor esta pesquisa, vê-se a possibilidade de refletir sobre estas questões, buscando objetivar dados e, como principal resultado, complementar elementos e/ou categorias que serão incluídas num protocolo para observação de sessões musicoterápicas grupais, dando continuidade à “folha de registro e observação grupal” e ao “catálogo de definições para observação” já existente, de autoria de Campos, Munari, Loureiro e Japur (1992), objetivando a leitura desse “fazer musical” na contemporaneidade. Verificar-se-á, também, os protocolos já existentes para registro de sessões grupais em Musicoterapia, como o de Smith (2003).

A elaboração do protocolo acima citado visa, portanto, auxiliar acadêmicos/profissionais, na leitura musicoterápica de sessões e/ou vivências a serem realizadas em grupo.

Objetivos

Espera-se divulgar o campo da Musicoterapia, como área de conhecimento científico, junto a comunidade universitária e a comunidade em geral, através de apresentações em palestras, eventos e publicações científicas da área, propriamente, e de outras áreas, envolvidas interdisciplinariamente com o objeto de estudo deste projeto, possibilitando um efeito multiplicador do aprendizado.

Como objetivos específicos tem-se:

Aprofundar estudos teórico-práticos sobre atendimentos musicoterápicos em grupo;

- Relacionar aspectos da leitura da dinâmica grupal com a expressão corpóreo-sonoro-musical durante a sessão musicoterápica;
- Desenvolver um protocolo para observação grupal, visando auxiliar a leitura musicoterápica.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa, delimitando-se

como objeto de estudo “estabelecimento de relações entre teorias de dinâmica grupal e Musicoterapia no atendimento musicoterápico de um grupo fechado”.

A pesquisa de campo realizar-se-á no Laboratório de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, podendo também realizar-se em outras unidades da UFG.

A população a ser atendida será formada por adultos, de ambos os sexos que participarem de um processo musicoterápico, por tempo determinado, no âmbito da UFG, sendo a amostra composta por grupos de 06 a 08 participantes.

Somente participarão dos grupos aqueles sujeitos que, após entrevista inicial, manifestarem o desejo de participar da pesquisa voluntariamente, devendo este ato ser devidamente documentado com o termo de consentimento livre e esclarecido do sujeito, conforme determina a lei de pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde - CNS, 1996.

Os atendimentos musicoterápicos realizam-se semanalmente, com duração máxima de 60 (sessenta) minutos. O período provável para a realização dos atendimentos de cada grupo será de até três meses ou cerca de 10 (dez) sessões.

A coleta de dados terá como instrumentos: as fichas musicoterápicas, relatórios (das sessões, gravações em fita K-7, filmagens, com a devida autorização dos pacientes) e outros instrumentos como questionários e entrevista. Além destes elementos, as pesquisadoras realizarão observações, que serão utilizadas para avaliação do grupo e de sua movimentação e/ou dinâmica no decorrer do processo musicoterápico, visando o desenvolvimento de protocolo para leitura musicoterápica grupal, citado anteriormente, como um dos objetivos específicos.

Este projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, por envolver intervenção terapêutica com seres humanos na Área de Saúde.

Finalmente, serão incluídos neste estudo aqueles indivíduos adultos, de ambos os sexos, que se disponham a participar da pesquisa após serem informados dos objetivos da mesma. A exclusão do sujeito se dará caso o mesmo solicite ou se não se dispuser a participar de todas as etapas propostas, o que inviabiliza a análise que se pretende realizar a partir dos dados coletados.

Atualmente, o projeto conta com a participação de musicoterapeuta e co-musicoterapeuta atuando no setting, uma musicoterapeuta observadora, três acadêmicos

do Curso de Musicoterapia (participantes do Programa de Iniciação Científica da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFG) e uma orientadora doutora em Psiquiatria e especialista em Dinâmica de Grupos.

Referências Bibliográficas

BENENZON, Rolando O. (1998) **La nueva musicoterapia**. Buenos Aires: Lumen. 262p.

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. (2000) Tradução por Mariza V. F. Conde. Rio de Janeiro: Enelivros. 312 p.

CASTILHO, A. (1998) **A dinâmica do trabalho em grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark.

CAMPOS, M.A.; MUNARI, D. B.; LOUREIRO, S. R.; JAPUR, M. (1992) Dinâmica de grupo: reflexões sobre um curso teórico-vivencial. **Tecnologia Educacional**, v.21, p.41-49.

MOSCOVICI, F. (2001) **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. Rio de Janeiro: José Olympio. 276 p.

SMITH, Maristela. (2003). **Modelo de avaliação em musicoterapia: uma proposta diagnóstico-terapêutica**. Reg. nº 270.175. livro 485, folha 335 (técnico-científico). ONP. São Paulo.

A MUSICOTERAPIA COM PACIENTES DIALÍTICOS

Ana Maria Loureiro de Souza Delabary¹⁰²

Resumo:

Este trabalho apresenta um estudo com participantes de um processo musicoterápico desenvolvido durante sessões de hemodiálise, com pacientes renais crônicos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho fenomenológico. Tem como objetivo a compreensão do significado dos sentimentos expressos pelos pacientes com relação à doença, ao tratamento, à forma de vida e às implicações da música neste processo. Participam da pesquisa oito pessoas que permanecem em tratamento, na faixa etária de 41 a 68 anos, com tempo de hemodiálise variável entre 3 e 13 anos. As informações, coletadas com entrevistas de base fenomenológica, gravadas e posteriormente transcritas, estão em fase de análise. Utiliza-se para tal a metodologia de Giorgi (1988 e 2001) e Comiotto (1992). Com ênfase nos passos deste método são apresentados resultados parciais desta pesquisa em andamento.

Palavras-chave: musicoterapia – hemodiálise – fenomenologia

INTRODUÇÃO

O trabalho de musicoterapia desenvolvido durante o ano de 2002, com pacientes renais crônicos da Nefroclínica São Lourenço, na cidade de São Lourenço do Sul, RS, constituiu-se como base do presente estudo.

O paciente renal crônico é aquele com perda permanente das funções de seus rins que, para sua sobrevivência, necessita algum tipo de Terapia Renal Substitutiva. A hemodiálise é um destes tipos de terapia. Consiste numa diálise feita em hospitais ou clínicas, por profissionais com a devida competência, sob a coordenação de um Nefrologista e um Enfermeiro. É um procedimento intermitente, três vezes por semana, onde o paciente permanece ligado a uma máquina chamada Rim Artificial, aproximadamente por quatro horas. Dessa forma é realizada uma circulação extracorpórea para filtrar o sangue, removendo as substâncias tóxicas e retirando o excesso de líquidos. Enquanto está ligado à máquina, o paciente tem os movimentos

¹⁰² Especialista em Musicoterapia em Educação Especial e em Saúde Mental/UFG, Graduada em Fonoaudiologia/ UCG - Universidade Católica de Goiás
. Musicoterapeuta e Fonoaudióloga na Clínica Aequilibrium, Pesquisadora Voluntária na Universidade Federal de Goiás, Ex-Professora do Curso de Musicoterapia da UFG.
E-mail: elianeff@cultura.com.br

limitados e está sujeito a alguns problemas como queda de pressão sanguínea, náusea, câimbras e dores de cabeça. É importante que alguma atividade de interesse dos pacientes possa ser desenvolvida neste período.

Na Nefroclínica São Lourenço há televisão nas salas e, eventualmente, recebem a visita de voluntários como os da Pastoral da Saúde, Coral Evangélico e grupo vocal Nossa Casa, pertencente à instituição psiquiátrica da cidade. Também são realizadas, no mínimo, duas festas por ano, para confraternização entre pacientes, seus familiares, corpo de enfermagem e direção da Nefroclínica.

Reconhecendo a música como um elemento que mexe com a emoção das pessoas, pensando ser ela capaz de diminuir o distanciamento do mundo anterior à doença e o estado depressivo – posturas que o paciente renal crônico naturalmente se impõe, tornando-se característica da grande maioria dessas pessoas-, a médica reponsável pela Nefroclínica, solicitou meu trabalho como musicoterapeuta .

As sessões de musicoterapia, com uma hora de duração, realizadas a cada vinte dias (pelas questões relacionadas à distância de 300km da cidade onde moro), contaram com a participação dos técnicos de enfermagem que atuam em cada uma das três salas atendidas a cada dia . O trabalho foi realizado em grupo. As atividades envolveram a escuta, o canto e o toque de instrumentos de percussão - adequados à situação desses pacientes - e de violão -tocado por um técnico de enfermagem e por mim-, sendo utilizadas as técnicas de audição, re-criação e improvisação.

As observações sobre o trabalho realizado me instigaram a uma melhor compreensão do que vive o paciente dialítico e sua relação com a música. Surgiu então este estudo, a partir do relato dos pacientes.

Com base numa outra prática clínica - com grupo de gestantes-, realizei uma pesquisa qualitativa fenomenológica, desenvolvendo-a como dissertação de mestrado. Os resultados obtidos, ao mesmo tempo que têm estimulado o aprofundamento na área da perinatalidade, têm incentivado investir da mesma forma com outro tipo de pacientes também em atendimento musicoterápico.

A opção por esta modalidade de pesquisa foi subsidiada pela participação em seminário sobre percepção e sentimentos, e pelas disciplinas sobre a entrevista fenomenológica e o método fenomenológico cursadas durante o mestrado. Essa experiência anterior subsidia, então, este estudo com pessoas em hemodiálise.

Os serviços de hemodiálise são autorizados e regulamentados pelo SUS – Sistema Único de Saúde, que agora passa a exigir o serviço permanente de psicólogo, nutricionista e assistente social nas unidades de hemodiálise. No Jornal Brasileiro de Nefrologia¹⁰³ que publica os anais do XXII Congresso Brasileiro de Nefrologia e XII Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia, realizado em setembro de 2004, há o registro de diversos trabalhos nos quais a preocupação é a busca de alternativas para tornar menos estressantes as horas de hemodiálise, bem como um cuidado especial com a qualidade de vida destes pacientes. Tais estudos são apresentados pelos campos da enfermagem, da psicologia e do serviço social.

Com relação à musicoterapia, ainda que venha se expandindo em diversas áreas da saúde no nosso país, esta é uma área que apresenta poucos trabalhos, havendo referências a esse respeito em unidades de hemodiálise de Salvador (BA) e Balneário Camboriú (SC), onde Santana¹⁰⁴ e Nöer¹⁰⁵, realizaram seus estágios e escreveram as monografias *Musicoterapia no tratamento a pacientes renais crônicos* e *A canção no tratamento musicoterápico em pacientes renais crônicos*, respectivamente.

Com o presente estudo desejo estar colaborando, de alguma forma, para o desenvolvimento do campo da pesquisa em musicoterapia. Penso ser interessante a possibilidade de mostrar a musicoterapia e sua possível inserção nos programas de saúde, cada vez mais voltados para a humanização e para a atenção à pessoa como um todo.

1 OBJETIVOS

Esta pesquisa realizada com pessoas em hemodiálise que vivenciaram um processo de musicoterapia tem como objetivos:

- a) Compreender a significação dos sentimentos expressos pelos pacientes dialíticos com relação
 - à doença;
 - ao entendimento da doença;
 - ao tratamento;
 - à máquina da diálise;
 - à vida familiar, profissional e social

¹⁰³ JBN Volume XXVI- Número 3 – Supl. 2 –Setembro de 2004

¹⁰⁴ SANTANA, W., 2000.

¹⁰⁵ NÖER, H.D., 2004

- às implicações da música neste processo
 - b) Oferecer subsídios que auxiliem na fundamentação de propostas de utilização da musicoterapia ativa com os pacientes de Unidades de Hemodiálise.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O PACIENTE DIALÍTICO

O paciente renal crônico depende da diálise para viver. Para poder fazer hemodiálise ele se submete à confecção de uma fístula, chamada de FAV (Fístula Arterio Venosa), para permitir o fluxo de sangue adequado para fazer a diálise. A fístula, como explica Dias¹⁰⁶, consiste na ligação entre uma artéria e uma veia através de pequena cirurgia. A alteração no fluxo do sangue deixa a veia mais larga e as paredes mais fortes e resistentes, permitindo a circulação mais rápida de várias punções, sem o rompimento da veia. Esta pequena cirurgia é realizada no braço alguns meses antes de se iniciar a hemodiálise.

Esta dependência da máquina faz com que aconteça uma mudança radical em sua vida, em função das características do tratamento. Passa a ser aposentado, sentindo-se então excluído do mercado de trabalho. Geralmente essa situação estende-se à vida social e familiar, mudando muitas vezes a posição de desempenho nestes dois segmentos. A pessoa precisa modificar seus hábitos, ter cuidados especiais com a alimentação e também com a fístula, para sua preservação e manutenção.

A experiência de ser dependente da máquina da hemodiálise, de acordo com Lopes, Sadala e Lorençon¹⁰⁷ "provoca profundas mudanças para o paciente renal crônico, que comprometem o aspecto não só físico, mas psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais". Pacientes em hemodiálise, segundo Santana et al.¹⁰⁸ "levam uma vida altamente anormal, dependentes de um procedimento de uma equipe. Além disso, a doença renal precipita sentimentos estressantes, associados com o tratamento, prognóstico, alterações corporais, reações de parentes e amigos às modificações do estilo de vida".

A tendência do dialítico é adotar uma postura passiva, sentindo-se "sem trabalho e sem respeito" ou vivendo um "destino traiçoeiro" como relatam os pacientes na

¹⁰⁶ DIAS, T. X., 2001, p.2

¹⁰⁷ LOPES, H.H.; SADALA, M.L.A.; LORENÇON, M., 2004, p.219

¹⁰⁸ SANTANA, A.R.A. et al., 2004, p.229

reportagem *Histórias Reais de Pacientes Renais*.¹⁰⁹ Sofrem com o medo e a angústia, dizendo ser "adaptação" a palavra chave para conviver com a situação, enquanto sonham com um "novo rim e uma nova vida".

2.2 A MUSICOTERAPIA

Com a música numa dimensão vivencial, o projeto de musicoterapia na Nefroclínica São Lourenço teve como objetivo ajudar o paciente na adaptação ao tratamento e a um melhor convívio com a doença – pelo conhecimento do problema, de si próprio e pela conscientização dos novos limites-, na busca de estímulo e ânimo para reorganizar a vida.

Especificamente, o projeto teve a intenção de oferecer oportunidade de um convívio sistemático com a música fazendo dela um canal de comunicação e expressão, oferecendo possibilidade das mais diversas elaborações, tanto individuais quanto coletivas.

Durante o processo foram utilizados recursos como: a própria voz, instrumentos musicais, fitas de áudio e CDs. A musicoterapia *receptiva* – com a audição de música – e a musicoterapia *ativa*¹¹⁰ – com o paciente fazendo música -, alternaram-se na realização do trabalho.

Técnicas de audição, re-criação e improvisação foram utilizadas separadamente ou combinadas, sempre procurando perceber a forma mais adequada de intervenção, considerando a disposição apresentada pelos grupos (um em cada sala) no momento das sessões de musicoterapia.

De forma geral, predominou a técnica de re-criação musical, onde se cantava com acompanhamento de instrumentos ou não, as mais diversas canções do repertório regional, popular e folclórico, tanto nacional como internacional. Algumas vezes, por solicitação de alguns pacientes ouviu-se peças para órgão, do período barroco. É importante registrar que entre os pacientes há descendentes de pomeranos, habitantes das várias colônias existentes no município, onde há muitas bandinhas no estilo alemão. Alguns pacientes, quando mais jovens integraram esses conjuntos como instrumentistas.

Na musicoterapia, a participação dos pacientes, ainda que de diferentes formas, aconteceu em todos os encontros. Houve demonstração de interesse a respeito da música

¹⁰⁹ DIAS, T. X., 2001.

¹¹⁰ BRUSCIA, K. E., 2000, p.67

com desejo de novas informações. A utilização de instrumentos musicais foi uma prática realizada pela grande maioria dos participantes.

Foi possível perceber a forma como a oportunidade de descoberta de potencialidades, até então não exploradas, teve seus reflexos na auto-estima de cada um dos participantes. A mudança de atitudes pôde ser percebida na grande maioria dos pacientes. Entre estas, a coragem e naturalidade para falar de suas dificuldades. Também a satisfação de mostrar aos familiares as manifestações musicais construídas no grupo.

O fazer musical em conjunto colaborou para a integração e maior socialização do grupo, envolvendo auto-expressão, interação e comunicação. Percebeu-se nos pacientes maior confiança e autonomia. As atividades musicais foram prazerosas, evidenciando-se este aspecto nas festas de confraternização. Aldridge e Aldridge¹¹¹ falando sobre a musicoterapia ativa, dizem que ela "pode dar uma valiosa contribuição para a melhora da qualidade de vida em todos os estágios de uma doença. É possível encontrar uma forma musical diferente, apropriada aos estágios de uma doença". Também falam estes autores que é o que as pessoas fazem juntas que as liga aos grupos com os quais elas desempenham suas vidas. Se queremos encorajá-las a fazer algo diferente é preciso entender que o processo vai estar conectado com sua identidade enquanto indivíduos e com as pessoas com as quais tal identidade é validada. Afirmam que a musicoterapia oferece ao paciente a chance de fazer algo diferente, podendo ser desempenhada uma nova identidade. O paciente, no entanto, não é deixado sozinho na busca de seu próprio caminho, o musicoterapeuta o acompanha.

Percebe-se que o processo desenvolvido com os pacientes dialíticos, a musicoterapia ativa, com oportunidades de escolhas, o respeito aos gostos pessoais e a escuta atenciosa destas manifestações, fez contraponto com a atitude passiva exigida pela hemodiálise. Algumas vezes a diversidade das preferências estimulou saudáveis debates favorecendo algumas transformações. Mesmo com as sessões acontecendo a cada vinte dias, houve uma organicidade no processo que permitiu uma evolução gradual dos pacientes no desempenho das atividades musicais.

2.3 A FENOMENOLOGIA

A fenomenologia iniciada por Husserl - tendo como seguidores Heidegger, Gadamer, Merleau-Ponty, entre outros -, nasce no ponto de interseção do materialismo

¹¹¹ ALDRIDGE, D.; ALDRIDGE, G., 1998, pp271-282

com o idealismo. É o paradigma das Ciências Humanas que estuda os fenômenos, sendo o fenômeno aquilo que aparece, o que se mostra, o que se deixa ver. É o descer do mundo das idéias para o Lebenswelt, isto é, o mundo da vida. É um contato com as coisas mesmas.

Husserl, preocupa-se em saber como as coisas aparecem, como podemos nos relacionar com 'as coisas nelas mesmas' e qual o sentido de tais coisas. Para isso recorre à 'Epoche'¹¹², isto é a suspensão dos juízos sobre as coisas. Ela é entendida como um colocar entre parênteses a teoria para poder acolher o mundo vivido da pessoa, permitindo que sejamos aprendizes do universo subjetivo do outro, sem onipotência e sem onisciência.

A 'Epoche' propicia abertura para a entrada no campo transcendental tanto da subjetividade quanto dos fenômenos. É a redução fenomenológica que nos permite chegar ao objeto puro. De acordo com Husserl, ser um objeto significa ter um sentido para um sujeito.

Heidegger, dando continuidade a esta linha, preconiza que a pergunta pelo sentido do ser deve ser feita a partir da analítica existencial, portanto a partir do homem como ser-no-mundo. Isso é importante porque é inovador no contexto da Filosofia, uma vez que se afasta de qualquer explicação cosmológica ou teológica. Conforme comenta Stein¹¹³, com este pensamento desaparece, então, todo o caráter ontoteológico da metafísica ocidental e sobra apenas o espaço do acontecer da diferença ontológica. A fenomenologia hermenêutica de Heidegger se articula, pois, a partir do círculo hermenêutico¹¹⁴ e da diferença ontológica, organizando o conhecimento de forma a possibilitar um caminho de mão dupla para a filosofia e o conhecimento científico. Em suma, há condições de chegar ao conhecimento sem perder a ligação com o mundo.

Stein em *Exercícios de fenomenologia*¹¹⁵ comenta a compreensão da hermenêutica filosófica de acordo com Gadamer, que a vê como caminho para uma certa aplicação da Filosofia ao mundo da cultura, visando uma verdade que se manifesta na Arte, na História e na linguagem e que precede e acompanha qualquer questão de verdade e método nas Ciências Humanas. Também chama a atenção para Ernst Tugendhat, que

¹¹² CAPALBO, C., 2001, p.20

¹¹³ STEIN, E., 2004, p. 274

¹¹⁴ Stein explica: 'Fenômeno é, se compreendido fenomenologicamente, somente aquilo que constitui ser. E já que ser é ser de ente, é preciso garantir o ente exemplar para a analítica. O ser-aí é o ente que precisa ser posto diante do sentido do ser como tal. Ele *compreende o ser* enquanto *se compreende como ente*. E enquanto compreende ser, se compreende. É o círculo hermenêutico'.(2004, p.197)

¹¹⁵ STEIN *op. cit.* p.277-278

trilhou um caminho entre a fenomenologia e a Filosofia analítica, e ensina que as originais intuições de Heidegger devem ser levadas à clareza pela analítica da linguagem.

Merleau-Ponty¹¹⁶, em sua obra, de forma magistral coloca a essência na existência, enfatizando a percepção. Fala sobre o aprender um novo uso do corpo próprio como forma de enriquecer e reorganizar o esquema corporal: "Sistema de potências motoras ou potências perceptivas nosso corpo não é objeto para um 'eu penso': ele é um conjunto de significações vividas que caminha para o seu equilíbrio".

As significações vividas passam pelos sentidos, pois eles nos possibilitam e nos facilitam a interação com o mundo, com os outros e com nós mesmos. Também não devem os sentidos ser apreendidos isoladamente, mas, sim, resguardar o aspecto intersensorial ou sinestésico fundamental para a percepção, onde há sempre um jogo de relações. Feitosa¹¹⁷ falando sobre Merleau-Ponty e a 'aristocracia do ver' na filosofia diz:

É preciso evitar qualquer pretensão totalitarista de um dos sentidos, mas permitir a constante circulação de uma economia plural. Assim como o cego, que ao recuperar a visão tem que reaprender a reorganizar sua percepção de mundo, também nós temos que aprender com as diferentes organizações dos sentidos. O maior perigo da aristocracia do olhar parece-me ser o fechamento para outras possibilidades de se relacionar com o mundo. Na verdade existem muitas maneiras do corpo ser corpo. Em uma época em que a finitude da existência é como que esmagada por uma certa standardização dos sentidos, a filosofia de Merleau-Ponty representa um foco de resistência, um convite a reaprender e sentir o mundo.(Feitosa, 2001, p.91)

Com a fenomenologia surge o paradigma fenomenológico que muda completamente a visão de homem, de mundo, de realidade.

3 A INVESTIGAÇÃO

3.1 ÁREA TEMÁTICA E QUESTÕES NORTEADORAS

O fenômeno estudado busca a compreensão dos sentimentos dos pacientes renais crônicos em hemodiálise, numa clínica nefrológica onde a musicoterapia integrou os procedimentos oferecidos no tratamento, tendo como questões norteadoras a atuação da música com relação à doença e seu entendimento dela; ao tratamento; à máquina da diálise; à vida familiar, profissional e social.

¹¹⁶ MERLEAU-PONTY, M. 1999, p.212

¹¹⁷ FEITOSA, C. 2001, p.91

3.2 METODOLOGIA

Esta pesquisa é descritiva, com uma abordagem fenomenológica e se propôs a compreensão dos sentimentos vivenciados por pacientes de hemodiálise que participaram de processo musicoterápico.

3.2.1 Delineamento da Pesquisa

A fenomenologia dá respaldo a essa linha de pesquisa qualitativa que pressupõe conhecer a essência do fenômeno, no mundo vivido da pessoa, apresentando características próprias enquanto postura e apontando direções para a metodologia a ser utilizada.

Neste tipo de investigação o pesquisador faz parte da pesquisa e é muito importante como integrante do grupo. Está comprometido com a compreensão do fenômeno que vai se dar a partir de sua visão. Vive um processo dialético e reflexivo que tem uma intenção - busca a compreensão entre pessoas que vivem o mesmo fenômeno- e resgata a intuição, alijada dos métodos científicos porque não pode ser mensurada e quantificada, aqui imprescindível ao diagnóstico, impondo-se como dimensão indispensável.

A pesquisa pode ir se modificando à medida que o fenômeno vai-se desvelando, e as essências vão sendo percebidas através da intuição e da reflexão, caminhando para a compreensão. Acredito neste método como possibilidade de compreender com rigor e profundidade, as questões vividas pelos pacientes dialíticos, bem como sua relação com a música no processo musicoterápico vivido.

Com relação à subjetividade e considerando que o fenômeno é inesgotável podendo modificar-se a cada novo olhar, é interessante concluir sobre essa característica da pesquisa com o pensamento de Bicudo¹¹⁸: "o pensar fenomenológico tem-se desenvolvido gradualmente e tem se transformado de maneira contínua, conforme o tema interrogado e o pesquisador que interroga" (Bicudo, 1994, p.16).

3.2.2 Campo de Ação e Participantes

A pesquisa foi realizada com oito pacientes da Nefroclínica São Lourenço, unidade onde a musicoterapia atuou junto ao tratamento dialítico. Dos 23 pacientes que

¹¹⁸ BICUDO, M. A. 1994, p.16

participaram do processo musicoterápico, 13 permaneciam na hemodiálise, quando da apresentação da proposta de pesquisa e a posterior realização das entrevistas. Os treze foram convidados para participar do estudo, sendo escolhidos os oito primeiros que se dispuseram a participar do trabalho, partilhando suas vivências após um ano de processo musicoterápico que contou com 14 encontros.

Nome	Idade	Tempo de diálise	Escolaridade
1. Antonio	61	3a 9m	Fund. Incomp.
2. Armindo	62	4a 6m	Fund. Incomp.
3. Bruno	68	3a 9m	Fund. Incomp.
4. Cleusa	46	5a 2m	Analfabeta
5. Gildo	58	9 a	Fund. Incomp.
6. Nara	41	13 a	Fund. Incomp.
7. Sandra B.	48	3a 10m	Fund. Incomp.
8. Sandra C.	43	3 a 9m	Fund. Incomp.

Figura 1. **Identificação dos Sujeitos da Pesquisa** (dados colhidos em set/2004)

3.2.3 Coleta de Informações

Utilizei a entrevista de base fenomenológica.

A entrevista fenomenológica é uma entrevista de acolhimento e não diagnóstica. Os conhecimentos do pesquisador são colocados entre parênteses, sem constatações. O fenômeno não está sendo interpretado, apenas acolhido. É uma entrevista não para colher dados, mas para obter informações. Não é uma entrevista conceitual e o que se deseja é um relato das vivências, o que foi importante, o que foi significativo. Deve ser realizada num local tranquilo e livre de interrupções, sugerido pelo próprio entrevistado. É dialógica e o entrevistador é uma criatura humana, não uma máquina.

Uma questão central norteadora foi o ponto de partida das entrevistas desta pesquisa, ainda que subsidiada por algumas outras, quando necessário, na busca de uma abordagem ampla das questões de acordo com os tópicos geradores.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes e posteriormente transcritas para fins de análise. Foram realizadas nos seus domicílios, de acordo com a sugestão dos próprios participantes.

Concluindo esse item da metodologia é interessante colocar o pensamento de Carvalho¹¹⁹. Ela diz que na entrevista fenomenológica não se busca linguagem que seja soma de pensamentos e idéias, mas 'fala originária', fala que possibilite a mediação com

¹¹⁹ CARVALHO, A.S. 1991, pp 37-41

o outro e a comunicação com o mundo. Para se chegar a essa fala é preciso ser sensibilidade e intuição em 'escuta' de caráter imediato, não passando pela mediação do pensamento, mas realizando-o. Isto vale tanto para quem escuta como para quem fala.

Diz também a autora que, neste tipo de entrevista, o cliente tece o seu discurso com todos os gestos necessários, acentos e tonalidades, silêncios e reticências. O cliente vive a sua história e coloca o seu passado e o seu futuro no presente. O entendimento de seu pensamento é a compreensão de um certo estilo de existir e cada cliente expressa a sua maneira o mundo, os outros, a existência.

3.2.4 Instrumento

As informações foram coletadas mediante entrevistas fenomenológicas obedecendo o roteiro a seguir:

	Roteiro da Entrevista
a)	<i>Dados de identificação</i> Nome (suposto): Idade: Escolaridade:
b)	<i>Questão norteadora da entrevista</i> Fale sobre a hemodiálise relacionando-a com a musicoterapia, relatando suas vivências e sentimentos a respeito do tratamento.
c)	<i>Tópicos geradores</i> Implicações da musicoterapia com - a doença; - o entendimento da doença; - o tratamento; - a máquina da diálise; - a vida familiar, profissional e social
d)	<i>O que mais gostaria de dizer</i>
e)	<i>Avaliação da entrevista</i> - por parte do entrevistado - por parte do entrevistador - retorno, caso necessário, com o participante de entrevista

3.2.5 Metodologia de análise de informações

Para realizar a análise das informações foi utilizado o método psicológico fenomenológico proposto por Giorgi¹²⁰ constituído de cinco passos e acrescido de um sexto passo, proposto por Comiotto¹²¹

¹²⁰ GIORGI, A., 1988; 2001

1° Passo – *coleta de informações verbais*, com gravação em áudio, utilizando roteiro previamente estabelecido, com a proposta da Entrevista Fenomenológica. Passo inserido por Giorgi em 1991, sistematizando a forma de coleta de informações.

2° Passo - *o sentido do todo* adquirido através da escuta, transcrição e leitura, passo repetido tantas vezes quantas forem necessárias para a impregnação do conteúdo da entrevista – etapa muito importante no método fenomenológico.

3° Passo - *discriminação das unidades de significado* pela redução fenomenológica a partir do sentido do todo, mantendo a linguagem do entrevistado sem alterações.

4° Passo - *transformação das unidades de significado na linguagem do pesquisador* com a retomada de todas as unidades, dando à linguagem do fenômeno que está sendo estudado, uma feição mais científica e acadêmica.

5° Passo – *síntese das unidades de significado*, realizada a partir de “insights”, contidos nestas unidades e transformados em texto consistente e harmônico, evidenciando a essência do fenômeno.

6° Passo – proposto por Comiotto (1992), pretende *encontrar as dimensões fenomenológicas*, através das quais as essências se mostram. As dimensões constituem-se dos aspectos marcantes encontrados em todas as entrevistas.

4. ESTÁGIO ATUAL DA PESQUISA E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta é uma pesquisa em andamento, não tendo ainda os resultados finais. Estou no terceiro passo da metodologia de análise. As entrevistas gravadas foram transcritas e a partir do sentido do todo estou discriminando as unidades de significado. A seguir, faço algumas colocações quanto à operacionalização do método de análise proposto, a partir da minha experiência.

A coleta das informações exige do entrevistador uma atenção especial considerando as características da entrevista fenomenológica. Além do ambiente tranquilo recomendado, e da postura de acolhimento e atenção, o pesquisador não deve ter pressa, pois o relato pode durar meia hora ou várias horas. É fundamental o respeito pelo tempo do entrevistado. Penso ser interessante, também, a utilização de um diário de campo, isto é, um caderno onde possa anotar, logo após o término da entrevista, alguns

¹²¹ COMIOTTO, M. S., 1992

aspectos de postura, gestos ou outras manifestações percebidas no entrevistado. Estas anotações, nos passos seguintes, somadas à linguagem falada, podem ajudar nos “insights” para a compreensão do fenômeno estudado.

Considero que a transcrição da entrevista deve ser feita pelo próprio pesquisador, pois facilita a *impregnação do conteúdo* recomendada por Giorgi, ainda que posteriormente seja feita a leitura do texto muitas vezes.

Quanto à *discriminação das unidades de significado* penso ser interessante realizar também sem pressa, retomando o trabalho outras vezes em momentos diferentes.

Recordo o já dito anteriormente sobre a importância do pesquisador que, nesta modalidade de pesquisa, é um integrante do grupo e trabalha com a sua subjetividade e intuição.

A pesquisa qualitativa, nas suas diferentes modalidades, ganha cada vez mais espaço na área da saúde. Acredito que essa caminhada no sentido da credibilidade como ciência de rigor, exige de cada pesquisador o compromisso com a metodologia de análise escolhida, condição indispensável para o bom desenvolvimento do trabalho.

Com relação ao término desta pesquisa, devo dizer que, obedecendo o cronograma estabelecido no projeto, a comunicação dos resultados, após conclusão do relatório, deve acontecer em novembro de 2005. Espero poder cumprir esse prazo, mesmo sabendo que o surgimento das essências vai exigir uma fundamentação teórica a ser feita e que, essas partes constitutivas do relatório, exigem tempo e dedicação. Desejo que este trabalho colabore de alguma forma para o desenvolvimento do campo da pesquisa na musicoterapia ao mesmo tempo que, ajudando a desvelar a pessoa do paciente dialítico, ele se mostre e atraia os olhares daqueles que devem pensar e organizar a saúde.

Finalizando quero dizer que essas experiências na pesquisa fenomenológica me levam a pensar na possibilidade da realização de pesquisas nesta modalidade e com essa metodologia de análise das informações, para buscar a compreensão dos fenômenos não pelas “falas”, mas pela produção musical do paciente. Analisando a linguagem musical utilizada durante o processo ou determinada etapa do processo musicoterápico. Talvez seja interessante refletir sobre essa possibilidade.

Referências Bibliográficas

ALDRIDGE, David; ALDRIDGE, Gudrum.(1998) A vida como jazz: esperança, significado e musicoterapia no tratamento de doenças que ameaçam a vida. Tradução de Marcia Cirigliano. In: **Advances in Mind-Body Medicine**, 14(4) pp.271-282. The Fetzer Institute.

BICUDO, Maria Aparecida V.(1994) Sobre a fenomenologia. In: BICUDO, Maria Aparecida; ESPOSITO Vitoria Helena Cunha. **Pesquisa qualitativa em educação**. 2 ed. Piracicaba: UNIMEP.p.15-22.

BRUSCIA, Kenneth.(2000) **Definindo musicoterapia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros,

CAPALBO, Creusa. (2001). Husserl: da gênese passiva à redução. In: **Fenomenologia hoje: existência, ser e sentido no limiar do século XXI**. SOUZA, Ricardo Timm, OLIVEIRA, Nythamar Fernandes (Orgs.) Porto Alegre: EDIPUCRS

CARVALHO, Anésia de Souza.(1991). **Metodologia da entrevista – uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir.

COMIOTTO, Mirian Sirley.(1992) **Adultos médios: sentimentos e trajetória de vida: Estudo do método fenomenológico e proposta de auto-educação**. Tese de Doutorado em Ciências Humanas – Educação Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS. Porto Alegre, RS.

DIAS, Thiago Xavier.(2001). **Histórias reais de pacientes renais**. Trabalho de conclusão do curso de Comunicação Social – habilitação em Jornalismo, na Universidade do Vale do Itajaí. Univali. Itajaí, SC.

FEITOSA, Charles.(2001). Da “aristocracia do ver” à anarquia dos sentidos. In: : **Fenomenologia hoje: existência, ser e sentido no limiar do século XXI**. SOUZA, Ricardo Timm, OLIVEIRA, Nythamar Fernandes (Orgs.) Porto Alegre: EDIPUCRS

GIORGI, Amedeo.(2001) Método psicológico fenomenológico: Alguns tópicos teóricos e práticos. **Educação**, Porto Alegre, v. 43.

_____.(1988)**Phenomenology and Psychological Research**. Pittsburgh: Duquesne University Press.

Jornal Brasileiro de Nefrologia –JBN Volume XXVI – Número 3- Supl. 2 –Setembro de 2004.

LOPES, H.H; SADALA, M.L.A; LOREN;ON, M. (2004) A experiência de ser dependente da máquina da hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia** –JBN Volume XXVI – Número 3- Supl. 2 –Setembro, p.219

MERLEAU-PONTY, Maurice. (1999) **Fenomenologia da percepção**. 2^aed. São Paulo: Martins Fontes

NÖER, Helena Dias (2004) **A canção no tratamento musicoterápico em pacientes renais crônicos**. Monografia de Especialização em Musicoterapia UFPel, RS.

SANTANA, A. R. A. *et al* (2004) Perfil dos usuários do serviço de hemodiálise do Hospital Universitário Presidente Dutra. **Jornal Brasileiro de Nefrologia** –JBN Volume XXVI – Número 3- Supl. 2 –Setembro, p.229

SANTANA, Walterlin (2000) **Musicoterapia no tratamento a pacientes renais crônicos**. Monografia do Curso de Graduação em Musicoterapia da Universidade Católica de Salvador, BA.

STEIN, Ernildo (2004). **Exercícios de fenomenologia: limites de um paradigma**. Ijuí: Unijuí

A MUSICOTERAPIA COMO CAMPO EMERGENTE

*Marcello da Silva Santos*¹²²

Resumo:

Nossa Contemporaneidade é marcada pela transição paradigmática. O modelo científico de visão de mundo, baseado no empirismo, na razão linear e determinista, na análise e conseqüente fragmentação passa a dar sinais de descontinuidades profundas, como se todo “ruído de comunicação” dos últimos trezentos anos (fenômenos estudados á luz da objetividade reducionista) viesse à tona com sua face complexa, apontando-nos para novos rumos de compreensão. Como efeito, o Paradigma Científico agrega para si essa complexidade, fundando uma nova etapa em seu pensamento, transformando as ferramentas de intervenção nos mais variados campos, permitindo facetas interdisciplinares e fundando novos campos de conhecimento, campos complexos em sua própria epistemologia, como a Musicoterapia. Essa pesquisa é um trabalho teórico, que visa investigar a emergência desse campo, entendendo emergência como um fenômeno fruto da auto-organização e da Complexidade.

Palavras-chave: Complexidade – Emergência – Musicoterapia

Introdução

Sabemos que um dos alvos mais comuns de crítica à Musicoterapia é quanto à sua literatura, pelo menos em termos de Brasil. Dessa forma, inicio esses escritos revelando os três principais objetivos de meu trabalho:

- A) Entender a presença da Musicoterapia no campo da Saúde como fenômeno social contemporâneo;
- B) Configurar a Musicoterapia como prática pertinente diante das novas demandas na Saúde: Interdisciplinaridade, humanização e integralidade das ações;
- C) Apresentar à Academia esse campo de epistemologia complexa – a Musicoterapia;
- D) Construção de mais um trabalho teórico sobre a Musicoterapia, fazendo associações com Epistemologia, Teoria da Complexidade e Psicossociologia.

Psicólogo com Especialização em Musicoterapia. Mestrando do Programa EICOS (Estudos Interdisciplinares em Comunidades e Ecologia Social) da UFRJ.

Atividade profissional: Musicoterapeuta da Clínica Geriátrica Atendo, Projeto Buscando Caminhos através da Arte (CBM-CEU e Fundação Leão XIII), Espaço Criança em Foco.

E-mail: marcellosantos@hotmail.com

¹²²

Minha inquietação primeira, como musicoterapeuta que percebe o avanço de nosso campo em várias áreas de atuação tem sido: “No atual contexto, que rumos estariam tomando os paradigmas científicos, estéticos, culturais e terapêuticos?” – Não há uma resposta, nossa história está sendo escrita a cada trabalho, a cada intervenção, a cada nova instituição que recebe os musicoterapeutas e se permite dialogar com nossa prática – mas, como isso se daria? Minha pesquisa teórica esboça hipóteses e pretende sugerir um caminho para uma Epistemologia da Musicoterapia.

A Contemporaneidade

Antes de desenvolver meu pensamento, faz-se necessário iniciar esse trabalho com a contextualização de nosso tema. Não tratamos de Pós-Modernidade e sim de Contemporaneidade ou Atualidade. Não foi um momento “superado”. Vivemos a transição, da linearidade da razão para uma outra razão que vai emergindo a partir da compreensão da complexidade de fenômenos. Também não é um “vale-tudo”, há regras, que são ditadas de forma veloz pela nova racionalidade e suas novas estratégias de controle do mundo e das coisas.

A crise do paradigma científico se dá na medida em que as intervenções dos campos constituídos e legitimados, ditos científicos ou modernos, começam a dar sinais de desgaste com seus objetos. Em nosso caso particular, pensamos no campo da Saúde, aí entendendo todo sentido que nossa Atualidade dá a esse conceito. Não a entendemos como a ausência de doenças, nem tampouco um estado de bem-estar físico, mental, material espiritual, mas à sua nova dimensão ecológica, plural, múltipla, que agora lhe é atribuída e que se torna dissonante da visão fragmentada, reducionista e universalista da Ciência Moderna.

É o momento da fluidez, dos especialistas flexíveis e dos profissionais chamados híbridos, vinculados a campos baseados na dialógica de campos até então de contato impensável, como a Etnobotânica, a Arte-terapia, a Terapia Ocupacional, a Musicoterapia. Na área da Saúde, há uma proliferação das “tecnologias leves”, formas de intervenção baseadas nas relações.

O Pensamento Complexo

Segundo Morin (2001), *complexus* significa “o que foi tecido junto”. A noção de complexidade de um fenômeno decorre da percepção da multiplicidade e da pluralidade deste, pressupõe a inter-relação de seus elementos, nós de uma rede formadora de novos

fenômenos ditos emergentes: o fenômeno complexo não atua de forma isolada, mas gera novos fenômenos a partir de suas ações integradas e dependentes.

O pensamento complexo dá passagem à visão reticular dos fatos, é um método de articulação, inserindo-nos em princípios da Física Quântica, quanto à incerteza do saber. Ela é finita a cada momento, dinâmica e não fala de um estado ou uma condição estática como uma foto. Isso a difere do holismo, que não concebe a rede relacional dos fatos. Leva à compreensão sistêmica e retoma a dialógica “ordem-desordem” e a Auto-organização.

Sujeito, para Morin, é aquele que computa e não o sujeito pensante de Descartes, ou seja, a subjetividade passa pelo armazenamento de informações, o que abre a outras formas de vida (e à própria raça humana), a possibilidade de uma subjetividade anterior ao pensamento.

Princípios de Emergência nos Sistemas

“Os fenômenos complexos são marcados pelos processos de emergência, pelos quais propriedades novas/diferentes surgem a partir da interação das partes ou dos diferentes níveis de realidade ou organização, marcando a necessidade de diferentes epistemologias e paradigmas para a abordagem destas discontinuidades, às vezes dentro de um mesmo campo interdisciplinar”.

(Vasconcelos, 2002: 62)

Sistemas complexos geram emergências. A emergência é marcada pelo movimento de regras de nível baixo para a sofisticação do nível mais alto. Não podemos esquecer que, além de complexos, os sistemas são sempre adaptativos, com seus múltiplos agentes interagindo dinamicamente de diversas formas, seguindo regras locais e não percebendo qualquer instrução de nível mais alto, mas este só é considerado emergente quando todas as interações locais resultarem em um comportamento macroobservável. Seriam quatro os princípios da emergência:

A) INTERAÇÃO ENTRE VIZINHOS

Nesse passo se torna importante a inteligência coletiva, o engajamento coletivo em resolver problemas com nuances e imprevistos. Não têm acesso à situação global, mas

trabalham de forma coordenada. Os agentes individuais do sistema prestam atenção a seus vizinhos mais próximos em vez de ficar esperando ordens superiores. Dentro dessa perspectiva, destacamos a constituição de redes e a Interdisciplinaridade como movimentos que abrem caminho para a emergência de “tecnologias leves” como a Musicoterapia.

B) RECONHECIMENTO DOS PADRÕES

Esse princípio trata da idéia de Inteligência emergente – habilidade de guardar e recuperar informação, reconhecer e responder a padrões de comportamento humano. Aprender não é só estar consciente da informação, é também armazenar informação e saber onde encontrá-la. É alterar o comportamento de um sistema em resposta a padrões, de modo a torná-lo mais capaz de atingir o objetivo a que se propõe. É a reação às necessidades específicas e mutantes de seu ambiente.

Retomamos aqui a idéia da força adaptativa em prol da demanda, numa concepção ecológica. Aqui entendemos também as estratégias da Medicina Social, de sua estatização à sua Humanização, bem como a dinâmica interdisciplinar, geradora de um pensamento interdisciplinar emergente e de novos campos como a Musicoterapia, fruto da dialógica Arte-Ciência.

C) FEEDBACK

Talvez aqui resida um dos pontos de partida do processo de emergência: a busca do equilíbrio (homeostase), base do processo adaptativo, de todo sistema descentralizado para o crescimento e sua auto-regulação. Criam-se então sistemas adaptativos, novas práticas e modalidades de atendimento, com novas epistemologias, como a entrada da intersubjetividade em jogo.

O *feedback* possui duas modalidades, positivo ou negativo, cujas próprias características nos indicam suas contribuições para a mudança:

POSITIVO	NEGATIVO
<p>- Ciclos auto-alimentados – não funciona no sentido de equilíbrio – reforça a descontinuidade, promove a repetição.</p>	<p>- Modo indireto de empurrar um sistema fluido e mutável em direção a um objetivo</p> <p>Homeostase</p> <p>- Transforma um sistema complexo em um sistema complexo adaptável.</p> <p>- Modo de alcançar um ponto de equilíbrio apesar das imprevisíveis e variáveis condições externas.</p>

D) CONTROLE INDIRETO

É a própria forma como acabamos identificando os processos mais visíveis da emergência, a transição. Mistura o familiar ao estranho, propondo a auto-organização dos sistemas complexos, numa dinâmica de ordem e desordem que ressignifica as relações entre os agentes. Novas regras são tecidas, elaboradas e compostas. Aqui, o poder é descentralizado, horizontal. É a própria construção da rede baseada em equidade e solidariedade dos seus elementos. A própria emergência das técnicas expressivas como intervenção na área da Saúde apontam para isso. Há uma tenso de estranhamento e reconhecimento. É o que qualquer musicoterapeuta vive em seu momento inicial em instituição até tornar-se prática rotineira da mesma.

Considerações finais

O presente trabalho está em elaboração, mas, por ora, algumas conclusões parecem arrefecer nossas preocupações:

- I. A complexidade sugere problematização e não solução, no sentido de abordagem do fenômeno;
- II. Sistemas complexos só podem receber esse nome a partir das interações entre suas partes e só são emergentes quando geram um novo fenômeno;

- III. A transição é um momento propício ao avanço da Musicoterapia na área de Saúde;
- IV. Esse trabalho se mostra pertinente, pois se torna um instrumento teórico que abre a discussão e defesa da Musicoterapia junto a equipes interdisciplinares;
- V. A emergência é um fenômeno de adaptação – nosso campo avança em várias áreas por demanda e não imposição;
- VI. O perfil do musicoterapeuta é um retrato de nosso contexto: sua formação não é de um campo interdisciplinar, mas de um campo baseado numa dialógica, expediente usado pela interdisciplinaridade na direção de uma *inteligência emergente*;
- VII. A Clínica se dá onde se dá a inter-relação – não precisa de lugares marcados, mas do contato e interação entre os vizinhos. A visão sistêmica da formação do musicoterapeuta (Iso, Paisagem sonora, canção desencadeante) o capacita dentro das novas práticas, ditas “tecnologias leves”.

Referências Bibliográficas

CAPRA, Fritjof (1983). **O Ponto de Mutação**. São Paulo, SP: Cultrix.

JOHNSON, Steve (2003). **Emergência - A Dinâmica de Rede em Formigas, Cérebros, Cidades e Softwares**.

MORIN, Edgar (2001). **Ciência com Consciência**. Rio de Janeiro, RJ. Bertrand Brasil, 5ª edição.

PETRAGLIA, Izabel Cristina (1995). **Edgar Morin – A Educação e a Complexidade do Ser e do Saber**. Petrópolis, RJ: Vozes.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (2002). **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: Epistemologia e Metodologia Operativa**. Petrópolis, RJ: Vozes.

A MUSICOTERAPIA E O CONTEXTO ORGANIZACIONAL.

*Thayane Xavier de Freitas*¹²³
*. Claudia Regina de Oliveira Zanini*¹²⁴
*Célia Maria Ferreira da Silva Teixeira*¹²⁵

Resumo:

Este trabalho trata sobre a possibilidade de utilização da musicoterapia no contexto organizacional. Para tanto, realizou-se um estudo teórico e uma pesquisa de campo que consistiu em entrevistas com profissionais das áreas de Recursos Humanos e Musicoterapia, objetivando uma melhor compreensão deste contexto. Constatou-se, com este estudo, que atualmente esta prática está voltada para a minimização de problemas que estão diretamente ligados àquela organização a ser atendida, sendo denominada de Prática Ecológica (BRUSCIA, 2000). Os dados coletados apontaram a musicoterapia organizacional como sendo a utilização da musicoterapia dentro de organizações, viabilizando assim a promoção da qualidade de vida no ambiente de trabalho, enfocando desta forma as relações interpessoais deste ambiente. Contudo, concluiu-se, através deste trabalho, que outros modelos de atendimentos musicoterápicos em organizações podem ser traçados, tomando como ponto de partida a relação intrapessoal, abrindo assim outras formas de práticas em musicoterapia aplicadas ao contexto organizacional.

Palavras-Chave: Musicoterapia, Contexto Organizacional, Recursos Humanos

Introdução

O presente trabalho emergiu da necessidade de aprofundar estudos acerca da prática musicoterápica na área de Recursos Humanos, viabilizando assim, uma discussão a respeito de uma das possibilidades de aplicação da musicoterapia, que é pouco estudada, oportunizando estudos para que se desenvolvam maior interesse pela área e conhecimento desta prática.

¹²³ Bacharel em Musicoterapia pela Escola de Música e Artes Cênicas/Universidade Federal de Goiás.. Musicoterapeuta integrante da Equipe do Setor de Educação Inclusiva da Secretaria Municipal de Educação de Cariacica – ES E-mail: thayanefreitas@hotmail.com

¹²⁴ Mestre em Música pela Escola de Música e Artes Cênicas da UFG / Universidade Federal de Goiás, Especialista em Musicoterapia em Educação Especial e em Saúde Mental/UFG, Graduada em Piano/UFG e Administração de Empresas/ UCG - Universidade Católica de Goiás, Instituição: Universidade Federal de Goiás – UFG.. Coordenadora do Curso de Musicoterapia e do Laboratório de Musicoterapia, Profª. e Pesquisadora na UFG, Responsável pelo Coro Terapêutico da UNATI - Universidade Aberta à Terceira Idade – UCG, Líder do Núcleo de Musicoterapia, diretório de pesquisa cadastrado no CNPQ. E-mail: claudiaz.mt.ufg@cultura.com.br

¹²⁵ Psicóloga. Mestre em Educação Escolar Brasileira - Faculdade de Educação/ UFG, Doutora em Psicologia – Instituto de Psicologia/ UnB.. Coordenadora e Profª do Serviço de Psicologia do Departamento de Saúde Mental e Medicina Legal/UFG. Coordenadora do “Programa de Estudos e Prevenção ao Suicídio e Atendimento a Pacientes com Tentativa de Suicídio” – PATS. Profª do Programa de Pós-Graduação em Música/ UFG.e-mail: celiaferreira@cultura.com.br

Aborda-se-á as possibilidades de atuação do musicoterapeuta a fim de fazer intervenções na área de Recursos Humanos, levando em consideração o contexto organizacional e o potencial mobilizador que a música possui de estimular o indivíduo, uma em suas mais variadas possibilidades.

Tendo em vista que a literatura envolvendo a área de Musicoterapia Organizacional é de certa forma escassa, buscou-se através deste estudo aprimorar conhecimentos que contribuam para a elucidação da prática musicoterápica na área, estudando as possibilidades que o musicoterapeuta possui para atuar dentro de uma empresa. Através de entrevistas com alguns profissionais, visa-se obter informações sobre as formas de intervenção e quais as técnicas musicoterápicas que foram e podem ser utilizadas. Além disso, pretende-se promover a divulgação da Musicoterapia no âmbito organizacional.

O Contexto Organizacional

As organizações têm sido alvo de grandes estudos. Muito se tem discutido buscando esclarecer e melhor entender os componentes que as envolvem, que são um tanto quanto complexos, requerendo assim estudos na área. Estas descobertas, no entanto, vêm provocando uma série de mudanças nas organizações. Estas buscam cada vez mais a facilitação do cumprimento de suas tarefas, mesmo porque estas precisam estar cada vez mais atualizadas para o mercado que a cada dia vem se alterando.

Conforme ROBBINS (2002), organização é um sistema social composto por duas ou mais pessoas que funcionam a fim de atingir um objetivo em comum (escolas, igrejas, hospitais, unidades militares, lojas, família, órgãos públicos e outras).

CHIAVENATO (1999) afirma que as “... organizações jamais existiriam sem as pessoas que lhe dão vida, dinâmica, impulso, criatividade e racionalidade... são constituídas de pessoas e dependem delas para atingir seus objetivos e cumprir suas missões”.

Quando se fala em organizações, há dois conceitos que devemos resaltar: Cultura Organizacional e Comportamento Organizacional.

A Cultura Organizacional compreende:

“... sistemas de valores, compartilhados pelos membros de uma organização e que a difere de uma para a outra. Esse sistema

é, em última análise, um conjunto de características-chaves que a organização valoriza (...) representa uma percepção comum mantida pelos membros da organização” (ROBBINS, 2002, p.498 e 499).

Sendo assim, a cultura organizacional diz respeito a uma série de atitudes que as pessoas possuem em decorrência de valores, ritos, mitos e tabus.

O Comportamento Organizacional, antigamente chamado de Relações Humanas, é definido por ROBBINS (*Op.cit.*) como sendo uma ciência que investiga o impacto do comportamento humano sobre as organizações e tem como finalidade a transformação deste conhecimento em benefício para a organização.

O Comportamento Organizacional depende e/ou sobrevive do comportamento das pessoas. Acredita-se que haja um movimento de reciprocidade entre a organização e as pessoas que a compõem.

CHIAVENATO (1999, p.45) fala sobre a importância da organização para a realização pessoal dos indivíduos:

“Para as pessoas, as organizações constituem o meio pelo qual elas podem alcançar vários objetivos pessoais com um mínimo de tempo, esforço e conflito. Muitos dos objetivos pessoais jamais poderiam ser alcançados apenas por meio do esforço pessoal isolado. As organizações surgem para aproveitar a sinergia dos esforços de várias pessoas que trabalham em conjunto (...) as pessoas dependem das organizações para atingirem os seus objetivos pessoais e individuais, crescer na vida e ser bem-sucedido quase sempre significa crescer dentro das organizações”.

A partir destes aspectos podemos dizer, em outras palavras, que o indivíduo preza por uma qualidade de vida no trabalho, esperando que a organização onde trabalha venha satisfazer seus desejos.

Por outro lado, para a organização o trabalhador é o elemento mais importante deste sistema uma vez que este faz a organização existir. Alguns autores descrevem o Recurso Humano como o maior bem funcional da organização, e este fato pode ser considerado como uma questão de troca de benefícios, onde o trabalhador faz o seu serviço (obrigação moral) em troca de alguma vantagem material (salário).

A organização deve se preocupar com o crescimento e desenvolvimento das pessoas que ali trabalham, para que estas possam atingir a competência, a criatividade e a realização de suas atividades. A organização busca ainda o aperfeiçoamento da execução

de suas tarefas, através do bom relacionamento dos seus funcionários e da capacidade destes em cumprir com estas saudavelmente.

Musicoterapia e Recursos Humanos

Como o objetivo deste trabalho é averiguar as possibilidades de atuação do musicoterapia junto aos trabalhadores de uma organização, fez-se um estudo bibliográfico acerca desta prática.

VON BARANOW (1999) fala sobre a prática musicoterápica aplicada à área de Recursos Humanos, com grupos de profissionais, de uma determinada organização. A autora fala que os objetivos desta é a promoção de maior interação entre seus membros, fortalecendo assim as relações interpessoais que podem estar sendo prejudicadas por conflitos advindos das escalas hierárquicas. Além disso, pode-se promover a diminuição do nível de *stress*, auto-conhecimento e a auto-expressão correlacionados ao grupo.

Para BRUSCIA (2000), a área definida como Musicoterapia Organizacional consiste na prática da aplicação da música com a finalidade de apoiar e desenvolver equipes de trabalho, buscando melhorar as relações em ambientes de trabalho e em grupos profissionais.

Cabe também pontuar acerca de uma área prática em especial: a Ecológica. Esta prática, de acordo com BRUSCIA (*Op.cit.*), abrange estratos sócio-culturais da comunidade e seu ambiente físico, compreendendo assim a cultura de um determinado grupo. O musicoterapeuta ao exercer esta prática deve estar atento às causas dos problemas de saúde deste grupo, procurando melhorar a saúde do próprio ambiente físico, ajudando aos seus integrantes a lidarem com estes problemas advindos das relações do grupo ou vice-versa.

A Musicoterapia e As Organizações – Algumas Possibilidades De Atuação

METODOLOGIA

A pesquisa de campo consistiu na realização de entrevistas com profissionais da área de Recursos Humanos e musicoterapeutas que atuaram/atuam na área.

Realizou-se um levantamento de nomes de profissionais de Recursos Humanos a serem entrevistados, conforme o tipo de organização a qual este dirigia, no intuito de

verificar as semelhanças e diferenças coexistentes. Dentre estes, havia psicólogos, administradores e um educador físico. As organizações contactadas foram: uma instituição federal, um hospital público, uma fábrica metalúrgica, uma empresa de telecomunicações, uma empresa multinacional e uma escola particular.

As entrevistas foram realizadas com o auxílio de um gravador. Os entrevistados responderam perguntas semi-estruturadas, ou seja, estas puderam sofrer algumas alterações no momento que aconteciam, visto que tiveram um caráter informal. Além disso, os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido,

DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS

- Dos dirigentes organizacionais:

Os entrevistados foram unânimes em falar que a área de RH deve fazer parte de qualquer tipo de organização e alguns ainda relataram que a organização é composta de pessoas e para que a organização cumpra com suas tarefas é necessário que haja gestão destes funcionários.

Outra pergunta lançada foi a respeito do que venha ser a musicoterapia. Pôde-se observar que para alguns o conceito de musicoterapia não está bem definido se levarmos em consideração o conceito dado por musicoterapeutas. No entanto, a maioria vê a possibilidade de aplicação da musicoterapia na área, embora não saibam como.

*“... tem empresas que tem coral, que cantam... que é uma forma também das pessoas irem lá e se extravasarem as ansiedades, as angústias que tem no trabalho, que possivelmente elas colocam talvez de uma forma não tão específica, não sei como seria o tratamento de musicoterapia especificamente, mas eu acredito que seria uma ótima escolha
(Entrevista do representante da Organização IV).*

Estes profissionais demonstraram interesse em conhecer mais sobre a Musicoterapia Organizacional, o que ficou evidenciado através da disposição destes em colaborar com este estudo, respondendo as questões inerentes ao assunto, dando sugestões aos musicoterapeutas, requisitando projetos e cópias deste estudo, mesmo não possuindo vínculo inicial com a entrevistadora.

- Dos profissionais musicoterapeuta:

Para a prática musicoterápica neste contexto, alguns musicoterapeutas encontraram dificuldades para a implantação da musicoterapia no setor e em alguns casos a implantação do serviço se deu através do convite da organização.

Antes de implantar o serviço de musicoterapia os profissionais optaram por fazer palestras expositivas sobre o tema.

Quanto as etapas musicoterápicas, não foram todos que as cumpriram de maneira formal.

Uns fizeram atendimentos em grupos abertos e outros fizeram grupos fechados, o que alterou as formas de intervenções. Embora os enfoques tenham sido diferenciados, os objetivos dos atendimentos eram voltados para a relação interpessoal dos participantes e, mesmo não tendo alcançado os objetivos específicos (citado: auto-conhecimento) os atendimentos alcançaram objetivos gerais.

Os métodos musicoterápicos utilizados foram: *improvisação, re-criação, e audição musical* (BRUSCIA, 2000); e, os principais recursos: instrumentos de percussão e Cd player, além de outros a fim de atender as necessidades dos atendimentos.

Em geral, foram bem aceitos pelos integrantes/funcionários do grupo e pelas organizações envolvidas.

Considerações Finais

Através deste trabalho, pôde-se conhecer as possibilidades de intervenção musicoterápica em uma organização. Como resultado deste apontar-se-á algumas considerações relevantes.

Quanto a *práxis*, a musicoterapia tendo um enfoque organizacional é uma área pouco explorada ao ser comparada com outras áreas musicoterápicas. Isto se tornou perceptível através das dificuldades de contactar profissionais que trabalham e/ou trabalharam na área para as entrevistas.

Outro fator é a escassez de literaturas que especificam esta área. Poucos profissionais documentaram algo a respeito desta atuação, o que pode também ter ocasionado uma barreira para o investimento de musicoterapeutas nesta área, bem como o de profissionais da área organizacional, até mesmo pela falta de dados com relação a esta atuação. Conforme demonstrado nas entrevistas, os profissionais de Recursos Humanos pouco conhecem sobre a prática musicoterápica nas organizações e têm em suas mentes apenas hipóteses acerca da mesma.

Com relação aos tipos de abordagem utilizada pelos musicoterapeutas nesta área de atuação, pode-se perceber que a Prática Ecológica é uma das que mais vai ao encontro das necessidades das organizações, pois objetiva à qualidade de vida no ambiente de trabalho.

O relato dos musicoterapeutas e dos profissionais de RH entrevistados evidenciaram que as maiores preocupações dos dirigentes organizacionais são aquelas que estão totalmente direcionadas ao andamento destas, levando-os a focalizar, primordialmente, as relações interligadas ao contexto organizacional (interpessoais). Porém, esta visão não implica em exclusão de outros enfoques na prática musicoterápica que também poderiam surtir efeitos, caso objetivassem a promoção da saúde individual dos funcionários, pois uma vez o funcionário estando bem (relação intrapessoal), este irá transmitir este bem estar aos demais da organização, promovendo assim a saúde organizacional.

Considera-se ainda satisfatório o alcance de um objetivo que *a priori* não foi o principal: A elucidação da prática musicoterápica para os dirigentes organizacionais. Através das entrevistas, mesmo que não haja a concretização da prática musicoterápica nestas organizações, pode-se clarificar ou pelo menos aguçar a curiosidade destes profissionais sobre a real função da musicoterapia e quais as demais formas de atuação musicoterápica..

Através deste trabalho pôde-se perceber que as formas de intervenções musicoterápicas podem ser variadas e cabe ao musicoterapeuta do local a ser implantado o serviço estar avaliando a melhor estratégia de atuação.

O musicoterapeuta é mais um profissional que vem para auxiliar as organizações a alcançarem assim seus objetivos com mais precisão. Enfim, a área organizacional está cada vez mais carente de profissionais que estejam envolvidos com a dimensão emocional dos seus funcionários, e embora as organizações ainda não estejam investindo neste “bem ativo”, elas já estão começando a perceber que o bem-estar do seu funcionário pode originar produtividade, gerando assim uma espécie de lucro em longo prazo.

Referências Bibliográficas

BRUSCIA, K. E (2000). **Definindo a musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros,2000.

CHIAVENATO, I (1999). **Gestão de pessoas**, o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus.

ROBBINS, S (2002). **Comportamento organizacional**. Rio de Janeiro: Prentice Hall Brasil.

VON BARANOW, A. L (1999). **Musicoterapia** - uma visão geral. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

A MUSICOTERAPIA NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: DELIMITAÇÃO DE UM CAMPO DE ATUAÇÃO HOSPITALAR

*Eliamar Ap^a de Barros Fleury e Ferreira*¹²⁶

Resumo

Tendo em vista os diferentes *settings* musicoterápicos, que requerem uma flexibilidade de ações por parte do musicoterapeuta, objetiva-se com este trabalho, investigar como a Musicoterapia pode se adequar a um contexto hospitalar na área da oncologia pediátrica. Para tanto, apóia-se na Abordagem Metodológica da Pesquisa Clínico-Qualitativa, considerando-se que a mesma propõe-se a tratar, além das questões de cunho técnico-metodológico, também com questões de foro íntimo, e que encontram-se vinculadas a sentimentos de angústias e ansiedades – clínicas e existenciais – referentes ao processo de adoecer e permeadas por relações interpessoais complexas. Nessa perspectiva, o pesquisador apresenta-se, por um lado, como agente participante na coleta de dados, e por outro, desempenhando o papel de observador, considerando que se trata de um campo de estágio de acadêmicos do Curso de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás. No desenvolver do trabalho, pretende-se também investigar como a musicoterapia pode ser inserida em cada uma das formas de atendimento oferecidas pela instituição em questão e avaliar quais as técnicas musicoterápicas e procedimentos aplicáveis a cada *setting* específico.

Palavras-Chave: Musicoterapia hospitalar, oncologia pediátrica.

Introdução

Sabe-se que para a realização de uma pesquisa, alguns aspectos devem ser considerados. A necessidade desta pode se dar a partir da originalidade da idéia ou tema, da adoção de práticas já estabelecidas em outros países e daí, buscando-se verificar a efetivação destas práticas no campo onde a pesquisa será proposta, ou ainda, pode-se considerar a sua necessidade vinculada a delimitações que se fizerem necessárias em campos de atuação diversos.

Sabe-se também, que, principalmente as pesquisas que envolvem seres humanos e sua subjetividade, devem contextualizar esse humano do ponto de vista social, cultural, político, econômico, entre outros, mostrando assim, o contexto da realidade na qual este humano a que a pesquisa se refere, encontra-se inserido.

Neste sentido, necessário se faz, traçar breves linhas suscitando reflexões sobre a atual política que envolve algumas medidas de humanização voltadas à saúde da

¹²⁶ Professora da Universidade Federal de Goiás/Escola de Música e Artes Cênicas.

Membro do NEPAM. Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Musicoterapia, vinculado ao CNPq. Membro da Comissão de Pesquisa da Escola de Música e Artes Cênicas/UFG.

Membro do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar/Associação de Combate ao Câncer em Goiás. Hospital Araújo Jorge.

população brasileira, num âmbito social maior, uma vez que a realidade que se propõe desvendar nesta pesquisa, diz respeito a agentes produtores de saúde.

Com a crescente preocupação no que diz respeito à humanização da assistência hospitalar, ações diversas vem ocorrendo no sentido de viabilizar propostas que, concretamente, se mostrem efetivas nesse âmbito. Com esse objetivo o Ministério da Saúde vem realizando um trabalho acirrado no investimento em projetos¹²⁷ que transitam nesse âmbito. Nesse sentido, a humanização é compreendida como:

“um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelecendo-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz” (Ministério da Saúde, 2004, p. 8).

Com essa política o Ministério da Saúde passou a viabilizar o intercâmbio entre aqueles indivíduos aos quais, no decorrer da história, havia sido delegados os poderes e direitos como únicos responsáveis pela produção da saúde¹²⁸ e aqueles indivíduos que se preocupam, numa perspectiva mais ampliada, com a dimensão subjetiva e social do sujeito. Nessas palavras não há qualquer intenção que venha ser pejorativa, como p. ex., dizer que os primeiros deixem de reconhecer a subjetividade existente naquele que está sob cuidados de saúde. A intenção é relembrar mais uma vez, o que já não se diz novidade, ou seja, que no passado, e na atualidade, em muitos atendimentos à saúde, o indivíduo foi e é visto somente como um ser biológico, e portanto, assim também cuidado. Enfim, foi reconhecendo politicamente, que este modelo é o modelo que não mais atende ao ser humano, que o Ministério da Saúde passou também, a reconhecer politicamente que é necessário dar ao indivíduo o que a ele pertence: considerá-lo em sua integralidade, como ser biopsicosocioespíritual que é, e tendo como resultado desse reconhecimento, a realização de ações humanizadoras. Enfim, aí é que começa a ampliar progressivamente, a parceria entre os dois agentes citados anteriormente.

Diante deste panorama político-social, torna-se comum nos hospitais, práticas humanizadoras que possuem em suas interlocuções as facetas múltiplas da arte no geral,

¹²⁷ Como exemplo podem ser citadas as ações realizadas pela Política de Saúde no que diz respeito à saúde da criança e saúde da mulher.

¹²⁸ Profissões política e socialmente reconhecidas como da Saúde.

e, em particular, da arte sônica. Assim, grupos que visam a humanização introduzem nos hospitais instrumentos musicais solistas, duos e trios instrumentais, o canto acompanhado ou não por instrumentos musicais, os grupos corais formados por trabalhadores da saúde, bem como os corais que são levados para apresentar tanto para pacientes como para os cuidadores, entre outras formas de uso da música. Sabe-se que estas práticas apresentam-se como uma constante em várias especialidades hospitalares, e, em particular, na especialidade oncológica. Sem sombra de dúvida, referidas ações devem ser consideradas muito bem vindas, pois possuem, com toda certeza, contribuições a serem oferecidas no processo de humanização.

Focando o olhar nas práticas musicoterápicas que começam a eclodir como novas possibilidades de atuação na realidade brasileira, sabe-se que uma delas diz respeito à atuação em contextos de saúde que, até então, não eram transitados por profissionais desta categoria. Até bem pouco tempo, p. ex., não era comum deparar-se com o musicoterapeuta atendendo em hospitais que tratam de pacientes com câncer. Com a inserção desses profissionais, e, com a constatação de que essa terapêutica apresenta-se efetiva na ajuda ao paciente oncológico, nos dias atuais, muitos musicoterapeutas já se constituem como membros integrantes da equipe de atendimento a esta clientela, fortalecendo assim, a práxis musicoterápica nessa especialidade, que até então, se fazia nova no Brasil. Com a ampliação desta prática, surge paralelamente, a preocupação de se pensar sobre esse novo fazer musicoterápico e, com isso, se fazem presentes nos encontros científicos específicos desta especialidade, estudos de casos de pacientes oncológicos atendidos na musicoterapia; avaliações musicoterapêuticas na área da oncologia; reflexões sobre o fazer musical do paciente oncológico, dentre outros focos de reflexão de cunho científico que associam de alguma forma, a musicoterapia e a oncologia. Nunca é demais ressaltar as inúmeras contribuições que estas reflexões oferecem à formatação do corpo teórico da musicoterapia, dando continuidade ao seu processo de fortalecimento técnico-científico.

Entretanto, fazendo um entrelaçamento das ações humanizadoras que se fazem presentes na área da saúde a partir da prática da arte dos sons, como relatado anteriormente, e a inserção do musicoterapeuta também na área da saúde, em particular, em ambos os casos, no cuidado ao paciente oncológico, reflexões e delimitações outras se fazem necessário, partindo de considerações sobre essas duas práticas.

Deve-se considerar, p. ex., que tanto a inserção das referidas ações humanizadoras, como a inserção do musicoterapeuta neste contexto hospitalar, estão

ocorrendo quase que simultaneamente, num mesmo contexto sócio-político-histórico-cultural.

Em segundo lugar, deve-se considerar que estas duas práticas se constituem “*per si*”, ações que podem ser chamadas de humanizadoras. A primeira delas por se fazer veicular com este objetivo como sendo “o” objetivo, e a segunda, ou seja, a prática musicoterápica, pelo fato de que “humanizar o humano” – por mais paradoxal que seja esta colocação –, se mostra, a princípio, como algo inerente ao fazer musicoterápico (Cunha, 2000), uma vez que se busca dar voz, fazer ecoar o que de mais humano pode haver tanto no paciente em questão, como em qualquer pessoa que esteja em tratamento musicoterápico.

Em terceiro lugar, considera-se, mesmo parecendo dizer o óbvio, que tanto as ações humanizadoras aqui especificadas, como a musicoterapia, utilizam algo em comum e que se mostra como o elemento impactante em ambos os fazeres: “a música”. Na manipulação deste elemento sônico, essas duas práticas parecem ainda mais se encontrar, se misturar e se confundirem numa única territorialidade. Vale lembrar que na visão deleuziana, a música é considerada “... *como um agenciamento de velocidades, de forças de atração e repulsão, de polarizações, de gestualidades, de tempos, de intensidades, de massas sonoras, de volumes, de texturas, de formas, de devires, etc. como um moto contínuo de territorialização e desterritorialização*” (Sampaio, 1999), levando assim, a questões do tipo: quais os territórios da musicoterapia? Quais os fatores de sua territorialidade que a diferencia das práticas humanizadoras que também se utilizam da música? Bruscia (2000) refere que na “musicoterapia e medicina” podem ser incluídas “*a músico-terapia de apoio, a terapia com atividade musical, a recreação musical terapêutica ou qualquer outra prática aumentativa que possa intensificar o tratamento ou a qualidade de vida do paciente com problemas médicos*” (p. 205). Mesmo diante dessa delimitação apresentada por Bruscia, a proximidade nestes dois fazeres parece estar muito presente.

Por fim, deve-se considerar também, que, para que se tornem efetivos, os atendimentos à saúde na realidade brasileira, estes necessitam “dar conta” do quantitativo e não somente do qualitativo, especialmente quando se trata de serviços públicos ou filantrópicos. Em se tratando da área oncológica pediátrica, isso também é um fato que deve ser considerado, haja vista, a grande demanda. Atender ao maior número possível de pacientes – exigência da realidade no cuidado à saúde do brasileiro – com a manutenção também, de um atendimento com qualidade, são desafios a serem vencidos. Entretanto, é

neste contexto social que a musicoterapia hospitalar vem se desenvolvendo e buscando “se assentar”. Ora, atender a uma demanda hospitalar desenvolvendo trabalhos somente em consultório dentro da instituição, parece tornar um limitador do ponto de vista quantitativo. Limitador também, ao ser considerado que trabalha-se com uma clientela que, seja por questões do quadro clínico, por impedimentos trazidos pelo próprio tratamento, ou ainda por questões outras, pode encontrar-se com dificuldades de deixar seu leito para ser atendido em consultório. No transcorrer desses fatos, na práxis musicoterápica, torna-se necessário a realização de atendimentos em *settings* “abertos” – enfermarias, isolamentos, salas de quimioterapia ambulatorial, UTI’s, corredores, salas de espera, etc –. É exatamente aí que surge o quarto aspecto a ser considerado: atender em *setting’s* abertos significa também, estar ao olhar e ao julgamento do outro, proporcionando-lhe uma construção mental própria na definição para si, do material que está sendo observado, criando assim, significados individuais e sociais referentes à prática em questão. Compreende-se que o terceiro e quarto aspectos apontados encontram-se intimamente ligados, uma vez que o “fazer” que se descortina ao “outro” é o “fazer musical”¹²⁹, com tudo que lhe é de direito (uso da voz, uso dos instrumentos musicais, uso do corpo enquanto agenciador do movimento, etc).

A partir desse panorama e, desenvolvendo uma prática musicoterápica que se encontra inserida na rotina hospitalar diária no atendimento a crianças com câncer, rotina esta que exige uma troca e repasses constantes a outros membros da equipe sobre as respostas dos pacientes diante do atendimento musicoterápico e os benefícios efetivos que isto traz ao paciente em seu tratamento, cada vez mais, fortalece-se a convicção da necessidade do estabelecimento não somente de uma rotina hospitalar própria da musicoterapia, o que é estabelecido pela práxis em si, como também, uma compreensão mais clara sobre as possibilidades de desempenho desta terapêutica, na rotina hospitalar em seu contexto hospitalar maior.

Sabe-se que as delimitações de um campo vão contribuir não somente para um desempenho mais adequado da prática musicoterápica no âmbito hospitalar, como também, para auxiliar os demais membros de uma equipe no que se refere à compreensão do que vem a ser a práxis musicoterápica e o que lhe é de verdadeira competência.

¹²⁹ Considera-se aí que a compreensão das particularidades que envolvem o “fazer musical” e o “fazer musicoterápico” são de propriedade única da formação do musicoterapeuta e, portanto, de sua prática, e que, numa instância menor, a compreensão clara desta diferença, faz parte de um número, talvez, consideravelmente limitado de pessoas não- musicoterapeutas.

Assim, esta pesquisa surgiu a partir destas observações e de algumas inquietações vinculadas à práxis hospitalar – oncologia pediátrica –, desenvolvida pela autora deste. No desempenho do trabalho, observava-se por um lado que, a cada novo *setting* em que se procurava proporcionar o atendimento musicoterápico, tornava-se necessário uma adaptação deste, ao espaço em que se propunha atender. Nada mais lógico poderia ocorrer, uma vez que várias adaptações se tornam necessárias procurando cumprir com as propriedades do contexto ao qual se insere, não sendo isto, “*per si*”, uma especificidade da Unidade em questão. Entretanto, começou-se a observar que as adaptações, neste contexto específico, pareciam impregnadas de uma série de características próprias e que se constituíam em dificultadoras do referido processo.

Considerando o desenvolvimento da musicoterapia hospitalar em nosso país e a viabilização das práticas humanizadoras que utilizam-se da música em hospitais, tem-se a certeza de que uma pesquisa que busca delimitar campos de atuação musicoterápico possível de serem desenvolvidos neste contexto, muito terá a oferecer para seus pares.

Essas delimitações trarão contribuições também que ajudarão a obter uma maior clareza do que vem a ser a musicoterapia hospitalar e as diferenças desta com as práticas humanizadoras que fazem uso da música, a partir de um estudo sistematizado numa realidade sócio-cultural própria do povo brasileiro, justificando-se assim, a sua relevância.

Objetivo Geral

Investigar como a Musicoterapia pode se adequar a um contexto hospitalar na oncologia pediátrica.

Objetivos Específicos

Conhecer e analisar quais as formas de atendimento desenvolvido na unidade hospitalar em questão.

Investigar como a musicoterapia pode se inserir em cada uma dessas formas de atendimento.

Identificar quais as técnicas e procedimentos aplicáveis a cada forma de atendimento.

Conhecer os significados dados pelos pacientes e acompanhantes ao atendimento musicoterápico durante o período de tratamento.

Conhecer quais os benefícios proporcionados ao paciente durante seu tratamento, através dos atendimentos musicoterápicos oferecidos aos acompanhantes.

Gerar material bibliográfico na área da musicoterapia em oncologia pediátrica através de um estudo sistematizado.

Procedimentos Metodológicos

Esta pesquisa em desenvolvimento, estrutura-se à luz da Abordagem Metodológica Clínico-Qualitativa que, de acordo com Turato (2000) pode ser definida como “*o estudo e a construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo particularizado em settings da Saúde, bem como abarca a discussão sobre um conjunto de técnicas e procedimentos adequados para descrever e compreender as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos referidos neste campo*” (p. 96).

A investigação¹³⁰ está sendo realizada em um hospital especializado no tratamento do câncer infantil e do adulto, situado na região centro-oeste brasileira, sendo alvo desta pesquisa, somente a unidade pediátrica.

Após a autorização da chefia da unidade pediátrica e do diretor do hospital, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, recebendo o parecer favorável.

Inicialmente fez-se um estudo bibliográfico buscando-se o suporte teórico que fundamenta a investigação. Em seguida, passou-se ao estudo sobre o funcionamento da unidade pediátrica buscando-se o conhecimento e a análise das formas de atendimentos realizados na referida unidade, para posteriormente, investigar como a musicoterapia pode se inserir em cada uma dessas formas de atendimentos, bem como os procedimentos e técnicas musicoterápicas pertinentes aos diferentes *settings* pesquisados.

A investigação, a partir de observações *in loco*, apresenta como característica da abordagem a qual se apóia este estudo, o papel do “pesquisador-como-instrumento”, considerando a pessoa do investigador como sendo o instrumento principal da coleta e registro dos dados em campo, uma vez que a ele pertence o desejo de conhecer melhor os fenômenos humanos. Os demais instrumentos de coleta (a atuação musicoterápica dos

¹³⁰ Alguns das etapas já ocorreram e outras ainda estão por vir.

alunos-estagiários, o material observado e discutido em supervisões, os relatórios, as entrevistas, etc), são considerados instrumentos auxiliares (Turato, 2003), que fornecerão subsídios na tentativa de se compreender os sentidos e os significados que os sujeitos dão à prática musicoterápica num contexto onde angústia, ansiedade e dor constituem-se numa constante presentificação.

O número de sujeitos participantes da pesquisa (crianças com câncer, seus acompanhantes e técnicos e auxiliares de enfermagem), não está previamente definido.

Atendendo à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, somente serão computados os dados que obtiverem a devida assinatura dos sujeitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com as devidas autorizações, poderá haver o registro em fita K-7 e/ou vídeo, dos atendimentos, das entrevistas e dos depoimentos dos sujeitos, com a posterior transcrição dos dados, auxiliando no estudo e registro dos mesmos, numa sistematização da coleta de informações e documentação dos dados significativos para este estudo.

Fará parte ainda dos procedimentos metodológicos, estudos de casos com profissional musicoterapeuta, buscando-se melhor compreender a possível relação existente entre as situações manifestas no grupo e o fazer musical.

A análise dos dados será feita a partir das observações do pesquisador, dos estudos dos relatórios feitos pós atendimento, de entrevistas semi-abertas, dos depoimentos dos sujeitos e do material registrado em fita K-7 e/ou vídeo, buscando-se a formação de categorias colocando em destaque os assuntos por sua relevância e/ou repetição (Turato, 2003).

Resultados parciais

Alguns resultados já começam a serem percebidos. Referindo-nos em específico à sala de quimioterapia ambulatorial e o uso das técnicas musicoterápicas no atendimento às crianças que ali freqüentam, há princípio parecia-nos ser possível a utilização da Audição Musical, da Composição, da Re-criação e Improvisação Musical dirigida, como descrito no gráfico abaixo.

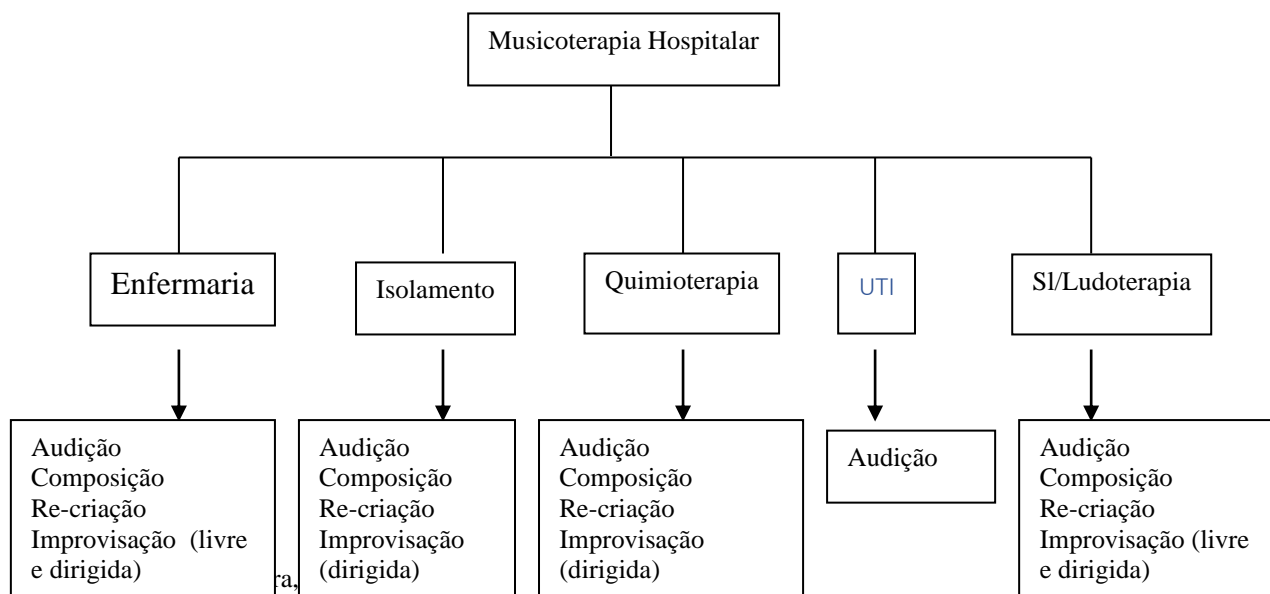


Gráfico I: *Settings* hospitalares e técnicas musicoterápicas – I (Onco-pediatria). Ferreira, 2001.

Entretanto, a partir da tentativa de aplicação de referidas técnicas e de observações mais detalhadas, verificamos que, em nossa realidade hospitalar, até o momento, faz-se efetivo somente o uso da Composição e da Re-criação Musical, ambas com algumas ressalvas. Queremos a princípio, ressaltar que a nossa opção é atender às crianças que ali se encontram numa perspectiva de grupo e não individualmente, e ainda, inserir os acompanhantes no fazer musical. Isso se dá, por considerarmos alguns pontos da realidade na qual estamos inseridos: 1º) o número significativo de pacientes que por ali passam a cada dia, levando-nos a tentar cobrir ao menos um pouco do quantitativo exigido pela realidade, sem entretanto, descobrir o qualitativo; 2º) a idade destes pacientes, e principalmente, 3º) que a música detém uma “força” quase que irresistível sobre o “ser criança” agindo como um elemento em potencial de ajuda e de chamamento deste ser para o fazer musical. Diante deste panorama, algumas dificuldades são encontradas: uma delas diz respeito às saídas dos pacientes em tempos diferentes, ou seja, a medida que vão concluindo a sessão de quimioterapia, ou a medida que já podem se deslocar para irem embora, após o repouso necessário por terem feito punção, essas crianças vão se retirando. Outra dificuldade refere-se à característica própria do espaço, sendo um ambiente sonoro permeado por choros, gritos, falas, além daqueles sons no qual a fonte sonora não se faz presente diretamente naquele espaço, entretanto, a sonoridade chega até ele, como p. ex., os gritos de chamadas de outros pacientes para consultas. Diante dessa realidade sonora, no que se refere à Composição Musical,

somente tem sido possível utilizá-la naqueles momentos em que há um pequeno número de pacientes, com idade compatível de responder à técnica em questão, e também, a partir de um ambiente com uma massa sonora ruidosa, menos potente.

Com relação à Re-criação musical, esta tem se mostrado a mais compatível com a realidade em questão, entretanto, apenas com o uso da voz (voz dos pacientes, dos acompanhantes, dos musicoterapeutas e, ainda, vez ou outra, voz das técnicas de enfermagem responsáveis pela quimioterapia), ao acompanhamento do violão. Assim, fizemos algumas mudanças no gráfico I (2001) para uma visão mais próxima da realidade (gráfico II, 2004), a partir desses estudos realizados, até o momento.

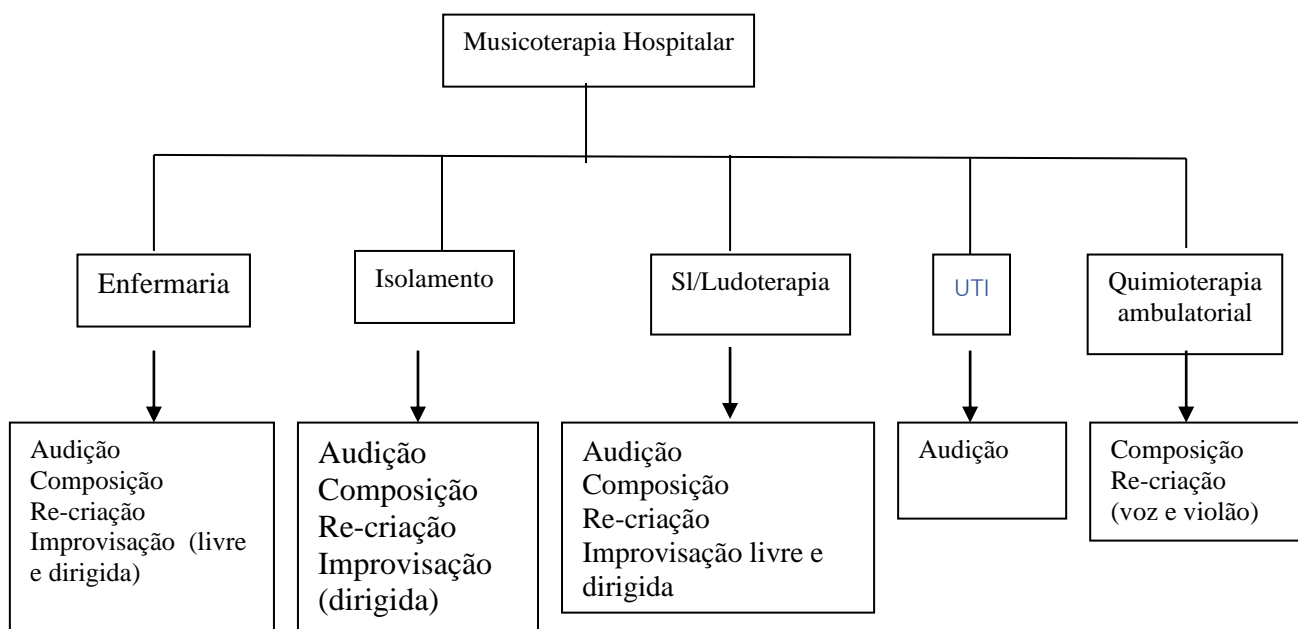


Gráfico I: *Settings* hospitalares e técnicas musicoterápicas – I (Onco-pediatria). Ferreira, 2004.

Outros dados pertinentes, diz respeito às condutas psico-musicais de algumas crianças, de aproximadamente 5 a 7 anos, por nós atendidas. Estas observações referem-se às crianças que chegam no Serviço de Pediatria com quadros graves em relação ao câncer. Muitas já passaram por outros hospitais em busca de diagnóstico, seja por períodos de internação breve ou mais longa, e que portanto, já se fazem conhecedoras dos processos dolorosos provindos dos cuidados necessários nas internações hospitalares. São crianças que se encontram distantes de seus lares e de seus familiares há um tempo significativamente longo para elas, que já vivenciaram as dores de procedimentos

invasivos, e, em muitos casos, com quadros de dor devido a doença. Há também, aquelas crianças que já foram tratadas na referida pediatria, tendo conseguido a cura, entretanto surgindo a recidiva. A grosso modo, o que difere os primeiros casos citados dos segundos, é o fato de que, nos casos de recidiva, a criança já vivenciou a luta contra o câncer, tendo o conhecimento do sofrimento que se faz presente no tratamento, e que neste momento ela terá que enfrentar tudo novamente, o que gera profundo sentimento de impotência, de medo da morte e de desesperança (Santos, 2002).

Nossas observações nos mostram que essas crianças, já no contato inicial com o fazer musical, se mostram com uma audição ativa, portanto, voltada para o produto musical que o musicoterapeuta lhe oferece. Entretanto, percebemos que seu olhar parece revelar o medo que se faz presente em seu psiquismo. Nestes contatos, preferencialmente utilizamos o violão – pelo fato de já termos observado que este é um instrumento que demonstra muita ressonância com esta população –. Para nós o violão traduz neste momento um duplo papel: primeiro, se mostra como corpo sonoro capaz de fazer ressoar as instâncias saudáveis existentes naquele corpo doente; segundo, como um biombo que parece esconder atrás de si, aquela pessoa que vestida de branco faz vir a tona a bagagem de experiências desagradáveis já vividas, portanto, a pessoa que agride. A medida que esta pessoa é escondida pelo violão enquanto biombo, lhe é dada a permissão para permanência naquele espaço físico, podendo-se aí, criar em torno daquele pequeno ser o continente sonoro-musical de que ele necessita.

Posteriormente, dentro de seu ritmo e em conformidade com a evolução do quadro clínico, ou seja, se há uma evolução favorável à melhora devido às intervenções medicamentosas, ainda é mantida uma audição ativa, mas criou-se um campo de segurança no espaço delimitado pelo fazer sonoro-musical. Nesta fase, começa a surgir o desejo parecendo ter sido capturado na esfera do potencial criador. Mostram-se participativas, mas a entrega ainda não se apresenta com total segurança. Transpondo esta fase, surge a interação sonoro-musical criança/musicoterapeuta. Observamos aí, de modo bastante claro que o ser saudável é significativamente potencializado. Muitos são os casos de crianças que “parecem ser outras”, antes do fazer musical e durante o mesmo, com melhora de humor, de postura corporal, de expressões faciais (Ferreira, 2002) e que esboçam a espontaneidade do brincar e o resgate do brilho no olhar.

Na fase seguinte, já com a espontaneidade bastante presente e com o fortalecimento do campo de segurança, começam a trazer canções de seu repertório,

parecendo-nos ser este, outro elemento de segurança, de conforto e do resgate de tempos saudáveis.

Na fase seguinte, começam a surgir as composições que retratam sentimentos dos mais diversos, medos, temores, alegrias, saudade, morte, dor, fantasias, esperança e todo o seu desejo de viver (gráfico III)¹³¹.

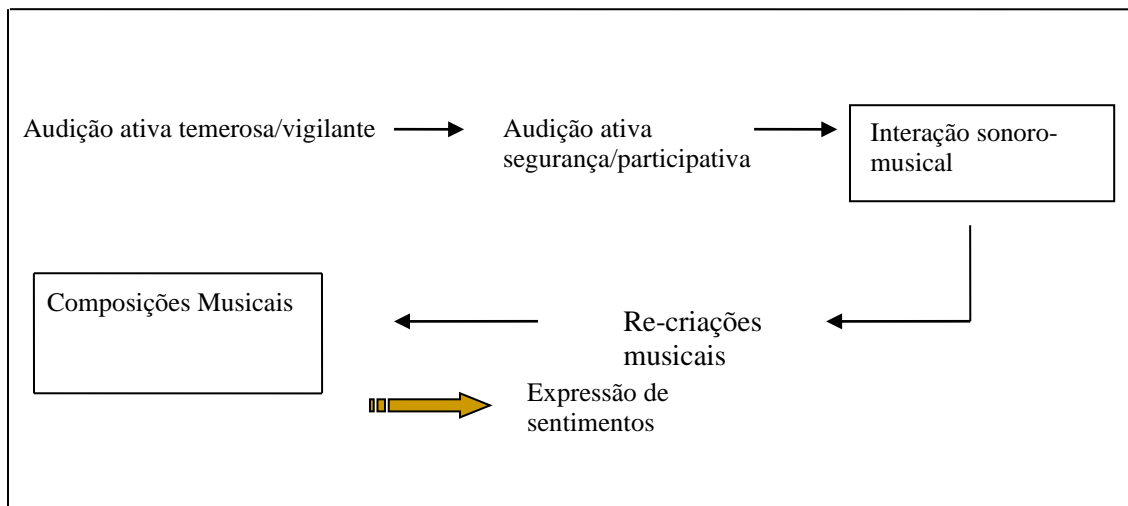


Gráfico III: Condutas “psico-musicais” de crianças com câncer

Considerações finais

O estudo aqui apresentado, estampa muito das inquietações por nós vividas ao nos depararmos com os diferentes fazeres musicais atualmente presentes nos hospitais. Sem sombra de dúvida de que a arte, não somente a musical, possui inúmeras contribuições a oferecer no âmbito da humanização da saúde, e desejamos que as iniciativas possam se ampliar a cada dia. Mas sabemos também, que o contexto hospitalar, devido a demanda e a grande necessidade de ajuda que esta clientela possui, facilmente pode nos fazer distanciar da busca por uma prática que venha se caracterizar verdadeiramente como de propriedade da musicoterapeuta hospitalar, ou seja, é necessário o pensar sobre que ações musicais são pertinentes ao musicoterapeuta e quais ações musicais que são pertinentes a grupos outros. É nesse sentido que nos colocamos disponíveis a desempenhar pesquisas que possam contribuir para estas delimitações, e, portanto, com a trajetória da musicoterapia hospitalar.

Outras tantas inquietações se fazem presentes ao nos depararmos com este público que, mesmo vivenciando experiências de angústia e ansiedade, em seu significado mais

¹³¹ Trabalho apresentado na I Bienal de Cancerologia do Hospital Araújo Jorge. Goiânia, outubro, 2004.

profundo, conseguem fazer uso dos elementos sonoros proporcionados pela musicoterapia. Mesmo sabendo que respostas que possam nos aquietar por algum tempo podem ser alcançadas, e que inúmeras outras surgirão, nos colocamos disponíveis a este desafio.

Por fim, ressaltamos que os resultados parciais aqui apresentados e que retratam uma tentativa de aproximação da realidade por nós vivida são passíveis de serem redimensionados, portanto, novos dados poderão ser alocados aos já existentes, e, ainda assim, não temos o intuito de que sejam tomados como a única verdade.

Referências Bibliográficas

BARANOW, A. L. (2001). Os Territórios Num Trabalho Em Equipe Com Musicoterapia. In: UBAM. **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano IV, n.5. Rio de Janeiro.

BRUSCIA, K. E. (2000). Práticas Médicas. In: **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro. Enelivros

CUNHA, S. A. da. (2002). **Musicoterapia na Saúde Pública: um instrumento para a humanização do atendimento**. Monografia (Graduação em Musicoterapia). UFG. Goiânia.

FERREIRA, D. L. BARSOTTI. (2002). **Musicoterapia e Câncer Infantil: resultados de uma experiência**. Monografia (Graduação em Musicoterapia). UFG. Goiânia.

FERREIRA, E. A. B. F. (1999). **Musicoterapia e Câncer: o canto da dor**. Monografia (Especialização em Musicoterapia na Saúde Mental). UFG. Goiânia.

_____. (2001). Musicoterapia. In: MOSTRA CIENTÍFICA DA ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS (ACCG). **Anais** da 1ª Mostra Científica da ACCG. Goiânia.

_____. (2003). A Musicoterapia como co-adjuvante na diminuição da tensão em ambiente hospitalar. In: CONGRESSO GOIANO DE MUSICOTERTAPIA. **Anais** do Congresso Goiano de Musicoterapia: Opinião e Prática. Goiânia: Sociedade Goiana de Musicoterapia (SGMT). CD-ROM.

_____. (2004). A Musicoterapia como Facilitadora de Expressão de Sentimentos da Criança com Câncer. In: **I Bienal de Cancerologia** do Hospital Araújo Jorge (ACCG). O Papel da Equipe Multidisciplinar Frente à Criança com Câncer (Mesa redonda). Goiânia.

_____. (2004). Possibilidades de Atuação Musicoterápica Frente a Criança com Tumor Cerebral. In: **I Bienal de Cancerologia** do Hospital Araújo Jorge (ACCG). Atuação Multidisciplinar nos Tumores da Infância (Mesa redonda). Goiânia.

SAMPAIO, R. T. (1999). Por Uma Nova Abordagem Musicoterapêutica. In: APEMESP. **Anais do I Fórum Paulista de Musicoterapia**. São Paulo.

SANTOS, C. T. & SEBASTIANI, R. W. (1998). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI-CAMOM (Org.). **E a Psicologia Entrou no Hospital**. São Paulo. Pioneira.

SANTOS, M. A. C. (2002). Sobre os Sentidos e Significados da Música e da Musicoterapia. In: UBAM. **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano V, n.6. Rio de Janeiro.

TURATO, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**.

_____. (2003). **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Rio de Janeiro. Vozes

MANUAIS:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004). **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília.

FAMILIARIDADE, PREVISIBILIDADE E CONFORTABILIDADE DA CANÇÃO COMO ACOLHIMENTO ÀS MÃES DE BEBÊS PREMATUROS.

Lia Rejane Mendes Barcellos¹³².

RESUMO:

Este trabalho pretende discutir a recriação musical como experiência musical/técnica musicoterápica problematizando as idéias de Adorno (1989), Middleton (1990) e Carvalho (1999, que pensam a familiaridade, previsibilidade e confortabilidade da canção popular como aspectos resultantes da constituição deste tipo de música para satisfazer à “indústria cultural”. Utilizando a observação do atendimento musicoterápico a mães de bebês prematuros da pesquisa de autoria da musicoterapeuta Martha Negreiros que estuda o Aleitamento Materno Exclusivo, demonstra que a familiaridade e previsibilidade que resultam em confortabilidade, são características que contribuem para a segurança e acolhimento daquelas que necessitam estar fortalecidas para dar suporte a seus bebês ou para se manterem em equilíbrio. Nesse estudo enfatiza-se a necessidade de impedir “a demolição da musicalidade” (Carvalho, 1999) - feita, no exemplo estudado, de diversas formas - canções de ninar, exploração da diversidade tímbrica das vozes das mães e utilização de instrumentos harmônicos -. Observa-se a importância de não existir, no espaço musicoterápico, o ‘maniqueísmo sonoro’ e que tanto o acolhimento como o instigante devem ter lugar. Conclui dando a recriação da canção popular o mais alto nível de experiência musical/técnica e , naquele caso, a mais adequada para ser vivida e utilizada pelas/com as mães de recém nascidos prematuros internados na UTIs.

O propósito deste trabalho é apresentar os estudos que venho desenvolvendo como supervisora da prática clínica de musicoterapia de uma pesquisa que tem por objetivo analisar as influências da música sobre o aleitamento materno exclusivo de bebês prematuros, em curso na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, tendo como pesquisadora principal a musicoterapeuta Martha Negreiros.

O projeto desta pesquisa tem, entre muitos objetivos secundários, dois que se vinculam e pelos quais tenho um interesse particular:

- 1 – “reduzir o estado de ansiedade materna” e,
- 2 – “desenvolver e elaborar uma metodologia pertinente à clínica musicoterápica aplicada às mães e/ou familiares de bebês prematuros internados na UTI Neonatal e na Enfermaria Canguru”.¹³³

¹³² Graduada em Piano e Musicoterapia. Mestre em Musicologia. Professora do Curso de Graduação em Musicoterapia e Coordenadora/ Professora do Curso de Pós-Graduação em Musicoterapia CBM – CEU. Professora Convidada do Curso de Pós-Graduação em Musicoterapia da Universidade Federal de Pelotas – RS. liarejane@imagelink.com.br

¹³³ NEGREIROS, Martha S. Vianna et al. (2003, p.7)

E, incluído nesta metodologia está, sem dúvida, o estudo da utilização das técnicas para que se possa identificar e estudar as que se apresentem como as mais adequadas para serem utilizadas com este tipo de pacientes, que não apresentam nenhuma patologia.

A partir do relato que os musicoterapeutas faziam da prática clínica nas supervisões, desde o princípio exerci o papel de crítica implacável fazendo uma pergunta de forma obstinada: por que não, também, a improvisação musical?

No entanto, em 18 de setembro de 2003, fiz uma visita à Maternidade para participar de uma sessão e, desta, elaborei um relatório ou, mais precisamente, o que Geertz denomina uma “descrição densa”¹³⁴ – que implica num certo fechamento ou delimitação do universo observado, uma maior imersão no objeto estudado.

As observações *in loco* me mostraram evidências da recriação musical como experiência musical mais utilizada pelas pacientes e como técnica adequada empregada pelos musicoterapeutas, mas me fizeram procurar entender o por quê do quase exclusivo emprego e da sua adequação. Assim, transformei a pergunta anterior em: “por que a recriação?” Percebe-se aqui uma mudança de foco numa tentativa de justificar e validar a utilização, quase que totalmente, da recriação musical como experiência musical e como técnica.

Parece-me necessário explicar porque me refiro à recriação musical ora como experiência musical, ora como técnica. Quando esta é vivenciada pelos pacientes, trata-se de uma das muitas experiências musicais possíveis de serem vividas em musicoterapia; como técnica é empregada exclusivamente pelo musicoterapeuta.

Mas, voltando-se às mães e seus bebês, seria necessário começar-se, exatamente, por ter uma compreensão de quem é a mãe de uma criança prematura, internada numa Unidade de Terapia Intensiva de Neonatologia. E, mesmo levando em consideração que para um trabalho desta natureza seria mais adequado partir-se de estudos feitos por pessoas especialistas no assunto, decidi falar do tema, [de quem é a mãe de um bebê prematuro], a partir do impacto que me causou a visita à UTI Neonatal – que antecedeu à minha participação na sessão de musicoterapia – e como expressão das minhas reações às experiências vividas na sessão.

Eu poderia definir as mães de crianças prematuras resumidamente dizendo que são pessoas que sofrem pela existência de uma ameaça iminente à vida dos filhos, pela prematuridade, ou por serem crianças acometidas por uma enfermidade no mais das vezes

¹³⁴ Apud CARVALHO, J. J. (1999, p. 54).

grave – e por isto haver a possibilidade de serem submetidas a cirurgias de risco – ou, ainda, por serem portadores de síndromes ou patologias – o que as deixa numa situação de fragilidade e risco emocional, necessitando de acolhimento ou de colo.

Assim pensando, passei a refletir sobre se estas mulheres têm a possibilidade de criar algo ou se precisam de alguém ou de alguma coisa que lhes dê esse conforto, acolhimento e colo, para que possam se fortalecer e dar o colo e o continente necessários aos filhos.

Na minha participação na sessão constatei que os musicoterapeutas “têm em relação às pacientes uma reação afetiva, calorosa e positiva”, para utilizar uma terminologia Rogeriana.¹³⁵ É evidente que, com estas qualidades, este acolhimento é dado pelos musicoterapeutas e estagiários que integram a equipe. Mas, deixando de lado as evidências que me mostraram esse aspecto, eu precisava de argumentos para fundamentar o emprego da recriação musical, para convencer a mim mesma da importância desta técnica em tal contexto, o que fui encontrar nas idéias de Adorno, Summer, Middleton e José Jorge de Carvalho.

Anteriormente, foi feita uma referência ao fato de essas mães precisarem de colo para poder dar colo aos seus filhos. Winnicot, citado por Summer, nos diz que “o processo terapêutico que se desenvolve dentro de uma relação terapeuta-cliente pode ser visto como semelhante a revivenciar a construção do vínculo da díade mãe-filho no qual a mãe cria um ambiente saudável para o desenvolvimento físico-psicológico de seu filho”.¹³⁶ E a partir daí Summer faz um interessante paralelo entre a terapia e a maternagem e traz exemplos musicais, de música erudita, para ilustrar esse aspecto, porque se refere ao Método GIM. E aqui, exclusivamente a título de informação, trago o seu pensamento sobre o Canon de Pachelbel que ela considera, depois de uma acurada análise musical, como sendo “a quintessência da mãe simbiótica, mantendo o filho nos braços”.¹³⁷ Mas, Summer refere-se também à utilização de música popular em musicoterapia, música que consiste, a seu juízo, em ter primordialmente não mais do que de duas a quatro idéias que são repetidas sem alteração [e eu aqui diria ou com poucas alterações] durante a duração de uma peça.¹³⁸

Ainda segundo Summer, uma efetiva base musical [ela aqui se refere ao acompanhamento porque se reporta ao Pachelbel] dá ao cliente um sentimento de

¹³⁵ ROGERS, C. (1961, p. 83).

¹³⁶ SUMMER, L. (1995, p. 37).

¹³⁷ Ibid., (p. 38).

¹³⁸ Ibid. (p. 40).

segurança e existem razões para a escolha desse tipo de música como continente. Neste sentido, a música e o terapeuta podem funcionar como mãe (ou como campo materno nas palavras de Negreiros). Aqui Summer refere-se à música no GIM, trazida pelo musicoterapeuta. Mas, pode-se pensar sobre o próprio paciente comprometido no fazer musical num determinado contexto, como é o do objeto deste trabalho – em busca da segurança, do acolhimento e da força para poder transmitir isto ao filho –, utilizando a arte musical, entendida por José Jorge de Carvalho como uma “energia avassaladora”.¹³⁹

Mas, por que principalmente a recriação? E por que a canção popular?

Partindo-se de um levantamento feito pela equipe da pesquisa em questão, sobre o tipo de música mais cantado pelas pacientes, pode-se perceber que enquanto a canção popular é cantada 162 vezes, num total de 463 canções cantadas durante 100 sessões, as cantigas de roda vêm em segundo lugar, cantadas 42 vezes.

Segundo Middleton,

Adorno superestima a homogeneidade da cultura no capitalismo e é levado a uma interpretação similar na forma da música popular. Basicamente, o seu argumento é que todos os aspectos da forma musical como a extensão melódica, os tipos de canção e as progressões harmônicas, dependem de fórmulas e normas pré-existentes, as quais têm o *status* de regras, são familiares aos ouvintes e, conseqüentemente, inteiramente previsíveis.¹⁴⁰

Mas, a partir daí, Middleton analisa uma canção popular e mostra os aspectos musicais familiares que podem ser previsíveis como:

- . constituição de 32 compassos (com quatro frases de oito compassos);
- . melodias repetidas;
- . letras com rimas esperadas;
- . Acompanhamentos confortáveis – que trazem principalmente uma harmonia da tônica, dominante e sub-dominante, constituindo-se como a chamada “linguagem musical natural”¹⁴¹ e,
- . elementos repetitivos em todas essas instâncias.

¹³⁹ CARVALHO, J. J. (1999, p. 69).

¹⁴⁰ MIDDLETON, R. (1990, p. 45).

¹⁴¹ Ibid., (p.46).

A este tipo de canção, pertencem muitas das músicas que as pacientes da maternidade cantam.

Mas, mesmo que elas tenham absorvido um padrão musical midiático empobrecido, do contexto social do qual participam, elas podem *re-significá-lo* e *re-submetê-lo* a *re-apropriações* e *re-leituras* idiossincráticas, na interação com o próprio grupo com quem partilham os mesmos problemas e a mesma dor, e com os terapeutas, na escuta dessa dor.

Aqui se pode dizer, em coro com José Jorge de carvalho, que existe um “ouvir com os outros, mas, também, o para si”.¹⁴² As mães ouvem com os outros e para os outros e cantam, frequentemente, para a família raramente presente, nos momentos em que interagem com o grupo e com os terapeutas. No entanto, em determinados momentos, quando com os filhos nos braços, fecham-se temporariamente para o ambiente, como se tivessem um *walkman* nos ouvidos, amplificando a música – o que proporciona uma experiência muito intensa –, para, imediatamente, voltarem a se abrir. Nestes momentos, tem-se a quase certeza que as mesmas só têm olhos e ouvidos para seus filhos, mas a convicção de que o “destino expressivo”¹⁴³ daquilo que fazem está neles centrado, utilizando as canções para cantarem seus sonhos com relação ao seu futuro e ao de seus filhos.

Aqui não se trata de uma “surdez para o novo” mas, sim, de uma escuta direcionada e potencializada para o novo, representado aqui pelo bebê: para a escuta de suas necessidades, de sua dependência e da preocupação em dar aquilo que é necessário para sua maturação.

Este não é o “ouvinte ideal” de Adorno, ou seja, aquele que se abre para o novo. Mas, sim, um ouvinte comprometido com *um novo específico*¹⁴⁴ que é o bebê.

Assim, a meu juízo – por incoerente que possa parecer e deixando de lado a causa da crítica de Adorno, e de muitos outros autores, à indústria cultural –, aquilo que é por eles criticado na música popular acaba por ser útil em um contexto terapêutico como este onde há musicoterapeutas atentos para proporcionar, também, a possibilidade da introdução de elementos de variação.

É, portanto, na especificidade da relação musicoterapeuta/paciente que se faz possível tanto o acolhimento quanto à re-significação no campo da transferência. São

¹⁴² CARVALHO, J. J. (1999, p. 68).

¹⁴³ Ibid.

¹⁴⁴ Grifo da autora.

ainda os musicoterapeutas que proporcionam uma renovação do clima acústico [sonoro] e da sensibilidade musical, trazendo a possibilidade de uma transformação significativa, com a introdução de determinados “objetos sonoros” que conservam o mais intacto possível o seu modo específico e único de impactar a mente e os sentidos dessas mães, como é o caso dos acalantos, que fazem parte do mundo sonoro do momento em que está sendo por elas vivido.

Ainda são os musicoterapeutas que, através da execução de instrumentos de percussão, mantêm a base rítmica à qual Summer se refere e que, por meio das vozes e das letras acentuam, ao mesmo tempo, a familiaridade, a previsibilidade e a confortabilidade dessas canções, possibilitando o acolhimento e sendo o continente sonoro. Mas, também, pela diversidade tímbrica dessas mesmas vozes trazem a diferença; pela utilização de instrumentos harmônicos como o do violão, executado com grande habilidade musical, enriquecem e reinventam harmonias, renovando o acompanhamento e improvisando variações, impedindo a “demolição da musicalidade”,¹⁴⁵ num espaço onde o espontâneo e o ‘erro’ têm lugar; e onde tanto o acolhimento como o instigante podem acontecer, elevando a recriação da canção musical ao patamar de técnica mais adequada para ser utilizada com mães de crianças prematuras.

Esta atuação dos musicoterapeutas está em ressonância com a afirmação de Colin Lee. Diz o autor que

Mesmo que a preferência musical seja importante [do paciente] nós [os musicoterapeutas] temos que ter o potencial de dar outras ‘avenidas musicais’ que irão dar equilíbrio e fazer o processo terapêutico mais direto, potente e, esteticamente poderoso”.¹⁴⁶

Assim, poder-se-ia dizer que em musicoterapia não há músicas ou sons bons ou maus. Cabe ao musicoterapeuta partir do que trazem os pacientes [quando trazem] e juntar a isto aquilo que ele [musicoterapeuta] pensa que seja importante para que o processo possa ser direto, potente e poderoso, para utilizar as palavras de Lee, para levar o paciente ao crescimento.

Mas, cabem ainda, aqui, duas questões que me parecem de suma importância. A primeira delas é ressaltar que a Improvisação Musical como técnica tem sido objeto de estudo de muitos teóricos da musicoterapia, bem como o tema de muitas publicações que se debruçam sobre a sua importância e o porquê de sua utilização na área. No entanto,

¹⁴⁵ Ibid.

¹⁴⁶ LEE, C. (2003, p. xvi).

não existe uma única publicação da literatura mundial que ilumine exclusivamente a Recriação Musical como técnica musicoterápica e mais que isto, nenhum teórico, até o momento, que tenha estudado ou apontado o por quê da importância da utilização da Recriação Musical em musicoterapia. Seria a Recriação Musical menos importante do que a Improvisação Musical? Menos utilizada?

E a segunda questão é que apesar de aqui estar sendo estudada a importância da Recriação Musical com mães de bebês prematuros, este foi o “fator desencadeante” da discussão e da percepção da necessidade de estudos nesta área. Mas isto não significa que seja a única área onde esta técnica seria considerada como a mais importante. Podemos apontar outras, onde pode-se perceber um emprego igualmente relevante. Dentre as muitas poder-se-ia mencionar o trabalho com idosos, que têm, na maioria da vezes, grande dificuldade em improvisar.

Referências bibliográficas

ADORNO, Theodor W. O Fetichismo na Música e a Regressão da Audição. In: **Os Pensadores**. São Paulo: Nova Cultural, 1989.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Por que as Mães de Bebês Prematuros Internados na UTI/UI da Maternidade Escola da UFRJ não Improvisam no ‘Setting’ Musicoterápico?** Trabalho apresentado como requisito parcial da Disciplina “Música Brasileira: Urbana e Rural”. Universidade do Rio de Janeiro – Uni-Rio. Programa de Pós-graduação em Música. (Aluna especial do Doutorado em Música). Rio de Janeiro, janeiro, 2004.

CARVALHO, José Jorge de. Transformações da Sensibilidade Musical Contemporânea. In: *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre: ano 5, nº 11, 1999.

LEE, Colin Andrew. **The Architecture of Aesthetic Music Therapy**. Gilsum: Barcelona Publishers, 2003.

MIDDLETON, Richard. **Studying Popular Music**. Milton Keynes: Open University, 1990.

ROGERS, Carl. **Tornar-se Pessoa**. Lisboa: Moraes Editores, 1971.

SUMMER, Lisa. Melding Musical and Psychological Processes: the Therapeutic Musical Space. In: **Journal of the Association for Music and Imagery**. Nº 4. 1995.

NEGREIROS, Martha et al. **Projeto MAME: Musicoterapia no Aleitamento materno Exclusivo [Um estudo randomizado e controlado para avaliar a eficácia da musicoterapia em aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo entre mães de bebês prematuros]**. Emenda, 9/2003.

FUNÇÃO DA MUSICOTERAPIA NA INICIAÇÃO E EDUCAÇÃO MUSICAL ESPECIAL: DA INCLUSÃO À INSERÇÃO DO PORTADOR DE ATRASO DO DESENVOLVIMENTO NA REDE REGULAR DE ENSINO.

Cybelle Maria Veiga Loureiro¹⁴⁷

Resumo:

história da inclusão da criança portadora de deficiência nos vários segmentos da educação no Brasil evidencia a necessidade de investir na orientação daqueles que trabalham com essa população na rede regular de ensino. Um trabalho interdisciplinar, com objetivos definidos de troca de conhecimentos ampliaria os desejos desses profissionais de um desempenho cada vez melhor dessa tarefa. Políticas recentes visam não somente a inclusão, mas também a inserção dessas crianças em programas multidisciplinares de ensino buscando o desenvolvimento máximo de suas habilidades, evidenciando-se a necessidade do desenvolvimento de equipes de profissionais especializados. Uma das populações comumente encontradas nas escolas é a de portadores de Atraso do Desenvolvimento, cujos aspectos no processo ensino-aprendizagem podem ser desafiadores e enigmáticos para muitos professores. Este estudo tem por objetivo apontar princípios para a prática da Educação Musical Especial a partir de um mapeamento dos principais diagnósticos dessas crianças na idade pré-escolar e escolar. Abrangem métodos e técnicas em Iniciação e Educação Musical, funções específicas da Musicoterapia na Educação Musical Especial e aspectos relevantes da Neuropsicologia do Desenvolvimento. A pesquisa é de natureza bibliográfica com descrição *ex - post - facto* de casos ilustrativos no atendimento musicoterapêutico e trabalhos interdisciplinares na Educação Musical.

Palavras-Chave: Musicoterapia, Educação Musical Especial, Atraso do Desenvolvimento.

Introdução

O primeiro programa educacional para crianças com deficiências crônicas foi estabelecido do século XVIII na França e expandiu-se por toda a Europa e Estados Unidos. Hoje as políticas públicas em favor da inclusão das crianças portadoras de deficiências nas escolas tornam-se cada vez mais abrangentes, fato constatável agora em todo o mundo inclusive em nosso país. A partir da segunda década do século XX identificam-se esforços que visam não somente a inclusão, mas também a inserção da criança portadora de deficiência mental, sensorial ou física em programas multidisciplinares de ensino que procuram desenvolver ao máximo as habilidades dessa população, o que evidenciou a necessidade do desenvolvimento de uma equipe de profissionais especializados. Nas últimas décadas várias mudanças ocorreram no Brasil quanto aos cuidados no ensino do portador de deficiência. A Nova Lei de Diretrizes e

¹⁴⁷ Bacharelado em Música, pelo Conservatório Musical Carlos Gomes, SP. Graduação em Musicoterapia pela Universidade de Iowa, EUA (bolsista da CAPES). Na Escola de Música da UFMG: Pesquisadora Visitante com bolsa da FAPEMIG; Professora Substituta de Musicoterapia; Professora de Musicoterapia no Centro de Extensão; aluna do Curso de Mestrado em Música Linha de pesquisa: Estudos das Práticas Musicais. E-mail: loureiro.cybelle@uol.com.br ; cybelle@musica.ufmg.com.br

Bases da Educação Nacional – LDB (Lei9394/96) determina que desde a criança portadora de deficiência leve até as mais comprometidas estão sendo incluídas no ensino público e particular. O Capítulo V da LDB refere-se exclusivamente à Educação Especial e os artigos 58 e 59 detalham as garantias didáticas diferenciadas quanto a currículos, métodos, técnicas e recursos “educativos” especializados visando atender às necessidades diferenciadas no ensino dessa população e a obrigatoriedade na capacitação dos professores para a integração desses “educandos” nas classes comuns (Mazzotta, 2001). Esse processo de inserção envolve conhecimentos específicos sobre as possíveis limitações e potencialidades da população portadora de deficiência no processo de ensino - aprendizagem, permitindo-lhes conhecer a organização e o funcionamento neurológico que irão contribuir para o desenvolvimento cognitivo, emocional e físico dessas crianças.

Musicoterapia na Educação Musical Especial: da inclusão à inserção.

O estímulo musical produz reações neuropsicofisiológicas específicas que são fatores primordiais nesse processo de aprendizagem que ocorre no período de desenvolvimento do Sistema Nervoso da criança e que o acompanhará por toda sua vida. A percepção sonora e a música estão presentes desde o período pré-natal e passam por constantes transformações através de experiências que são adquiridas na primeira infância até atingirem a idade escolar. A música se constitui um dos melhores recursos motivacionais e mobilizadores para o desenvolvimento da atenção, memória, comunicação, habilidades motoras, amadurecimento emocional e socialização, podendo assim auxiliar essa população de forma diferenciada. Talvez muitas dessas crianças só tenham a oportunidade de se socializar com sua inserção na sala de aula de música junto a outras crianças. É nesta inserção que surge a necessidade de um trabalho especializado de auxílio ao professor de Iniciação e Educação Musical (Bee, 1975; Dainow, 1977; Mussen, Conger e Kagan, 1979; Critchley & Henson, 1980; Lerner, 1981; Wortman e Loftus, 1988; Radocy e Boyle, 1988; Gardner, 1994; Déb, 1997; Springer e Detsch, 1998; Gfeller, 1989, 1991,1999; Lent, 2001; Graham e Beer,1980; McDonald & Simons, 1989).

O profissional em Musicoterapia atua na Educação Especial, direta ou indiretamente com os alunos a partir de um atendimento musicoterapêutico específico como nos casos de Atraso do Desenvolvimento, por exemplo, em distúrbios de aprendizagem e de comportamento graves, onde uma intervenção terapêutica é

recomendada por um médico e pela equipe de ensino. As técnicas são, por sua vez, também específicas e muitas vezes incluem práticas de ensino da música com objetivos clínicos previamente prescritos.

Atraso do Desenvolvimento é definido como um grupo de disfunções essencialmente predominantes na aquisição de habilidades motoras, cognitivas, de linguagem e amadurecimento psicossocial. Estas disfunções podem se apresentar de forma conjunta, envolvendo um atraso global, como nos casos de Deficiência Mental, ou se apresentar com características de atraso em áreas específicas de aquisição de habilidades, como nos Distúrbios Específicos do Desenvolvimento em aritmética, escrita, leitura, linguagem e fala que muitas vezes só são identificados e diagnosticados nos dois primeiros anos do ensino fundamental. Pertencentes a este grupo encontram-se também os casos de disfunções em áreas múltiplas, onde existem distorções qualitativas do desenvolvimento normal, como nos casos de Transtorno do Desenvolvimento, como por exemplo, o Autismo. Esses casos apresentam diferentes graus de desvios na qualidade do desenvolvimento de interação social, na capacidade imaginativa ou de criatividade, na comunicação verbal e não verbal, e no interesse estereotipado e repetitivo (DSM-VI-R, 1995). Todos esses diferentes tipos e aspectos do Atraso do Desenvolvimento podem ser desafiadores e enigmáticos para muitos professores se não houver uma compreensão básica das capacidades dessas crianças, suas necessidades especiais e principalmente de que maneira e em que níveis eles se diferem das demais crianças.

Vários estudos em Musicoterapia na Educação Musical Especial focalizam especificamente a contribuição do musicoterapeuta junto ao professor de música no auxílio ao processo de inserção dessas crianças na idade pré-escolar e escolar. Esta contribuição focaliza principalmente os cuidados indispensáveis e necessários a serem considerados pelo profissional em música que trabalha no ensino dessa população visando os aspectos cognitivos, sensoriomotores e psicossociais que contribuem para o seu desenvolvimento global.

A partir desses estudos, métodos específicos foram elaborados para atender as diferentes características no processo de ensino-aprendizagem dessas crianças. Tendo ainda como objetivo auxiliar o professor nesse processo alguns métodos da Musicoterapia na Educação Musical Especial foram também desenvolvidos a partir de adaptações específicas de métodos usualmente utilizados na Iniciação e Educação Musical tais como os métodos Montessori, Orff, Kodaly, Dalcroze e outros. (Gfeller, 1999; Gaston, 1968;

Nocera, 1979; Lanthom & Eagle, 1984; Nocera, 1973; Nordoff & Robbins, 1983; Hanser, 1987; Zinar, 1987; Nash, Jones, Potter and Smith, 1977; Nocera, 1966).

A música é um dos melhores recursos motivacionais e mobilizadores para o desenvolvimento da atenção, memória, comunicação, habilidades motoras, amadurecimento emocional e socialização, podendo assim auxiliar essa população de forma diferenciada. Talvez muitas dessas crianças só tenham a oportunidade de se socializar a partir de sua inserção na sala de aula de música junto a outras crianças. É nesta inserção que surge então a necessidade de um trabalho especializado, bem como o de auxílio ao professor de Iniciação e Educação Musical.

Os aspectos do uso e função da música no desenvolvimento global dessas crianças são de extrema importância em Musicoterapia na Educação Musical Especial. Os estudos realizados com esse objetivo envolvem aspectos específicos nas áreas da Neurologia e Psicologia por estarem altamente relacionadas com as diferentes etapas, características e níveis de aquisição de conhecimentos focalizando-se a idade cronológica e mental das crianças. Entre esses estudos citam-se os referentes à “psicologia do desenvolvimento da criança” que focalizam a teoria de Jean Piaget, a teoria do psicólogo americano Bruner, diretor do Centro de Estudos Cognitivos da Universidade Harvard sobre as maneiras como as crianças desenvolvem “modelos sobre o mundo” e os estudos de Maria Montessori sobre a influência do “meio ambiente no aprendizado”. Montessori também descreve os princípios sobre o “desenvolvimento psíquico da criança” que foram definidos a partir de seus trabalhos de pesquisa que envolviam ambas as populações, de deficientes mentais e de crianças com desenvolvimento normal (Gfeller, 1989, 1999a, 1999b; Nocera, 1978; Nash, 1977; Lathom e Eagle, 1984).

Vários são os aspectos das bases originais dessas teorias que possibilitam mapear os processos adotados em Musicoterapia na Educação Musical Especial visando o desenvolvimento musical e global das crianças portadoras de Atraso do Desenvolvimento, uma das populações comumente inseridas nas escolas.

Objeto de Estudo

A “Teoria Espiral do Desenvolvimento Musical” de Keith Swanwick e June Tillman (1986), nos estágios “*domínio e imitação*” oferecem perspectiva para demonstrar analiticamente que o desenvolvimento musical passa por etapas e modos que estão altamente ligados às diferentes fases evolutivas que partem de um processo intuitivo para

um processo analítico. Inicialmente sensações provocadas pelos diferentes elementos estruturais da música são processadas em termos neurológicos e acústicos

Independente do pensamento analítico. O prazer sensorial do som por si mesmo e os diferentes aspectos psicológicos e motivacionais do envolvimento com a música pela música em diferentes etapas do desenvolvimento, estão não somente relacionadas à idade, mas também altamente dependentes do enriquecimento do meio ambiente na aquisição de habilidades musicais.

De acordo com Swanwick e Tillman, “o processo constante de qualquer estágio do desenvolvimento é reativado a cada vez que nós nos confrontamos com uma nova idéia musical, idioma ou trabalho. Se ficarmos privados da música por um pequeno período de tempo, a primeira e a mais chamativa impressão da música quando é redescoberta, será ao nível sensorial, isto é *o som por si mesmo*” (Swanwick e Tillman, 1986 em Cavallieri, F. C, 1998).

Acreditamos, portanto, na importância de se conjugar as teorias citadas no sentido de se construir uma fundamentação para uma prática da Educação Musical Especial voltada para o desenvolvimento das potencialidades humanas e musicais do portador de Atraso do Desenvolvimento.

Hipótese: Apontar princípios para a prática da Educação Musical Especial a partir de um mapeamento dos principais diagnósticos de Atraso no Desenvolvimento.

Metodologia

A pesquisa é de natureza bibliográfica com descrição de casos ilustrativos contendo Fundamentação teórica elaborada a partir da revisão bibliográfica nas áreas de Neuropsicologia, Musicoterapia na Neurologia, Musicoterapia na Educação Musical Especial e Metodologia da Educação Musical.

Inclui a descrição funcional das características e classificações dos diferentes diagnósticos das crianças portadoras de Atraso do Desenvolvimento comumente encontradas nas escolas na idade pré-escolar e ensino fundamental. Incluem “Deficiência Mental” (Limítrofe, Deficiência Mental Leve e Moderada) “Distúrbios Específicos do Desenvolvimento” (dificuldades aquisição de habilidades em aritmética, escrita, leitura, linguagem e fala que muitas vezes só são identificados e diagnosticados nos dois primeiros anos do ensino fundamental), bem como casos de portadores de Atraso no

Desenvolvimento Graves e de Transtorno do Desenvolvimento, como por exemplo, o Autismo, especificando os graus de comprometimento na qualidade do desenvolvimento de interação social, na capacidade imaginativa ou de criatividade, na comunicação verbal e não verbal, e no interesse estereotipado e repetitivo

Contem a descrição *ex - post - facto* de casos ilustrativos no atendimento musicoterapêutico de crianças nas idades pré-escolar e escolar portadoras de Atraso do Desenvolvimento, selecionados por tipicidade após elaboração do mapeamento segundo a Teoria Espiral entre as patologias: Transtorno Invasivo do Desenvolvimento F.84, Paralisia Cerebral, Autismo, Deficiência Física e Bebês de Alto Risco (Loureiro, C., 1992, 1994, 1996, 1998, 1999, 2002).

Resultados Esperados

Como produto final esta pesquisa pretende-se gerar um trabalho com conteúdo teórico e prático de Musicoterapia na Educação Musical Especial visando propiciar ao musicoterapeuta e ao professor de Iniciação e Educação Musical conhecimentos específicos no auxílio à inserção da criança portadora de Atraso do Desenvolvimento na idade pré-escolar e ensino fundamental inclusos na rede regular de ensino, abrangendo métodos e técnicas em Iniciação e Educação Musical, a função específica da Musicoterapia na Educação Musical Especial e aspectos relevantes da Psicologia do Desenvolvimento no processo pedagógico pré-escolar e ensino fundamental dessa população.

Referências Bibliográficas

BEE H. 1975. The Developing Child. Harper & Row, Publisher, Inc. London.

CAVALLIERI, F. C. 1998. **Composing, Performing and Audience-listening as Symetric indicators of Musical understanding**. Thesis submitted for the degree of doctor. University of London, Institute of Education.

CRITCHLEY, M ; HENSON, R. A. 1980. **Music and the Brain** - Studies in the Neurology of Music. London: William Heinemann Medical Books.

DEB, S. 1997. Structural neuroimaging in learning disability. **British Journal of Psychiatry**, v.171, p.417-419.

Gardner, H. 1994. **Estruturas da mente: a teoria das inteligências múltiplas**. Artes Médicas, Porto Alegre.

GASTON, E. T 1968. **Music Therapy and Music Education**; part VII Music in Therapy. New York: Macmillan Publishing.

GFELLER, K. E.; DAVIS, W. B.; THAUT, M. H. 1999. **An Introduction to Theory and Practice of Music Therapy**. Madison, Wisconsin: Wm. C. Brown.

HANSER, S. R. 1987. **Music Therapist Handbook**. St. Louis, Missouri: Warren H. Green.

LATHOM, W.B. E EAGLE, JR. C.T. 1984. **Music Therapy for Handicapped Children**. Kansas: Meseraull Printing, Inc.

Lerner, J. 1981. **Learning Disabilities. Theories, Diagnosis and Teaching Strategies**. Palo Alto; New Jersey e London.

LOUREIRO, C. 1992. Abordagem da Musicoterapia na Reabilitação da Criança Portadora de Paralisia Cerebral", Anais do Seminário Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Deficiência. Programa Fellows V da Associação Brasileira dos Companheiros da América.

_____. 1994. Musicoterapia e Fisioterapia: Uma Abordagem Interdisciplinar, **Música Hoje. Escola de Música da UFMG**, Nº 2: 83-91.

_____. 1996. Musicoterapia na Saúde Pública. **Anais** do IX Encontro Nacional da ANPPOM – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Música, UNIRIO, Rio de Janeiro, pag. 144-149)

_____. 1998. Musicoterapia no Tratamento de Autismo e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. **Anais** do IVº Seminário Nacional Sobre Portadores de Síndromes Clínica Ânima, Belo Horizonte.

_____. 1999. Estudo Comparativo das Respostas Musicais no Transtorno Autista e no Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (CID F. 84, **Anais** do XV Congresso

Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria Infantil, Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil, Rio de Janeiro, p. 8.

_____. 2002. Musicoterapia nos Bebês e Crianças Portadoras de Patologias Neurológicas. **Primeiras Jornadas Ibéricas de Musicoterapia. Núcleo Regional de Faro da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral e Universidad de Cádiz**, Espanha.

MAZZOTA, Marcos J. Silveira. **Educação Especial no Brasil: histórias e políticas públicas**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2001.208p.

MUSSEN, P. H.; CONGER, J. J.; KAGAN, J. 1979. **Child Development and Personality**. Harper& Row, publisher. London

NASH, G.C. JONES, G.W. POTTER, B. A. AND SMITH, P. F. 1977. **The Child's Way of Learning**. Alfred Publishing Co., Inc.

NOCERA, D. SONA. 1979. **Reaching the Special Learner Through Music**. Illinois: Silver Burdett.

NORDOFF, P. & ROBBINS, E. 1971. **Music Therapy in Special Education**. New York: John Day Co.

RADOCY, E. R.; BOYLE, J. D. 1988. **Psychological Foundation o Musical Behavior**. USA: Charles C. Thomas Publisher.

SMITH, R. M. AND NEISWORTH. J. 1975. **The Exceptional Child** – a functional approach. McGraw-Hill Book Company. New York.

SPRINGER, S. P.; DEUTSCH, G. 1998. **Left Brain, Right Brain**. New York: W. H. Freeman.

SWANWICH, K AND .TILLMAN, J. 1986, **The Sequences of Musical Development: a study of children's composition.** Britch Jornal of Music Education, 3 (3), November, 305-39.

WORTMAN, C. B. & LOFTUS, E.F. 1988. Psychology. Alfred A. Knopf, inc New York..

ZINAR, RUTH. 1987. **Activities for Special Children.** Parker Publisher.

MÚSICA E ENFERMAGEM: UMA INTEGRAÇÃO POSSÍVEL NO CUIDADO HOSPITALAR*

*Leila Brito Bergold¹⁴⁸
Neide aparecida Titonelli Alvim¹⁴⁹*

RESUMO:

A internação hospitalar pode causar transtornos físicos, emocionais e sociais ao cliente provocando uma ruptura no seu cotidiano. Essa situação favorece o aparecimento de sentimentos e sensações de inadequação e medo dificultando o processo de recuperação da saúde. Este estudo se propõe a pesquisar a utilização da música como um recurso para a humanização do ambiente hospitalar a partir de uma prática que vem sendo desenvolvida denominada de 'visitas musicais'. Essas visitas são realizadas por uma equipe formada por uma enfermeira-musicoterapeuta e dois músicos com o objetivo de tocar ou cantar músicas escolhidas pelos clientes internados nas diversas unidades do hospital. A pesquisa será desenvolvida através de abordagem qualitativa utilizando o Método Criativo e Sensível. A produção de dados será realizada a partir das Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade tendo como eixo as seguintes questões geradoras de debate: "Que lugar a música ocupa no meu corpo durante a hospitalização?" e "A música e eu no processo de hospitalização". Os sujeitos da pesquisa serão clientes adultos internados nas enfermarias do Hospital Central do Exército que tenham participado pelo menos uma 'visita musical'.

Palavras chave: MÚSICA, HUMANIZAÇÃO, HOSPITAL

Introdução

Na minha experiência profissional atual, realizo um projeto no Hospital Central do Exército que une meus conhecimentos de musicoterapia e enfermagem e que abrange o conceito de música terapêutica como um recurso para a humanização do ambiente hospitalar.

Essa prática se iniciou a partir da constatação de que, apesar de procurar desenvolver, como musicoterapeuta, um atendimento integral junto ao cliente, meu trabalho era restrito e distante da necessidade de grande parte da clientela da instituição, ou seja, clientes que apesar de estarem internados não tinham indicação específica para este tratamento. Essa constatação me trouxe inquietações e comecei a questionar se a música poderia ser usada como mediadora do cuidado de enfermagem, podendo ser

* Projeto para dissertação de mestrado em enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, Rio de Janeiro.

¹⁴⁸ Enfermeira e Musicoterapeuta com Especialização em Terapia de Família, Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) UFRJ Chefe do Setor de Musicoterapia do Hospital Central do Exército e-mail: leilabergold@terra.com.br

¹⁴⁹ Doutora em Enfermagem pela EEAN – UFRJ. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN - UFRJ Coordenadora Geral de Pós-Graduação e Pesquisa da EEAN. Membro da diretoria colegiada do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte) do Dep. de Ensino Fundamental

exercida por enfermeiros interessados em criar um ambiente de cuidado hospitalar humanizado e sensível.

A música, neste entendimento, não seria vista como prerrogativa exclusiva de uma profissão, mas por quaisquer profissionais interessados em valorizar a construção de subjetividades inerentes ao afeto e à criatividade (BERGOLD & SOBRAL, 2003). Santos (1998) afirma que cabe ao musicoterapeuta atuar como agente sensibilizador na utilização da música em vários ambientes mesmo em “situações que não comportem uma abordagem estritamente clínica”.

Busquei, então, uma forma mais abrangente de levar a música aos clientes internados. Iniciei o que optei chamar de ‘visitas musicais’ a clientes restritos ao leito, com a intenção de tocar ou cantar músicas escolhidas por eles que pudessem abrandar os efeitos negativos da hospitalização. Essa atividade vem sendo realizada em conjunto com mais dois músicos que receberam treinamento sobre abordagem sensível, e ao mesmo tempo, procedimentos adequados em relação à possibilidade de infecção hospitalar.

Sabemos que a internação hospitalar, apesar de ter por finalidade o diagnóstico e tratamento terapêutico e medicamentoso, em muitos casos pode causar transtornos físicos, emocionais e sociais ao cliente, devido à ruptura no seu cotidiano e convivência num ambiente estranho que gera insegurança e ansiedade. Essa situação favorece o aparecimento de sentimentos e sensações de inadequação e medo, dificultando o processo de recuperação da saúde.

As especializações nas profissões de saúde e o desenvolvimento da tecnologia levaram à padronização dos procedimentos, divisão de tarefas e burocratização das instituições hospitalares. Esses fatores aliados às condições de um ambiente que não oferece recursos, suporte ou apoio aos profissionais tornam o cuidado desintegrado, técnico-orientado, mecânico, ritualístico e impessoal (WALDOW, 1999).

A ausência de diálogo neste ambiente reforça sentimentos de medo, solidão e insegurança do cliente que se encontra em uma relação de dependência e de perda de autonomia. A fragmentação da relação técnico-paciente pode provocar a despersonalização do cliente que passa de sujeito a objeto dos cuidados.

O interesse cada vez maior de focalizar a humanização do ambiente hospitalar fez-me refletir sobre formas simultaneamente eficazes e afetivas de cuidar. A música pode ser uma dessas formas, visto que a nossa cultura é fortemente musical, o que além de auxiliar a aproximação com o cliente, facilita sua utilização pela equipe de saúde,

criando um espaço de troca e de interação mútua em que estão incluídas as emoções, as experiências pessoais e as expectativas de melhora de ambos os sujeitos partícipes da relação do cuidado.

Assim, delimito como **objeto** do meu estudo, “a música no cuidado ao cliente hospitalizado e suas implicações para o cuidar da enfermagem”, pois, além de promover a comunicação e interação pessoal, a música pode tornar o ambiente hospitalar menos ameaçador para o cliente, na medida em que, ao tornar o ambiente agradável pode trazer conforto e oportunidade de crescimento e realização, fatores importantes tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado (WALDOW, 2001).

A escuta musical produz relaxamento físico e mental, pois reduz o stress, a tensão e a ansiedade. Produz também efeito estimulante: desperta a atenção, promove contato com a realidade ou com o ambiente, aumenta o nível de energia, estimula atividade motora, aumenta as percepções sensoriais e eleva o humor. Bruscia (2000) afirma que tanto o relaxamento como a estimulação podem produzir melhora no estado de saúde de duas formas: preventiva (ao reduzir riscos ou aumentar a resistência contra problemas de saúde) e paliativa (ao melhorar a qualidade de vida de quem enfrenta uma condição de doença).

Talento apud Watson (2000) reitera que o foco principal da enfermagem deve ser o cuidado partindo de uma perspectiva humanista aliada a uma base de conhecimentos científicos. Deste modo, “*uma visão ampliada do mundo e habilidades de pensamento crítico são necessárias à ciência do cuidado que tem seu foco na promoção da saúde e não na cura da doença*”. Dentre os pressupostos básicos sobre a ciência do cuidado, propostos pela autora (op. cit.), destaco: “o ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento do potencial enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si mesma em um determinado momento”.

O cliente pode ter uma nova perspectiva ao escutar a música durante a hospitalização. Ele tem a possibilidade de sentir prazer ao reviver situações que o remetem a uma sensação de força em situações conflituosas, ou, simplesmente, a fatos da vida cotidiana que podem ser ativados por canções que trazem a sensação/sentimento de vitalidade (RUUD, 1998) importante para a reconquista do equilíbrio e o aumento da auto-estima em situações de doença. O autor afirma que há uma conexão entre os sentimentos e o sentido do Eu. Os sentimentos são um sistema de informação sobre como a pessoa se sente no mundo e como o corpo se adapta à situação, é uma parte importante

da auto-consciência. A música facilita a auto-consciência, pois desperta lembranças afetivas. Aquilo que lembramos está ligado à emoção. Quando falamos sobre a música que apreciamos, falamos sobre nossos valores, o que é importante para nós.

Assim, cabe ressaltar que a música deve partir do universo sonoro do cliente e não do enfermeiro. Nesse sentido, a música pode ser fundamental no ambiente do cuidado hospitalar, pois possibilita o resgate do sujeito social ao promover a integração com o meio e facilitar a expressão, valorizando a sua escolha. O cliente pode expressar o seu desejo: ele escolhe se **quer** escutar e também **qual** a música. Com isso nos aproximamos do universo musical do cliente na tentativa de reafirmar a identidade deste como sujeito social dando espaço à sua subjetividade e à sua voz.

Se a música já é considerada por enfermeiros de outros países como uma intervenção de enfermagem (PILAR, 2003), penso que no Brasil sua utilização seria facilmente absorvida devido a nossa musicalidade. Para isso, é importante ampliar o quantitativo de pesquisas que colaborem na comprovação de seus efeitos benéficos e assim afastar quaisquer preconceitos de que a música é tão somente “passatempo ou distração”, introduzindo o conceito de música terapêutica ¹⁵⁰ para a enfermagem.

Para realizar essa pesquisa procuraremos alcançar os seguintes **objetivos**:

- a) Descrever as concepções dos clientes hospitalizados sobre a música no cuidado hospitalar.
- b) Analisar as contribuições que a música traz para o cuidado ao cliente hospitalizado.
- c) Discutir as implicações da música no cuidado de enfermagem hospitalar.

Caminhos Metodológicos:

Escolhi a abordagem qualitativa por esta favorecer a análise de fenômenos complexos e únicos, possibilitando uma compreensão mais aprofundada destes. Esta abordagem é a que permite uma melhor avaliação de aspectos subjetivos, favorecendo

¹⁵⁰ Música terapêutica é a utilização da música para manutenção da saúde ou para reforçar a resistência contra ameaças à saúde de diversos tipos, podendo ser exercida por enfermeiros dispostos a criar um ambiente de cuidado hospitalar humanizado e sensível. Diferenciar de Musicoterapia que é da competência do musicoterapeuta e requer formação específica, conhecimento aprofundado de música, instrumentos musicais e técnicas terapêuticas para atingir uma série de objetivos com clientela específica.

não só o aprofundamento, mas também a descoberta de novos aspectos relacionados ao objeto do estudo.

Optei pelo método criativo-sensível (MCS) para produzir dados na pesquisa. Penso que este método, desenvolvido por Cabral (1998) para sua pesquisa de doutorado, é coerente com a temática tratada e com minha visão de mundo. Para a autora, a valorização da criatividade e sensibilidade em um método de pesquisa é importante porque evita a dicotomia entre razão e emoção. Alvim (1999) afirma que o MCS aglutina sensibilidade com o discurso teórico através de idéias coletivas e da linguagem artística, valorizando a dimensão social e coletiva do conhecimento.

O MCS combina ciência e arte ao aliar técnicas de coleta de dados já consolidadas na pesquisa qualitativa: entrevista coletiva, discussão grupal e observação participante, com as Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS), eixo norteador do método. Este método também permite a validação dos resultados da pesquisa no âmbito das DCS “pois o próprio grupo vai confirmando o que é comum e particularizando o incomum” (CABRAL, 1998, p.178). Por isso a sua vinculação à abordagem dialética, uma vez que o sujeito, entendido como histórico-social, vive a realidade e reflete sobre ela. No espaço das DCS é possível levar o grupo à crítica-reflexiva, fazendo ele analisar, discutir e transformar sua própria realidade. Os dados são produzidos a partir de um processo de criação coletiva. As discussões de grupo, possibilitadas pela apresentação das produções artísticas geradas nas DCS, são desenvolvidas em uma perspectiva dialógica-dialética, fundamentada na pedagogia crítico-reflexiva de Freire (1980).

Os dados serão produzidos por meio de dinâmicas das DCS denominadas “Corpo-Saber” (ALVIM, 1999) e “Almanaque” (CABRAL, 1998 e ALVIM, 1999). Segundo Cabral (op.cit.) é importante que sejam utilizadas mais de uma dinâmica para visualizar diferentes facetas, visto que cada uma evidencia melhor um determinado aspecto da dimensão subjetiva da negociação dos saberes.

A dinâmica “Corpo-Saber” poderá evidenciar melhor a concepção dos sujeitos da pesquisa sobre as diferentes ações e reações que a música provoca no seu corpo. A questão geradora de debate a ser desenvolvida nesta dinâmica será: “Que lugar a música ocupa no meu corpo durante a hospitalização?”. A construção do Corpo-Saber será coletiva, a partir da silhueta de um corpo desenhada em uma folha grande de papel para que os participantes possam colocar nas diferentes partes do corpo as suas concepções

sobre a música. Elas serão escritas inicialmente em pequenas tiras de papel que só depois serão coladas sobre a silhueta desenhada.

Já a dinâmica “Almanaque” poderá expressar a aliança dos saberes dos participantes do grupo a partir da construção de seu próprio almanaque sobre como conceberam as visitas musicais no hospital. Essa atividade será realizada individualmente. Os participantes irão recortar revistas e retirar o material que considerarem necessário para montar o seu almanaque. A temática geradora de debate será: “a música e eu no processo de hospitalização”.

A produção dos dados será gravada em fita magnética, seguida de transcrição. Cada dinâmica irá gerar um relatório que se constituirá na fonte primária de dados da pesquisa.

A pesquisa será realizada com clientes adultos de ambos os sexos e idades variadas internados nas enfermarias médicas e/ou cirúrgicas do Hospital Central do Exército na Cidade do Rio de Janeiro que tenham participado ao menos de uma visita musical, estejam em condições físicas e mentais para desenvolver as dinâmicas e concordem em colaborar com a pesquisa conforme o disposto na Resolução nº 196/96 do CNS/MS, que regula as normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

A produção, análise, discussão e validação dos dados serão feitas com base no processo de codificação e decodificação temática, segundo Freire (1980) e recodificação de Cabral (1999). Para Freire (op.cit), a codificação é a representação de uma situação existencial que, nesse caso, é expressa através das produções artísticas; enquanto a decodificação é a transição dessa situação para o concreto a partir da discussão crítica dessa situação em seu contexto real.

A partir desses conceitos, Cabral (op.cit, p. 202) construiu o conceito de recodificação que se refere à síntese grupal, ou seja, quando há a validação do que foi discutido anteriormente, se produzindo uma “terceira forma de conhecimento, configurando-se assim, a aliança entre dois saberes”.

Utilizarei a proposta de análise de discurso de Orlandi (1996) a partir do relatório de produção de dados. Essa análise é realizada a partir da forma como o sujeito da pesquisa enuncia o seu discurso, enfatizando aspectos que incluem o silêncio; o dito e o não dito; a polifonia, referente às múltiplas vozes do sujeito enunciante; a polissemia, que

diz respeito aos múltiplos sentidos do discurso; e aos processos parafrásticos, relacionados às diferentes formulações do mesmo dizer.

Música, Enfermagem e Musicoterapia: uma interseção histórica

Nesse ínterim, vale ressaltar que há uma importante interseção nesse início da musicoterapia como profissão e a enfermagem, uma vez que duas enfermeiras norte-americanas foram precursoras da utilização da música nos hospitais tornando-se pioneiras no ensino e/ou na prática da musicoterapia. Além destas, diversas outras enfermeiras utilizaram a música na prática assistencial ou em pesquisas no decorrer do século passado, mostrando as possibilidades da música como uma intervenção de enfermagem.

A música como possibilidade terapêutica já é cogitada desde o início da organização da enfermagem como profissão, em 1859, quando Nightingale (1989) se referia aos seus efeitos benéficos, já demonstrando uma percepção intuitiva das possibilidades da utilização terapêutica da música à sua época. Contudo, ela concluiu que o uso generalizado da música estaria fora de questão devido ao alto custo que isso acarretaria.

A influência da enfermagem no início da musicoterapia como profissão data do período compreendido entre as duas guerras mundiais. Dobbro e Silva (1999) se referem a Davis, Gfeller e Thaut, que em seu livro sobre musicoterapia citam que, àquela época, a música era considerada como um caminho para aliviar a dor dos pacientes, em sua maioria, veteranos de guerra. Citam também o nome de Isa Maud Ilsen, que era musicista e enfermeira e foi responsável pela criação da Associação Nacional de Música nos Hospitais, além de pioneira no ensino de musicoterapia na Universidade de Columbia.

A enfermeira Harriet Ayer Seymour também se dedicou a estudar a terapia musical nesse período. Utilizava-a para os soldados feridos, promovendo concertos musicais a milhares de doentes nos hospitais de Nova York. Abriu uma escola de preparação de musicistas para tocar para os doentes. Em 1941, criou a Fundação Nacional de Terapêutica Musical com o objetivo de estudar e divulgar a música curativa.

Ao realizar busca bibliográfica para sua dissertação de mestrado, Dobbro (1998) cita 20 artigos sobre música e enfermagem entre os anos de 1979 e 1997 publicados em

língua inglesa. Desses artigos, oito se referem à utilização da música para pacientes com dor; oito relatam procedimentos musicais para pacientes pré e pós-cirúrgicos ou na sala de cirurgia; dois retratam os efeitos da música sobre a ansiedade e o poder da música. Os dois últimos discutem-na como intervenção de enfermagem sem discuti-la propriamente no âmbito de uma determinada manifestação ou problema de saúde; em um deles é denominada como uma terapia alternativa.

No Brasil, existem algumas publicações e dissertações sobre a utilização da música pela enfermagem na última década que mostram um interesse cada vez maior por essa prática como recurso terapêutico. Esses estudos apresentam uma diversidade de práticas musicais relacionadas a diferentes objetivos e clientela:

- . na canalização de energias auxiliando na auto-transformação (SILVA, 1993)
- . na diminuição da dor (DOBBRO,1998; LEÃO E SILVA, 2004; GIANOTTI & PIZZOLI, 2004)
- . como facilitadora da comunicação e interação enfermeiro-cliente (SÃO MATEUS, 1998)
- . na humanização e na diminuição do estresse de adultos hospitalizados (BACKES et al, 2000)
- . para amenizar o sofrimento de crianças hospitalizadas (WEBER et al, 2003)
- . na integração da equipe de enfermagem (ALVES, 2001)
- . como recurso facilitador do ensino e aprendizagem na gestação (RAVELLI,)

Na maior parte desses estudos ora apresentados se pode observar o interesse da enfermagem na utilização da música voltada para o conforto do paciente, ao pesquisar formas de diminuir a dor ou sofrimento relacionado com a internação hospitalar. Relaciono esse direcionamento à constatação de que a maioria dos profissionais de enfermagem trabalha em hospitais e se depara com a dor, e com o sofrimento e insegurança relacionados aos procedimentos desconhecidos ou invasivos para os clientes, que acontecem frequentemente em uma internação. Mas é importante ressaltar que outras possibilidades surgem a partir da ampliação do conceito de cuidado de enfermagem. A música nesses estudos também sugere outras formas de cuidado relacionadas à comunicação e interação, ao aumento da auto-estima e como um recurso facilitador à educação em saúde.

Esse interesse da enfermagem pela música está se tornando cada vez mais evidente, sendo incluído em vários veículos de divulgação, como na publicação de artigos, e desenvolvimento de pesquisas, bem como na apresentação da temática em diferentes eventos científicos.

Vale ressaltar que, dessas pesquisas citadas, somente as de Silva (1993) e a de Leão e Silva (2004) eram oriundas da prática de enfermagem já implementadas. Todas as outras se basearam em estudos e pesquisas para descobrir se os efeitos da música podem ser utilizados para atingir diferentes objetivos no cuidado ao cliente.

Como vimos, desde o início da história da enfermagem a música surge como recurso terapêutico para melhorar a condição do paciente internado. Hoje, percebemos que foram ampliados não somente o perfil do cliente participante desta terapêutica, mas também os recursos musicais utilizados pelos enfermeiros nas pesquisas, embora ainda falte a sedimentação da utilização da música na prática da enfermagem.

Nos estudos apresentados, os enfermeiros recorreram a várias denominações para referir-se à música como recurso terapêutico: sessão musical, sessão de audição musical, vivências interativas musicais, encontro para relaxamento musical, canto coral e sessão musicoterápica. Essa variedade reflete não só os diferentes objetivos buscados por esses profissionais em cada estudo, mas também mostra que, enquanto recurso empregado na intervenção de enfermagem, ainda constitui-se como prática recente que requer muitos estudos para sua consolidação.

É importante que os efeitos da música que já foram comprovados sejam divulgados para ampliar as possibilidades de sua utilização pela enfermagem. Entre as influências da música sobre o ser humano, Sekeff (2002) se refere à ação psicofisiológica que envolve reações sensoriais, hormonais, fisiomotoras e psicológicas, destacando que comportamento e bioquímica se originam um do outro. Assim, não se podem separar os efeitos fisiológicos dos psicológicos. A música age de forma global e complexa, e, por isso, deve ser vista holisticamente. Isso é confirmado pelas pesquisas descritas que procuravam pesquisar um determinado efeito isolado da música, mas que em suas conclusões apontam outros efeitos importantes observados. (DOBBRO, 1998; SÃO MATEUS, 1998; BACKES et al, 2000).

Esse aspecto nos remete a outras formas de cuidado da enfermagem, ligados à subjetividade e comunicação terapêutica. Jourdain (1998, p.405) afirma que a música idealiza tanto as emoções negativas quanto as positivas, conferindo dignidade a

experiências que estão longe de serem dignas. E, ao conferir prazer até mesmo às emoções negativas, a música serve para justificar sofrimentos, assegurando-nos que estes não foram em vão.

Sobre a importância da música em relação às emoções, Ackerman (1996, op.cit. p. 249) se refere ao som como ‘protetor emocional’, pois muitas vezes é usado como uma proteção contra situações que provocam ansiedade ou insegurança. Aponta também a importância da letra junto com a música para provocar emoção, é a “música emocional ligada a mensagens emocionais”. Compartilho do pensamento da autora quando diz que a música comporta-se tão semelhante às nossas emoções, que parece simbolizá-las, espelhá-las e comunicá-las aos outros sem a necessidade de palavras.

Um outro aspecto importante está relacionado ao conteúdo cultural da música. Segundo Ruud (1998), nós a utilizamos para tornar óbvio nossos valores e nossa atual posição na cultura. Como a música está sempre presente no nosso cotidiano, ela estrutura e ancora muitas situações utilizadas no processo da construção da nossa identidade. Podemos compreender a qualidade emocional das experiências musicais ao observarmos que elas realçam e posicionam os eventos das nossas vidas significativamente.

Ruud (op.cit.) também diz que a música oferece oportunidades para que o indivíduo se sinta valorizado pela família e pela comunidade maior. Estas experiências positivas habilitam a pessoa e criam o caminho para a organização, realização e domínio, conceitos-chaves na formação da identidade.

Outra questão importante ligada à cultura é a que traz Jourdain (1996, p.415) quando afirma que somos capazes de perceber somente as relações sonoras que nossa cultura musical particular instilou. Sendo assim, a beleza permanece em grande parte no ‘ouvido do espectador’, o que explica o seu caráter subjetivo.

As tentativas de reduzir a música a uma ação de causa e efeito controlada, características do pensamento cartesiano nem sempre foram bem sucedidas, como ocorreu no séc. XIX, quando tentaram criar uma farmacopéia musical. Platão já alertava que os efeitos da música nem sempre são os desejados, e isso está relacionado aos seus aspectos subjetivos e à sua complexidade, pois são tantos os efeitos que ela produz que não se pode reduzi-los a um aspecto somente (SEKEFF, 2002). Atualmente, a utilização terapêutica da música deve ser vista de uma forma holística para que atenda o ser humano como um todo, respeitando o seu potencial e a sua forma de ser. Isso está em consonância com a evolução do paradigma da enfermagem, quando deixou de ver o indivíduo sob seus cuidados como paciente e passou a vê-lo como cliente, ou sujeito do cuidado.

Como descrito anteriormente, a música provoca inúmeros efeitos no ser humano, e, de acordo com a subjetividade de cada um, torna-se importante descobrir, através da ótica do sujeito da pesquisa, de que maneira a música o afeta na sua hospitalização e de que forma ela pode contribuir efetivamente para a sua recuperação. A utilização terapêutica da música, discutida no âmbito das dinâmicas de criatividade e sensibilidade a partir da crítica-reflexiva dos clientes internados pode trazer reflexões para a inserção da mesma no cuidado ao cliente evitando o processo de despersonalização provocado pela internação e promovendo a humanização do ambiente hospitalar.

Considerações finais

Há poucos estudos sobre a música no ambiente de cuidado hospitalar no Brasil, especialmente retratando a concepção do cliente. Sendo a música um recurso que pode facilitar a interação profissional-cliente e trazer uma série de benefícios a ambos, é importante que mais pesquisas sejam realizadas sobre esse assunto buscando ampliar as suas contribuições não só para a enfermagem, mas para outras profissões da área da saúde, entre as quais, a musicoterapia.

A discussão oriunda da articulação entre os dois campos de conhecimento, enfermagem e musicoterapia, é salutar e de vanguarda, pois atualmente a saúde deve ser vista como um conceito transdisciplinar atravessado por várias dimensões e implicações que, quando interligadas promovem o desenvolvimento das diversas práticas profissionais. O conhecimento das pesquisas realizadas pela enfermagem amplia nossa própria visão como musicoterapeutas, pois podemos perceber um importante campo de pesquisa ligado à área hospitalar que está sendo desenvolvido pela enfermagem devido ao seu contexto profissional. Perceber o entusiasmo que os enfermeiros têm dedicado à pesquisa da música e suas várias possibilidades enquanto contribuição ao objeto maior de sua prática, que é o cuidado, renovou em mim o prazer de pesquisar novos aspectos da música enquanto prática terapêutica, como enfermeira ou como musicoterapeuta.

Por fim, quero ressaltar também a importância de desenvolver métodos de pesquisa próprios, como os desenvolvidos pela enfermagem, que atendam de forma mais adequada a necessidade de realizar pesquisas de forma criativa, priorizando aspectos ligados à arte como expressão, além de aprofundar aspectos relacionados à subjetividade inerentes à relação cliente-profissional, seja este enfermeiro ou musicoterapeuta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALVES, M. A Música como prática alternativa na integração da Equipe de Enfermagem. **Enfermagem Atual**. p. 35-40, set/out 2001.

ALVIM, N. **Práticas e saberes sobre o uso de plantas medicinais na vida das enfermeiras**: uma construção em espiral. Tese apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ como requisito para a obtenção do Grau de Doutora. Rio de Janeiro, dezembro 1999.

BACKES, D. et al. Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. *Revista Nursing*. v.66, n.6, p.35-42, novembro 2003.

BERGOLD, L. & SOBRAL, V; Music for care humanization. **Online Brazilian Journal of Nursing** (OBJN – ISSN 1676-4285) V.2, N.3, December 2003 [Online]. Available at: www.uff.br/nepae/objn203bergoldsobral.htm

BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro. Enelivros, 2000. 312p.

CABRAL, I. O método Criativo e Sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. **Pesquisa em enfermagem** – novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1998. p.177-203.

DOBBRO, E. A música como terapia complementar no cuidado de mulheres com **fibromialgia**. São Paulo, 1998. 153p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

_____. & SILVA, M.J. Música na Fibromialgia: a Percepção da Audição Musical Erudita. **Nursing**. Pág. 14 -21, dezembro 1999.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação. São Paulo. Moraes, 1980. 102p.

GIANNOTTI, L. & PIZZOLI, L. Musicoterapia na dor: diferenças entre os estilos jazz e new age. **Nursing**, v.71, n.7, p.35-40. Abril 2004.

JOURDAIN, R. **Música, Cérebro e Êxtase** – Como a música captura nossa imaginação. Rio de Janeiro. Objetiva, 1997. 441 p.

LEÃO, E. & SILVA, M. Música e dor crônica músculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 12, n.2, p.235-241. Março-abril 2004.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo. Cortez, 1989. 174 p.

ORLANDI, E.P. **A linguagem e seu funcionamento** – As formas do discurso. 4º ed. Campinas. Pontes, 1996. 135p.

PILAR, A.M., La terapia musical como intervencion enfermera. Enfermeria Global – **Revista eletrônica semestral de enfermagem**. nº 2, maio de 2003.

RAVELLI, A. P. **Percepções de gestantes sobre a contribuição da música no processo de compreensão da vivência gestacional**. Porto Alegre, 2004. 145 p. Dissertação (Mestrado) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RUUD, E. **Music Therapy**: Improvisation, Communication and Culture. Barcelona. Publisher, 1998. 204p.

SANTOS, M.A. Clínica Musicoterápica: limites e transgressões. **Anais** do IV Fórum Estadual de Musicoterapia da AMT-RJ.. Rio de Janeiro, maio 1998. p.5–12

SÃO MATEUS, L. A. **A música facilitando a relação enfermeiro-cliente em sofrimento psíquico**. São Paulo, 1998. 149p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SEKEFF, M.L. **Da música, seus usos e recursos**. São Paulo. Editora UNESP, 2002. 172 p.

SILVA, A. A música no processo de cuidar de clientes com Síndrome Neurológica decorrente da AIDS. **R. Bras. Enferm.** v. 46, n.2, p.107-116, abr./jun. 1993.

TALENTO, B. Jean Watson. In: GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem**: Os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 2000 p.254-265

WALDOW, V. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.284-293 set/dez 2001. _____ . **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 2ª ed. Porto Alegre. Editora Sagra Luzzatto, 1999. 201p.

WEBER, D. et al. A música como instrumento de recreação na Unidade Pediátrica. **Rev. Téc-Cient.Enfermagem**. pp. 364-370. 2003.

MUSICALIDADE CLÍNICA: A COMPREENSÃO DO FAZER MUSICAL DO MUSICOTERAPEUTA NO CONTEXTO CLÍNICO MUSICOTERÁPICO

Clara Márcia de Freitas Piazzetta¹⁵¹

Leomara Craveiro de Sá¹⁵²

Resumo:

Esta é uma proposta de pesquisa em andamento, aprovada pelo Comitê de Ética da UFG. Fundamenta-se na obra de Maturana e Varela (2001) a 'Biologia do Conhecer' e nas concepções de Edgar Morin sobre a Teoria da Complexidade (1999). Tem por objetivo investigar, através de estudos teóricos e da análise de material coletado na prática clínica, como a musicalidade do musicoterapeuta apresenta-se no *setting* musicoterápico, contribuindo para uma melhor compreensão do fenômeno musical no contexto relacional musicoterápico. Os procedimentos metodológicos incluem o desenvolvimento da pesquisa em duas etapas: na primeira, o sujeito da pesquisa é o proponente da mesma, sendo sua prática clínica observada por um musicoterapeuta observador; na segunda, os sujeitos são profissionais musicoterapeutas convidados, observados pela pesquisadora proponente. Para análise dos dados, serão utilizados relatórios descritivos das sessões musicoterápicas, registros em vídeo VHS das sessões e registro em fita K7 dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa após cada atendimento. Todos estes compilados em um Protocolo de Análise da Musicalidade Clínica organizado especialmente para esta pesquisa a partir de conceitos de Barcellos (2000) e Brandalise (2001) e do conceito de Acoplamento Estrutural de Maturana e Varela (2001).

Palavras – Chave: musicoterapia, musicalidade clínica, fenômeno musical.

Introdução

A idéia desta pesquisa surgiu a partir de algumas inquietações e reflexões no desenvolvimento de minha atuação clínica musicoterápica: o que posso fazer com a minha musicalidade para colocá-la a serviço de alguém, ou seja, em uma relação de ajuda?

A busca por um conceito de música em musicoterapia abriu caminhos para se perceber a existência da musicalidade como algo significativo no campo da prática clínica, considerando-se que este conceito de musicalidade em musicoterapia deva ser distinto dos existentes no campo da Música (performance, composição e educação musical). A musicalidade, quando associada ao fazer musical – escuta e produção

¹⁵¹ Graduada em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná em 1988; Especialista em Fundamentos a Música Popular Brasileira pela Faculdade de Artes do Paraná – 2004; mestranda em Música na Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás com linha de pesquisa em Musicoterapia. Musicoterapeuta com atuação clínica. clamarci@bol.com.br

¹⁵² Doutora em Comunicação e Semiótica - PUC/SP. ; Musicoterapeuta; Professora-pesquisadora da Escola de Música-UFG. Coordenadora do Diretório de Pesquisa em Musicoterapia – NEPAM – vinculado ao CNPq. Membro do Comitê Interno do Programa de Iniciação Científica (PIBIC; PIVIC) da UFG/CNPq. Membro do Conselho Editorial da Revista Brasileira de Musicoterapia – UBAM. Autora do livro: A Teia do Tempo e o Autista: Música e Musicoterapia, Goiânia: Editora UFG, 2003. lcraveiro@ibest.com.br

musical -, possibilita uma melhor compreensão do fenômeno musical no contexto da Musicoterapia.

Tendo em vista a complexidade deste fenômeno, torna-se fundamental compreender conceitos sobre o fazer musical para fins de ajuda em uma relação terapêutica, tais como: escuta musicoterápica, interação sonora musical, musicante, música em musicoterapia e musicalidade clínica. Segundo Kenny (1996, p.3), estudar qualitativamente os aspectos do fazer musical do musicoterapeuta representa, também, que “nós queremos ser únicos como um campo, mas não tão únicos a ponto de nos tornarmos isolados, apenas o suficiente para nos dar uma razão de ser”.

No Brasil, temas relacionados à musicalidade clínica – musicalidade do musicoterapeuta – começam a surgir em forma de material bibliográfico, a partir de 1989 culminando no aparecimento de conceitos de musicalidade clínica. Como exemplos: a) Costa (1989), no livro *O despertar para o outro Musicoterapia*; b) Barcellos (1992), nos *Cadernos de Musicoterapia 1 e 2*; c) Barcellos e Santos (1996), no artigo *A natureza polissêmica da Música e a Musicoterapia*; d) Costa (1999), no artigo *A escuta musicoterápica*; e) Barcellos (1999), na dissertação de mestrado: *A importância da análise do tecido musical para a musicoterapia*, (2000), em palestra proferida o II Fórum Paranaense de Musicoterapia: *Musicalidade Clínica*; f) Brandalise (2001), no livro *Musicoterapia Músico-centrada*; g) Inokuchi (2002), em monografia de conclusão do curso de Especialização em Musicoterapia: *Da Musicalidade à Musicalidade Clínica “de um concerto para um conserto”*; h) Coelho (2002), também em dissertação de mestrado: *Escutas em musicoterapia: a escuta como espaço de relação*; i) Santos (2002), no artigo *Sobre sentidos e significados da Música e da Musicoterapia*; j) Queiroz (2003), no livro *Aspectos da musicalidade e da Música de Paul Nordoff* e nos artigos apresentados na I Jornada brasileira de Musicoterapia músico-centrada: *musicalidade, Musicoterapia e Luiz Augusto, A Arte Musical na Musicoterapia: análise de usos artísticos de Paul Nordoff em Musicoterapia*; k) Cunha (2003), em dissertação de mestrado: *Jovens no espaço interativo da Musicoterapia: o que objetivam por meio da linguagem musical?*; l) Craveiro de Sá (2003), no livro *A teia do tempo e o autista: Música e Musicoterapia*; m) Craveiro de Sá, Laboissiere e Aldrovandi (2003), no artigo *A contextualização da Música como arte e como terapia*; n) Barcellos (2004), no livro *Musicoterapia: alguns escritos*.

O termo *clinical musicianship*, que compõe o *Approach Nordoff-Robbins* de Musicoterapia, foi apresentado à comunidade brasileira de musicoterapeutas em 1997, no

IX Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, por Clive Robbins. Entretanto nas traduções das transparências, lia-se o termo musicalidade clínica. Este evento não teve publicação de anais.

Considerando-se, então, que a idéia de musicalidade clínica surgiu de uma construção ao longo do tempo, conforme apresentado acima, o presente estudo se desenvolve levando em consideração esta construção e focaliza os conceitos de Barcellos (2000) e Brandalise (2001).

Barcellos (2000) apresenta a musicalidade clínica como a interação de duas capacidades do musicoterapeuta: a escuta musical clínica e a execução musical clínica. A autora, ao discutir se existem diferenças entre musicalidade e musicalidade clínica, parte da definição do *Webster's eventh New Collegiate Dictionáry* sobre musicalidade como sendo: “a qualidade ou estado do ser musical. A sensibilidade à, o conhecimento de, ou o talento para música”(apud Barcellos, 2000, p. 49). Traz, também, os conceitos de “interação musical clínica” e “intervenção musical clínica” como necessários para compor a complexidade do tema.

Brandalise (2001) publica a tradução do termo *clinical musicianship* da metodologia Nordoff Robbins¹⁵³, também como musicalidade clínica. A partir destes elementos, o conceito é apresentado por Brandalise como sendo

o perfil clínico musical do musicoterapeuta e inclui: a responsabilidade clínica; a construção musical; a intuição clínica; a intenção clínica; a liberdade criativa e a espontaneidade clínica. (Brandalise 2001, p.20)

Este conceito parte de aspectos que norteiam a clínica terapêutica (musicoterápica) e compõem o perfil do profissional musicoterapeuta: *responsabilidade, intuição, intenção e liberdade criativa*. Os itens *construção musical e espontaneidade clínica* consideram as habilidades musicais do musicoterapeuta voltadas para objetivos clínicos/terapêuticos.

Barcellos (2004), revisitando o texto apresentado em 2000, define musicalidade clínica como:

a capacidade de o musicoterapeuta perceber os elementos musicais contidos na produção ou reprodução musical de um

¹⁵³ Brandalise apresenta um esquema de “Musicalidade clínica”, tendo como fonte aulas de Clive Robbins no Nordoff-Robbins Center for Music Therapy, na NYU – EUA, em 1997. . Brandalise (2001, p.82 nota 9).

paciente (altura, intensidade, timbre, compasso e todos aqueles que formam o tecido musical) e a habilidade em responder, interagir, mobilizar ou ainda intervir musicalmente na produção do paciente, de forma adequada.(Barcellos 2004, p. 83)

A autora focaliza aspectos musicais do musicoterapeuta, ou seja, suas capacidades e habilidades musicais voltadas para o trabalho terapêutico.

Desta maneira, estas duas definições demonstram, de forma clara, distintos posicionamentos sobre o que seja musicalidade em musicoterapia: a primeira, de Brandalise, focaliza os aspectos que compõem o perfil do profissional musicoterapeuta e a segunda, de Barcellos, contempla mais especificamente os aspectos musicais (escuta musical e execução musical do musicoterapeuta).

A realização deste projeto justifica-se pela necessidade de conhecer mais sobre a “musicalidade clínica”, ou seja, a musicalidade do musicoterapeuta, visando contribuir para o constructo teórico da Musicoterapia. No intuito de apreender a fenomenologia musical no *setting* musicoterápico, optou-se pelas teorias de Humberto Maturana & Francisco Varela e Edgar Morin. A “Biologia do Conhecer” de Maturana e Varela (2001, p.13), “é uma explicação do que é o viver e, ao mesmo tempo, uma explicação da fenomenologia observada no constante vir-a-ser dos seres vivos no domínio de sua existência.”.

todo o fazer é um conhecer e todo o conhecer é um fazer (...) na base de tudo o que iremos dizer estará esse constante dar-se conta de que não se pode tomar o fenômeno de conhecer como se houvesse ‘fatos’ ou objetos lá fora, que alguém capta e introduz na cabeça. A experiência de qualquer coisa lá fora é válida de uma maneira particular pela estrutura humana, que torna ‘a coisa’ que surge na descrição. Essa circularidade, esse encadeamento entre ação e experiência, essa inseparabilidade entre ser de uma maneira particular e como o mundo nos parece ser, nos diz que **todo ato de conhecer faz surgir um mundo** (idem, p.31).

A Teoria da Complexidade, de Edgar Morin (2001 p.100), “faz-nos compreender que não poderemos nunca escapar à incerteza e que não poderemos nunca ter um saber total”. O fenômeno de interação se processa a partir de três princípios: a) dialógico – associação de dois termos ao mesmo tempo complementares e antagônicos; b) recursão organizacional – é um processo em que os produtores e os efeitos são ao mesmo tempo causas e produtores daquilo que os produziu; c) hologramático – não apenas a parte está

no todo, mas o todo está na parte. Outro conceito, apresentado pelo autor, dentro da reforma do pensamento que é pertinente ao proposto neste estudo é o conceito de *serendipidade* : “a arte de transformar detalhes, aparentemente insignificantes, em indícios que permitam reconstituir toda uma história” (Morin 2004, p.23),

Este é um projeto de pesquisa vinculado à linha de pesquisa Musicoterapia: convergências e aplicabilidades do Programa de Pós –Graduação (Mestrado em Música) da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás – EMAC/UFG, aprovado pelo Comitê de Ética desta instituição e realizado com o apoio da CAPES. A pesquisa de campo está sendo desenvolvida no Laboratório de Musicoterapia da EMAC/UFG e em outros locais onde atendimentos musicoterápicos são realizados (clínicas, hospitais e outras instituições).O projeto encontra-se em sua fase inicial, de estudos bibliográficos e coleta de dados.

OBJETIVO GERAL

Investigar, através de estudo teórico e da análise de material coletado na prática clínica, como a musicalidade do musicoterapeuta apresenta-se no *setting* musicoterápico, visando contribuir para uma melhor compreensão do fenômeno musical no contexto relacional musicoterápico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Considerando-se que: a) ambos os conceitos, música e musicalidade, são diferentes nos campos da Música e da Musicoterapia; b) a música desempenha uma função primordial no *setting* musicoterápico; c) o fenômeno musical aparece, no *setting* musicoterápico, relacionado à musicalidade do(s) paciente(s) e do musicoterapeuta; d) a musicalidade clínica é a escuta e o fazer musical do musicoterapeuta que, no contexto clínico, adquirem características próprias, objetiva-se, ainda, neste projeto:

1. desenvolver estudos interdisciplinares sobre o termo musicalidade;
2. investigar, através da análise dos dados coletados nos registros de atuações clínicas musicoterápicas, como o fenômeno musical apresenta-se no contexto musicoterápico;
3. verificar, através da análise dos dados coletados nos registros de atuações clínicas musicoterápicas, como a musicalidade clínica (musicalidade do musicoterapeuta) apresenta-se no *setting* musicoterápico e como a mesma interfere na musicalidade do paciente;

4. gerar material bibliográfico na área da Musicoterapia, contribuindo para o desenvolvimento de seu corpo teórico.

METODOLOGIA

1. Quanto à abordagem:

Pesquisa qualitativa, fundamentada na ‘Biologia do Conhecer’, de Maturana e Varela (2001), e nas concepções da Teoria da Complexidade, de Edgar Morin (1999) a ser realizada em duas etapas: na 1ª etapa, o sujeito da pesquisa é o proponente da mesma e na 2ª etapa, os sujeitos são profissionais musicoterapeutas. Pretende-se conhecer e descrever a escuta e o fazer musical do musicoterapeuta na experiência musical compartilhada do *setting* musicoterápico, a partir de observações do fenômeno musical.

2. Quanto aos critérios de inclusão e exclusão:

Na primeira etapa, a pesquisadora proponente é também o sujeito da pesquisa visando, com isso, uma relação direta com a escuta e o fazer musical no *setting* musicoterápico. Serão realizados 24 atendimentos na primeira etapa.

Na segunda etapa, os sujeitos da pesquisa são profissionais musicoterapeutas convidados que serão observados, em sua prática clínica, pela pesquisadora proponente. Serão considerados 8 atendimentos consecutivos com pacientes escolhidos randomicamente. Com este procedimento, pretende-se coletar mais dados sobre a musicalidade do musicoterapeuta, de modo a confirmar e/ou ampliar os dados registrados na primeira etapa no “Protocolo de Análise da Musicalidade Clínica”, criado especificamente para esta pesquisa.

3. Quanto à coleta de dados:

A observação das sessões, na primeira etapa, será realizada por um musicoterapeuta observador e na segunda etapa, pela pesquisadora proponente. Todas as sessões serão registradas em fita VHS e os relatórios descritivos de sessões serão feitos, na primeira etapa, pelo musicoterapeuta observador e na segunda etapa pela proponente da pesquisa. Os depoimentos individuais dos sujeitos – musicoterapeutas participantes da pesquisa serão colhidos logo após a realização de cada sessão e registrados em fita K7.

De posse destes dados, será realizado o preenchimento do Protocolo de Análise da Musicalidade Clínica pela pesquisadora proponente. Na primeira parte do protocolo são apresentados os itens do diagrama de autoria de Barcellos (2000, p.40) transformados em questões. A segunda parte, é baseada no que apresenta Brandalise (2001, p. 18, 19 e 20) sobre Musicalidade clínica. A terceira parte é descritiva e será analisada a partir do conceito de Acoplamento Estrutural¹⁵⁴ de Matura e Varela (2001, p. 87)

4. Quanto à análise dos dados:

Serão analisados os dados registrados nos Protocolos de Análise da Musicalidade Clínica, dados estes coletados através das observações, das gravações em vídeo, dos relatórios de sessões e dos depoimentos individuais.

Validação externa: serão convidados três musicoterapeutas pesquisadores que contam com o reconhecimento da comunidade científica musicoterápica para procederem à validação externa desta pesquisa. Serão utilizadas duas sessões da primeira etapa e duas sessões da segunda etapa, todas elas escolhidas aleatoriamente pelos juízes da pesquisa. Após fazerem uma análise musicoterápica dos vídeos por eles escolhidos, preencherão o Protocolo de Análise da Musicalidade Clínica. Ao final da pesquisa, será feito um cruzamento desses dados, visando à validação da mesma.

5. Apresentação dos resultados:

Os resultados serão compilados em uma dissertação de mestrado que, por sua vez, será apresentada e defendida perante uma banca examinadora estabelecida especificamente para este fim pela Comissão do Programa de Pós-Graduação em Música da Escola de Música e Artes Cênicas da UFG.

¹⁵⁴ “Duas (ou mais) unidades autopoieticas podem estar acopladas em sua ontogenia, quando suas interações adquirem um caráter *recorrente* ou muito estável.(...) nessas interações, a estrutura do meio apenas desencadeia as modificações estruturais das unidades autopoieticas (não as determina nem as informa). A recíproca é verdadeira em relação ao meio. O resultado será uma história de mudanças estruturais mútuas e concordantes (...)”. (Maturana e Varela, 2001. p. 87)

Referências Bibliográficas

AIGEN, Kenneth. FROMMER, Jörg. LANGENBERG, Mechtild (1996). **Qualitative Music Therapy Research**. USA: Barcelona Publishers.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes (1992). **Cadernos de Musicoterapia 1 e 2** Rio de Janeiro: Enelivros.

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

_____ (2000). Musicalidade clínica. **Anais do II Fórum Paranaense de Musicoterapia**. Curitiba: p.34-45.

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

BRANDALISE, André (2001). **Musicoterapia Músico-centrada**, Linda 120 sessões. São Paulo: Apontamentos.

COELHO, Lilian E. (2002). **Escutas em Musicoterapia: a escuta como espaço de relação**. São Paulo: Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade de São Paulo.

COSTA, Clarice Moura (1989). **O despertar para o outro Musicoterapia** São Paulo.

_____ (1999). A escuta musicoterápica. **Anais do I Fórum Paulista de Musicoterapia** São Paulo.

CRAVEIRO DE SÁ, Leomara (2003). **A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia**. Goiânia: Editora da UFG.

_____ ; LABOISSIERE, Marilia e ALDROVANDI (2003). A contextualização da Música como arte e como terapia. **Anais do XIV Congresso Nacional da ANPPOM**. Porto Alegre.

CUNHA, Rosemiryam (2003). **Jovens no espaço interativo da musicoterapia: o que objetivam por meio da linguagem musical**. Curitiba: Dissertação de Mestrado – UFPR.

INOKUCHI, Ercy (2002). **Da Musicalidade à Musicalidade Clínica “de um concerto para um conserto**. Rio de Janeiro: monografia de conclusão do curso de Especialização em Musicoterapia. Conservatório Brasileiro de Música.

KENNY, Carolyn Berezna (1996). Um dilema de Unicidade. Um Ensaio sobre Consciência e Qualidades. In. **Jornal Nórdico de Musicoterapia**, 5 (2) p. 87-96 s/l.

MATURANA, Humberto (2001). *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte. Editora UFMG.

_____, Humberto & VARELA, Francisco (2001). **A árvore do conhecimento**, as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athena.

MORIN, Edgar.(2001) *Introdução ao pensamento complexo*. 3ª Lisboa: Ed. Instituto Piaget.

_____(2004) **A cabeça bem feita**, repensar a reforma reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand editora,

QUEIROZ, Gregório José Pereira (2003). **Aspectos da Musicalidade e da Música de Paul Nordoff e suas implicações na prática clínica musicoterapêutica**. São Paulo: Apontamentos,

_____(2003). Musicalidade, Musicoterapia e Luiz Augusto. In. **I Jornada Brasileira sobre Musicoterapia Músico-centrada**. São Paulo: Apontamentos,

_____(2003). A Arte Musical na Musicoterapia: análise de usos artísticos de Paul Nordoff em Musicoterapia; In. **I Jornada Brasileira sobre Musicoterapia Músico-centrada**. São Paulo: Apontamentos,

SANTOS, Marco Antônio (2002). Sobre sentidos e significados da Música e da Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: UBAM.

MUSICOTERAPIA E CUIDADO: RESSONÂNCIAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E TRABALHO

*Laize Guazina¹⁵⁵
Maria da Graça Jacques¹⁵⁶*

Resumo:

Tem sido crescente o interesse e a prática profissional de musicoterapeutas no cuidado à saúde de trabalhadores das mais diferentes atividades. Entretanto, ainda são escassos os estudos e pesquisas sobre a temática. Com o intuito de contribuir com as problematizações deste campo, esta pesquisa tem o objetivo de investigar a contribuição da Musicoterapia como área de intervenção nas relações saúde/doença mental e trabalho. Propõe-se um diálogo com a Psicologia Social para a construção de um aporte teórico a respeito da utilização da Musicoterapia na Saúde do Trabalhador, especificamente no cuidado aos cuidadores. A partir da contribuição de Bruscia (2000), Viggiano (2003), Millecco (2001), Millecco e Chagas (2004) e Craveiro de Sá (2004), dentre outros autores; de uma abordagem de sujeito socialmente construído (Lane e Codo, 1985) e de problematizações com base nos trabalhos de Foucault (2003, 2004) e Nardi (1999), discute-se a articulação da Musicoterapia como prática de promoção de saúde para os trabalhadores. Como uma primeira etapa de um estudo empírico mais amplo, aponta-se, com base no referencial bibliográfico, para a pertinência da utilização da Musicoterapia para a emergência das dimensões subjetivas dos trabalhadores, assim como alguns dos atravessamentos discursivos na prática de musicoterapeutas e reflexões éticas que já perpassam a prática musicoterápica nesse campo.

Palavras-chave: musicoterapia – saúde do trabalhador – cuidado ao cuidador

A expressão ‘ressonâncias’ inspira a construção deste trabalho que tem por objetivo articular dois campos de saber e de práticas complexos e heterogêneos, mas que têm em comum a ênfase na interdisciplinariedade. Ressonância “é a ampliação das vibrações de um corpo sonoro reproduzidas num outro corpo (...); é a vibração de um corpo elástico quando atingido por uma onda sonora de frequência igual à frequência de que esse corpo prescinde para ser animado” (MED, 1996, p.95).

A Musicoterapia é uma área que tem se firmado como campo profissional nos últimos anos, no âmbito de diversos países. Tendo sua gênese na intersecção entre as práticas e saberes musicais e as práticas e saberes da saúde, a Musicoterapia é uma área que dialoga com diversos outros campos. As áreas de atuação dos musicoterapeutas são muitas, uma vez que muitos são os diálogos interdisciplinares capazes de serem estabelecidos com a Musicoterapia. Para Bruscia (2000, p. XII e XIII),

¹⁵⁵ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (UFRGS), Especialista em Musicoterapia (UFPEL) e Bacharel em Música/Canto (UFSM)e-mail: izeg@ig.com.br

¹⁵⁶ Profa. do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional (UFRGS) e-mail: fjacques@terra.com.br

(...) construímos uma disciplina e uma profissão ignorando, atravessando, transpondo ou integrando as diversas fronteiras internas e as fronteiras entre Música e Saúde. Isto fica mais óbvio quando vemos o número de fronteiras que os musicoterapeutas têm que negociar na realidade do dia a dia de seu trabalho profissional e o número de distinções que fazemos no interior da prática, da teoria e da pesquisa. (...) Parecemos gostar de dançar sobre as fendas das calçadas da interseção entre a Saúde e as Artes.

A Saúde do Trabalhador é um campo que emergiu no Brasil em um momento de luta pela abertura política, durante a década de 80. Segundo Dias (1994), este movimento nasce como oposição à Medicina do Trabalho, surgida na metade do séc. XIX com a Revolução Industrial na Inglaterra, e que se caracteriza historicamente como uma prática alinhada aos interesses do empregador e centrada na figura do médico. O médico tornou-se a pessoa responsável pela seleção e adaptação das pessoas ao trabalho, garantindo sua produtividade (MENDES; DIAS, 1991).

Sob a ótica da Medicina do Trabalho, o trabalhador é tomado como sujeito passivo e culpabilizado, moral e fisicamente, pelos possíveis problemas de saúde surgidos no trabalho. Segundo Foucault (2003b), o controle da sociedade passou a ser biológico, somático e corporal – o corpo como realidade bio-política e a Medicina como estratégia bio-política. Este controle assegurava a assistência controlada aos pobres, garantindo sua saúde e, por sua vez sua força de trabalho.

A partir da década de 80 há o recrudescimento das políticas de re-estruturação econômica no Brasil e no mundo. Tal cenário se expressa no âmbito da saúde/doença dos trabalhadores, especialmente no campo mental, associado às transformações no cenário mundial e suas expressões no mundo do trabalho. As estatísticas dos serviços de saúde em âmbito global registram o aumento de distúrbios mentais e do comportamento na população trabalhadora. Os estudos e pesquisas sobre as implicações do trabalho na esfera mental se tornam cada vez mais frequentes e a associação do sofrimento e da doença psíquica com o contexto laboral começa a ser reconhecida pelo imaginário social. O estresse é cada vez mais reconhecido como uma síndrome associada ao trabalho, presente nas conversas cotidianas, na literatura científica e nas estatísticas dos serviços de saúde.

A Saúde do Trabalhador se consolida como um movimento social e um campo de conhecimentos orientados pela Reforma Sanitária e pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Caracterizada pela tomada do trabalhador como sujeito conhecedor de seu

trabalho e ativo no processo saúde doença, agora entendido como multicausal, na Saúde do Trabalhador

O objeto (...) pode ser definido como o *processo saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo – como e porque ocorre - e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho (...). (MENDES; DIAS, 1991, p. 347)

Para Nardi (1999), a partir da interdisciplinaridade, este campo propõe a vigilância e intervenção nos locais de trabalho, seguindo uma lógica de determinação histórico-social do processo saúde-doença e busca a reintegração daqueles trabalhadores que adoeceram ou sofreram acidente – uma atenção diferenciada ao trabalhador.

A Saúde do Trabalhador foi impulsionada no Brasil quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1986), de forma que seu discurso se consolida na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (8080/90), estando ainda em processo de implantação. Preconiza os princípios da integralidade, universalidade e equidade na atenção à saúde e controle social (do SUS).

A re-significação do campo da Saúde do Trabalhador, deslocando-se do âmbito da Medicina do Trabalho para uma perspectiva interdisciplinar, suscita a inclusão da Musicoterapia como uma alternativa de intervenção e promoção à saúde dos trabalhadores.

As práticas e saberes sobre a utilização da música para a saúde, que culminaram na sistematização da Musicoterapia como área de conhecimento no pós II Guerra Mundial, vêm se constituindo e respondendo às diferentes concepções históricas sobre saúde e doença. Tais concepções têm servido com base para as mais diversas ações nos diferentes âmbitos da vida em sociedade, até nossos dias (FACCHINI, 1993) uma vez que essas concepções são sócio-historicamente construídas. Hoje é cada vez maior o interesse e a prática profissional de musicoterapeutas no cuidado à saúde de trabalhadores das mais diferentes atividades. A atuação com trabalhadores vem se tornando um nicho de trabalho interessante ao musicoterapeuta, que precisa estar cada vez mais atento às necessidades, pressões e conjunturas de uma população trabalhadora .

O interesse por pesquisar a utilização das práticas musicoterápicas com trabalhadores teve início com uma experiência em musicoterapeuta no Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS) do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, RS. Ao longo dessa experiência foi possível observar diferentes relações que se estabeleciam entre trabalhadores, usuários e com a musicoterapeuta. Chamou atenção a demanda da equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem em relação às necessidades e vicissitudes do trabalho da enfermagem psiquiátrica e o interesse desses profissionais pelo atendimento de Musicoterapia, mais exatamente pelo fazer musical¹⁵⁷ e pelos instrumentos musicais.

O atendimento de musicoterapia do CAPS contava com instrumentos musicais. Pode-se observar, por diversas vezes, que o violão utilizado servia como ‘gatilho’ para muitas das conversas informais com os trabalhadores. Tais conversas costumavam girar em torno de memórias pessoais ou familiares, de desejos com relação ao tocar e cantar, ou anseios e expectativas. Constatou-se muita curiosidade com relação ao atendimento, já que os sons e as músicas produzidas eram ouvidos nos corredores, e uma constante associação das atividades musicais com relaxamento.

O interesse dos trabalhadores de uma unidade psiquiátrica pela Musicoterapia suscitou o interesse em conhecer estudos e pesquisas sobre a relação entre Musicoterapia e Saúde do Trabalhador. Procedeu-se a um levantamento da produção bibliográfica brasileira sobre o tema. Foi feita uma consulta a bases de dados virtuais, bem como a materiais impressos e consulta a musicoterapeutas via telefone e e-mail, além da utilização da ‘lista pública de Musicoterapia’ virtual da União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM), que foi o grande veículo de acesso aos trabalhos. Houve a colaboração dos musicoterapeutas, sendo que mais de noventa por cento dos trabalhos foram obtidos por esta via. Dentre os diferentes trabalhos e informações sobre atendimentos, foram incluídos na consulta os trabalhos que englobassem o atendimento musicoterápico a trabalhadores de quaisquer ramos, sendo elegíveis aqueles que tratassem de Musicoterapia tendo como população-alvo alguma categoria de trabalhadores e que tivessem uma versão acadêmica.

Foram encontrados artigos e monografias (de Graduação e/ou de Especialização em Musicoterapia), e constatada a inexistência de livros e dissertações de mestrado tratando do assunto, até aquele momento. Os artigos encontrados foram: Musicoterapia aplicada no tratamento e prevenção do stress (BRABO, 2001); Aplicação de técnicas musicoterápicas na capacitação de equipes multiprofissionais do CEMASI (MILLECCO

¹⁵⁷Por “fazer musical” refiro-me a toda produção sonora, organizada em maior ou menor grau, produzida em sessão terapêutica, seja pela ação de cantar, tocar, compor, ouvir, ou qualquer outra experiência musical em Musicoterapia, fruto da interação entre os sujeitos atendidos e a musicoterapeuta.

e CHAGAS, 2004); Aplicação de técnicas musicoterápicas na capacitação de equipes multiprofissionais (MILLECCO, 2001); Musicoterapia em recursos humanos – mudando com a mudança: uma possibilidade (CRAVEIRO DE SÁ e MATTOS, 2003); Musicoterapia em recursos humanos (CRAVEIRO DE SÁ e MATTOS, 2003); Implantação da musicoterapia no hospital de urgências de Goiânia: contribuindo para a humanização na saúde pública (CRAVEIRO DE SÁ, 2004). As monografias encontradas foram: Musicoterapia para o tratamento e prevenção de doenças ocupacionais em empregados de estabelecimentos bancários (CAMPOS, 2001); A Musicoterapia como instrumento de redução de estresse nas organizações (SANTOS e TEIXEIRA, 1998); Trabalho e subjetividade: a musicoterapia como instrumento de inclusão social (VIGGIANO, 2003).

A visita a *sites* de bibliotecas de universidades brasileiras priorizou àquelas em que há presença de cursos de graduação ou especialização em Musicoterapia, sendo consultados os bancos de dados monográficos e de teses, além do Banco de Teses da CAPES e de *sites* de busca gerais. Verificou-se que a produção intelectual dos musicoterapeutas brasileiros é plural, entretanto, no campo da Saúde do Trabalhador ainda é muito pequena e restrita a publicações que, em geral, não se tornam de uso corrente, como monografias de graduação e especialização. Outro aspecto importante é que a prática de atendimento a trabalhadores, ainda que também restrita, é sobremaneira mais ampla do que está registrado na produção acadêmica. O que confere um problema, no que concerne à produção de conhecimento na área.

Dentre os trabalhos consultados, verificou-se uma maioria voltada para a redução do estresse e à área de Recursos Humanos. Foram encontrados, também, endereços de páginas virtuais de musicoterapeutas, ou de consultórios de musicoterapeutas ou ainda de instituições que incluem, dentre suas opções ‘musicoterapia em empresas ou instituições’, citando ‘melhora na qualidade’ associada a ‘maior produtividade’. Há oferecimento constante das possibilidades “relaxantes” oferecidas pela Musicoterapia, encontradas em diversos *sites*. Parece coerente supor que há um grande número de profissionais trabalhando com a idéia de redução do estresse em suas práticas de atendimento, pois além de já se mostrar eficaz nesse sentido, há boa repercussão de mercado. Entretanto, foram poucos os materiais encontrados que demonstraram interesse pela intervenção na organização do trabalho (conteúdo da tarefa, sistema hierárquico, modalidades de comando, relações de poder, questões sobre responsabilidade, etc.) e se mostraram posicionados criticamente frente às implicações e engendramentos deste campo.

Há engendramentos e implicações complexos neste ramo de atuação. Um deles é o histórico processo de responsabilização moral do trabalhador pela doença; outro, o histórico alinhamento da Escola de Recursos Humanos e Psicologia Organizacional com a ‘resolução de conflitos’, ‘adaptabilidade’ do trabalhador e identificação com o empregador, que são áreas que influenciam o trabalho de musicoterapeutas. As abordagens voltadas ao indivíduo não atingem de maneira considerável o coletivo de trabalhadores, de maneira a modificar sua organização de trabalho, tal como as abordagens voltadas à redução do estresse, gerando um efeito “espremido de laranja” – na Musicoterapia o trabalhador se refaz, relaxa, retoma melhores condições físicas e psíquicas e, retornando ao trabalho, é espremido por uma organização do trabalho que não o considera como sujeito.

Por outro lado, se faz necessário problematizar questões relativas à utilização da música no que tange à saúde mental, quando as possibilidades de poder são tomadas como foco. Uma vez que poder, normatização e adaptabilidade são questões constantes no território do trabalho, aparecerão também no contexto em que se dá a prática da Musicoterapia com trabalhadores. Na história das práticas e saberes sobre a utilização da música para a saúde encontra-se, sobretudo no plano da loucura, um entrelaçamento com as práticas médicas, notadamente com a Psiquiatria (LAPOUJADE; LECOURT, 1986; COSTA, 1989; CHAGAS, 2001). Assim, é possível construir inferências sobre como o campo da Musicoterapia possivelmente constitui-se influenciado pelas demandas de adaptabilidade dos pacientes, com a normatização do discurso médico sobre a loucura e outras questões ligadas ao poder (FOUCAULT, 2003a). Como evidenciando por Lapoujade e Lecourt (1996, p.10)

Desse período em diante, a música - audição e produção – foi introduzida como um meio de controlar paixões. No entanto, apenas muitos anos depois, entre 1820 e 1880, a Musicoterapia se desenvolveu através de Esquirol no hospital Salpêtrière e também através de Leuret, Dupre, Nathan, Berthier e Bourneville em outros hospitais. Os psiquiatras tornaram-se amplamente responsáveis pela sua evolução. Admitia-se que a ordem e a métrica, que a música simboliza, recuperavam o paciente portador de doenças mentais no que se refere a normas morais e comportamento socialmente adaptável.

A literatura e o cotidiano têm nos mostrado que as agressões presentes na organização do trabalho são maiores, menos ‘concretas’ e estão para além do âmbito do sujeito, só podendo ser vistas quando o coletivo passa a ser vislumbrado.

Destas constatações, problematiza-se o espaço de articulação da Musicoterapia com a Saúde do Trabalhador e com as transformações propostas neste campo, frente ao contexto contemporâneo, onde fica clara a necessidade de uma atitude atenta e cuidadosa frente ao desafio do atendimento e da pesquisa com trabalhadores.

Apesar dos esforços positivos que já vêm sendo desenvolvidos pelo musicoterapeuta sobre o tema, há necessidade de desenvolvimento de pesquisas de cunho crítico, atentas às questões sócio-históricas, que visem a organização do trabalho, o âmbito social, e as experiências e vivências dos sujeitos como trabalhadores. O posicionamento crítico e informado, evita que o musicoterapeuta possa estar trabalhando mais em prol da saúde da empresa do que em prol da saúde do trabalhador. Estes dois planos não são necessariamente opostos, mas são clivados por questões políticas e econômicas, com as quais o musicoterapeuta deve estar atento. Tais situações geram reflexões éticas na área, tomada no sentido da responsabilidade daquilo que é produzido e expresso pelo pensamento foucaultiano ‘ética como prática reflexiva da liberdade’. A ética para Foucault pressupõe escolhas, é ponto estratégico nas relações consigo e com o outro. É também construção de poderes e saberes sobre si e os outros.

Referências Bibliográficas

MED, B. (1996). **Teoria da Música**. Brasília: Musimed. 4.ed.

BRABO, R. (2001) Musicoterapia Aplicada no Tratamento e Prevenção do Stress. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília : MS, 2001. Disponível em <www.planalto.gov.br>. Acesso em: Outubro de 2004.

_____.Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde 8080**. Brasília: MS, 1990. Disponível em <www.planalto.gov.br>. Acesso em: Outubro de 2004.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em <www.planalto.gov.br>. Acesso em: Outubro de 2004.

BRUSCIA, K. (2000) **Definindo Musicoterapia**. Enelivros: Rio de Janeiro.

CAMPOS, H.C. (2001). **Musicoterapia para o Tratamento e Prevenção de Doenças Ocupacionais em Empregados de Estabelecimentos Bancários**. Monografia do Curso de Especialização em Musicoterapia, Conservatório de Música. Universidade Federal de Pelotas

CHAGAS, M.(2001) **Musicoterapia: desafios da interdisciplinaridade entre a modernidade e a contemporaneidade**. Dissertação de Mestrado. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Instituto de Psicologia, Programa de Estudos Interdisciplinares em Comunidades e Ecologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. (não publicado)

COSTA, C.M. (1989) **O Despertar para o Outro: musicoterapia**. São Paulo: Sumus.

CRAVEIRO DE SÁ, L.;Mattos, A. (2003) **Musicoterapia em Recursos Humanos – mudando com a mudança: uma possibilidade**. Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

_____ (2004) Implantação da musicoterapia no hospital de urgências de Goiânia: contribuindo para a humanização na saúde pública. In **Revista de Musicoterapia**, Universidade de Ribeirão Preto/UNAERP(no prelo).

DIAS, E. (1994) **A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS) no Brasil: realidades, fantasias ou utopia**. Campinas : Universidade Estadual de Campinas. Tese de Doutorado.

FACCHINI, L. (1993). Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Buschinelli, J.; Rocha, L.; Rigotto, R (Ogs.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes.

FOUCAULT, M. (2003a). **História da loucura**. 7ed. São Paulo: Perspectiva.

_____ (2003b). O nascimento da medicina social. In: MACHADO, R. (Org.). **Microfísica do Poder**. 18.ed. Rio de Janeiro: Graal.

LAPOUJADE, C.; LECOURT, E. (1996) A pesquisa francesa em musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano I, nº1, (artigo 2/7), Rio de Janeiro.

MENDES, R.; DIAS, E. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. **Revista Saúde Pública**. [online]. out. 1991, vol.25, no.5 [citado 23 Novembro 2004], p.341-349. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500003&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0034-8910.

MILLECCO, R.; CHAGAS, M. (2004) **Aplicação de Técnicas Musicoterápicas na Capacitação de Equipes Multiprofissionais do CEMASI**, Rio de Janeiro (artigo no prelo).

_____. R. (2001) 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.

NARDI, H.C. (1999) **Saúde, trabalho e discurso médico**: a relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS.

SANTOS, A.C.; TEIXEIRA, L.G. (1998) **A Musicoterapia como Instrumento de Redução de Estresse nas Organizações**. Monografia do Curso de Graduação em Musicoterapia, Universidade Católica do Salvador, Salvador.

VIGGIANO, M.S.D. (2003) **Trabalho e Subjetividade**: a musicoterapia como instrumento de inclusão social. Monografia do Curso de Graduação em Musicoterapia, Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário. Rio de Janeiro.

O PAPEL DA MUSICOTERAPIA COMO COADJUVANTE NO TRATAMENTO DO PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON

*Tereza Raquel de Melo Alcântara-Silva*¹⁵⁸

*Leomara Craveiro de Sá*¹⁵⁹

*Oswaldo Vilela Filho*¹⁶⁰

*Deise Luci Barsotti Ferreira*¹⁶¹

*Delson José da Silva*¹⁶²

Resumo

Objetivo: Investigar se a tétrede parkinsoniana pode ser minimizada através da Musicoterapia como tratamento coadjuvante, visando uma melhor qualidade de vida do portador de doença de Parkinson. **Materiais e Métodos:** a abordagem da pesquisa é qualitativa com alguns critérios quantitativos (randomização, escalas médicas de avaliação, testificação musical, questionários avaliativos; adota o modelo médico em musicoterapia. Ela foi desenvolvida através de três grupos heterogêneos quanto ao sexo, idade, estágio e duração da doença, durante três meses. Cada grupo foi submetido a duas sessões musicoterapêuticas semanais com duração em média de 50 minutos. Foram aplicados métodos e técnicas musicoterapêuticas como re-criação, audição. Todas as sessões foram gravadas em VHS, por uma musicoterapeuta observadora. Os sujeitos da pesquisa passaram por 4 avaliações médicas clínicas e por meio da escala de UPDRS (Escala Unificada para Avaliação da Doença de Parkinson). A análise musicoterapêutica será através da observação das gravações e protocolo previamente elaborado para este fim. **Resultados e conclusão:** a pesquisa continua em andamento.

Palavras – chave: Neurociências, doença de Parkinson e Musicoterapia

OBSERVAÇÃO: Trabalho completo não disponível

¹⁵⁸ Mestranda em Música – linha de pesquisa em Musicoterapia. Universidade Federal de Goiás; Musicoterapeuta graduada. Universidade Federal de Goiás; Graduada em Piano. Universidade Federal de Goiás; Licenciada em Música. Universidade Federal de Goiás; Atual presidente da Sociedade Goiana de Musicoterapia; Musicoterapeuta do Instituto Integrado de Neurociências – IINEURO. Tel. 62 251 9191 tequel@terra.com.br

¹⁵⁹ Doutora em comunicação e semiótica pela pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC – SP; Docente da Universidade Federal de Goiás leomara@usa.com.br

¹⁶⁰ Médico, neurocirurgião, Chefe do serviço de Neurocirurgia Funcional e Esterotáxica, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Chefe do Laboratório de Estereotaxia Experimental, FM-UFG, Coordenador de Neurocirurgia Funcional, Unidade de Parkinson e Desordens do Movimentos, HC – UFG. ovf@ih.com.br

¹⁶¹ Musicoterapeuta Graduada pela Universidade Federal de Goiás, Licenciada em Música-USC; Atual Vice-Presidente da Sociedade Goiana de Musicoterapia e Musicoterapeuta do Instituto Integrado de Neurociências – IINEURO dbarsotti@hotmail.com

¹⁶² Médico, Neurologista, Coordenador da Unidade de doença de Parkinson e Desordens do movimento do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Neurologia, ex *fellow* do Serviço de Mivimentos anormais do Hospital Clínic Provincial de Barcelono, Servicio de Neurologia – Espanha, Secretário do Departamento Científico de Transtornos do Movimento da Academia Brasileira de Neurologia. delsonjs@terra.com.br

O SONORO E O SUBJETIVO

Bianca Bruno Bárbara¹⁶³

Resumo:

O presente trabalho visa apresentar questões decorrentes de um estudo em andamento no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Trata-se de uma pesquisa, a nível de Mestrado em Saúde Coletiva, na qual pretende-se explorar as possíveis articulações entre os registros sonoros e a experiência subjetiva a partir do enfoque fenomenológico e psicanalítico. Na pesquisa em curso, não se pretende contemplar todas as proposições teóricas sobre o tema. De antemão cabe ressaltar que, dentre as várias possibilidades de abordagem desta questão, esse trabalho privilegiará as possíveis aproximações e contrapontos entre Merleau-Ponty e Winnicott no que tange à subjetividade e ao plano do sensível, sendo que, por vezes, aspectos teóricos do pensamento destes autores (Winnicott e Merleau-Ponty) serão comentados a partir de outras posições no campo da psicanálise. Espera-se circunscrever aspectos teóricos relevantes para a compreensão do lugar do sonoro nas primeiras relações intersubjetivas para esses autores, explorando hipóteses de como tais referências podem denotar, ainda que implicitamente, a implicação do som na constituição do sujeito. Pretende-se, ainda, discutir o papel do sonoro nas dimensões da clínica musicoterápica quando esta apóia-se no referencial psicanalítico. Metodologicamente, esta é uma pesquisa teórica. Fenomenológica e psicanaliticamente, o estudo proposto aqui, considera a questão *do sonoro e do subjetivo* tanto na história de constituição dos sujeitos, quanto na história -sobre eles e por eles - narrada na clínica, entre palavras, gestos, sons e canções.

Palavras-Chave: musicoterapia, psicanálise e subjetividade.

Esse trabalho nasce das reflexões que tenho feito enquanto mestranda no departamento de Ciências Humanas e Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ. É um mestrado em Saúde Coletiva e as articulações entre musicoterapia, saúde coletiva e subjetividade serão, se não contempladas, ao menos apontadas ao longo do presente estudo.

Se esta é uma pesquisa teórica, vale ressaltar que as questões que a motivaram nasceram de meu percurso clínico. Foram as inquietações e angústias, características da construção de meu lugar de musicoterapeuta, que desaguaram no que é, hoje, o dito problema dessa pesquisa.

Proponho-me a investigar as imbricações entre o sonoro, estruturado ou não musicalmente, e a experiência subjetiva, entendendo experiência subjetiva tanto como os momentos inaugurais de constituição do sujeito, como os posteriores momentos de encontro do sujeito com sua subjetividade na cena clínica.

¹⁶³ Graduada em Musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música. Mestranda em Saúde Coletiva (área de concentração: Ciências Humanas e Saúde) pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Musicoterapeuta do CAPS Lima Barreto (SMS/RJ). Clínica em consultório particular. E-mail: biancabrunob@bol.com.br

Esta pesquisa está sob orientação do Prof. Dr. Benilton Bezerra, ao qual agradeço por ter apostado no meu projeto de estudo, e por ter, enquanto psicanalista, aceito orientar uma musicoterapeuta - que ainda que absolutamente atravessada pela psicanálise, lhe impunha um diálogo constante com a diferença.

Agradeço também e, muito especialmente, a Bianca Vivarelli, Heloísa Mello, Heloísa Santos, Kelly Campos e Mariana Abreu, que, sob a cuidadosa e delicada supervisão de Lucy Averbach, há alguns anos me fazem companhia na difícil e muitas vezes dolorosa tarefa de incursão no desejo de pensar a musicoterapia pelo viés psicanalítico. Grande parte das reflexões contempladas no meu atual estudo, assim como as questões que me lançaram no mesmo, são frutos desse encontro.

Parece não haver discordância, em especial entre nós, os musicoterapeutas, sobre o quanto o universo sonoro pode tomar-nos de uma forma ou de outra e, para a maior parte das pessoas esta constatação encerra-se em si mesma.

O som como algo que marca o sujeito desde suas origens é um dos pressupostos da musicoterapia. Porém não me parece suficiente constatar que o som é causador de respostas subjetivas no seu mais amplo espectro. A compreensão mais profunda dos primeiros registros sonoros e seus efeitos sobre a subjetividade, assim como a desnaturalização da relação entre o universo sonoro e o universo subjetivo ganha, sob meu ponto de vista, contornos éticos para quem, como eu, faz clínica em musicoterapia.

Na clínica musicoterápica, tal como a concebo, aposta-se no sonoro como fio condutor de subjetividade, subjetividade esta endereçada a um outro – o musicoterapeuta, que oferta-lhe escuta. Mas qual seria a natureza dessa subjetividade circunscrita pelo setting musicoterápico?

A pertinência desse esforço - o de detalhar a natureza dos processos de subjetivação, parece enfatizada por BEZERRA Jr e PLASTINO (2001) quando comentam:

“Da vida política à experiência subjetiva privada, toda nossa existência parece requerer um esforço na direção de rediscutir as bases sobre as quais construímos horizontes de significação. Essa tarefa não pode ser levada adiante sem que seja ampliado o debate acerca de sua própria natureza. Assim, torna-se indispensável examinar e contrapor as diversas concepções sobre os papéis alocados ao corpo, aos afetos e a linguagem neste processo de construção de sentidos”.¹⁶⁴

¹⁶⁴ (BEZERRA Jr e PLASTINO (orgs), 2001, pag07).

Como é, então, a participação do som nesta construção de sentidos? Mais que isso, como o corpo, os afetos e a linguagem são marcados também pelo som? Como o corpo é tocado pelo som? Em última instância a questão é: como o som participa da constituição da subjetividade?

A pesquisa que aqui relato parte, então, destas perguntas¹⁶⁵ e, ainda que não seja possível dar-lhes repostas absolutas, a investigação que se tem realizado talvez lance luz sobre alguns caminhos possíveis para a melhor compreensão da articulação entre o *sonoro e o subjetivo*.

É preciso dizer que, dentre as várias possibilidades de abordagem desta questão, este estudo toma como referenciais teóricos a fenomenologia e a psicanálise, não estando os estudos neurológicos dentro do espectro por hora estudado. Além de razões práticas e/ou metodológicas, esta escolha deve-se ao reconhecimento tanto de minhas afinidades com as primeiras referências (psicanálise e fenomenologia) quanto com a “crença” de que as dinâmicas subjetivas não se delimitam pelo funcionamento neurofisiológico do sujeito, embora não prescindam dele.

Dito isso, pode-se descrever, como objetivo geral da pesquisa, a exploração das possíveis articulações entre os registros sonoros e a experiência subjetiva a partir do enfoque fenomenológico e psicanalítico. E, como objetivos específicos, os seguintes:

Verificar possíveis aproximações e contrapontos entre Merleau-Ponty e Winnicott no que tange à subjetividade e ao plano do sensível, analisando o lugar do sonoro nos primeiros momentos de constituição do sujeito para esses autores e explorando hipóteses de como alguns desses preceitos teóricos podem denotar, ainda que implicitamente, a implicação do som nesta constituição; Vale ressaltar que, por vezes, as proposições de Winnicott e Merleau-Ponty encontrarão contrapontos em outras posições possíveis no âmbito da psicanálise.

-
-
- Discutir o papel do sonoro, na dimensão da clínica musicoterápica, quando esta sustenta-se pelo referencial psicanalítico.

O número ainda pequeno de pesquisas em musicoterapia, tal como pôde apontar o último relatório da Comissão de Levantamento de Pesquisa da UBAM (União Brasileira

¹⁶⁵ As questões aqui colocadas só fazem sentido partindo da hipótese de que o som participa, de alguma forma, da constituição subjetiva. Esta é a hipótese inicial deste trabalho, que deságua na delimitação do problema de pesquisa formatado nas perguntas acima apresentadas.

das Associações de Musicoterapia) - coordenado pela Mt. Clara Piazzetta, publicado nos Anais do XI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia (Natal, 2003) - e toda a dimensão ética colocada na possibilidade de repensar a articulação entre o sonoro e a subjetividade, já parecem justificar esse estudo nos limites de nosso campo. Mas, como pensar o lugar de estudos sobre a subjetividade na saúde coletiva? Que relação haverá entre uma pesquisa que abarca *o sonoro e o subjetivo* e uma área aparentemente distante?

De forma muito geral, podemos apontar que a Saúde Coletiva deve ser pensada como um campo complexo, que tal como a musicoterapia é marcada, constitutivamente, por uma intersecção de saberes, pela pluralidade de “olhares” e, conseqüentemente de discursos. Também como a musicoterapia e nas palavras de Marly Chagas, é um campo híbrido. Temos - como desdobramento inevitável deste hibridismo, um número grande de questões tomadas como objetos de investigação neste campo. Como nos indica Birman, num texto intitulado “A Phsis da Saúde Coletiva” (1991), o que marca uma diferença entre as inquietações da saúde pública e da saúde coletiva é que esta última deixa de conceber as questões apenas sob o ponto de vista epidemiológico, cedendo lugar para as considerações sobre inscrições culturais e para as relações do sujeito com seu corpo, com as instituições, com os outros.

Podemos pensar, então, que justificam-se os estudos que colocam questões a cerca da constituição subjetiva, como de interesse para uma ampliação do que se entende por saúde. Assim, interrogar-se sobre os sujeitos e sua constituição é, de certo modo, questionar a concepção dada, no coletivo, a questões de saúde.¹⁶⁶

Retornando as especificidades da pesquisa que aqui relato, gostaria de pontuar que farei, hoje, algumas considerações sobre os caminhos assumidos por mim em tal estudo, mas não posso, ainda, dividir com vocês as prováveis conclusões. Este não é um estudo concluído e as conclusões, se um dia as tiver (!), estarão disponíveis para discussão e contra-argumentação num encontro seguinte, após a defesa da dissertação prevista para Março do próximo ano.

Por hora, cabe fazer algumas referências aos apontamentos teóricos que norteiam minha investigação e “dar notícias” sobre as reflexões em curso.

Uma pergunta se recolocava a cada vez que, pessoal ou profissionalmente me deparava com o efeito subjetivo da música: qual é a origem da articulação entre música e

¹⁶⁶ Pensando especificamente num “braço” da saúde coletiva, a saúde mental – campo que tem se aberto intensamente à musicoterapia, vale ressaltar que pesquisas que contemplem tanto a questão do sujeito, quanto as questões concernentes clínica musicoterapêutica, já denotam um maior cuidado com a sistematização de estudos na área.

afeto? Desde quando o sonoro começa a “impressionar” (no duplo sentido da palavra) o sujeito? Para além disso: como é que o sonoro contribuiria para sua constituição?

Minha inquietação com a provável imbricação do sonoro na constituição subjetiva aumentou consideravelmente quando me deparei, ainda na faculdade de musicoterapia, com a afirmação, proposta por Anzieu (1989), de que “o espaço sonoro é o primeiro espaço psíquico”¹⁶⁷ do sujeito. Buscando compreender melhor esta afirmativa, tomo Anzieu como ponto de partida para fazer algumas referências a autores que fomentam meu desejo de abordar a questão do *sonoro e do subjetivo*...

Merleau-Ponty, na intenção de redimensionar o termo sensação, comenta: “Renunciarei, pois, a definir a sensação pela impressão pura. Mas ver é ter cores ou luzes, *ouvir é ter sons*, sentir é ter qualidades (...) cremos saber muito bem o que é ‘ver’, ‘ouvir’, ‘sentir’, porque depois de muito tempo *a percepção nos deu objetos coloridos ou sonoros*”.¹⁶⁸ Como é que se constrói, então, esse processo de “aquisição dos” sons?

Vale esclarecer que a escolha metodológica por Merleau-Ponty como um dos autores de referência para meu trabalho, se deve ao fato de que sua intenção (em toda uma construção teórica sobre a fenomenologia do corpo, mas, sobretudo, em “A fenomenologia da percepção”) é a de desnaturalizar os processos perceptivos, os considerando para além do aparato puramente sensorial. Merleau-Ponty tenta combater a concepção mais fisiológica do funcionamento do corpo, aquele que buscaria “causas”, “coisas anteriores” que motivariam seu movimento. No entanto, não coloca-se no lado oposto, o que tange apenas a abstração mental. A crítica de Merleau-Ponty é, simultaneamente, voltada para o mecanicismo e para o mentalismo.

Parte-se, então, da possibilidade de compreensão do sujeito tomado pelo sonoro como o detentor de um “*corpo vivido*” (Merleau-Ponty, op. cit): a subjetividade despertada pelo som não pode, ao meu ver, ser tomada nem só fisicalisticamente, nem só mentalmente.

O impacto subjetivo do sonoro talvez possa ser compreendido como experiência de um corpo não só vivo, nem só sentido.

As argumentações de Merleau-Ponty encontram ressonância com a descrição winnicottiana de constituição subjetiva, em especial nas ditas “elaborações imaginativas das funções corpóreas”, que marcam os primeiros momentos de relação do bebê consigo e com o mundo.

¹⁶⁷ (ANSIEU, op.cit., pag. 215).

¹⁶⁸ (MERLEAU-PONTY, 1999, pag.23); grifo meu.

Tendo em vista que toda a discussão de Anzieu sobre a pele como contorno e como base de sustentação para o desenvolvimento egóico - no sentido não só de estimulação tátil, mas de investimento libidinal do Outro¹⁶⁹ sobre o bebê, espera-se fazer uma releitura do “envelope sonoro” e das argumentações sobre o “banho melódico”, ou “banho de palavras” a que o sujeito é desde muito cedo submetido, após considerar a concepção winnicottiana de constituição subjetiva e seus encontros com as proposições de Merleau-Ponty.

A descrição do quanto é “subjetivo o mundo que o bebê habita” consiste na primeira parte do trabalho de pesquisa, que tem seu foco maior na discussão sobre o conceito winnicottiano de objeto transicional¹⁷⁰.

Para Winnicott o desenvolvimento emocional precoce envolve a relação objetal como um de seus pilares e daí decorreria estar, dentre as funções maternas, o “segurar, manipular e apresentar o objeto”.¹⁷¹

Lacan, em “O Seminário, Livro 4: as relações de objeto”, aponta que este tema tem posição central na teoria e na prática da psicanálise de uma forma geral. Lacan resgata o que toca a própria noção de objeto ainda na obra Freudiana. Fala-se de objeto na “noção de realidade”, na ênfase ao fato de que o sujeito se faz de objeto para o outro, etc. Comenta que a noção de objeto em Freud liga-se àquilo que foi “inicialmente o ponto de ligação das primeiras satisfações da criança” (pág.13). Trata-se de um “objeto perdido”, “um objeto a reencontrar”. Lacan aponta para o que seria a primeira forma como aparece, em Freud, a relação de objeto: como o objeto encontrado não é e nem pode ser o mesmo objeto inicialmente perdido, há um certo tom nostálgico que alimenta o movimento de busca. Assim repete-se a tensão que permeia a relação sujeito/objeto: na busca por uma satisfação “passada e ultrapassada” o novo objeto é procurado e ao ser encontrado não corresponde ao ponto de procura inicial. Está aí o que Lacan chama de “elemento essencialmente conflitual incluído em toda a busca do objeto”.¹⁷²

Se, para a psicanálise, a relação objetal é essencial na constituição do sujeito, me interessa pensar no sonoro, quando este “veste-se de objeto”.

¹⁶⁹ Outro psicanaliticamente entendido como alteridade, alguém externo ao sujeito que o nomeia, o reconhece e o inscreve na cultura.

¹⁷⁰ (WINNICOTT [1951], 1975)

¹⁷¹ (WINNICOTT, 1999, pág. 32)

¹⁷² (LACAN, 1995,pág.13).

A discussão em torno da transicionalidade é o ponto de partida para argumentações sobre o som e a música, como algo que pode estar “entre a realidade interna e externa”, ao qual não só a criança recorre, mas todo o sujeito ao longo da vida.

Decorre daí, então, a segunda parte do trabalho dissertativo: aquela que, considerando o sonoro como objeto ao qual o sujeito lança mão para “falar de si”, descreve a clínica musicoterápica como espaço privilegiado de escuta a subjetividade carregada por palavras, gestos, sons e canções.

Como já dito anteriormente, o trabalho que estou me propondo a apresentar aqui hoje, serve mais de “informação” sobre a pesquisa que tenho desenvolvido no mestrado, do que uma exposição de ponto a ponto que a constitui, com todas as articulações teóricas e elaborações que delas têm nascido. No entanto, me resguardando o direito de adiar a exposição mais detalhada de minha construção teórica, proponho por em discussão um aspecto que está entranhado em todas as minhas colocações anteriores...

Este é o relato de uma pesquisa que, como puderam notar, está por todo o tempo pautada pela concepção psicanalítica de ser-humano e, conseqüentemente, de clínica. Faço, portanto, pesquisa e clínica em musicoterapia a partir do referencial psicanalítico.

Ainda que esteja colocada a possibilidade de diferentes referenciais teóricos em musicoterapia (o que inclui a eleição, por parte do musicoterapeuta, de uma forma de concepção do sujeito que será por ele tratado), acho que devemos explicitar que há, em nossa classe, um certo mal-estar que ronda a escolha pelo referencial psicanalítico e isso me intriga...

Neste caminho de se construir um trabalho em musicoterapia referenciado à psicanálise, devo citar Marta Negreiros, Márcia Cirigliano e Jacila Silva que, das pessoas que tenho notícias no Rio de Janeiro, preconizaram essa possibilidade.

Mas, o número de pessoas que, assumidamente, pensam a musicoterapia pelo viés da psicanálise é ainda bastante restrito e isso já parece apontar para algo do “imaginário musicotrápico” que coloca musicoterapia e psicanálise como campos excludentes, ou, ao menos, como campos de “difícil diálogo”.

Patrícia Pellizzari, em seu livro *“Musicoterapia Psicoanalítica – El malestar em la voz”* (1993) enuncia este estranhamento quando pergunta: “Psicanálise versus musicoterapia? Se trata de dois discursos opostos ou antagônicos? Quais são os elementos pelos quais se considera que estas disciplinas se excluem uma a outra?”¹⁷³

¹⁷³ (PELLIZZARI, 1993, pág. 47) – livre tradução do original em espanhol.

Mariana Abreu também pensa a respeito quando diz:

“Acredito que tem havido no nosso imaginário de musicoterapeutas, uma crença na impossibilidade de uma articulação rigorosa entre musicoterapia e psicanálise, por essa ser identificada principalmente como ‘a cura pela palavra’ (...) A psicanálise é uma teoria primeira, com técnica própria e bem estruturada de tratamento, que se conduz pela fala. Se a musicoterapia aparece como categoria com a especificidade de tratar através da música, penso que a fala no atendimento musicoterapêutico fica, no imaginário geral, como plágio da psicanálise, onde se pensaria que não haveria diferença entre análise e musicoterapia e talvez por isso a escuta da fala na musicoterapia tenha um lugar tão delicado.”¹⁷⁴

Mariana, portanto, circunda a questão em torno da oposição palavra x música. Estamos, então, as voltas com nossa velha discussão em torno do verbal e do não verbal e da impressão de que a elegibilidade da musicoterapia estaria no campo do não-verbal, enquanto a psicanálise situaria-se no campo do verbo.

Trabalhos recentes tentaram recolocar esta oposição em discussão, ainda que de formas bastante diferentes entre si.

Gregório Pereira de Queiroz (2003)- estudando o conceito de musicalidade e de musica em Paul Nordoff, trata das questões da linguagem verbal e não verbal de forma acentuar suas diferenças, recorrendo a estudos sobre teoria da comunicação, da neurologia e da filosofia da música. Ao contrário, Bianca Vivarelli (2004) e Kelly Campos (2004) argumentam de forma a aproximar som e palavra.

Em “*A Canção que deflagra o som, todo o som que a palavra tem*”, Kelly (op.cit) pontua as conseqüências clínicas de se tentar estabelecer uma distinção entre a música e a palavra do paciente em musicoterapia, acentuando que o musicoterapeuta precisa se autorizar a ouvir “o que de som a palavra carrega”.

Vivarelli (op.cit), em trabalho apresentado no último fórum de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro, argumenta que, a partir da construção Lacaniana de significantes, não há como separar sons e palavras uma vez que eles seriam todos entendidos como fala. Bianca Vivarelli discute a partir da psicanálise e da lingüística, demonstrando que os atributos da linguagem (diacronia e sincronia) podem perfeitamente encontrar ressonâncias na melodia e harmonia musicais.

¹⁷⁴ (ABREU, 2003, pág. 26)

Vê-se que há maneiras de dissolver a oposição comum entre verbal e não-verbal, mas ainda que admitamos tais “classificações”, numa coisa devemos concordar: estamos todos, desde o início de nossas vidas, imersos num mundo de linguagem. Adquirida mais cedo, mais tarde ou nunca adquirida, a palavra marca o que é da ordem do humano.

A tentativa de argumentação que adoto aqui, motivada por minha estranheza do quão grande estranhamento a musicoterapia psicanalítica causa, vai numa outra direção. Aquela que aponta para a desconstrução da psicanálise como “terapia do verbal”. Ao contrário do que foi feito por minhas amigas, citadas anteriormente, gostaria de pensar o que de “não-verbal” (conservando esse termo tão usual em nosso meio) circunda a psicanálise e que, portanto, pode aproximá-la da musicoterapia.

Sim, é óbvio que a ferramenta privilegiada na psicanálise é a palavra! Mas, o que escuta um psicanalista? Será mesmo a palavra? A palavra em si mesma?

Logo na introdução de seu trabalho de mestrado, Jacila Silva resgata a proposição de Foucault que reconhece a ruptura proposta pelo pensamento freudiano, assim como o de Marx e Nietzsche, em torno da questão do sujeito e da problemática tensão entre o singular e o coletivo que tomava corpo nas discussões no fim do século XIX e início do século XX. A autora ressalta que, na medida em que Freud aponta para a divisão constitutiva do sujeito – aquela inaugurada pelos estudos sobre o inconsciente, tem-se um novo discurso sobre esse sujeito e sobre o próprio termo inconsciente que, antes de Freud, era um termo usado de forma puramente adjetiva.¹⁷⁵

Nas palavras de Jacila,

“ a (...) teoria freudiana vai apontar para a sobredeterminação do sujeito, quando estabelece uma determinação psíquica, onde o sujeito desconhece algo que o determina, ou seja, *‘ele não é senhor em sua morada’*¹⁷⁶.”¹⁷⁷

Desta forma, a psicanálise dá lugar a essa dimensão do desconhecido, do que permanecerá sem possibilidades de nomeação. Como aponta Jacila, *“as dimensões do inaudito, do invisível e do imaterial serão tomadas como próprias do inconsciente e, portanto, importantes no que tange ao reconhecimento do sujeito”*¹⁷⁸

¹⁷⁵ (SILVA, J., 2000, pág. 02)

¹⁷⁶ (FREUD, apud SILVA, op. cit., pág. 04)

¹⁷⁷ (SILVA, op. cit., pág. 04)

¹⁷⁸ (SILVA, idem, pág. 06)

Em outras palavras, reconhecer o sujeito, ao menos psicanaliticamente, é reconhecer o inaudito, o invisível e o imaterial que o toca. Portanto, nas dimensões de uma clínica musicoterapêutica pautada pela concepção psicanalítica de sujeito, há de se reconhecer na produção deste (no que ele toca, canta e/ou fala), essa dimensão do que é “impossível de dizer”, em torno do qual o sujeito está sempre rondando.

Se a concepção psicanalítica de dinâmica psíquica, a partir da formulação do conceito de inconsciente, está calcada na constatação de que algo que não pode ser dito é, ao mesmo tempo, algo que coloca o sujeito a tentar dizer, pode-se reconhecer, mesmo na palavra em psicanálise, essa dimensão não-verbal.

Em outros termos, o que nunca pode ser completamente nomeado está, paradoxalmente, referido no que se diz cantando, tocando e/ou falando.

“*No início, é o silêncio*”, diz Jacila retomando frase de Reik¹⁷⁹. O “silêncio barulhento” que marca o psiquismo.. O “silêncio deste que se faz silencioso – o inconsciente”.¹⁸⁰

Também é em torno do silêncio que o analista convida o analisando a falar. O silêncio cede lugar ao som. Em mais uma correlação com o lugar do analista, é possível pensar que o musicoterapeuta, inscrito na ética analítica, pode escutar, no sonoro, o que paradoxalmente é silencioso no paciente e, do silêncio, dar lugar à produção sonora deste. Produção sonora esta “vestida” de palavras ou de músicas.

Para finalizar, recorro a clínica. Ela é sempre mais contundente...

Sr. Luiz é um paciente de quarenta e poucos anos que sofre de epilepsia de difícil controle. Motorista de uma indústria de açúcar por mais de 20 anos, deixou de trabalhar em função de seu quadro clínico que o impossibilitava de manter-se, sem riscos, dirigindo os caminhões da empresa. Aposentado por invalidez, fica muito deprimido. A relação com sua esposa desgasta-se e o casamento termina.

Inicialmente, sr. Luiz fica sem contato próximo com seus dois filhos, o que acentua sua tristeza. Numa das crises convulsivas, sofre um infarto e passa por uma cirurgia cardíaca. Após período de convalescença, inicia tratamento no setor de Reabilitação do Hospital Geral de Guarus, em Campos, (interior do Estado do Rio de Janeiro) onde trabalhei de junho de 2002 a fevereiro de 2004.

¹⁷⁹ (REIK, apud SILVA, op. cit, pág 95)

¹⁸⁰ (SILVA, op. cit, pág. 95)

Sr. Luiz chega a musicoterapia encaminhado por seu fisioterapeuta. Fazia tratamento fisioterápico devido a comprometimentos no equilíbrio, que passara a ter após as sucessivas crises e, em especial, depois do infarto. O encaminhamento deu-se, basicamente, pelo humor depressivo demonstrado pelo paciente, o que fez o fisioterapeuta conceber a importância de um espaço de escuta para o mesmo.

O paciente chega a primeira sessão visivelmente abatido, cabisbaixo e de óculos escuros. Manteve-se de óculos por todo o atendimento, justificando seu uso, nesta e em outras sessões subseqüentes, pelo choro constante que o afetava.

Sr. Luiz quis saber algo sobre a musicoterapia e quando, sem respondê-lo de imediato perguntei a ele o que imaginava que a musicoterapia fosse, ele comenta reconhecer na música a possibilidade “de emocionar”.

Sinalizo que ele poderá lançar mão dos instrumentos musicais, das canções ou de qualquer som sempre que quiser, mas sobretudo, quando quiser... deixo assim colocada a possibilidade de expressão por música, sem, no entanto, toma-la como única.

Sr. Luiz fala longamente, neste e em alguns atendimentos consecutivos, sobre os registros de perda em sua vida. Fala da dor de não se sentir produtivo, da saudade que sente de seu ambiente de trabalho, da ausência que sentira de sua família e do quanto sua vida parecia sem sentido. Num determinado momento de seu tratamento, sr. Luiz traz para a sessão um cd com música de Roberto Carlos que, segundo ele, o comovia muito. Fala de seu choro ainda mais intenso quando a escuta e pede que escutemos a canção.

A canção, que se segue, foi “tema” de seus atendimentos por algumas semanas. Mais que isso, ela, a canção, foi sua própria fala por algum tempo.

O velho caminhoneiro, comandante das estradas
Debaixo daquele toldo, já são tantas toneladas.
Histórias experiências, por de traz de um pára-brisa.
Tanta coisa que machuca, mais o tempo cicatriza!

Existe em algum lugar numa curva do caminho,
Uma ponta de saudade, de quando ele era mocinho.
Reduz a velocidade, e lembra da namorada.
Que ficou no seu passado na poeira de uma estrada.

Já pegou pelo caminho chuva fina e tempestade
Asfalto terra molhada, lamaceiro de verdade.
No inverno ele se abriga, no verão abre a camisa.
Pronto pra qualquer parada, porque o tempo não avisa.

Seu coração viaja em paz

Carregado de emoção, de mais, de mais
 Dia, noite, madrugada ele sai, não tem hora de partida.
 O caminhão o que ele traz, e a coragem que ele tem que é sempre mais.
 Pulso firme no volante em frente vai, pela estrada e pela vida!

Na solidão da boléia, ele pensa na família.
 Na mulher a sua espera, e um leve sorriso brilha.
 Olha o céu e olha a estrada, acelera e vai embora.
 No painel tem são Cristóvão, Jesus e Nossa Senhora.

Seu coração viaja em paz,
 Carregado de emoção de mais de mais
 Dia, noite e madrugada ele sai,
 Não tem hora de partida
 No caminhão o que ele traz
 E a coragem que ele tem que e sempre mais
 Pulso firme no volante em frente vai, pela estrada e pela vida!
 (Roberto e Erasmo Carlos, Velho Caminhoneiro, 1993)

E foi assim, ou

Eu ouvia a repetição desta música, assim como de sua fala em torno das perdas, como o processo de luto que devia ajudá-lo a sustententar. Talvez, “o velho caminhoneiro” fosse o representante de tudo o que ficou no registro do perdido.

Sr. Luiz chorou por várias sessões, fez referência a canção mesmo quando não a concretamente escutava e foi, dessa forma, podendo nomear suas dores ou tentando dar-lhes algum contorno.

Tempos depois, Sr. Luiz traz um outro cd para o atendimento. Comenta que não sabe bem como, mas está gostando de ouvir músicas com ritmos diferentes dos habituais. Me conta que “aquelas músicas de fossa”, como chamava as canções que costumava ouvir, eram ainda escutadas, mas não por todo o tempo. Pede, então, que eu coloque o “novo” cd no aparelho. O que juntos escutamos foi o seguinte:

Zé Meningite
 Grupo Revelação

Zé meningite já teve bronquite, leptospirose ,campo sarampo catapora
 Varíola caxumba e gastrite, tétano e hepatite, febre amarela e
 conjuntivite,
 Derrame cerebral coqueluche e celulite, faringite, doenças de chagas
 Labirintite (ah Zé)
 Igual Zé meningite eu nunca vi..... 2x
 Pegar tanta doença braba, sobreviver e resistir, teve sarna e tifo,
 Teve sopro no pulmão, cortava um tumor maligno
 Leucemia e subia a pressão, pegou o vírus do mundo numa transa amor

que ele encontrou
 Teve raiva e cirrose e ate a própria morte se amedrontou (2x)
 Se a morte tem medo do cara é porque realmente transmite pavor

Sr. Luiz termina de ouvir a música gargalhando. Comenta:

- *“O coitado do Zé Meningite tá tão ruim, tão ruim, que até a morte teve medo dele!! Ele não morreu, com tudo isso ele não morreu!”*

Então comento:

É, ele não morreu! E que bom que já dá pra rir disso tudo, não é sr. Luiz?!

E assim, fica demarcado o momento do processo em que o Sr. Luiz passa a falar, das mesmas questões, num “novo tom”. Se considerarmos o texto da canção, vamos encontrar uma lista catastrófica de doenças, de forma que o paciente mantém-se fazendo referências as dores e ao seu próprio adoecimento. Mas ouvindo o ritmo, andamento e estilo desta música e a comparando a anterior, vê-se o quanto, na música, aparece algo de sua reestruturação subjetiva. Suponho que sr. Luiz, pôde lançar um novo olhar para sua própria experiência a partir da sustentação de um espaço de escuta que o reconheceu como sujeito na dor, que, entendendo a dimensão indizível desta, sustentou o silêncio e o transformou em convite a tentar “dizer algo sobre o indizível” e que permitiu que essa dor se traduzisse **igualmente** por gestos, músicas, palavras, choros, silêncios e sons.

Muito mais se poderia falar sobre o caso, mas esse fragmento clínico serve ao propósito de ilustrar algumas das considerações feitas anteriormente.

Dizem os psicanalistas que o sujeito paga um preço por sustentar sua verdade, a verdade de seu desejo. Sabemos o preço que temos pago pessoal, clínica e institucionalmente na sustentação de nossas verdades. Em outras palavras e plagiando a canção, “cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é”. Talvez, o preço a pagar pela sustentação da verdade de meu desejo, o desejo de pensar e fazer musicoterapia a partir de uma ética analítica, seja o convívio com o estranhamento... No entanto, me parece importante reafirmar que o enunciado público de minha verdade vem junto, e de forma absolutamente indissociável, do reconhecimento à diferença, e do respeito pela troca.

Referências Bibliográficas

- ABREU, F.M. (2003). **A musicoterapia no acolhimento ao sofrimento psíquico – o trágico na clínica**. Monografia de conclusão do curso de Residência em Saúde Mental, Instituto Philippe Pinel, Rio de Janeiro.
- ANZIEU, D. (1989) **O Eu-pele**. São Paulo, Ed. Casa do psicólogo.
- BEZERRA Jr., B. e PLASTINO, C. A (orgs). (2001) **Corpo, afeto e linguagem: a questão do sentido hoje**. Rio de Janeiro, Ed. Contra Capa.
- BIRMAN, J. (1991) **A Physis da Saúde Coletiva** (Apresentação). Physis, v.1, n.1, Rio de Janeiro, p. 7-11.
- CAMPOS, K.A. (2004). **A canção que deflagra o som**, todo som que a palavra tem. Monografia de conclusão do curso de Residência em Saúde Mental, Instituto Municipal Juliano Moreira, Rio de Janeiro.
- LACAN, J. (1995) **O seminário**, Livro 4: a relação de objeto. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.
- MERLEAU-PONTY, M. (1999). **Fenomenologia da Percepção**. Ed. Martins Fontes, São Paulo.
- PELLIZZARI, P. (1993) **El Malestar em la voz**. Buenos Aires, Ricardo R. Resio Ed.
- QUEIROZ, G. J.P. (2003) **Aspectos da Musicalidade e da Música em Paul Nordoff e suas implicações na prática clínica musicoterapêutica**. São Paulo, Apontamentos Editora.

SILVA, J. (2000). **A música da Psicanálise** – um estudo da singularidade a partir da criação artística. Dissertação de Mestrado em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

VIVARELLI, B.L (2004). **Música, Linguagem e Psicanálise**- ressonâncias na clínica do autismo e da psicose infantil. Trabalho apresentado no Fórum Estadual de Musicoterapia do mesmo ano. Inédito.

WINNICOTT, D. (1999). *Os bebês e suas mães*. Ed. Martins Fontes, São Paulo.

_____ (1990). *A Natureza Humana*. Rio de Janeiro, Imago Ed.

O SONORO NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE: MUSICOTERAPIA, SAÚDE MENTAL E OUTROS CONSTRUCTOS

*Ana Sheila Tangarife*¹⁸¹

Resumo

Atualmente nos deparamos com os desafios éticos dos novos serviços pós-asilares, os impasses da reforma psiquiátrica, tendo o intradisciplinar como exigência. É neste cenário de surpresas, sobressaltos e desafios que vamos buscar a inserção da Musicoterapia dentro do Modelo de Oficinas Terapêuticas. Este trabalho é uma tentativa de aprofundamento de nossa pesquisa de Mestrado¹⁸², cuja hipótese foi o estabelecimento de uma correlação entre a representação simbólica dos instrumentos musicais, sua criação e restauração e os mecanismos psicológicos de reparação interna, no campo da Educação Especial. Através da análise de dados coletados, concluímos, entre outros aspectos, o fortalecimento de suas identidades e estruturação psíquica. Isso nos incentivou a prosseguir o assunto, calcados em diferentes abordagens teórico-metodológicas, desta vez no campo da Saúde Mental, com a finalidade de validarmos ou não nossas expectativas quanto às possibilidades terapêuticas de nossos procedimentos, junto a esta população. Baseado em nossa hipótese de trabalho, partimos de um objetivo geral abrangente que seria a busca da construção ou ressignificação da identidade do poente mental, assim como tentar promover sua Inclusão Social, e possível capacitação de geração de renda. Nosso enquadre teórico será o conceito de “*Envelope Sonoro*” (Anzieu, 1989), “*Mecanismos de Reparação*” (Klein M., 1991), “*Núcleo Rítmico e Ato Criador*” (Honigsztejn, 1990), “*Música e Identidade*” (Ruud, E., 1998). Usamos uma adaptação da Metodologia de Oficina de Música (Fernandes, 1993), assim como Teorias e Técnicas Musicoterápicas adequadas ao campo de Saúde Mental.

1 – Introdução:

Atualmente nos deparamos com os desafios éticos dos novos serviços pós-asilares, os impasses da reforma psiquiátrica, o intradisciplinar como exigência e principalmente a necessidade de superação do paradigma hospitalocêntrico que se torna uma porta de novas formulações, nos convidando a um esforço de busca de novas exigências nos cuidados do indivíduo em sofrimento psíquico.

É neste cenário de surpresas, sobressaltos e desafios que vamos buscar a inserção da Musicoterapia e suas possibilidades dentro de modelo de Oficinas Terapêuticas, entendendo a idéia de Oficina como espaço de criação, de experimentação

¹⁸¹ Musicoterapeuta Clínica, Coordenadora do Curso de Graduação em Musicoterapia (CBM – Centro Universitário), Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Musicoterapia (CBM – Centro Universitário), Supervisora dos Estágios Acadêmicos na Área da Deficiência Mental (Graduação e Pós-Graduação em Musicoterapia). Coordenadora, junto com a Mt. Lia Rejane Barcellos da Clínica Social do Curso de Graduação em Musicoterapia, Mestre em Educação Musical (CBM). Musicoterapeuta Clínica do Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional (IPCEP). Rio de Janeiro. E.mail: anasheila@tangarife.com

¹⁸² “*Construindo sons e suas ressonâncias*”, dissertação de Mestrado. Conservatório Brasileiro de Música, 1997.

incessante, facilitador de comunicação e relações interpessoais, favorecendo a interação, integração e reinserção social.

Em nosso trabalho tentaremos fazer uma reflexão e abordagem, e esclarecer justamente as relações entre a Musicoterapia e os diferentes caminhos na área de Saúde Mental. Ao mesmo tempo pretende-se averiguar como os diversos procedimentos em Musicoterapia se encontram ajustados a essa área. Esse projeto de pesquisa será a tentativa da criação de um espaço de produção interdisciplinar, envolvendo interesses teóricos e clínicos, focalizando a interligação entre Arte, Saúde e Clínica, trinômio que vem ganhando importância e destaque na contemporaneidade.

2 – APRESENTAÇÃO DO TEMA:

Esta pesquisa deriva-se de uma experiência realizada há alguns anos na Sociedade Pestalozzi do Brasil (RJ), instituição especializada no atendimento a Pessoas Portadoras de Necessidades Educativas Especiais.

A experiência foi fruto da observação de fenômenos comportamentais apresentados durante as sessões de Musicoterapia. Nessa ocasião alguns integrantes do grupo, todos adolescentes, ao invés de participarem musicalmente, se dedicavam a manipular seus instrumentos de forma não convencional, ou seja, não os utilizavam para produzir sonoridades e sim, tentavam desmontá-los e “ajustá-los” segundo suas possibilidades.

Num primeiro momento procuramos sinalizar essa “*aparente perda de tempo*” mas ao vermos repetir-se essa situação inúmeras vezes, refletindo melhor começamos a buscar um significado para tal ação.

Através de alguma bibliografia inicial começou-se uma investigação envolvendo dois temas básicos, ou sejam: a origem e o simbolismo dos instrumentos musicais e algumas abordagens psicológicas sobre os mecanismos de reparação, buscamos uma analogia entre esses dois aspectos e os comportamentos descritos anteriormente, na tentativa de entender o significado dos fenômenos observados e buscar respostas às várias indagações surgidas.

Com base na hipótese de que poderia haver uma estreita correlação entre os dois aspectos de estudo expostos anteriormente e o desempenho comportamental dos

alunos, partimos para a criação de uma Oficina de Luteria (construção e restauração de instrumentos musicais), a fim de confirmar ou não as correlações anteriormente sugeridas, na expectativa de validarmos uma prática a ser utilizada em Musicoterapia. Isso nos levou posteriormente a ingressarmos num Mestrado em Educação Musical, desenvolvendo uma pesquisa clínico-musicoterápica.

O título inicial do projeto foi “*Construindo e restaurando objetos sonoros: uma ampliação do ‘setting’ musicoterápico*” (Uricoechea, 1997). A hipótese da pesquisa foi o estabelecimento de uma correlação entre a representação simbólica dos instrumentos musicais, sua criação e restauração e os mecanismos psicológicos de reparação interna, numa abordagem de musicoterapia no campo da Educação Especial.

Através da análise dos dados coletados chegamos à conclusão de que nossa população-alvo demonstrou um visível desenvolvimento de habilidades cognitivas, materiais e musicais, assim como o fortalecimento de suas identidades e estruturação psíquica, tanto no processo de Musicoterapia como nas demais atividades.

Isso nos incentivou a ampliar e aprofundar o assunto, calcados em diferentes abordagens teórico-metodológicas, desta vez no campo da Saúde Mental com a finalidade de confirmarmos ou não nossas expectativas quanto às possibilidades terapêuticas de nossos procedimentos junto a esta população.

3 – JUSTIFICATIVA

A busca de novos modelos em Saúde Mental trouxe vários movimentos visando a redemocratização política, entre eles, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (1978), a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1978), a II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) onde as discussões giraram em torno da implementação das conquistas embutidas na aprovação da lei nº 10.216/01 e nas portarias do Ministério da Saúde que regulam a assistência em Saúde Mental no Brasil. Seu Relatório Final reafirmou as conquistas das Conferências anteriores, corrigiu rumos e consolidou estratégias dos serviços comunitários (CAPS) como dispositivos prioritários de organização da atenção em Saúde Mental (Fiocruz, 2003).

O panorama da saúde mental pública no Brasil está se transformando rapidamente. Com o aumento dos conhecimentos sobre o ser humano, faz-se necessário ampliarmos nosso campo de visão, no qual o homem é visto dentro de um contexto psicológico, biológico, social, econômico entre outros, todos interagindo sobre seu sofrimento psíquico.

O crescimento do isolamento social, a deterioração das formas de convivência, o fracasso das iniciativas de participação coletiva são um terreno fértil para a emergência de um verdadeiro “*paradigma*” da exclusão (Magalhães, R., 2001).

O isolamento, a ruptura com o social e a impossibilidade de coletivizar experiências pessoais são produtores de sofrimento psíquico (Venâncio, 1997)

A valorização da arte enquanto instrumento terapêutico não é recente neste contexto. Poderíamos ilustrar brevemente citando desde Winnicot até Deleuze e Guattari, destacando-se no Brasil a Dra. Nise da Silveira.

A arte como ferramenta integradora, é capaz de gerar sentidos compartilháveis socialmente, possibilitando a integração do homem com o mundo (O campo da Atenção Psicossocial, 1997).

Através de atividades musicais o musicoterapeuta se relaciona com seu paciente (individual ou grupalmente) possibilitando aos mesmos a atualização de seu potencial criativo através da comunicação sonora.

Segundo Bruscia (1987) o processo terapêutico se dá através de experiências musicais e das relações que se desenvolvem através delas.

Em Musicoterapia, que é a base ou assentamento de nossa proposta, depreendemos que a música opera, e é ao mesmo tempo resultado da interação entre cliente e terapeuta, sendo percebida como fenômeno e também reportando à percepção de si mesmo e do outro.

A construção de instrumentos musicais poderá facilitar as ligações que o cliente faz do sentido musical com fatos e fenômenos subjetivos, se tornando uma espécie de convite a uma nova experiência, a perceber ritmos, formas e

intensidades de existência. O que foi experimentado com música pode ser reportado a outros contextos, possibilitando novas experiências subjetivas ou formas de subjetivação.

Através da música, oferecemos a nossos clientes um tempo para “*ser livre*” das fronteiras rígidas de sua doença ou patologia através da expressão de emoções. Isto significa que a música permite que as emoções possam ser claramente e especificamente expressadas, fortalecendo então o poder da relação de musicoterapeuta-paciente num processo musicoterapêutico.

Retornando à apresentação do tema, nos propomos retornar à investigação do significado da construção, restauração e transformação dos objetos ou instrumentos sonoro-musicais, num contexto de oficina terapêutica na tentativa de resgate e reestruturação da identidade do portador de sofrimento psíquico. Principalmente quando pensamos no significado simbólico da construção do instrumento musical, que pode se tornar uma extensão do seu corpo e, por conseguinte, da expressão não-verbal do doente mental (Uricoechea, 1997). Para Ruud (1998), o fazer música é uma importante regra de construção de identidade, assim como é uma espécie de caminho para ancorar importantes relações interpessoais, possibilitando às pessoas se colocarem dentro de seu próprio contexto cultural, no aqui-agora.

4 – OBJETIVOS

Baseados no enunciado de nossa hipótese de trabalho, este projeto de pesquisa parte de um objetivo geral e abrangente que seria a busca ou tentativa da construção ou reconstrução da identidade do portador de sofrimentos psíquicos, assim como promover sua Inclusão Social e possível capacitação de geração de renda, que é a meta final dentro de um plano de atendimento atual em Saúde Mental.

Além disso, como musicoterapeuta, procuramos verificar, através da análise final da coleta de dados, se a Oficina de Construção e Restauração de Instrumentos Musicais poderá ou não se constituir, “*per se*”, numa nova alternativa metodológica no campo da Musicoterapia.

Produtos:

Como esta pesquisa contará com a participação de alunos da Graduação e Pós-Graduação em Musicoterapia (Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário), serão elaborados artigos ou monografias nos diferentes níveis de formação acadêmica, assim, como o relatório final da Coordenadora da Pesquisa, para publicação em revistas especializadas de Musicoterapia e Saúde Mental.

Está prevista a produção de CDS e CD-Roms e apresentação em Congressos, Simpósios e outros eventos de Musicoterapia e da Área de Saúde. O material produzido estará disponível para divulgação pela empresa patrocinadora da pesquisa, sendo observadas as normas éticas que norteiam a mesma.

QUADRO TEÓRICO

A partir de nossa pesquisa de Mestrado, pretendemos agora aprofundar o estudo do tema em questão com uma metodologia orientada na intenção de estabelecer possíveis correlações entre a ação de construir um instrumento ou objeto sonoro, assim como restaurá-lo (ou transformá-lo) e a representação simbólica dos mesmos e os mecanismos psicológicos de reparação interna envolvidos.

Além disso investigaremos o que nos parece ser o ponto culminante no processo musicoterápico, ou seja: a utilização dos instrumentos construídos nas sessões de musicoterapia como objeto intermediário vincular ideal, como facilitador de um processo de organização interna e de crescimento pessoal (Benezon, 1988).

Na tentativa da compreensão de nosso estudo, iremos desenvolver nosso trabalho baseados em algumas idéias básicas, ou sejam:

- ♦ O conceito de “Envelope Sonoro” (Anzieu, 1989)
- ♦ Os “Mecanismos de Reparação” (Klein, M. 1991)
- ♦ O “Objeto Transicional” (Winnicott, 1982) e o “Objeto Intermediário” (Bermudez, apud, Benenzon, 1988)
- ♦ O “Núcleo Rítmico e o Ato Criador” (Honigsztejn, 1990)
- ♦ “Música e Identidade” (Ruud, 1998); (Stige, 2002)

O primeiro conceito abordado será o de “Envelope Sonoro”(Anzieu, D. 1989). Segundo o autor, nas fronteiras e limites do EU (estruturado sobre sensações táteis). “... o *SELF* é constituído pela introjeção do Universo Sonoro como cavidade psíquica pré-individual, dotada de um esboço de unidade e identidade”. (Anzieu, D. 1989, p.182).

Anzieu nos traz uma idéia instigante e com grande afinidade com os estudos acerca do fenômeno SOM - SER HUMANO - SOM, citados por Benenzon em seus trabalhos na área da Musicoterapia. O autor evidencia a existência mais precoce ainda de um Espelho Sonoro, ou de uma pele auditivo-fônica e sua função na aquisição da capacidade de significar e depois simbolizar (op. cit. p. 182). Depreendemos então, que antes que o olhar e o sorriso da mãe produzam impacto sobre o bebê, o Banho Melódico (a voz da mãe, suas cantigas e a música que proporciona) oferece um primeiro espelho que seria o Espelho Sonoro.

Isso nos fez meditar o quanto é possível pensarmos na Música como a recuperação de algo que existe muito primitivamente no homem. O Universo Sonoro parece ser fundante e originário na paulatina constituição de um EU. Será esse universo sonoro que nos ocupará em nossa pesquisa, constituindo uma de suas linhas mestras.

Continuando nossa busca de fundamentação teórica, encontramos em Melaine Klein e D. M. Winnicott contribuições que nos pareceram adequadas à nossa proposta. Ambos autores utilizaram, em suas obras, uma nova ferramenta que é a “técnica do brincar” (*play technique*) inspirada nos trabalhos de Freud (1920). Tanto Klein (1975) como Winnicott (1982) intuíram e confirmaram, com suas experiências, a existência de um rico mundo de fantasia inconsciente, assim como as relações de objeto desenvolvidas pela criança. Klein descreve também o papel da ansiedade e culpa em relação aos ataques ao corpo materno, bem como o “ímpeto de fazer reparação e sua importância como fatos fundamental no impulso criativo” (Segal, H. 1975, p. 17). Reforçando este conceito, Winnicott (1971) enfatiza o que chama “holding” (suporte), ou seja: o “ambiente facilitador” ou “cuidado maternal que forma uma unidade com o bebê”. Um dos pontos centrais do autor é a “área de ilusão”, ou seja, a transição do princípio do prazer para o princípio da realidade.

Foi nesta área de ilusão ou “espaço potencial” que o autor encontrou o que chama de “fenômenos transicionais” que se transformaram no que denomina “objeto transicional” (Winnicott, 1975, p. 13). Desta forma, o lugar teórico do objeto transicional é na área da ilusão, onde se encontra o espaço potencial em que o brincar se desenrola.

Introduziremos agora um conceito que nos parece vital em nossa linha de pensamento: o fazer criativo, o lidar criativamente com os sons corporais, com os materiais que poderiam refletir esses sons e, finalmente, na construção do artefato produtor de sons que se converteria num objeto intermediário vincular ideal (Benenzon, 1988).

A maioria dos trabalhos sobre a atividade criadora têm-se preocupado, quase que exclusivamente, com o “sujeito criador”, deixando a “obra criada” em segundo plano. O importante seria o enfoque SUJEITO-OBJETO (comprovado por autores com Stokes, Ehrenzweig, Milner, entre outros) e que gostaríamos de aprofundar em nossa hipótese de trabalho e que sintetizaríamos com a indagação: ato criador e impulso a integração poderiam ser considerados sinônimos? (Honigsztein, 1990, p. 25).

Retornando o pensamento de Winnicott, constatamos que a função do “holding” (suporte), em termos psicológicos, seria fornecer apoio egóico antes da integração do ego. Honigsztein (1990) nos diz que no período de não diferenciação, o “bom suporte” levaria a um desenvolvimento emocional dentro a normalidade. Nesse período se estabeleceria o que o autor chama de “Núcleo Rítmico”, ou seja: “o registrador na psique de um relacionamento bebê-mãe harmônico” (op. cit. p. 30). Sendo assim, o artista e o ato criativo significariam uma espécie de encontro mãe-filho, sendo que a obra de arte seria vista como a reconstituição (na fantasia), do corpo materno e nessa reconstrução o artista se recria a si próprio (op. cit. p. 30).

Consideramos que o artista não recebe só estímulo do meio; ele é impulsionado a escolher por uma eleição interna prévia e, através do seu ato criativo, poderá reproduzir uma série de vivências primitivas. Acreditamos também que esse impulso básico seria uma espécie de derivado no “núcleo rítmico” (já citado anteriormente) e que possibilitaria às pessoas, objeto de nossa pesquisa, se expressarem de forma mais profunda e rica em significados e simbolismos. Voltamos a nos indagar: o impulso à integração, realmente íntegra? Toda criação seria uma espécie de integração? É o que nos propomos questionar em nossa práxis.

Na busca de uma correlação de nossa proposta com as hipóteses teóricas apresentadas, focalizamos nosso interesse no estudo do simbolismo dos instrumentos musicais, segundo a classificação de Sachs(1946).

Por um processo de simbolização o homem buscou no mundo exterior algo similar aos sons que emitia e os recriou. Logo, o som se fez representante do objeto e

apto a encená-lo. Sendo assim, a música “seria evocação da voz materna, seria reeditar sua relação com ela e com a natureza. Seria superar a angústia depressiva e povoar o silêncio” (Aberastury, op. cit. p.65).

Voltamos à nossa indagação, ou seja: qual o valor simbólico da construção, restauração e transformação dos instrumentos musicais num processo musicoterápico?

A clientela-alvo de nossa pesquisa, por suas características, nos levam a pensar em uma identidade fragmentada internamente, onde o impulso à integração muitas vezes perdeu o alvo. Nossa proposta seria criar um “setting” musicoterápico, onde estarão presentes, e sendo oferecidos uma série de materiais tais como: argila, peles, cordas, ossos, conchas, madeiras, metais, elementos de sucata (de qualidade e resistência) e outros. Estes estarão disponíveis e prontos para serem manipulados, experimentados, construídos, destruídos (transformados), num processo cheio de possibilidades.

Os instrumentos construídos poderão se tornar o objeto intermediário vincular ideal” se tornando “... *um instrumento de comunicação capaz de atuar terapêuticamente sobre o paciente, mediante uma relação, sem desencadear estados de alarme intensos.* (Bermudez, apud Benenzon, 1981 p. 69).

Finalizando, chegamos à questão da identidade, numa abordagem musicoterápica que é o viés de nossa práxis.

Ruud (1998) nos diz que identidade está particularmente ligada com “*de onde venho*”, o espaço geográfico ao qual me sinto associado. Também se relaciona à época que tenho vivido, e à qual me sinto ligado. Quando experimento música, isto será sempre em um certo tempo e um certo espaço. Tempo e lugar estão intimamente relacionados na experiência musical.

Esta questão de identidade tem um papel importante na compreensão da espécie humana. Na contemporaneidade como construção interdisciplinar, o conceito de identidade traz consigo teorias e conhecimentos de psicologia, humanidades, antropologia e sociologia para mapear uma sociedade complexa.

Segundo Geertz (1993), os homens estão sob conseqüências culturais e, para entender a biologia humana, a personalidade e a vida social dos seres humanos, nós precisamos entender o que é cultura. Para Stige (2002) a Cultura para a Musicoterapia reconhece o fato de que o cliente nos chega com uma identidade cultural, (assim como o musicoterapeuta), que deve ser respeitado. O autor declara que este aspecto vem se tornando muito importante, pois a sociedade moderna se faz progressivamente multi

cultural, e o valor em importância da identidade cultural está mais enfatizada do que antes.

Nosso esforço será verificar se os impulsos reparadores poderão ocasionar uma espécie de integração, através do fazer musical, num processo de restauração de uma harmonia interna, assim como o desenvolvimento da ordenação do pensamento, do ajuste psíquico e um resgate de sua identidade muitas vezes negada.

5 – METODOLOGIA

O Projeto:

Nossa proposta é uma pesquisa acadêmica teórico-clínica, com trabalho de campo em ambiente real, de caráter qualitativo, envolvendo adultos portadores de doença mental, efetuada por 1 pesquisador-coordenador (mestre), 1 pesquisador do Curso de Graduação e 1 pesquisador do Curso de Pós-Graduação em Musicoterapia (Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário).

População-Alvo:

A pesquisa será realizada no Hospital Municipal Psiquiátrico de Jurujuba – Niterói (HPJ) com dois grupos de 8 (oito) sujeitos cada um, sendo que um dos grupos será de participantes do atendimento-dia (externos), numa tentativa de levá-los a um potencial de ação produtiva, com possível geração de renda através dos produtos confeccionados na Oficina.

O segundo grupo deverá ser composto por indivíduos com maior comprometimento na esfera psiquiátrica, a fim de podermos comprovar ou não nossa hipótese de trabalho. Ambos os grupos serão atendidos nas Oficinas Terapêuticas .

O “*setting*”:

A pesquisa será realizada num espaço compatível com o nº de participantes, com 2 (dois) encontros semanais com cada grupo, com a duração de 90 minutos cada.

Instrumento de Coleta de Dados:

Serão realizadas entrevistas iniciais com os pacientes e técnicos da Instituição, para avaliarmos as possíveis repercussões comportamentais de nosso trabalho numa visão global, assim como fichas de avaliação elaboradas para este trabalho. Serão escritos

relatórios sistematicamente ,que serão analisados pela coordenadora da pesquisa e seu supervisor.

Recursos Materiais:

Material de sucata nobre, algumas ferramentas básicas, um teclado e um violão (estes últimos levados pela equipe de pesquisadores). Serão usadas câmeras fotográficas, vídeo e gravadores.

Procedimento Básico:

Será desenvolvida uma adaptação da Metodologia de Oficina de Música (Fernandes, 1993). Segundo Carvalho (Fernandes, 1993, p. 102), a Oficina de Música “*significa uma metodologia do fazer musical a partir do contato direto com diversas fontes sonoras, visando a criação musical*”, ou como nos diz Czeko (1988), é uma abordagem alicerçada no experimentar, refletir, conceituar e elaborar a linguagem musical. Sintetizando, a Oficina de Música (em Educação Musical) é uma ação direta do sujeito com os sons através de pesquisa (o fazer musical) e experimentações.

Será desenvolvido um plano estratégico obedecendo uma hierarquia de dificuldades e objetivos a serem atingidos, ou seja:

- ♦ Primeiro contato, onde as pesquisadoras procederão a aproximação e observação dos grupos, através da manipulação dos materiais oferecidos.
- ♦ Favorecer a comunicação sonora e verbal através de procedimentos musicoterápicos baseados no método de Improvisação Livre (Bruscia,1997) numa abordagem Humanista.
- ♦ Trabalharemos com o modelo de “Grupo Operativo” (Pichón-Rivière, 1994) para compreendermos a movimentação e papéis grupais.
- ♦ Tentativa de construção de objetos ou instrumentos musicais e sua utilização no processo clínico musicoterápico, como objeto vincular ideal.
- ♦ Organização e análise de dados.

Serão utilizadas fichas de entrevistas, testificação musicoterápica e fichas relatórios das sessões assim como relatórios parciais e relatórios totais.

Esses relatórios obedecerão a uma cronologia, sendo analisados periodicamente, para uma possível mudança de estratégias dentro da metodologia

prevista, assim como faremos observações cruzadas, para alcançarmos um nível satisfatório de análise de dados.

Cronograma: 2005

Janeiro a Março : Observação, avaliação e instalação da Oficina.

Março a Setembro : Execução do Projeto

Outubro a Dezembro : Análise de dados coletados e elaboração do Relatório Final.

Referências Bibliográficas

ABERSTURY, Arminda. “La música y los instrumentos musicales”, in **Revista de La Asociacions Psicoanalítica**, XXX Tomo XII, nº 3, 1975.

ANZIEU, D. **O Eu-Pele**. Editora Casa do Psicólogo. São Paulo, 1989.

BENENZON, R. **La nueva Musicoterapia**. Ed. Lúmen, Argentina, 1998.

_____. **Teoria da Musicoterapia**. Ed. Summus, SP, 1981.

BRUSCIA K. **Improvisational Models of Music Therapy**. Springfield, Charles C. Thomas Publishers, 1987.

CHNEIDERMAN, M. Música e psicanálise, in **Ensaio de Psicanálise e Semiótica**. São Paulo. Ed. Escuta, 1989.

COSTA, C. M. **O Despertar para o Outro**. Musicoterapia. Ed. Summus, SP, 1989.

_____. e Figueiredo A.C. - **Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção, cidadania**. – coleções IPUB, contra capa, RJ, 2004

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Texto de apoio em Saúde Mental. Ed. Fiocruz, RJ, 2003.

GEERTZ, C. **The Interpretation of Cultures**. London: Fontana Press, 1973, 1993.

HONIGSZTEJN, H. **A psicologia da criação**. Imago. Rio de Janeiro, 1990.

KLEIN, Melainie. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Imago. Rio de Janeiro, 1991, vol.3.

MAGALHÃES, R. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais. In **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 17, nº 13 maio/junho 2001. Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), RJ.

RUUD, E. **Music Therapy: improvisation, communication and culture**. Barcelona Publisher, USA, 1998.

SACHS, Curt. **The history of musical instruments**. W. W. Norton & Company Inc. Publishers. USA, 1940.

STIGE, B. – **Culture-Centered Music Therapy**. Barcelona Publishers, 2002.

URICOECHEA, A. S. **Construindo sons e suas ressonâncias**, Dissertação de Mestrado, Conservatório Brasileiro de Musica- Centro Universitário (RJ), 1997.

WINNICOTT, D. *W.O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago. 1975.

MECANISMOS DE ATUAÇÃO DO MUSICOTERAPEUTA: AÇÕES, REAÇÕES E INAÇÕES.¹⁸³

*Lia Rejane Mendes Barcellos*¹⁸⁴

Resumo:

Este artigo objetiva apresentar os resultados de uma pesquisa qualitativa que teve por fim estudar “Os Mecanismos de Atuação do Musicoterapeuta”. Foram identificadas como peças fundamentais destes mecanismos – vistos por Fiorini como “pilares” ou “fenômenos-eixos” de um processo terapêutico – ações, reações e inações. Utilizou-se como dados, os dez vídeos gravados para pesquisa anterior da mesma autora. Criou-se metodologia adequada para análise dos vídeos, que se constituiu em: assistir aos vídeos, detectar as peças dos mecanismos e discutir e estabelecer aspectos inerentes aos mesmos. Criou-se e definiu-se termos, bem como conceitos e procedimentos, o que, sem dúvida, poderá trazer uma contribuição para a movimentação do musicoterapeuta na prática clínica. Os resultados apontaram quais são essas peças; a aplicabilidade das mesmas na prática clínica; e a relevância de seus desdobramentos para uma melhor compreensão do processo terapêutico, podendo contribuir para uma maior competência dos musicoterapeutas e desenvolvimento do campo, o que vai desaguar numa melhoria do atendimento daqueles que necessitam deste tipo de tratamento.

Palavras-chave: mecanismos de atuação do musicoterapeuta; ações, reações e inações.

Abstract: This report aims to present the qualitative research findings which had the goal of studying “The Music Therapist’s Mechanisms of Acting”. The pieces identified as fundamental of these mechanisms – considered by Fiorini as “pillar” or “axis-phenomena” of a therapeutical process – were actions, reactions and inactions. The data of this research were ten videos from a former research made by the same author. It was necessary to build an adequate methodology to analyze the videos as follows: to watch the videos, to identify the mechanisms’ pieces and to discuss and establish aspects concerning these mechanisms. New terms were established as well as concepts and proceedings which can contribute for the music therapist acting in clinical practice. These findings made possible the author point out the pieces of the mechanisms, their own applicability in clinical practice and the relevance of their unfolding to a better comprehension of the therapeutic process. This research may contribute not only to increase music therapists’ competence but also to develop and improve the field of music therapy in order to assist in a better way people who need this treatment.

Key-words: music therapist’s mechanisms of acting; actions, reactions and inactions.

¹⁸³ Pesquisa realizada no Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro – Centro Universitário (CBM-CEU), de 2003 a 2005, tendo como equipe: Consultor: Prof. Ms. Adeilton Bairral; Pesquisadora principal: Profa. Ms. Lia Rejane Mendes Barcellos; Pesquisadores: Mt. Albelino Silva Carvalhaes. Estudantes de Graduação de Musicoterapia: Bianca Panetti de Andrade Fialho (4º ano); Paulo Henrique Amaral Arbex (4º ano) e Elisabeth Martins Petersen (3º ano).

¹⁸⁴ Musicoterapeuta clínica. Graduada em Piano e Musicoterapia. Mestre em Musicologia. Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Musicoterapia e professora de Musicoterapia nos cursos de Graduação e Pós-graduação em Musicoterapia do CBM - CEU. Professora convidada da Universidade Federal de Pelotas - RS. Musicoterapeuta especializada no Método Bonny de Imagens Guiadas e Música – GIM. E-mail: liarejane@imagelink.com.br

Introdução

A pesquisa “As Experiências Musicoterápicas na Formação do Musicoterapeuta”, realizada anteriormente pela autora desta e por uma equipe constituída por musicoterapeutas e alunos de musicoterapia, teve como dados os vídeos de dez sessões realizadas em 2000 pelos alunos do quarto ano do curso de graduação, investidos do papel de musicoterapeuta. Essa experiência foi denominada “prática assistida”, pelo fato de ser realizada com a presença da professora de musicoterapia que também exercia as funções de observadora das ‘sessões’ e de pesquisadora principal.

À medida que estes vídeos eram estudados, ainda na pesquisa anterior, algumas perguntas eram recorrentes, tais como: quais são as ações dos musicoterapeutas na prática clínica? Como se realizam estas ações? Como se denominam? Existem várias formas de agir? Onde se discorre sobre isto na literatura brasileira ou estrangeira? Onde se encontrar algo que esclareça este tipo de dúvida? Quem poderá ajudar nesta direção? Que importância teria isto para aqueles que estão em formação em musicoterapia? E para os que já estão na prática clínica? Seria possível estudar-se essa movimentação na prática realizada por alunos-musicoterapeutas e generalizar-se para uma atuação dos profissionais da musicoterapia?

Mas, a pesquisa anterior não daria conta de responder a tais perguntas, visto que os objetivos eram de outra ordem. Para chegar-se a estas respostas seria necessário pensar-se na viabilidade e pertinência de um estudo a ser realizado posteriormente, assim como seria imprescindível ter-se informações sobre a existência de pesquisas sobre o tema em nível nacional e internacional, para realizá-lo como um estudo original ou para partir do já existente e replicar o mesmo.

Depois de terminada a pesquisa anterior em 2002, de serem feitas algumas apresentações em congressos e de serem publicados artigos sobre a mesma, começou-se a pensar no projeto que deveria ser elaborado no ano seguinte. Levando-se em conta que esta seria uma grande oportunidade para se desenvolver uma pesquisa para estudar aquelas questões que haviam aparecido no estudo dos vídeos, e que não tinham sido respondidas por não serem o objeto daquela pesquisa.

Assim, durante os três meses das férias de verão o projeto desta pesquisa foi tomando forma, ao mesmo tempo em que era realizada uma revisão da literatura estrangeira, bem como um levantamento *webgráfico*.

Em meio a estes levantamentos, em fevereiro de 2003, a pesquisadora principal decidiu estudar a movimentação do musicoterapeuta nas ‘Experiências Musicoterápicas’ de 2000.’ Inicialmente pensou-se nesta movimentação como constituída por **ações**. Mas, nem toda movimentação poderia ser assim denominada. E quando o musicoterapeuta reage a algo trazido pelo paciente? Que nome teria? Chegou-se, então, às **reações**. E nos momentos em que se percebeu que, por algum motivo, o musicoterapeuta se mantinha **sem uma movimentação aparente**? Poderia tratar-se de **inações**. Mas, ter-se-ia que identificar, estudar, denominar e definir tanto as ações, como as reações e inações. Assim, concluiu-se que a questão central da pesquisa seria:

“Quais são as ações, reações e inações significativas dos alunos no desempenho do papel de musicoterapeuta nas Experiências Musicoterápicas de 2000”?

Para isto, vários projetos foram elaborados até chegar-se à conclusão que esta movimentação se constituía das três partes principais acima referidas e que, como uma engrenagem, as mesmas formariam um mecanismo, entendendo-se como tal uma combinação de peças que produzem um movimento. Mais do que isto, cada uma delas e seus desdobramentos formariam um mecanismo.

O projeto foi então concluído e apresentado ao Núcleo de Pesquisa “José Maria Neves” do CBM – CEU. Com a aprovação do mesmo foi constituída nova equipe de trabalho – já que alguns alunos da equipe formada para a pesquisa anterior haviam terminado o curso – e, em março de 2003, deu-se início à atual pesquisa.

No entanto, vale dizer que tanto na revisão bibliográfica quanto na *web*gráfica – em material brasileiro e estrangeiro – nada foi encontrado no sentido de dar subsídios para o estudo específico das “Ações, Reações e Inações do Musicoterapeuta”, o que nos leva a crer que nenhuma pesquisa nesse sentido tenha sido realizada em âmbito mundial, até o momento. Mas, esse levantamento foi de fundamental importância porque serviu tanto para a escolha de metodologia, que à época pareceu pertinente para tal estudo, como para subsidiar aspectos relativos ao tema.

Objetivo

O objetivo desta pesquisa foi:

“Identificar, analisar, estudar e definir as ações, inações e reações dos alunos no desempenho do papel de musicoterapeuta nas Experiências Musicoterápicas de 2000”.

A importância da contextualização da experiência vem ratificada pela afirmação de Aigen que afirma que “para uma compreensão de processos em musicoterapia há necessidade de se contextualizar em termos dos indivíduos específicos que participaram da pesquisa”.¹⁸⁵

Partindo-se dessa contextualização, numa direção do particular para o geral, pode-se chegar à aplicabilidade da pesquisa ou utilizar-se o conceito de “transferibilidade” de Lincoln e Guba.¹⁸⁶ Esse conceito está entre os quatro propostos pelos autores e tem, tanto quanto os outros, um paralelo na pesquisa positivista: o conceito de ‘validade externa’. Bruscia afirma, que “um estudo tem transferibilidade quando os achados são aplicáveis a situações que vão além da pesquisa original”. Este conceito ratifica a possibilidade de que a identificação e o estudo das ações, reações e inações utilizadas num determinado contexto de “sessões”, realizadas pelos alunos/musicoterapeutas, e os resultados daí advindos, sejam aplicados a um contexto mais amplo que é a prática clínica dos profissionais da área.

Justificativa

Levando-se em conta a recomendação de Goldenberg, decidiu-se retomar a justificativa para se avaliar a importância da pesquisa para o campo científico em questão e para a sociedade de forma mais ampla.¹⁸⁷

É necessário frisar-se que o desenvolvimento de qualquer processo terapêutico pode ser facilitado por um conjunto de ações do terapeuta. Fiorini refere-se à existência de “um conjunto de mecanismos de ação” e de um “complexo entrecruzamento de influências de modificação”.¹⁸⁸

Fiorini ainda questiona a possibilidade de se avançar um pouco além do reconhecimento inicial da existência desse conjunto de influências de modificação, pensando “localizar ‘certos eixos’ no movimento impulsionado por aquelas influências”.¹⁸⁹ O autor pretende que sejam identificados certos fenômenos, denominados por ele de “pilares” que também se movimentem e se constituam como um marco de organização das ditas influências e de seus efeitos. Esses fenômenos-eixo, como ele acaba por definir tais mecanismos de ação, desempenham, a seu juízo, “um papel de

¹⁸⁵ AIGEN, Kenneth. In: LANGENBERG, Mechtild, AIGEN, Kenneth e FROMMER, Jörg (Eds.) 1996, p. 19.

¹⁸⁶ Apud BRUSCIA, Kenneth. Ibid, p. 81.

¹⁸⁷ GOLDENBERG, Miriam, 1997.

¹⁸⁸ FIORINI, Hector J. 1976, p. 85.

¹⁸⁹ Ibid.

organizadores de um processo no qual se acoplam e se potenciam fenômenos de modificação de diferente[s] nível[is], ritmo[s], intensidade[s] e amplitude[s]”.¹⁹⁰ Cabe ainda pensar-se que, em musicoterapia, esta movimentação assume um caráter específico pela presença da música.

Alguns autores referem-se ao que entendemos serem as ações do terapeuta. Fregtman afirma que o musicoterapeuta não desenvolve um programa, mas que este “reage, propõe, intervém, intui e acompanha”.¹⁹¹

Analisando-se o artigo no qual Barcellos discorre sobre “A Movimentação Musical em Musicoterapia: Interações e Intervenções”,¹⁹² pode-se perceber que a ‘movimentação’ à qual a autora se refere é o que está sendo aqui definido como as ações do musicoterapeuta. A autora apresenta nesse artigo o que denomina “momentos” que, sem dúvida, mais adequado seria intitular “ações do terapeuta”. Estes momentos/ações, aí apresentados são: ouvir, estimular/induzir, interagir e intervir. Um único momento proposto por Barcellos – “ouvir o paciente quando este se expressa” – tem uma direção que é do paciente para o terapeuta o que poderia se configurar como uma ‘inação’ do terapeuta. No entanto, apesar de o terapeuta estar aparentemente passivo no momento em que escuta o paciente, ele está receptivo, atento e perceptivo, para poder ter uma compreensão do paciente e decidir qual será a sua ação subsequente.

Partindo-se do exposto acima e refletindo-se sobre as ações e inações do musicoterapeuta pode-se pensar, ainda, que o terapeuta reage àquilo que é trazido pelo paciente – o que se constituiria como as “reações” do musicoterapeuta.

Assim, tendo-se a consciência da importância do estudo da movimentação ou das ações do musicoterapeuta no *setting*, constituiu-se uma nova equipe e iniciou-se a análise dos dados – os dez vídeos das sessões realizadas em 2000. Além de Bianca Panetti de Andrade Fialho, a equipe passou a contar com mais três alunos – Paulo Henrique Amaral Arbex, do 3º ano, e Elisabeth Martins Petersen e José Antônio Maretsky Ribeiro, do 2º ano, tendo este último retirado-se da equipe por problemas pessoais.

O Desenvolvimento da Pesquisa

Sobre os Dados

Sobre o Grupo que Participou das Experiências Musicoterápicas

¹⁹⁰ Ibid.

¹⁹¹ FREGTMAN, Carlos. 1982, p. 42.

¹⁹² BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. 1992, p. 6.

Parece-nos interessante apresentar as pessoas que faziam parte do grupo que participou da pesquisa e que cursava o 4º ano de graduação em musicoterapia em 2000. Tratava-se de um grupo de 10 alunos, bastante heterogêneo no que se referia à idade; à formação musical; à habilidade em tocar instrumentos; à musicalidade; à religião; ao tempo de estágio em musicoterapia e até à submissão à terapia pessoal.

Uma grade com os dados de todos os integrantes está como **Anexo I**.

Sobre o campo das ações e suas inadequações

A sala onde foram realizadas as Experiências Musicoterápicas [objeto de pesquisa anterior] localiza-se no décimo quarto andar da instituição [CBM] e dá frente para a Avenida Graça Aranha, onde está o prédio do Ministério da Educação e Cultura. Este abriga, em seu pátio, eventos que utilizam aparelhagens de som de grande porte para veicular não só músicas de todos os estilos como, também, inflamados discursos das muitas passeatas ali realizadas. Isto resultou numa **inadequação sonora** impossível de ser contornada pelos alunos que atuavam como musicoterapeutas.

Para Benenzon, os sons que interferem na sessão de musicoterapia devem ser aproveitados e inseridos no contexto da mesma.¹⁹³ No entanto, a nosso juízo, dificilmente discursos podem ser incluídos num contexto terapêutico.

Vários objetos esculpidos em barro, por alunos de Atividades Criativas, ocupam uma “prateleira” de cimento, construída na própria parede lateral da sala e na parede oposta à da entrada localiza-se um quadro verde – metade com pentagramas, metade liso – ocupando, praticamente, toda a sua extensão.

Estes objetos se constituíam em estímulos visuais bastante atrativos que, em geral, não são recomendados num espaço de musicoterapia, segundo Benenzon.¹⁹⁴ No entanto, o autor não se refere à atitude que o musicoterapeuta deve tomar quando isto ocorrer. Os alunos/musicoterapeutas não retiraram, não ocultaram nem utilizaram os referidos objetos nas sessões, ignorando-os, completamente. Assim, aquilo que poderia ser considerado como uma **inadequação visual** foi ignorado pelos participantes das Experiências. Isto, no entanto, pode ter acontecido pela familiaridade que os alunos tinham com o espaço, já que quase todas as aulas eram realizadas nessa sala.

¹⁹³ BENENZON, Rolando. 1985.

¹⁹⁴ Ibid.

Na sala existem ainda um interfone, dois ventiladores de teto e algumas cadeiras. O chão é de tábua corrida e o teto de gesso e os instrumentos musicais a serem utilizados eram trazidos de uma sala contígua, no momento da realização das Experiências Musicais.

Sobre a Utilização da Câmera

A câmera foi colocada numa das extremidades da sala, de forma a registrar as imagens que ocorressem em toda a sua extensão. No entanto, nos momentos em que a professora considerava que determinadas situações deveriam ser mais detalhadas, utilizava-se do mecanismo de aproximação da imagem [*zoom*], sem, no entanto, modificar o ângulo, pois se tratava do único que podia abranger toda a sala. Isto, no entanto, parecia não interferir na atenção dos integrantes que estavam, nesses momentos, imersos na atividade que estava sendo desenvolvida.

Sobre os Registros em Vídeo

A gravação das “sessões” em vídeo e a presença da professora como observadora “poderia violar os cânones da ciência que retratam o pesquisador como neutro e como um observador imperturbável”, afirma Aigen.¹⁹⁵ No entanto, tratava-se de um grupo com quem a professora/pesquisadora tinha uma relação de três anos, não havendo problemas – pelo menos aparentemente – que inviabilizassem esse tipo de atividade.

Em atividades que priorizem imagem e som é fundamental que o registro dê conta destes dois aspectos. Assim, considerou-se que a gravação em vídeo seria a melhor forma de registro, embora alguns problemas possam dela advir, apresentados a seguir:

- Quanto à fidelidade visual e auditiva
Dentre as limitações de tal registro está a possibilidade de uma baixa qualidade visual e sonora.¹⁹⁶ Trata-se de uma observação absolutamente pertinente para uma pesquisa que tem o som/música como centralidade e o aspecto que deve ser mais destacado aqui é o da qualidade sonora. Como não foi possível a colocação de um microfone adicional, além do já existente na câmera – que não tinha uma alta qualidade de captação sonora –, esta ficou parcialmente comprometida. No entanto, não inviabilizou a realização do estudo.

¹⁹⁵ AIGEN, Kenneth. Op. Cit, 1996, p. 21.

¹⁹⁶ BAUER, Martin W. e GASKELL, George. 2003, p.151.

Embora a imagem visual não seja de boa qualidade, trata-se de um aspecto menos relevante do que o sonoro, por não interferir diretamente nos resultados da referida pesquisa.

- Quanto às falácias desse tipo de registro.

Bauer e Gaskell apresentam algumas falácias ou armadilhas que podem capturar o pesquisador, induzindo-o ao erro. Dentre estas são apontadas:

“**A câmera não pode mentir**” – esta afirmação é discutida pelos autores como sendo uma falácia na medida que uma boa edição, uma manipulação eletrônica ou, ainda, um reprocessamento visual – *Scitexing*¹⁹⁷ – podem remover pessoas ou traços de um contexto mais amplo, o que dificilmente seria detectado por um olhar não treinado¹⁹⁸.

Deve-se esclarecer que os vídeos gravados para serem objeto de estudo desta pesquisa não passaram por qualquer tipo de manipulação eletrônica ou reprocessamento, ou seja, não houve qualquer processo de edição dos mesmos.

A fotografia “é simples[mente] e universalmente acessível a qualquer um do mesmo modo – opera transculturalmente, independentemente dos contextos sociais, de tal modo que todos [a] verão e entenderão o mesmo conteúdo na mesma fotografia.”¹⁹⁹ Na verdade, a afirmação anterior torna-se comprometida porque cada um dos observadores tem diferentes percepções e habilidades para especificar e descrever um mesmo objeto, dando-lhe, também, sentidos distintos, devido a suas biografias individuais.

Para que isto não viesse a acontecer, quatro eram os observadores analisando os vídeos simultaneamente, fazendo-se uma discussão posterior para cruzamento das diversas interpretações, com o objetivo de se chegar a um consenso. Cabe ainda ressaltar que sem o registro em vídeo o estudo em questão não seria viável.

Metodologia

O projeto elaborado pela pesquisadora principal foi apresentado à nova equipe e discutido por todos os participantes. Depois deste debate, a equipe começou a trabalhar, todas as segundas-feiras de 13:30 às 16:30 horas, na análise dos dados – os 10 vídeos das sessões das Experiências Musicoterápicas da turma de 2000.

¹⁹⁷ Trata-se de “uma tecnologia de processamento de imagem, computadorizada, desenvolvida pela *Scitex Corporation .Ltd.*, uma companhia envolvida na indústria de manipulação de imagens”, com o objetivo principal de retocar essas imagens.” (Grade Nine Arts Education/Model Unit Lesson – http://www.sasked.gov.sk.ca/docs/artsed/g9arts_ed/lessons/g9fl12ae.html)

¹⁹⁸ BAUER, Martin W. e GASKELL, George. Op. Cit. 139/140.

¹⁹⁹ Ibid. p. 140.

Pretendia-se utilizar a Metodologia de Aldridge, como apontado anteriormente, que propõe a divisão da sessão em diferentes episódios (estudo já realizado e não utilizado na pesquisa anterior). No entanto, surgiu um problema que deveria ser contornado: seriam os episódios, já estudados anteriormente, a demarcar as ações, reações e inações? Seriam os episódios coincidentes com algumas destas?

Para esta verificação seria necessário retomar o estudo das sessões (vídeos), o que foi feito imediatamente. Assim, colocando-se no centro das atenções o estudo das ações, tivemos que cruzar as informações: episódios e ações. Depois desse estudo, tomando como ponto de partida a primeira sessão, verificamos que os episódios não eram demarcadores de ações, reações ou inações. Foi necessário, então, abandonar-se esse estudo e, por conseguinte, a metodologia anteriormente escolhida para nortear o trabalho. Isto veio ratificar o pensamento de Bruscia que afirma que

Ao contrário da pesquisa quantitativa – onde métodos específicos, pré-determinados e replicáveis, devem ser utilizados apropriadamente, de forma a validar a pesquisa, – pesquisas qualitativas podem criar novos métodos para cada situação, tão logo a necessidade surja, e com muito poucas expectativas para replicabilidade.²⁰⁰

Convencidos de que a metodologia escolhida *a priori* não era a mais adequada para ser utilizada no trabalho, decidiu-se pela criação de uma que atendesse aos objetivos da pesquisa.

Metodologia Desenvolvida

Decidiu-se, então, voltar ao início e se pensar sobre qual seria a melhor forma de se estudar os vídeos e de se identificar os mecanismos de atuação do musicoterapeuta.

Criou-se, assim, a seguinte metodologia:

a) a equipe toda assistia cada vídeo

b) cada integrante dessa equipe preenchia uma grade criada para apresentar a dinâmica e a leitura da sessão onde a prioridade seria identificar/reconhecer o que seria da ordem **das ações, das reações e das inações do musicoterapeuta e o que se constituiria como desdobramento destas.**

c) depois de toda a sessão analisada e de ter sido preenchida a grade, havia uma discussão entre os integrantes da equipe no sentido de verificar-se as coincidências entre as leituras para que viessem a se constituir como padrões/categorias.

²⁰⁰ BRUSCIA, K. In: LANGENBERG, Mechtild; AIGEN, Kenneth e FROMMER, Jörg (Eds.). Op. Cit. p. 101

d) na medida em que houvesse um consenso na avaliação de todos os integrantes, estes padrões seriam tomados como ações, reações e inações, dependendo de suas características. Surgiu, então, a necessidade de se definir o que seriam **ações, reações e inações**, o que será apresentado posteriormente.

Partiu-se, então, para a análise e discussão dos vídeos para se identificar quais seriam os mecanismos de atuação do musicoterapeuta e se determinar os desdobramentos possíveis ou o que constituiria cada um destes mecanismos, isto é, suas origens, natureza e características.

Cabe ressaltar que, para o estudo/análise de cada vídeo [de 45 a 50 minutos de gravação], foram necessárias de 10 a 12 horas de trabalho conjunto de toda a equipe.

Mecanismos Identificados

Assim que os mecanismos foram identificados buscou-se, inicialmente, as definições já existentes e partiu-se para adequá-las ao contexto terapêutico.

Ações

Ação: ato ou efeito de agir – de atuar, atuação, influência²⁰¹.

Neste trabalho estamos definindo as **ações** do musicoterapeuta como: “atitudes²⁰² deste que objetivam **preparar** o paciente para uma atividade – através da condução de relaxamento e/ou aquecimento –, e **incentivar** o paciente a movimentar-se/expressar-se de alguma forma – através de **propostas de atividades** de qualquer tipo.”

Assim, numa primeira reflexão, identificamos como **ações do musicoterapeuta:**

- **conduzir** um relaxamento
- **conduzir** um aquecimento e
- **apresentar propostas** de atividades.

Relaxamento: relaxação acompanhada de diminuição da tensão mental, e que acarreta uma sensação de repouso [correspondente, nesta acepção, ao inglês relax]²⁰³.

Relaxação: 1. Ato ou efeito de relaxar(-se); relaxamento, relaxidão, relax. 2. Diminuição do tônus muscular. 3. Diminuição gradual do estado de tensão de um corpo [...]²⁰⁴.

²⁰¹ FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. 1999, p. 224.

²⁰² Atitude é definida como postura do corpo; norma de proceder; reação ou tendência determinada de comportamento em relação a qualquer estímulo ou situação. Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. 1976, p. 129.

²⁰³ Ibid., p. 1736.

²⁰⁴ Ibid., p. 1736.

Assim, conduzir um relaxamento seria “liderar ou guiar o(s) paciente(s) para que ele(s) possa(m) melhor alcançar um estado gradual de diminuição de tensão do corpo .

Aquecimento: “a preparação do indivíduo para que ele se encontre em condições de jogo. Consideramos duas fases de aquecimento:

O aquecimento inespecífico – no jogo dramático, o aquecimento inespecífico corresponde ao primeiro momento em que o diretor, em contato com o grupo, propõe-se a realizar uma tarefa conjunta: a escolha do jogo e o estabelecimento das regras, isto é, a delimitação do campo no qual o jogo irá se desenvolver, a duração e o papel que cada participante do grupo irá jogar.

O aquecimento específico – o aquecimento específico já deve ocorrer no contexto dramático. Seria, mais especificamente, a “construção” do papel, para que ocorra maior facilidade no seu desempenho”.²⁰⁵

Monteiro elabora a definição de aquecimento referindo-se à realização de jogos dramáticos. Adequando-se esta definição à musicoterapia, poder-se-ia dizer que quando o aquecimento acontece é como preparação do indivíduo para uma atividade ou realização de uma proposta.

A autora divide o aquecimento em duas fases, mas, seria mais adequado, na nossa opinião, pensar-se em dois tipos diferentes de **aquecimento**: o **inespecífico** e o **específico**. Considera-se importante redefinir os dois tipos de aquecimento de acordo com a forma como é por nós entendido no contexto musicoterápico.

Assim, por “**aquecimento inespecífico** entende-se aquele que estimula o paciente preparando o corpo e/ou os sentidos, para melhor perceber a si próprio, o outro, o espaço, enfim, o mundo que o rodeia”.

O “**aquecimento específico** é visto como sendo a preparação do paciente para uma atividade determinada, ou, ainda, a preparação feita na mesma modalidade na qual vai ser proposta a atividade”. Um aquecimento com voz para uma proposta que vai priorizar a voz na atividade, por exemplo.

Propor: “apresentar uma proposta; apresentar uma sugestão”.²⁰⁶

Seguindo uma linha de raciocínio até aqui apresentada poder-se-ia pensar que as ações são sempre **ações preparatórias** sendo que **fazer uma proposta** poderia ser considerada tanto uma ação preparatória **impulsora**, por ser do tipo que dá a partida ou que impulsiona o paciente para o movimento. (Externo ou interno).

²⁰⁵ MONTEIRO, Regina Fourneaut. *Jogos dramáticos*. São Paulo: Ágora, 1994 (3ª edição).

²⁰⁶ FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda, Op. Cit., p. 1650.

É interessante assinalar-se que o musicoterapeuta pode ou não utilizar música para conduzir tanto o relaxamento como o aquecimento. Cabe, no entanto, observar-se que a escolha desta é uma questão que deve ser considerada com muito cuidado, sendo preferíveis músicas sem letra para que não provoquem associações. (A menos que o musicoterapeuta tenha por objetivo exatamente valer-se desta para uma situação que tenha um objetivo específico).

Ainda cabe ressaltar que as propostas podem ser feitas de forma verbal, corporal ou através da música – uma proposta a partir desta pode ser rítmica, melódica, harmônica ou, ainda, através da letra de uma canção.

Assim, tanto a escolha do tipo de relaxamento, de aquecimento, ou de proposta, quanto a adequação de o musicoterapeuta valer-se dos mesmos, vai depender do objetivo que este pretende alcançar.

Reações

As reações são aqui definidas como:

“as ações do musicoterapeuta decorrentes da atuação do paciente e são aquelas que objetivam agir no curso do processo terapêutico visando mudanças do paciente”.

Aponta-se como reações:

- **interagir** com o paciente e
- **intervir**.

Estes dois tipos de ações são realizados pelo musicoterapeuta a partir da atuação do paciente. Por isto, estamos considerando os mesmos como reações. A interação do musicoterapeuta com o paciente – o momento e a forma de interagir – dependerá da atuação deste. Também as intervenções que o musicoterapeuta fizer e a forma de intervir serão resultado das atitudes do paciente.²⁰⁷

Todas as (re)ações vêm permeadas pelas (in)ações ou ações subjetivas – escuta – ou são determinadas por esta.

Sem dúvida, percebe-se que tanto as inações como as reações são desdobramentos das ações do musicoterapeuta. Mas, considerou-se que, para este estudo, melhor seria compreender e definir estes fenômenos separadamente.

Ainda mais, refletindo-se sobre as ações, reações e inações e, articulando-se o que foi aqui definido com a prática clínica, pode-se perceber que estas podem acontecer de

²⁰⁷ Para os estudo de Interações e Intervenções ver: BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. 1992.

várias maneiras numa sessão, e que dependem de muitos fatores como da liderança adotada pelo musicoterapeuta, ou da atitude deste, por exemplo.

Deve-se salientar, ainda, que o aparecimento das mesmas não acontece sempre numa ordem determinada e que muitas são as possibilidades.

Inações

Inação: dentre as muitas definições de inação encontradas, a que mais serviu ao objetivo deste estudo foi a do Dicionário Webster. Esta diz que inação é “uma falta de ação ou atividade”.²⁰⁸ Assim, **inação**, neste estudo, está sendo definida como: “um estado que, ao mesmo tempo, é de inatividade física/corporal do musicoterapeuta, mas de atenção para e de percepção e escuta de conteúdos veiculados/expressos pelo paciente”. Define-se desta forma, por não ser uma ação perceptível, no que diz respeito à movimentação corporal, já que acontece internamente, ou que é “passada unicamente no espírito de uma pessoa” ou “é válida para um só sujeito e que só a ele pertence, pois integra o domínio das atividades psíquicas, sentimentais, emocionais, volitivas, etc. deste sujeito.”²⁰⁹ Escuta.

Pode-se identificar na **inação** dois momentos ou fases:

- primeira fase: a **ação receptiva** ou o momento da escuta – em que o musicoterapeuta está em estado de atenção para perceber o paciente como um todo e aquilo que ele veicula e/ou expressa.
- segunda fase: a **ação preparatória** ou o momento em que o musicoterapeuta processa os elementos veiculados/expressados pelo paciente e se **prepara** para responder / reagir.

Pode-se considerar que a inação é uma ação **subjetiva**.²¹⁰

²⁰⁸ Webster's Seventh New Collegiate Dictionary. 1967, p. 421.

²⁰⁹ FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Op. Cit. p.1983.

²¹⁰ **Subjetivo:** 1. Relativo a sujeito. 2. Existente a sujeito. 3. Individual, pessoal; particular. 4. Passado unicamente no espírito de uma pessoa. 5. Diz-se do que é válido para um só sujeito e que só a ele pertence, pois integra o domínio das atividade psíquicas, sentimentais, emocionais, volitivas, etc. deste sujeito. 6. Filos; que provém de um sujeito enquanto agente individual ,ou coletivo. 7. Aquilo que é subjetivo. ²¹⁰ Ibid.

Mas, poder-se-ia pensar que a inação do musicoterapeuta seria quase sempre a “escuta” do paciente e a preparação daquele para uma reação. Algumas vezes, no entanto, a escuta e a preparação podem levar a uma outra inação. Isto aconteceria no momento, por exemplo, em que o musicoterapeuta “paralisa”, o que pode ocorrer por quatro motivos:

- porque o musicoterapeuta não sabe como proceder por não absorver ou compreender o que está ocorrendo, ficando em inércia como se a imagem tivesse congelado; denominamos este tipo de **inação negativa** para significar que isto ocorre pela não absorção do contexto. No entanto, cabe aclarar que à palavra **negativa** não se dá, aqui, nenhum juízo de valor.

- por deslocar a atenção que dirigia ao paciente para si mesmo. (O que ocorre provavelmente pelo fenômeno da contratransferência);

- porque não quer agir por considerar inadequado para o momento/situação, ou,

- porque o paciente lhe pede para se manter só observando.

Como **inações** do musicoterapeuta são aqui apresentadas:

- a **escuta** do paciente em todos os sentidos (“atenção flutuante” e “atenção flutuante musical”)²¹¹ e o
- o processamento do que foi escutado para **preparar** uma (re)ação.

Com referência à inação pelo fato de o musicoterapeuta não saber o que fazer, deve-se lembrar que já existem instrumentos que podem ser adequados a este tipo de situação. Trata-se dos conceitos de “Canção Desencadeante”²¹² e “Canção Âncora”.²¹³

Replicabilidade da Pesquisa

Embora se sabendo da importância da replicabilidade de pesquisas, existem duas questões a serem aqui consideradas. A primeira delas tem origem na citação de Bruscia, feita na página 9, que diz respeito às “poucas expectativas para replicabilidade”, no que

²¹¹ A “atenção flutuante” (Freud) é “como o analista deve escutar o analisando: não deve privilegiar *a priori* qualquer elemento do discurso dele, o que implica que deixe funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente e suspenda as motivações que dirigem habitualmente a atenção”. LAPLANCHE e PONTALIS, 1996, p.40. Já a escuta que é anterior à preparação seria o material que “em dado momento o analista começa a privilegiar, a comparar, a esquematizar, etc.” Ibid, p. 41. “Atenção flutuante musical” é a adequação para a musicoterapia, feita por Cirigliano, do conceito freudiano acima apresentado. Diz a autora que “a atenção flutuante musical configura-se como uma possibilidade de escuta terapêutica, à semelhança da regra psicanalítica proposta por Freud, a nível sonoro-musical.” CIRIGLIANO, Márcia Maria da Silva. 1993, p. 23.

²¹² BRITO, Murillo. 2001, p. 95.

²¹³ CIRIGLIANO, Marcia Maria da Silva. 1998, p. 33.

se refere à pesquisa qualitativa que teve uma metodologia criada especificamente para esse estudo. Para o autor, a possibilidade de criação de métodos específicos “para cada situação, tão logo a necessidade surja” – como no caso desta pesquisa – dificulta a replicabilidade.

A segunda questão diz respeito à inexistência de uma tradição nesse sentido, por parte dos pesquisadores da área em nosso país. Em verdade, ainda não se replicou nenhuma das pesquisas até então realizadas apesar de a pesquisa anterior da mesma autora ter tido um projeto de replicabilidade na Argentina, proposto pela musicoterapeuta Patrícia Pellizari à *Universidad del Salvador*, em Buenos Aires. Este, contudo, não foi aprovado por ter, em seu bojo, aspectos da ordem da terapia o que, na visão dos dirigentes daquela formação, fugiria aos objetivos didáticos por eles traçados.

Espera-se, no entanto, que esta pesquisa possa vir a ser replicada.

Desdobramentos da Pesquisa

Um possível e desejável desdobramento desta pesquisa seria a publicação de um livro que contemplasse e desenvolvesse todos os aspectos teórico-práticos que pudessem contribuir para a aplicabilidade da pesquisa nos campos já anteriormente citados. No entanto, um projeto desta envergadura demanda uma disponibilidade de tempo e um investimento intelectual que devem ser considerados antes de se iniciar tal empreendimento.

As Dificuldades da Pesquisa

A maior dificuldade encontrada na realização desta pesquisa adveio da falta de um orientador o que, em parte, foi resolvido com a solicitação de que a instituição possibilitasse que houvesse num determinado momento, um consultor, pedido que foi imediatamente atendido por parte da Direção do CBM – CEU.

As outras dificuldades foram de ordem material e concentraram-se, principalmente, na falta de condições adequadas para a coleta dos dados.

Considerações Finais

Parece importante considerar alguns aspectos referentes a este estudo. Um deles, que a nosso juízo é de extrema importância, é o fato desta pesquisa estar centrada em aspectos – ações – que já são realizados pelos musicoterapeutas, o que traz a sensação de que estamos falando de algo já conhecido e empregado por todos. E esta é uma verdade. No entanto, não era nosso objetivo apontar algo novo, mas, sim, identificar, nomear e definir aquilo que já é realizado por todos, mas ainda não sistematizado. Nesta direção, a pesquisa traz uma contribuição que se circunscreve no âmbito principalmente da teoria, mas que, evidentemente, ultrapassa esses domínios no momento em que é utilizada na prática ou que se faz uma leitura desta.

Assim, embora à primeira vista trate-se de uma pesquisa que aponta para o já conhecido, há que se enfatizar que a sua relevância está no fato de pretender uma sistematização de aspectos já utilizados e da conscientização da necessidade desta, por parte dos musicoterapeutas.

Neste sentido, espera-se que haja uma contribuição para o corpo teórico da musicoterapia, para a realização da prática clínica – tanto na aplicação como na compreensão desta –, bem como para a formação do profissional. Espera-se que uma contribuição nesta direção, ainda que paulatina, poderá reverter em benefícios para os que serão atendidos nesta forma de tratamento.

Referências bibliográficas

AIGEN, Kenneth. The Roles of Values in Qualitative Music Therapy Research. In: LANGENBERG, M.; AIGEN, K.; FROMMER, J. (Orgs.). **Qualitative Music Therapy Research**. Gilsum: Barcelona Publishers, 1996.

ALDRIDGE, Gudrun. The Development of a Melody: Four Hands, Two Minds, One Music. In: **Info CD Rom II**. Concebido e Editado por David Aldridge. Witten: University Witten Herdecke, 1999.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Cadernos de Musicoterapia**. No. 2. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

_____ et al. **As “Experiências Musicoterápicas” nos Cursos de Musicoterapia: uma Pesquisa Qualitativa-fenomenológica**. Relatório Final apresentado ao Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário. Rio de Janeiro, 2002.

BAUER, Martin W. e GASKELL George.(Orgs.). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um Manual Prático**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

BENENZON, Rolando. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

BRITO, Murillo. A Canção Desencadeante. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Publicação da União Brasileira de Associações de Musicoterapia. Ano IV, Nº 5, 2001.

BRUSCIA, Kenneth. Beginning Dialogues. In: LANGENBERG, M.; AIGEN, K.; FROMMER, J. (Orgs.). **Qualitative Music Therapy Research**: Gilsum: Barcelona Publishers, 1996.

CIRIGLIANO, Marcia Maria da Silva. **Das possíveis relações entre Musicoterapia e Psicanálise à emergência de um novo termo: Atenção Flutuante Musical**. Monografia de conclusão de Graduação em Musicoterapia, apresentada ao Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 1993.

_____. Pesquisa na Clínica Musicoterápica: a Canção como Âncora Terapêutica. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Publicação da União Brasileira de Associações de Musicoterapia. Ano III, Nº 4, 1998.

GOLDENBERG, Mirian. **A Arte de Pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1977.

MONTEIRO, Regina Fournaut. **Jogos Dramáticos**. 3ª ed. São Paulo: Ágora, 1994.

Dicionários

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

LAPLANCHE, Jean e PONTALIS. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Companhia Editora Nacional, 1976.

Webster's Seventh New Collegiate Dictionary. A Merriam-Webster. Springfield: G. & C. Merriam Company, Publishers, 1967.

Referência Webgráfica

(Grade Nine Arts Education/Model Unit Lesson –
http://www.sasked.gov.sk.ca/docs/artsed/g9arts_ed/lessons/g9fl12ae.html)

Glossário

Ação: ato ou efeito de agir – de atuar, atuação, influência.

Ações do musicoterapeuta: atitudes deste que objetivam:

- . **preparar** o paciente para uma atividade – através da condução de um relaxamento e/ou aquecimento;
- . **incentivar** o paciente a movimentar-se/expressar-se de alguma forma;
- . **propor atividades** de qualquer tipo.

Ações preparatórias: aquelas que preparam o paciente para uma atividade. Dentre estas podem ser apontadas conduzir um relaxamento ou, ainda, conduzir um aquecimento seja ele específico ou inespecífico.

Ações impulsoras: são aquelas que dão a partida ou que impulsionam o paciente a se movimentar numa atividade específica. As propostas podem ser assim consideradas:

- . **Ações impulsoras musicais:** propostas dadas através ou com música.
- . **Ações impulsoras verbais:** propostas feitas verbalmente.
- . **Ações impulsoras corporais:** propostas feitas corporalmente.

Ações subjetivas: o momento em que o musicoterapeuta processa os elementos veiculados/expressados pelo paciente e se **prepara** para responder / reagir.

Aquecimento: a preparação do indivíduo para que ele se encontre em condições de jogo.

Aquecimento específico: o aquecimento específico já deve ocorrer no contexto dramático. Seria, mais especificamente, a ‘construção’ do papel, para que ocorra maior facilidade no seu desempenho.

Aquecimento específico em musicoterapia: a preparação do paciente para uma atividade determinada ou, ainda, a preparação feita na mesma modalidade na qual vai ser proposta a atividade.

Aquecimento inespecífico: no jogo dramático, o aquecimento inespecífico corresponde ao primeiro momento em que o diretor, em contato com o grupo, propõe-se a realizar uma tarefa conjunta: a escolha do jogo e o estabelecimento das regras, isto é, a delimitação do campo no qual o jogo irá se desenvolver, a duração e o papel que cada participante do grupo irá jogar.

Aquecimento inespecífico em musicoterapia: aquele que estimula o paciente preparando o corpo e/ou os sentidos para melhor perceber a si próprio, o outro, o espaço, enfim, o mundo que o rodeia.

Atitude: posição do corpo; norma de proceder; reação ou tendência determinada de comportamento em relação a qualquer estímulo ou situação [aqui em relação ao(s) paciente(s)].:

Conduzir aquecimento: liderar ou guiar o(s) paciente(s) a fim de que ele(s) possa(m) melhor se preparar para a atividade a ser realizada.

Conduzir relaxamento: liderar ou guiar o(s) paciente(s) para que ele(s) possa(m) melhor alcançar um estado gradual de diminuição de tensão corporal e mental.

Escuta: do paciente em todos os sentidos (incluindo a “atenção flutuante” e “atenção flutuante musical”).

Inação: uma falta de ação ou atividade corporal.

Inação do musicoterapeuta: neste estudo, está sendo definida como ‘um estado que, ao mesmo tempo, é de inatividade física/corporal do musicoterapeuta, mas de atenção para e de percepção e escuta de conteúdos veiculados/expressos pelo paciente. Define-se desta forma, por não ser uma ação perceptível, no que diz respeito à movimentação corporal, já que acontece internamente, ou que é “passada unicamente no espírito de uma pessoa” ou “é válida para um só sujeito e que só a ele pertence, pois integra o domínio das atividades psíquicas, sentimentais, emocionais, volitivas, etc. deste sujeito. Escuta.

Inação negativa: um estado que impede o musicoterapeuta de absorver o contexto do que está ocorrendo, ficando este em inércia como se a imagem tivesse congelado. É relevante aclarar-se, aqui, o sentido da palavra negativa que, nesse contexto, entende-se como não absorção, sem nenhum juízo de valor.

Inação receptiva: o momento da escuta em que o musicoterapeuta está em estado de atenção para perceber o paciente como um todo e aquilo que ele veicula e/ou expressa.

Inércia do musicoterapeuta – é o momento em que o musicoterapeuta paralisa por não saber como proceder, pelo fato de não absorver ou compreender o que está ocorrendo.

Interações: uma série de mensagens trocadas entre pessoas.

Interações musicais: o “encontro” ou diálogo musical entre musicoterapeuta e paciente.

Intervenções: instrumentos essenciais do processo terapêutico. Comportamentos e operações do terapeuta, isto é, formas de o terapeuta interagir com o paciente ou, ainda, o repertório de comportamentos do terapeuta, no dizer de Fiorini.

Propor, fazer uma proposta: uma ação impulsora por ser do tipo que dá a partida ou que impulsiona o paciente para o movimento. (Externo ou interno).

Reações: são definidas como sendo ‘as ações do musicoterapeuta decorrentes da atuação do paciente e são aquelas que objetivam agir no curso do processo terapêutico visando mudanças do paciente’.

Reações do musicoterapeuta: foram destacadas aqui as interações e intervenções.

Relaxação: Ato ou efeito de relaxar(-se); relaxamento, relaxidão, relax. Diminuição do tônus muscular. Diminuição gradual do estado de tensão de um corpo.

Relaxamento: relaxação acompanhada de diminuição da tensão mental, e que acarreta uma sensação de repouso [correspondente, nesta acepção, ao inglês relax].

Anexo I
Participantes das EM de 2000

Participantes	Sexo	Nasc.		Religião		Formação Musical	
		Idade	Local	Declarada	Professada	Nível	Inst. principal
1	M	23	RJ	-	-	Curso livre	contrabaixo
2	F	22	Niterói RJ	Católica	-	Curso livre	violão
3	F	28	Belém PA	Adventista	Adventista do 7º dia	Curso Técnico	piano
4	F	27	RJ	Santo Daime	Santo Daime	Curso livre	piano
5	F	22	Volta Redonda RJ	Católica	Metodista	Técnico	piano
6	F	27	Linhares ES	Batista	Batista	Básico	piano
7	F	22	Piedade e SP	Espírita	Espírita	Técnico incompleto	violão
8	F	46	RJ	Católica	Católica	graduação	piano
9	F	27	Belém PA	Católica	Católica	Técnico incompleto	violão
10	M	39	RJ	Católica	Espiritualista	Curso livre	Flauta transversa

PROJETO ENCANTO: AVALIANDO UMA PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

*Marly Chagas Oliveira Pinto*²¹⁴

*Lara Gazaneo*²¹⁵

*Mônica Lamas de Aguiar*²¹⁶

Resumo

Esta pesquisa faz uma avaliação da musicoterapia no Projeto Encanto, uma proposta de humanização hospitalar em uma instituição de tratamento oncológico. Historia brevemente o Projeto desde sua criação, em 2002, citando uma primeira enquete feita com os usuários em seu primeiro ano de funcionamento e a produção acadêmica já gerada pelo projeto. Realiza uma avaliação mais detalhada da eficiência da ação musicoterapêutica através da análise de conteúdo de dez entrevistas semi-estruturadas com funcionários enfermeiros e assistentes sociais (que trabalham diretamente com os pacientes em tratamento no hospital). Conclui que a música feita pelos musicoterapeutas no hospital contribui para trazer conforto; promover no enfermo uma comunicação significativa; apoiar o enfrentamento, por parte do paciente, em relação a não familiaridade com o meio hospitalar; diminuir sentimentos de isolamento e de falta de ajuda. A categoria surgida no relato desses profissionais, aqui chamada de “expressão de singularidades através da música”, abre um rico viés para futuras pesquisas. O efeito da musicoterapia no trabalho dos próprios funcionários confirmou os aspectos de alívio do estresse, de melhoria do humor e de desenvolvimento da auto-estima. A pesquisa aponta para a existência do fenômeno denominado por eles de “*resistente à mudança*”. Profissionais entrevistados relatam que a música tanto pode atrapalhar quanto ajudar efetivamente o trabalho no hospital. Ressalta-se, então, a importância da percepção do musicoterapeuta para avaliar os contextos clínicos onde a sua intervenção se dá. Conclui-se, então, que o Projeto Encanto tem cumprido seu papel na Humanização do Hospital.

Palavras chave: Musicoterapia. Humanização hospitalar; oncologia

²¹⁴ Professora do Curso de Musicoterapia Psicóloga - Doutoranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. UFRJ Especialista em Psico-Oncologia pela Sociedade Brasileira de Psio-Oncologia. e-mail marlychagas@alternex.com.br

²¹⁵ Graduanda do curso de Musicoterapia do CBM-CEU.laragazza78@bol.com.br

²¹⁶ Musicoterapeuta pesquisadora. monicalamas_mt@yahoo.com.br

Introdução

A humanização da assistência hospitalar, entendida como o “aprimoramento das relações entre os profissionais de saúde e os usuários, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade”(PNHAH, 2002), é um grande desafio, demandando o entendimento das relações contemporâneas entre o ser humano, seu adoecimento e as circunstâncias em que se oferecem os cuidados aos enfermos e a seus cuidadores. Essas questões interessam a muitos dos que se debruçam para entender a dinâmica e complexidade da atenção oferecida ao paciente internado. A musicoterapia, dada ao trabalho com a música e suas características de inserção na cultura e no cotidiano dos seres, pode ser importante aliada aos programas que pretendem um atendimento mais humano aos que passam por estressantes situações hospitalares tanto enfermos quanto funcionários. Em 2002, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) implantou, na unidade responsável pelo atendimento a adultos matriculados nos Serviços de Ginecologia e Oncologia Clínica, um trabalho pioneiro envolvendo atividades musicais e musicoterapia para contribuir com a humanização hospitalar, suavizando o ambiente e valorizando as pessoas, o que se encontra consoante com o Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar. Este trabalho ligando Musicoterapia e Humanização é denominado no hospital como “ Projeto Encanto” .

Pesquisas apontam à música como importante fator na contribuição ao tratamento oncológico principal, atuando junto a pacientes internados, que freqüentemente sofrem de ansiedade, dor, privação de sono e incerteza sobre seu bem-estar geral. A música traz conforto, e ajuda a desenvolver uma comunicação significativa, contribuindo na resolução de questões emocionais envolvidas nessas circunstâncias (Bailey, 1984; Butler, 1999).

Pacientes internados geralmente experienciam ansiedade devido a numerosos fatores relacionados a aspectos objetivos e subjetivos decorrentes da internação. Alguns fatores comumente relatados na literatura incluem os medos da dor, medo das limitações impostas por doença, e pela possibilidade da morte, bem como questões referentes à hospitalização, como por exemplo a não familiaridade com o meio e sentimentos de isolamento e de não ter ajuda (Algridge, 1990)

O uso de canções pode contribuir ao oferecer aos pacientes significados existenciais que os auxiliam para fortalecerem-se e, também, como instrumentos importantes para efetivar mudanças internas que o enfrentamento da doença proporciona.

Atender a equipe do hospital, contribuindo para o alívio do estresse, a melhoria do humor e do ambiente, e a atenção recebida pela presença da música, (Kloezen e Didier, 2001) também foram expectativas criadas pela implantação do Projeto Encanto.

O Objetivo desse artigo é investigar alguns dos efeitos do Projeto Encanto nos locais do hospital em que é aplicado. Esse estudo contribui para aumentar o conhecimento dos processos emocionais subjacentes a utilização da música com pacientes oncológicos em tratamento hospitalar e para o avanço da própria musicoterapia, disciplina ainda recente que carece de estudos aprofundados em seu campo de ação.

O PROJETO ENCANTO

O Projeto Encanto, implantado em 2002, leva música a unidade do hospital responsável pelo atendimento a adultos matriculados nos Serviços de Ginecologia e Oncologia Clínica com o objetivo de suavizar o ambiente e valorizar as pessoas, o que se encontra consoante com o Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar. No seu primeiro ano, o Projeto funcionou com uma equipe integrada por um responsável musicoterapeuta, oito musicoterapeutas estagiários do Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário (CBM – CEU) e três músicos voluntários (que já prestavam um serviço com música em na enfermaria de câncer ginecológico). É importante observar que os musicoterapeutas também eram voluntários durante esse primeiro ano de implantação do Projeto. Somente no ano seguinte, 2003, após a fase experimental do Projeto Encanto, foi assinado um convênio entre o INCA e o CBM - CEU para a contratação de musicoterapeutas estagiários em regime de vinte horas semanais com supervisão técnica oferecida pela instituição de ensino.

O Projeto Encanto iniciou, portanto, com duas abordagens musicais: a dos músicos voluntários, cuja música oferecida aos internados é uma música escolhida pelos próprios músicos, e a dos musicoterapeutas, cuja música é escolhida pelos pacientes e pelos

funcionários do hospital, além de improvisarem segundo as diferentes situações clínicas e oferecerem músicas de seu próprio repertório.

O projeto abrange todos os funcionários, as enfermarias de adultos com câncer ginecológico e das enfermarias de oncologia clínica, o ambulatório, a emergência, a quimioterapia e o CTI. No primeiro ano de funcionamento do projeto, a unidade foi visitada em horário que não interferisse na rotina de cuidados aos pacientes – estipulado entre 16h e 17h e 30 min, duas vezes por semana pelos músicos ligados ao voluntariado e por quatro duplas de musicoterapeutas, cada dupla em um os setores acima discriminados.

Em 2003, os músicos voluntários deixaram de atuar nas enfermarias e houve a contratação de alunos de graduação do curso de musicoterapia.²¹⁷ A atenção ao setor de pediatria foi incluída no trabalho dos musicoterapeutas. A chefe do Serviço Social e a chefe da Brinquedoteca foram as responsáveis pelos estagiários no hospital e a professora musicoterapeuta supervisora do projeto é do o Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário.

No primeiro semestre de 2003, o trabalho da Musicoterapia no hospital, ficou assim distribuído: cada musicoterapeuta acadêmico atua doze horas por semana no hospital de adultos, seis horas na pediatria e tem duas horas de supervisão na faculdade. No segundo semestre daquele ano, houve um remanejamento no horário a pedido do hospital. Atualmente, os musicoterapeutas trabalham nove horas semanais em cada uma das unidades, conservando-se as duas horas de supervisão no CBM-CEU.

Na pediatria, atendemos inicialmente ao ambulatório, a quimioterapia e as enfermarias de hematologia infantil e de pediatria. Posteriormente passamos a visitar somente as enfermarias e o CTI. Essa mudança ocorreu por sugestão da responsável pelo projeto no hospital, que julgou ser a forma de melhor aproveitamento do tempo para os estagiários.²¹⁸

O PROJETO VISTO PELOS FUNCIONÁRIOS QUE TRABALHAM COM OS USUÁRIOS NEOPLÁSICOS, A PESQUISA ATUAL

²¹⁷ Os músicos voluntários encerraram sua participação no Hospital por motivos pessoais, e não pela contratação dos acadêmicos de musicoterapia.

²¹⁸ Em uma ocasião, convidados pelo Dr Alberto, cirurgião pediátrico, realizamos o trabalho de música no Centro Cirúrgico.

Estando o Projeto Encanto no seu terceiro ano de funcionamento, decidimos realizar uma pesquisa de campo com o objetivo principal de avaliar a eficácia do Projeto. Foram realizadas dez entrevistas com os componentes da equipe de profissionais da instituição. Escolhemos profissionais enfermeiros e assistentes sociais porque são eles os que, lidando diretamente e diariamente com os enfermos, estão presentes no hospital durante a atuação dos profissionais musicoterapeutas. Fizemos entrevistas semi-estruturadas, gravadas em áudio, com dez profissionais²¹⁹. As entrevistas levantaram impressões sobre a presença da musicoterapia e a sua influência como recurso utilizado para a humanização do hospital.

. Na análise de dados, feita segundo o conteúdo das respostas dos profissionais que trabalham diretamente com os pacientes enfermos, verificamos que a impressão que os profissionais têm da reação dos pacientes à música é a de que eles gostam da atividade. “*Os paciente comentam que depois que eles escutam a música , eles ficam mais relaxados, eles gostam da musicoterapia*”. A compreensão que têm deste fato, é a de que música oferece uma possibilidade do paciente “*se desgarrar daquele ambiente (...) pesado e conseguem pensar em uma outra coisa sem ser a doença durante vinte e quatro horas*”. A musicoterapia oferece um outro tipo de cuidado, diferente do que é dado habitualmente como tratamento, “*os pacientes da emergência que normalmente são pacientes que demonstram, a face mesmo do sofrimento e ainda sim eles tinham alguma coisa assim, cantavam, davam alguma, manifestavam de alguma maneira que aquilo estava agradando a eles.*”.

A música é observada como portadora de sentidos que o paciente lhe dá, oportunizando comunicações significativas. O paciente “*encontra através da música uma forma não só de se acalmar, mas também de dizer a quem está próximo dele o que ele está querendo - que é um carinho, ou que é uma atenção ou que ele acredita que vai sair daquela situação*”. Ele aborda a história de sua vida através da música, “*eu via que a escolha era sempre alguma coisa que tocava muito a eles pessoalmente, quer dizer é, tinha a ver, com a história de vida daquele paciente*”. A expressão de sentimentos e emoções ocorre através da música: “*tem determinados momentos que existem músicas que tocam muito profundo o emocional daquele paciente e ele ali, ele chora (...)e é a catarse que ele*

²¹⁹ Os profissionais entrevistados deram o seu consentimento para a gravação das entrevistas

estava precisando naquele momento”

A música contribui para aumentar a capacidade de enfrentamento do cliente durante a internação e no tratamento ambulatorial. Durante a internação o auxílio proporcionado pela música chega através da possibilidade de distração que proporciona: *“os pacientes ficam a assim , contando o dia e a hora que vão chegar os músicos , eles se sentem assim muito alegres , assim , parecem que eles estão em outro planeta; e por estabelecer uma lógica de cuidados inserida na saúde, na lembrança dos dias fora do hospital, na cultura do seu cotidiano: “Depois do banho, fica tudo mais calmo , a enfermeira já acabou a parte médica , a enfermagem já fez todos os procedimentos, então o paciente se sente querer se segurar em alguma coisa , então eles se lembram que a música completaria isso e se fosse talvez diariamente , mesmo com um espaço menor seria bom , porque nosso paciente de câncer , eles precisam , e a música trouxe assim uma mudança no pensamento , na maneira de agir ”.* A música também aumenta a capacidade de enfrentamento do tratamento: *“as pessoas chegam , normalmente quando pela primeira vez pra fazer quimioterapia , eles chegam muito angustiados , é como se fosse ter que enfrentar um monstro e de repente eles percebem que não existe esse , esse tratamento é... apavorante ou nem um ambiente hostil , a música ela traz uma flexibilidade , ela traz um relaxamento , traz um momento de lazer , traz um momento até de brincadeira né , e isso a gente só pode entender como uma coisa muito positiva , mesmo que eles só tenham tido oportunidade de presenciar um momento desse projeto , aquele determinado momento eu tenho absoluta certeza que vai ficar na memória dele como um ambiente que foi muito agradável num determinado momento da vida dele , que ele deveria estar tenso , preocupado , não , as coisas fluíram com mais tranquilidade”* .

É possível que o aumento dessas condições de enfrentamento da doença por parte dos enfermos surja através da possibilidade que a música oferece de expressão de singularidades. *“Cada pessoa tem a sua história, tem a sua emoção, então essas pessoas quando pedem uma música , muitas vezes não é uma música popular , é uma música da sua igreja , .E (...)o musicoterapeuta também consegue levar para ele o som que ele está pedindo , dentro do ritmo que ele coloca , então é muito interessante , é caminhar com o paciente com o ritmo. É importante notar que o tratamento oncológico é tido, pelos próprios oncologistas com invasivo, mas na musicoterapia o paciente pode fazer escolhas. “A*

senhora que vai decidir' e, muitos decidem, alguns não, uma boa parte não consegue, mas uma boa parte de alguns pacientes, que estão num estágio muito melhor conseguem desempenhar e cantar o que ele quer e dá certinho”

A presença do profissional musicoterapeuta e sua abordagem é citada pelos profissionais com os tributos de sensibilidade :*“dar continuidade aquela música ou saber acalantar. Enquanto um toca e o outro conversa , o outro leva a música e se aproxima , isso é muito importante: sensibilidade” ; “Então tem que ter muita sensibilidade, percepção , justamente pra que a música cause realmente este efeito , não só do bem estar , mas da exploração porque muitos acabam implodindo com a doença”*; a atenção ao enfermo: *“o musicoterapeuta também consegue levar para ele o som que ele está pedindo”*

A pesquisa indagou sobre a influência da música pra o próprio profissional entrevistado. Verificou-se que música, na equipe hospitalar, principalmente alivia o estresse: *“O serviço é tenso, muito tenso, e a música quebra essa tensão, deixa a gente mais relaxado”*; *“É um momento amenizante e quando saem, saem deixando tanto para os pacientes, quanto para a equipe; uma coisa boa; a lembranças de um momento bom e naquele momento a gente também, né... esquece que está todo mundo sofrendo, que a gente tem os problemas, que a gente tem que cumprir o horário, e daqui a pouco tem outra coisas para fazer... ; “um momento de todos nós termos tido a oportunidade de também relaxarmos e aproveitar um pouquinho daquele projeto , até por conta de um momento que o setor estava mais tranqüilo com menor número de paciente , então deu pra fluir isso”*

O dia do musicoterapeuta no hospital é aguardado pela equipe *“Eu acordava com expectativa realmente. 'Ah , era o dia deles virem' e tal... e a gente ficava aguardando e na hora que ficavam presentes. A gente, é , participava com bastante alegria”*.

A expressão de singularidades possibilitada pela música aos pacientes, também é observada no relato dos profissionais: *“Tem momentos que eu estou assim, eu sou um pessoa muito extrovertida, gosto muito de brincar, mas tem momentos que eu preciso de ouvir uma música , muitas das vezes eu estou numa agitação e quem aparece ? Meus alunos ; aí eu fico feliz da vida , eles param para me dar atenção , aquela música cantada , tocada . Ah ! Eu me sinto assim ... eu nem sei como eu me sinto .Eu me sinto em outro*

local, um local diferente , um local bom .Eu só quero coisa boa , coisa ruim fica pra trás. É um local assim de paz “

Além disso, a música promove uma maior integração entre os membros da equipe “*gera a integração entre o funcionário porque o stress cresce e às vezes uma palavra mal colocada ou mal empregada em determinados momentos gera conflito , e se você consegue através da música né”*

O Projeto Encanto, contudo, nem sempre é fácil para os profissionais. A atividade musicoterapêutica muitas vezes atrapalha o serviço técnico, gerando o que os profissionais chamam de “resistência” da equipe. Para alguns profissionais, “*a equipe é resistente. É resistente à mudança. É resistente a fugir ao padrão. É difícil fugir ao padrão*”. O padrão referido por membros da equipe é um padrão de silêncio, da competência, da concentração na tarefa desempenhada. Interromper o exercício conhecido de sua atividade profissional para incluir nela uma atividade tão pouco convencional é um desafio.

Essa resistência que se caracteriza como dificuldade em fugir do padrão por parte dos profissionais, não elimina o fato da música ser um elemento que atrapalha o trabalho técnico: “*eu estava antes, geralmente muito ocupada com as minhas atividades e tal, eu tive uma certa resistência em parar para escutar e cantar, realmente.” “O setor que eu trabalho ele varia muito os momentos , mas normalmente é , é um setor que tem muita agitação , nós precisamos estar verificando uma série de ocorrências ao mesmo tempo : é a assistência ao paciente , é a burocracia ,é o cuidado não só como profissional , mas com aquele paciente que está sendo atendido , enfim , então é um setor agitado e , normalmente no final do dia quando o projeto chega nós já estamos extremamente cansados. Já aconteceu de num momento de bastante agitação chegar mais a música, era um barulho a mais num momento em que o ritmo tava meio frenético, e isso eu não podia impedir o projeto porque eu sabia que alguém seria beneficiado , mas eu devo confessar que senti que poderia ter me atrapalhado um pouco”*

Por outro lado, a música ajuda o trabalho da equipe com o paciente “ *Eu acho que ajuda, nos ajuda a lidar com o paciente (..) ele se torna menos tenso, o paciente em si ele, ele,ele fica , é , vamos dizer assim : nervoso, ansioso, entendeu? Enquanto a , o musicoterapeuta a aplicando a música, ele deixa, ele age de uma maneira mais passiva”, “Chega um momento que a gente se sente um pouco impotente, sem saber o que dizer ou*

como fazer(...)E às vezes o remédio mais importante pra eles é a presença de um familiar ou até mesmo uma música...”

DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS

Ao analisar as respostas dos profissionais que trabalham diretamente com os pacientes enfermos, confirmamos que esses profissionais observaram que os pacientes gostam da atividade. A pesquisa confirma o achado de outros autores (Bailey, 1984; Butler, 1999; Algridge, 1990). quanto a música trazer conforto. promover uma comunicação significativa e contribuir para enfrentar a não familiaridade com o meio hospitalar . A música oferece uma possibilidade do paciente se distrair tanto no sentido de proporcionar distração quanto no de esquecer a dor e os agravos provenientes da situação emocional advinda do tratamento.

A importância de a musicoterapia oferecer um outro tipo de cuidado, precisa ser destacado. A musicoterapia estabelece uma lógica de cuidados inserida na saúde, na lembrança dos dias fora do hospital, na cultura do seu cotidiano. A importância dada por Ayres aos projetos e as atitudes do profissional cuidador, pode ser inferida dessa pesquisa

“é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado?” (Ayres, 2001 p71)

A música é portadora de sentidos que o paciente lhe dá, oportunizando comunicações significativas. Ele aborda a história de sua vida através da música, expressão sentimentos e emoções, contribuindo de maneira ímpar para aumentar a capacidade de enfrentamento da doença, tanto no período de internação quanto no de tratamento

ambulatorial. O paciente, na intervenção musicoterapêutica realizada no hospital, tem a oportunidade de exercer a sua singularidade através das escolhas musicais que faz : repertório, estilo musical, cantor, cantora, andamento da canção, cantar ou escutar, improvisar

As categorias referentes ao alívio do medo da dor; alívio do medo limitações impostas por doença, e medo advindo da possibilidade da morte não foram encontrados nos relatos dos profissionais, provavelmente porque essas categorias são difíceis de serem observadas por terceiros, e somente uma pesquisa com os próprios pacientes poderia torná-las evidentes.

A categoria surgida no relato dos profissionais, aqui chamada de *expressão de singularidades através da música* abre um rico viés para futuras pesquisas.

O musicoterapeuta dentro de um hospital, através de sua própria prática musical, questiona o sistema utilizado tradicionalmente pelos demais profissionais de saúde, trazendo à cena clínica, outros coletivos para pensar os profissionais, as práticas, os sujeitos, as canções, as expressões, os sons, os ruídos, os silêncios terríveis. Essa prática inovadora quebra antigos paradigmas, provocando sentimentos contraditórios na vivência da interdisciplinaridade (Chagas, 2001).

Outro dado importante surgido no relato dos trabalhadores pesquisados foi o ato da música tanto atrapalhar, quanto ajudar efetivamente o trabalho no hospital. Ressalta-se, então, a importância da percepção do musicoterapeuta para avaliar os contextos clínicos onde a sua intervenção se dá.

Conclui-se, então, que o Projeto Encanto tem cumprido seu papel na Humanização do Hospital. E, além desse, abre outros tantas discussões – a serem travadas em outros fóruns e em outras pesquisas - sobre os processos de cuidar e suas relações com modos de subjetivação e a cultura de nosso povo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDRIDGE,D;ALDRIDGE,G. Life as Jazz:Hope,meaning and music therapy in the treatment of life-threatening illness in DILEO, S (edited) **Music therapy & Medicine – theoretical and clinical applications**. Silver Spring : American Music Therapy Association ,p31-40,1999.

AYRES, J.R.C.M Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde in **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1):63-72, 2001

BAILEY L.M.The use of songs in music therapy with cancer patients and their families.In **Music therapy** –the Journal of the American Association for Music Therapy, vol 4 n° 1, 1984.,p 5-17.

BRASIL,MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. portalweb01.saude.gov.br

BURNES, D. The Effects of the Bonny Method of Guided Imagery and Music on the Mood and Life Quality of Cancer Patients, In **Journal of Music Therapy**, vol, 38 , No 1. 2001, pp 51 – 65

BUTLES R,C .Physioacoustic therapy with post-surgical and critically ill patients,in DILEO,S (edited) **Music therapy & Medicine – theoretical and clinical applications**. Silver spring: American music therapy association, 1999, p 79-94.

CHAGAS, M. *Musicoterapia - Desafios da Interdisciplinaridade entre a Modernidade e a Contemporaneidade*. Orientador Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro. Rio de Janeiro : UFRJ (Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social) 2001 _____; CARVALHAES, A.; COSTA, A; ESTEVES. M.; BATISTA,G.; FRACALOSSI. R.; LIMA N. R. ;MOUTA, E; OLIVIERA, R. **PROJETO Encanto** – Uma Nova proposta de Humanização. III Encontro Brasileiro de Pesquisa em musicoterapia , APEMSP- UBAM, São Paulo, 2002

DILEO-MARANTO,C. Applications of music in medicine .In Heal,M; Wigram,T(edts) **Music therapy and health and education** . London:Jessica Kingsley publications.Pp 153-174,1993

KLOEZEN,SANDRA, DIDIER, CARLOS DE VASCONCELLOS, **Música e Vida.**
Música para celebrar a vida e melhorar o ambiente hospitalar. Texto não publicado, 2001

MUCCHIELLI, R. **L'analyse de contenu des documentes et des communications.**
Connaissance du problème. Paris: ESP.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER- **Projeto Encanto** . Rio de Janeiro. 2002

**PROJETO MAME MUSICOTERAPIA NO ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO. UMA PESQUISA EM ANDAMENTO. ALGUMAS REFLEXÕES
SOBRE A CLÍNICA E A METODOLOGIA**

Martha Negreiros²²⁰

Albelino Silva Carvalhaes²²¹

Paula Maria Ribeiro Carvalho²²²

Bianca Panetti de

Andrade Fialho²²³

Helena Lauria Lima²²⁴

Priscilla Winandy²²⁵

Arnaldo Prata Barbosa²²⁶

Antonio José Ledo Alves da Cunha²²⁷

Lia Rejane Mendes Barcellos²²⁸

Marcus Renato de Carvalho²²⁹

Resumo:

Com este trabalho pretendemos apresentar a proposta metodológica de uma pesquisa em andamento na Unidade de Neonatologia da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ); que tem como objetivo primário “avaliar a eficácia da musicoterapia em aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo entre mães de recém-nascidos prematuros

²²⁰ Musicoterapeuta da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, do Hospital Psiquiátrico Municipal de Jurujuba e professora do Curso de Pós-graduação do CBM-CEU. negreiros@me.ufrj.br

²²¹ Musicoterapeuta da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, do Hospital Psiquiátrico Municipal de Jurujuba. albmt@hotmail.com

²²² Musicoterapeuta pesquisadora, MBA em Administração Hospitalar – FGV-RJ. pmrc@imagelink.com.br

²²³ Pesquisador estagiário de musicoterapia. biancafialho@aol.com

²²⁴ Pesquisador estagiário de musicoterapia.

²²⁵ Pesquisador estagiário de musicoterapia priswy@yahoo.com.br

²²⁶ Orientador. Doutor em Pediatria (UFRJ). Professor adjunto, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Membro do Departamento Científico de Terapia Intensiva da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Comissão de Formação do Intensivista da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Vice-Presidente da Sociedade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro. arnaldoprata@ufrj.br

²²⁷ Orientador. Doutor em Epidemiologia, Mestre em “Master of Public Health”; Mestre em Medicina (Pediatria); Especialista em Epidemiologia Clínica. Professor Titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Puericultura e Pediatria “Martagão Gesteira”. acunha@hucff.ufrj.br

²²⁸ Orientadora da clínica. Mestre em Musicologia pelo Conservatório Brasileiro de Música – CBM/CEU. Coordenadora do Curso de Especialização em Musicoterapia – CBM – CEU. Professora do Cursos de Graduação em Musicoterapia – CBM – CEU. liarejane@imagelink.com.br

²²⁹ Consultor. Especialista em Medicina Preventiva e Social pela UERJ (1984) com Mestrado em Saúde Pública pela ENSP/Fio Cruz (1991). Pós graduado em Manejo Clínico da Lactação pelo Wellstart International, San Diego, CA, EUA (1994). Especialista em Amamentação pelo International Board Certified Lactation Consultant marcus@aleitamento.com

com peso inferior ou igual a 1.750g aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê”; esta pesquisa é quantitativa e o estudo é prospectivo, aberto, controlado e randomizado, onde é necessária a coleta de dados como: assinatura do termo de consentimento, pesos diários dos bebês, tipo de aleitamento, fichas individuais, entrevistas musicoterápicas, questionários semanais, frequências nas sessões e evoluções que são realizados desde o nascimento do bebê até 120 dias após a alta do mesmo; a clínica musicoterápica é realizada com a frequência de 3 vezes por semana, com 60 minutos de duração; a equipe é formada por 2 musicoterapeutas e 3 estagiárias graduandas do Conservatório Brasileiro de Música (CBM-CEU); nesta apresentação faremos uma breve reflexão sobre as dificuldades encontradas na realização do protocolo e as modificações metodológicas que se fizeram necessárias, além de expor a configuração do “setting” musicoterápico nesta clínica específica.

Palavras-chave: musicoterapia, aleitamento materno exclusivo e UTI Neonatal.

Breve Histórico:

1998/1999

- Criação de um grupo de estudos na Maternidade Escola;
- Musicoterapia na Área Materno-Infantil.

2000

- Elaboração de um Projeto-Piloto sob a orientação do Prof. Dr. Arnaldo Prata Barbosa;
- Clínica Musicoterápica-Piloto na Unidade de Neonatologia.

2001

- Redirecionamento Metodológico;
- Reescrita do Projeto;
- Encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) / Instituto de Puericultura e Pediatria Matagão Gesteira (IPPMG) / Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

2002

- Aprovação do CEP (janeiro/2002)
- Elaboração dos instrumentos para a coleta de dados;
- Início da Pré-Testagem;(coleta de dados e sessões musicoterápicas)
- Formação da equipe clínica e de pesquisa;
- Término da 1ª fase da coleta de dados (26 pacientes incluídas).

2003

- Continuação da Pré-Testagem;

- Verba para o Pesquisador Assistente;
- Inserção do Projeto MAME no Programa de Pós-Graduação em
- Clínica Médica, Área da Saúde da Criança e do Adolescente, Instituto de Pediatria Professor Martagão Gesteira – IPPMG / UFRJ;
- XI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia (Natal/RN) – Análise parcial dos dados.

2004

- Breve Estudo Piloto;
- Início do protocolo (Coleta de dados);
- Retificações metodológicas;
- V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia (Rio de Janeiro/RJ) – Apresentação de resultados parciais.

1 Objetivos:

1 – Objetivo Primário

Avaliar a eficácia da musicoterapia em aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo entre mães de recém-nascidos prematuros aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê.

2 – Objetivos Secundários

Durante o período de internação do bebê, avaliar a eficácia da musicoterapia em:

- Reduzir o estado de ansiedade materna;
- Aumentar o ganho ponderal do bebê;
- Aumentar a prevalência de aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta hospitalar do bebê;
- Aumentar a prevalência de aleitamento materno predominante e continuado na ocasião da alta hospitalar do bebê;
- Estabelecer uma metodologia para o atendimento musicoterápico nesta clínica específica.

Após a alta hospitalar do bebê, avaliar a eficácia da musicoterapia realizada durante o período de internação em:

- Aumentar a prevalência de aleitamento materno exclusivo na ocasião da primeira consulta de seguimento (entre 7-15 dias pós alta), aos 30, 90 e 120 dias pós-alta;
- Aumentar a prevalência de aleitamento materno predominante e continuado na ocasião da primeira consulta de seguimento (entre 7-15 dias pós alta), aos 30, 60, 90 e 120 dias após a alta hospitalar do bebê;

Local de Estudo:

Unidade de Neonatologia da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Metodologia:

1 – Tipo de estudo

Prospectivo, aberto, controlado e randomizado (ensaio clínico randomizado)

2 – População estudada

2.1 - Elegibilidade

Mães de bebês prematuros, cujo peso de nascimento tenha sido igual ou inferior a 1750g, internados na UTI-Neonatal, Unidade Intermediária ou Enfermaria Mãe-Canguru da Maternidade-Escola da UFRJ.

2.2 – Tamanho da amostra:

O tamanho da amostra foi calculado tomando-se por base a frequência esperada de amamentação exclusiva aos 60 dias após a alta hospitalar, que habitualmente se situa na faixa de 35% para esta população. Esperando-se uma diferença absoluta de 30% entre os grupos ($P_1=35\%$, $P_2=65\%$), o tamanho da amostra foi calculado em 98 pacientes para um nível de confiança de 95% (erro alfa de 5%) e um poder de 80% (erro beta de 20%), sendo 49 em cada braço do estudo.

3 – Critérios de inclusão

- Mães de bebês prematuros com peso de nascimento igual ou inferior a 1750g e cujos bebês tenham ultrapassado as primeiras 72h de vida, além dos critérios de estabilidade clínica estabelecidos pelo staff médico.
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96 – CNS – Anexo 1)

4 - Critérios de exclusão

- Mães HIV positivo;
- Mães de bebês com problemas clínicos que impeçam a sucção (encefalopatia com hipotonia grave, anomalias oro-faciais, problemas cardíacos);
- Mães que, por qualquer motivo, tiveram menos de 3 sessões de musicoterapia;
- Mães cujos bebês faleceram durante a internação hospitalar;
- Mães com deficiências auditivas severas.

5 – Descrição das variáveis a serem estudadas.

- Aleitamento materno exclusivo;
- Aleitamento materno predominante;
- Aleitamento materno continuado;
- Aleitamento artificial;
- Estado de ansiedade materna;
- Peso do bebê durante a internação.

6 – Coleta de dados

6.1 – Randomização (alocação aleatória)

Após serem atendidos os critérios de inclusão e exclusão (5.3 e 5.4), os sujeitos da pesquisa serão divididos em 2 grupos: grupo 1 (estudo), grupo 2 (controle) de acordo com

uma tabela de números randomizados (Fisher, RA & Yates F. Statistical Tables for Biological, Agricultural and Medical Research, ed 6, Edinburgh and London, Oliver and Boyd Ltd, 1963).

Para que haja uma distribuição uniforme dos sujeitos entre os grupos estudados no que se refere ao peso de nascimento, variável que influencia sobremaneira o tempo de permanência do bebê e em consequência o tempo de internação da mãe e o número de sessões de musicoterapia, a randomização será estratificada por faixa de peso, considerando-se três faixas, a saber:

Faixa 1: < 750 g

Faixa 2: 750 a 1249 g

Faixa 3: 1250 a 1750 g

Tomando-se por base a frequência habitual de nascimentos em cada uma destas faixas de peso na Maternidade Escola da UFRJ, o número de sujeitos randomizados por faixa será de:

Faixa 1: 16 (17%)

Faixa 2: 32 (34%)

Faixa 3: 50 (49%)

Dentro de cada faixa de peso, a distribuição dos sujeitos nos dois grupos (estudo e controle) será feita por randomização em blocos de 8 (4 sujeitos para cada braço do estudo), o que possibilitará avaliações intermediárias de possíveis vantagens ou efeitos adversos que possam levar à interrupção do estudo.

Faixa 1: 2 blocos de 8 (16 sujeitos)

Faixa 2: 4 blocos de 8 (32 sujeitos)

Faixa 3: 6 blocos de 8 + 1 sujeito para o grupo de estudo e 1 para o grupo controle (50 sujeitos)

A seqüência de números aleatórios gerada será de conhecimento apenas de um dos orientadores da pesquisa, sendo cega para o outro orientador e para a equipe responsável pela intervenção musicoterápica. Para esse fim, será utilizado um sistema de randomização centralizada, ou seja, assim que um sujeito considerado elegível assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, a equipe de musicoterapia contactará o orientador responsável pela randomização, que fornecerá o grupo de alocação, baseado na tabela previamente gerada e arquivada previamente na Divisão de Pesquisa.

6.2 – Estado de ansiedade materna

O estado de ansiedade materna será avaliado por um consultor psicólogo através da aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) [Spielberger CD, Gorsush RL, Lushene RE – State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Psychologist Press, Inc, 1970]. A aplicação deste teste será feita da seguinte forma:

- IDATE de Traço – aplicado apenas uma vez, no momento da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- IDATE de Estado – aplicado uma vez por semana até a alta hospitalar da mãe.

6.3 – Peso do bebê durante a internação

Os dados serão coletados através dos prontuários dos bebês internados. Os registros serão diários.

6.4 – Período de aleitamento materno exclusivo, predominante, continuado ou artificial

A classificação utilizada para definir o tipo de alimentação que o bebê está recebendo será aquela definida pela Organização Mundial de Saúde (1992), a saber:

-Aleitamento materno exclusivo – somente leite materno;

-Aleitamento materno predominante – leite materno associado a outro líquido, exceto leite artificial;

-Aleitamento materno continuado – leite materno associado a outro alimento, inclusive leite artificial

-Aleitamento artificial – leite artificial associado a outro alimento, exceto leite materno

- Será quantificada a frequência de mães que estão em amamentação exclusiva na ocasião da alta do bebê, que estão em aleitamento materno predominante ou continuado e que não estão mais amamentando nesta ocasião (aleitamento artificial). Esta verificação será feita através de um questionário preenchido na ocasião da alta hospitalar do bebê por um profissional não ligado ao estudo e que não estará consciente dos objetivos deste protocolo.
- Será quantificada a frequência de mães que continuam em aleitamento materno exclusivo, que estão amamentando de forma predominante ou continuada e que não estão mais amamentando (aleitamento artificial), nos seguintes marcos de tempo:
 - primeira consulta de follow up (entre 7-15 dias),
 - 30 dias pós-alta,
 - 60 dias pós-alta,
 - 90 dias pós-alta,
 - 120 dias pós-alta

Esta verificação será feita através de um questionário preenchido na ocasião da visita de seguimento, no Ambulatório de “*Follow-up*” da Maternidade-Escola.

7 - A intervenção musicoterápica

7.1 -Entrevista:

A entrevista musicoterápica será feita individualmente, com cada mãe que faz parte tanto do grupo de estudo como do grupo controle. Esta entrevista será realizada por um musicoterapeuta da equipe antes da primeira sessão e terá a duração aproximada de 30

minutos. Tem como objetivo o levantamento da história sonoro-musical do grupo de mães selecionado para o estudo. Para isto, será utilizada uma ficha musicoterápica.

7.2 – Atendimento

- Local: Sala de atividades da Enfermaria Mãe-Canguru (Setor de Neonatologia).
- Duração: 60 minutos.
- Frequência: três vezes por semana. Será computado o número de sessões realizadas com a clientela do grupo estudado.
- Forma de atendimento: grupal.
- Forma de registro – Registro escrito – as sessões serão descritas por dois observadores, posicionados fora do círculo das pacientes. Ao término da sessão, os musicoterapeutas e estagiários reúnem-se na sala de musicoterapia e analisam o relatório escrito, tecendo comentários que são adicionados na ficha de evolução das pacientes.
- Instrumental utilizado: teclado, violão, caxixi, chocalho, conga, tumba, surdo, ganzá, triângulo, afoxé, egg-shake, metalofone, clava, guizo, pandeiro, panderola e tantã.
- Desenho: O atendimento acontece em 4 movimentos, a saber:

1º. Movimento – expressão verbal/ acolhimento:

Recepção das mães pela equipe, conversa sobre elas próprias e seus bebês (Como você está? / Como está o seu bebê?).

2º. Movimento -- expressão musical/ continente sonoro:

Os instrumentos musicais estão disponíveis para que as mães toquem e/ou cantem qualquer tipo de música que lhes ocorra durante a dinâmica. Os terapeutas dão um continente musical a estas expressões interagindo através do tocar e/ou cantar ou ainda, fazendo intervenções musicais ou verbais. A experiência sensorial propiciada pela música - linguagem específica da musicoterapia, pode favorecer um contato maior com uma gama de sentimentos variados referidos ao momento vivido.

3º. movimento – estimulação dos laços de comunicação/ vínculo mãe-bebê

Neste momento, os musicoterapeutas oferecem, cantando e tocando, acalantos brasileiros previamente selecionados.

4º. movimento – fechamento

Neste momento, a partir da pergunta “Como foi o nosso encontro hoje?”, são tecidos comentários sobre a sessão.

Cabe ressaltar, que estes quatro movimentos não são nem obrigatórios nem lineares, pois dependem da dinâmica do atendimento clínico.

8 - Estatística

Para os dados categóricos será utilizado o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, enquanto para as variáveis contínuas será utilizado o teste t de Student se os dados forem paramétricos ou o teste t de Wilcoxon se os dados forem não-paramétricos. Em todos os casos o nível de significância (alfa) será estabelecido em 5%.

9 - Pré testagem do modelo

A fim de se aperfeiçoar o protocolo de estudo, foi feita uma pré-testagem do modelo com um grupo piloto de 18 pacientes, tendo sido observada uma prevalência de aleitamento materno exclusivo aos 60 dias pós-alta de 70% no grupo de estudo, contra 40% no grupo controle, o que correspondeu a uma diferença absoluta de 30%, o que está de acordo com o poder estabelecido para o estudo. Desta forma, manteve-se o mesmo cálculo para o tamanho amostral.

10 – Aspectos éticos

Não se conhece, até o presente momento, nenhum estudo que tenha relacionado efeitos negativos ou iatrogênicos do uso da musicoterapia no tipo de população a ser estudada pelo presente trabalho.

O estudo em questão está de acordo com a resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10/10/1996, que regula os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Foi submetido à Comissão de Ética Médica da Maternidade Escola da UFRJ e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da UFRJ (IPPMG), recebendo aprovação em 21/01/2002

Situação Atual:

Os dados que se seguem estão referidos ao período compreendido entre março e novembro de 2004.

Ao longo destes oito meses foram realizadas **94 sessões** de musicoterapia.

A partir dos relatórios escritos pudemos relacionar seis movimentos referidos ao desenho das sessões (ver metodologia).

No quadro abaixo, observa-se a predominância do desenho **1-2-4** em 56% das sessões, contudo em 33% introduzimos os acalantos (movimento 3) enquanto “direção de tratamento” e com uma “intenção clínica”.

<i>1-2-4</i>	53 sessões	56%
<i>1-2-3-4</i>	14 sessões	15%
<i>1-2-3-2-4</i>	12 sessões	13%
<i>1-3-2-4</i>	3 sessões	3%
<i>2-1-4</i>	1 sessão	1%
<i>1-2-3-2-3-2-4</i>	1 sessão	1%
<i>Sem sessão</i>	10 sessões	11%

Sobre a população estudada, tivemos um total de 39 pacientes elegíveis, podemos observar no quadro que se segue uma perda significativa (36%) de pacientes que por motivos diversos (alta-hospitalar, recusa, óbito) não entraram no estudo para coleta de dados.

Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	25 pacientes	64%
<i>Não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	14 pacientes	36%

As 25 pacientes incluídas no estudo foram assim randomizadas:

Grupo Controle	15 pacientes	60%
<i>Grupo de Estudo</i>	10 pacientes	40%

Na situação atual da coleta de dados do *follow-up* (120 dias após a alta do bebê) temos o seguinte quadro dos protocolos da população estudada:

<i>Em andamento</i>	12 pacientes	48%
Encerrados	9 pacientes	36%
Excluídas	3 pacientes	12%
Internadas	1 paciente	4%

Ressalta-se uma porcentagem (12%) de perda da amostra.

Ainda não foram analisados os dados parciais referidos às variáveis a serem estudadas a saber: tipo de aleitamento, estado de ansiedade materna e peso do bebê durante a internação.

Com relação à equipe de pesquisadores, tivemos a contratação de um musicoterapeuta pesquisador assistente, o que representa apenas um primeiro passo pretendido por este projeto em relação à absorção institucional de uma equipe de musicoterapeutas.

Destacam-se a elaboração de duas monografias de conclusão do curso de graduação em musicoterapia das estagiárias, que fazem estudo sobre alguns aspectos do

Projeto MAME, a saber: “Acalanto: Um Embalo Para a Vida” (Priscilla Winandy) e “A Política de Humanização na Maternidade Escola da UFRJ: possíveis correlações com o serviço da Musicoterapia” (Bianca Panetti de Andrade Fialho).

Dificuldades:

Pudemos identificar como nossa maior dificuldade o conflito entre as exigências para a aplicação do protocolo da pesquisa e a clínica musicoterápica propriamente dita.

O Projeto MAME é uma pesquisa quantitativa (Ensaio Clínico Randomizado) submetida a uma metodologia com um contorno rígido nas etapas para coleta de dados. Para seguirmos os passos do protocolo, precisamos esperar a estabilidade clínica do bebê e só aí entramos em contato com as mães elegíveis. Os bebês pré-termo quando nascem, vivem uma situação de grande vulnerabilidade, instabilidade e possibilidade de óbito. As mães e os familiares vivem igualmente um estado de grande vulnerabilidade e instabilidade, só que do ponto de vista psíquico. Pode-se depreender, pelo exemplo desta situação, o conflito que gera para nós, musicoterapeutas, enquanto somos restringidos a intervir clinicamente com esta clientela e as vezes, existe um grande espaço de tempo entre o nascimento do bebê elegível e estabilidade clínica do mesmo.

Outra dificuldade no andamento da coleta de dados foi o número reduzido de pacientes elegíveis. Ao longo destes 8 meses (março a novembro de 2004), pudemos coletar apenas 25,5% do tamanho amostral previsto de 98 pacientes da população estudada.

Ainda podemos destacar a falta de um profissional psicólogo qualificado na equipe para aplicação e análise do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

Encontramos igualmente limitações na aquisição de recursos materiais necessários, além de recursos humanos (musicoterapeutas qualificados) para compôr uma equipe de pesquisadores estável.

Considerações Finais:

O “Projeto MAME – Musicoterapia na Aleitamento Materno Exclusivo”, em andamento na Unidade de Neonatologia da Maternidade-Escola da UFRJ e vinculado à

Divisão de Pesquisa do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ), destaca-se como um estudo pioneiro nesta área específica de atuação (Musicoterapia e Neonatologia) – no campo da musicoterapia brasileira.

O desenho metodológico deste estudo (Ensaio Clínico Randomizado) encontra agora um contorno bem definido. Desde o início da pré-testagem (junho de 2002), após ter recebido a aprovação do CEP/IPPMG em janeiro do mesmo ano, foram feitas retificações metodológicas que influenciaram tanto o processo de coleta de dados como o modelo do protocolo inicial. Podemos dizer que foram necessários dois anos (junho de 2002 a junho de 2004) para que pudéssemos ter, enfim, o leme e a direção do projeto nas mãos.

Podemos identificar três fases neste percurso:

- 1ª- A elaboração e redação do projeto (aprovação do CEP / 2002);
- 2ª- Pré-testagem e treinamento da equipe (2002 e 2003);
- 3ª- Início do protocolo propriamente e coleta de dados (2004).

Para finalizar, propomos a criação de um núcleo de pesquisa e estudos de musicoterapia na área materno-infantil através de uma rede de musicoterapeutas pesquisadores neste campo (“Rede MAME”).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, Arminda. e ÁLVAREZ DE TOLEDO, R. La Musica y los instrumentos musicales. In: **Revista de la Asociación Psicanalítica Argentina**, T. XII, nº 2, s.d.

ANZIEU, Didier. **O Eu-Pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Cadernos de Musicoterapia 3**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.

BENENZON, Rolando O. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

BRASIL, Ministério da Saúde **Declaração de Innocenti**. Sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno. 1992.

_____, Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa**, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração e Bogotá. Tradução: Luiz Eduardo Fonseca – Brasília, 1996

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil & Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Normas e Manuais Técnicos: Assistência Pré-Natal e Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. **Manual do Coordenador de Grupo de Planejamento Familiar**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____, Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa**, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Tradução – Luis Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BUNT, Leslie. **Music Therapy – An Art Beyond Words**. London: Routledge, 1994.

BRUSCIA, Kenneth E., ed. **Case Studies in Music Therapy**. Phoenixville: Barcelona Publishers, 1991.

CHNAIDERMAN, Miriam. **Repetir e Criar – O Silêncio Barulhento. O Ruído Desruptor**. Ensaios de Psicanálise e Semiótica. São Paulo: Escuta, 1989.

CYRULNIK, B. **Los Alimentos Afectivos**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1994.

FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA. Definição de Musicoterapia. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Rio de Janeiro, número II p. 4, 1996.

FERREIRA, Silva. Interação mãe-bebê: Primeiros Pasos. In: **Palavras em Torno do Berço**. Org. e trad. Daniele de Brito Wanderley. Salvador: Ágalma, 1997.

GIUGLIANI, Elsa R.J..A amamentação exclusiva e a sua promoção. In: **Amamentação – Bases científicas para a prática profissional**. Ed. Guanabara-Koogan . Rio de Janeiro. 2001 – no prelo.

KING, F. Savage. **Como ajudar as mães a amamentar**, Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 1991.

KLAUS, Marshall & KLAUS, Phyllis. **O Surpreendente Recém-Nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

LAZNICK-PENOT, M. C. Poderíamos pensar numa prevenção da Síndrome Autística? In: **Palavras em Torno do Berço**. Org. e trad. Daniele de Brito Wanderley. Salvador: Ágalma, 1997.

NÖCKER-RIBAUPIERRE, Monika Premature birth and music therapy In: **Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology**, p. 47-65. Org. Tony Wigran, Jessika Kingsley Publishers, Ltd. London. 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (CED/SEM/91). **Indicadores para avaliar as práticas de lactância materna**. Genebra: OMS. 1992.

SCHAFFER, Murray. **O Ouvido Pensante**. São Paulo: UNESP, 1991.

SILVA, Antonio Augusto Moura. **Amamentação: Fardo ou desejo? Estudo Histórico Social dos Saberes e Práticas sobre Aleitamento na Sociedade Brasileira**. Dissertação de mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, junto ao departamento de Medicina Social. Ribeirão Preto, SP.1990.

QUANDO A MÚSICA ENTRA EM RESSONÂNCIA COM AS EMOÇÕES: SIGNIFICADOS E SENTIDOS NA NARRATIVA DE JOVENS ESTUDANTES DE MUSICOTERAPIA.

*Patrícia Wazlawick²³⁰
Prof^a. Dr^a. Denise de Camargo²³¹*

Resumo:

Resumo da pesquisa de Mestrado em Psicologia, UFPR. Versa sobre uma possível inter-relação entre temáticas da Musicoterapia e Psicologia Sócio-Histórica. Estudaram-se os significados e sentidos expressos nas narrativas que os jovens constroem sobre sua história de relação com a música. Foram entrevistados três jovens com idade entre 20 e 23 anos, estudantes do primeiro ano de Musicoterapia, Faculdade de Artes do Paraná, Curitiba. Trabalhou-se com a Entrevista Narrativa (Schütze, 1977) focada na Memória Musical e Autobiografia Musical (Ruud, 1998). O foco esteve sob as narrativas tecidas pelos participantes acerca das experiências musicais vivenciadas e dos significados e sentidos elaborados sobre estes eventos durante momentos da história de relação com a música, entremeada a contextos coletivos e singulares, onde a dimensão afetiva se faz presente. Situações que deram margem para a construção dos significados da música em toda esta trama. Significados que são constituídos e construídos pelos sentidos envolvidos as emoções, sentimentos, desejos, vontades, interesses, motivações de sujeitos em constantes relações com o contexto sócio-cultural. Significados/sentidos que demonstram a utilização viva da música e a movimentação de sujeitos implicados com a atividade musical, que constituem esta atividade enquanto ela também se faz constituinte deles.

Palavras-chave: música, implicação, significados/sentidos.

“Prelúdio”

“As palavras são como as notas musicais: não pertencem a ninguém. São de quem souber alinhavá-las com engenho e arte” (Pablo Neruda).

“... Tudo o que se passa em uma vida é também parte dessa mesma vida. Viver é atribuir significado a uma vida; na verdade, o processo de construção de significado pode ser visto como o centro da vida humana”.
(Harré e Brockmeier, 2003, p. 530).

Considerando a temática desta pesquisa, bem como a ausência de estudos e pesquisas sistematizadas na área escolhida que a contemplam, realizou-se uma “Pesquisa Qualitativa Exploratória” (Tobar; Yalour, 2001).

Tendo em vista que este estudo vincula duas áreas de conhecimento: Musicoterapia e Psicologia, de acordo com o referencial Sócio-Histórico, teceu-se uma conversa entre os

²³⁰ Musicoterapeuta graduada pela Faculdade de Artes do Paraná, Mestre em Psicologia, Processos Psicossociais, pela Universidade Federal do Paraná, UFPR.
Atividade profissional: Musicoterapeuta, Instituto ConSer, Curitiba PR. Musicoterapia e Estimulação Essencial em Berçário e Pré-Escola. patricia.wazla@terra.com.br

²³¹ Orientador, Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Social pela PUC-SP.

autores escolhidos, que ajudam a “olhar” e compreender os dados relacionados com a dimensão criadora-musical vivenciada pelos participantes.

Objetivo

Estudar os significados e sentidos expressos nas narrativas que os jovens constroem sobre sua história de relação com a música.

Jovens Participantes

NOME ¹	SEXO	IDADE	CIDADE DE ORIGEM	COM QUEM HABITA ²	ESTADO CIVIL	INSTRUMENTO MUSICAL
Beto	Masculino	23 anos	Santa Maria, RS	Com a família	Solteiro	Violão e guitarra
Jaque	Feminino	22 anos	Cianorte, PR	Sozinha	Solteira	Piano, teclado, violão, guitarra, cavaquinho e bateria.
Lia	Feminino	20 anos	Maracajú, MS	Sozinha	Solteira	Guitarra, violão, piano, canto.

Quadro 1: Dados sobre os participantes.

Residem na região sul do Brasil. Estudaram em escola particular, são filhos de pais profissionais liberais, famílias de classe média. Todos narram que tiveram os pais ou parentes próximos interessados em música, o que permitiu uma vivência musical desde cedo em suas vidas. Estudaram música formalmente iniciando na infância, seguindo na adolescência, quando aprenderam a tocar instrumentos musicais e a cantar. São estudantes que iniciaram em 2004 o primeiro ano do curso de graduação em Musicoterapia, na Faculdade de Artes do Paraná (FAP), Curitiba, PR.

Pressupostos Teóricos

Com o objetivo de construir o referencial teórico da pesquisa, retomou-se historicamente a trajetória da Musicoterapia em conjunto com as linhas teóricas da Psicologia. Partindo do Modelo Médico-Biologicista, passando pela Psicanálise, Psicologia Comportamental e Psicologia Humanista, chegou-se à “*Modulação*”: conversa da

¹ Os nomes dos participantes foram modificados para preservar sua identidade.

² Atualmente (na cidade de Curitiba, PR).

Musicoterapia com o contexto sócio-cultural”, explicitada pelos musicoterapeutas Ruud (1990, 1991, 1998), Grebe de Vicuña (1977), Milleco (1996), Barcellos (1992) e Santos (2002).

Coerente com os postulados da Psicologia Sócio-Histórica compreende-se que a música é criada pela utilização cultural e pessoal dos sons. A música age sobre a cultura que lhe dá forma e de onde ela deriva, ao mesmo tempo em que se insere na estrutura dinâmica de onde ela própria se formou (Tomatis; Vilain, 1991). Está inserida nas várias atividades sociais, donde decorrem múltiplos significados. A cultura dá os referenciais, bem como os instrumentos materiais e simbólicos que cada sujeito se apropria para criar, tecer e orientar suas construções, neste caso, as atividades criadoras e musicais. Quando se vivencia a música não se relaciona apenas com a matéria musical em si, isto é, altura, duração, intensidade, timbre, estrutura e expressão, e suas relações, mas com toda uma rede de significados construídos no mundo social, seja nos contextos coletivos mais amplos, seja nos contextos singulares, enfim, junto dos contextos sócio-históricos de sujeitos.

Nesta perspectiva entende-se o sujeito como constituído e constituinte do contexto sócio-histórico no qual está inserido. De acordo com Zanella (1999) “todo indivíduo enquanto ser social insere-se, desde o momento em que nasce, em um contexto cultural, apropriando-se dele e modificando-o ativamente, ao mesmo tempo em que é por ele modificado...” (p. 153). A cultura e as manifestações culturais derivam da atividade humana conjunta. “As características singulares do indivíduo também derivam da atividade social, sendo, portanto, social e historicamente constituídas” (ibid). Assim, as atividades culturais “...contribuem, em maior ou menor grau, dependendo das significações engendradas e apropriadas pelos sujeitos que as executam, para a constituição desses mesmos sujeitos...” (ibid.). É a dinâmica entre sujeito, sociedade, cultura, linguagem, pensamento, atividade, consciência, emoções e dimensão artístico-criadora, como visto em Vygotsky (1987), Geertz (1989), Carroll (1987), Maheirie (2001, 2003) e Berger e Luckmann (1967).

O conceito de emoção tal como é estudado em Vygotsky (1987, 1990, 1999), Heller (1980), Sartre (1938-1965) e Sawaia (2001), permeia a compreensão teórica desta pesquisa. Emoção como mediadora do todo da realidade humana em constante relação dialética entre sujeitos e destes com o mundo. Vinculada as esferas da vida social, enquanto é construída

social e historicamente nas relações entre os sujeitos e seus contextos, e que permite visualizar a implicação que se dá nesta dinâmica.

Heller (1980) destaca que o sentimento é também informação, pois informa sobre a relação do Eu com o objeto. A natureza específica dos sentimentos permite que eles informem o que é importante e de que ponto-de-vista é importante para o sujeito. O sentimento diz algo sobre a “significação-para-nós” da realidade. A autora segue pontuando que “tal informação não é menos necessária da que obtemos diretamente sobre a ‘natureza’ dos objetos, acontecimentos e pessoas” (1980, p. 69).

Nesta perspectiva Heller (1980) constrói a idéia de que “sentir significa estar implicado em algo”. “Sinto que estou implicado em algo. Esse ‘algo’ pode ser qualquer coisa: outro ser humano, um conceito, eu mesmo, um processo, um problema, uma situação, outro sentimento... outra implicação” (ibid.,p.15-16). “Estamos implicados na preservação e expansão do eu, na continuidade do eu, no conhecimento do homem, em encontrar nosso caminho no mundo, em compor, compreender, ordenar os fatos da vida, em atribuir sentido as ações. Estamos implicados no mundo e em nossa pessoa...” (Heller, 1980, p. 68). Heller entende que a própria implicação é o fator construtivo inerente do atuar e do pensar, de modo que agir, pensar e sentir caracterizam todas as manifestações da vida humana como processos unificados. A implicação existe sempre que a informação apresenta ou desperta alguma significação para a pessoa. Está-se implicado em algo que significa, em algo que possui uma ligação para com cada pessoa.

Neste viés, Sartre (1938/1965) diz que todo fato humano, em essência, é significativo, ao passo que “se lhe retirarem sua significação, retirar-lhe-ão também a sua natureza de fato humano...” (p. 20). Para ele, a emoção é significativa. A emoção significa “à sua maneira o todo da realidade humana”. Emoção e sua significação estão articuladas ao todo da realidade humana. A emoção não apenas remete-se à realidade-humana, mas é esta realidade - esta realidade que é vivida quando se toma o homem na situação social, o homem entre os homens, nas relações. “...Um fato psíquico, como a emoção (...) possui uma significação própria e não pode ser apreendido por si próprio sem a compreensão dessa significação (...). Definitivamente, uma emoção leva-nos ao que ela significa. E o que ela significa é, na verdade, a totalidade das relações e da realidade-humana para com o mundo” (Sartre, 1938/1965, p. 84).

Neste ponto destaca-se a psicóloga brasileira Bader Sawaia, ao compreender que “cada emoção contém uma multiplicidade de sentidos (positivos e negativos), os quais para serem compreendidos, precisam ser inseridos na totalidade psicossocial de cada indivíduo” (Sawaia, 2001, p. 110). Para Sawaia não é suficiente definir as emoções sentidas pelas pessoas, mas “conhecer o motivo que as originaram e as direcionaram, para conhecer a implicação do sujeito com a situação que os emociona” (ibid).

Ampliando o conceito de emoção encontram-se os “Significados e Sentidos” (Vygotsky, 1987; Luria, 1986). Estes autores trabalharam com os significados e sentidos das palavras que, por sua vez, revelam, dialeticamente, a formação da consciência humana mediada pelo pensamento e pela linguagem. O significado, segundo Luria (1986) é o sistema de relações que se formou objetivamente no processo histórico e que está encerrado na palavra. A palavra assinala um objeto determinado, o analisa e o introduz em um sistema de enlace e relações objetivas. Define-se como um sistema estável de generalizações que se pode encontrar em cada palavra e igualmente para todas as pessoas de um universo determinado. O sentido seria o significado individual da palavra, separado do sistema objetivo de enlaces; está composto pelos enlaces que têm relação com o momento e a situação dados. Pode designar algo completamente diferente de pessoa para pessoa e em circunstâncias diversas. Do significado objetivo da palavra separa-se a parte que interessa, de acordo com a situação, e se configura o sentido, que está diretamente ligado ao uso da palavra de modo idiossincrático. São conceitos que permitem também compreender os significados e sentidos na música.

...A mesma palavra possui um significado, formado objetivamente ao longo da história e que, em forma potencial, conserva-se para todas as pessoas, refletindo as coisas com diferente profundidade e amplitude. Porém, junto com o significado, cada palavra tem um sentido, que entendemos como a separação, neste significado, daqueles aspectos ligados à situação dada e com as vivências afetivas do sujeito (Luria, 1986, p. 45).

Compreendendo a “Significação em Música”, retomou-se as concepções advindas da Musicologia que afirmam que a música tem um significado que é comunicado. Com Meyer (1956), Reimer (1970) e Martin (1995) pontuou-se as posições estéticas

“Absolutista” e “Referencialista”. Meyer critica que “em um sentido geral, teóricos da música se preocupam mais com a gramática e a sintaxe da música do que com seu significado ou a experiência afetiva que emerge de tal experiência” (1956, p. 6). Estas concepções não são desmerecidas, mas percebe-se que é relevante considerar a construção pessoal e social do significado musical, as ações que cada pessoa faz em relação com a música. Aspectos que permitem compreender que a música tem significado para o sujeito na medida em que se vincula à experiência vivida, passada ou presente, e quando proporciona aproximar o “vivido” aos sentimentos e emoções, para conferir-lhe significado. Em termos de construção social do significado musical, Martin (1995) aponta que “os significados da música não são nem inerentes nem reconhecidos intuitivamente, mas emergem e tornam-se estabelecidos (ou transformados ou esquecidos) como uma consequência das atividades de grupos de pessoas e contextos culturais particulares” (1995, p. 57).

Finalmente destaca-se os musicoterapeutas noruegueses Stige (1998) e Ruud (1998, 2003) em conversa com o filósofo Ludwig Wittgenstein (1975) a respeito da “Construção do significado musical”. “Se tivéssemos que nomear qualquer coisa que é a vida da palavra, do signo, nós deveríamos dizer que era o seu uso” (Wittgenstein citado por Stige, 1998). Para Wittgenstein os sinais adquirem vida no uso. A palavra, no jogo da linguagem, adquire o seu significado como um movimento em um processo comunicativo. A linguagem depende dos usos que as pessoas, os grupos, as comunidades e sociedades fazem. Dizia Wittgenstein (1975): “*não pergunte pelos significados das palavras, pergunte pelo uso*”. Nesta visão, o significado não é compreendido como algo pré-fixado, rígido, imutável, universalizado. Justamente pelo seu uso deve ser entendido como algo dinâmico, em constante movimento, relacionado aos sentidos atribuídos pelos sujeitos e grupos de acordo com suas formas de vida. Seriam estas *formas de vida* que levariam aos *jogos de linguagem*, de acordo com os usos das palavras, que não são os mesmos entre as diferentes comunidades. Significados não universais, permeados pelos sentidos atribuídos pelos sujeitos de acordo com o uso das palavras, em seus contextos.

Assim Stige (1998) aponta que a linguagem e o contexto não podem ser separados, e que o significado é um conhecimento local. O autor faz este percurso teórico para compreender a significação da música na Musicoterapia, onde poder-se-ia apreender,

analogamente, que a própria música terá o seu significado, tal como a linguagem, a partir de seu uso, do contexto, do jogo e dos jogadores que trazem para estes contextos de *jogos de sons, de vibrações, de ondas sonoras, de canções e músicas* a sua utilização e os seus sentidos e significados. O *significado como uso*, seja das palavras que da música é um significado pessoal e social. Um significado construído e criado nas relações e ações sociais condizentes com o que é vivido, experienciado e condizente com os sentidos do sujeito.

Esta compreensão também é ilustrada por Maheirie (2003) acerca do significado da música. Para Maheirie (2003) a música carrega um significado social por estar em relação com o contexto social onde está inserida, ao mesmo tempo em que possibilita aos sujeitos a construção de múltiplos sentidos singulares e coletivos.

O sentido da música (...) é sempre permeado pela afetividade. Em primeiro lugar, percebemos sua sonoridade, depois degradamos um saber anterior que tenha uma relação com os elementos percebidos deste som para, em seguida, transformarmos este saber e constituirmos um sentido àquela música. Posteriormente, estabelecemos, de forma singular, um significado para a música, compactuando ou não com seu significado coletivo. As características daquela sonoridade surgem como um complexo representativo que aparece determinado pela consciência afetiva³, a qual, por sua vez, lhes dá nova significação (Maheirie, 2003, p. 150).

As emoções e os sentimentos, integrantes da atividade humana junto do agir e do pensar, configuram a construção dos significados singulares da música, de acordo com a vivência do sujeito e de sua própria reflexão acerca de si e de suas experiências. A música despertando a afetividade, influencia a forma como o sujeito significa o mundo que o cerca (Maheirie, 2003). É de modo “emocionado” que o sujeito constrói os significados da música em sua vivência, a partir de seus sentidos, exteriorizando sua subjetividade, tornando-a “audível” para ele e para os outros. Significados e sentidos que “ressoam” junto das emoções e sentimentos nas vivências do sujeito em relação à música.

Significados e sentidos que podem ser “conhecidos” por meio da narrativa de sujeitos (Schütze, 1977; Jovchelovitch; Bauer, 2002; Mishler, 2003), que reconstrói ações,

³ *Consciência afetiva*: verificar Sartre (1936/1965) e Maheirie (1994; 2002).

contextos, mostra o lugar, o tempo, a motivação, as orientações do sistema simbólico do ator e transforma seqüências de eventos em histórias - histórias de relação com a música.

Procedimentos Metodológicos

Técnica de Coleta de Dados: “Entrevista Narrativa” (Schütze, 1977) focada na “Memória Musical” e “Autobiografia Musical” (Ruud, 1998), acompanhada da escuta das músicas significativas (cd, fita k-7 ou cantada e tocada) durante a entrevista. O “Tópico Inicial” da entrevista foi: *“fale sobre experiências musicais que fizeram parte de sua vida que se lembre por alguma razão”*. Entrevistas gravadas em *Mini-disc*. Compôs-se um “Diário de Campo” e realizou-se a coleta das letras das canções.

Análise dos Dados: iniciou com a transcrição detalhada das entrevistas, seguida de várias leituras do material transcrito, direcionadas pelas categorias teóricas da pesquisa. Estas se tornaram uma “lente teórica”, de modo que por meio dela deu-se atenção às categorias emergentes da narrativa, ou seja, categorias construídas a partir da interpretação da narrativa. Assim teceu-se um “duplo movimento” entre teoria e dados empíricos para a compreensão das histórias de relação com a música e seus significados e sentidos. A “tônica” que orientou a análise dos dados foi a leitura da música e da dimensão afetiva no contexto e/ou códigos culturais onde ocorreram, onde o sujeito encontra-se situado historicamente.

Resultados: Comentários sobre os Dados

A partir da reconstrução das narrativas dos jovens a respeito de sua história de relação com a música, e de acordo com a proposta dos procedimentos teóricos, foram construídas treze categorias emergentes da narrativa:

1) Cultura Musical no Contexto Familiar

Beto: irmãos, mãe, avô. *“...Toda a juventude da nossa geração já tocou, por parte da minha mãe todos da minha idade já tiveram banda”*.

Jaqueline: pai e mãe. *“Na verdade eu comecei a tocar porque o meu pai tocava em banda, sempre cantou, desde pequena eu escuto violão (...) ele sempre cantava com a gente, tocava violão e nós cantávamos” / “Meu pai sempre, sempre tocou perto assim, e foi muito para mim, foi o que puxou mais”.*

Lia: mãe, pai. *“Eu lembro de música clássica, de bebê (...) lembro que era o que marcou a minha infância, acho que quando eu estava na barriga dela eu ouvia (...) são coisas que estão na minha memória (...) ela cantava a Pastoral de Beethoven (...) ela falava que cantava quando a gente era bebê, pegava a gente no colo, bebezinho (...) bebezinho que estava crescendo e cantava pra mim...”.*

Nos contextos familiares iniciais os “outros significativos” (Mead citado por Berger e Luckmann, 1967) fizeram uma mediação para estes jovens do contexto social-objetivo e da música de forma afetiva. Nestes processos de mediação cultural os jovens encontraram e participaram de relações onde a ligação emocional-afetiva interligava-se também com a dimensão sonoro-musical, de canto e de dança, de uma dimensão criadora no fazer musical. O processo de constituir-se enquanto sujeito que se iniciava estava permeado pela música, a música própria da cultura onde estão inseridos, em momentos específicos de acordo com o tempo e o espaço localizados. Deste modo, o processo de aprendizagem, de apropriação da cultura configurada e pré-existente ao nascimento destes três jovens, inseriu a música como parte integral desta cultura e como fruto do trabalho criador do homem. Neste “processo de aprendizagem cultural” inicial (Barcellos, 1992), os jovens, pela mediação de seus “outros significativos” começaram a formar sua bagagem musical com suas vivências musicais junto do ambiente familiar. Crianças que assumiram como suas as vivências musicais na interação afetiva com outros significativos, apropriando-as como constitutivas de sua subjetividade. Aprenderam a cultivar a música como algo importante para eles mesmos, pois era uma “realidade-emocionada” vivida no grupo onde se encontravam.

2) Infância festiva e feliz vivida com a música

Na infância a música se fazia presente nas brincadeiras, jogos, apresentações, dança, canto, no inventar.

- *“Era tudo mais ou menos relacionado com música” (Jaqueline).*

- *“Ficava com a melodia, a música... tipo num desenho animado... criança é muito criativa, gosta de ficar descobrindo coisas, ficar explorando as ondas sonoras...”* (Beto).

“O que podemos imaginar é que o próprio som é que fascina a criança em primeiro lugar. O ‘som’ em si mesmo, a qualidade da ‘diferença’ de outros ‘sons mais diários’ é que atrai a atenção” (Ruud, 1991, p. 170). São experiências ricas, emocionais, e às vezes “máximas”, que a análise formal da música não permite capturar (Ruud, 1991).

3) Emoção percebida no outro em meio à vivência com a música

Vivência de Beto, com três, quatro anos, em relação às músicas do rádio que ficava ligado o dia inteiro, enquanto a mãe fazia as atividades de casa: *“Eu não sei porque eu escutava chorando essas músicas, sabe, acho que pela dor da pessoa cantando, pelos gritos de eloqüência, né, eu chorava acho que só por isso”* (Beto).

- Sentir = parte inerente da atividade. Integração pensamento, imaginação e afetividade. A percepção da forma, do como a música apresentava-se, revelando sentimentos e emoções cantadas e tocadas. A música articulando pensamento emocional que primeiramente foi sentido e vivido.
- O sentimento é o caminho para se perceber a arte. A arte provoca emoção (Vygotsky, 1999).

4) Trazer a música para perto de si: o aprender a tocar um instrumento musical e o cultivo da dança.

Vontade, desejo, interesse, motivação, necessidade – desde pequenos, em realizar uma atividade que envolvesse a música, o canto e a dança.

- Jaque: *“Queria muito, de toda forma”* tocar piano (com seis, sete anos);
- Lia: dança. *“Sabia tudo, tinha facilidade”*. *“Dança, expressão do corpo que eu sempre tive, sempre forte”*.
- Beto: violão, guitarra. *“Quando era mais novo (...) queria ir para a música (...) olhava alguém segurando uma guitarra e pensava eu quero ser isso sabe (...). Eu queria, e até via uma mulher segurando o violão e eu falava eu quero, ah, ah...”*.

- “Sentir é estar implicado em algo” (Heller, 1980). Implicação → música, canto e dança. Implicação – interligada aos sentidos – se encontra na base da atividade com a música.

5) Pegar influência dos irmãos e amigos

- Beto: “*Daí o terceiro irmão pegou influência junto do segundo irmão, e eu peguei dos dois, e o mais velho pegou de nós três, né*” (são em quatro filhos, ele é o caçula). “*Eu fui influenciado pelos meus irmãos no gosto musical, eu não tive um gosto próprio*”. “*Tentava me atrair... Ía na onda*”. Em relação à música eletrônica;
- “*Acho que dos 12 aos 15, que eu peguei influência dos irmãos e amigos (...) daí a identidade própria surgiu depois (...) depois eu fui encontrando sons, mas eu escolhia (...) eu via o que eu gostava ou não...*” (Beto);
- Oscilava entre estes dois núcleos de significado: o que os outros (irmãos e amigos) cultivam na música e o que ele queria de fato e considerava que seria a sua “identidade própria na música”. Vivência contraditória e dialética com esses núcleos de significado em meio à constituição da identidade musical.

6) Som pesado e muito barulho (Heavy Metal)

- Beto: “*Essa fase aí acho que foi dos 15 anos (...) fase do Black Sabbath foi uma fase muito pesada, teve até a idéia de ideologia ruim sabe (...) teve uma época que eu escutava som muito pesado que era uma época de revolta, né, que eu estudava até sobre as religiões, as mortes que haviam por parte da igreja, que são sacrifícios...*”.
- Sonoridade – sensações de revolta. Vinculação aos elementos extra-musicais;
- Imagem do “Metaleiro” que começa a se construir.
- **Terrorzão bonito**: “*Pensando assim no ethos, essa música me causa um terrorzão (...), me lembro (...) da música quando eu ficava no quarto só escutando, com fone de ouvido, só escutando, que ela é um terrorzão, só que ela é até bonita essa música...*”. “*É uma sensação de violência, mas não uma violência (...) é uma violência boa...*” (Beto).
- Contradição, fascínio pela revolta, ruptura, mas não compactuado com a destruição.
- Lia – “*Fase do Rock*” / “*Barulhos-legais*”;

- Nirvana – foi por causa da banda Nirvana que ela foi aprender a tocar guitarra. Posteriormente viveu um período de depressão. Não gostava muito das letras, mas da voz “do cara cantando” pois se equiparava com seu sentimento. “*É igual um dia nublado, eu fico feliz porque tá de acordo com o que eu sinto, não tristeza, mas uma melancolia, uma forma de ver a vida assim, então era uma coisa que se encaixava, e eu usava muito, eu ligava as músicas no computador e ficava chorando e escrevendo...*” (Lia);
- “*...Na adolescência, é... mascara muito, revoltada sendo que eu não sou revoltada, agressiva sendo que eu não era, era uma coisa bem camuflada assim, delicadeza eu camuflava principalmente no metal, era aquela pose de sou mais metaleira e ando de preto, então feminilidade zero, né? Eu passei, eu fiquei quase uns dois anos só de preto, não andava de camiseta, mas eu era, não tinha feminilidade, não tinha um rosinha...*”. “*Era a fase que eu era o que eu não era, por isso essa pseudo-liberdade, eu achava que tava sendo e não tava sendo...*” (Lia). Consciência: olhar hoje, para si, para o que viveu, onde havia grande implicação com a música em momentos que a constitua também. Na narrativa: resignificar o vivido, a si e à música.

Pode-se perceber, em relação ao processo vivenciado por Lia e Beto em relação ao *heavy metal*, que viveram emoções contraditórias junto deste estilo musical. Emoções que o tornava *terrivelmente* bonito e atraente, como *barulhos* prazerosos de serem ouvidos e tocados, devido à grande intensidade, à ruptura em termos sonoros e rítmicos que ele provoca, à distorção melódica e nos vocais quase ininteligíveis, expressando intensamente a revolta sentida por eles no momento da adolescência, a vontade de ser diferente, de buscar liberdade e expressar todo este outro momento de suas histórias, além de ser também, um estilo musical cultivado por amigos e parentes próximos de seu contexto de relações. Neste momento a relação com o *heavy metal* despertava emoções que tinham esta multiplicidade de sentidos, dos quais eles construíram significados para esta vivência, que demonstram como era sua implicação com esta música uma vez que a viviam desta forma.

Um pouco depois a implicação com este estilo se modifica, assim como as emoções em relação a ele e a esta vivência. Outra multiplicidade de sentidos. Percebemos a construção de um novo significado, ainda que a música continuasse a ser o *terrorzão bonito* e os *barulhos legais*. No entanto, parece que não condizia mais com o que sentiam em relação a eles mesmos de acordo com seus novos momentos históricos. Não correspondia,

subjetivamente, ao novo momento, pois talvez toda a sensação de revolta não estivesse mais presente. Visualizavam crescimentos, transformações enquanto pessoa e em suas relações com a música. Há então um visível afastamento e a construção do significado de que esta música não cabia mais, fez parte de um momento histórico, que se transformava enquanto eles se transformam, e isto possibilitava a mudança de significado para a música. Sawaia retoma Vygotsky ao pontuar que “a emoção e o sentimento não são entidades absolutas ou lógicas do nosso psiquismo, mas significados radicados no viver cotidiano, que afetam nosso sistema psicológico pela mediação das intersubjetividades” (Sawaia, 2001, p. 103).

7) Repertório de Canções: Trilha Sonora para suas vivências

Jaque: *“Eu olho muito a letra, eu tento sempre olhar e vou encaixando alguma coisa, pra eu gostar eu tenho que relacionar comigo, ao momento que eu estou passando...”*.

“...A canção popular é o estilo musical que mais embala e acompanha as diferentes experiências humanas, uma vez que acompanha a trajetória e a experiência da pessoa” (Moraes, 2000). É uma fonte para compreender realidades da cultura popular e realidades singulares inseridas no contexto cultural. As canções são reais, no entanto impalpáveis, invisíveis e carregadas de características subjetivas, proporcionam as mais variadas relações simbólicas entre elas e as sociedades. Realidades que giram em torno da canção.

Lia – “My Imortal” (Evanescence): *“É melancólica, eu gosto muito de coisas melancólicas (...) são vários sentimentos, eu uso ela pra várias coisas, eu tô triste eu ouço, vou escrever... esses tempos eu fui chorar porque era o dia que eu tava com saudades de casa, daí eu botei ela lá no último e fiquei, ou quando eu tô feliz, consegui alguma coisa no campo emocional (...) daí ela é minha trilha, pra qualquer coisa, ou felicidade ou tristeza, ou êxtase, qualquer coisa ela está ali”*.

Verificação dos “contextos de uso” onde o significado é construído (Wittgenstein, 1975), na relação das canções, músicas e seus significados/sentidos para os jovens. Compreensão de que os significados da música “são locais” – partes de contextos onde as pessoas se relacionam entre si e com a música (Stige, 1998).

8) Momentos de *Metamorfose* na Identidade Musical

Beto comenta a respeito da metamorfose que aconteceu em seu momento histórico em relação à sua identidade musical, onde do “som pesado” foi para o “suave”. *“Totalmente direto, foi brusco, foi desse Metal até do Black Metal, que é um som bem sarcástico e eu fui direto pro clássico, na verdade teve o blues, o blues veio direto com o clássico”*. *“Hoje eu sou uma mistura, né, a agressividade, talvez um pouco de agressividade do som pesado, que eu misturo no clássico, no clássico tem até uns momentos agressivos, no cume da nota”* (Beto). Sua fala demonstra uma “síntese”, fruto do percurso dinâmico e dialético em toda sua história de relação com a música.

O que também aconteceu de modo análogo com Lia. Para ela este foi um momento de transformação: *“É, de transformação... Deve marcar a minha transformação para tentar ser mais o que eu sou”*. *“Acho que os anseios da minha alma, do que eu preciso, mais a necessidade do que eu vou ser daqui a um tempo, daqui um tempo eu não vou ser metaleira, eu vou estar ajudando, né? Vou estar, eu tenho esta tendência forte de estar ajudando as pessoas, então não posso estar ali toda torta, toda errada e querendo ajudar alguém, né? Calma aí, se ajuda primeiro, acho que é bem isso aí. Te conserta primeiro (...) presta atenção”* (Lia).

Metamorfose: “mudança de forma que se opera na vida” (Ferreira, 1977). Parece que nestes momentos da narrativa encontra-se uma mudança que ia ocorrendo subjetivamente com estes dois jovens em seus contextos objetivos, e que a música, ou a dimensão musical com a qual estavam implicados passou a figurar esta mudança também. A metamorfose, uma transformação que se configura com o movimento dinâmico de sua constituição enquanto sujeito, contemplando tanto suas subjetividades quanto as relações intersubjetivas e com a música.

9) Implicação com músicos e suas atividades musicais

Relação implicada com músicos e sua música como se fosse um contato pessoal, corporal, direto. “Outros significativos” presentes na música.

• Beto: *“Stevie Ray Vaughan foi uma grande inspiração minha (...) fez eu pensar em ser músico sabe, foi o que me originou (...) foi meu estímulo na música...”*. *“O Stevie*

R. Vaughan e a música erudita foram os que me deram maior empolgação assim, que manifestou mais a música dentro de mim”;

- Lia: implicação com a banda Nirvana e o cantor Zeca Baleiro.

Compreensão da música como produto do trabalho de um sujeito que objetiva a sua subjetividade (Maheirie, 2001; 2003), deixando ali a sua marca, sua presença, da qual os jovens se apropriam de forma viva a partir de suas ações, e deste modo percebem a inter-relação e a orientação que exercem neles. Uma relação que se dá por meio da matéria e dimensão musical.

10) Vivência da dimensão afetiva da música:

- *Equilíbrio emocional, desabafo, ficar novo, joga pra cima* – o que a música permite, remetendo-se à idéia de catarse (tal como é compreendida em Vygotsky, 1999);
- A “base psicológica da arte musical reside precisamente em estender e aprofundar os sentimentos, em reelaborá-los de modo criador” (Vygotsky, 1990, p. 24).

11) Sensibilidade

- *“A pessoa sensibiliza-se conforme passa o tempo, que existe uma evolução, que se reflete no próprio processo de estudo musical e de escuta musical (...) Eu evolui junto com a música, tanto no emocional quanto no estudo”. “Me sensibilizou ao mesmo tempo em que eu não fiquei também frágil, porque eu fiquei mais sensível, sabe? Me deixou também pra eu enfiar mais a cara, foi uma coisa assim que foi mais o lado emocional mesmo. Me ajudou muito”* (Beto);

- *“Conseguir captar as coisas, as pessoas, é a sensibilidade mesmo, que a música tem isso, ela capta ou dá sensibilidade, demonstra a sensibilidade”* (Lia);
- *“Acho que eu sou muito emotiva (...) pelo fato de sentir, quando eu tô tocando ou falando de alguém eu sou muito sensível, e acho que a música me ajudou muito nessa parte...”* (Jaque).

Sensibilidade como uma percepção mais aprofundada de si e do mundo, que lhes permite compreender pelo sentir e então integrar as informações provenientes do sentimento à percepção racional. Sensibilidade que nasce da implicação com a música. Que

nasce das implicações em meio à vivência da “realidade-humana” emocionada. Que também denota a afetividade presente em suas posturas a partir da história de relação com a música. Sensibilidade que permite perceber pelo sentir, que torna forte, que incentiva para ser agente e protagonista de suas realidades. Sensibilidade que, paralelamente, indica a integração do sentir, pensar e agir na realidade objetiva (Heller, 1985).

12) Dança e Canto

“A dança me transformou bastante, foi com a dança que eu consegui tirar essa... descascar a cebola (...) foi uma nova fase” (Lia).

“Acho que uma forma de mostrar uma parte diferente de mim, que não se vê facilmente, do músico, do canto... é, botar pra fora aquilo que nem todo mundo vê, você pode conversar comigo me achar muito intelectual, vê as coisas muito centrada na lógica, e de repente me vê dançando vê outro lado da alma que não consegue captar numa conversa, ou cantando e fala nossa! Que voz, que expressão! E que às vezes a gente não percebe né, só no conhecer a pessoa assim à parte, não sei, eu me vejo que eu ia estar a metade sem música, sem dança, só a metade...” (Lia).

Maheirie (2001) salienta que o som e o movimento fazem parte do todo que é a dança:

Quando escutamos uma música e nos deixamos “mergulhar” no seu som, é como *corpo vivido* que estamos entrando nela. Nesta perspectiva e postura, eu sinto a música como um todo, e cada parte do corpo que sou se movimenta no seu ritmo, na sua harmonia, no seu arranjo. Espontaneamente, meus braços, tronco, pernas e cabeça se movimentam, deslizam na musicalidade que se faz presente e total. Neste momento, *sou aquela música*, me transformo naquilo que ela conduz, e a sua “imposição” se traduz em movimento: estou dançando (Maheirie, 2001, p. 50).

Maheirie (2001) destaca que “modelos de satisfação psíquica e emocional, a música mais constrói do que revela o sujeito, por meio das alianças afetivas que se estruturam, tornando mais ricos nossos sentimentos (...) até para nós mesmos” (p. 53). Lia construiu uma implicação com a música, a dança e o canto, de modo que ao vivê-los, está presente ali, na sua totalidade enquanto sujeito. Significação que carrega sua implicação, seu

envolvimento com esta atividade criadora-expressiva e afetiva que passa a ser construtiva dela mesma.

13) Escolha da Atividade Musical e Opção pela Musicoterapia

Escolha da música como atividade principal para eles até agora:

- Jaque: professora de música (mediadora do conhecimento musical); Lia: canto e dança / banda; Beto: músico instrumentista;
- A música para Beto se tornou: *“A minha atividade. E sabe, muita gente olha assim: vai ser músico... tipo ‘ele vai arriscar tudo’, só que (...) a noiva do meu irmão se formou em Odontologia e não consegue emprego, imagina, Odontologia que é um emprego altamente rentável, né? E tu vês até no Rio de Janeiro, engenheiro civil tentando vaga de lixeiro, gari, né... Daí que eu pensei: ‘poxa, vou arriscar né...’”* (Beto);
- *“Pra mim foi uma coisa muito boa quando eu comecei a dar aula, as minhas irmãs tiveram uma dificuldadezinha pra ter um emprego (...) e eu não, eu fui entrando em passos, acho que a música me ajudou em tudo (...) ajudou totalmente na carreira profissional, pessoal, acho que está presente em tudo. Não conseguiria, de forma alguma estar fora disso”* (Jaque).

Construíram uma história de relação com a música, onde passo a passo ela foi se construindo como sua atividade principal. Apropriaram-se do fazer musical transformando-o em algo, onde puderam materializar, objetivar e historicizar suas implicações com a música, um fazer técnico e afetivo pleno de seus sentidos. O novo significado que a música assume em suas narrativas é o de integrar suas atividades musicais. Fazeres técnicos, um trabalho, que também é prazeroso, que exige dedicação, estudo, conhecimento, onde podem se realizar, sentir satisfação, e crescerem nos aspectos pessoais e profissionais.

Quando se vive o projeto na práxis cotidiana, não há espaço para o conformismo, a apatia e o tédio. Assim, o músico sintetiza prazer e trabalho, unificando-os num único movimento, no desejo de criar um tempo próprio, não alienado, auto-determinado (Maheirie, 2001, p. 84).

Além da implicação com a atividade musical enquanto “trabalho acústico”⁴ que articula elaboração técnica com criatividade de maneira afetiva, começa a historicizar-se também para os jovens o projeto de serem terapeutas, musicoterapeutas - trabalharem em prol da saúde e do crescimento do ser humano tendo a música como mediação de um processo terapêutico. A vontade que um dia começou a estar presente neles, por *gostar muito de música* – algo que *amam* - e de *psicologia*, e poder relacioná-las, foi um dos grandes motivos que os levaram a optar pela graduação em Musicoterapia. Ainda nem sabiam bem o que era a Musicoterapia, passavam a ler mais sobre o assunto, mas sabiam que relacionava *música e psicologia*. Muitas outras coisas se relacionam na Musicoterapia, mas de um modo geral, até excedendo o número de entrevistas desta pesquisa, já se ouviu muito esta frase nos discursos dos estudantes de Musicoterapia: relacionar *música e psicologia*... A vontade que se demonstra no “*sempre gostei muito de música e psicologia*”, este significado, que aparentemente os direciona a cursar Musicoterapia, é fruto também de toda a história de relação com a música, a qual se pode acompanhar nesta pesquisa. Esta vontade existe porque antes dela inúmeras situações e experiências foram vividas com a música, e que hoje os indicam a Musicoterapia, e eles a escolhem neste contexto objetivo orientados pelos seus sentidos. Sentidos que estão atrás, acompanhando toda a história de relação com a música, atrás do pensamento, junto dos sentimentos, sentidos que são as origens de suas ações nesta história onde eles conferem à música a qualidade de subjetividade objetivada.

Considerações Finais

A idéia para finalizar esta pesquisa é a metáfora da “coda”: “finalizar sem concluir”⁵ Dessa forma, de tudo o que foi pontuado até aqui, destaca-se:

- Os jovens viveram situações concretas enquanto constituindo-se sujeitos, permeadas pela dimensão afetiva onde se deu a utilização viva da música;

⁴ “Como trabalho acústico, a música está ligada aos contextos específicos em que tal trabalho está inserido, com suas condições objetivas e suas possibilidades para que os sujeitos concretos possam produzi-la. Desta maneira, a música se constitui como uma prática humana historicamente situada” (Maheirie, 2001, p. 45).

⁵ Sabe-se que se tentou aproximar de uma realidade. Estando ciente de que esta contribuição não esgotou o assunto, que muito ainda há para ser feito, conhecido e pesquisado na grande totalidade desta realidade.

- São histórias onde a música esteve presente também como uma personagem objetivada, nas quais nasciam os significados e sentidos da música para estes jovens. Histórias de relação com a música onde o significado é constituído pelo sentido;
- Significados/sentidos acontecendo em constante movimento dialético junto das histórias;
- Uma dimensão subjetiva que pode estar objetivada na música, onde se encontra o contexto histórico vivido de forma singular, do qual emergem os significados da música;
- Significados locais, de acordo com a utilização pessoal e social da música, conferidos pelo sujeito, a partir de seus sentidos, de sua vivência e principalmente de suas implicações com a música;
- Significados que são mutáveis, pois o sujeito está em constante movimento;
- Na relação com a música pôde-se *ver* e *ouvir* o que sentiam em meio aos acontecimentos concretos, onde os jovens construíram significados e buscavam compreender sua realidade;
- A música foi e é constitutiva dos jovens enquanto sujeitos;
- Fazendo parte das histórias a música contribuiu para integrar os enredos, e os jovens, construindo narrativas para sua história de relação com a música, viram-na também contar sobre eles e suas relações, a partir dos elementos base destas histórias que foram os significados e sentidos emergidos da vivência dos acontecimentos objetivos.

As emoções e os sentimentos, integrantes da atividade humana junto do agir e do pensar, configuram a construção dos significados singulares da música, de acordo com a vivência do sujeito e de sua própria reflexão acerca de si e de suas experiências. A música despertando a afetividade, influencia a forma como o sujeito significa o mundo que o cerca. É de modo “emocionado” que o sujeito constrói os significados da música em sua vivência, a partir de seus sentidos, exteriorizando sua subjetividade, tornando-a “audível” para ele e para os outros. Significados e sentidos que “ressoam” junto das emoções e sentimentos em suas vivências em relação à música. Significados que partem das vivências afetivas do sujeito, que demonstram a utilização viva da música, que mudam, que se desconstruem, que são re-criados. Porque também são constituídos pelos sentidos, ligados ao uso da música de modo idiossincrático.

Referências Bibliográficas

BARCELLOS, L. R. M. Musicoterapia e cultura. **Cadernos de Musicoterapia**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1967/1996.

CAROLL, R. Como a cultura permeia e se manifesta no indivíduo. **Evidences Invisibles**. Paris: Seuil, 1987.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

GREBE DE VICUÑA, M. E. Aspectos culturales de la Musicoterapia: algunas relaciones entre antropología, etnomusicología y musicoterapia. **Revista Musical Chilena**, n. 139-140, p. 92-107, 1977.

HARRÉ, R.; BROCKMEIER, J. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicologia: reflexão e crítica**, 16 (3), p. 525-535, Porto Alegre, 2003.

HELLER, A. **A Teoria de los sentimientos**. México: Distribuciones Fontamara, 1980.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. Entrevista narrativa. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

LURIA, A. O desenvolvimento do significado das palavras na ontogênese. **Pensamento e linguagem: as últimas conferências de Luria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

MAHEIRIE, K. **Sete mares numa ilha: a mediação do trabalho acústico na construção de identidade coletiva**. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Doutorado em Psicologia Social. São Paulo, 2001.

_____. Processo de criação no fazer musical: uma objetivação da subjetividade, a partir dos trabalhos de Sartre e Vygotsky. **Psicologia em Estudo**, v. 8, n. 02, p. 147-153, Maringá, 2003.

MARTIN, P. J. Sounds and society. **Themes in the sociology of music**. Manchester: Manchester University Press, 1995.

MEYER, L. B. **Emotion and meaning in music**. Chicago: The University of Chicago Press, 1956.

MILLECO, RONALDO P. **Ruídos da massificação na construção da identidade sonora cultural**. Monografia de Especialização em Musicoterapia, Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro: 1996.

MISHLER, E. G. Narrativa e identidade: a mão dupla do tempo. **Identidade. Recortes multi e interdisciplinares**. Campinas: Mercado das Letras, 2002.

MORAES, J. G. V. História e música: canção popular e conhecimento histórico. **Revista Brasileira de História**. Vol. 20, n. 39, Unesp, São Paulo, 2000.

REIMER, B. **A philosophy of music education**. New Jersey: Prentice-Hall, 1970.

RUUD, E. (org.). Música como um meio de comunicação. Perspectiva a partir da semiótica e da comunicação. **Música e saúde**. São Paulo: Summus, p. 167-173, 1991.

_____. **Caminhos da Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1990.

_____. **Music Therapy: improvisation, communication, and culture**. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.

SANTOS, M. A. C. Sobre sentidos e significados da música e a musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Ano V, nº. 6, p. 52-60, 2002.

SARTRE, J.-P. **Esboço de uma teoria das emoções**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1938/1965.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. **As artimanhas da exclusão**. Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

STIGE, B. Perspectives on Meaning in Music Therapy. **British Journal of Music Therapy**, Vol. 12, no. 1, 1998.

TOBAR, F.; YALOUR, M. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora, 2001.

TOMATIS, A. A.; VILAIN, J. O ouvido à escuta da música. **Música e saúde**. São Paulo: Summus, 1991.

VYGOTSKY, L. S. **La imaginación y la arte em la infância**. Ensaio psicológico. Madrid: Akal, 1990.

_____. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

_____. **Psicologia da arte**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WITTGENSTEIN, L. **Investigações filosóficas**. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1975.

ZANELLA, A. V. Aprendendo a tecer a renda que o tece: apropriação da atividade e constituição do sujeito na perspectiva histórico-cultural. **Revista de Ciências Humanas**, edição especial temática, p. 145-158, 1999.

REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA PELA MUSICOTERAPIA: PADRONIZAÇÃO DE PROTOCOLO PARA PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA.

*Shirlene Vianna Moreira*²³²

*Vítor Geraldi Haase*²³³

*Marcos Moreira*²³⁴

*Marcos Aurélio Lana-Peixoto*²³⁵

Resumo:

Objetivo: Este projeto tem como objetivo avaliar a eficácia da musicoterapia (MT) na melhoria da qualidade de vida de adultos com esclerose múltipla (EM). A qualidade de vida é comprometida na EM, em parte, devido à incapacidade física ocasionada pela doença. A fadiga e a depressão também são sintomas frequentes e graves, podendo influenciar na qualidade de vida. A MT pode auxiliar, como método terapêutico, a reabilitação de pacientes com EM. A MT usa a música e/ou elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) para facilitar e promover objetivos terapêuticos, desenvolvendo potenciais e/ou restabelecendo funções do indivíduo e conseqüentemente melhorando a qualidade de vida através da prevenção, reabilitação ou tratamento. A abordagem musicoterapêutica proporciona estimulações sensorial, motora, emocional e social que irão atuar durante todo o processo terapêutico.

Metodologia: Investigamos através de pesquisa de busca no MEDLINE / PUBMED artigos indexados relacionando a MT e a EM.

Conclusão: Existem poucos estudos relevantes associando o emprego da MT em pacientes portadores de EM. O Centro de Investigação em Esclerose Múltipla (CIEM Minas) da Universidade Federal de Minas Gerais, através da interação interdisciplinar, abre esta nova linha de pesquisa no tratamento da EM. A partir de um protocolo padronizado avaliaremos o papel da MT como tratamento e sua influência sobre a qualidade de vida dos portadores de EM.

Palavras Chaves: Musicoterapia, Esclerose Múltipla, Qualidade de vida.

²³² Psicóloga (UFJF); Musicoterapeuta; Lato Sensu-Especialização Musicoterapia; Lato Sensu-Especialização Saúde Mental-ESMIG; Stage de Art-Thérapie Musicotherapie-França. shirvianna@uol.com.br

²³³ Médico neurologista. Doutor em Psicologia Médica (Universidade de Munique). Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da UFMG. Pesquisador do CIEM-UFMG. haase@ufmg.br

²³⁴ Médico neurologista. Mestre em Medicina (Santa Casa de São Paulo). Diretor Clínico do CIEM-UFMG. Vice-Presidente do Comitê Brasileiro de Tratamento e Pesquisa da Esclerose Múltipla (BCTRIMS). drmarcosmoreira@uol.com.br

²³⁵ Médico neurologista. Doutor em Medicina (UFMG). Professor Adjunto do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia da UFMG.

Musicoterapia na esclerose múltipla

Objetivo:

Verificar a eficácia da musicoterapia (MT) como método terapêutico na melhoria da qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla (EM).

Referências teóricas:

Na psicologia do curso de vida, o território do desenvolvimento humano foi ampliado ao desenvolvimento adulto e ao envelhecimento. Novos contextos de vida e novos fenômenos evolutivos foram incluídos, visto que, além de comparações quantitativas, cada período etário comporta sua peculiaridade.

O desenvolvimento humano é um processo multidimensional e multidirecional caracterizado por ganhos (aumento), perdas (diminuição) e manutenção (estabilidade) da capacidade adaptativa.(NERI, 1995). Os recursos dos indivíduos não são necessariamente fixos, mas mudam com o tempo. Assim, em todos os domínios do desenvolvimento (crianças, adolescentes, adultos e idosos) é importante distinguir entre perdas e ganhos.

A Esclerose Múltipla (EM) afeta mais de um milhão de pessoas no mundo. A EM é o distúrbio inflamatório crônico desmielinizante mais comum do sistema nervoso central (SNC), caracterizada por episódios repetidos de disfunção neurológica com remissão variável. Estudos epidemiológicos têm permitido saber que a EM é a enfermidade neurológica crônica mais freqüente em adultos jovens. É mais prevalente em mulheres. Tem pico de início dos sintomas entre os 20 e 40 anos (LUBLIN, 1996).

Na EM, um conjunto de antecedentes como o aumento no número de eventos negativos de uma doença crônica, alteram o equilíbrio entre ganhos e perdas. Os pacientes passam por períodos de múltiplas perdas exaurindo recursos internos e externos. Para manter o funcionamento em domínios críticos, ou mesmo para experienciar crescimento em áreas selecionadas, entram em jogo três processos: seleção dos domínios a manter ou melhorar; otimização do funcionamento nesses domínios; e compensação (incluindo substituição) nos domínios mais prejudicados. Com relação à avaliação do curso do desenvolvimento, alguns caminhos foram fechados em função da doença, mas outros

caminhos podem ser abertos. Como resultado, podemos ter uma melhoria ou manutenção da qualidade de vida através da recuperação de disfunções, manutenção do funcionamento e aperfeiçoamento dos domínios selecionados (NERI, 1995).

A qualidade de vida é comprometida na EM, em parte, devido à incapacidade física ocasionada pela doença. A fadiga e a depressão são sintomas freqüentes e graves e podem ter um impacto na qualidade de vida independente da incapacidade física. A musicoterapia, através de uma interação multidisciplinar que consta de médicos neurologistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, especialistas em reabilitação vestibular, neuropsicólogos e disciplinas associadas, pode auxiliar, como método terapêutico, a reabilitação de pacientes com EM.

A MT usa a música e/ou elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) para facilitar e promover objetivos terapêuticos como a comunicação, relação, aprendizagem, expressão e organização. Com isso, busca-se agir em diferentes esferas: física, emocional, mental, social e cognitiva. Desta forma a musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para melhorar sua integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida através da prevenção, reabilitação ou tratamento (BRUSCIA, 2000).

A MT do desenvolvimento tem como objetivo auxiliar pacientes de todas as idades a realizarem uma grande variedade de tarefas que foram retardadas ou impedidas nos vários períodos do curso de vida (BRUSCIA, 2000). Na medida em que o processo de desenvolvimento está intimamente relacionado com a história pessoal, a musicoterapia preocupa-se com o material autobiográfico, com os antecedentes familiares, com as emoções particulares e com o desenvolvimento da personalidade, além de voltar-se para os problemas físicos ou médicos que afetam o desenvolvimento normal (BRUSCIA, 2000). A abordagem musicoterapêutica proporciona estimulação sensorial, motora, emocional e social que irão atuar durante o processo terapêutico. (GASTON, 1968). A música tem meios de alcançar um maior número de pessoas e motivá-las por um longo período. A possibilidade de diversificação das atividades musicais torna possível a satisfação de necessidades individuais.

A musicoterapia oferece um conjunto de métodos, técnicas e atividades especializadas dirigidas às necessidades de reabilitação do paciente. As atividades musicais são adaptadas ao nível de dificuldade do paciente. As técnicas se classificam dentro das categorias de estimulação sensorial, reabilitação da memória, reabilitação da percepção e reabilitação das estratégias de execução (DAVIS, 2000).

Existem poucos estudos relevantes associando o emprego da MT em pacientes portadores de EM. LENGDOBLER E COLS, (1989) em estudo não controlado, avaliaram 225 pacientes com EM que cursavam com distúrbios do humor (ansiedade, depressão, baixa auto-estima) submetidos a MT por quatro a seis semanas. A MT mostrou-se útil como suporte psicológico e estratégia para tratamento individualizado. WIENS E COLS (1999), em estudo piloto com 20 pacientes com EM, utilizaram a MT como método terapêutico para melhorar a força dos músculos respiratórios através da ênfase na respiração diafragmática e coordenação da fala e da respiração. Foram randomizados em dois grupos: um grupo recebeu tratamento com MT e o outro controle recebeu somente sessões de apreciação musical. O grupo experimental mostrou melhora em relação à força dos músculos expiratórios, em contraste ao grupo controle que mostrou deterioração. Em estudo recente, MAGEE E COLS (2002), avaliaram o efeito da MT nos estados de humor em pacientes neurológicos. Os resultados mostraram significativa diferença, a favor de um efeito positivo, nos escores dos questionários antes e após a intervenção com MT.

Procedimentos metodológicos:

O estudo será clínico comparativo utilizando musicoterapia em 15 pacientes adultos com diagnóstico de EM clinicamente definida sob acompanhamento no Centro de Investigação em Esclerose Múltipla (CIEM)- UFMG.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados serão: Inventário Beck para depressão, o questionário de qualidade de vida FAMS, FSS para fadiga, o EDSS e o MSFC para comprometimentos físico e cognitivo. Serão excluídos de nossa seleção pacientes com fadiga e/ou depressão, pois estes sintomas comprometem a qualidade de vida. A indicação de fadiga e depressão será feita através dos escores dos seus respectivos instrumentos. (FSS igual ou maior que 28; Inventário Beck igual ou superior a 18). Após a formação do grupo

e início das sessões de musicoterapia, os instrumentos serão aplicados a cada três meses por um período de um ano. O grupo experimental será submetido a uma sessão semanal de MT com intervalos de 20 a 40 minutos.

O grupo experimental será comparado a outro grupo (controle) que utilizará outra modalidade terapêutica: o seminário psicoeducacional.

Os pacientes com esclerose múltipla apresentam diversos sintomas tais como: transtornos do humor, distúrbios da respiração, disartria, distúrbios de equilíbrio, fadiga, entre outros. Os pacientes serão submetidos a técnicas musicoterápicas e atividades especializadas dirigidas às suas necessidades de reabilitação nas áreas de deficiência cognitiva, de comunicação, física e sócio-emocional (DAVIS, 2000). Serão utilizadas as seguintes técnicas: - Estimulação Sensorial de Padrões (ESP)- Thaut, M.H. , R. A Miller and L.M. Schauer 1998.; Uso terapêutico de tocar instrumentos musicais (TIMT) Elliot, B. 1982 ; Terapia de Entonação Melódica (TEM)- Sparks R, N. Helm, and A Martin. 1974; Relaxamento (ombro, cabeça, tronco), exercícios vocais (fonação e ressonância e controle da voz), velocidade de articulações, canto terapêutico. – Lúcia, C.M. 1987.

Os pacientes serão encaminhados ao tratamento musicoterápico pela equipe multidisciplinar do CIEM. Inicialmente o musicoterapeuta avalia o paciente a partir de um protocolo de avaliação inicial identificando variáveis basais de acordo com HULLEY em 2003, diagnóstico, motivo do encaminhamento, antecedentes sonoros e musicais, cultura musical, elementos extramusicais, ambiente sonoro atual, tratamentos utilizados, escalas neuropsicológicas aplicadas, psicograma musical, conduta musicoterápica, planejamento do tratamento e encaminhamentos, a fim de oferecer subsídios para o início da terapia e levantamento de dados para posterior avaliação.

A sala de MT deverá ter dimensões regulares com poucos estímulos para que apenas os estímulos sonoros mereçam a atenção por parte do paciente. O chão deverá ser, de preferência de madeira para transmitir mais facilmente as vibrações (BARCELLOS, 1999). O local da realização das sessões deverá sempre ser o mesmo. O material a ser utilizado constará de instrumentos de percussão do folclore brasileiro, instrumentos estruturados como piano ou teclado e o violão. Deveremos ter ainda instrumentos que possibilitem a reprodução de CDs e fitas cassetes como gravadores e filmadora.

Conclusão:

Estudos relevantes na literatura sobre a psicologia da música no desenvolvimento humano são escassos. A música desempenha um papel importante na construção da identidade dentro do campo dos meios de comunicação que nos envolve desde o nascimento até a morte. Música pode servir como material bruto para construir valores e orientações de vida, como forma de ancorar relacionamentos, moldar uma situação em um certo tempo e espaço, posicionar dentro da nossa cultura tornando explícita a origem étnica, gênero sexual e classe. A música, desta forma, relaciona-se à construção de identidade contribuindo para a qualidade de vida.

A EM é uma doença que, por um lado seus mecanismos patogênicos de imunomediação sofrem influência psíquica e emocional, e que por outro, os efeitos das lesões no SNC ocasionam disfunção tanto física, quanto cognitiva, afetiva, emocional e social. Este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida em pacientes adultos e a eficácia das intervenções musicoterápicas.

A MT no desenvolvimento humano preocupa-se com as mudanças qualitativas considerando que as pessoas modelam ativamente sua adaptação ao ambiente. A vinculação principal se faz com a psicologia do desenvolvimento, em particular com teoria cognitiva. A arte é um fenômeno cognitivo não sendo apenas uma expressão emocional, e sim uma maneira de compreender a realidade.

Referências bibliográficas:

BARCELLOS, L.R. **Cadernos de Musicoterapia**, 4. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

BRUSCIA, E.B. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro, Enelivros, 2000.

DAVIS W.B., GFELLER K.E., THAUT M.H. **Introducción a la Musicoterapia**. Teoria e Prática. Barcelona, Editorial de Música Boileau,S.A. 2000.

ELLIOT, B. . **Guide to the selection of musical instruments with respect to physical ability and disability**. St Louis, MO Maganamusic- Baton. 1982

GASTON, E.T. (org). **Music in Therapy**. Nova York: The Macmillan Company, 1968.

HULLEY, S.B. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**.Porto Alegre: Artmed, 2003.

LENGDOBLER H, KIESSLING W.R. Gruppenmusiktherapie bei multipler Sklerose: Ein erster Erfahrungsbericht. **Psychoter Med Psychol** 39:369-373, 1989.

LUBLIN F.D, REINGOLD S.C. Defining the clinical course of multiple sclerosis: Results of an international survey. **Neurology** 46:907-911, 1996.

LÚCIA, C.M. . Toward developing a model of music therapy intervention in the rehabilitation of head trauma patients. **Music Therapy Perspectives** 4:34-39. 1987

MAGEE W.L., DAVIDSON J.W. The Effect of Music Therapy on Mood States in Neurological Patients: A Pilot Study.In: **Journal of Music Therapy**. 39 (1): p. 20-9, 2002.

NERI, A.L. (org). **Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida**. Campinas, SP: Papirus, 1995.

RUDIO, F.V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. Petrópolis: Vozes, 1980.

THAUT, M.H. , R. A MILLER AND L.M. SCHAUER . **Multiple synchronization strategies in rhythmic sensorimotor tasks: Phase versus period corrections**. Biological Cybernetics, in press, 1998

SPARKS R, N. HELM, AND A MARTIN. 1974. **Aphasia rehabilitation resulting from melodic intonation therapy**. *Cortex* 10:303-316.

WIENS, M.E., REIMER, M.A. AND GUYN, H.L. (1999) Music therapy as a treatment method for improving respiratory muscle strength in patients with advanced multiple sclerosis: a pilot study. **Rehabil Nurs** 24, 2, 74-80

REFLEXÕES SOBRE A MUSICOTERAPIA COM PACIENTES EM UTI

*Ruiter Silva Moura*²³⁶

*Célia Maria Teixeira da Silva Ferreira.*²³⁷

*Eliamar Ap. Barros Fleury Ferreira.*²³⁸

Resumo

O presente estudo aborda reflexões acerca da possibilidade de se utilizar a Musicoterapia no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva, como forma de tratamento coadjuvante à pacientes dessa unidade. Teve-se como principal objetivo contribuir para a formação do musicoterapeuta, e assim, colaborando para o desenvolvimento da Musicoterapia. Também é proposta neste trabalho a utilização de uma nova terminologia na área da Musicoterapia, denominada “vínculo-sonoro”. Para concretização deste, realizou-se um estudo teórico das áreas de Música e Musicoterapia. É abordado questões históricas referentes à criação da UTI, fatores psicológicos do paciente de UTI e a morte, o Coma – situação iminente em UTI. Realizaram-se vários contatos com musicoterapeutas brasileiros a fim de se fazer um levantamento dos profissionais que atuam em UTI. Foi solicitado a participação desses profissionais através do preenchimento de um questionário enviado por e-mail. A etapa seguinte dessa pesquisa decorreu-se de uma breve análise dos dados (questionário). Os dados coletados demonstram de um modo geral, a prática e as dificuldades do profissional musicoterapeuta que desenvolve atendimento em UTI. Constatou-se através dos dados que as maiores dificuldades encontradas por esses profissionais são: a falta de referencial teórico, aceitação de profissionais das áreas afins e a utilização e adequação do sonoro-musical no ambiente de UTI. Conclui-se que a Musicoterapia tem muito a contribuir com a ciência médica, e assim, com o ser humano, que passa ser o maior beneficiado dessa forma de terapia.

Palavras-chave: 1. Musicoterapia 2. U.T.I. 3. Coma

INTRODUÇÃO

A Musicoterapia atuando especificamente em ambiente de Unidade de Terapia Intensiva é algo bastante novo no Brasil, com escassez de referencial teórico de Musicoterapeutas brasileiros. Considerando tais aspectos, desejou-se realizar o presente

²³⁶ Musicoterapeuta pela Universidade Federal de Goiás - 2003. Atividade profissional: Musicoterapeuta na Sociedade Cidadão 2000. e-mail: ruiterufg@hotmail.com

²³⁷ Psicóloga-Psicodramatista/ Doutora em Psicologia/UNB. Professora da Faculdade de Medicina da UFG1- celiaferreira@cultura.com.br

²³⁸ Mestre em Música/UFG; Especialista em Musicoterapia em Educação Especial e em Saúde Mental/UFG2- Prof^a do Curso de Musicoterapia da EMAC/UFG2. fleury.ferreira@zipmail.com.br

estudo, que teve como objetivo contribuir para a formação do musicoterapeuta, através do conhecimento sobre a atuação da Musicoterapia em contexto de UTI podendo ser fonte de pesquisa para profissionais já formados e futuros profissional.

A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é também conhecida por Centro de Terapia Intensiva (CTI). É um ambiente cheio de tecnologia avançada, situações emergenciais e necessidades de agilidade e habilidade no atendimento ao paciente. Essas unidades geralmente são destinadas ao atendimento de pacientes com quadro clínico grave que, potencialmente, tenham condições de recuperação, Biaggi (2001).

Na U.T.I, A relação terapeuta-paciente passa a ser estabelecida pelo sonoro-musical, sendo um elemento de vínculo. Partindo-se da teoria que o vínculo paciente-terapeuta, ocorre quando há uma interação entre ambos, ousa-se utilizar uma terminologia nova, a qual denomina-se “vínculo-sonoro¹”. Após estudos, pesquisas e supervisões em Musicoterapia, observou-se a não existência de relatos musicoterápicos definindo ou citando essa terminologia. A confirmação do “vínculo-sonoro” é feita com o auxílio de equipamentos tecnológicos específicos do ambiente de UTI (monitores, oxímetros, etc.)

O COMA: SITUAÇÃO IMINENTE EM U.T. I.

Lima (2000), descreve o coma como um estado de torpor no qual as funções de relação são completamente interrompidas sem possibilidade de serem despertadas e derivadas de uma supressão, mais ou menos completa de todo funcionamento dos hemisférios cerebrais.

Cecil, (*apud* Lima, Op. Cit.), define o *coma* como um estado de ausência de reação não despertável, nem mesmo estímulos fortes suscitam respostas psicológicas reconhecíveis.

¹ Vínculo-sonoro – terminologia sugerida pelo autor deste estudo

De acordo com estes pesquisadores, o cérebro humano funciona em diferentes níveis de consciência. No mais alto deles está o *estado de alerta*, ou seja, ele está pronto para responder rapidamente às mais variadas exigências. Entretanto, quando ele deixa de responder, diz-se que chegou ao *estado de coma*, sendo considerado o último estágio antes da morte. Mesmo assim, o indivíduo comatoso pode recuperar-se e sair do coma num prazo que pode variar de dias a anos.

Embora em coma o indivíduo pareça adormecido, o cérebro de quem dorme, ao contrário do comatoso, tem condições de responder rapidamente a estímulos e atingir em instantes um estado de alerta máximo.

O coma não é uma doença, é um sintoma de uma doença ou uma resposta a um acidente, como uma lesão no cérebro, um problema metabólico, um ataque súbito, uma convulsão. Muitos comas não duram mais do que quatro semanas. Algumas pessoas em coma mantêm-se num estado vegetativo em que respiram, digerem e eliminam alimentos e têm pressão sanguínea normal, sem que se dêem conta disso. Esse estado vegetativo pode durar anos ou mesmo décadas. O fim do coma pode variar entre a recuperação total e a morte. Se o paciente vai se recuperar e até que ponto, depende da causa do coma e da extensão dos danos causados ao cérebro.

As causas mais comuns do coma incluem: Lesões graves na cabeça (traumatismos de crânio), convulsões, distúrbios metabólicos, como aumento ou redução da taxa de açúcar no sangue, tumores ou outras lesões que causem aumento da pressão intracraniana, hemorragia cerebral, intoxicação por álcool ou drogas. (Porto, 1992).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Inicialmente foi feito um levantamento bibliográfico a respeito de: Unidade de Terapia Intensiva, Música e Musicoterapia.

O segundo passo do trabalho foi entrar em contato com coordenadores dos cursos de Musicoterapia de algumas faculdades brasileiras, e presidentes de associações

estaduais, a fim de se fazer um levantamento dos trabalhos escritos e também dos profissionais que atuam na referida área.

A etapa seguinte constituiu no estabelecimento de contato com esses profissionais, momento em que foi solicitada a colaboração dos mesmos através do preenchimento de um questionário.

A etapa seguinte deste estudo decorre de uma breve análise dos questionários recebidos, onde se realizou uma pequena discussão relativa a cada questão formulada, seguindo-se das considerações finais.

ANÁLISE DOS DADOS (QUESTIONÁRIO)

N.º 1: Tempo de trabalho em UTI.

A atuação da Musicoterapia em UTI no Brasil é muito recente. O profissional com mais tempo de atuação está na área há 7 anos. Outro dado importante é a forma como esses profissionais estão conquistando esse espaço. Tudo isso leva a crer, que o profissional musicoterapeuta precisa ter um certo dinamismo, pois, é preciso utilizar-se desse para fazer valer o reconhecimento da Musicoterapia.

N.º 2 : Motivo de atuação musicoterápica em UTI.

No geral, as respostas se dividiram entre estar sensível à condição do paciente, seu sofrimento e a aspectos de ordem profissional, e a necessidade de continuar trabalhos já iniciados, de aprofundamento científicos.

Por se sensibilizarem com a situação em que normalmente se encontram os pacientes de UTI, 20% dos profissionais relataram como motivo, o desejo de estarem contribuindo com o paciente, com relação à qualidade de vida, favorecendo conforto, alívio da dor, e nos casos em que a vida se finda, oferecer um aconchego através do musical, para uma transição possivelmente com menor sofrimento.

Um dos musicoterapeutas relata que, por ter estado no papel de paciente de UTI, tenha se sensibilizado, sentindo no próprio corpo os desafios impostos e inerentes a esse contexto, a ponto de querer contribuir para melhores condições de internação desses pacientes, no âmbito da humanização, através do atendimento musicoterápico.

Outro musicoterapeuta elegeu a escassez de trabalhos científicos na área como principal estímulo.

Com relação a essa questão, observou-se uma diversidade nas respostas, o que já era de certa forma esperado, uma vez que se trata de aspectos da subjetividade humana.

N.º 3 e 4 : Dificuldades encontradas para a realização do atendimento em UTI.

A maior dificuldade encontrada para 70% dos profissionais, refere-se à aceitação de profissionais de outras áreas (médico, enfermeiro, etc.). Um dos musicoterapeutas acredita que o uso do sonoro-musical em UTI cause um estranhamento por parte da equipe que atende o paciente. Sendo que a Musicoterapia é para muitos, uma novidade.

Outra dificuldade encontrada centra-se na escassez de referencial teórico da área, dificuldade citada por 30% dos profissionais. Ressalta-se aqui a relevância de se registrar e apresentar em encontros científicos os trabalhos desenvolvidos, uma vez que a escrita e apresentação de artigos levam a troca de conhecimentos técnico-científicos que auxilia no desvelar de áreas ainda pouco exploradas, em especial, no caso da Musicoterapia em UTI. Como exemplo, pode-se citar a importância do registro e divulgação de material que discorra sobre as dificuldades em si adequar a utilização do sonoro-musical ao ambiente de UTI, sendo esta a queixa de 30% dos profissionais pesquisados. Nesse sentido, acredita-se que não seria necessário ao musicoterapeuta um amplo conhecimento do aporte teórico da área específica e sim, apoiar-se no referencial da Musicoterapia, associando às experiências vividas em seu trabalho, apresentando assim, um resultado teórico-prático e contribuindo para as reflexões e construção nesse campo de conhecimento.

Em contrapartida a essa posição, 20% dos profissionais deram o depoimento de não sentirem dificuldades na realização do trabalho em UTI.

N.º 5 : Técnicas Musicoterápicas utilizadas nos atendimentos.

Percebe-se que 100% dos profissionais relataram utilizar a Audição Musical (Experiências Receptivas) no trabalho em UTI. Dois musicoterapeutas relataram utilizar-se

apenas dessa técnica. Acredita-se que pela condição em que se encontram, na maioria das vezes, o paciente de UTI (comatoso), esse método seja um dos mais indicados. O sonoro-musical, através da técnica da Audição Musical, poderá fazer com que o vínculo terapeuta-paciente possa ser estabelecido, onde se chama aqui de “vínculo-sonoro”, podendo ser confirmado através de leituras feitas nos monitores.

O método da Improvisação foi citado por 70% dos musicoterapeutas participantes da pesquisa. Tendo em vista que no ambiente de UTI também se encontrem pacientes em seu estado de consciência preservado. Embora esses pacientes se encontrem sobre um leito hospitalar de UTI, muitos, dependendo do estado físico, poderão interagir com o terapeuta através do cantar, do tocar e do improvisar. O método da Improvisação Musical pode facilitar a expressão de sentimentos vividos por tais pacientes, bem como sentimentos de medo, angústia, esperança e etc.

A Experiência de Re-criação Musical foi citada como tendo sido empregada por 40% dos profissionais.

Percebe-se também que os profissionais musicoterapeutas que possuem formação em outras áreas de conhecimento, lançam mão de intervenções dessas áreas associando-as com os métodos musicoterápicos, como por exemplo, técnicas de relaxamento. No geral, os musicoterapeutas utilizam mais de um método, levando-se em consideração o quadro clínico em que se encontra o paciente a ser atendido.

N.º 6 : Publicação de trabalhos

Os profissionais demonstram estarem preocupados com o reconhecimento da Musicoterapia nesta área de atuação, pelo meio científico como pela sociedade de um modo em geral. Prova disso, é a produção científica na área específica, ainda escassa, mas já existente. Alguns destes trabalhos também foram apresentados em congressos nacionais e internacionais de Musicoterapia. Um dos musicoterapeutas relata ter participado da elaboração do capítulo de um livro editado na Itália.

N.º 7 : Local de trabalho.

Observa-se que 50% dos profissionais participantes da pesquisa estão em instituições particulares, estando os outros 50% em instituições públicas. A maior

concentração desses profissionais está nas regiões sul, sudeste e centro-oeste. Destaca-se aqui, a presença de um profissional da região nordeste, especificamente do estado do Piauí. Embora esta região não conte ainda com nenhum curso de formação em Musicoterapia, os profissionais estão chegando nesses locais mais distantes. Muitos saem de seus estados de origem para cursarem a formação nos centros universitários nas regiões citadas anteriormente, retornando posteriormente para sua cidade de origem e iniciando o trabalho, mesmo que de forma “solitária”.

N.º 8: Como você percebe as relações interpessoais dos cuidadores ?

As opiniões se dividiram entre relações harmoniosas e relações tensas. Para 40% dos musicoterapeutas participantes da pesquisa, as relações interpessoais são percebidas como relações harmoniosas, onde os profissionais demonstram estarem voltados ao processo de cuidado humanizado, sendo que, para que isso ocorra, a equipe necessita de um relacionamento onde o diálogo, a troca, a não onipotência, entre outros, necessitam estar presentes. Outros 40% percebem as relações bastante tensas. O próprio ambiente de trabalho é citado como uma das causas de tensão.

Nas respostas pode-se deduzir que a falta de oportunidade desses profissionais exporem seus próprios sentimentos possa ser, também uma fonte geradora de mais tensão. Nos 20% restante considera-se que a resposta dada por um musicoterapeuta não esclareceu a questão solicitada, e outro a deixou em branco.

N.º 9: A forma como a equipe inter-relaciona, interfere na recuperação dos pacientes ou na morte mais digna ? De que forma o relacionamento interpessoal da equipe interfere?

Percebe-se uma unanimidade por parte dos musicoterapeutas em afirmarem positivamente que a forma como a equipe inter-relaciona interfere na recuperação do paciente. Baseando-se nas respostas, conclui-se que 70% dos profissionais consideram que a forma mais humana e dialógica como a equipe de atendimento relaciona, tem uma interferência positiva na recuperação do paciente de UTI.

O ponto geral dessa questão retrata que, quando as relações se apresentam mais humanizadas, com interação saudável, de mútuo respeito entre os membros da equipe, o

próprio contexto pode se tornar menos estressante, tanto para o profissional que estará fazendo uso dos colegas como rede de apoio, como para o próprio paciente que terá as vantagens de um tratamento pessoal com menor tensão.

CONCLUSÃO

Os dados coletados demonstram de um modo geral, a prática e as dificuldades do profissional musicoterapeuta que desenvolve atendimento em UTI. Constatou-se através dos dados que as maiores dificuldades encontradas por esses profissionais são: a falta de referencial teórico, aceitação de profissionais das áreas afins e a utilização e adequação do sonoro-musical no ambiente de UTI.

Conclui-se que a Musicoterapia tem muito a contribuir com a ciência médica, e assim, com o ser humano, que passa ser o maior beneficiado dessa forma de terapia.

Referências Bibliográficas

LIMA, E. **Variedades nos modos de escuta musical. Estudo de casos da escuta de pacientes em coma.** Dissertação (mestrado em musicologia). Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro, 2000.

PORTO, C. C. **Exame Clínico.** Goiânia. Editora Guanabara Koogan. 1992.

POSTERES

ADEUS CÂNCER DE MAMA

*Nelso Vieira Barreto*²³⁹

*Ângelo Gustavo Zucca Matthes*²⁴⁰

Resumo

Este pôster será apresentado de maneira sonora com o auxílio de um pequeno aparato sonoro com fones de ouvido conectado ao pôster, que irá conter a letra de uma música chamada “ADEUS CÂNCER DE MAMA”, que foi composta para divulgar a prevenção do câncer de mama. Está música é hoje uma nova arma, alegre e que está ajudando a divulgar a luta contra o câncer de mama. Essa música faz parte do “Projeto Multidisciplinar de Detecção Precoce e Orientação para combate ao Câncer de Mama - usando o Mamamóvel” da Fundação SOBECcan do Hospital do Câncer de Ribeirão Preto/SP que beneficiará aproximadamente, 32 mil mulheres visando diminuir o índice de mortalidade por câncer de mama no município.

Palavras-Chave: Composição; prevenção; câncer de mama.

INTRODUÇÃO

Esta música é de autoria do Musicoterapeuta Nelso Vieira Barreto com a colaboração do Médico Mastologista Ângelo Gustavo Zucca Matthes e foi composta com a finalidade de divulgar o combate ao câncer de mama. A música é uma maneira alegre e eficaz de informar e fixar a informação sobre os riscos da doença e seu tratamento.

²³⁹ Musicoterapeuta formado pela Unaerp em junho de 2004; Musicoterapeuta do “Projeto Multidisciplinar de Detecção Precoce e Orientação para combate ao Câncer de Mama” e do “Grupo de Dor Oncológica” da Fundação SOBECcan do Hospital do Câncer, de Ribeirão Preto - SP.; Autor da composição “Adeus Câncer de Mama”, para divulgação do projeto da Fundação SOBECcan do Hospital do Câncer de Ribeirão Preto – SP. e-mail: neba@terra.com.br

²⁴⁰ Médico pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Instituição Federal, Uberaba, MG, 1994-1999; Pós-graduação “*Latu senso*” – Dois anos de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia e fez terceiro ano opcional pelo Setor de Mastologia e Ginecologia Oncológica todos no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - SP.e-mail: anguz@mulheresaude.med.br

Esta canção faz parte do Projeto Multidisciplinar de Detecção Precoce e Orientação para Combate ao Câncer de Mama - usando o Mamamóvel, da Fundação Sobeccan - Hospital do Câncer de Ribeirão Preto/SP.

CONTEÚDO

O conteúdo da música expressa exatamente o que o público alvo precisa saber. A primeira estrofe relata o que é o câncer de mama, a segunda estrofe que o câncer de mama tem cura e a terceira dá adeus ao câncer de mama, o refrão relata da prevenção e dos riscos.

A estrutura rítmica e melódica possibilita ao ouvinte uma melhor fixação da mensagem, levando-se em conta o aspecto prazeroso de ouvir música e elementos da cultura popular.

Resultados

A música enquadrou-se perfeitamente aos planos da Fundação, propiciando uma nova arma, alegre, na luta contra o câncer. As visitas do mamamóvel aos bairros da zona norte da cidade foi enriquecida com a música, que fica tocando enquanto as mulheres aguardam para fazer o exame clínico.

A MÚSICA

Adeus Câncer de Mama

Int: E E7 A B7 E C#m F#m B7 E

		B7	
	É melhor se prevenir		
		E	
R	Do que remediar		
E		A	
F	A doença ta aí		
		B7	E
	E eu não posso me arriscar		
			B7
	O câncer de mama é o mais temido entre as mulheres do Brasil		
			E
	Vamos todos juntos, acabar com esse mal e mudar esse perfil		
		E7	A
	Para quem não sabe e quer aprender essa grande lição		
		E	B7 E

Ele pode aumentar ou até se espalhar para outra região

REFRÃO

Após a menstruação se encontrar um caroço ou qualquer alteração B7
 É melhor ficar de olho e logo procurar uma orientação E
 Exame médico e mamografia são uma conduta anual E7 A
 Câncer de mama tem cura, faça a sua parte pra você ficar legal E B7 E B7 E

REFRÃO

Adeus câncer de mama B7
 Adeus coisa ruim E
 Eu quero ver você longe de mim B7 E E7
 Meu corpo é um amigo A B7
 Você não vai me atacar E
 Te dou um beijo pela vida, pois eu preciso me amar B7 E B7 E

RESULTADOS

A música enquadrou-se perfeitamente aos planos da Fundação, propiciando uma nova arma, alegre, na luta contra o câncer. As visitas do mamamóvel aos bairros da zona norte da cidade foi enriquecida com a música, que fica tocando enquanto as mulheres aguardam para fazer o exame clínico.

PARTITURA

ADEUS CANCER DE MAMA

Nelso Vieira Barreto

Musical score for the song "ADEUS CANCER DE MAMA" by Nelso Vieira Barreto. The score is written for three instruments: SANFONA (Saxophone), ZABUMBA (Zabumba), and TRIANGULO (Triangle). The key signature is three sharps (F#, C#, G#) and the time signature is 4/4.

The score is divided into four systems, each with four measures. The instruments are labeled on the left of each system.

System 1: SANFONA (E, E7, A, B7), ZABUMBA, TRIANGULO.

System 2: SANFONA (E, C#m, Fm, B7), ZABUMBA, TRIANGULO.

System 3: SANFONA (E, E7, A, B7), ZABUMBA, TRIANGULO.

System 4: SANFONA (E, C#m, Fm, B7), ZABUMBA, TRIANGULO.

E B7 E B7

É me-lhor se pre-ve-nir do que re-me-di-

E A B7

ar a do-en-ça tá a-í e eu - não pos-so me ar-ris-

E B7 E B7

ca-er É me-lhor se pre-ve-nir do que re-me-di-

E A B7

ar a do-en-ça tá a-í e eu não pos-so me ar-ris-

E B7 E 1.

car U cân-cer de ma - ma é o mais te - mi-do en-tre as mu-lhe-res do Bra-

E E⁷

çã - so E - xa - me mé - di - co e ma - mo - gra - fi - a são u - ma con - du - ta a - rui -

A E B⁷

al cân - cer de ma - ma tem cu - ra fá - ça su - a par - te pra vo - cé fi - car le -

E B⁷ 3. E B⁷

ga - al A - deus cân - cer de ma - ma A - deus coi - sa ru -

E B⁷ E

im Eu que - ro ver vo - cé lon - ge de mi

E⁷ A B⁷

- im Meu cor - po é um a - mi - go vo - cé não vai me a - ta -

E E⁷ A B⁷

car

E C[♯]m Fm B⁷

E E⁷ A B⁷

E C[♯]m Fm B⁷

E B⁷

COMPONDO A VIDA

*Nelso Vieira Barreto²⁴¹.
 Ângelo Gustavo Zucca Matthes²⁴²
 Renato Tocantins Sampaio.²⁴³
 Ana Cristina Parente Sampaio.²⁴⁴*

Resumo

Esta pesquisa apresenta um estudo sobre as intervenções musicoterápicas realizadas no Hospital do Câncer – Fundação SOBECCan na cidade de Ribeirão Preto / SP, o qual oferece, sem fins lucrativos, tratamento e suporte a pacientes oncológicos. Os atendimentos foram realizados durante os meses de abril a junho de 2004 abordando a prática aumentativa de musico-terapia de apoio e utilizando a composição musical em musicoterapia como método predominante, visando a promoção do equilíbrio emocional e a reintegração psicossocial do paciente portador de câncer, evitando problemas decorrentes da estressante rotina hospitalar, levando momentos de prazer e conforto e, possibilitando outro canal de comunicação, fortalecendo assim o estado psicológico do paciente internado. O objetivo primário desta pesquisa foi descrever a utilização da composição terapêutica utilizando aspectos de sua história de vida, como um meio de aumentar a auto-estima do paciente portador de câncer, podendo assim diminuir os efeitos colaterais da quimioterapia e acelerar o seu processo de evolução. A composição musical feita com a história de vida do paciente o ajuda a entrar em contato mais facilmente com seus problemas. Sendo assim, é uma maneira de poder encarar e expressar seus anseios de uma maneira menos dolorosa, aumentando assim a sua auto-estima.

Palavras-Chave: Composição; auto-estima; qualidade de vida.

²⁴¹ Musicoterapeuta formado pela Unaerp em junho de 2004; Musicoterapeuta do “Projeto Multidisciplinar de Detecção Precoce e Orientação para combate ao Câncer de Mama” e do “Grupo de Dor Oncológica” da Fundação SOBECCan do Hospital do Câncer, de Ribeirão Preto - SP.; Autor da composição “Adeus Câncer de Mama”, para divulgação do projeto da Fundação SOBECCan do Hospital do Câncer de Ribeirão Preto – SP.e-mail: neba@terra.com.br

²⁴² Médico pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Instituição Federal, Uberaba, MG, 1994-1999; Pós-graduação “*Latu senso*” – Dois anos de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia e fez terceiro ano opcional pelo Setor de Mastologia e Ginecologia Oncológica todos no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - SP.e-mail: anguz@mulheresaude.med.br

²⁴³ Musicoterapeuta, Educador Musical, Especialista em Psicopedagogia, Mestre em Comunicação e Semiótica, Presidente da APEMESP – Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia do estado de São Paulo (gestão 2002/2004), Prof. do Curso de Graduação em Musicoterapia da Unaerp; ex-coordenador do Curso de Graduação em Musicoterapia da Faculdade Paulista de Artes; Prof. convidado do Curso de Especialização em Musicoterapia da Unisul (Florianópolis/SC).e-mail: renato@musicoterapia.sampa.nom.br

²⁴⁴ Musicoterapeuta, Pós-Graduada em Psicopedagogia, Professora do Curso de Graduação em Musicoterapia da Unaerp.e-mail: anacris@musicoterapia.sampa.nom.br

A utilização da composição musical em musicoterapia na promoção da melhoria da qualidade de vida de pacientes oncológicos

INTRODUÇÃO

O objetivo primário desta pesquisa foi descrever a utilização da composição musical em musicoterapia utilizando aspectos da história de vida do paciente, como um meio de aumentar a auto-estima do portador de câncer, podendo assim diminuir os efeitos colaterais da quimioterapia e acelerar o seu processo de evolução.

Além de esclarecer questões a respeito da composição feita pelo terapeuta no setting terapêutico, este trabalho também vai contribuir para que outras pessoas se interessem pelo tema, com isso aumentando as referências, que são muito escassas.

A composição musical feita com a história de vida do paciente o ajuda a entrar em contato mais facilmente com seus problemas. Sendo assim, é uma maneira de poder encarar e expressar seus anseios de uma maneira menos dolorosa, aumentando assim a sua auto-estima.

Integram este relato de pesquisa uma descrição de como foi a dinâmica das sessões; materiais e a metodologia utilizada que proporcionou ao pesquisador um maior número de dados referentes à história sonoro-musical e de vida do paciente; relato de caso; análise dos resultados obtidos contendo depoimentos de pacientes, familiares e profissionais que atuam no hospital e sugestões para serem estudadas com mais profundidade em próximos trabalhos.

MATERIAS E MÉTODOS

Este foi um projeto piloto, onde 06 pacientes foram submetidos às intervenções musicoterápicas. A fim de atingir os objetivos propostos pelo presente trabalho, optou-se por realizar um estudo de caráter quantitativo, levando em conta a probabilidade das relações de causa-efeito existentes entre as variáveis. Os dados para análise da pesquisa foram colhidos através de depoimentos do paciente, de seus familiares e de profissionais que os atenderam

Para coleta de dados, foi utilizado como instrumento de pesquisa, uma ficha com uma investigação sonoro-musical, dividida em quatro partes, onde pude observar aspectos relevantes de cada paciente.

- PARTE I: consistia no histórico musical do paciente, onde pude observar as suas afinidades musicais;
- PARTE II: consistia no questionário de canções projetivas de Kenneth Bruscia, onde pude avaliar as canções que acompanham o paciente desde a sua infância até os dias de hoje;
- PARTE III: consistia na audição de oito estilos musicais diferentes (1 minuto cada) em fita cassete, a qual pude perceber quais estilos eram de preferência de cada paciente;
- PARTE IV: consistia na investigação da história de vida do paciente, cujo objetivo principal foi promover a exploração de temas terapêuticos para posteriormente inseri-las na composição.

As formulações desta ficha tiveram o propósito de oferecer ao pesquisador um maior número de dados referentes à história sonoro-musical do paciente, possibilitando a ele a chance de expressar-se musicalmente da melhor maneira possível.

Quanto aos instrumentos musicais utilizados, inicialmente a idéia era de utilizar instrumentos de preferência de cada paciente, e que a participação do paciente também seria importante tocando algum instrumento, mas devido à impossibilidade dos pacientes utilizarem os instrumentos devido aos medicamentos serem aplicados por meio intravenoso juntamente com o soro, então o único instrumento musical utilizado foi o violão, devido a sua praticidade e a sua diversidade musical, pois foi, e é, um instrumento em que se pode ter um contato mais direto com o paciente, tanto musicalmente como visualmente.

O termo de consentimento foi elaborado com o intuito de obter a manifestação livre do paciente informando-o dos objetivos propostos e assegurando sua confidencialidade e o direito a se retirar do estudo, a qualquer momento, sem que isto representasse qualquer tipo de prejuízo para o seu atendimento dentro da instituição onde o projeto foi realizado.

Foi utilizado também um aparelho de som portátil, para a audição da fita cassete.

SOBRE A COLETA DE DADOS

A intervenções musicoterápicas foram realizadas na Fundação SOBECCan - Hospital do Câncer. As sessões foram feitas no momento em que o paciente recebia o tratamento de quimioterapia.

Cada tipo de câncer tem uma medicação específica, sendo diferentes os intervalos de cada ciclo de quimioterapia, por consequência, de casa sessão (semanais, 21 dias, 28 dias).

Sobre a população

A população foi constituída de 06 pacientes que realizaram o tratamento completo de quimioterapia na Fundação SOBECCan - Hospital do Câncer. O critério de inclusão foi determinado pela disponibilidade de pacientes preferencialmente em começo de tratamento. Os demais critérios como raça, idade, nível social, grau de instrução, não foram fatores que sugeriram exclusão.

RELATO DE CASO

NOME: T.P.

IDADE: 63 anos

SEXO: masculino

TIPO DE CÂNCER: carcinoma de pequenas células com metástase em fígado

COR: branca

NATURALIDADE: italiana

PROFISSÃO: metalúrgico

RELIGIÃO: católica

ESTADO CIVIL: casado

As intervenções musicoterápicas foram feitas nos 2º e 3º ciclos de quimioterapia, os quais são feitos em 3 dias seguidos, sendo que cada dia o tempo de duração é diferente.

Este paciente já tinha sido atendido em musicoterapia em um dos dias de tratamento do 1º ciclo, mostrando-se muito culto musicalmente e participando bastante da sessão, a qual foi sem o intuito da pesquisa. Nesta sessão, estava sendo acompanhado por seu filho, que gosta muito de cantar e tocar, então o paciente deu a idéia de colocá-lo para tocar e cantar junto.

No 1º dia do 2º ciclo, eu propus ao paciente a participação na pesquisa, explicando detalhadamente os procedimentos. Ele concordou na hora e se mostrou muito disposto em participar, relatou que cantava em um coral de sua cidade, mas que no momento estava afastado por não poder cantar devido aos seus problemas de saúde e pela voz que está sempre rouca, mas que tudo que tivesse relação à música, gostaria de participar, dentro das suas possibilidades. A coleta de dados foi realizada alternando as partes, ora com canções escolhidas pelo paciente ora selecionadas por mim e pelo seu filho. T. se mostrou sempre muito disposto para a coleta de dados.

Na parte I do questionário relatou ter preferência por músicas sertanejas e italianas, no decorrer da sessão as músicas mais pedidas pelo paciente eram sertanejas, algumas tocadas pelo seu filho, que também o acompanhou neste 1º dia do 2º ciclo, percebi que as músicas sertanejas que mais apreciava eram as antigas, cantadas sempre por duplas (Chalana, Chico Mineiro, Galopeira, Saudade da minha terra, entre outras).

Percebi também, na Parte II do questionário, que trata das canções projetivas, da importância das músicas italianas em sua vida, pois das nove questões respondidas, oito eram italianas, dado este muito importante para o processo de composição de sua música.

No dia seguinte continuamos com a coleta de dados, nesta sessão seu filho não estava presente e percebi que com a sua presença no dia anterior, o paciente se sentiu mais tranquilo. Continuei com as canções, neste dia cantei algumas que não eram de seu conhecimento (Tocando em frente, É preciso saber viver, A montanha, Eu quero Apenas, Emoções, entre outras) o paciente gostou muito, relatando que as mensagens eram fortes e bonitas e que o deixavam bem. Referente a parte III do questionário relatou gostar de todos os estilos, somente da música 8 da fita de testificação relatou não gostar, e que não gostava de músicas na língua inglesa, mas que gosta muito das melodias de algumas músicas americanas.

Nestes dois primeiros dias, conversamos sobre vários assuntos, principalmente sobre música, relatou novamente que sempre cantou em coral, atividade que gosta muito e demonstrou ter um bom conhecimento musical. Nestas conversas, além da grande ênfase ao estilo musical italiano, sempre resgatava um pouco de sua trajetória quando veio para o Brasil com seu pai, me dando um certo espaço para questioná-lo sobre este fato. Percebi o quanto isto era importante e perguntei se ele poderia me contar como tinha sido a viagem. T. relatou desde o dia da saída até a sua chegada, como meu interesse foi grande, continuou relatando até os dias de hoje.

O 3º ciclo do paciente, o qual seria feita a continuação da coleta de dados, foi adiado por duas vezes pelo motivo de seus exames não estarem em bom estado, sendo o intervalo entre o 2º e o 3º ciclo de 40 dias, por consequência da próxima sessão de musicoterapia.

Achei que este intervalo poderia prejudicar o andamento da investigação sonora, mas isso não ocorreu, as enfermeiras me relataram que sempre que ele comparecia para os exames, T. perguntava por mim e que tinha me mandado um abraço, demonstrando um grande interesse pelas atividades.

Dei segmento à investigação sonora no 2º dia do 3º ciclo, confirmando-se esse interesse, T. se mostrou muito disposto, e relatando minha chegada da seguinte forma: *“Que bom que você veio!”*.

Nesta sessão relembrei o que tínhamos feito nas sessões passadas, e que nesta e na próxima, iríamos compor a sua música. Ele disse que nunca tinha feito uma música, então expliquei como seria e que não seria difícil, que estava ali para fazermos juntos.

Antes de começarmos a Parte IV do questionário, cantamos algumas canções, T. pediu para tocar algumas das sessões passadas, as sertanejas, incluí mais algumas, as quais também gostou, dentre elas estavam Romaria e Nossa Senhora, a qual esta última se emocionou e ficou com os olhos cheios d’água, relatou que essa música era maravilhosa e que a maneira que eu estava tocando era bonita também, que o sonho dele era tocar um dedilhado bonito no violão.

Também levei algumas músicas italianas, Funiculi Funicula e Solitudine, demonstrou um pouco de surpresa por ter levado essas músicas, relatou ter gostado e quando eu disse que poderia sugerir alguma outra canção em italiano, ficou um pouco desconfiado, acho que pelo motivo de não esperar que eu pudesse inserir essas músicas nas sessões.

Então T. começou a cantar Sole Mio, e enquanto cantava, eu “tirei” e comecei a tocar no violão, cantamos juntos por 3 vezes, nesta última T. fez segunda voz.

Após estas canções, perguntei a T. se ele estava pronto para começarmos a compor a sua música, disse que estava. Então comecei a explicar como seria, que seria interessante escolher primeiramente o tema, o qual expressaria na música as suas necessidades ou seus desejos. Disse a ele que tinha percebido a sua preferência por músicas sertanejas e italianas e que tinha pensado em compormos uma música para ser cantada em duas vozes, para que pudesse cantar com seu filho, caso desejasse, e que também poderíamos depois fazer a versão para o italiano, T. achou interessante a idéia da versão, mas não demonstrou o interesse pela música em duas vozes.

Deu segmento relatando que gostaria que a música falasse em fé, pois era o que estava precisando.

Disse a ele para ir me relatando o que gostaria que constasse no conteúdo da letra, eu iria escrever e depois transformaria em uma linguagem mais poética e musical.

As frases ou tópicos para a composição da música foram relatados da seguinte maneira:

- “Não tenho fé, não sei o que vai acontecer”;
- “Me sinto muito inseguro”;
- “Como se eu estivesse em um barco, com um pé dentro e outra fora”;
- “Deus está sempre presente, mas nessas horas balança”;
- “Todos rezam pra mim, mas mesmo assim fico balançado”;
- “A cirurgia foi ótima, até o médico ficou surpreso”;

- “Essa pode ser a última sessão de quimioterapia”;
- “Cantando a gente esquece dos problemas e das tristezas”;
- “A convivência com os amigos é muito boa, fico trocando idéias”;
- “Não posso ficar sem fazer nada, vem coisa ruim”;
- “Graças a Deus eu sou católico”;
- “A família sempre esteve presente na Igreja, Deus sempre retribuiu”;
- “Agradeço a Deus pela família, pelos amigos e pelo trabalho”;
- “Agradeço a Deus também pelos médicos e pelas enfermeiras”.

Enquanto T. relatava, emocionou-se muito, por vezes até chorando, disse a ele que se estivesse sendo muito difícil para ele, que poderia parar e que poderíamos continuar depois. T. não respondeu e continuou os relatos, no final me pediu desculpas e disse que é muito emotivo, que chora até vendo novela, que isto era normal, principalmente quando falava de pessoas, que sempre que tem que falar ou homenagear alguém, que acaba chorando.

Após o relato, perguntei a ele sobre a tonalidade, disse que gostaria que a música fosse composta em E maior e, antes mesmo de eu perguntar o estilo, disse que gostaria que eu tocasse de maneira dedilhada, como toquei em algumas músicas nas sessões.

Disse a ele que iria trazer no outro dia a música para a sua aprovação e que ele faria as modificações necessárias, que poderia mudar o que quisesse, e que faríamos a versão para o italiano. T. relatou que apesar de ser italiano que fazia muito tempo que não escrevia, que tem mais facilidade para falar e entender.

De acordo com dados colhidos, transformei os relatos de T. em música, tomando a liberdade de fazer algumas modificações, que me são cabíveis como musicoterapeuta.

Como a música foi feita sem a presença do paciente, a percepção que tive durante as sessões foi muito importante. Como a necessidade maior de T. era ter fé, por ter se emocionado bastante ao ouvir Nossa Senhora, por seus relatos darem grande ênfase a agradecimentos, pela sua devoção à religião católica e pela importância que deu as músicas italianas, percebi que sua música deveria ser feita seguindo um estilo italiano de acordo

com as músicas que trouxe, utilizando saltos melódicos e uma harmonia com uma cadência decrescente e lenta como se fosse uma oração e dedilhada da maneira como pediu, a letra na língua portuguesa e também em italiano, e assim foi feita.

No 3º e último dia, primeiramente mostrei a letra em português, lemos juntos, eu em voz alta, quando terminamos de ler, perguntei se tinha gostado, relatou que sim, também perguntei o que gostaria de mudar, respondeu que nada, que estava ótimo, que tinha tudo o que ele queria. Disse a ele para virar a folha, onde tinha a letra em italiano, quando viu ficou muito surpreso, gostou muito, também li em voz alta e pedi a ele para ver se tinha algum erro. T. modificou um termo e também me ensinou à pronúncia de algumas palavras.

Mostrei como tinha ficado a melodia, cantei a música inteira, primeiramente em português a pedido de T., quando terminei, olhei para o paciente para saber o que tinha achado, e ele se encontrava chorando, com a letra na mão e me olhando. Depois de cantarmos em português, cantamos também em italiano, T. pegou muito rápido a melodia, cantava baixo pelo motivo de sua rouquidão, mas cantamos bastante, por umas três vezes, cada versão, também gravamos em fita cassete. Em certo momento a enfermeira entrou na sala para verificar o andamento da medicação e T. contou a ela sobre a música, que tinha ficado muito boa, sugeri então que cantássemos a sua música para ela, T. concordou na hora. A enfermeira sorriu e comentou: *“Ficou muito bonita mesmo!”*.

T. se mostrou muito satisfeito com a música, pediu uma cópia com a cifra, fiquei de gravar a música em português e em italiano, ambas em fita cassete para posteriormente entregar a ele juntamente com a letra cifrada. Relatou que não conseguiria tocar de maneira dedilhada como gosta, mas que mesmo assim iria tocar no *“batidão”*.

Como relatou muito sobre o dedilhado durante as sessões, perguntei no final o que sentia quando escutava o dedilhado, disse da seguinte maneira: *“Parabéns pelo dedilhado, tranqüiliza a pessoa, passa uma sensação de bem estar”*.

Comento na análise e discussão dos resultados, a importância desprendida pelo paciente da forma dedilhada tocada no violão.

COMPOSIÇÃO

Agradeço a Deus pelo dom da vida

Deus sempre está, presente em minha vida
 Preciso de fé, não quero mais insegurança
 No barco do meu mar, navegar eu preciso
 E com os pés bem firmes, vou conseguir vencer

Agradeço a Deus, pela família
 Os amigos e por ser trabalhador
 E pelos sonhos que ainda vou realizar

E sigo cantando, pra esquecer os problemas
 Todos rezam por mim, e esse apoio é fundamental
 Deus vai retribuir, por tudo que fizemos
 Te estendo a mão, e olhai por mim

Ringrazio a Dio pela mia vita

Dio è sempre presente nella mia vita
 Ho bisogno di fede, non voglio più sentirmi perso
 Nella nave nel mio mare, ho bisogno di navigare
 E con i piedi per terra, riuscirò a vincere

Ringrazio a Dio per la mia famiglia
 Per i miei amici e per potere lavorare
 Come per i sogni che ancora devo realizzare

E continuo a cantare, per dimenticare i miei problemi
 Tutti pregono per me, e questo appoggio è fondamentale
 Dio retribuirà per tutto che abbiamo fatto
 Ti do la mia mano, e ti chiedo protezione

ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A questão da pesquisa foi:

“De que forma a composição musical em musicoterapia, utilizando aspectos musicais e de vida do paciente podem auxiliar na reabilitação e na melhora da qualidade de vida do paciente portador de câncer?”.

A análise foi feita a partir do relato dos pacientes, de seus familiares e dos profissionais que os atenderam, que descreveram o processo da técnica utilizada e os seus benefícios para o seu quadro clínico. Também foi feita a avaliação do teste de toxicidade para obter uma maior veracidade nos resultados.

Dentre os depoimentos dos pacientes e familiares, destaco:

- *“Hoje não quero assistir televisão, pois o musicoterapeuta vai vir tocar pra mim”;*
- *“A musicoterapia me ajudou muito”;*
- *“Hoje o tempo passou rapidinho, nem percebi o tempo passar”;*
- *“Olha! Não achei que a música ia ficar tão bonita”;*
- *“Cantando se reza duas vezes”;*
- *“Ô minino, que saudade eu tava d’ocê. Vamu canta hoje?”;*
- *“Coisa boa essa música, a gente até esquece que ta doente”;*
- *“Essas músicas até nos ensinam a levar a vida melhor”;*
- *“Não conhecia, achei muito legal, foi uma surpresa”;*
- *“Uma coisa que faz bem, faz bem pra mente”;*
- *“A gente passa horas alegres, não pensa na dor”;*
- *“É difícil encontrar pessoas (profissionais) que se dedicam e que tenham carisma”;*
- *“É gratificante para quem faz e para quem recebe também né!”;*
- *“A gente vem pra um lugar ... ai meu Deus!! É só médico e enfermeiro. Aí vem vocês com a música”*

Dentre os depoimentos dos profissionais, destaco:

- *“A musicoterapia foi de grande importância para o Hospital, pois foi responsável por transformar a forma de ver dos pacientes em relação ao tratamento oncológico. Puderam deparar-se com notas musicais e distraíram-se, permitindo uma aceitação melhor do tratamento, facilitando nosso trabalho. Além disso, foi através da musicoterapia que desenvolveu-se uma música com tema no câncer de mama e que enquadrou-se perfeitamente aos planos da Fundação, propiciando uma nova arma, alegre, na luta contra o câncer. Só temos a agradecer!”*
- *“Num primeiro momento o paciente é resistente e não entendem bem ao certo de que forma o uso da música pode ajudá-los. Contudo, após uma certa imposição na primeira consulta, os pacientes passam a absorver a musicoterapia e, então, permitem que*

os sons os atinjam favorecendo o seu tratamento como um todo e fazendo-os parte integral dele.

Discussão dos Resultados

Tomados no seu conjunto, os resultados apresentados aqui, indicam que a técnica utilizada foi de grande benefício para promover o equilíbrio emocional e a reintegração psicossocial do paciente portador de câncer, evitando problemas decorrentes da estressante rotina hospitalar, levando momentos de prazer e conforto e possibilitando outro canal de comunicação, fortalecendo assim seu estado psicológico.

Apesar de optar-se por um estudo de caráter quantitativo, a pesquisa mostrou-se mais qualitativa devido à quantidade de variáveis, tornando de difícil controle os dados em questão.

Os mecanismos de defesa, ocorrido em um dos casos, podem ter sido utilizados para não entrar em contato com um conteúdo mais doloroso, pois a paciente passou por uma perda (retirada de parte do intestino). Segundo LeShan (1992), os fatores emocionais ligados a grandes perdas e à desesperança surge da impossibilidade da pessoa em se relacionar e se expressar e da capacidade de encontrar um substituto significativo para esta perda. Cada paciente, porém, tem a sua maneira de utilizar esses mecanismos, dependendo do modo como se relacionam com seus sofrimentos.

Neste processo, a intervenção foi feita predominantemente de modo não verbal. A elaboração dos sentimentos de cada paciente foi realizada através de canções, em que o ato de cantar ou acompanhar uma melodia favoreceu o acolhimento emocional necessário para a expressão e a elaboração do conteúdo emocional, que posteriormente, foi expresso, com sucesso na composição musical, quebrando ou contornando, os mecanismos de defesa existentes. As conversas informais também foram um ótimo meio de aumentar a confiança e envolver o paciente dentro do processo musicoterápico.

A forma dedilhada de tocar o violão, foi uma técnica de execução musical bem aceita pela maioria dos pacientes, provavelmente por ser um artifício musical em que existe uma maior energia, onde as linhas musicais produzem uma textura menos densa, cujas notas musicais são tocadas isoladas e não combinadas, proporcionando ao ouvinte uma

maior clareza musical. Esta clareza musical pode ser associada a uma clareza na compreensão em relação ao tratamento oncológico.

No dedilhado, a energia musical vai sendo conduzida, enquanto nas “batidas” ela segue por impulsos, o que também pode facilitar a expressão do paciente de uma forma mais fluente e confortável.

Este trabalho gerou um conjunto de hipóteses ou sugestões, as quais podem melhor ser estudadas em próximos trabalhos com pacientes com câncer, tais como a importância do triângulo PACIENTE X MUSICA X MUSICOTERAPEUTA (Brandalise, 2001) para se alcançar o objetivo proposto, na qual a música do paciente vai de encontro à música do musicoterapeuta; se simplesmente a fragilidade do paciente e a modificação no ambiente hospitalar foram suficientes para a melhora ou se a música em si e a relação com o paciente foram os verdadeiros agentes modificadores; e também da importância da música e de seus efeitos no contexto espiritual do paciente, entre outros.

CONCLUSÃO

Levando em consideração os resultados obtidos neste trabalho, pode-se observar que a técnica de composição musical em musicoterapia proporcionou aos pacientes portadores de câncer uma melhora significativa na sua qualidade de vida, enquanto recebiam o tratamento de quimioterapia.

O presente trabalho traz como contribuição, que a utilização da composição musical em musicoterapia para pacientes oncológicos, é um método eficaz para explorar temas terapêuticos e expressá-los de uma maneira menos dolorosa. Porém, como este foi um projeto piloto, faz-se necessário um estudo mais aprofundado, com tempo suficiente e com uma população maior, pois deste modo poder-se-ia obter mais resultados, e verificar a possível ação benéfica em relação à alteração do sistema imunológico e, por consequência, a diminuição dos efeitos colaterais do tratamento de quimioterapia.

Neste trabalho, notou-se uma preferência dos pacientes por temas para às composições relacionados com suas necessidades imediatas. Seria de grande valia para próximos estudos, no entanto, a realização de uma pesquisa mais aprofundada em relação à história de vida emocional do paciente antes da doença, seus projetos de vida e suas

frustrações, o que não foi possível nesta pesquisa, já que este é um fator que influi tanto na resistência para contrair o câncer quanto para a sua evolução depois do surgimento, pois tais dados também poderiam ser utilizados no processo de composição com cada paciente.

Referente a investigação sonoro-musical foi observado e também relatado por pacientes, que a maneira informal de coleta de dados deixou-os à vontade, sem a existência de uma possível pressão, imaginada por alguns pacientes quando lhes foi explicado os procedimentos da pesquisa, facilitando e criando com isto, um ambiente mais seguro.

Observou-se, que o musicoterapeuta deve estar preparado tanto teoricamente como também, musicalmente, psicologicamente e espiritualmente para este tipo de intervenção. Deve saber que os pacientes são pessoas que estão fragilizadas, tanto física como emocionalmente, saber selecionar e ter um grande acervo de canções, além de estar preparado para executar qualquer tipo de estilo musical, dar espaço para possíveis expressões verbais do paciente e de seus familiares, criar um ambiente seguro e, principalmente, perceber as reais necessidades de cada paciente, pois este vínculo é importante, mas é sempre necessário respeitar o seu estado e a disposição do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELOS, Lia Rejane. Da re-criação musical à composição – um caminho para expressão individual de meninos de rua. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano III - Nº 04. Rio de Janeiro: 1998. p. 56-65.

BRANDALISE, André. **Musicoterapia músico-centrada**. São Paulo: Apontamentos 2001.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definido Musicoterapia**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

FERRAZ, Cristiane. Enfrentando o câncer. In **Oncoguia**. Disponível em: <http://www.oncoguia.com.br/enfrent_cancer_musicoterapia.asp> (2003). Último acesso em 22 de junho de 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. “Câncer”. Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=469>. Último acesso em 22 de junho de 2004.

INSTITUTO DE CÂNCER DR. ARNALDO. **Tratamento**. Disponível em <<http://www.icavc.org/materia.php?ref=tratamentos#quimio>>. Último acesso em 22 de junho de 2004.

LESHAN, Lawrence. **O câncer como ponto de mutação**. 2ª edição. São Paulo: Summus, 1992.

MILLECO Fº, L. A., BRANDÃO, Maria R.E., MILLECO, Ronaldo. **É preciso cantar**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

IMPLANTAÇÃO DA MUSICOTERAPIA NO HUGO: CONTRIBUINDO PARA A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA

AUTORA E COORDENADORA GERAL:
Profa.
Dra. Leomara Craveiro de Sá (EMAC/UFG)

EQUIPE:
Profa. Dra. Denise Munari (Consultora - FEN/UFG)
Profa. Dra. Leomara Craveiro de Sá (Supervisora de Campo – RH)
Profa. Ms. Eliamar Ap. Fleury e Ferreira (Supervisora de Campo – UTI'S)

PROFISSIONAIS MUSICOTERAPEUTAS:
Alexandre Ariza Gomes de Castro – RH
Clara Márcia Piazzetta – RH
Gyzele Cristina Xavier S. Souza – UTI
Leomara Craveiro de Sá – RH
Ruiter Silva Moura – UTI e RH
Sheila Alves da Cunha – UTI e RH
Wheide de Mello e Andrade – UTI

APRESENTADORA DO POSTER:
Wheide de Mello e Andrade²⁴⁵

Reumo:

Atendendo à proposta de humanização da rede pública hospitalar, está sendo implantado o Setor de Musicoterapia no Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO em 2003 – através de uma ação integrada (convênio) entre duas instituições públicas: Universidade Federal de Goiás e Secretaria de Estado da Saúde – publicação no Diário Oficial/GO, no.19.365. O projeto "*Implantação da Musicoterapia no HUGO: contribuindo para a Humanização na Saúde Pública*") visa oferecer atendimentos musicoterápicos para usuários, acompanhantes, funcionários e gestores, contribuindo para a humanização na saúde hospitalar. A Musicoterapia é uma terapia auto-expressiva que se utiliza da música e seus

²⁴⁵ Especialista em Musicoterapia pelo o Conservatório Brasileiro de Música e Especialista em Arteterapia pela Faculdade Cândido Mendes – GO. Musicoterapeuta Atuante: Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO na UTI;Secretaria Municipal de Cultura – Trabalhos desenvolvidos: *Musicalização Terapêutica e Coro Terapêutico*;Professora Convidada na EMAC/ UFG : *Vivências de Improvisação e Harmonia* Emails: wheide@ig.com.br e wheide@ibest.com.br

elementos e apresenta-se, atualmente, como uma importante proposta terapêutica na área hospitalar. Nessa proposta, o paciente é aceito em sua integralidade, considerando-se seus aspectos biopsicossocial e espiritual. Em seu momento de fragilidade, ele necessita de cuidados médicos especiais mas, também, de atenção, solidariedade e acolhimento. Ao acompanhante, proporciona-se, através da Musicoterapia, uma forma alternativa de expressão-comunicação, buscando a diminuição dos níveis de ansiedade e tensão, permitindo a re-elaboração das angústias que se apresentam nessas situações adversas. A partir da premissa: “cuidando do cuidador”, em conjunto com o Setor de Recursos Humanos do HUGO, o projeto visa também oferecer atendimentos musicoterápicos a seus funcionários (médicos, terapeutas e técnico-administrativos), objetivando a diminuição do *stress*, uma melhor qualidade nas relações intra e interpessoais e, conseqüentemente, um ambiente de trabalho mais humanizado.

OBJETIVO GERAL

Facilitar o processo de humanização no ambiente nas UTI's do HUGO, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida do paciente interno, bem como dos profissionais que atuam nesse ambiente hospitalar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Abrir canais de comunicação, a fim de estabelecer contato e vínculo com o paciente;
- 2- Estimular, através da audição sonoro-musical, um possível retorno à consciência e/ou uma reação ao estado de coma;
- 3- Mitigar a dor física e/ou psicológica através da música, para que o paciente enfrente com confiança os embates que a internação lhe impõe;
- 4- Revigorar o humor, melhorar o tónus, visando contribuir para a melhora do estado geral do paciente;
- 5- Diminuir o *stress* provocado pela internação;
- 6- Trazer alento e conforto ao paciente e aos profissionais da saúde que ali atendem;
- 7- Dar oportunidade aos profissionais de expressar suas angústias, medos, incertezas, frustrações, visando a diminuição do alto grau de *stress* a que normalmente são submetidos nesse ambiente;

MATERIAL

Instrumental:

-Corpo, voz, objetos sonoros, instrumentos musicais, som portátil, gravador, fones de ouvido, fitas K-7s, filmadora, máquina fotográfica.

METODOLOGIA

Este trabalho tem como fundamentação teórica a abordagem Humanista Existencial, utilizando-se procedimentos e técnicas musicoterápicas específicas, tendo como base o trabalho de equipe multi e interdisciplinar.

CLIENTELA

Implantar o Setor de Musicoterapia no Hospital de Urgências de Goiânia, oferecendo atendimentos musicoterápicos para seus usuários, acompanhantes, funcionários e gestores, visando contribuir para a humanização na saúde hospitalar.

PROCEDIMENTOS

Com pacientes:

- 1 - Entrevista inicial com os parentes ou responsáveis pelo paciente, explicando o que é musicoterapia, suas implicações e aplicações;
- 2 - Preenchimento da Ficha Musicoterápica ;
- 3- Sessões de 30 minutos;
- 4 - Relatórios individuais e diários
- 5- Os atendimentos são realizados por uma dupla de terapeutas - musicoterapeuta e co-terapeuta, objetivando-se a observação no decorrer do atendimento;
- 6 - Serão utilizados as seguintes técnicas musicoterápicas: Audição Musical, Improvisação Musical e Re-criação Musical.

Com funcionários:

- 1 - Diagnóstico do setor em questão, realizado em conjunto com os psicólogos do SESST (Serviço especializado de Saúde e Segurança do trabalhador) e das UTI's;
- 2 - Atividades vivenciais de sensibilização, a serem desenvolvidas com grupos semi-abertos;

- 3 - Testificação Musical grupal realizada continuamente, devido às características do grupo, visando o estabelecimento dos objetivos terapêuticos;
- 4 - Desenvolver sessões musicoterápicas grupais, uma vez por semana, contando com a coordenação de dois musicoterapeutas, um desempenhando a função de terapeuta e o outro de co-terapeuta;
- 5 - Relatórios analíticos diários por sessão;
- 6 - Reunião de avaliação realizadas em conjunto com os psicólogos das UTI'S.

RESULTADOS ESPERADOS

O projeto, em sua fase de implantação, tem possibilitado compreender melhor o ser humano, aprendendo a ouvir o que normalmente não é verbalizado, a enxergar o que não se mostra ao primeiro olhar e a perceber o que o paciente ou o funcionário, de alguma maneira, tem a expressar. Isso, certamente, possibilita uma melhor compreensão da realidade da vida pessoal e profissional, melhorando o seu ser e estar no mundo.

A Musicoterapia apresenta a proposta “cuidar do cuidador” que implica em uma oportunidade de exercitar a sensibilidade, a expressão de emoções, sentimentos e idéias. As ações musicoterápicas constituem-se em um constante aprendizado humano, uma vez que trabalha os aspectos físicos, emocionais e espirituais do ser humano, favorecendo, desta forma, várias transformações tanto para o paciente (um atendimento mais humanizado traz melhorias em seu quadro clínico) quanto para o cuidador, interferindo de forma positiva em sua atuação enquanto agente de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho é de extrema importância pois tem nos levado a compreender melhor o ser humano, aprendendo a ouvir o que normalmente não é verbalizado, a enxergar o que não se mostra ao primeiro olhar, e a perceber melhor o que cada paciente ou funcionário da UTI de alguma maneira possa transmitir. A musicoterapia seria uma outra maneira de cuidar, que implicaria uma oportunidade em exercitar a sensibilidade e a troca, e que constitui-se em um constante aprendizado humano, como um canal de comunicação,

podendo favorecer mudanças no quadro clínico do paciente como também , no comportamento dos funcionários da UTI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Wheide de Mello. **Musicoterapia na Unidade de Terapia Intensiva com pacientes em situação de Coma.** Rio de Janeiro: Monografia (especialização) Conservatório Brasileiro de Musica-Centro Universitário. 2002.

CRAVEIRO DE SÁ, L. (2003) **Implantação da Musicoterapia no Hospital de Urgências de Goiânia:contribuindo para a Humanização na Saúde Pública.** Projeto de Extensão do NEPAM - Escola de Música e Artes Cênicas da UFG.

_____ (2003).Musicoterapia em Recursos Humanos: múltiplas possibilidades. **Anais XI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e IV Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia.** AMTERN: Natal-RN.

_____ (2003) Musicoterapia em Recursos Humanos na Área Hospitalar. **Anais do 1º Congresso Goiano de Musicoterapia – Opinião e Prática – SGMt:Goiânia.**

CUNHA, Sheila A. (2003). **Musicoterapia na Saúde Pública: uma ferramenta para a Humanização do Atendimento.** Monografia de Final de Curso, para obtenção do título de bacharel em Musicoterapia pela UFG, Goiânia.

MARTINS, Maria Ceriza F.N. (2001). **Humanização das Relações Assistenciais: a Formação do Profissional de Saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

REMEN, Rachel. N. (1993). O Paciente como Ser Humano

MÚSICA E INCONSCIENTE NO PROCESSO MUSICOTERÁPICO: AS EXPERIÊNCIAS MUSICAIS COMO ACESSO AO SER SAUDÁVEL E CRIATIVO.

*Elaine Barbosa dos Santos*²⁴⁶

*Orientação: Ms. Jônia Maria Dozza Messagi*²⁴⁷

*Co-orientação: Ms. Patrícia Wazlawick*²⁴⁸

RESUMO

Este é o resumo do Trabalho de Conclusão do Curso em Musicoterapia. A pesquisa tem como tema “Música e Inconsciente no Processo Musicoterápico”. Buscou-se nesse trabalho refletir a respeito da música e suas implicações sobre o ser humano no *setting* musicoterápico, entendendo-a como agente terapêutico e dinamizador das potencialidades humanas presentes no inconsciente, tais como a criatividade, a saúde, a intuição, a intelectualidade subjetiva, a capacidade simbólica e a busca de realização e pleno desenvolvimento no ser humano. Em base ao referencial teórico foi ilustrado e analisado de modo reflexivo um relato de atendimento musicoterápico realizado em estágio curricular supervisionado de 4º ano, na área hospitalar com pacientes no hospital Erasto Gaertner em Curitiba, P.R., no ano de 2004. Como sinfonia que espelha a vida, as experiências musicais vivenciadas no *setting* musicoterápico, num constante movimento implicado entre paciente-música-musicoterapeuta, proporcionaram o acesso da dimensão saudável e criativa, necessária para a recuperação integral do paciente.

Palavras-Chave: Música, Inconsciente, Processo Musicoterápico

Homem, Ciência, Processos Intuitivos e Inconsciente

O homem desde os tempos mais remotos busca compreender e desbravar a dimensão da mente humana designada de inconsciente.

²⁴⁶ Graduanda em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná, Curitiba, PR. elaine_bs2003@yahoo.com

²⁴⁷ Graduada em Licenciatura em Música e Musicoterapia e Especialista em Metodologia do Ensino Superior em Educação Artística pela Faculdade de Artes do Paraná, Mestre em Educação pela PUC – PR.

Atividade profissional: Coordenadora, Professora e Supervisora de Estágio do Curso de Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná. e-mail: joniamarca@hotmail.com

²⁴⁸ Graduada em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná. Atividade Profissional: Instituto ConSer e-mail: patricia.wazla@terra.com.br

Nos tempos da Pré-História e da Antiguidade o pensamento comum era o mítico e, juntamente com ele, as associações simbólicas e fantasiosas, estava de certo modo mais próximo de seu inconsciente.

Com a evolução da história e do pensamento científico, o homem começou um processo de transformação, que o levou a um modo de pensar e de ser mais racionalizado, intelectualizado, quantificado e desvinculado, em parte, dos aspectos inconscientes, místicos e intuitivos. Segundo Capra (1982), o mundo contemporâneo prepara-se para uma virada de conceitos, onde integram-se novamente subjetividade e racionalidade, lógica e intuição para um maior grau de humanização das ciências.

Para Moraes (1995) somente a intuição, saber primordial do inconsciente, pode devolver ao homem sua intencionalidade natural de vida, sua interioridade mais profunda e apontar a verdadeira ciência, que traz a unidade de conhecimento entre consciência e inconsciente.

A compreensão da dimensão da psique denominada inconsciente e sua relação com as vivências musicais na Musicoterapia possibilita entender o paciente humano de maneira mais integral na prática clínica musicoterápica.

Pressupostos teóricos acerca do Inconsciente

Sigmund Freud (1856-1939) foi o primeiro estudioso a sistematizar o estudo do inconsciente entendendo-o como um reservatório de complexos e repressões vividos na primeira infância e que estariam ali “guardados”. Formulou a Teoria da Libido a qual é baseada nos complexos de ordem sexual instaurados na primeira infância¹.

Carl Gustav Jung (1875-1961), que foi contemporâneo a Freud, opôs-se a sua conceituação de Energia Psíquica, dizendo que esta não se limitaria somente à energia sexual, mas seria uma força vital neutra, com instinto para a espiritualização e transcendência. Jung (citado por Grinberg, 1997) encontrou uma visão mais “totalizadora” do inconsciente, considerando os aspectos criativos e auto-suficientes. Constatou conter o inconsciente uma “personalidade originária”, o Si-mesmo, que encaminharia o ser humano

¹ Primeira Infância: compreende a idade de zero a seis anos.

para o desenvolvimento de suas potencialidades, seu potencial criador. Entendeu o inconsciente como “morada” da criatividade humana.

Outra autora, Renate Just Moraes² contribuiu no estudo do inconsciente com sua pesquisa empírica. Moraes (1995) descobriu na sua prática instâncias humanísticas presentes no inconsciente, que mostra o homem de maneira integral:

... o inconsciente, quando diretamente abordado, evidencia sempre o “homem total”. Isto quer dizer que não apenas se verificam aí “aspectos” ligados ao psiquismo, mas o psiquismo “todo” e não apenas a situação de “sistemas ou órgãos”, mas todo o organismo, não apenas “traços” humanísticos mas o ser humano em toda a sua integridade. E tudo isso acontece em profundo inter-relacionamento (no processo terapêutico). Evidencia-se no inconsciente a realidade de que todas estas instâncias podem ser harmonizadas e promover a cura total da pessoa (Moraes, 1995, p. 40).

Segundo Meneghetti (2001) a essência do inconsciente corresponde à centralidade do Ser.

Pode-se entender pelos pressupostos teóricos apresentados, que o inconsciente é a “casa” da criatividade humana, pois nele encontram-se as instâncias saudáveis e humanísticas inerentes a cada ser humano e não somente os condicionamentos que atrasam ou bloqueiam o seu desenvolvimento pleno, dinâmico e criativo. A música como experiência criativa tem acesso a essa dimensão saudável e criativa como pretendeu-se mostrar neste trabalho..

Criatividade, Processos Criativos, Música e Musicalidade

Rollo May (1975) em seu livro “A Coragem de Criar” diz que os artistas exprimem e representam o profundo sentimento de ser humano e são os portadores da capacidade humana de insurgir, isto é, olhar para as visões e imagens interiores. O autor comenta que em contato com a arte e com os seus símbolos, pode-se penetrar em uma área que ultrapassa o pensamento consciente, cujo objetivo vai além da lógica.

² Renate Just Moraes: Psicóloga clínica brasileira, de formação humanística, teórica e prática, nascida no Rio Grande do Sul, residente atualmente em Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais. Estudou empiricamente o inconsciente, segundo a Abordagem Direta do Inconsciente, e encontrou nele, instâncias humanísticas que revelam o homem como um ser naturalmente voltado à transcendência e à realização.

Outra autora, Fayga Ostrower (2001) diz que a intuição está na base dos processos de criação. Ela considera a intuição como um dos mais importantes modos cognitivos do homem. A autora comenta que a percepção é um modo de apreender a realidade de maneira inconsciente.

Para este estudo contribuiu o conceito de Abraham Maslow (citado por Fadiman; Frager, 1986) de Experiências Culminantes³ onde postula que viver de modo criativo é expressão saudável do ser humano.

A música enquanto arte oferece ao ser humano o contato com sua porção saudável e criativa. Para Robert Jourdain (1998), a música oferece ao ser humano prazer e satisfação, uma vez que contém em si expectativas e resoluções. Representa assim, a expressão análoga de toda gama de sentimentos e emoções humanas.

Para Shopenhauer (1980), filósofo do inconsciente, a música como expressão da essência interna do homem. A melodia possui uma conexão significativa e intencional, assim como o ser humano em sua intencionalidade de vida.

Segundo Gregório Queiroz (2003) a relação entre as notas obedecem a “forças dinâmicas” que atuam com intencionalidade no discurso musical. Assim sendo, o fazer musical e a musicalidade possibilitam ao ser humano relacionar-se com os aspectos de sua interioridade enquanto fluidez, originalidade, autenticidade e unicidade.

Música e Inconsciente no Processo Musicoterápico

A música no contexto musicoterápico, por suas propriedades de expressão e interação com a dimensão inconsciente da psique humana pode propiciar ao paciente um retorno à sua autenticidade e propiciar seu desenvolvimento sadio.

A música é vista como “agente terapêutico” (Brandalise, 2001), “ajudador” e propiciadora de vínculo. Permite ao paciente, na interação com suas “forças dinâmicas”, a vivência do “aqui e agora” Segundo Meneghetti (1996) a música faz “...imediatamente

³ “Experiências Culminantes”: ocasiões em que “... estamos mais inteiros, mais integrados e mais conscientes de nós mesmos e do mundo, (...) onde pensamos, agimos e sentimos mais clara e acuradamente; amamos e aceitamos mais os outros, estamos mais livres de conflitos interiores e ansiedade e mais capazes de usar nossas energias de modo construtivo” (Fadiman; Frager, 1986, p.265)

desenvolvimento do (...) ser aqui e agora, imediata exaltação, alegria, felicidade, confirmação do (...) ser aqui e agora” (Meneghetti, 1996, p. 106).

Para Queiroz (2003) a música proporciona ambiente criativo para desenvolvimento das potencialidades do paciente. Segundo o autor, a música, assim como paciente e terapeuta “busca contato” (Queiroz, 2003) e interação.

A música é mediadora (Meneghetti, 1979) na relação paciente-música-terapeuta e relata o estar do paciente dentro da sessão.

Para Brandalise (2001) o encontro na música visa comunicação e transformação , ampliação e atualização.

A música no contexto musicoterápico pode acessar a interioridade de paciente e terapeuta, expressando desejo de comunicação e interação presentes no *setting* musicoterápico:

A comunicação inconsciente é imediata e atual, acontecendo sempre e espontaneamente. As pessoas transmitem umas às outras a sua maneira de ‘ser’ mais profunda, muito mais do que aquilo que racionalmente querem comunicar (Moraes, 1995, p. 39)

Pode-se intuir que a interioridade e os aspectos inconscientes da relação paciente-música-terapeuta, mostram-se comunicativas e expressivas por meio das experiências musicais vivenciadas no *setting* musicoterápico. Para o paciente é possível entrar em contato com seu ser profundo e isto de maneira nova (criativa e em potencial) e mais integral.

Nessa relação o papel do musicoterapeuta é de: proporcionar experiências musicais objetivando promover a saúde (Bruscia, 2000); promover o “Encontro (do paciente) na e com a Música” (Brandalise, 2001) e; saber utilizar sua intuição e musicalidade para ser uma referência de relação sadia para o paciente e proporcionar um reforço da “vitalidade biopsíquica” (Meneghetti, 1996)

Em atendimentos realizados pela autora em estágio curricular de 4º ano do Curso de Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná, Curitiba-PR, foi possível constatar a ação da música como acesso ao ser saudável e criativo, dimensões presentes no inconsciente, no contexto musicoterápico.

Relato de Atendimento - Rodrigo⁴

Rodrigo é um jovem atleta, que quando do primeiro atendimento havia recém descoberto o diagnóstico de leucemia⁵. Foi encaminhado para o atendimento de musicoterapia pela psicóloga do hospital, que também o atende, pelo fato do mesmo precisar de apoio nessa fase inicial de tratamento.

Desde o início ficou evidente suas preferências musicais pelo grupo “Legião Urbana”. Nas experiências recreativas percebia-se sua vivência e interação com as “forças dinâmicas” (Queiroz, 2003) da música e suas estruturas melódicas, harmônicas e rítmicas, especialmente em seu cantar. Rodrigo durante a maioria das canções cantava sorridente e de maneira forte e entusiasmada. Já na primeira sessão percebeu-se o vínculo estabelecido entre paciente-terapeuta, quando ao final desta, Rodrigo comentou a respeito dos sentimentos de impotência diante da doença.

Na sessão seguinte o paciente estava mais confiante, diante do diagnóstico que seu sistema imunológico teria melhorado. No início da sessão o paciente, olhando para o Cancioneiro⁶, escolheu a música “Soldados” do referido grupo “Legião Urbana”. Apesar de não conhecer a canção, leu a letra que dizia :

(...)Se lembra quando era só de brincadeira fingir ser soldado a tarde inteira? Mas agora a coragem que temos no coração parece medo da morte, mas não era então. Tenho medo de lhe dizer o que eu quero tanto (...) Nos defendemos tanto, tanto sem saber porque lutar...(...) Quem vai saber o que você sentiu? Quem vai saber o que você pensou? Quem vai dizer o agora o que eu não fiz? Como explicar pra você o que eu quis? Somos soldados (...) e a gente não queria lutar...” (“Soldados”, Renato Russo e Marcelo Bonfá)

Depois dessa música o paciente exclamou “*Admiro o Renato pra caramba...*”, parecendo identificar-se com a letra do cantor. Durante a sessão, em outras canções escolhidas, Rodrigo pareceu vivenciar e interagir intensamente com a música, enquanto cantava reconhecendo suas “forças dinâmicas” de apresentação de tonalidade, afastamento,

⁴ Rodrigo: nome fictício para preservar a identidade do paciente.

⁵ Leucemia: “Designação comum a um grupo de doenças caracterizadas por proliferação desmedida de glóbulos brancos.” (Ferreira, 1975, p. 832)

⁶ Coletânea de Canções abrangendo canções dos mais diversos gêneros da Música Popular Brasileira

suspensão, bem como as modulações. Havia interação entre o paciente que cantava e a estagiária-musicoterapeuta que dava a sustentação harmônica com o violão. Enquanto cantava, Rodrigo apresentou reações corpóreo-emocionais de sudorese, bem como expressões de exaltação, euforia e alegria. Poder-se-ia enquadrar as experiências vivenciadas por Rodrigo como tipos de “Experiências Culminantes” expostas por Maslow (citado por Fadiman; Frager, 1986). Rodrigo vivenciou a música ainda enquanto fruição estética em outras canções surgidas nesta sessão como “Garota de Ipanema”, “Eu não existo sem você”. Neste ambiente proporcionado pela música, também cantou espontaneamente a canção “*Frère Jacques*”.

Ao final da sessão, Rodrigo sugeriu que escutassem uma música de um cd seu de “músicas evangélicas”. A canção escolhida pelo paciente chamava-se “*Soldado Vencedor*”, cuja letra dizia que apesar das dificuldades, com o “Senhor Deus”, pode-se sentir um “Soldado Vencedor”. Escutou a canção e a cantou com confiança, demonstrando serem suas as palavras expressas ali. Supõe-se aqui certa conexão entre a primeira música escolhida “Soldados” do grupo “Legião Urbana” e a última, onde após a vivência da música, pode inclusive, expressar-se, através da letra da canção, como um “Soldado Vencedor” também na luta contra o câncer. Após a escuta desta música, o paciente e a estagiária musicoterapeuta, comentaram a respeito da doença e as possibilidades de cura. A respeito da letra da canção, Rodrigo comentou que seria este “Soldado Vencedor”.

Nas sessões seguintes, o trabalho musicoterápico ajudou o paciente a estar em contato consigo, a expressar-se e a manter-se otimista na luta contra a doença, ressaltando sua dimensão saudável e seu potencial criativo. Suas reações à música demonstravam constantemente prazer, exaltação, apreciação estética, satisfação. Sua interação com as “forças dinâmicas” da música foi intensa e mostrou-se satisfatória e salutar ao paciente. No final do processo, que ocorreu tendo em vista a conclusão do estágio curricular de 4º ano da autora, o paciente havia recebido o diagnóstico de cura da doença. Acredita-se que as experiências musicais tenham proporcionado a Rodrigo um ambiente sadio, trazendo-lhe bem-estar e a possibilidade de experiências restauradoras, que o auxiliaram em sua recuperação.

Considerações Finais

Com a presente pesquisa foi possível constatar que a música enquanto agente no contexto musicoterápico, pode acessar a porção saudável e criativa da psique presentes no inconsciente. Por meio das experiências musicais o paciente pode vivenciar suas potencialidades e expandí-las para os demais aspectos de sua vida. Segundo Queiroz:

“Por meio da interação musical, o ser de uma pessoa (...) flui mais viva e intensamente. (...) É como se a música forçasse um transbordamento do ser, uma abertura das cintas e afivelamentos que o delimitam e limitam, criando uma tendência à retomada do fluxo e do movimento, praticamente forçando sua expansão; e essa tendência à expansão, quando adequadamente conduzida, levaria ao desenvolvimento do ser” (Queiroz, 2003, p. 25)

As Experiências Musicais vivenciadas no *setting* musicoterápico, dentro da relação paciente-música-terapeuta proporcionam ao paciente a integração entre consciência e inconsciente e sua expressão mais profunda, autêntica e original. Na interação com a música vividas na Musicoterapia o paciente pode perceber-se em unicidade e desenvolver-se saudável e integralmente.

Referências Bibliográficas

- BRANDALISE, ANDRÉ (2001). **Musicoterapia músico-centrada**: Linda 120 sessões. São Paulo: Apontamentos.
- CAPRA, FRITJOF (1982). **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix.
- FADIMAN, J.; FRAGER, F. (1986) **Teorias da Personalidade**. São Paulo: Harbra.
- FERREIRA, AURÉLIO (1975). **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- GRINBERG, LUIZ P. (1997) **Jung. O homem criativo**. São Paulo: FTD.

JOURDAIN, ROBERT (1998) **Música, Cérebro e Êxtase**. *Como a música captura nossa imaginação*. Rio de Janeiro: Objetiva.

MAY, ROLLO (1975). **A coragem de criar**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

MENEGHETTI, ANTONIO (1979). **A música como ordem de vida**. Roma: Psicologia Editrice - tradução livre.

_____ (1996). **Em si da arte e criatividade**. Porto Alegre: Psicologia Editrice do Brasil.

_____ (2001). **Dicionário de Ontopsicologia**. São Paulo: Psicologia Editrice do Brasil.

MORAES, RENATE (1995). **O inconsciente sem fronteiras**. 5 ed. Aparecida: Vale Livros.

OSTROWER, FAYGA (1987). **Criatividade e processos de criação**. 15 ed. Petrópolis: Vozes.

QUEIROZ, GREGÓRIO (2003). **Aspectos da musicalidade clínica de Paul Nordoff**. São Paulo: Apontamentos.

SCHOPENHAUER, ARTHUR (1980). **O mundo como vontade e representação**. São Paulo: Abril Cultural.

SPITZ, RENÉ (2000). **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes

ASSEMBLÉIA DE PESQUISADORES PRESENTES AO V ENPMT

A CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

Em Musicoterapia temos certa tradição de encontros, onde temos uma série de discussões, levantamos uma série de propostas e se estabelece depois um espaço muito grande entre o que se combina e o próximo encontro, que acaba sendo razoavelmente distante. A proposta de trabalharmos com a idéia de uma agenda é exatamente estabelecer nesses lapsos de tempo, o que vai ser feito efetivamente. A idéia da agenda é estabelecermos tarefas responsabilidades e prazos. Isso é uma agenda. Uma agenda pode ser traçada por um prazo curto, pode ser traçada por um prazo longo. Algumas questões podem ser muito bem equacionadas no momento presente, outras precisam ser indicadas no sentido de que passos vão ser dados par preparar o seu desenvolvimento.

A idéia é começarmos a levantar campos e possibilidades para avançarmos nessas questões.

A Comissão Científica desse encontro fez uma reunião rápida há pouco e trocamos algumas opiniões e chegamos a uma certa para encaminhamento, mas talvez seja interessante ver o quê as pessoas, a partir dessas discussões, estão vislumbrado como possibilidades ou como questões que devem ser priorizadas.

A idéia dessa reunião hoje aqui é que façamos uma avaliação. Se existem pontos nessa direção e que pontos seriam. Ouvir um pouco as pessoas apresentar propostas.

Propostas da assembléia de pesquisadores:

– A Comissão Científica do V ENPMT deverá fazer uma reflexão sobre o que foi o Encontro e um mapeamento dos tipos de pesquisa e referenciais teóricos que aparecem mais. Será um trabalho despretensioso de mapeamento e situação geral da pesquisa.

– Para garantir a continuidade e a rotatividade proporemos à UBAM que a Comissão Científica, que trabalha na preparação de um Encontro de Pesquisa, funcione como o

Comitê de Pesquisa da UBAM durante um ano, até que a Comissão Científica do próximo Encontro assumira essa mesma função.

- O Comitê de Pesquisa articulava o trabalho juntando sugestões e propondo a viabilização de idéias levantadas durante o Encontro. Já foi levantado: a necessidade de promover um intercâmbio mais efetivo entre os pesquisadores.
- Fazer um Banco de Dados de pesquisas em musicoterapia no Brasil
- Fazer o Qualis²⁴⁹ da Musicoterapia, levantamento das publicações, levantamento das pesquisas publicadas, levantamento dos locais onde se poderia publicar pesquisas de musicoterapia.
- Recomenda-se a todos os pesquisadores a fazer o seu Currículo Lattes no CNPq.
- Promover uma aproximação, um encontro, com o representante da subárea de música no CNPq – Martha Ulhôa no sentido de conseguir colocar a musicoterapia como sub-área da música no CNPq.
- Viabilizar uma página no portal da UBAM para a Pesquisa em musicoterapia, atualizada pela Comissão Científica da UBAM com instrumentos para pesquisadores.
- Recomenda-se aos pesquisadores que estejam envolvidos com pesquisas com seres humanos, encaminhar seus projetos de pesquisas a Comitês de Ética cadastrados pelo Ministério da Saúde, segundo a resolução 196.

²⁴⁹ Classificação de periódicos, anais, jornais e revistas. É uma base de dados disponível constantemente no sítio da CAPES e constitui importante fonte de informação para as diferentes áreas do conhecimento. A classificação é feita ou coordenada pelo representante de cada área e passa por processo anual de atualização. Os veículos de divulgação citados pelos programas de pós-graduação são enquadrados em categorias indicativas da qualidade - A, B ou C e do âmbito de circulação dos mesmos - local, nacional ou internacional. (<http://qualis.capes.gov.br>)



ASSOCIAÇÃO DE MUSICOTERAPIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

DIRETORIA:

Renata Figueredo – presidente
Marcellos Santos – 1º Vice-presidente
Marly Chagas – 2º Vice-presidente
Adriana Hees – 1º secretária
Grazielly Aquino – 2º secretária
Maria do Socorro Vigiano – 1º tesoureiro
Renata Fracalossi – 2º tesoureiro



**CONSERVATÓRIO BRASILEIRO DE MÚSICA -
CENTRO UNIVERSITÁRIO.**

DIRETORIA:

Diretora - presidente: Marina Lourenzo Fernández Silva
Diretora Técnico - cultural: Cecília Fernandez Conde
Diretora tesoureira: Nilda Luiz da Costa Freitas



**SECRETARIADO DA UNIÃO BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA –
UBAM-**

Período de 2002 - 2004

Maristela Pires da Cruz Smith - Secretária Geral:

Ana Maria Caramujo Pires de Campos
Ana Paula Cascarani
Angélica Dias de Souza
Cristiane Amorosino
Denise Pires da Cruz Smith
Erci Kimiko Inokuchi
Maria Fátima da Silva Nunes Gregório
José Pereira de Queiroz

Lilian Engelman Coelho
Lívia Cristina Viana
Marcel Abramo
Mariana Ferreira de Mendonça Redondo
Mary Elza Monteiro Várriasquim Penna
Raul Jaime Brabo
Thaís Xavier
Viviane Fowler

**SECRETÁRIA DA UNIÃO BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA –
Período de 2004- 2006**

Tereza Raquel de Melo Alcântara-Silva

ASSOCIAÇÕES FILIADAS

Associação Baiana de Musicoterapia

Associação Catarinense de Musicoterapia

Associação Gaúcha de Musicoterapia Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro

Associação de Musicoterapia do Paraná

Associação de Musicoterapia de Ribeirão Preto

Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Norte

Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul

Associação de Musicoterapeutas do Estado de Minas Gerais

Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia do Estado de São Paulo

Associação Mineira de Musicoterapia

Sociedade Goiana de Musicoterapia