



XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE
MUSICOTERAPIA

XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM
MUSICOTERAPIA

**Ampliando fronteiras,
unindo possibilidades em musicoterapia**

31 de maio a 3 de junho de 2018
Teresina, Piauí



XVI SIMPOSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM
MUSICOTERPIA

Ampliando fronteiras
Unindo possibilidades em
Musicoterapia

1 de maio a 3 de junho

AMTPI-UBAM

Piauí Teresina



2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ficha Catalográfica elaborada pelo bibliotecário Henrique Araújo, CRB-1 – nº 3233

V658s Simpósio Brasileiro de Musicoterapia (16. : 2018 : Teresina, PI).

Anais [recurso eletrônico] / 16º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e 18º Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia : ampliando fronteiras, unindo possibilidades em musicoterapia, de 31 de maio a 3 de junho de 2018. / Coordenação Geral: Alcides Valeriano de Oliveira; Comissão Organizadora: Karine da Silveira Jericó Vieira *et al.* – Rio de Janeiro: Musicoterapia Brasil Editora, 2022.

351 p. : Publicação Digital no formato pdf.

ISBN: 978-85-94394-03-3

1. Musicoterapia. 2. Musicoterapia – maternidade. 3. Método Bonny. 4. Musicoterapia – Pesquisa interdisciplinar. 5. Musicoterapia – Mikhail Baktin. 6. Transtorno de Espectro Autista - Musicoterapia. 7. Musicoterapia Comportamental. 8. Saúde da Mulher - Musicoterapia. 9. Musicoterapia – Formação terapêutica. 10. Musicoterapia – Sistema Única de Saúde (SUS). 11. Associações de Musicoterapia. 12. Musicoterapia Hospitalar. 13. Canto – Recurso terapêutico. 13. Música – recurso terapêutico. 14. Composição Musicoterapêutica. 15. Individualized Music Therapy Assessment Profile. 16. Constituição Psíquica – sonoridade musical. 17. Musicoterapia – Violência Doméstica. 18. Musicoterapia Hospitalar Pediátrica. 19. Educação e Musicoterapia. 20. Musicoterapia e Síndrome de Silver-Russel. 21. Iniciação Científica. 22. Pesquisa Científica. 23. Simpósio. I. Oliveira, Alcides Valeriano de. II. Vieira, Karine da Silveira Jericó. III. Título.

CDU 615.837

UBAM DIRETORIA

Presidente Mt. Mariane N. Oselame (AMTRJ)

Vice-Presidente Mt. Luciana Frias Guimarães (AMTPE)

1ª Secretária Mt Nathalya de Carvalho Avelino

2º Secretário Mt. Mauro Pereira Amoroso Anastácio Júnior (APEMESP)

1º Tesoureiro Mt Marcello Santos

2ª Tesoureira Mt Alessandra Lobato (AMTPA)

AMT PIAUI

DIRETORIA

Presidente: Alcides Valeriano de Oliveira

Vice-presidente: Karine da Silveira Jericó Vieira

Secretaria: Rejane Batista e Silva

Tesouraria: Simone Maria da Cruz Assunção

Conselho Consultivo

Olga Matias Marques Cavalcante

Gustavo Lima Sales

Comissão de Ética

Nydia Cabral Coutinho do Rêgo Monteiro

Patrícia Carvalho Moreira

XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia
XVIII Encontro nacional de Pesquisa em Musicoterapia

Coordenação Geral

Mt. Alcides Valeriano de Oliveira (PI)

Comissão científica

Profa. Dra. Lia Rejane Mendes Barcellos
(AMTRJ)

Profa. Esp. Nydia Cabral Coutinho do Rêgo
Monteiro (PI)

Profa. Ms. Eliamar Fleury (GO)

Prof. Dr. Renato Tocantins Sampaio (MG)

Prof. Dr. José Davison da Silva Jr. (PE)

Profa Ms. Camila Acosta Gonçalves (PR)

Profa. Ms. Patrícia Carvalho Moreira (PI)

Comissão Organizadora (AMTPI):

Mt. Karine da Silveira Jericó Vieira

Mt. Rejane Batista e Silva

Mt. Olga Matias Marques Cavalcante

Mt. Patrícia Carvalho Moreia

Mt. Simone Maria da Cruz Assunção

Mt. Kécia Silva Coutinho

Mt. Gilson Fernandes Pereira Sousa

Mt. Claudia César Ferraz de Paiva

Mt. Nydia Cabral Coutinho do Rego
Monterio

Mt. Luis de Sousa Santos

Mt. Denison D´Johnson Alves da Silva

Mt. Danison D´Johnson Alves da Silva

Mt. Naylo Cabral Coutinho Neto

Mt. Luciana Saraiva e Silva

Mt. Pablo de Pádua Leão e Silva

**Estudantes de Musicoterapia
colaboradores (CENSUPEG)**

Edelane Carvalho Gomes

Silvana Carla Nunes Nóbrega

Jéssyca Cristina Gomes Nunes

Ionara Illane da Conceição Monte
Cavalcante

Robertha de Melo Brandão

Ronaldo Campos Chaves

Tainá Ellen Pereira Santos

Carla Karine de Jesus Noletto

Virgínia Maria Magalhães de Jseus Noletto

Doralice da Silva Veras

Elias Alves Meneses Neto

Captação de Recursos

Silmara Castro dos Santos de Oliveira

Comunicação e Marketing

Pedro Júlio Santos de Oliveira

Thalyta Cristine Arrais Furtado Araújo
Gonçalves

Confecção dos Anais

Mt Camila Gonçalves

Mt Nydia Cabral

Mt Noemi Ansay



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia

XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí

"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

PROGRAMAÇÃO GERAL DO XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA

QUINTA-FEIRA - 31/05

08:00-12:00

Credenciamento

Local: Hall da Escola de Música Possidônio Queiroz

08:00-13:00

Minicurso

Capacitação em Gestão de Entidades sem fins lucrativos - Formador: Consultor do SEBRAE-PI

Gerenciamento de Mídias e Redes Sociais - Formadores: Pedro Júlio Santos e Thalyta Arrais

Local: Sala José de Arimatéia

09:00-12:00

Minicursos

Musicoterapia Neurológica - Formadora: Camila Pfeiffer (ARG)

Local: Auditório da Escola de Música

Percussão e Musicoterapia: os efeitos dos ritmos brasileiros na reabilitação - Formador: Gilson Fernandes

Local: Auditório Mestre Dezinho

Musicoterapia na reabilitação da fala e da linguagem - Formadora: Maria Helena Rockenbach

Local: Sala José Rodrigues

Memórias autobiográficas e música em idosos: interfaces entre musicoterapia e cognição musical -

Formador: José Davison da Silva Júnior

Local: Sala José Nunes

14:00-17:30

Credenciamento

Local: Hall da Escola de Música

14:30-17:30

Minicursos

Atividades Musicais como recursos para ampliar fronteiras e possibilidades - Formadora: Rita Dultra

Local: Auditório da Escola de Música



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia

XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí

"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

Musicoterapia Nordoff-Robbins e Musicoterapia Musicocentrada: as teorias e filosofias a partir de casos clínicos - Formador: André Brandalise

Local: Sala José de Arimatéia

Aplicação do PSinc - Protocolo de Avaliação da Sincronia Rítmica em Musicoterapia - Formador: Renato Sampaio

Local: Sala José Nunes

Método de Improvisação em Musicoterapia segundo Tony Wigram - Formador: Gustavo Gattino

Local: Sala José Rodrigues

Musicoterapia Organizacional - Formador: Rogério Jales

Local: Sala Maristela Gruber

17:30-19:30

Credenciamento

Local: Hall de entrada do Teatro 04 de Setembro

19:30-20:00

Abertura Oficial

Local: Teatro 04 de Setembro

20:00-21:30

Palestra

Inovações e pesquisa em musicoterapia - Palestrante: Wendy Magee

Local: Teatro 04 de Setembro

SEXTA-FEIRA - 01/06

08:00-09:45

Mesa Redonda

Musicoterapia e neurociências - Palestrante: Wendy Magee(EUA), Camila Pfeiffer (ARG), Kelson James Almeida (BRA). Mediador: Renato Sampaio

Local: Auditório Mestre Expedito

09:45-10:00

Intervalo



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia

XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí

"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

10:00-12:00

Palestra

Inovações em Musicoterapia: “um olhar pelo mundo” - Camila Gonçalves (PR)

Painel

Inovando e renovando a prática clínica musicoterapêutica - Rita Dultra (BA), Marilena Nascimento (SP), Martha Negreiros (RJ), André Brandalise (RS) – Mediadora: Maria Helena Rockenbach (RS)

Local: Auditório Mestre Expedito

12:00-14:00

Almoço

14:00-18:00

Minicurso

Introdução à ferramenta de avaliação musicoterápica para atenção/alerta em distúrbios de consciência (MATADOC) - Palestrante: Wendy Magee

Local: Auditório da Escola de Música

14:00-16:00

Exposição de banners, recursos e práticas em Musicoterapia

-Projeto de pesquisa musicoterapia hospitalar pediátrica - Aline Magalhães S Silva, Marina Reis Freitas e Marina Horta Freire (UFMG)

-Musicoterapeuta domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica - Gabriel Estanislau, Maria Ângela Rodrigues (UFMG)

- Musicoterapia e síndrome de Silver-Russel: um relato de caso das sessões iniciais - Gabriel Estanislau, Abner Davi Barbosa, Aline Magalhães S. Silva, Mariana Oliveira da Cruz Soares e Marina Horta Freire (UFMG)

- Relações entre musicoterapia e educação: uma revisão do estado da arte - Graciane Torres Azevedo, Felipe de Souza e Salomé Ferreira (Faculdade de Candeias - SC)

Local: Hall da Escola de Música

16:00-16:15

Intervalo

18:00-19:00



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia

XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí

"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

Comunicações orais e vídeos das práticas

GT 1 – Musicoterapia e maternidade

- Musicoterapia e protocolo de avaliação no atendimento à mãe e bebê de risco através de vídeo-gravações - Marina Reis de Freitas e Cybelle Maria Veiga Loureiro (UFMG)

- Maternidade não é um lugar tão feliz assim... - intervenções musicoterapêuticas nas rotinas de finitude de uma maternidade universitária - Martha Negreiros de Sampaio, Vianna Ana e Carolina Arruda Alice Sales Rangel (Maternidade Escola -UFRJ)

- Cantando afetos: vivências sonoras com mães e bebês Janaína Martins (UFSC) e Larissa de Cezar (Faculdade de Candeias- SC)

- Musicoterapia em grupo de mães: relato de experiência Luciana Saraiva e Silva Cláudia César Ferraz de Paiva (UFPI)

Local: Auditório Escola de Música

GT 2 – Musicoterapia: Unindo possibilidades

- Método Bonny com uma pessoa cega – Ercy Kimiko (DF)

- Cuidados musicoterapêuticos no tratamento interdisciplinar com Ayahuasca- Guilherme Alves - (CBM-CeU-RJ)

- Contribuições de Mikhail Bakhtin para a musicoterapia: pensando a criatividade - Lázaro Castro Silva Nascimento e Sheila Maria Ogasavara Beggiato (UNESPAR- PR)

Local: Sala José Nunes

GT 3 – Musicoterapia e TEA- Autismo

- Musicoterapia em grupo intergeracional e o transtorno do espectro autista no Projeto Ato de Cantar – um relato de experiência - Lise Lopes Lima

- O papel da musicoterapia no tratamento de pessoas com transtorno do espectro autista: um estudo no centro integrado de educação e saúde de Quixadá (Cies) Helder de Meneses (CE)

- Musicoterapia comportamental no tratamento de uma criança com autismo: um estudo de caso- Antônio Bruno Verga Pinto (FACPED-CE), Gabriel Estanislau (UFMG) e Kelly Dantas dos Santos (UFG)

Local: Sala José de Arimatéia

19:15-20:00

Lançamento e divulgação de publicações recentes

Livro: As cores do som - O potencial musical do surdo - Igor Ortega Rodrigues



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia

XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí

"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

Livro: Musicoterapia e promoção da saúde - Mariane Oselame, Ruth M. Barbosa e Marly Chagas

Livro: Memórias Autobiográficas e música em idosos – José Davison da Silva Júnior

Local: Auditório Mestre Expedito

SÁBADO - 02/06

08:00-10:00

ENPEMT

Palestra e Mesa Redonda

Panorama atual da musicoterapia no Brasil - Profissão Musicoterapeuta - Mariane Oselame (Presidente da UBAM), representantes das AMT's, convidados da UBAM

Local: Auditório Mestre Expedito

10:00-10:15

Intervalo

10:15-12:00

Painel

Tendências da pesquisa e publicações científicas - Palestrante: Cláudia Zanini (WFMT-UFG), Sheila Beggiano (Revista Brasileira de Musicoterapia- PR), Gustavo Gattino (Universidade Alborg-Dinamarca-RS) e José Davison da Silva Júnior (PE). – Mediadora Marly Chagas-(RJ)

Local: Auditório Mestre Expedito

12:00-14:00

Almoço

14:00-15:45

Debate

Ensaio sobre Ensaio Controlado Randomizado Brasileiro de Musicoterapia e Autismo - Palestrante: Gustavo Gattino e grupo de musicoterapeutas.

Local: Sala Maristela Gruber



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia

XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí

"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

Pôsters

Local: Hall da Escola de Música

GT 1 – Musicoterapia: Pesquisa, atualização e formação

- A musicoterapia com mulheres no climatério/menopausa no centro municipal de saúde d. Helder Câmara (RJ): uma abordagem clínica- (Parte 1) Lia Rejane Mendes Barcellos Yuri Machado Ribas Thereza Imbroisi - (CBM-CeU-RJ)
- A musicoterapia com mulheres no climatério/menopausa no centro municipal de saúde d. Helder Câmara(RJ): avaliando a qualidade de vida- (Parte 2)-Yuri Machado Ribas, Lia Rejane Mendes Barcellos, Thereza Imbroisi (CBM-CeU-RJ)
- Revisitando o passado ou antevendo o futuro? aparelhagens eletroeletrônicas como elementos iatrogênicos quando utilizados por autistas e crianças neurotípicas - Lia Rejane Mendes Barcellos - CBM-CeU-RJ)
- A formação terapêutica da(o) musicoterapeuta: refletindo sobre alguns caminhos- Lázaro Castro Silva Nascimento (UNESPAR-PR)

Local: Auditório Mestre Dezinho

GT 2 – Musicoterapia, políticas públicas. Ampliando possibilidades de atuação.

- A inserção da musicoterapia nas práticas integrativas e complementares do SUS, questões atuais - Leila Brito Bergold , Marly Chagas -RJ
- Associação de musicoterapia e sua inserção política como modo de ampliar fronteiras e unir possibilidades em musicoterapia - Marly Chagas, Barbara Cabral e Cristiana Brasil
- “Mt-geronto.RJ”: ampliando fronteiras e tecendo redes - Bianca Bruno, Barbara Elisabeth Martins Petersen, Eneida Soares Ribeiro, Esther Nisenbaum, Gisela Gleizer, Heloisa Barros Cardoso de Melo, Marcia Godinho Cerqueira de Souza, Martha Negreiros Vianna e Vera Bloch Wrobel - RJ
- Musicoterapia num hospital geral: ampliando o universo de atuação profissional - Carla Lavratti, Elisabeth Martins Petersen (RJ)

Local: Auditório Escola de Música

GT 3 – Musicoterapia e Idosos

- Musicoterapia e envelhecimento: revisão integrativa de dois periódicos de musicoterapia – Gislaine Cristina Vagetti e Juliana Ribeiro Lopes (UNESPAR- PR)
- O canto como recurso musicoterápico no desenvolvimento metacognitivo da pessoa idosa- Glairton de Moraes Santiago (FACPED-CE)
- Musicoterapia na assistência domiciliar a idosos - Marina Freire Marina Reis, Yuri Pinheiro, Cláudia



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia

XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí

"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

Miranda Samana Vieira (UFMG)

- Musicoterapia em uma instituição de longa permanência do idoso (ILPI): uma estratégia para lidar com os riscos da institucionalização- Anna Coelho e Yuri Ribas (CBM-CeU-RJ)

- A técnica de composição como expressão dos sentimentos no idoso: estudo de caso- Cláudia César Ferraz de Paiva Luciana Saraiva e Silva (PI)

Local: Sala José Rodrigues

GT 4 Musicoterapia da Pesquisa a prática: corpo, psiquismo e voz

- Música em musicoterapia: uma pesquisa interdisciplinar para o resgate da experiência do corpo vivo - Bárbara Penteado Cabral – (RJ)

- Aplicação da versão brasileira da individual music therapy assessment profile – (IMTAP) - Alexandre Mauat da Silva - (EST-RS), Clara Márcia Piazzetta, Mariana Pismel, Tainá Tomaselli – (UNESPAR- FAP-PR)

- Musicoterapia no teatro musical: a voz na experiência integral do ator - Glairton de Moraes Santiago (CE)

- Emoções evocadas por meio de canções em um processo musicoterapêutico - Maria Cristina Nemes, Sheila Beggiano (UNESPAR-PR)

- Voz, psiquismo e musicoterapia - Marisol dos Santos - CE

Local: Sala José Nunes

GT 5 – Musicoterapia: Ampliando fronteiras e unindo possibilidades. (primeira infância, recursos, violência doméstica, reabilitação e ambiente hospitalar.)

- O sonoro-musical nos primórdios da constituição psíquica do sujeito: práxis da musicoterapia na primeira infância- Luisiana Baldini França Passarini (Centro Benenson – SP)

- Hullabaloo: um recurso em musicoterapia - Kadna Pinheiro Cordeiro-(PE)

- Musicoterapia com mulheres vítimas de violência doméstica: proposta de intervenção em uma casa de referência à mulher em Belo Horizonte Maria Luiza Silva Pinho, Verônica Magalhães Rosário, Marina Reis de Freitas, Stephanie Raphaelle Rocha Perdigão- (UFMG)

- Musicoterapia na reabilitação: um estudo de caso de uma criança com paralisia cerebral-Fernanda Franzoni Zaguini

- Atendimento musicoterapêutico hospitalar breve nos cuidados progressivos: relatos de experiência - Rhainara Lima Celestino Ferreira, Aline Magalhães S Silva, Leticia Lima Dionizio, Marina Horta- (UFMG)

Local: Sala José de Arimatéia

15:45-16:00

Intervalo



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia

XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí

"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

16:00-17:30

Mesa Redonda

Formação do Musicoterapeuta - Renato Tocantins (UFMG), Nathalya Avelino (UBAM) e Gestor de saúde convidado Dr. Francisco José Alencar- (Associação Reabilitar- CEIR) Alencar - Mediadora: Patrícia Moreira (AMT-PI)

Local: Auditório Mestre Expedito

17:30-18:30

Conferência de Encerramento

Musicoterapia: "Novos Rumos da Formação do Musicoterapeuta" - Lia Rejane Barcellos

Local: Auditório Mestre Expedito

18:30-19:00

Encerramento

Comunicados da UBAM

Lançamento da próxima edição do Simpósio Brasileiro de Musicoterapia

Local: Auditório Mestre Expedito

19:00

Apresentação cultural

Vagner Ribeiro e Valor de PI

Local: Auditório Mestre Expedito

DOMINGO - 03/06

08:30

City Tour pela cidade de Teresina

-Encontro dos Rios

-Polo Cerâmico de Teresina

-Ponte Estaiada Isidoro França



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia

XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí

"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

XIV Simposio Brasileiro de Musicoterapia

Coordenação Geral –

Mt. Alcides Valeriano de Oliveira

Comissão científica

Prof. Dra. Lia Rejane Mendes barcellos (RJ)

Profª. Esp. Nydia Cabral Coutinho do Rêgo Monteiro (PI)

Profª. Ms. Eliamar Fleuri (GO)

Prof. Dr. Renato Tocantins Sampaio (MG)

Prof. Dr. José Davidson da Silva Jr. (PE)

Profª Ms. Camila Acosta Gonçalves (PR)

Profª. Ms. Patrícia Carvalho Moreira (PI)

Comissão Organizadora (AMTPD):

Mt. Karine da Silveira Jericó Vieira

Mt. Rejane Batista e Silva

Mt. Olga Matias Marques Cavalcante

Mt. Patrícia Carvalho Moreia

Mt. Simone Maria da Cruz Assunção

Mt. Kecia Silva Coutinho

Mt. Gilson Fernandes Pereira Sousa

Mt. Claudia Ferraz

Mt. Naylo Cabral Coutinho Neto

Mt. Luis Santos

Mt. Denison D´Jonshon Alves da Silva

Mt. Danison D´Jonshon Alves da Silva

Mt. Luciana Saraiva e Silva

Mt. Pablo de Pádua Leão e Silva



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia

XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí

"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

Captação de Recursos

Silmara Castro dos Santos de Oliveira

Comunicação e marketing

Pedro Júlio Santos de Oliveira

Thalyta Cristine Ararais F. A. Gonçalves

Estudantes de Musicoterapia Colaboradores (CENSUPEG)

Edelane Carvalho Gomes

Silvana Carla Nunes Nóbrega

Jéssyca Cristina Gomes Nunes

Ionara Illane da Conceição Monte Cavalcante

Robertha de Melo Brandão

Ronaldo Campos Chaves

Tainá Ellen Pereira Santos

Carla Karine de Jesus Noletto

Virgínia Maria Magalhães de Jesus Noletto

Doralice da Silva Veras

Elias Alves Meneses Neto



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia
XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia
31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí
"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

ÍNDICE DE TRABALHOS

Maternidade não é um lugar tão feliz assim...Musicoterapia nas rotinas de finitude da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro Martha Negreiros de Sampaio Vianna; Ana Carolina Arruda Costa; Alice Sales Rangel	1
Musicoterapia e protocolo de avaliação no atendimento à mãe e bebê de risco através de vídeo gravações; Marina Reis de Freitas; Cybelle Loureiro.	12
O Método Bonny com pessoa cega de nascimento. Erci Kimiko Inokuchi	19
Musicoterapia e a pesquisa multidisciplinar com ayahuasca. Guilherme Machado dos Santos.	27
Contribuições de Mikhail Bakhtin para a Musicoterapia: pensando a criatividade. Lázaro Castro Silva Nascimento; Sheila Maria Ogasavara Beggiato.	38 -
Musicoterapia em grupo intergeracional e o transtorno do Espectro autista no projeto ato de cantar: um relato de experiência. Lise Lopes Lima	46
A musicoterapia no tratamento de pessoas com autismo: Um Estudo No Centro Integrado de Educação e Saúde de Quixadá (CIES).. Helder de Menezes	63
Musicoterapia Comportamental no tratamento de uma criança com TEA: um estudo de caso. Antonio Bruno Varga Pinto; Gabriel Estanislau; Kelly Dantas dos Santos	73



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia
XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia
31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí
"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

A musicoterapia com mulheres no período do climatério/ menopausa no CMS D. Helder Câmara – RJ: uma abordagem clínica (parte 1).
Lia Rejane Mendes Barcellos; Yuri Machado Ribas; Thereza Imbrozi.

82

A musicoterapia com mulheres no período do climatério/ menopausa no CMS D. Helder Câmara – RJ: uma abordagem clínica (parte 2).
Lia Rejane Mendes Barcellos; Yuri Machado Ribas; Thereza Imbrozi

91

Revisitando o passado ou antevendo o futuro? Aparelhagens eletroeletrônicas como elementos iatrogênicos quando utilizados por autistas e crianças neurotípicas.
Lia Rejane Mendes Barcellos

100

A formação terapêutica da(o) Musicoterapeuta: refletindo sobre alguns caminhos.
Lázaro Castro Silva Nascimento

108

A inserção da musicoterapia nas práticas integrativas e complementares do SUS , questões atuais. Leila Brito Bergold; Marly Chagas.

117

Associação de musicoterapia e sua inserção política como modo de ampliar fronteiras e unir possibilidades em musicoterapia.
Marly Chagas; Cristiane Brasil; Bárbara Cabral.

127

MT-GERONTO.RJ: ampliando fronteiras e tecendo redes.

Bianca Bruno Barbara ;Elisabeth Martins Petersen; Eneida Soares Ribeiro; Esther Nisenbaum; Gisela Mirian Gleizer; Heloisa Barros Cardoso de Melo; Marcia Godinho Cerqueira de Souza; Martha Negreiros-Vianna; Vera Bloch Wrobel

138

Musicoterapia num Hospital Geral: ampliando o universo de atuação profissional.
Carla Lavratti; Elisabeth Martins Petersen (Supervisora)

148



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia
XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia
31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí
"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

O canto como recurso musicoterápico no desenvolvimento metacognitivo da pessoa idosa.

Glairton de Moraes Santiago

158

Musicoterapia em uma Instituição de Longa Permanência do Idoso (ILPI): uma estratégia para lidar com os riscos da institucionalização

Anna Coelho; Yuri Ribas

168

A Técnica de Composição Musicoterapêutica como Expressão dos Sentimentos no Idoso: Estudo de Caso.

Claudia Cesar Ferraz de Paiva; Luciana Saraiva e Silva.

178

Aplicação da versão brasileira da Individualized Music Therapy Assessment Profile – IMTAP.

Clara Marcia Piazzetta; Tainá Jackeline Tomaselli.

187

Musicoterapia no teatro musical .

Glairton de Moraes Santiago

198

Emoções evocadas por meio de canções em um processo musicoterapêutico. Maria Cristina Nemes; Sheila Beggiato

208

Corpo, voz e psiquê: um diálogo com a musicoterapia.

Marisol dos Santo

218

O sonoro-musical nos primórdios da constituição psíquica do sujeito: práxis da musicoterapia na primeira infância.

Luisiana Baldini França Passarini

230

HULLABALOO: um recurso em musicoterapia.

Kadna Pinheiro Cordeiro

243



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia
XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia
31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí
"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em Musicoterapia"

Musicoterapia com Mulheres Vítimas de Violência Doméstica: proposta de intervenção em uma Casa de Referência à Mulher em Belo Horizonte.
Maria Luiza Silva Pinho; Marina Reis de Freitas; Stephanie R Perdigão;;Verônica Magalhães Rosário

251

Musicoterapia na Reabilitação: Um Estudo de Caso de uma Criança com Paralisia Cerebral.
Fernanda Franzoni Zaguini

262

Atendimento musicoterapêutico hospitalar breve nos cuidados progressivos.
Rhainara Lima Celestino Ferreira; Aline Magalhães S Silva; Leticia Lima Dionizio; Marina Horta Freire

271

POSTER

Projeto de Pesquisa Musicoterapia Hospitalar Pediátrica.
Aline Magalhães S Silva; Marina Reis de Freitas; Marina Horta Freire.

280

Musicoterapeuta Domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica.
Gabriel Estanislau; Maria Ângela Rodrigues; Marina Horta Freire.
287

Musicoterapia e educação: uma revisão do estado da arte
Graciane Torres Azevedo; Felipe de Souza; Salomé Filipa Ferreira Magalhães.

296

Musicoterapia e Síndrome de Silver-Russel: uma proposta de avaliação inicial através da IMTAP.
Gabriel Estanislau; Abner Davi Barbosa; Aline Magalhães S. Silva; Mariana Oliveira da Cruz Soares; Marina Horta Freire.

305

Musicoterapia e protocolo de avaliação no atendimento à mãe e bebê de risco através de videograções.

Marina Reis de Freitas; Cybelle Loureiro

314



XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia
XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia
31 de maio a 03 de junho de 2018 – Teresina, Piauí
"Ampliando Fronteiras, Unindo Possibilidades em
Musicoterapia"

PALESTRA DE ENCERRAMENTO

Novos rumos da formação do musicoterapeuta
Mt Dra Lia Rejane Mendes Barcellos.

321



**Maternidade não é um lugar tão feliz assim...
Musicoterapia nas rotinas de finitude da Maternidade-Escola da
Universidade Federal do Rio de Janeiro¹**

***Maternity is not such a happy place...
Music Therapy in Rio de Janeiro Federal University Maternity-School's
Finitude Routines***

Martha Negreiros de Sampaio Vianna²
Maternidade-Escola da UFRJ
Ana Carolina Arruda Costa³
Maternidade-Escola da UFRJ
Alice Sales Rangel⁴
Maternidade-Escola da UFRJ

Resumo: Este trabalho apresenta recortes da clínica musicoterapêutica aplicada às situações de luto em uma maternidade pública universitária. Trata-se de uma clínica específica, complexa, pouco relatada na literatura da musicoterapia brasileira. Objetiva-se suscitar o debate sobre o tema e trazer à luz as possibilidades de atuação do musicoterapeuta qualificado junto à assistência multiprofissional implicada nas “rotinas de finitude” institucionais.

Palavras-chave: Musicoterapia. Luto. Perda gestacional. Doença Trofoblástica Gestacional.

Abstract: This research presents a view of musical therapy clinic applied to mourning situations experienced at a public academic maternity hospital. The specificity and complexity of this clinic has been little reported in Brazilian music therapy literature. Our aim is to stimulate on the debate of the topic and find possibilities for qualified actions of music therapists in their multiprofessional assistance and institutional routine while dealing with finitude.

Keywords: Music therapy. Mourning. Fetal loss. Gestational Trophoblastic Disease.

¹ Trabalho apresentado no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² Graduada em Musicoterapia pelo CBM-CeU /RJ. Mestre em Ciências pelo Programa de Clínica Médica da Faculdade de medicina da UFRJ. Coordenadora do Setor de Musicoterapia da Maternidade-Escola da UFRJ. Professora dos Cursos de Especialização em Musicoterapia do CBM-CeU/RJ e da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Candeias – Bahia. Membro do Coletivo Geronto-RJ. Musicoterapeuta clínica.

³ Pós-graduanda em Psico-oncologia (Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais). Graduada em Musicoterapia (CBM-CeU/RJ) com extensão em Controle de Sintomas em Cuidados Paliativos Oncológicos (UERJ). Musicoterapeuta do quadro permanente da Maternidade-Escola da UFRJ. carolarruda@ufrj.com - <http://lattes.cnpq.br/7194892940291467>

⁴ Musicoterapeuta (Especialista pelo CBM-CeU/RJ). Advogada (UFRJ). Musicoterapeuta voluntária na Maternidade-Escola da UFRJ. Musicoterapeuta na Escola Jardim Espaço de Educação Infantil. Cantora solo. Cantora no grupo vocal Equale. Monitora de naipe no “Coral Paratodos”. alicesinger@gmail.com <http://lattes.cnpq.br/0159076628750943>



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

1. Introdução

A maternidade é um local frequentemente associado ao nascimento e à celebração da vida. No entanto, são inúmeros os desfechos possíveis para uma gestação que se inicia. Com os avanços tecnológicos da medicina e com estratégias de saúde da família atuando na atenção primária, há a possibilidade de se diagnosticar doenças ameaçadoras à continuidade da vida e malformações antes do nascimento. Da mesma forma, a sobrevivência de crianças prematuras extremas e malformadas tem se tornado cada vez mais possível (SOUZA, 2011).

Há, portanto, um aumento no número de famílias que, na expectativa do nascimento, vivenciam a ameaça da morte e a experiência do luto, o que faz com que a maternidade não seja um lugar tão feliz assim. Segundo a musicoterapeuta Ana Lana⁵, pioneira na musicoterapia brasileira com estudos sobre o tema (2010; 2016), “a perda de um filho, nas fases mais iniciais da sua existência, representa muito mais do que a perda de um ser amado: é a perda de todo um projeto de uma vida que, muitas vezes, se interrompe, quando mal começou a brotar. É perder o futuro” (2016, p. 95).

A perda gestacional compreende “toda perda de produto da concepção [...], bem como a morte do feto e do bebê recém-nascido” (Ibid). Estima-se que representa 15% das gestações clinicamente reconhecidas e inclui

a gravidez tubária; o aborto precoce (até a 10^a semana gestacional) e o tardio (da 11^a semana à 20^a semana), espontâneos ou induzidos; o óbito fetal, termo usado para a morte do feto nesse período tardio e que se estende até o final da gestação; e o óbito perinatal, aquele que ocorre antes, durante ou na primeira semana depois do parto (LANA, 2016, p.95).

Após a gestação, com o nascimento do bebê, até os 28 dias de vida, existe a possibilidade de se vivenciar, ainda na maternidade, o nomeado óbito neonatal tardio, ou, no restante do primeiro ano de vida, a morte infantil. Com isso, há a necessidade de acolher, na clínica musicoterapêutica, as demandas surgidas a partir da iminência ou ocorrência das perdas na gestação ou nascimento, que podem acontecer tanto por malformações fetais quanto por complicações na saúde materna.

Nos últimos anos, o perfil do Ambulatório de Pré-natal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro vem se especializando em gestações de risco

⁵ Médica; Professora Associada de Anatomia Patológica da Universidade Federal de Minas Gerais; Especialista em Musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música (CBM-CeU).



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

que abrangem transtornos endócrino-metabólicos⁶, gestações múltiplas, hipertensão, adolescentes. Além dessa estrutura, dispõe de um Centro de Medicina Fetal. Mais recentemente a maternidade tornou-se um Centro de Referência para a Doença Trofoblástica Gestacional. Em 2016, foi estabelecido um protocolo para as Rotinas de Finitude para Óbito Fetal e Neonatal.

Neste contexto, mostrou-se pertinente a inserção do Setor de Musicoterapia nestas rotinas. Trata-se de uma clínica específica, complexa, pouco relatada na literatura da musicoterapia brasileira. Por isso, objetiva-se com este artigo suscitar o debate sobre o tema e trazer à luz as possibilidades de atuação do musicoterapeuta junto ao enfrentamento deste luto, com atenção para a singularidade de cada caso.

2. A dimensão da perda

O luto é uma reação natural ao rompimento de um vínculo. A forma de passar por esse momento é individual, de acordo com o vivido (CONSONNI; PETEAN, 2013). Para Ana Lana (2010, p. 16), “o processo de resolução do luto não se liga ao esquecimento, mas à busca de um significado para aquela perda”. Para lutos que não têm um processo bem sucedido dá-se o nome de “luto complicado” (CONSONNI; PETEAN, 2013, p. 2664). Podem ocorrer quando a perda não é elaborada de forma satisfatória, apresentando sintomas mais desconcertantes, intensos ou de frequência continuada.

Com o avanço dos exames de imagem, feitos durante a gestação, e as consequentes experiências sensoriais e visuais mais realistas, o vínculo com o filho começa a se construir, imaginariamente, cada vez mais cedo (LANA, 2010). Sendo assim, a perda gestacional precoce e a perda de um filho adulto têm o mesmo impacto. Porém, na primeira, o que se perde está na ordem do não vivido, na ordem do sonhado e, por isso, desencadeia um “luto invisível”⁷, que não é reconhecido pelo núcleo familiar, social e, muitas vezes, pelos profissionais de saúde que não oferecem um suporte adequado para essa perda.

⁶ Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2, *Latent Autoimmune of the Adult (LADA)*, *Maturity – onset Diabetes of the Young (MODY)*, Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e pacientes em pós-cirurgia bariátrica.

⁷ Tradução livre de Ana Lana (2010) para o termo “*grief unseen*” cunhado pela arteterapeuta Laura Seftel.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Há que se levar em conta que esta perda abrange também o luto pela “mãe morta”, aquela mulher que se preparou e se organizou para receber uma vida e exercer uma função/*status* (CONSONNI; PETEAN, 2013, p. 2664). Da mesma forma, o sistema familiar também se desorganiza. Voltar à vida cotidiana, ao convívio familiar e social, é doloroso. No entanto, o retorno ao trabalho ou a alguma atividade de que gostem pode contribuir para a atribuição de novo sentido à vida, que seguirá sem aquela presença. Neste processo, é comum atribuírem um sentido religioso/espiritual ao ocorrido, para se autoconsolarem. Podem associar a perda a um “Deus de propósito”, que tudo sabe, ou a um “Deus que pune” e só lhes tirou o que não mereciam.

Esta “perda de futuro” exige mudanças subjetivas para o enfrentamento da situação difícil. Por isso, para uma assistência integral, é preciso que estes sujeitos sejam compreendidos e respeitados em todas as suas facetas, o que inclui a atenção à forma como expressam a espiritualidade como parte dos cuidados em saúde (DREHER, 2008).

A dor intensa das perdas vividas em uma experiência ameaçadora é uma situação reveladora das fragilidades humanas, em que emergem para o sujeito as próprias histórias, segredos e mágoas "numa oscilação entre as verdades e as ilusões. Sem resposta" (PY; OLIVEIRA, 2012, p. 1958). Esta pode se tornar uma experiência produtiva de reflexão individual, ou pode ser "uma experiência de fracasso que (...) empurra para o nada" (Ibid).

Cabe ao musicoterapeuta intervir quando há este vazio, esta ausência de sentido, oferecendo um suporte adequado para as demandas específicas relacionadas à dimensão transcendente do ser ao incluir o olhar para a espiritualidade como parte do cuidado.

3. Atuação do setor de musicoterapia

Atualmente, com o aumento das demandas relacionadas às perdas na Maternidade-Escola, teve início a expansão da clínica musicoterapêutica em novos contextos. Sendo assim, a clientela atendida passa a compreender também pacientes internadas que sofreram perdas gestacionais, óbitos fetais, neonatais, infantis e abortamentos, gestantes internadas com risco de perda gestacional, de malformações e pacientes diagnosticadas com Doença Trofoblástica Gestacional. Além destas,



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

também são contemplados seus familiares e rede social, bem como a equipe de profissionais e todos aqueles que estiverem presentes no momento dos atendimentos.

Cabe aqui ressaltar que a clínica musicoterapêutica no contexto de uma maternidade, que tem por característica períodos de internação, frequentemente muito curtos, mas também imprevisíveis, pode ser nomeada como uma “clínica de intervenções”. A cada sessão é preciso dar um fechamento ao material que emergir no encontro musicoterapeuta/música/paciente, uma vez que a continuidade nem sempre é viável.

No entanto, estas intervenções pontuais, que muitas vezes acontecem uma única vez com cada paciente, não comprometem o estabelecimento de um vínculo terapêutico, que se estabelece no momento mesmo do fazer musical. Inclusive, há casos em que pacientes que passaram por alguma intervenção breve voltam a procurar o atendimento de musicoterapia, quando sentem necessidade, o que reafirma a existência de um laço estabelecido.

O atendimento musicoterapêutico acontece diretamente em cada setor da instituição, baseado na Musicoterapia Interativa, descrita por Barcellos (1984) como

a forma na qual a experiência musical é compartilhada pelo musicoterapeuta e paciente(s) - quando em grupo - todos ativos no processo de fazer música, o que configura uma inter-ação facilitada pelo fato de a música acontecer no tempo, o que promove a interações dos participantes e dificulta o isolamento (BARCELLOS, 1984, p.3).

Os musicoterapeutas utilizam como instrumentos musicais o violão e alguns instrumentos de percussão (*egg shake*, pandeiro e rebolo), procurando favorecer a livre expressão, através da técnica da recriação de canções, oriundas das próprias motivações internas das pacientes/rede social/equipe.

Nesta clínica específica, a demanda subjetiva de elaboração da dor, ansiedade e/ou luto, parece inibir a expressividade dessas pacientes. Elas recebem a música executada pelos musicoterapeutas de forma aparentemente passiva, como um alento para suas dores. Parecem impossibilitadas de trazer algo, pois a exteriorização de conteúdos internos, seja através de palavras ou canções, requer uma disponibilidade para voltarem-se para fora de si mesmas.

Enquanto não atribuem um sentido à perda ou situação de risco a que estão submetidas, há a vivência de um vazio, o que também justifica, muitas vezes, a inação



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

ou passividade. Por essa razão, a intervenção da clínica musicoterapêutica com esta clientela tem entre os principais objetivos favorecer, através da experiência musical de cantar e/ou ouvir, a suspensão dos estados de ansiedade para, então, mudar o foco e dar vazão à expressão das emoções. Trata-se de uma experiência singular, que transcende as palavras.

Sendo assim, na musicoterapia todos os participantes são assistidos em sua integralidade biopsicossociocultural e espiritual. Isto é, a música não hierarquiza dores. Afeta, ao mesmo tempo, estados fisiológicos e emocionais, integra socialmente e religa os participantes a sua cultura e pode fazer uma ponte com aquilo que transcende a própria experiência.

Por isso, a escolha da técnica de recriação musical não é um acaso. É direção de clínica. Barcellos (2007) aponta para a pertinência do uso de canções conhecidas, escolhidas pelos próprios participantes neste encontro com a finitude e o luto (NEGREIROS-VIANNA; CARVALHAES; BARBOSA, 2015). Desse modo, a previsibilidade e confortabilidade destas canções podem atuar como *holding* nas situações de risco emocional (BARCELLOS, 2007) e desorganização psíquica. As músicas que surgem, além de circunscreverem questões pessoais, também promovem identificações entre aqueles que vivenciam histórias semelhantes.

Esta reflexão aponta para a pertinência do repertório escolhido pelas pacientes, que se constitui basicamente de músicas religiosas ou que façam menção à transcendência. Por essa razão, a musicoterapia é capaz de conectar o paciente a tudo aquilo que é espiritualmente significativo para ele (ALDRIDGE, 2003) e, simultaneamente, no fazer musical compartilhado com o musicoterapeuta, convocar o indivíduo para a realidade (BARCELLOS, 1992).

O ideário cultural em torno da música e da 'instituição maternidade' é relacionado, no senso comum, a festividades. No entanto, nesta clínica, o musicoterapeuta é convocado para o revés. A música, em musicoterapia, também contempla a dor.

3.1. Breves considerações sobre os contextos de atuação

A intervenção de musicoterapia acontece de maneira semelhante nos três contextos que serão descritos a seguir. Estes espaços acolhem clientelas que vivenciam situações e demandas distintas, o que implica direções de tratamento igualmente distintas.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

3.1.1. Enfermaria de gestantes

A Enfermaria de Gestantes é um espaço com cinco leitos destinados à internação de gestantes de risco. O tempo de cada internação pode variar de um dia a meses, com a possibilidade de reinternações. Quando há um número maior de pacientes a serem internadas, outros leitos são disponibilizados.

A atuação da musicoterapia acontece diretamente neste espaço, com a frequência de duas vezes por semana, com todos que estiverem presentes no local. As sessões têm uma duração variável de 60 a 90 minutos. Algumas situações inerentes, como um mal-estar súbito de uma paciente ou procedimentos de admissão e alta, constituem-se como variáveis que influenciam o tempo e a viabilidade da intervenção.

Na atenção a gestantes, verifica-se como questão principal o medo da perda do conceito e da possível interrupção da gestação. Esta última pode ocorrer em razão do quadro clínico materno ou fetal, com desfecho de prematuridade extrema ou moderada, malformações, óbito ou ocorrência de sequelas na evolução pós-natal.

3.1.2. Enfermaria de finitude

A nomeada “Enfermaria de Finitude” contém seis leitos para mulheres que sofreram algum tipo de perda ou que ainda serão submetidas a procedimentos de interrupção legal da gestação. Quando há um número maior de pacientes a serem internadas, outros leitos são disponibilizados. Nesta clínica, o luto se faz presente pelos mais diversos motivos.

Nesta enfermaria, o tempo de permanência na instituição é muito breve. As pacientes permanecem, no máximo, por dois dias. Nos casos de intercorrências, este período pode durar um pouco mais, o que faz com que encontremos estas pacientes em intervenções bastante pontuais e intensas. A duração desses encontros varia de 30 a 70 minutos e, para a maioria delas, acontece uma única vez.

3.1.3. Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN)



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

O trabalho do Setor de Musicoterapia mantém uma atuação desde o ano de 2000 na Unidade de Neonatologia⁸, realizando atendimentos em grupo com mães/pais/familiares dos bebês internados (VIANNA et al, 2011). Vianna, Carvalhaes e Barbosa (2015) relatam um estudo de caso sobre o luto perinatal neste trabalho da musicoterapia grupal.

Neste ano, com o olhar recentemente focado no vasto campo das perdas, os atendimentos também vêm sendo realizados fora da Unidade de Neonatologia, na sala de musicoterapia. São indicados casos individuais que demandam uma atenção específica para a elaboração do “luto antecipatório”⁹, em que a família vivencia as etapas do luto diante de uma morte anunciada.

Nestes atendimentos mais específicos, pretende-se ampliar as técnicas utilizadas, uma vez que um trabalho individual permite aprofundar as necessidades de cada caso. Como resultado desses atendimentos, atesta-se uma vinculação sólida entre pacientes e musicoterapeutas mesmo diante da dificuldade de se manter uma frequência regular, devido à exigência da presença dos familiares nas rotinas próprias de um bebê internado em UTI.

3.1.4. Ambulatório de Doença Trofoblástica Gestacional (MOLA)

A Doença Trofoblástica Gestacional, chamada MOLA, é uma doença desconhecida da maior parte da população, inclusive dos próprios profissionais da saúde. Recentemente, a Maternidade-Escola da UFRJ passou a ser um dos dois Centros de Referência do estado do Rio de Janeiro. Há seis meses, a convite do médico responsável por este Centro, Dr. Antônio Braga, médico especialista, reconhecido internacionalmente nesta área, a musicoterapia passou a integrar a equipe multiprofissional deste ambulatório, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas.

Segundo o *Manual de Informações sobre a Doença Trofoblástica Gestacional* elaborado pela Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional (2014),

A gravidez molar, mais conhecida como mola, é uma gravidez diferente, anormal. Baseado em características genéticas e

⁸ A Unidade de Neonatologia compreende: Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Convencional (UCINco), Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINca). Portaria nº 930/2012 do Ministério da Saúde.

⁹ Termo descrito pela primeira vez em 1944 pelo psiquiatra alemão Erich Lidemann (1900 - 1974), no contexto da II Guerra Mundial.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

histopatológicas é subdividida em mola hidatiforme completa e mola hidatiforme parcial. Na mola hidatiforme completa não há embrião, e é a mais comum entre nossas pacientes. Já na mola hidatiforme parcial há desenvolvimento inicial do embrião. Toda mulher grávida produz um hormônio chamado de gonadotrofina coriônica humana (hCG), e nos casos de gravidez mola a persistência desse hormônio ou sua elevação significa que houve invasão da parede uterina (mola invasora) ou sua transformação maligna (coriocarcinoma ou tumor trofoblástico do sítio placentário). Daí a importância do seguimento contínuo e sistemático das pacientes mediante dosagens periódicas de hCG para monitorar a evolução da doença, que pode cursar com remissão espontânea ou com evolução para a neoplasia trofoblástica e a necessidade de tratamento [quimioterápico] para atingir a remissão e garantir a cura (SBDTG, 2014, p. 4).

Estas mulheres enfrentam a perda gestacional associada à dor de um diagnóstico difícil, cujo tratamento pode se estender por um longo período com a ameaça de evolução para um diagnóstico de câncer. Isto faz emergir fantasias mortíferas e o medo da própria finitude. Coexistem, assim, duas incertezas: a cura da doença e a possibilidade de gerar filhos.

A intervenção musicoterapêutica acontece em grupo com a frequência de uma vez por semana na sala de espera, onde as pacientes aguardam longamente os atendimentos no único dia dedicado a este Ambulatório. A duração é variável, em torno de 90 minutos, de acordo com as demandas dos participantes. Neste espaço o atendimento é feito com pacientes que estão iniciando o tratamento e outras que já se encontram em uma fase avançada da doença, o que exige do musicoterapeuta um olhar diferenciado e atento para essas especificidades. Participam, ainda, familiares, acompanhantes, equipe multiprofissional e todos aqueles que estiverem no momento, como gestantes de outros ambulatórios, já que a sala de espera é compartilhada.

Observa-se que a musicoterapia neste contexto promove o compartilhar e a criação de laços entre os participantes. Isto facilita o estabelecimento de identificações e a troca de experiências. O repertório musical que vem surgindo nos atendimentos também mostra uma prevalência de canções religiosas. Contudo, outras canções populares surgem no decorrer dos encontros, o que aponta para uma mudança dos estados de humor no decorrer do atendimento. Esta é uma clínica nascente que aponta para mais possibilidades que estamos apenas descortinando.

4. Considerações finais



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Este artigo traz reflexões iniciais sobre uma clínica musicoterapêutica para auxiliar no suporte de atenção a famílias a quem a terminalidade assombra. É necessário, então, dar continuidade aos estudos teórico-clínicos para aprofundar o tema, dada a sua complexidade.

Em desenvolvimento na Maternidade-Escola da UFRJ desde agosto de 2017, esta prática clínica apresenta uma demanda crescente. Para tanto, convoca a presença de musicoterapeutas qualificados junto à assistência multiprofissional implicada nas “rotinas de finitude” institucionais, uma vez que a musicoterapia possui técnicas específicas para uma atenção integral às famílias assistidas.

Trazer esta demanda para a discussão acadêmica, entre os pares, tem o intuito de iluminar este campo fecundo para pesquisa e clínica musicoterapêuticas, a fim de que outros estudos e práticas possam emergir e a musicoterapia possa se expandir no contexto da saúde pública.

5. Referências

ALDRIDGE, David. Music Therapy and Spirituality: a transcendental understanding of suffering. In: **Music Therapy Today**. WFMT, fev. 2003.

BARCELLOS, L.R.M. Qu'est-ce que la Musique en Musicothérapie. **La Revue Française de Musicothérapie**. Revue editée par la Association Française de Musicothérapie. Paris, vol. 4, n. 4, 1984.

BARCELLOS, L.R.M. Familiaridade, confortabilidade e previsibilidade da canção popular como ‘holding’ às mães de bebês prematuros. In: BARCELLOS, L. R. M. (ORG.). *Vozes da Musicoterapia Brasileira*. São Paulo: Apontamentos Editora, 2007.

CONSONNI, Elenice Bertanha; PETEAN; Eucia Beatriz Lopes. Perda e luto: vivências de mulheres que interromperam a gestação por malformação fetal letal. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 18 (9), 2013. p. 2663 – 2670.

DREHER, Sophia Cristina. Sobre a Dignidade Humana no Processo de Morrer. **Dissertação** (Mestrado). Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-graduação em Filosofia. Mestrado em Filosofia. São Leopoldo: UNISINOS, 2008.

LANA, Ana. O luto na perda reprodutiva. **Monografia** (Especialização em Musicoterapia). Rio de Janeiro: CBM, 2010.

LANA, Ana. O Luto na perda gestacional. In: TAVARES, Eduardo Carlos; TAVARES, Gláucia Rezende. **E a vida continua...** Belo Horizonte: Edição do autor, 2016. p. 94-112

NEGREIROS-VIANNA, Martha de S.; CARVALHAES, Albelino S.; BARBOSA, Arnaldo P. Interactive Music Therapy with parents/relatives of babies admitted to a Neonatology



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Unit. In: DILEO, Cheryl. **Advanced practice in medical music therapy: case reports.** Jeffrey Books, 2015. p. 239-248.

PY, Ligia; OLIVEIRA, José Francisco Pinto de Almeida. À Espera do Nada. In: **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.8,p. 1955-1962, ago. 2012. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 abr. 2018.

Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional (SBTG). **MOLA. Manual de informações sobre a Doença Trofoblástica.** Rio de Janeiro: SBDTG, 2014.

SOUZA, Jussara de Lima e. Cuidados Paliativos em Neonatologia. In: MORITZ, Rachel Duarte (Org.); Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina. **Conflitos bioéticos do viver e do morrer.** Brasília: CFM, 2011.

VIANNA, Martha N. S.; CARVALHAES, Albelino S.; BARBOSA, Arnaldo P.; CUNHA, Antônio J.L.A. A musicoterapia pode aumentar os índices de aleitamento materno entre mães de recém-nascidos prematuros: um ensaio clínico randomizado controlado. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 3, 2011. p. 206 – 212.

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

**Musicoterapia e protocolo de avaliação no atendimento à mãe e
bebê de risco através de videograções^{1, 2}**

*Music therapy and assessment protocol for mother and baby care through video
recordings*

Marina Reis de Freitas³
UFMG
Cybelle Loureiro
UFMG

Resumo: Essa pesquisa faz parte de um estudo exploratório e longitudinal, desenvolvido na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte/MG. Os objetivos desse estudo são avaliar os resultados de protocolos desenvolvidos para o atendimento à essa população e identificar a ocorrência de respostas comportamentais no bebê prematuro a partir de videograções anteriormente realizadas, dentro de sessões de musicoterapia, em diferentes fases de internação.

Palavras-chave: Musicoterapia neonatal. Musicoterapia hospitalar. Escala de avaliação musicoterapêutica. Bebês de risco.

Abstract: This research is part of an exploratory and longitudinal study, developed at the Neonatal Intermediate Care Unit (NICU) of the Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte / MG. The objectives of this study are to evaluate the results of protocols developed for the care of this population and to identify the occurrence of behavioral responses in the premature baby from video recordings previously performed within music therapy sessions at different stages of hospitalization.

Keywords: Neonatal music therapy. Hospital music therapy. Music therapy evaluation scale. Babies at risk.

¹ Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) UFMG, projeto CAAE – 0591.0.203.000-10
COEP do Hospital Sofia Feldman reg. CONEP: 25000.030213/2006-91.

² Trabalho apresentado no GT 06 na modalidade Poster no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina - Piauí.

³ <http://lattes.cnpq.br/1107046059340390>

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

1. Introdução

Várias pesquisas, ao longo dos anos, demonstram o efeito positivo da Musicoterapia em recém-nascidos (RNs). Em uma meta análise, Standley (2002), identifica o uso da Musicoterapia com os objetivos de pacificar, melhorar a oxigenação, reduzir o estresse, estimular linguagem, sustentar a homeostase e reforçar sucção não nutritiva.

No entanto, não existem escalas musicoterapêuticas, para esse público, validadas no Brasil. Essa lacuna teórica dificulta as pesquisas que comprovem, sistematicamente, os benefícios dessa terapia para essa população.

Os bebês prematuros tendem a não ter os comportamentos esperados no tempo determinado, o que gera uma preocupação com possíveis deficits no SNC e a necessidade de terapias que, comprovadamente, auxiliem na recuperação física e aumento nas habilidades de respostas aos estímulos. Isso cria uma necessidade imediata de pesquisas, em Musicoterapia, focadas em comportamento e melhorias neurológicas e, também, em pesquisas de validação de escalas musicoterapêuticas para esse público.

Essa pesquisa busca realizar reavaliações de atendimentos a partir de videograções utilizando os mesmos protocolos utilizados em avaliações iniciais, criados para a pesquisa “Implementação da Musicoterapia no Atendimento à Mãe e Bebê de Risco: Uma parceria da Escola de Música da UFMG – Curso Habilitação em Musicoterapia com o Hospital Sofia Feldman”.

O objetivo central dessa pesquisa é observar os resultados de dois protocolos já criados, tanto aplicados presencialmente quanto por videograções, e testar sua eficácia, de forma a estimular sua validação. O projeto foi pensado, desde seu início, com cuidado sobre a parte de videograções, de forma a ter, e futuramente validar, um protocolo eficiente nesses dois tipos de observação, que são os mais utilizados em Musicoterapia.

2. Metodologia

O projeto teve início em 2012, idealizado e orientado pela Professora da Graduação em Musicoterapia, da Escola de Música da Universidade Federal de Minas Gerais, Doutora Cybelle Maria Veiga Loureiro, e foram realizados e gravados

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

atendimentos musicoterapêuticos no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, Minas Gerais, sendo um estudo longitudinal. Foram criados, em 2012, protocolos utilizados na pesquisa.

Os atendimentos foram realizados a partir da abordagem de estimulação multimodal neonatal ao bebê de risco – uma estimulação auditiva integrada a outros canais sensoriais, que tem por objetivo melhorar a homeostase e modificar estados depressivos ou de hipersensibilidade dos bebês prematuros – na estimulação Auditiva Básica, Estimulação Auditiva Integrada à Visão e Estimulação Integrada ao Sistema Vestibular e foram gravados de forma amadora para que uma pesquisa em videograções pudesse ser feita posteriormente. Os bebês foram submetidos à avaliações presenciais, realizadas por dois avaliadores, utilizando as mesmas escalas e protocolos dessa pesquisa, quanto às respostas fisiológicas aos estímulos com instrumentos musicais.

Através das videograções, analisamos respostas comportamentais, relacionando postura, movimentos corporais, reflexos motores, oculares, vestibulares, cutâneos e orais e estados de alerta. O resultado da avaliação por videogração, feita por um observador, foi comparado aos dos observadores iniciais, realizado na época dos atendimentos, e a capacidade da escala ser aplicada por videogração foi analisada qualitativamente.

Nos atendimentos musicoterapêuticos foram utilizados instrumentos rítmicos Orff, específicos para bebês, violão, voz feminina materna ou da musicoterapeuta, harpa Celta e Baby, eram atendimentos semanais, com duração de 20 a 30 minutos. Foram 40 bebês gravados, no início, meio e fim do processo terapêutico, e 10 reavaliados nessa parte da pesquisa.

O público alvo da pesquisa foi “bebês prematuros de alto risco”, o que incluía outras condições médicas para além da prematuridade, como: desconforto respiratório, doença da membrana hialina, leucomalácia periventricular, sepsise neonatal, distensão abdominal, Íleo colostomia e hidrocefalia.

Os protocolos utilizados, ainda não validados e focados em comportamento e sono/vigília, foram fundamentados na metodologia de avaliação de bebês de risco feita pela musicoterapeuta Standley (1991), associada à Escala de Avaliação

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Comportamental Neonatal de Brazelton (NBAS) e pelo exame neurológico de Cypels (1996).

Os resultados obtidos no começo do processo, realizado pela musicoterapeuta Cybelle Loureiro, resultaram em um novo protocolo de coleta de dados, também utilizado nessa etapa da pesquisa, desenvolvido pela aluna estagiária em Musicoterapia Maria Noeme Pereira e orientado por Cybelle Loureiro, em 2014, e está fundamentado em Cypels (1996) e nas primeiras avaliações realizadas em 2012. Analisa a diferença de respostas entre instrumentos rítmicos, violão/voz e harpa.

3. Resultados

As escalas e protocolos utilizados mensuram alguns comportamentos e reações dos bebês à estímulos externos e os mediam em algum nível da Escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton (NBAS). Os comportamentos analisados eram: movimento ocular, respostas motoras, contato visual, aceitação ao uso de instrumentos, vocalização/balbucios, seguir com os olhos os instrumentos/canto, possuir preensão palmar, lembrar movimentos e ritmos de sessões anteriores e manter o contato durante toda a sessão. A partir disso, faz-se a classificação dentro dos 6 Estados de Consciência na Escala de Brazelton (NBAS):

- Sono profundo, sem movimentos, respiração regular;
- Sono leve, olhos fechados, algum movimento corporal;
- Sonolento, olhos abrindo e fechando;
- Acordado, olhos abertos, movimentos corporais mínimos;
- Totalmente acordado, movimentos corporais vigorosos;
- Choro.

Além disso, foi utilizada a tabela de coleta de dados criada por Cybelle Loureiro e Maria Noeme Pereira, que avalia os pacientes nos quesitos, frequência respiratória, coloração da pele, atividade motora/cabeça, aversão, choro, emissão de sons, espreguiçar/bocejo/suspiro, estremecer, expressões faciais, levar mão à boca, movimentos oculares, sorrir, atenção visual orientada e sucção.

A partir daí, depois de analisadas as gravações e comparados os protocolos presenciais e não presenciais, vimos que a consistência no resultado entre os

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

avaliadores foi alta, quando examinamos a interpretação dos construtos existentes em cada item dos protocolos que apresentaram algumas diferenças entre eles na avaliação de apenas alguns comportamentos. Por exemplo, a classificação de estado de consciência foi a mesma, entre os avaliadores, para cada bebê. Percebemos mudanças não significativas nas análises de comportamentos, que variavam na forma de serem observadas e descritas, mas não no conteúdo.

Na tabela de coleta de dados, as respostas foram dadas quantitativamente, com sim ou não, e houve pequenas mudanças entre avaliadores, mas foi novamente igual na avaliação geral do bebê e na sua classificação na escala de estado de consciência.

Foi percebido que grande parte dos pacientes se encontrava entre os estados 1 e 2 nas primeiras sessões e entre 4 e 5 no final do processo, mostrando uma melhora geral da consciência durante os atendimentos.

Além disso, a tabela de coleta de dados de Cybelle Loureiro e Maria Noeme Pereira compara a diferença de reação para cada instrumento. Através dela percebemos que os instrumentos rítmicos auxiliam no aumento de movimentos corporais e abertura inicial dos olhos, especialmente no início do processo terapêutico, período menos alerta do bebê. O violão e voz feminina ou da mãe auxiliam o acalmar do bebê que estivesse em estado de choro ou muita agitação. O mesmo pode ser observado quando usada a harpa que, além de acalmar, auxilia na atenção auditiva e visual, o que ficou perceptível, pois os bebês olhavam fixamente para esse instrumento durante toda a música realizada, especialmente nas últimas sessões.

Percebemos, com todas as análises, que os protocolos são eficientes, mas repetem tópicos entre si e, além de serem exaustivos no preenchimento pelo grande tempo gasto, não são práticos para pesquisas quantitativas. A partir daí, mesmo sendo além do objetivo inicial, criamos um novo protocolo, misturando todos os tópicos dos outros – separação de instrumentos e análises comportamentais – mas que pudesse ser avaliado em números, entre 0 e 2, além da escala de consciência de Brazelton que se manteve.

Fizemos a análise com essa terceira escala e percebemos que os resultados se mantinham, apenas com mudanças na forma como se apresentavam.

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

4. Conclusão

Percebemos que a Escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton (NBAS) foi fundamental para a confirmação no pareamento dos protocolos, demonstrando que uma escala quantitativa se fazia necessária para validar esse pareamento. No entanto, mesmo com a criação e futura validação de uma escala qualitativa, de Musicoterapia nessa população, essa escala não fica obsoleta, tanto pela importância em definir qual o nível de consciência do bebê, quanto por ser uma escala reconhecida em todo o campo médico neonatal.

Sobre os outros protocolos, criados no início da pesquisa, todos foram eficazes na análise comportamental presencial e por videogravações. Mesmo com mudanças na forma de descrever, as observações tinham o mesmo conteúdo, mostrando a validade do formato deles.

O protocolo criado nessa pesquisa é uma síntese quantitativa dos anteriores, tendo espaço para avaliações qualitativas e possibilitando tipos variados de pesquisa com essa população no Brasil.

Ficou comprovado, principalmente, que a análise qualitativa por videogravações é válida, mesmo em avaliações de respostas comportamentais singelas, como as de bebês prematuros de alto risco.

Verificamos, portanto, que todos os protocolos utilizados são passíveis de validação e de utilização por videogravações, desde que sejam feitas novas pesquisas para aperfeiçoamento.

5. Referências

FERREIRA APA ET AL. Comportamento visual e desenvolvimento motor de recém-nascidos prematuros no primeiro mês de vida. *Rev Bras Cresc e Desenv Hum* 2011; 21(2): 335-343, 2011.

STANDLEY, J. M. *Music Therapy with premature infants. Research an developmental interventions.* Silver Spring, MD, The American Music Therapy Association, INC, 2002.

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

BRAZELTON T.B. Neonatal Behavioral Assessment Scale (BNBAS) Clin. Dev. Med., 2nd ed., Lippincott, Philadelphia, 1984

LOUREIRO CMV. CERQUEIRA PM. MOURÃO B. MIRANDA C. PEREIRA MN. ABREU MB. SAMAGAIO S. SILVEIRA W. Musicoterapia no atendimento Hospitalar à Mãe e Bebê de Risco. Anais do XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII ENPEMT. 363-371. 2012.
http://14simposiomt.files.wordpress.com/2012/02/final_-_xiv_simpc3b3sio.pdf

LOUREIRO CMV. MIRANDA DM. CERQUEIRA PC. SILVEIRA W. PEREIRA MN. Efeitos da Musicoterapia na capacidade atencional do bebê prematuro de alto risco: uma abordagem multimodal. Apresentado sob forma de poster no II Congresso Mineiro de Neuropsicologia. 2013.

O Método Bonny com pessoa cega de nascimento¹

The Bonny Method with Blind Person of Birth

Erci Kimiko Inokuchi²

Resumo: Este trabalho investiga a aplicabilidade do Método Bonny com uma pessoa cega de nascimento, realizado em dez sessões. Recorreu-se ao instrumento Mesa Lira para indução ao estado alterado de consciência desejável e o desenho da Mandala como elemento expressivo e concreto das experiências. Pôde-se constatar que, com devidas adaptações, o método promoveu inúmeros benefícios, e demonstrou como a música foi o elemento terapêutico principal da relação e do processo.

Palavras chaves: Musicoterapia, Método Bonny, adaptação, cegueira

Abstract: Since the Bonny Method - GIM was created, its applicability has expanded to a costumers beyond the typical and adult people, with the appropriate adaptations. We did not find in the GIM Method literature the use with blind people from birth, which is the focus of this case study, performed in ten sessions with a man of twenty-five years. Despite without the functionality of the sensory organ related to images it was possible to develop the process, which required an open and creative posture, and to use the Monochord table instrument for the use of the methodology.

Keywords: Music therapy, Bonny method, adaptation, blindness

1. Musicoterapia e cegueira

O símbolo da cegueira, como pessoas com poder sobrenatural e digno de compaixão, são estereótipos que influenciam fortemente a identidade do indivíduo cego, condenando-o a uma situação determinista e exclusivista. Os cegos são estigmatizados, depreciadamente marcados como incapazes e inferiores, dependentes e improdutivos, portanto, incapazes de progredir, para alcançar algum acontecimento na vida (MASINI, 2002; 2007). Esse estigma funciona como justificativa para não se inserir no meio social, influenciando suas relações pessoais, não apenas no relacionamento com os outros, como também no relacionamento com eles mesmos. Tal posição se origina muito além desses tempos e nos voltamos para a história que nos dará algumas pistas sobre essa posição. Em seu livro *The Power of Myths*, Campbell (2007) observa e adverte sobre como os mitos e suas histórias são importantes em nossas vidas, pois eles podem tornar o corpo, mente e alma dos seres profundamente atordoados. Os indivíduos passam a aceitar significados impostos

¹ Trabalho apresentado na modalidade apresentação oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² <http://lattes.cnpq.br/4546542808210298>

externamente, norteando-se sob o domínio de poderes que assumem um caráter anônimo, automático e impessoal. Pode-se verificar, bem como, a anulação real do indivíduo, visto que ele nem mesmo sente o que sente, não sabe o que sente, e nem querendo mais saber (OLIVEIRA, 2002). Nesse sentido, Ruud (1990) chama a atenção para o fato de que a música tem o poder de levar o ouvinte a se abrir para outros sentidos e construir novos, permitindo ao cliente encontrar novas formas de ser, no mundo.

A Musicoterapia, como uma nova ciência, está tentando se estruturar, baseando-se em áreas existentes e usando seus termos e conceitos. Tópicos sobre transferência e contratransferência foram extraídos da psicoterapia e pediram mais atenção a partir dos métodos músico psicoterapêuticos, como o método Bonny (BONNY, 1978). Por essa razão, há poucos artigos sobre o assunto e, além disso, há diferenças sobre como cada terapeuta considera o que é contratransferência e transferência. É desta referência opcional, baseada em cada pessoa, que as práticas são conduzidas. Independentemente da qualidade e a ocorrência deste, compreende-se que em uma relação terapêutica, as transferências são reações do paciente frente ao outro, e contratransferência são as reações do terapeuta frente ao cliente. É diferente da psicoterapia, onde as transferências entre cliente e terapeuta acontecem diretamente. No método Bonny, há o componente musical, criando um triângulo terapêutico. Além disso, há outro elemento evocado desse relacionamento, que são as imagens que surgem durante a sessão. Todos esses elementos podem ser transformados em objetos transferenciais para o paciente.

Summer (2002) concentra-se na música como o objeto principal do relacionamento terapêutico. Música não é só o co-terapeuta, como alguns autores consideram, mas é a terapeuta principal que evoca elementos transferenciais e ao mesmo tempo, com um caráter de neutralidade, cria mais espaço para que as reações ocorram. O terapeuta desempenharia um papel secundário, cabendo-lhe o trabalho de criar e aprimorar o relacionamento do cliente com a música. Para este tipo de transferência, o autor chama de transferência pura de música (SUMMER, 2002, tradução nossa).

Para Bruscia (1998) citado por Barcellos (1999), a contratransferência é a atitude do terapeuta em relação ao paciente, como pensamentos, sentimentos, atitudes e opiniões, bem como as reações físicas específicas que o terapeuta pode ter sobre a dinâmica da transferência do paciente. Estas expressões podem estar no

momento das sessões e fora do espaço terapêutico, propriamente. Há muito o que refletir sobre as contratransferências e que na Musicoterapia em um estado alterado de consciência elas estão muito mais presentes do que imaginamos ou podemos observar e admitir. Esta última postura, de não admitir, é comentada como a possível razão para justificar os poucos artigos sobre o assunto, que estão na literatura da Musicoterapia, sendo necessários mais estudos sobre o método, suas implicações e repercussões em relação ao musicoterapeuta.

1.1 Atendimentos pelo Método Bonny

RF, o paciente atendido para esse estudo, tem 25 anos, cego devido a um glaucoma congênito, casado e tem uma filha de um ano de idade. É católico e o filho mais novo de quatro irmãos. Usa bengala para se guiar e lê em Braille. Usa o computador com a ajuda de dispositivos de saída de voz, software com sintetizadores de voz. Trabalha como secretário em uma escola. Tem conhecimento de música e toca flauta doce e transversal. Já teve experiências de Musicoterapia e está interessado em conhecer a metodologia Bonny e para isso, apresenta-se como um voluntário sem um tema específico para explorar. "Eu quero deixar livre para ver o que vem em mim." Todo o processo de FR girou em torno da exploração de suas emoções, de sentir, de reconhecer a qualidade, de intensidade, de sentimentos libertadores, de experimentar novas sensações de acordo com as necessidades expressas por ele e, ao mesmo tempo, criar estruturas para que isso fosse possível. Os temas abordaram o resgate e a construção da identidade da RF, primeiro sempre através dos sentidos, como pudemos observar pelas intenções formuladas. O processo foi se desdobrando em uma expansão de reações, organizados em três fases. Primeira fase: três sessões iniciais foram de acomodação e aprendizado. Momento de adaptação com a música e o terapeuta. Houveram apenas pequenas sensações nas extremidades (mãos) que estavam se expandindo para outras partes do corpo, mas muito lentamente e sem muita intensidade. Segunda fase: a partir da quarta sessão - permitir-se, arriscar, experimentar a música de uma maneira mais ampla e profunda, mais íntima, sem verbalizar (utilização da Mesa Lira). Foi um momento necessário para poder processar as sensações físicas. Ocorreram mudanças galvânicas, alteração da cor da pele e ritmo da respiração com mais ênfase. Terceira fase: quinta e sexta sessão. Para aprofundar. Tocar seus sentimentos, descobrindo-se diante do fato que determina sua cegueira. Perceber, ou entrar em contato com sua cegueira. Houve o movimento do piscar de olhos. Surgiram sentimentos de insegurança e de medo. A diferenciação de

tons de cor preta. No entanto, a plena consciência desse fato não é totalmente concretizada. Quarta fase: sétima, oitava e nona sessão. Envolvimento. Deparar-se com os sentimentos de sua própria condição e aceitá-los (raiva, amor, êxtase) levando-o a fazer um movimento de busca, querendo ir além de sua identidade, expresso na última sessão.

1.2 Seleção dos Programas Método Bonny

Normalmente, os programas são escolhidos de acordo com suas categorias específicas e considerando o humor do paciente, a abordagem geral, a intenção específica a ser explorada, o nível de energia e motivação e a fase dentro do processo: inicial, intermediária ou avançada. Os programas foram selecionados de acordo com as intenções, deixando em segundo plano o humor de RF, devido às suas estruturas psicodinâmicas, que inicialmente não apresentavam variações significativas, apresentando quase sempre o mesmo perfil. Nas primeiras três sessões fugindo do padrão normal de escolha, tive a intenção de explorar o mesmo programa em diferentes estados de espírito, preservando a categoria do programa para iniciantes e seus aspectos musicais. Para a exploração inicial foi o programa denominado "CARING", existente na formação do Método (BONNY & SAVARY, 1973). Nesta fase inicial, usando o mesmo programa, foi proporcionado a RF poder relaxar mais, adaptar-se ao contorno de uma sessão GIM e aprender a interagir dentro do ambiente terapêutico composto por cliente, terapeuta, música e imagem, com segurança, pelo reconhecimento da música. Em geral, as pessoas tendem a não aceitar o desconhecido e aceitar o conhecido. A partir da quarta sessão, os programas foram escolhidos de acordo com as intenções e nessa sessão especificamente, como resultado da conjunção entre a orientação do supervisor, a condição do paciente naquele dia (de tristeza), o uso da mesa lira³ para indução, permitiu que RF penetrasse mais profundamente em seu interior, para entrar em contato com suas emoções, sensações e sentimentos. O silêncio, outro elemento importante neste

³ É um instrumento no formato de uma mesa, cuja base é uma caixa de ressonância. Tem cordas para baixo nesta caixa (como uma lira) e estão sintonizados no mesmo tom, em Re. O efeito é um som de harmônicos muito fortes que ressoam por todo o corpo e leva a entrar em um estado alterado de consciência muito rapidamente.

triângulo paciente, música e terapeuta, foi crucial para que a RF experimentasse plenamente os efeitos da música.

RF desenhou cinco mandalas, a partir da sexta sessão (Fig. 1-5). O círculo da mandala foi marcado em relevo. Assim, RF pôde perceber o círculo tateando com os dedos e desenhou dentro ou fora do círculo. Os lápis foram colocados em uma ordem de cores, indicadas a RF para memorizar e assim poder escolher as cores. Após os primeiros desenhos, RF diz que não faz ideia das nuances da mesma cor. Não faz distinção entre o verde escuro e o claro, não faz sentido. Devo dizer que não fez relações de cores com um sentido. Além disso, diz não ter sensibilidade para ver se uma cor tem certa temperatura, como algumas pessoas dizem que sentem. Geralmente, seus desenhos apresentam a mesma forma de linhas. Não há desenho da natureza ou qualquer outro. Geralmente, os desenhos não se estendem além das bordas do círculo e são sempre bem definidos. Mesmo que as linhas tenham muitas curvas, elas são sempre inseridas no espaço interno do círculo da mandala, delimitadas adequadamente com as pontas dos dedos, de modo a não ultrapassar a linha do círculo.

Os desenhos expressaram exatamente como RF existe no mundo. Com base em sua orientação espacial, as linhas representavam os caminhos e o desenho dentro é para ocupar, preencher o espaço. Não transpor as linhas da borda, são suas defesas adquiridas, para não arriscar no mundo exterior. Atitude perfeitamente compreensível e poderia-se dizer, saudável. Talvez, na mesma situação com uma pessoa normovisual, a leitura pudesse ser analisada de maneira oposta, indicando uma dificuldade psicológica específica.

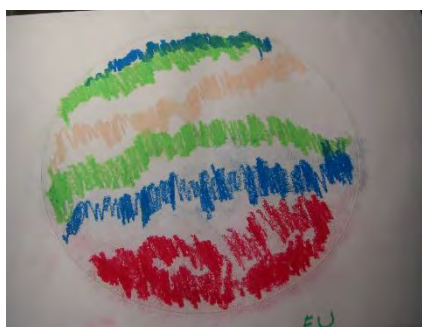


Figura 1. 6ª sessão – EU



Figura 2. 7ª sessão - Caminhos



Figura 3. 8ª sessão Horizonte

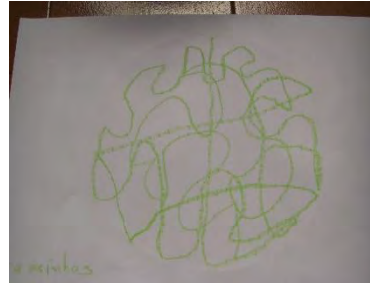


Figura 4. 9ª sessão Caminhos



Figura 5. 10ª sessão Busca

Apesar de ser uma experiência breve, a terapia com o método Bonny pôde despertar sentimentos ou eventos que são surpreendentes e profundos, capazes de mudar ou modificar a mente e a vida das pessoas. Isso significa que devemos nos responsabilizar por trabalhar com o método.

Como estudantes, aprendemos os conceitos teóricos, procedimentos e muitas vezes, os utilizamos mecanicamente e esperamos que os pacientes respondam ou reajam imediatamente da mesma maneira que aprendemos. Usamos termos, estratégias específicas para um contexto particular e esquecemos que pessoas fora desse contexto musico psicoterapeutico não entendem o que propomos, mesmo que haja uma explicação prévia sobre como é a dinâmica de uma sessão GIM. Com essa série, foi possível perceber que existem fases no processo que podem ser entendidas da seguinte maneira: adaptação, experimentação e terapêutica. Há tempo para os clientes se adaptarem ao terapeuta e à música, entendendo (não apenas a experiência racional e intelectual) a Musicoterapia da música e imagens adequadamente e aprendendo a extrair o potencial terapêutico da música. Literalmente, há uma fase educacional no ritual da sessão com a música e a imagem. É necessário educar o paciente sobre os efeitos da música em um estado alterado de consciência. Isso requer paciência para esperar que o paciente reaja aos efeitos da música. As respostas de RF a estímulos musicais levam a refletir sobre como aprendemos uma metodologia e como devemos estar abertos para fazer as adaptações necessárias, quando percebemos que o que foi teoricamente dito como verdade, não é identificado como tal, em alguns casos e / ou situações. Era notório reconhecer que sofremos a influência dos fatores determinantes da sociedade em qualquer evento, especialmente aqueles que têm as forças mitológicas que perduram ao longo do tempo, como no caso dos cegos. É importante o musicoterapeuta lidar com a própria saúde mental (processo terapêutico pessoal) para que suas sombras não interfiram na terapia, com contratransferências. Os preconceitos que temos na

psique podem ser muito maiores e mais ativos do que imaginamos ou temos consciência. Somente a compreensão racional do pensamento intelectual da história não é suficiente. A experiência é necessária e estar muito atento às questões que podem surgir no contexto da transferência e contratransferência em um relacionamento terapêutico, tais como: preconceitos, sexo, dinheiro, ética e sentimentos que despertam: arrogância, submissão, punição, raiva, amor, impaciência, passividade. Além disso, é necessário ampliar a consciência sobre as questões que emergem das diferenças culturais e hierárquicas e, ao aplicar os conceitos de uma época, de uma cultura para outra, para evitar o risco de criar doenças em atitudes ou reações saudáveis. Sem uma visão ampla, podemos nos cegar e desorientar o cliente. Devemos nos concentrar no processo terapêutico pessoal de cada pessoa e não esperar ou projetar expectativas elevadas e alcançá-las rapidamente. Os resultados da musicoterapia nem sempre são milagrosos, como esperamos que aconteçam. Alguns pacientes podem permanecer em um certo estado de consciência por um longo tempo e podem não atingir estados de consciência mais profundos ou expandidos, como é desejável no método Bonny.

Portanto, é necessário que o terapeuta permaneça alerta e consciente das diversas possibilidades, de modo a não deixar que essas situações interfiram negativamente nas sessões. Os milagres ocorrem a cada pequena mudança e são o resultado de uma combinação de fatores: trabalho, determinação e condições do cliente. Para RF, o fato de perceber os olhos abertos, as diferenças da cor preta é um evento magnífico que certamente só ele pode sentir a grandeza dessa experiência. Como terapeutas, o que podemos e devemos fazer é estar e disfrutar, com o cliente, independente se isso foi consequência da relação com a música, com a imagem ou qualquer outra.

Normalmente, no GIM, requer intervenções verbais nas sessões, mas neste caso, pode-se dizer que a técnica de intervenção mais usada foi o silêncio, crucial para RF assimilar e se beneficiar da experiência. O silêncio tornou-se no espaço para RF ouvir e se relacionar com o som interno. Muitas vezes, ficar em silêncio durante uma sessão de terapia vale mais que mil palavras. Para Fregtman (1989), o silêncio em um relacionamento terapêutico cria um espaço para estabelecer um vínculo profundo, uma empatia em ressonância. Os sentidos se tornam mais sensíveis. Foi importante viver a experiência do silêncio, como um elemento importante no

relacionamento e estabelecimento do vínculo sonoro musical e a necessidade da prática da escuta, como tarefa, assim como fazemos com a própria música.

Após perceber que as intervenções especulativas simbólicas ou metafóricas não funcionaram produtivamente, no início, a principal intervenção verbal utilizada foi: o que acontece? E, a partir do momento em que começou a explorar suas emoções e algumas imagens emergidas (4ª sessão em diante), as frases foram direcionadas mais diretamente para a música, por exemplo: Leve a música para lá. Deixe a música estar com você. Sinta-se com a música. Respire com a música. Siga o ritmo da música. Pôde-se constatar que, com devidas adaptações, o método Bonny promoveu inúmeros benefícios, e demonstrou como a música foi o elemento terapêutico principal da relação e do processo.

2. Referências

- BARCELLOS, L.R.M. **Musicoterapia: Transferência, Contratransferência e Resistência**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999
- BRUSCIA, K. E. **The dynamics of music psychotherapy**. NY: Barcelona Publishers, 1998
- BONNY, H.L.; SAVARY, L.M. **Music and Your Mind: Listening With a New Consciousness**, York, NY: Harper & Row, 1973
- BONNY, H.L. **Facilitating Guided Imagery and Music Sessions**. Maryland: ICM Books, 1978.
- FREGTMAN, C. **Música Transpersonal, Una cartografía holística del arte, la ciencia y el misticismo**. São Paulo: Cultrix, 1989
- MASINI, E. F.S. **Sentido de las personas con deficiencia sensorial**. Niterói: Intertexto, 2002.
- _____. **La persona con deficiencia visual: Uno libro para educadores**. São Paulo: Vetor, 2007.
- OLIVEIRA, J.V.G. Cegueira e metáfora. **Benjamim Constant**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 28 p.3-7, 2002.
- RUUD, E. **Caminhos da Musicoterapia**. São Paulo. Summus, 1900.
- SUMMER, L. **Music Consciousness: The Evolution of Guided Imagery and Music**. NY: Barcelona Publishers, 2002.



Musicoterapia e a pesquisa multidisciplinar com ayahuasca¹

Music Therapy and multidisciplinary research on ayahuasca

Guilherme Machado dos Santos Alves²
Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário

Resumo: Junto com a crescente globalização do uso ritualístico do psicotrópico amazônico Ayahuasca, pesquisas científicas emergiram de diferentes áreas do saber apontando novas fronteiras da neurociência, da psiquiatria, da etnomusicologia e da farmacologia. Com base humanista e transpessoal, este artigo demonstra como os cuidados musicoterapêuticos podem complementar e influir positivamente nos objetivos terapêuticos de tais pesquisas.

Palavras-chave: Ayahuasca. Transpessoal. Musicoterapia. Multidisciplinaridade. Neuroplasticidade.

Abstract: Together with the on-going globalization of the ritualistic use of the amazonian psychotropic Ayahuasca, scientific research emerged from different areas of knowledge suggesting new frontiers on neuroscience, psychiatry, ethnomusicology and pharmacology. Through humanist and transpersonal lenses, this article demonstrates how musictherapeutic cares can complement and positively enhance the outcomes of these researches.

Keywords: Ayahuasca. Transpersonal. Music Therapy. Multidisciplinary. Neuroplasticity.

1. Introdução

A Ayahuasca é uma decocção psicoativa natural utilizada há séculos por grupos indígenas da floresta amazônica peruana, colombiana, equatoriana e brasileira para fins ritualísticos, religiosos e medicinais (SCHULTES; HOFMANN, 1992). Ainda hoje, ocupa uma posição central dentro do sistema biomédico tradicional nas aldeias e, desde a regulamentação brasileira nos anos 80, vem chamando a atenção de pesquisadores internacionais quanto as suas propriedades químicas e toxicológicas, efeitos terapêuticos e eficácia a longo prazo.

A música, historicamente, ocupa um papel essencial na maioria das culturas tribais pelo mundo. Musicoterapeutas e etnomusicólogos há décadas vêm

¹ Trabalho apresentado na modalidade apresentação oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

²Estudante do curso de pós Graduação em Musicoterapia.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

pesquisando a influência da presença musical dentro de rituais xamânicos de cura (MORENO, 1995). Estudos mais recentes sugerem que a música potencializa os efeitos terapêuticos dos psicoativos dentro de settings clínicos controlados.

Nos anos 60, a musicoterapeuta Helen Bonny, fundadora do Guided Music and Imagery (GIM), participou junto com Stanislav Grof de experimentos com outra substância psicoativa, o LSD, na época utilizada legalmente por psiquiatras em instituições americanas e européias para trabalhar questões como a depressão, transtornos pós-traumáticos e dependência química (BONNY; PAHNKE; 1972).

Esta complexa temática abarca questões de diversas esferas: socio-cultural, jurídica, política, artística, pedagógica e saúde pública. A crescente problemática das drogas, os efeitos colaterais de prescrições inadequadas de medicamentos, o aumento do número de casos de depressão bem como casos de resistência ao tratamento são assuntos que urgem ser olhados sob novas óticas.

Resultados relacionados à depressão e dependência química apontam novas fronteiras da psiquiatria; por este motivo, alguns autores incentivam o desvencilhamento de termos como ‘alucinógeno’ ou ‘psicodélico’ (MELLO, 2012).

No Brasil, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas criou o Grupo Multidisciplinar de Trabalho para fomentar pesquisas científicas quanto ao uso terapêutico da Ayahuasca em caráter experimental, incentivando a multidisciplinaridade. Pela distância geográfica e a falta de conhecimento sobre a existência destas espécies, a liberdade de pesquisa internacional ainda esbarra com a política de drogas na maioria dos países.

Analisando as pesquisas relevantes sobre Ayahuasca (farmacologia, legalidade jurídica, breve histórico da cultura musical, efeitos psicofísicos) e os settings em que as mesmas são elaboradas, serão apresentadas reflexões sobre como os cuidados musicoterapêuticos podem contribuir positivamente com os resultados das pesquisas. Para isso, a fundamentação teórica deste artigo se baseia na visão humanista e transpessoal, dialogando conceitos de Maslow (1964) sobre “experiência culminante” e “metamotivação”, de Stanislav Grof (psiquiatra com anos de experiência em exploração e pesquisa de estados holotrópicos de consciência) e da musicoterapeuta Helen Bonny.



2. Sobre a ayahuasca

Segundo Grof (1980, p. 299), quando empregados corretamente, os psicoativos “poderiam ser usados como microscópio ou telescópio da psiquiatria” (tradução livre)³. Ou seja, são ferramentas catalisadoras de processos mentais que permitem o indivíduo experimentar dimensões mais profundas de sua psiquê. Representa, assim, um enorme valor sob o ponto de vista terapêutico, por proporcionar o autoconhecimento.

Farmacologia

A Ayahuasca é geralmente preparada a partir de duas plantas: a *Psychotria viridis* contendo o alcalóide N,N- dimetiltriptamina (DMT), um agonista dos receptores serotoninérgicos e sigma-1 (FONTES, 2017). Há evidências de que DMT não é melhor compreendida como droga psicodélica mas sim como uma substância com características adaptativas que fornece uma ferramenta promissora para o avanço da prática médica (MCKENNA et al, 2013).

O cipó *Banisteriopsis caapi* contém as β -carbolinas harmina, tetrahydroharmina e harmalina como principais alcalóides, relacionados a efeitos antidepressivos (MORALES-GARCIA, 2017) e mencionados recentemente como capazes de estimular a neurogênese no hipocampo.

Estudos recentes concluem que não foi encontrada evidência de mal adaptação psicológica, de deterioração de saúde mental ou prejuízo cognitivo em usuários de ayahuasca a longo prazo (BOUSO, 2012).

Legalidade Jurídica

No Brasil, o uso religioso da ayahuasca é legitimado juridicamente desde 1986, como afirmam os pareceres do Conselho Nacional Antidrogas – CONAD (antigo Conselho Federal de Entorpecentes – CONFEN).

O Grupo Multidisciplinar de Trabalho (GMT) foi instituído pela Resolução nº. 5 CONAD, de 04 de novembro de 2004, para levantamento e acompanhamento do uso

³ "LSD is a catalyst or amplifier of mental processes. If properly used it could become something like the microscope or telescope of psychiatry."



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

da Ayahuasca, bem como para a pesquisa de sua utilização terapêutica, em caráter experimental.

Dentre as proposições quanto às pesquisas do uso terapêutico da Ayahuasca em caráter experimental, devem-se fomentar pesquisas científicas abrangendo as seguintes áreas: farmacologia, bioquímica, clínica, psicologia, antropologia e sociologia, incentivando a multidisciplinaridade. Cada uma das pesquisas deve ser aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Efeitos terapêuticos

Estudos trazem evidências apoiando a segurança e a eficácia do uso da Ayahuasca para tratamento de depressão em casos de resistência a tratamentos convencionais, com dose controlada dentro de um setting apropriado (FONTES et al, 2017), tendo influência sobre os níveis de serotonina no cérebro.. É um potencial candidato à nova geração de pesquisa por antidepressivos.

Desde a década de 1990, esta bebida vem sendo empregada no tratamento da dependência. Foi observado que os componentes destas plantas interagem com nossos neurotransmissores em lugares similares as droga psiquiátricas utilizadas em tratamentos convencionais de depressão ou dependência química) (LIESTER; PRICKETT, 2012)

Relacionado com a prática de Atenção Plena, nomeada *mindfulness*, existem relatos de diminuição ou cessação de transtornos alimentares com o uso controlado, acompanhado de acompanhamento psicológico (LAFRANCE et al).

Foram observadas mudanças em áreas centrais do sistema límbico (FONTES, 2017), num circuito comumente conhecido pela regulação emocional e amplamente influenciado pela música. Este dado possivelmente aponta uma interação sinérgica que otimiza os resultados, numa espécie de co-facilitação. A experiência holotrópica catalisa o engajamento e a resposta emocional aos estímulos musicoterapêuticos.

Durante a execução de imagens com eletroencefalocardiograma (EEG), descobriram que a Ayahuasca ativa redes neurais associadas a intenção, memória e visão (ARAÚJO et al, 2012).

A harmina contribui na regeneração de neurônios e foi descoberto que a substância aumentou a proliferação de progenitores neurais humanos em 71%. O achado pode levar a tratamentos para doenças neurológicas, como o mal de Alzheimer (REHEN et al, 2016).



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Adicionalmente, foram encontrados constituintes antioxidantes relevantes para desordens neurodegenerativas, como mal de Parkinson (SAMOYLENKOVA, 2010).

Diversidade musical na cultura ayahuasqueira

A música tem acompanhado o uso cerimonial de psicotrópicos por muitos séculos nas culturas indígenas. Acompanhado ou não de maracá, os cantos e as danças coletivos evocam as forças da natureza e contam histórias sobre suas mitologias. O canto individual geralmente é utilizado em atendimentos feito pelo curandeiro ou pela curandeira, que geralmente possuem um repertório mais amplo de cantos.

No início do século XX, o uso da Ayahuasca foi disseminado também entre os seringueiros, os ribeirinhos e agricultores no Brasil, tornando este um novo contexto cultural do uso da planta (MONTEIRO, 1983).

Assim surgiram as três principais instituições religiosas brasileiras (Santo Daime, UDV e Barquinha) todas elas amplamente musicais, com cantos coletivos de hinos, salmos com ou sem instrumentos, danças variadas e até mesmo práticas de audição.

Nos rituais, a música cumpre um fio condutor de ancoramento da experiência holotrópica, facilitando a introspecção e concentração do paciente perante o vasto material psicológico e arquetípico evocados pelas letras das canções. Atuam “como facilitadoras de contato espiritual, elevação emocional e concentração, [...] como meio de transmitir lições e doutrinas” (LABATE; PACHECO, 2009 p. 120).

A musicalidade nas tradições indígenas e religiosas ayahuasqueiras já foi tema de artigos nas áreas de musicoterapia e etnomusicologia.

3. Música e psicoativos na clínica: passado e presente

Nos anos 60, um grupo de pesquisadores do Centro de Pesquisas Psiquiátricas de Maryland convidou Helen Bonny, musicoterapeuta fundadora do GIM, para colaborar com de mais de 600 sessões com substâncias psicoativas (principalmente o LSD) durante anos.

Os pacientes ficavam com seus olhos vendados após o consumo da dosagem recomendada, ouviam uma seleção de músicas clássicas e lhes era sugerido a introspecção. Música foi introduzida no quadro terapêutico como uma maneira de apoiar não-verbalmente as experiências dos pacientes.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Todos os terapeutas envolvidos concordaram que a música é um estímulo muito eficiente e complementar para a ação da substância. (65) Em janeiro de 1972, publicou um artigo sobre o uso da música na 'psicoterapia psicodélica' onde explica mais detalhadamente esta interação:

A música complementa tais objetivos das seguintes formas: 1) ajudando o paciente a abandonar padrões de controle e entrar mais inteiramente em seu mundo interno; 2) facilita o acesso a sentimentos intensos; 3) contribuindo para uma experiência culminante; 4) promovendo continuidade em uma experiência "fora do tempo"; 5) direcionando e estruturando a experiência (BONNY; PAHNKE; 1972).

Presumia-se que essa música ativaria conteúdos autobiográficos de relevância terapêutica e, por consequência, otimizar o engajamento do paciente com a experiência (KAELEN, 2018). A música pode ser utilizada para reformulação de memórias e experiências passadas, catalisando a sugestão mental.

Mendel Kaelen, neurocientista europeu, se inspirou nos passos de Helen Bonny para criar novos modelos de pesquisa multidisciplinar com psicoativos. Em "Efeitos psicológicos e neurofisiológicos da música em combinação com psicodélicos", ele detalha 4 anos de pesquisa relacionando neuroimagem, música e LSD (KAELEN, 2017).

Em sua pesquisa, demonstra que os psicodélicos catalisam nossas respostas emocionais à música, através de estudos controlados com placebo (KAELEN et al, 2015). Substâncias psicoativas permitem regiões que processam emoções e memórias o fazerem mais livremente; e então vem a música que ativa diretamente estas regiões. O cérebro processa a música diferentemente sob o efeito holotrópico e o resultado são vívidas coleções de memórias pessoais, fortes emoções e novas perspectivas.

Se formos olhar para os experimentos clínicos feitos atualmente, sem exceção, todos usam a música como parte do modelo terapêutico.

4. Cuidados musicoterapêuticos

Preparação e contexto: Redução de riscos e otimização de resultados

O termo 'set and setting' pode ser livremente traduzido por "preparação e contexto": preparação se referindo aos fatores internos do paciente (como personalidade, história de vida, expectativas, habilidade de confiar e apreciação



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

estética musical) e contexto se referindo as fatores externos (qualidade do ambiente, exposição a humores alheios e estímulos sonoro-musicais).

A função terapêutica dos psicoativos é fundamentalmente dependente do contexto - tanto no sentido ambiental quanto psicológico. É argumentado que a falta de cuidado em relação ao contexto pode ser não somente clinicamente ineficiente como potencialmente danoso (KAELEN et al, 2018).

A sessão psicodélica, relata Helen Bonny, era apenas um elemento na totalidade do tratamento. O paciente passava por um procedimento de entrevistas psiquiátricas e psicológicas antes de ser aceito. Então, antes de administrarem a droga, era obrigatória a participação de dez a vinte horas de psicoterapia. O musicoterapeuta, geralmente presente como um dos terapeutas durante a sessão, encontrava com o paciente por pelo menos algumas horas, chegou a conhecer o histórico musical e as preferencias do paciente. (BONNY; PAHNKE; 1972, p. 65).

Depois da sessão, o paciente recebia quantas horas de terapia for necessária para integrar os aprendizados, e também passava por uma bateria de teste psicométricos.

O desafio de integração da experiência holotrópica após retorno do paciente ao cotidiano é algo conhecido. Musicoterapeutas poderiam atuar junto com equipe multidisciplinar, elaborando um programa de auxílio ao processo de preparação e integração, com os objetivos de aumentar a segurança e eficácia das pesquisas e reduzir danos.

Possíveis intervenções

Diferentes técnicas poderiam ser aplicadas de acordo com a natureza da pesquisa. A música pode trazer uma sensação de tranquilidade durante o possível nervosismo na sala de espera, momentos antes ou depois da ingestão.

A composição de uma nova canção pode auxiliar na expressão dos sentimentos vivenciados ou de algum ensinamento ou insight construtivo, atuando como uma espécie de canção-âncora (CIRIGLIANO, 2004) para o paciente durante o tratamento e posteriormente, em apoio ao processo de integração.

Para auxiliar no processo de composição, poderiam ser utilizadas técnicas improvisacionais (BRUSCIA, 1999) compartilhar instrumentos, criar laços, solilóquios, experimentar, ensaiar, ancorar, holding, etc.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

A recriação pode ser utilizada, levando em conta o histórico musical sonoro, o contexto sociocultural e religioso da pessoa, selecionando músicas conhecidas de alto valor emocional. Também deve ser considerado valor pedagógico do lirismo presente no vasto repertório musical das diferentes tradições indígenas e religiosas ayahuasqueiras.

É de grande importância que o musicoterapeuta, além de possuir um conhecimento sobre tal repertório, também esteja ciente dos efeitos psicofísicos do enteógeno.

A técnica de audição pode ser amplamente explorada; o musicoterapeuta está apto a elaborar longas listas musicais com diferentes fases, adequadas para as necessidades psicológicas específicas de cada paciente, de acordo com o histórico sonoro musical e o princípio de ISO, criado por Altshuler nos anos 40.

Para tais formulações, devem ser estudadas as playlists preparadas por Helen Bonny para as sessões psicodélicas nos anos 60. Havia diferentes seleções musicais para diferentes fases das sessões, de acordo com as necessidades psicológicas do momento da experiência. As fases eram, em ordem cronológica: início, ascendente, pico, descendente e retorno. (BONNY; PAHNKE; 1972)

Um neurocientista brasileiro, através de pesquisa em laboratório com o uso de eletroencefalograma, percebeu uma grande variação das ondas cerebrais durante um curto espaço de tempo na segunda hora após consumo da bebida. (SCHENBERG, 2015) Experimentos de audição podem ser realizados a partir destes dados, levando em consideração as alterações nas dinâmicas psíquicas.

5. Considerações finais

Conforme relatado, a musicoterapia tem muito para contribuir para as pesquisas científicas realizadas pelo Grupo Multidisciplinar de Trabalho, elaborado pelo CONAD.

É um campo fértil para diferentes possibilidades de aplicação da musicoterapia, seja anteriormente (durante o processo de preparação), durante o tratamento ou posteriormente (durante o processo de integração).

A música e os psicoativos podem funcionar como co-facilitadores de experiências culminantes por atuarem de maneira semelhante no sistema límbico. A natureza não verbal da música facilita a expressão de emoções intensas,



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

possibilitando a introspecção necessária para acessar o profundo material psicológico que surge durante a experiência holotrópica.

Se a experiência musical tem um papel tão importante nas metodologias de pesquisa, precisamos fazer muitas perguntas científicas para realmente avançarmos neste campo, afim de termos entendimento empírico sobre o assunto.

O desenvolvimento desta pesquisa deverá indicar os próximos passos para oficializar a sugestão de inserção de um musicoterapeuta qualificado ao Grupo Multidisciplinar de Trabalho para desenvolvimento de metodologia terapêutica integrativa adequada, com a possibilidade de elaboração de atendimentos individualizados, de acordo com a natureza da pesquisa.

Que este artigo sirva de incentivo e contribuição à disseminação do conhecimento científico de tão relevante assunto. Que o bem chegue a todos.

6. Referências

ARAÚJO, D. et al. Seeing with the eyes shut: Neural basis of enhanced imagery following ayahuasca ingestion. **US National Library of Medicine**. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21922603>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BONNY, Helen L.; PAHNKE, Walter N. The use of music in psychedelic (LSD) psychotherapy. **Journal of Music Therapy**, v. IX, summer, p. 64-87, 1972.

BOUSO, José Carlos et al. Personality, psychopathology, life attitudes and neuropsychological performance among ritual users of ayahuasca: a longitudinal study. **Public Library of Science One**, v. 7, n. 8, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042421>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRUSCIA, Kenneth. **Modelos de improvisación en Musicoterapia**. Agruparte, 1999.

CIRIGLIANO, M. A Canção Âncora, **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano IX, n. 7, 2004.

FONTES, Fernanda Palhano X. Os efeitos antidepressivos da ayahuasca, suas bases neurais e relação com a experiência psicodélica. **Tese (Doutorado em Neurociências)**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Instituto do Cérebro, UFRN, 2017.

FONTES, Fernanda Palhano et al. A randomized placebo-controlled trial on the antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression. **bioRxiv**, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1101/103531>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

GROF, Stanislav Grof. **LSD Psychotherapy**. Ponom: Hunter House, p. 299, 1980.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

KAELEN, M. et al. LSD enhances the emotional response to music. **US National Library of Medicine**, 2015

KAELEN, M. et al. The Psychological and Neurophysiological Effects of Music in Combination with Psychedelics, **MAPS Conference**, 2017.

KAELEN, M. et al. The hidden therapist: Evidence for a central role of music in psychedelic therapy, **Department of Medicine, Imperial College London**, p. 505-519, 2018.

KAELEN, Mendel et al. Psychedelics and the essential importance of context, **Journal of Psychopharmacology**, p. 1–7, 2018

LABATE, Beatriz; PACHECO, Gustavo. **Música Brasileira de Ayahuasca**. Campinas, Mercado de Letras, 2009. 120p.

LAFRANCE, Adele et al. Nourishing the Spirit: Exploratory Research on Ayahuasca Experiences along the Continuum of Recovery from Eating Disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, v. 49, 2017.

LIESTER, M. B.; PRICKET, J. I. Hypotheses regarding the mechanisms of ayahuasca in the treatment of addictions. *Journal Psychoactive Drugs*, v. 44, n. 3, p. 200 – 208, 2012.

MASLOW, Abraham H. **Religions, values, and peak experiences**. Penguin Books, 1964.

MCKENNA et al. A possibly sigma-1 receptor mediated role of dimethyltryptamine in tissue protection, regeneration, and immunity. **Journal of Neural Transmission**, v. 120, n. 9, p. 1205 – 1303, 2013.

MELLO, Philippe Bandeira de. **A Nova Aurora de uma antiga manhã**. 30, ed. Rio de Janeiro: Editora, 2012

MONTEIRO, C. O Palácio Juramidam – Santo Daime: um ritual de transcendência e despoluição. **Tese de Mestrado em Antropologia Cultural**, UFPE, 1983.

MORALES-GARCIA, Jose A. et al. The alkaloids of Banisteriopsis caapi, the plant source of the Amazonian hallucinogen Ayahuasca, stimulate adult neurogenesis in vitro. **Scientific Reports**, v. 7, n. 5309, 2017.

MORENO, Joseph J. Ethnomusic therapy: an interdisciplinary approach to music and healing. **The arts in psychotherapy**, v. 22, n. 4, p. 329 -338, 1995.

REHEN et al. Harmine stimulates proliferation of human neural progenitors, Harmine stimulates proliferation of human neural progenitors. **PeerJ**
Disponível em: <<https://peerj.com/articles/2727.pdf>>, 2016. Acesso em: 14 mai. 2018.

RESOLUÇÃO nº. 5 CONAD, 04 de novembro de 2004



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

SAMOYLENKOVA, V. Et al. Banisteriopsis caapi, a unique combination of MAO inhibitory and antioxidative constituents for the activities relevant to neurodegenerative disorders and Parkinson's disease. **US National Library of Medicine**. 2012.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19879939>>, 2016. Acesso em: 14 mai. 2018.

SCHENBERG, E. et al. Acute Biphasic Effects of Ayahuasca. **Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)**, 2015

SCHULTES, R. E.; HOFMANN, A. **Plants of the Gods**: their sacred, healing, and hallucinogenic powers. Rochester, VT: Healing Arts Press, 1992.



Contribuições de Mikhail Bakhtin para a Musicoterapia: pensando a criatividade¹

Mikhail Bakhtin's Contributions to Music Therapy: Thinking Creativity

Lázaro Castro Silva Nascimento²
Universidade Estadual do Paraná

Sheila Maria Ogasavara Beggiano³
Universidade Estadual do Paraná

Resumo: Bakhtin inovou e revolucionou o campo da linguagem ao discutir diversos conceitos como dialogicismo, a polifonia, a enunciação, a cocriação entre outros. A Musicoterapia, como ciência e profissão, constitui-se a partir de uma prática terapêutica intrinsecamente relacional entre musicoterapeuta e quem se relaciona com este no seu fazer, seja um indivíduo ou um grupo, “com”, “pela” e “na” música. Este trabalho discute contribuições da visão bakhtiniana para a Musicoterapia no que compete à criatividade. Trata-se de um estudo teórico-conceitual a partir da revisão narrativa da literatura. Compreendemos que os discursos musicais da/o musicoterapeuta e das/os participantes se influenciam mutuamente dentro de um processo musicoterapêutico. A criatividade, como ato de criar e recriar, é parte fundamental da práxis musicoterapêutica. A partir da leitura de Bakhtin não mais é possível separar os sujeitos envolvidos nesse processo. As noções de cocriação podem ensinar sobre como a musicalidade de ambos os envolvidos estará sempre em um horizonte que se encontra dentro da relação musicoterapêutica. Estudos que aportem a Musicoterapia com teóricos de outras áreas como a linguagem mostram-se importante para fortalecimento do campo, além da sua difusão entre outros saberes.

Palavras-chave: Mikhail Bakhtin. Criatividade. Musicoterapia.

Abstract: Bakhtin innovated and revolutionized the field of language by discussing various concepts such as dialogicism, polyphony, enunciation, co-creation among others. Music Therapy, as a science and a profession, is based on an intrinsically relational therapeutic practice between music therapist and those who relate to it, whether an individual or a group, "with", "by" and "in" music. This paper discusses contributions of the Bakhtinian vision for Music Therapy in what concerns creativity. It is a theoretical-conceptual study based on the narrative review of the literature. We understand that the musical discourses of the music therapist and of the participants influence each other within a music therapy process. Creativity, as an act of creating and re-creating, is a fundamental part of the music-therapy praxis. From the reading of Bakhtin it is no longer possible to separate the subjects involved in this process. The notions of co-creation can teach us how the musicality of both involved will always be in a horizon that lies within the music therapy relationship. Studies that provide Music Therapy with other areas such as language are important for strengthening the field, as well as its diffusion among others areas.

Keywords: Mikhail Bakhtin. Creativity. Music Therapy.

¹ Trabalho apresentado no GT 34 na modalidade apresentação oral no XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² Graduando em Musicoterapia na Universidade Estadual do Paraná. Membro estudantil da Associação de Musicoterapia do Paraná (CAMT 525/16). <http://lattes.cnpq.br/1803688550598633>

³ Musicoterapeuta (CPMT 031/94-PR). Mestre em Educação (PUC-PR). Docente do Bacharelado em Musicoterapia da Universidade Estadual do Paraná. <http://lattes.cnpq.br/1731908722522643>



**XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA**

31 de maio a 03 de junho de 2018

1. Mikhail Bakhtin: introduções

Mikhail Bakhtin certamente não é um dos autores mais conhecidos dentro dos estudos em Musicoterapia. Por isso, optamos por iniciar este ensaio com uma breve descrição do autor. Mikhail Mikhailovich Bakhtin foi um pensador russo nascido em 1895 na cidade de Orel, tendo falecido em 1975 em Moscou, capital da Rússia. Seus trabalhos influenciaram diversas áreas, com ênfase na teoria literária, na sociolinguística, na análise do discurso, na crítica literária, bem como na semiótica.

Os escritos de Bakhtin são diversos sobre diferentes temas. Leite (2011) apresenta um breve resumo acerca das áreas pelas quais o autor se debruçou:

A pluralidade de Bakhtin se manifesta na enorme quantidade de assuntos distintos dos quais ele abordou em sua obra nas diversas fases de sua vida. De 1918 a 1924 teve sua fase filosófica, influenciado pelo neokantismo e pela fenomenologia, [...]. De 1925 a 1929 escreveu sobre os temas intelectuais contemporâneos. [...] Na década de 1930 se preocupou com a teoria do romance e com a poética histórica, [...]. E, finalmente, nas décadas de 60 e 70 retornou às reflexões sobre a metafísica da linguagem, através de seus textos fragmentários, que estão no livro editado postumamente *Estética da criação verbal* (2010) [...], ali se encontra seu texto que repercutiu muito no Brasil, sobretudo na área de educação. (LEITE, 2011)

Pensador da etnomusicologia brasileira, Cambria (2012) afirma que “a obra de Bakhtin teve uma influência enorme sobre as mais diversas disciplinas e se apresenta sempre atual e aberta a diferentes usos e interpretações” (p. 204). O autor aproxima Bakhtin do campo da música ao pensar o conceito de “polifonia”, em que um determinado material textual apresenta uma diversidade de “vozes”, como uma metáfora musical.

Muitos foram os conceitos estudados por Bakhtin e os pensadores que compunham o que ficou conhecido como “Círculo de Bakhtin”. Mendes (2007) em uma nota de leitura sobre a obra *Bakhtin: conceitos-chave*, apresenta brevemente as descrições de diversos desses conceitos: “Ato, evento, autor, autoria, ética, estilo, polifonia, palavra, tema, significação, enunciação, gêneros discursivos”. Um estudo aprofundado sobre cada um destes conceitos não cabe no trabalho aqui apresentado e pode ser encontrado na obra mencionada anteriormente.



**XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA**

31 de maio a 03 de junho de 2018

Apesar de sua obra ser muito mais conhecida nos campos da linguagem e nos estudos sobre sociedade, Bakhtin é um pensador que certamente pode contribuir para as ciências da saúde. Corrêa & Ribeiro (2012) discutem sobre como a leitura bakhtiniana podem auxiliar profissionais de saúde a compreenderem melhor as interações verbais que acontecem nesse campo. Afirmam:

De maior relevância, para nós, é a compreensão de que as necessidades de, e as intervenções em saúde são condições e ações humanas permeadas e construídas, com frequência, por atos comunicativos. No que tange à discussão que nos propomos fazer, não é necessário, a princípio, definir o campo, ou escolher um conceito consagrado de saúde, independentemente do seu viés (biomédico, ambiental, social etc.), pois o debate dessa questão dependerá do espaço, do momento ou da situação em análise. (p. 332)

A Musicoterapia, como ciência e profissão, constitui-se a partir de uma prática terapêutica intrinsecamente relacional entre musicoterapeuta e quem se relaciona com este no seu fazer, seja um indivíduo ou um grupo, “com”, “pela” e “na” música. Podemos então, pensar Bakhtin para compreender os discursos musicais que são produzidos entre profissional Musicoterapeuta e paciente/cliente/participante.

E sendo Bakhtin um autor complexo, de leitura robusta e conceitos muito elaborados passa-se a ser necessário um estudo cuidadoso. Dito isto, o trabalho aqui apresentado assume tal complexidade, porém objetiva aproximar o autor à Musicoterapia na tentativa de refletir sobre contribuições da visão bakhtiniana para a Musicoterapia no que compete ao tema da criatividade.

A pesquisa aqui apresentada foi desenvolvida no Programa de Iniciação Científica da Universidade Estadual do Paraná (PIC/Unespar 2017/2018) com orientação da segunda autora ao primeiro autor, sendo vinculada ao grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia - cadastrado em 2008 no CNPq.

2. Metodologia

Para o desenvolvimento da pesquisa foi utilizado o referencial teórico da revisão narrativa da literatura. A escolha metodológica se deu por não haver intenção de esgotar materiais de estudo, considerando a complexidade do autor e seus escritos, mas sim proporcionar uma análise/interpretação reflexiva acerca de da temática da criatividade para a Musicoterapia.



XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Além disto, esse trabalho pode ser compreendido como teórico-conceitual uma vez que visa aproximar duas teorias e refletir sobre a implicação desta dentro do construto criatividade. Baffi (2002) esclarece:

Esse tipo de pesquisa [pesquisa teórica] é orientada no sentido de reconstruir teorias, quadros de referência, condições explicativas da realidade, polêmicas e discussões pertinentes. A pesquisa teórica não implica imediata intervenção na realidade, mas nem por isso deixa de ser importante, pois seu papel é decisivo na criação de condições para a intervenção.

Rother (2007) afirma que a revisão narrativa da literatura objetiva “descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual (...)” possibilitando que sejam incluídos juntamente aos materiais levantados, uma análise do autor de forma crítica. Com isto, garante-se um rigor metodológico comum às pesquisas qualitativas na busca pela cientificidade na produção de conhecimento.

Há que se considerar também a complexidade inerente ao hibridismo da Musicoterapia. Por ter seus alicerces tanto na música, quanto na saúde, quanto na arte é preciso uma atenção especial ao discuti-la enfatizando a área de interesse e os caminhos percorridos para sua compreensão.

As leituras foram feitas a partir de comentadores das obras de Bakhtin para elucidarmos conceitos específicos do autor, bem como à visita a textos originais em especial a obra “A estética da criação verbal” de Mikhail Bakhtin (1979/2011) na qual o autor traz, mesmo não sendo tema central de seu trabalho, uma reflexão sobre a criatividade, o ato criador e seus desdobramentos na relação humana.

3. Algumas aproximações entre o pensamento de Bakhtin e o processo criativo

Algumas conceituações sobre criatividade e processo criativo já foram apresentadas anteriormente em Beggiato, Nascimento & Stenico (2017). Vamos enfatizar neste trabalho aportes do pensamento bakhtiniano à Musicoterapia e à criatividade. O primeiro conceito bakhtiano que queremos aproximar é o de co-criação.

Zanella, Zonta & Maheirie (2013) vão esclarecer sobre a importância para Bakhtin da *cocriação* e do *cocriador* no processo artístico. Tanto quem cria a obra quanto



XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

quem é espectador desta fazem parte mutuamente e de forma indissociável do processo criador. Isso significa que o processo criativo será sempre bidirecional, atendendo a todos os envolvidos nesse processo.

Alencar & Fleith (2003) vão esclarecer como a criatividade envolve também todo o campo cultural e histórico no qual o indivíduo está envolvido:

As diferentes abordagens de criatividade [...] enfatizam que, embora o indivíduo tenha um papel ativo no processo criativo, introduzindo novas combinações e variações, *é essencial que se reconheça também a influência dos fatores sociais, culturais e históricos na produção criativa e na avaliação do trabalho criativo*. A fim de se obter uma visão mais ampla do fenômeno criatividade, devemos levar em consideração a interação entre características individuais e ambientais, as rápidas transformações na sociedade, que estabelecem novos paradigmas e demandam soluções mais adequadas aos desafios que surgem. (ALENCAR & FLEITH, 2003, p. 7, *grifos nossos*)

Assim, compreendemos que os discursos musicais da/o Musicoterapeuta e das/os participantes se influenciam mutuamente dentro de um processo musicoterapêutico. Não havendo uma predominância na criação de um lado ou do outro, mas sendo criado no “entre” da relação terapêutica e humana que se estabelece ali. A partir da leitura de Bakhtin & Voloshinov (1976) não mais é possível separar os sujeitos envolvidos nesse processo. As noções de cocriação podem ensinar sobre como a musicalidade de ambos os envolvidos estará sempre em um horizonte que se encontra dentro da relação musicoterapêutica.

Esta indissociabilidade é compreendida ao nos debruçarmos sobre o conceito bakhtiano de *cronotopo*. Que segundo Bakhtin (1988, *apud* LUQUES, 2014):

Nós daremos o nome de cronotopo (literalmente, "espaço-tempo") para a ligação intrínseca das relações temporais e espaciais que são artisticamente expressas na literatura. Este termo (tempo-espaço) é empregado em matemática, e foi introduzido como parte da Teoria da Relatividade de Einstein. [...] O que conta para nós é o fato de que ele expressa a *inseparabilidade do espaço e do tempo* [...] (BAKHTIN, [1975] 1988, p. 84, *grifos nossos*).

Pensar a temporalidade é fundamental para o fazer clínico musicoterapêutico. É o encontro, aqui-agora, espacializado e localizado dentro de uma temporalidade que permitirá que o processo musicoterapêutico se desenvolva. É no criar e recriar, neste cronotopo vivido mutuamente por musicoterapeuta e participante, que serão vividas as



XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

experiências musicais transformadoras e potentes.

Com a conceituação de *polifonia* Bakhtin irá tentar nos dizer que todos os discursos são compostos de forma plural, socialmente e culturalmente influenciados. Ou seja, em cada discurso há diferentes concepções e “vozes” concomitantes a este. Não há portanto um “discurso uno”, mas sim polifônico. Isto é claro na Musicoterapia quando pensamos na nossa história sonoro-musical. Este fundo de vividos sonoros e musicais são constituídos dentro de uma determinada cultura, com hegemonia de alguns sons e marginalização de outros.

É a qualidade polifônica do discurso, também pensada nos discursos musicais dentro do *setting* musicoterapêutico, que tornará a experiência complexa. Há uma “plurivocalidade” em todos os discursos que são trocados no setting. Há uma história de construção subjetiva tanto da(o) paciente/cliente/participante quanto da(o) Musicoterapeuta. E no diálogo musical entre estes a complexidade será vivida na sua intereza.

Bakhtin (2003) também conceituará sobre “exotopia”. Em um exemplo tenta explicar sua compreensão sobre o termo: “sou o super-homem do outro, como ele o é de mim: minha posição exterior (minha “exotopia”) me dá o privilégio de vê-lo como um todo. Ao mesmo tempo, não posso agir como se os outros não existissem” (p. 16) e segue no texto “*saber que o outro pode ver-me determina radicalmente a minha condição*” (p. 16, grifos nossos). Correndo o risco de uma supersimplificação, Bakhtin tenta nos falar sobre como é possível olhar o outro a partir de mim e com isso voltar às minhas próprias concepções sobre esse outro que é incapaz de ver como eu o vejo.

Com as ferramentas clínicas musicoterapêuticas e todas diferentes conceituações teórico-clínicas que carregamos somos capazes de ver este cliente/paciente/participante por ângulos que lhes são invisíveis. Isso não significa um olhar de superioridade, antes disso nos convida para uma horizontalidade da relação. É com este olhar exotópico que nos leva até ela(e) e nos traz de volta a nós mesmos que precisaremos compor criativamente o encontro.

As compreensões bakhtinianas sobre *dialogismo* (esta “arte de dialogar”) também serão perceptíveis nas relações musicoterapêuticas. Isto porque existe um jogo comunicativo não-verbal, sonoro-musical no caso da Musicoterapia, que é travado entre paciente/cliente/participante e Musicoterapeuta. Ambos os “logos” precisam ser respeitados nos discursos musicais. Qual o momento de intervir? Qual o momento de



**XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA**

31 de maio a 03 de junho de 2018

ouvir? Qual o momento de “responder”? Tocar? Não tocar? Essas perguntas só podem ser respondidas de forma ética e estética se houver clareza na escuta do diálogo.

A criatividade estará presente no setting musicoterapêutico de muitas formas. Seja na escolha dos instrumentos, na variação rítmica, na mudança harmônica e melódica ou mesmo nos momentos de silêncio. Diversos são os fatores que influenciarão este processo criativo na relação musicoterapeuta-cliente/paciente/participante. Estudos que apóiem a Musicoterapia com teóricos de outras áreas como a linguagem mostram-se importantes para fortalecimento do campo, além da sua difusão da nossa área entre outros saberes.

4. Considerações finais

Pensar construtos teóricos de outras áreas para aportá-los na Musicoterapia é uma tarefa árdua. Isto exige uma segurança teórico-conceitual da nossa própria *práxis* a fim de que possamos navegar por outros saberes reconhecendo que em alguns momentos a sensação será de “estou perdido!”. Antes que isso seja ruim, nos convida a encontrar novos aportes e horizontes teóricos.

Um dos pontos fortes da leitura bakhtiniana certamente é o convite à compreensão sociológica e social da realidade. Estamos sempre em permanente interação, nos realizando e nos construindo pelo discurso (no nosso caso sonoro-musical) nestas redes que se formam. Como afirmaram Bakhtin & Voloshinov “A entoação sempre está na fronteira do verbal com o não-verbal, do dito com o não-dito. Na entoação, o discurso entra diretamente em contato com a vida”.

São estes atos comunicativos, verbais, não-verbais e sonoro-musicais que confrontarão a vida que há em nós com a vida que há em nossas(os) clientes/pacientes/participantes dentro de um processo musicoterapêutico.

5. Referências

ALENCAR, Eunice M. L. Soriano de; FLEITH, Denise de Souza. Contribuições teóricas recentes ao estudo da criatividade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 19, n. 1, p. 1-8, jan./abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722003000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722003000100002>.



XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

BAFFI, Maria Adélia Teixeira. **Modalidade de pesquisa: um estudo introdutório**, Petrópolis, 2002. Disponível parcialmente em: <http://usuarios.upf.br/~clovia/pesq_bl/textos/texto02.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2018.

BAKHTIN, Mikhail. **Estética da criação verbal**. Introdução e tradução do russo de Paulo Bezerra. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. (Original publicado em 1979)

BAKHTIN, Mikhail Mikhailovich; VOLOSHINOV, Valentin Nikolaevich. Discurso na vida e discurso na arte (sobre a poética sociológica). Trad. de Carlos Alberto Faraco e Cristóvão Tezza. In: VOLOSHINOV, V. N. **Freudism**. New York: Academic Press, 1976.

BEGGIATO, Sheila; NASCIMENTO, Lázaro Castro Silva; STENICO, Marcella Balbino. O processo criativo para Mikhail Bakhtin e Lev Vygotski: possíveis aportes com a Musicoterapia. **Anais do XVII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**: Goiânia. p. 158-164. 2017.

CAMBRIA, Vincenzo. Novas estratégias na pesquisa musical: pesquisa participativa e etnomusicologia In: ARAUJO, Samuel; CAMBRIA, Vincenzo; PAZ, Gaspar (Org.). **Música em debate: perspectivas interdisciplinares**. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2012. p. 199-211.

CORRÊA, Guilherme Torres; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Dialogando com Bakhtin: algumas contribuições para a compreensão das interações verbais no campo da saúde. **Comunicação Saúde Educação**, v. 16, n. 41, p. 331-41, abr./jun. 2012.

LEITE, Francisco Benedito. Mikhail Mikhailovich Bakhtin: breve biografia e alguns conceitos. **Revista Magistro**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.43-63, 2011.

LUQUES, Solange Ugo. Cronotopo: a teoria bakhtiniana em sala de aula. **Cadernos de Pós Graduação em Letras (Online)**, v. 14, p. 88-100, 2014.

MENDES, Maria Francisca. Bakhtin: conceitos-chave. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, p. 178-179, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782007000100016&lng=en&nrm=iso>. acesso em 10 de abril de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782007000100016>.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática x revisão narrativa. Editorial. **Acta Paul Enferm**, 20(2). 2007.

ZANELLA, Andréa Vieira; ZONTA, Grazielle Aline; MAHEIRIE, Katia. Discurso na vida e discurso na arte de atuar: contribuições de Vygotski e do círculo de Bakhtin para a análise da prática teatral. **Crítica Cultural**, v. 8, p. 27-38, 2013.



MUSICOTERAPIA EM GRUPO INTERGERACIONAL E O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO PROJETO ATO DE CANTAR – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lise Lopes Lima

RESUMO: Este trabalho trata-se de um relato da experiência junto ao projeto Ato de Cantar, que é um trabalho de musicoterapia e canto coletivo. A experiência consistiu em um trabalho realizado com um grupo de pessoas com Transtorno do Espectro Autista e seus familiares, membros da Associação Fortaleza Azul, que aconteceu no segundo semestre de 2017, na cidade de Fortaleza. De caráter qualitativo, foi possível observar aspectos relativos à comunicação, interação e expressão dos participantes e os efeitos do trabalho musicoterápico sobre a dinâmica familiar. O Projeto Ato de Cantar é um corpo formado por eixos de intervenções junto a cantores profissionais, pessoas que tem na prática do canto seu lazer, e pessoas que buscam na Musicoterapia um recurso terapêutico. Dentro do âmbito terapêutico junto a pessoas com TEA, busca criar um espaço de expressão espontânea e desenvolve uma metodologia que busca favorecer o neurodesenvolvimento, realizando atividades musicais com estratégias criativas e dinâmicas. Os terapeutas utilizam-se de recursos sonoros e do movimento e buscam facilitar uma relação autêntica com os participantes. Pôde-se perceber resultados favoráveis a partir do trabalho realizado, expressos individualmente, em grupo e na família. Alguns aspectos que podem ser destacados por terem apresentado melhora são: iniciativa, participação, presença, autopercepção, atenção, expressão verbal e não verbal. As mães relataram que puderam ressignificar aspectos importantes de suas percepções sobre si mesmas e sobre seus filhos, redimensionar expectativas, além de experimentarem relaxamento e bem-estar.

Palavras-chave: Musicoterapia grupal, Canto, Autismo, Família.

INTRODUÇÃO

A musicoterapia tem uma atuação forte, presente e organizada dentro dos transtornos globais do desenvolvimento, com destaque para o Transtorno do Espectro Autista – TEA. Isso se deve aos bons resultados obtidos, principalmente nas áreas da comunicação e interação social, e às recentes pesquisas realizadas (SAMPAIO et al, 2015). Dentro desse quadro clínico, a musicoterapia já atua há mais de quarenta anos, se tomarmos a perspectiva mundial (GATTINO, 2012). Em uma revisão sistemática realizada em 2013, foi possível identificar diversas dessas pesquisas e tratamentos de musicoterapia realizados com TEA e elencar resultados mais específicos. Para citar

alguns: melhoras nas relações interpessoais e na comunicação, aquisição de liberdade expressiva, melhoras em aspectos vocais, verbais e rítmicos, adesão aos tratamentos, diminuição de crises comportamentais, dentre outros (BRANDALISE, 2013).

A musicoterapia no estado do Ceará também obteve grande destaque com esse público e vem sendo bastante procurada como estratégia de tratamento. Uma maior visibilidade se deu, em parte, devido ao musical “Uma Sinfonia Diferente – Azul da Cor do Mar” trabalho realizado com membros da Associação Fortaleza Azul em parceria com diversos profissionais, em 2016. O referido trabalho foi o primeiro musical voltado exclusivamente para o autismo no Nordeste e contou com a participação de musicoterapeutas formados na primeira turma de pós-graduação em musicoterapia do estado do Ceará (SCALIOTTI, 2016).

O momento no qual a musicoterapia se encontra no Ceará, aponta para a necessidade de conhecermos os trabalhos e pesquisas que vêm sendo realizadas pelos profissionais que se encontram atuando no mercado de trabalho, bem como divulgar a profissão e compreender como ela está promovendo saúde e lidando com quadros clínicos diversos. É momento propício para que se pense sobre a atuação desse profissional dentro da rede de cuidados à saúde, articulação com outras especialidades e metodologias de trabalho.

O presente artigo buscou relatar a experiência de estágio no curso de pós graduação em musicoterapia da Faculdade Padre Dourado, no segundo semestre de 2017. Tratou-se de uma intervenção de musicoterapia junto a famílias de indivíduos com TEA no Projeto Ato de Cantar, realizada na cidade de Fortaleza. Objetivou-se observar como o trabalho musicoterápico intergeracional poderia auxiliar na expressão e interação dos indivíduos de uma mesma família. Os atendimentos aconteceram em grupo composto por indivíduos com TEA e seus familiares, em encontros quinzenais, de uma hora de duração cada. Os membros do grupo fazem parte da Associação Fortaleza Azul e o musicoterapeuta realizador do projeto foi Glairton Santiago, profissional parceiro da referida Associação.

REFERENCIAL TEÓRICO

Transtorno do Espectro Autista

Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM – V, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que compreende prejuízos persistentes na comunicação e interação social em contextos diversos, além de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Essas características estão presentes desde a infância (APA, 2014).

O termo autismo surge pela primeira vez em 1911, mencionado por Bleuler, que pretendia designar a perda de contato com a realidade e conseqüente dificuldade de comunicação. Em 1943, esta síndrome passou a ser estudada de forma sistemática por Kanner, na ocasião em que realizou um estudo com 11 famílias que possuíam indivíduos que apresentavam a característica comum de retraimento, inabilidade para estabelecer contato afetivo com outras pessoas (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004).

Os estudos na área do TEA ainda buscam esclarecer questões relativas a sua etiologia, mas sabe-se que compreendem fatores genéticos e ambientais. Na observação de aspectos neurológicos percebe-se que há alteração tanto nos aspectos anatômicos, quanto funcionais e neuroquímicos. Também se busca compreender a expressão heterogênea de suas manifestações fenotípicas, que vão desde uma expressão mais leve, com inteligência preservada ou mesmo acima da média, até manifestações mais severas, com ausência de linguagem verbal e retardo mental (GATTINO, 2012).

Segundo Kasari e Lawton, citados por Gattino em sua tese de doutorado, a principal deficiência relativa a linguagem não verbal de crianças com TEA é a ausência de atenção compartilhada, ou seja, da capacidade que é construída durante o desenvolvimento infantil e que parece ser responsável pelo posterior desenvolvimento da linguagem verbal. Isso se dá através da partilha de experiências relacionadas a eventos e objetos, com a presença de contato visual, vocalizações e gestos. (GATTINO, 2012).

Segundo Bosa, citado por Sampaio et al, o bebê inicia o desenvolvimento de suas habilidades de partilhar fenômenos do meio através do olhar, primeiramente para o adulto e posteriormente para os objetos de interesse dos adultos. Assim, estabelece-se uma referência social, que possibilitará com que a criança busque agir sobre o meio da mesma forma que observa o adulto fazer e também com que a criança dirija a atenção do adulto para si, buscando assistência e compartilhando fenômenos (SAMPAIO, 2015).

Musicoterapia e Transtorno do Espectro Autista

A clínica musicoterápica com autismo trabalha buscando criar um ambiente seguro e que possa favorecer a expressão do indivíduo, a ampliação de suas possibilidades de comunicação, o desenvolvimento de funções e potenciais. Isso acontece através de vastas possibilidades de intervenções (GATTINO, 2012).

Craveiro sugere que um dos fatores que propicia os bons resultados da aplicação da musicoterapia com TEA é o fato da mesma propiciar a abertura de canais de comunicação. Ainda segundo a autora, isso se atribui a diversos fatores: a inevitabilidade da experiência musical, as diversas possibilidades do *setting* musicoterápico, capazes de favorecer estados regressivos e integradores, a propriedade da música de veicular sentimentos e emoções, propiciar catarses, propiciar o vínculo terapêutico e favorecer a socialização (CRAVEIRO, 1999).

Gattino embasa que esse canal de comunicação eficaz favorecido pela música se dá, em grande parte, devido ao caráter não verbal da linguagem musical. Os pacientes com TEA possuem dificuldade com aspectos não verbais, mas como possuem um processamento sensível do fenômeno musical, a música se configura como catalisadora também de linguagem e comunicação, além de favorecerem o engajamento do paciente com o musicoterapeuta (Gattino, 2012).

Sampaio ressalta a importância do trabalho musicoterápico com paciente autistas no sentido de propiciar experiências mobilizadoras através de elementos musicais como o pulso, por exemplo, visto que ele cria um ambiente seguro, previsível, contínuo, oferecendo uma atmosfera não ameaçadora ou aversiva à experiência vivida no *setting* musicoterápico. Assim, a partir desse ambiente seguro, outras possibilidades mais ousadas vão sendo naturalmente possíveis e os resultados, além da criação de um continente às expressões do paciente, vão chegando além, em aspectos mais complexos.

“A música não somente pode eliciar emoções mas também mobilizar processos cognitivos complexos como atenção dividida e sustentada, memória, controle de impulso, planejamento, execução e controle de ações motoras, entre outros. “ (SAMPAIO, 2015 p.147)

Associação Fortaleza Azul (FAZ)

A Associação Fortaleza Azul - FAZ foi fundada dia 02 de abril de 2015 partindo da necessidade das famílias de pessoas com Transtorno do Espectro Autista em unir forças para buscar, junto aos Poderes Públicos e à sociedade em geral, a garantia e efetivação dos direitos das pessoas com autismo.

Possui como objetivos a defesa dos interesses e direitos das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA); a promoção, apoio e incentivo na realização de projetos que busquem divulgar e esclarecer a sociedade; o estabelecimento de parcerias com outras instituições para que tanto os pais quanto educadores e outros profissionais possam receber formações através de cursos, seminários, pesquisas e estudos sobre o Transtorno do Espectro Autista e temas relacionados, bem como através de atividades e projetos que envolvam autistas e suas famílias.

Para alcançar os objetivos aos quais se propões, a FAZ possui alguns eixos de atuação, que compreendem ações internas e externas. As primeiras compreendem acolhimento, orientação e fortalecimento das famílias, através da promoção de oficinas, rodas de conversas, informações sobre meios legais e garantia de direitos, além de descontos em atendimentos especializados e estratégias de socialização entre as famílias associadas.

Nas ações externas, observa-se a divulgação do Transtorno do Espectro do Autismo através de palestras, simpósios, jornadas promovidas pela própria FAZ ou através de apoio de parceiros, trazendo profissionais da cidade ou de outros locais que são referência no campo de atuação do autismo. Também têm um forte eixo de atuação nas mídias sociais divulgando novidades e informando o público sobre o tema, favorecendo a compreensão e informação de qualidade, fator importante no combate ao preconceito. As ações realizadas através dessa frente se concentram nas campanhas de conscientização, nas celebrações de datas do calendário festivo (dia das mães, dos pais, dos irmãos, etc), bem como a divulgação de eventos, informes sobre palestras, jornadas, workshops e as atividades de visitas que fazemos em instituições educacionais (escolas e faculdades) para tratar do autismo.

O Projeto Ato de Cantar

O Projeto Ato de Cantar acontece no estado do Ceará e é realizado pelo musicoterapeuta Glairton Santiago. Trata-se de um projeto voltado para o canto coletivo em uma perspectiva musicoterápica e debruça-se sobre diversos contextos; profissionais do canto, pessoas com comprometimento neurológico, apreciadores da voz, dentre outros.

O Projeto se utiliza de recursos sonoros e do movimento, e busca criar um espaço que favoreça a expressão espontânea e a tomada de iniciativa. Prioriza atividades musicais dinâmicas e criativas, favorecendo o neurodesenvolvimento e o bem-estar. Compreende o espaço terapêutico como encontro e cruzamento de diversos significados e fenômenos que podem ser compartilhados entre o grupo.

Glairton é pós-graduado em musicoterapia pela Faculdade Padre Dourado e possui experiência como terapeuta nas áreas do TEA e do neurodesenvolvimento, dentre outros quadros clínicos. Também possui vasta experiência artística e terapêutica na área do canto e da voz.

Para esse eixo do trabalho, o referido profissional realizou um convite às famílias membros da Associação Fortaleza Azul. A ideia era realizar um trabalho coletivo que pudesse culminar no contexto de fim de ano, celebrando e divulgando a causa na cidade.

A autora deste artigo relata a própria experiência de estágio, onde participou atuando como co-terapeuta em grande parte do processo, além de conduzir diversas atividades com o grupo e participar das demais etapas do processo musicoterápico, como planejamento e avaliação.

Metodologia do Projeto Ato de Cantar

A escolha dos sujeitos para a participação neste trabalho foi de indivíduos com TEA que tivessem a idade mínima de oito anos e que possuíssem a linguagem verbal desenvolvida. Os familiares também foram convidados a participar e todas as atividades aconteceram dentro do contexto intergeracional.

O grupo permaneceu aberto durante as primeiras sessões, mantendo a divulgação e o convite a novos participantes e teve, nesse primeiro momento, a participação de crianças e adolescentes autistas, irmãos, pais, mães e avós. Após esse período inicial, as atividades seguiram com um grupo fixo composto por cinco

participantes, sendo eles: dois adolescentes com TEA, duas mães e uma criança (irmã de um dos adolescentes).

As sessões obedeciam a uma estrutura que buscava favorecer a marcação dos momentos, situando os participantes no tempo e no espaço, deixando claro a hora de começar e de acabar. Também buscava-se fazer ganchos entre uma atividade e outra, o que favorece a fluidez entre as etapas do encontro.

Também foram utilizados recursos de movimento, que buscavam favorecer a consciência corporal e autopercepção e percepção do outro; integração sensorial, favorecendo a integração da experiência sensível e o desenvolvimento neurológico em diversos aspectos e arteterapia, buscando ampliar as possibilidades de expressão e significação.

Alguns objetivos foram estabelecidos para o início do trabalho. Buscou-se favorecer a formação de vínculo entre a equipe e os participantes, a tomada de iniciativa e a expressão musical, para que assim pudessem sentir-se motivados a atuar, contribuir e expressar-se livremente.

Também buscou-se, no início do processo, avaliar os aspectos musicais, ou seja, observar como os participantes lidavam com os diversos aspectos do som e da música e com os diversos graus de dificuldade das propostas.

Após o início das atividades, novos objetivos foram-se delineando a partir das especificidades do grupo. Percebeu-se que era necessário trabalhar a autonomia dos participantes, pois observou-se que alguns pais intervinham na expressão do filho, a partir de conceitos de certo e errado, ou mesmo criticavam, o que impedia com que o filho tentasse ou fizesse determinada consigna do modo dele e desviava o caráter espontâneo e livre do comportamento e das expectativas. Assim, também foi objetivo do processo terapêutico favorecer a ressignificação do que se faz, se cria e se produz, acreditando que os conceitos de erro e acerto não eram os mais importantes quando as propostas eram dadas, mas sim um olhar mais ampliado que buscava criar um espaço para acolher as expressões e limitações diversas. Também buscou-se trabalhar a espontaneidade, com o objetivo de propiciar expressões e comportamentos mais autênticos e livres de racionalizações e julgamentos.

O trabalho relativo a atenção se manteve como objetivo durante todo o processo, bem como o trabalho de turno, ou seja, de alternância, pois alguns participantes apresentavam dificuldade em alternar com o outro, em esperar sua vez ou a vez do outro.

Durante os encontros os terapeutas perceberam que o espaço criado também se configurava como um espaço de prazer e satisfação para os participantes. Assim, favorecer o bem-estar e a alegria também foi um dos objetivos considerados na forma de realizar as atividades e nas atividades em si. Esse aspecto era bem claro para os familiares dos autistas, sempre tão absorvidos e exigidos em deveres e atividades. Percebemos que eles, pais e avós, relaxavam e se divertiam bastante e que aquele momento era algo importante e valorizado por eles.

As músicas trabalhadas durante o processo foram escolhidas pelo musicoterapeuta. Segundo Barcellos, a escolha de músicas para as atividades de re-criação musical podem ser feitas tanto pelo paciente quanto pelo musicoterapeuta. No segundo caso, a escolha é motivada por aspectos relativos ao processo e seus objetivos, como também por “Empatia Cultural”, conceito cunhado em 1996 pelos autores Lingle e Ridley e que diz respeito a compreensão por parte do terapeuta sobre a música do paciente, o vínculo terapêutico, a comunicação e a expressão de conteúdos internos. Assim, abaixo estão as duas músicas escolhidas e a justificativa das escolhas (BARCELLOS, 2016).

Semente do Amanhã (Nunca Pare de Sonhar) 1984 – Gonzaguinha

A música traz mensagens importantes para o contexto do trabalho realizado, que são aspectos relativos a esperança no que está por vir e confiança no que se pode alcançar, além de trazer a ideia de pertencimento e força da coletividade. Inicia com uma imagem leve e pertinente, que é a de um menino que brinca e se desenrola em melodia tranquila e emocionante. O objetivo com essa escolha foi a de que trouxesse um ambiente de acolhimento e motivação para os pais, que em muitos momentos estão sendo exigidos pela família e pela sociedade a garantir as necessidades dos filhos autistas.

“Ontem um menino que brincava me falou

Que hoje é semente do amanhã

Para não ter medo, que esse tempo vai passar

Não se desespere não, nem pare de sonhar.

Nunca se entregue, nasça sempre com as manhãs...

Deixe a luz do sol brilhar no céu do seu olhar!

Fé na vida Fé no homem, fé no que virá!

Nós podemos tudo, nós podemos mais

Vamos lá fazer o que será”

Minha Canção 1977 – Chico Buarque

A música tem uma estrutura que apresenta a escala de dó maior, nota por nota, de forma ascendente e descendente. Cada frase começa com uma nota, tanto de forma gráfica quanto na altura. O objetivo foi facilitar o processo de aprendizagem musical relativo a duração, altura, movimento e organização. Esses elementos também afetam subjetivamente os participantes, podendo trabalhar de forma análoga os movimentos internos e subjetivos.

Dorme a cidade

Resta um coração

Misterioso

Faz uma ilusão

Soletra um verso

Lavra a melodia

Singelamente

Dolorosamente

Doce a música

Silenciosa

Larga o meu peito

Solta-se no espaço

Faz-se a certeza

Minha canção

Réstia de luz onde

Dorme o meu irmão

SESSÃO DE NÚMERO 1 - 22/07/2017

Acolhida

“ - Boa tarde!” (musicoterapeuta) – “Boa tarde!” (todos) 2x

(a cada rodada alguém dizia o nome, apresentando-se para o grupo)

“- Como é bom ter você aqui!” ou “Como é bom ter (nome) aqui!”

(As músicas de acolhida foram utilizadas dentro de algumas variações. Por exemplo, em determinado encontro, cada “boa tarde” devia ser respondido com palmas, uma vez no primeiro e duas no segundo. Outra vez, ao invés da pessoa dizer seu nome, ela fazia um som, e o grupo respondia repetindo o som da pessoa dentro da dinâmica da música)

Aquecimento

Objetivo: Aquecimento específico, envolvendo corpo (favorecendo alongamento, aquecimento, presença e disponibilidade para a atividade) e voz (respiração) para que fossem trabalhadas atividades rítmicas e vocais posteriormente.

Musicoterapeuta sugeriu que cada participante desenhasse um grande círculo imaginário no ar com o dedo. O círculo deveria ser o maior possível. Brincamos de desenhá-lo com a mão direita, com a mão esquerda, com as duas ao mesmo tempo, com o pé direito e com o pé esquerdo. Agora, soprando o ar enquanto desenhamos o círculo. Deveríamos concluir o círculo no tempo que se terminava de esvaziar os pulmões. Repetimos as variações com os membros do corpo, sempre soprando o ar. Variamos o sopro também, soltando em “s”.

(Esse aquecimento também foi utilizado com outras variações. Por exemplo, em duplas, cada dupla desenhava o círculo com as mãos dadas e soltando o ar)

Atividades:

1) Quem conhece as vogais?

Pronunciamos vogal por vogal, todos juntos, repetindo algumas vezes. O musicoterapeuta pedia para uma pessoa escolher uma vogal, daí todos verbalizaram a vogal escolhida. Repetiu isso com cada participante, e o grupo respondia. Após, o musicoterapeuta associou cada dedo de sua mão a uma vogal. Mostrou essa convenção ao grupo, apontando o dedo e pronunciando a vogal correspondente. Solicitou então que o grupo respondesse ao comando, verbalizando a vogal correspondente quando ele ia apontando os dedos de sua mão. Repetimos algumas vezes.

Depois, trabalhamos variações de intensidade dentro dessa mesma atividade. A convenção sugerida foi que quando o musicoterapeuta aproximava a mão de seu próprio corpo, o grupo deveria verbalizar a vogal de forma suave e quando ele afastasse a mão de seu próprio corpo, o grupo cantava/pronunciava forte. Nessa etapa, íamos seguindo a sequência regular das vogais, de “a” a “u”.

Para finalizar essa atividade, o musicoterapeuta pediu para voluntários "regerem" o aeiou, ou seja, apontarem os dedos de suas próprias mãos e o grupo ia respondendo conforme a convenção ensinada.

2) Quem conhece as notas musicais?

Pronunciamos as sete notas musicais várias vezes. Com o acompanhamento feito no pandeiro pelo musicoterapeuta, pronunciamos mais algumas vezes, marcando a duração das pronúncias a partir do ritmo, ainda sem cantar.

Com o musicoterapeuta ao teclado, cantamos a sequência das notas até SOL, para que o grupo aprendesse. Ele pediu para voluntários tocarem a sequência de Dó a Sol no teclado, ele guiando a mão da pessoa, enquanto o grupo ia cantando as cinco notas. Separou-se as vozes graves e as agudas, cantando separadamente e depois, todos juntos.

Musicoterapeuta voltou para o pandeiro, voltando a fazer o ritmo e, desta vez, o grupo deveria ir cantando as notas musicais. Depois o grupo devia ir cantando as notas enquanto o pandeiro era tocado e deveriam parar de cantar quando o pandeiro parava e voltar a cantar quando o pandeiro voltava a tocar.

Após o aprendizado das cinco primeiras notas da escala de Dó, aprendemos um trecho da música Minha Canção, onde cada frase da música começa com uma nota musical.

3) Atividade Rítmica

O musicoterapeuta tocou o pandeiro em ritmo de baião. Ele sugeriu que quando fizesse um breque com uma virada, o grupo batesse uma palma, ao passo que ele voltava para o ritmo, para nova parada. Repetimos isso algumas vezes. O musicoterapeuta então mostrou uma nova virada para terminar a frase no breque. Nessa nova frase, o grupo deveria responder com duas palmas. Assim, o musicoterapeuta ia tocando o pandeiro até que ele fazia uma das duas células rítmicas, dando o breque para que o grupo respondesse com as palmas correspondentes à virada (uma ou duas palmas).

Essa atividade foi retomada em sessão posterior e acrescida de variações: após repetir a atividade conforme descrito acima, o musicoterapeuta continuou tocando o mesmo ritmo, mas dessa vez andando pela sala. A consigna das palmas é a mesma, explica ele, mas deverá ser feita no pandeiro. Quem fará será o participante que estiver em frente ao musicoterapeuta. Assim, ele vai se encaminhando a cada participante, alternadamente e com tempo para que cada um saiba que é sua vez, então a pessoa escolhida finaliza a frase rítmica com as batidas (uma ou duas) no pandeiro tocado pelo profissional. Brincamos um pouco com essa dinâmica.

Outras variações, também realizadas em sessão posterior foram as seguintes: os participantes foram divididos em duplas e orientados a posicionarem-se frente a frente e com as duas palmas das mãos viradas para a do colega. Assim, o musicoterapeuta voltou a fazer o ritmo e agora deveríamos completar a frase (com uma palma ou duas) batendo nas mãos da dupla correspondente.

Depois disso, voltando para a roda onde cada pessoa respondia individualmente, o musicoterapeuta inverteu a ordem das frases rítmicas: cada participante, alternadamente, batia uma ou duas palmas, conforme a escolha livre de cada um, e o musicoterapeuta devia responder com a frase rítmica correspondente.

4) Desenho de uma música que eu gosto

Distribuímos papéis e lápis de cor para cada participantes e foi sugerido que desenhassem uma música que gostassem muito. Após concluir o desenho, cada pessoa mostrava o desenho e o grupo olhava, tentava adivinhar a música escolhida e então todos cantávamos a música da pessoa.

Fechamento: Canção de despedida

“Boa tarde! boa tarde! (participante diz o nome) Foi muito bom ter você aqui”

SESSÃO NÚMERO 3 - 19/08/2017

Acolhida:

“Amigo como é bom ter você mais uma vez!”

“(nome do participante) como é bom ter você mais uma vez!”

Atividade:

1) Improvisação: trabalhando a atenção, turno e criatividade

Cada pessoa escolheu um instrumento. Fizemos uma rodada onde cada pessoa tocava um pouco o seu instrumento. Após, musicoterapeuta munido de um caxixi explicou que iria se dirigir a cada participante, em ordem aleatória e começaria a tocar o caxixi. O participante escolhido deveria tocar junto com ele, até ele se distanciar novamente. Assim, foi contemplando todos os participantes.

Após, formamos duplas, cada um com seu instrumento. A proposta era que cada dupla tocasse junto seu instrumento, escolhendo anteriormente quem deveria guiar a improvisação. Depois trocava quem guiava e realizavam novamente a improvisação em dupla.

2) Procurando a Fonte Sonora e Integrando Sentidos

O musicoterapeuta solicitava que os participantes fechassem os olhos e apontassem para a direção de onde o som estava vindo. Enquanto isso, ele cantava uma música enquanto movimentava-se pela sala. Após algum tempo, parava e pedia que todos abrissem os olhos. Assim, nos divertíamos com as tentativas e conversávamos sobre as dificuldades encontradas, as sensações, os êxitos. Repetimos o procedimento algumas vezes e a música cantada era Semente do Amanhã, introduzindo a sonoridade que seria aprendida em seguida.

3) Música: Semente do Amanhã

Sentado ao teclado, musicoterapeuta ensinou um trecho da música Semente do Amanhã. Fomos aprendendo frase a frase e cantando com a ajuda do teclado.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Condensando as observações e os relatos clínicos, pôde-se identificar resultados favoráveis nos seguintes aspectos: atenção, envolvimento, autopercepção, confiança, autoestima, espontaneidade, autonomia, relaxamento, bem-estar, expectativas, comunicação verbal e não verbal e expressão.

Abaixo, uma descrição mais individualizada dos dois núcleos familiares:

O grupo familiar 1 é composto por mãe e filho adolescente autista. A mãe apresentou comportamento rígido em relação ao filho e tendência a reagir com críticas. Apresentava ansiedade com as atividades propostas. O adolescente possui linguagem verbal restrita, apresenta ecolalia. Apresenta baixo tônus muscular e pouca tomada de iniciativa. Ao ser estimulado durante as atividades, costumava dirigir o olhar para a mãe e repetir os comandos verbais.

A mãe apresentou melhora perceptível na postura com o filho, permitindo-lhe maior autonomia e demonstrando maior tranquilidade e bom humor. Para isso, além das intervenções durante as sessões, foi necessária uma intervenção individual com ela, no sentido de sensibilizá-la sobre seu comportamento. Ao compartilhar suas percepções, pontuou que via de forma mais leve a expressão de seu filho, dentro de erros e acertos e valorizando mais as conquistas, mesmo que pequenas (redimensionou as expectativas). Também relatou que a experiência do grupo havia trazido um relaxamento, bem-estar e a percepção de que cada pessoa possui dificuldades e isso é bastante relativo e heterogêneo entre os seres humanos, pois os desafios nos atravessam de forma diferentes e cada um tem sua maneira de lidar com eles. Assim como seu filho havia tido dificuldade com as atividades, ela também experimentou dificuldades.

O adolescente apresentou melhoras principalmente em aspectos não-verbais. Em atividades de movimento e contato, pôde-se perceber maior fluidez, permanência, engajamento e contato com os outros participantes. Para realizar as consignas propostas, ele observava os demais participantes e isso parecia ajudá-lo a entender o que se esperava de cada atividade.

Ao ser estimulado a partilhar sua experiência, gostos e preferências, ele mencionou os diversos instrumentos, deixando claro seu gosto por eles e pelas atividades onde os instrumentos estavam presentes. Além disso, memorizou todas as canções. O apreço em participar das atividades de musicoterapia também foi confirmado pelo relato

da mãe, que nos disse que ele pedia para ir para as atividades e cobrava quando não tinha.

O Grupo Familiar 2 é composto por mãe, filha criança e filho adolescente autista. A mãe apresentou diversas características favoráveis ao processo, como otimismo e comunicação expressiva. Essas habilidades facilitam o processo de autorregulação e coesão do grupo, bem como a manutenção de um ambiente de aceitação mútua e liberdade de expressão. A irmã também apresentou características favoráveis ao processo, como boa autorregulação, presença e alegria.

O adolescente possui linguagem verbal bastante desenvolvida e boa comunicação. Apresenta movimentos estereotipados.

Em roda de conversa, a mãe expôs que durante o trabalho pôde perceber seu nível elevado de ansiedade e a tensão de sempre estar no controle de tudo, monitorando, se assegurando das questões relacionadas ao filho. Assim, procurou tratamento também para si e redimensionou suas expectativas em relação ao filho autista, percebendo que o mais importante era ele poder sentir-se bem e desenvolver-se de acordo com suas potencialidades. Na maioria das sessões ela estimulava todos os participantes e disponibilizava-se com alegria em todas as propostas.

A irmã relatou gostar muito dos encontros, ter aprendido coisas novas e percebido que tem coisas que o irmão consegue fazer e outras não. Diz que isso às vezes mexe com seus sentimentos, deixando-a frustrada, mas que hoje percebe melhor que esse é o jeito dele. Percebemos isso quando ela passou a intervir menos na expressão do irmão no decorrer dos encontros, favorecendo a autonomia dele e se colocando disponível mais quando ele solicitava ajuda.

O adolescente apresentou melhora nos aspectos da comunicação verbal, onde passou a realizar mais perguntas e a fazer questão de explicar-se e justificar-se, principalmente quando alguém fazia alguma consideração sobre ele. Também relatou gostar bastante das atividades realizadas e acompanhou bem as propostas, demonstrando compreender os comandos e abstrair alguns conceitos ou propostas mais complexas, fazendo ganchos com informações de seu contexto e trazendo sugestões. Também verbalizou sobre as atividades que gostou menos.

Percebeu-se que os participantes adquiriram um nível maior de autopercepção, que questões relacionadas à dinâmica familiar puderam ser melhor compreendidas por eles mesmos e algumas habilidades puderam ser treinadas durante o processo. Percebemos que os participantes exercitaram uma maior entrega a medida que o trabalho foi-se desenrolando e que isso favoreceu a espontaneidade, a ludicidade e que eles permitiram-se expor, errar e também deixar o outro se expressar conforme fosse, podendo também errar e exercitar sua autonomia, principalmente dos indivíduos com TEA.

O Grupo Familiar 1 passou a interagir com mais leveza e menos cobrança, onde cada um pôde ficar mais livre para experimentar-se individualmente.

O Grupo Familiar 2 pôde compartilhar informações uns com os outros, escutar-se mutuamente e fluir mais ainda o afeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A musicoterapia no estado do Ceará inicia uma caminhada promissora dentro dos quadros dos transtornos do neurodesenvolvimento. Os trabalhos que vêm sendo realizados divulgarão cada vez mais essa ciência e irão estimular o desenvolvimentos de trabalhos na área. Além disso, trarão o desenvolvimento de novas metodologias a serem aplicadas nos diversos contextos, ambientes e públicos onde o trabalho musicoterápico pode acontecer.

As evidências observadas nessa intervenção corroboram para a importância do trabalho musicoterápico junto a indivíduos com TEA e apontam para os efeitos bastante positivos e fortalecedores quando esse trabalho é estendido às famílias. Quando o terapeuta age dentro do contexto familiar, é possível identificar aspectos importantes dessa dinâmica, como padrão de comunicação, expandindo assim sua possibilidade de avaliação e intervenção.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Lia Rejane. **Quaternos de Musicoterapia e Coda**. Barcelona Publishers, 2016.

BRANDALISE, André. **Musicoterapia Aplicada à Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA): Uma Revisão Sistemática**. Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XVII n° 18 ANO 2015. p. 25 a 42.

CRAVEIRO, Leomara. **Musicoterapia e Autismo: um “setting” em rizoma**. 1999 Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano IV ---hg número 5. 2001. Disponível em: <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/ano-iv-numero-5-2001/>. Acesso em: 05 de Agosto de 2017.

Estatuto FAZ 2017. Disponível em: http://www.faz.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Estatuto-Social-FAZ_2017.pdf. Acesso em: 19 nov 2017.

GADIA, Carlos A.; TUCHMAN, Roberto; ROTTA, Newra T. **Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento**. Jornal e pediatria 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa10.pdf>. Acesso em: 25 maio 2009.

GATTINO, Gustavo. **Musicoterapia Aplicada à Avaliação da Comunicação Não-Verbal de Crianças com Transtorno do Espectro Autista: Revisão Sistemática e Estudo de Validação**. Porto Alegre, 2012.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM – V. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SAMPAIO, R. T. et al. **A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo: uma abordagem informada pelas neurociências para a prática clínica**. Disponível em: www.scielo.br/pdf/pm/n32/1517-7599-pm-32-0137.pdf. Acesso em: 07 fev. 2018.

SCALIOTTI, Oswaldo. *Documentário mostra os bastidores de musical protagonizado por crianças autistas*. 2016. Disponível em: <http://tribunadoceara.uol.com.br/blogs/investe-ce/2016/11/09/documentario-mostra-os-bastidores-de-musical-protagonizado-por-criancas-autistas/>. Acesso em: 21 maio 2018.



A MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PESSOAS COM AUTISMO: Um Estudo No Centro Integrado de Educação e Saúde de Quixadá (CIES)¹

MUSICOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PERSONS WITH AUTISM: A Study In the Integrated Center of Education and Health of Quixadá (CIES)

Helder de Menezes²
Faculdade Padre Dourado

Resumo: O artigo trata da utilização da Musicoterapia com três crianças autistas em um período de dois meses. Teve por objetivo compreender o papel da Musicoterapia no processo de desenvolvimento da comunicação e expressão. Realizou-se entrevistas com familiares das crianças, com uma psicóloga e uma professora e foram feitas sessões musicoterápicas. Como referencial teórico, utilizou-se principalmente os estudos de Gattino (2015). Assim, pode-se perceber que a Musicoterapia favoreceu no desenvolvimento da comunicação e expressão.

Palavras-chave: Musicoterapia. Autismo. Comunicação. Expressão.

Abstract: The article deals with the use of music therapy with three autistic children in a period of two months. It aimed to understand the role of music therapy in the process of developing communication and expression. Interviews were carried out with the children's relatives, a psychologist and a teacher, and music therapy sessions were held. As a theoretical reference, the studies of Gattino (2015) were used. Thus, it can be seen that Music Therapy favored the development of communication and expression.

Keywords: Music Therapy. Autism. Communication. Expression.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é entendido, segundo Gattino (2012) e Gaston et al (1982) como um complexo de características com alterações no comportamento, na linguagem, dificuldades de socialização, interesses restritos de atividades e uma rigidez para aceitar novas situações na vida diária.

¹ Trabalho apresentado no GT_____na modalidade apresentação oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² <http://lattes.com.cnpq.br/8539509748042585>



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Este artigo tem o propósito de buscar compreender de que forma a musicoterapia poderá contribuir para o desenvolvimento de habilidades comunicativas e expressivas.

A pesquisa foi realizada no Centro Integrado de Educação e Saúde (CIES) em Quixadá-CE com três crianças autistas com idades entre três e quatro anos em um período de dois meses (setembro à novembro) de 2017.

Desta forma, buscou-se responder o seguinte questionamento: A musicoterapia contribui para melhorar e desenvolver a comunicação e expressão de crianças com TEA?

Ao final, apresentam-se alguns resultados através de relatos das mães dessas crianças atendidas na musicoterapia que permaneceram até o final da pesquisa, uma psicóloga e uma professora.

1. Transtorno do Espectro Autista

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) está inserido dentro de uma gama de patologias citadas no DSM-5, que a partir dessa nova versão, traz a fusão do Transtorno Autista, Transtorno de Asperger e Transtorno Globais do Desenvolvimento unificados em um só termo.

O TEA apresenta variações de intensidades em níveis que variam entre leve, moderado e severo, em áreas da comunicação social, comportamentos restritos e/ou repetitivos em vez de classificá-los como diferentes transtornos.

Segundo Gattino (2015), o autismo foi mencionado pela primeira vez em 1911, por Bleuler, para descrever crianças que apresentavam comportamentos específicos, tais como, o isolamento social e a dificuldade de interação com outras pessoas.

Por volta de 1943, Kanner se reporta ao mesmo termo e descreve o comportamento de 11 crianças com as mesmas características e trata desta síndrome como “rara” sendo originada por uma “inabilidade inata em estabelecer contato afetivo com outras pessoas” (GATTINO, 2015, p. 12).

De acordo com o mesmo autor, na década de 1960, acreditava-se que o autismo estava interligado aos fatores ambientais como uma consequência da falta de afeto, principalmente da mãe.

Para James (2012) *apud* Gattino (2012), há ideias controversas sobre a influência de fatores ambientais, mas também há uma concordância entre outros



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

estudiosos sobre alguns riscos ambientais tais como “Idade avançada dos pais, uso de medicação materna durante a gestação, hemorragia materna, diabetes gestacional, hipóxia neonatal, ordem de nascimento, a pré-eclâmpsia, as infecções virais no período neonatal”, como também o surgimento de algumas doenças no período da gestação (GATTINO, 2012, p. 28-29).

Para os fatores genéticos, de acordo com Surian (2010, *apud* PINTO, 2016), estudos voltados para a disposição genética mostram que há possibilidades de novos casos de autismo na família por meio do nascimento de irmãos gêmeos e não gêmeos. Assim, “os fatores genéticos são responsáveis por 20% - 25% dos casos de autismo, aproximadamente” (GATTINO, 2015, p. 15).

Gaston et al (1982) destaca que tratando-se da linguagem das pessoas com autismo, vários deles podem expressar uma oralidade que varia desde a emissão de palavras à orações numa idade muito precoce. E de repente, parte dessa população poderá interromper a fala e permanecer como não verbal por tempo indeterminado. Esse comprometimento da comunicação através da linguagem verbal e não verbal varia de acordo com cada indivíduo.

Gattino (2015) ressalta que se deve considerar ainda o funcionamento de algumas estruturas cerebrais, como a área de broca, gânglios de base e também a influência de estímulos ambientais, que podem interferir positivamente para o desenvolvimento da comunicação.

Dentre as dificuldades na comunicação, estão:

...problemas para expressar ou compreender gestos, sons ou palavras. Boa parte dos indivíduos com autismo não consegue adquirir linguagem verbal. Quando a linguagem está presente, existe grande probabilidade de a criança apresentar ecolalia e utilizar palavras fora de contexto (GATTINO, 2015, p. 18-19).

Assim como os fatores cerebrais, ambientais e genéticos, a atenção compartilhada é considerada também como um aspecto para o desenvolvimento da linguagem. Para Redcay (2012 *apud* GATTINO, 2012) há estudiosos que acreditam que a ausência da atenção compartilhada em pessoas com autismo pode ser um grande fator contribuinte para a não aquisição da linguagem não verbal, da comunicação e interação. Crianças com essa habilidade, durante a infância, dão sentido a brincadeiras, a comunicação não verbal pelo contato visual, utilizam brinquedos para simbolizar o seu mundo, objetos e/ou ações gestuais carregadas de significados que são utilizadas como canais de expressão.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Assim, as pessoas com TEA apresentam a ausência da atenção compartilhada, que é um fator crucial para o desenvolvimento da oralidade, das relações sociais e de atribuir significado às ações.

Existem outras características comportamentais e/ou sensoriais observadas nas pessoas com autismo, tais como, movimentos corporais repetitivos como o balançar de braços e mãos, automutilação, morder-se ou andar em círculos. Gaston et al (1982) ressalta que há autores que entendem que o comportamento de auto agressividade da pessoa com autismo seja uma maneira de descobrir seus próprios limites corporais e o autoconhecimento.

1.1. *Musicoterapia Aplicada no Transtorno do Espectro Autista*

De acordo com Gattino (2015) a aplicabilidade da musicoterapia voltada para a pessoa com autismo brota em meados dos anos 1940 quando surgem os primeiros musicoterapeutas nos Estados Unidos. No decorrer desse tempo muitos são os feitos para que a musicoterapia torne-se reconhecida pelo seu potencial terapêutico, tendo na música uma grande riqueza cultural.

Por volta de 1958 os musicoterapeutas adaptavam propostas da educação musical para obter objetivos terapêuticos no desenvolvimento dos aspectos emocionais e sociais, buscando a melhoria da comunicação pelo uso de instrumentos musicais e elementos da música.

Dos primeiros registros, nos anos de 1960 e resultados obtidos com uso da musicoterapia aplicada ao autismo até os dias atuais, “as evidências sobre os efeitos da musicoterapia para indivíduos com TEA estão presentes em experimentos do tipo ensaio controlado randomizado (ECR), além de revisões sistemáticas” (GATTINO, 2012, p. 36).

Para Simpson e Keen (2012) *apud* Gattino (2012) o tratamento através da musicoterapia visa desenvolver habilidades na comunicação social, trabalhar aspectos emocionais, funções cognitivas e ampliar seu vocabulário expressivo, dentre outras.

O mesmo autor ressalta que o potencial musical traz benefícios relevantes para a pessoa com autismo no que concerne a auto organização, já que as canções trazem em si uma estrutura projetada da qual torna a experiência musical algo previsível e favorável para uma situação de estabilidade emocional.

Diversos estudos discutem a Musicoterapia no trabalho com autistas. Podemos citar, como exemplos, Guedes (2015), Gattino (2012), Sampaio et al (2015). Esses



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

autores abordam a utilização da música como ferramenta terapêutica na promoção do bem-estar emocional, social, auto-organização, apreensão de novos comportamentos, dentre outras.

Segundo Sampaio *et al* (2015), a música, como aspecto não verbal, tem sido bastante utilizada no tratamento de pessoa com autismo para criar canais de comunicação e interação, proporcionando, assim, o desenvolvimento das mesmas.

Gattino (2015) mostra uma das razões pelas quais a musicoterapia é aplicada ao autismo com eficácia, apresentando benefícios para áreas do cérebro que estão diretamente relacionadas ao processamento da linguagem oral, ou seja, “os autistas apresentam atividade reduzida em áreas auditivas especificamente destinadas para o processamento da linguagem verbal” (GATTINO, 2015, p. 23). Por isso, muitas pessoas com autismo não entendem a linguagem verbal e por esta razão evitam essa comunicação.

2. Experiência no CIES

Esta pesquisa trata-se de um relato de experiência com uso da musicoterapia aplicada a pessoa com autismo. O CIES é um Centro de Educação e Saúde em Quixadá-CE que atende pessoas com deficiência através de uma equipe multidisciplinar (psicólogos, fonoaudióloga, fisioterapeuta, psicopedagoga e terapeuta ocupacional).

O procedimento técnico adotado para conduzir esta pesquisa foi uma entrevista semiestruturada através de um “...conjunto de questões sobre o tema que está sendo estudado” e ainda permite que o entrevistado possa explorar outras questões que possam vir a colaborar com a pesquisa (PÁDUA, 2004, p. 70).

2.2 Sujeitos da Experiência

Cada uma das crianças será citada pela letra inicial de seus nomes: B, E e D, onde B recebeu 7 (sete) atendimentos, E 6 (seis) e D 11 (onze) sessões.

O paciente B apresentava inquietação, agitação, falta do contato visual, dificuldade de concentração e interação, não conseguia manter-se sentado para realizar as atividades, como também não verbalizava, apenas balbuciava.

De acordo com a entrevista inicial realizada com o pai da criança, o pedido foi de que os objetivos fossem voltados para diminuir a agitação e melhorar a



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

comunicação verbal, pois acreditava que o tratamento feito com a musicoterapia ajudaria a melhorar a concentração e assim contribuiria na melhoria do seu comportamento em casa e na escola.

Nas sessões musicoterápicas o paciente apresentou algumas respostas interativas através do ritmo como imitando o som de animais. Inserindo o microfone como um instrumento a mais, B passou a ter interesse em manuseá-lo e a aproximá-lo da boca com uma perceptível intenção de responder as intervenções cantadas, representada por alguns balbucios e outras vezes pelo próprio silêncio.

Nesta ocasião descrita a criança utilizava o teclado de maneira lúdica para realizar glissando³ ascendentes e descendentes. Abaixo, na figura 1 um trecho da canção cantada que representa o momento da ação da criança.

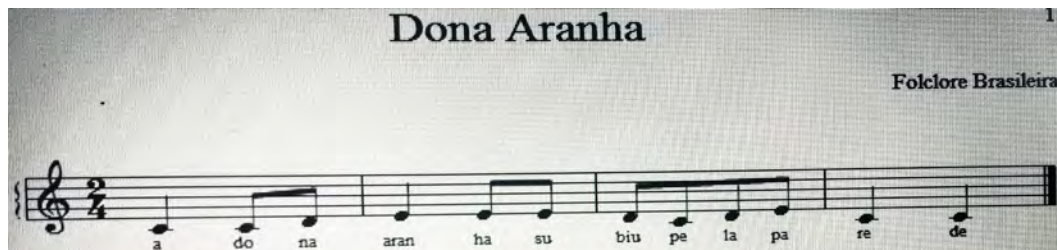


Figura 1

A canção acima foi utilizada para dar significado ao glissando contextualizada ao texto da música (ascendentes e descendentes).

De acordo com Benenson (1988), a canção *Dona Aranha* é ligada ao princípio do ISO, que significa Identidade Sonora. Na sexta e sétima sessão frequentada, B reagiu indiferente, encontrava-se agitado e impaciente, demonstrando não querer ficar na sala de atendimento. Após a sétima sessão, o paciente não retornou aos atendimentos. Assim, ficou impossibilitado de continuar as observações e as intervenções com a musicoterapia, como também não foi possível o contato com os familiares deste paciente.

O segundo paciente chamava-se E, inicialmente apresentou dificuldades de concentração e atraso na linguagem conforme relatos da mãe. Referindo-se ao aspecto cognitivo, atendeu comandos verbais, como também demonstrou curiosidade

³ Efeito de passar os dedos rapidamente sobre as teclas do teclado de modo ascendente e descendente, ou seja, para o lado direito e esquerdo.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

e interesse por instrumentos musicais respondeu as intervenções cantando e manuseando os recursos disponibilizados.

Durante o processo, percebeu-se melhoria na concentração pelo tempo de permanência em uma mesma atividade e/ou instrumentos, principalmente no teclado.

Na figura 2, segue um exemplo prático da participação ativa do paciente através de uma resposta cantada, na maior parte das vezes, em finais de frases.

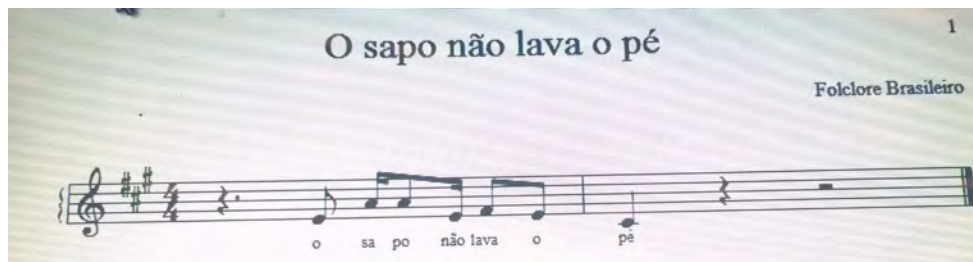


Figura 2

O paciente D apresentou ecolalia, flapping de mãos, não tinha interesse ou iniciativa em realizar as atividades musicais, seu temperamento era calmo e passivo e pouco uso da linguagem. Percebeu logo que a criança precisava de auxílio para a tomada de iniciativa desde o momento de ir buscá-lo para o atendimento musicoterapêutico, como também para iniciar uma atividade.

Durante as sessões musicoterápicas o paciente demonstrou interesse de participação, respostas cantadas e rítmicas, vindo a completar oralmente palavras e pequenas frases de canções infantis. Vejamos abaixo:

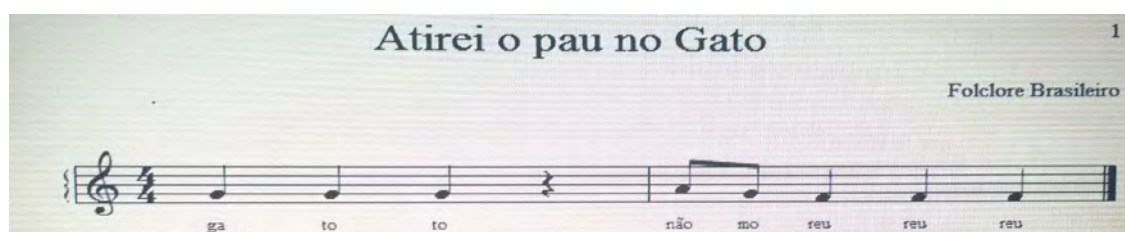


Figura 3

2.3 Técnicas utilizadas: Improvisação e provocativa musical

Em musicoterapia, a improvisação e a provocativa musical são duas técnicas que vem sendo utilizadas para facilitar o processo de tratamento como uma forma de envolver a pessoa com autismo em uma sessão musicoterápica fazendo com que o paciente possa expressar o melhor de si.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

A improvisação musical tem sido bastante mencionada como um recurso que facilita a interação e a comunicação entre terapeuta e paciente, bem como para proporcionar espontaneidade e criatividade.

Dentre os tipos de pacientes que são atendidos com o uso da técnica da improvisação, Gattino (2015) destaca que esta experiência musical tem sido a que mais recebeu registros no tratamento de pessoas com TEA.

A técnica provocativa Barcellos (2016) é utilizada em musicoterapia e propõe-se como o próprio termo menciona, fazer o paciente sentir-se motivado a responder por meio de elementos da música para facilitar a expressão, interação e a comunicação.

A base teórica desta técnica vem de um dos princípios da lei de *Pragnanz*, um termo alemão e significa fechamento, ou seja, este é o princípio da completude, que busca, de acordo com Ferreira (2010), completar algo que ficou incompleto.

Em musicoterapia, um procedimento comum é cantar ou tocar um trecho musical conhecido pelo paciente momento em que, inesperadamente, o musicoterapeuta interrompe esse trecho musical gerando uma tensão e expectativa para que alguém possa vir a completar, no caso, o próprio paciente é provocado a completar o respectivo trecho.

3. Experiência e Relatos

Os relatos abaixo foram extraídos através de depoimentos das mães das crianças que participaram até o final da pesquisa.

Segundo a mãe de E, percebeu que:

Sobre a intervenção musicoterapêutica, observamos, eu e minha família, que, desde pequeno, o E tem uma tendência a reagir aos estímulos musicais como forma de aprendizado e brincadeira. Com a intervenção do profissional da área, ele demonstrou em casa uma afinidade com o instrumento teclado e tudo o que se relacionava ao mesmo. Descobrimos então um novo artifício de trabalhar a coordenação motora dele e a reagir a estímulos sonoros, além de trabalhar a concentração.

Com o auxílio da musicoterapia, o paciente demonstrou interesse e afinidade pela música, bem como a família reconheceu o valor do tratamento e o bem que fez em estar participando desses atendimentos.

Relato da professora sobre D:



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Em relação a D percebemos que, nos dias de sessão de musicoterapia, ele ficava direto olhando para a porta da sala. Algumas vezes levantava e se dirigia até a porta e voltava. E quando o musicoterapeuta chegava à porta, ele ia logo se levantando, dando um pulinho. E, no caso, como ele não conseguia ir ao encontro do musicoterapeuta sozinho, ficava esperando que alguém o pegasse pela mão. E algum tempo depois ele começou a cantar na sala de aula nos momentos coletivos.

Relato da psicóloga:

A música entra nesse processo como mediadora do desenvolvimento infantil em qualquer situação. No processo terapêutico de crianças com TEA e vem a ter um papel importante em várias áreas da sua vida, como também propiciando meio para a comunicação e inter-relações grupais nas quais as crianças passam a observar a música como uma ponte para comunicar-se e desenvolver habilidades sociais. Acredito e posso verificar, na prática, que a musicoterapia vem a ser um recurso a mais na promoção da saúde e qualidade de vida dos nossos pacientes e, conseqüentemente, venha a repercutir de forma positiva na vida de todas as famílias, que enfrentam a realidade de conviver com o autismo.

Mãe do paciente D:

Depois dos atendimentos com a música, meu filho passou a cantar mais em casa e de maneira mais compreensível essas músicas infantis, como também, melhorou a fala, a gente consegue entender mais o que ele fala, porque antes ele só balbuciava e não entendíamos nada. Até porque ele não está tendo atendimento com a Fonoaudióloga.

4. Considerações Finais

Foi possível perceber através dos relatos dos familiares e profissionais que estiveram acompanhando indiretamente a pesquisa que as crianças com autismo atendidas na musicoterapia apresentaram respostas favoráveis ao desenvolvimento em aspectos como concentração, comunicação social e expressão emocional.

No entanto, é necessário a utilização de outros instrumentos de avaliação para que os resultados possam ser apontados com mais especificidade, trazendo assim, maior ganho para a pesquisa.

Este escrito também fica ao dispor da comunidade científica para sugestões que possam vir a somar, tanto para a prática clínica como para futuras pesquisas.

5. Referências



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Quaternos de Musicoterapia e Coda**. Barcelona: Barcelona Publishers, 2016.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia** / 2ª ed. Kenneth E. BRUSCIA: tradução Mariza Velloso Fernandez Conde. - Rio de Janeiro; Enelivros, 2000.

GASTON, E. Thayer y Otros. **Tratado de Musicoterapia**: Paidos Psiquiatria, Psicopatologia y Psicomatica. Barcelona; ediciones Paidos, 1982.

GATTINO, Gustavo Schulz. **Musicoterapia e Autismo**. São Paulo. Memnon, 2015.

GATTINO, Gustavo Schulz. **Musicoterapia Aplicada a Avaliação da comunicação não verbal de crianças com Transtorno do Espectro Autista**: revisão Sistemática e estudo de validação. Porto Alegre, Brasil, 2012. Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

GUEDES, Nelzira Prestes da Silva. **A Produção Científica Brasileira Sobre Autismo na Psicologia e na Educação**. Acre. Jul-Set 2015, Vol. 31 n. 3, pp. 303-309. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n3/1806-3446-ptp-31-03-00303.pdf>> Acessado em 31 de Julho de 2017.

PÁDUA, Elizabete Matallo M. **Metodologia da Pesquisa; Abordagem Teórico Prática**. 10. ed. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2004.

PINTO, Antonio Bruno Verga. **Musicoterapia e Análise do Comportamento no Tratamento do Autismo**: Relato de Experiência de duas crianças. 2016, Fortaleza, CE.

SAMPAIO, R. T.; LOUREIRO, C. M.; GOMES, C. M. **A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo**: uma abordagem informada pelas neurociências para a prática clínica. *Per Musi*. Belo Horizonte, n.32, 2015, p.137-170.



Musicoterapia Comportamental no tratamento de uma criança com TEA: um estudo de caso⁴

Behavioral Music Therapy in the treatment of a child with ASD: a case study

Antônio Bruno Verga Pinto⁵
Gabriel Estanislau⁶
Kelly Dantas dos Santos⁷

RESUMO

O presente estudo de caso apresenta uma intervenção da Musicoterapia comportamental em uma criança com TEA. O objetivo deste estudo foi investigar as possíveis contribuições da Musicoterapia comportamental no desenvolvimento de habilidades emocionais e comunicativas de uma criança autista de três anos de idade. A partir de resultados obtidos pela escala IMTAP foi possível identificar ganhos significativos nessas áreas. Sugere-se a elaboração de pesquisas considerando a abordagem da musicoterapia comportamental no tratamento a criança com autismo.

Palavras-chave: Musicoterapia comportamental; Transtorno do Espectro Autista; IMTAP.

Abstract:

The present case study presents a behavioral music therapy intervention in a child with ASD. The aim of this study was to investigate the possible contributions of behavioral music therapy in the development of emotional and communicative skills of a three year old autistic child. From the results obtained by the IMTAP scale it was possible to identify significant gains in these areas. It is suggested the elaboration of research considering the approach of behavioral music therapy in the treatment of children with autism.

Keywords: Behavior Music Therapy; Autistic Spectrum Disorder; IMTAP.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) têm como características principais a manifestação de prejuízos no âmbito da comunicação social e a ocorrência de padrões restritos e repetitivos de comportamentos (APA, 2014).

⁴ 1 Trabalho apresentado no GT 3 na modalidade apresentação oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí

⁵ Musicoterapeuta (FACPED), mt.brunoverga@gmail.com.

⁶ Musicoterapeuta (UFMG) ggstanis@gmail.com - <http://lattes.cnpq.br/6918029479890051>

⁷ Musicoterapeuta (UFG), kellydantasmt@gmail.com - <http://lattes.cnpq.br/9097103887220826>



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

No aspecto da interação social, a criança dentro do espectro do autismo apresenta dificuldades de manter relacionamentos estáveis, de se sociabilizar, tomar iniciativa com o intuito de formar amizades (SURIAN, 2010, p.10).

No âmbito da comunicação, a maior parte das crianças com TEA apresenta um atraso no desenvolvimento da linguagem ou uma ausência total da fala (SURIAN, 2010, p. 13). Também é muito comum casos de ecolalia, um uso estereotipado e repetitivo da linguagem, repetição essa de uma palavra ou frase que a criança ouve em um determinado ambiente, ou mesmo através da televisão ou músicas que costumam escutar, repetindo por longos momentos aquilo que ouviu.

Surian (2010, p. 15) aponta que uma análise funcional do comportamento frequentemente sugere que:

em alguns casos a ecolalia pode dispensar qualquer escopo comunicativo, e antes de inibi-la seria útil procurar compreender se de fato isto é verdadeiro no caso específico da criança para a qual se está programando uma intervenção

No que se refere ao comprometimento da imaginação ou dos comportamentos estereotipados, algumas crianças apresentam deficiência intelectual, acarretando prejuízos na área da cognição. Algumas estereotipias comuns entre as crianças com TEA são os *flapping*; o olhar objeto que giram; o pular em cima da cama, do sofá, ou mesmo no chão; algumas gostam de girar sobre o próprio eixo ou se movimentar repetitivamente para frente e para trás; ou então movimentar dedos e mãos na frente dos olhos (SURIAN, 2010, p. 16).

Diante desse diagnóstico, as dificuldades existentes possuem particularidades distintas para cada indivíduo e podem ser amenizadas conforme o encaminhamento para trabalhos terapêuticos que abrangem diversas abordagens, tais como, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, *Floortime*, Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavioral Analysis – ABA*) e Musicoterapia. Possibilitando assim, recursos e alternativas para ampliação dos laços sociais, expressão e comunicação (BRASIL, 2015). É comum essas abordagens trabalhem em um formato multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar.

A Musicoterapia pode ser realizada sob várias abordagens que poderão ajudar indivíduos com TEA em sua auto-organização, dentre as quais se destaca a abordagem comportamental. Nesse modelo, o musicoterapeuta buscará trabalhar a auto-organização do indivíduo através de atividades musicais, que envolve



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

mudanças de andamentos, pausas e improvisações livres ou guiadas, possibilitando ao cliente, noções básicas de limites musicais, com o objetivo de sua aplicabilidade na sua rotina diária (GATTINO, 2015, p. 64).

A musicoterapia com abordagem comportamental no tratamento com crianças com TEA surgiu em 1968, sendo mencionada inicialmente em um artigo publicado no *Journal of Music Therapy* de autoria de Clifford Madsen e com o título “Uma abordagem comportamental para a Musicoterapia”. Segundo Gattino (2015 p.35):

Esse artigo apresenta a sistematização do modelo comportamental ou Behaviorista em Musicoterapia, que consiste numa das principais práticas clínicas aplicadas ao Autismo nos Estados Unidos e que influencia a Musicoterapia no Rio Grande do Sul [...] O foco desse modelo é a utilização sistemática da música como forma de estímulo para modificar comportamentos no indivíduo.

Em 1975, Madsen, publicou o livro *Research in Music Behavior, Modifying Music Behavior in Classroom*, divulgando o modelo analítico-comportamental em um contexto musical. De acordo com Clifford (1968), a música, tem potencial para adquirir função de estímulo reforçador, o que permite tornar comportamentos alvos de intervenções mais prováveis.

O autor supracitado aponta ainda que o impacto da experiência musical é observável e mensurável e que dentro dessa abordagem a relação de causa-efeito entre a música e o comportamento se torna possível, sempre sendo discutida sob uma de interação em via de mão dupla entre sujeito e ambiente, e não por uma lógica unidirecional de “estímulo causando respostas”.

Rudd (1990) citando Hilgard (1962) afirma que o terapeuta behaviorista tem sua atenção voltada inicialmente para o comportamento, ou seja, para as ações que podem ser observadas. A respeito da música como um reforçador nato o mesmo ressalta que:

A importância de se apresentar os estímulos reforçadores em seguida à resposta a fim de se obter um fortalecimento mais eficaz do comportamento pode, também, ter aplicação no estudo da música. Por exemplo: uma pessoa tocando um instrumento, recebendo um reforçador imediato (positivo-negativo) quando o som é produzido. (RUUD, 1990, p.50)



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Conforme a perspectiva da Psicologia, o modelo ABA diz respeito ao ramo aplicado da ciência conhecida como Análise do Comportamento que observa, analisa e explica a associação o comportamento dos indivíduos através da análise de relações entre atividades dos sujeitos e contextos e mudanças no ambiente, através de uma perspectivas de processos de aprendizagem (COOPER, HERON & HEWARD, 2007; TOURINHO, 2003).

O modelo ABA se divide basicamente em duas partes, o currículo, que é a visão macro das intervenções e os programas, que são as partes micro, que apontam para o objetivo geral. Esses programas foram organizados em níveis de dificuldade, fazendo que a criança passe de uma habilidade para outra de modo gradativo.

No ABA, trabalha-se com os ACC's o Behaviorismo.

1. Antecedente: É o estímulo que antecede e elicia o comportamento - Ex: ter fome;
2. Comportamento: É o resultado ou a resposta ao antecedente - Ex: abrir a geladeira e comer um pedaço de pizza;
3. Consequência: É o que ocorre após o comportamento - Ex: saciar a fome.

O analista de comportamento utiliza-se de vários reforçadores para o seus programas. Reforçadores como tangíveis (brinquedos, figurinhas), comestíveis, atividades (mais utilizados em escolas regulares como tempo livre, um jogo, etc.), sociais: (sorrisos, um aceno de cabeça, aplausos, elogios) e físicos (cócegas, abraços, etc). Nesse sentido, tem-se que o ABA é frequentemente utilizado no tratamento ao autista (BRASIL, 2015; *AUTISM SPEAKS*, 2008).

Pensando na Musicoterapia Comportamental, a música e seus atributos bem como o musicoterapeuta, podem atuar diretamente como antecedentes ou consequências comportamentais. Por exemplo, quando a criança vê um tambor, se dirige até ele e o percute com as mãos, o feedback sonoro é a consequência do seu comportamento, tocar o tambor, e o estímulo ambiental (tambor disponível) é o antecedente para esse comportamento⁸.

⁸ Comunicação pessoal do musicoterapeuta Gabriel Estanislau, extraída de lista de comentários de uma plataforma de edição de texto on line, em 09 de maio de 2018.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Na Musicoterapia os reforços são naturais e intrínsecos aos comportamentos emitidos frente às experiências musicais (BRUSCIA, 2016), porém o musicoterapeuta também pode utilizar-se de outros tipos de reforços para atingir seus objetivos terapêuticos.

Portanto, tendo em vista as temáticas abordadas acima, acredita-se que a Musicoterapia sob a perspectiva da abordagem comportamental pode contribuir com o desenvolvimento de comportamentos adequados da criança com TEA, no que diz respeito aos aspectos emocionais, sociais, cognitivos e comunicação, conforme será apresentado no caso a seguir.

2. METODOLOGIA

O presente estudo de caso teve como objetivo investigar as possíveis contribuições da Musicoterapia comportamental no desenvolvimento de habilidades emocionais e comunicativas de uma criança autista de três anos de idade, identificada no estudo como Danilo. A criança foi submetida a um processo musicoterapêutico em uma clínica particular, entre junho à dezembro de 2016, na cidade de Fortaleza- CE.

Danilo demonstrava comportamentos de comunicação pré-verbal e timidez ao se comunicar com o outro. A principal queixa da mãe era sua comunicação expressiva, uma vez que a criança apresentava déficits no desenvolvimento da fala.

O contato inicial com Danilo se deu a partir da realização de um projeto musical estrelado com crianças e adolescentes autistas, desenvolvido na referida cidade entre 2015 à 2016. O projeto teve caráter interdisciplinar e envolvia voluntários dos cursos de Pós-Graduação de Musicoterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) orientados pelo Prof. Dr. Felipe L. Leite.

Durante a fase de entrevistas iniciais do projeto em outubro de 2015, para apresentação e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um dos autores deste trabalho conheceu a mãe de Danilo. A partir de então, deu-se inícios aos atendimentos de Musicoterapia.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Depois de 4 meses ao término do projeto, a mãe de Danilo procurou o musicoterapeuta para retornar as terapias individuais de musicoterapia.

Ao longo de 5 sessões de avaliação com a criança, verificou-se diferentes possibilidades de trabalho. A partir da aplicação da escala *Individualized Music Therapy Assessment Profile* – IMTAP, constatou-se que a criança necessitava de apoio nas áreas de comunicação receptiva e emocional. Seus pontos fortes eram as áreas da motricidade ampla, motricidade fina, sensorial e cognitiva. Estas áreas foram avaliadas segundo os parâmetros da escala citada e os resultados de cada uma dessas avaliações estão descritos a seguir.

Conforme a avaliação inicial o musicoterapeuta percebeu uma necessidade de trabalhar aspectos emocionais de Danilo, pois o mesmo apresentou no teste admissional feito junto a mãe, pontos importantes a serem observados. Somado a isto, alterações recentes e significativas na dinâmica familiar relatadas pela mãe, poderiam ter refletido na criança de maneira considerável.

Inicialmente foi trabalhado a testificação musicoterápica e a criança apresentou um quadro de 70% em seus fundamentos na área emocional conforme o instrumento avaliativo, enquadrando-se na classificação “inconsistente”.

As intervenções musicoterápicas foram trabalhadas primeiramente dentro dos pontos fortes que a criança apresentava nas sessões e também utilizando atividades musicais que envolviam jogos no âmbito emocional. Destaca-se o uso das seguintes experiências musicais, conforme Bruscia (2016), improvisação, recriação, composição, e ainda, a técnica provocativa musical de Barcellos (2008). Os instrumentos musicais utilizados nas intervenções foram pandeiro, xilofone e chocalhos. É importante salientar que o musicoterapeuta também fez uso de recursos não musicais nos atendimentos (bola, capacete, pirulito).

Foi possível perceber que no decorrer dos encontros Danilo apresentou um avanço significativo na área emocional, abrindo canais para outros domínios importantes como a comunicação interpessoal e o cognitivo.

Aos poucos as técnicas, musicoterápicas comportamentais, foram introduzidas para a criança finalizar as atividades iniciadas, dificultar o nível das mesmas e diminuir os comportamentos indesejados, desenvolvendo atividades do âmbito da comunicação social e o raciocínio lógico.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

O resultado da avaliação parcial do final do primeiro semestre foi um ganho de 11% dentro da escala (de 70% para 81%) saindo da zona “inconsistente” para “consistente” datada no dia 15/12/2006.

No segundo semestre a comunicação relacional do Danilo estava cada vez mais sólida. A troca de confiança com o terapeuta estava mais presente nos encontros, sendo que a maior parte das sessões a criança iniciava as conversas. Notou-se que seu desenvolvimento cognitivo foi favorecido por meio de jogos musicais que envolviam funções executivas, com uso de reforçadores do interesse da criança que, em alguns momentos era um capacete e em outros, uma bola sonora. Os avanços dos resultados de Danilo foram de 73% para 92%, saindo da zona do “inconsistente” para o “consistente”, no domínio cognitivo.

É importante ressaltar que um outro avanço notório foi no domínio emocional, mesmo não sendo o foco de trabalho no referido semestre. No entanto, a mesma foi o ponto de partida do trabalho musicoterápico em 2016, e o que se percebeu foi um ganho de 16,4%, se distanciando cada vez mais da zona “inconsistente”, ou seja, de 81% para 97,4% da escala IMTAP.

Conforme o relatório aqui descrito, os dados apontam que Danilo seguiu evoluindo dentro da musicoterapia comportamental, rendendo bons desempenhos em cada uma das etapas. Atualmente Danilo está em alta da musicoterapia a pedido da mãe.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos resultados apresentados neste estudo, podemos concluir que o trabalho da Musicoterapia dentro da abordagem comportamental se mostrou eficaz no tratamento de Danilo, contribuindo com avanços nos aspectos emocionais, interpessoais e cognitivos.

Cabe ao musicoterapeuta auxiliar o cliente no alcance de seus objetivos terapêuticos, fornecendo-lhe suportes para que o mesmo adquira os comportamentos necessários para um bom desenvolvimento. Nesse sentido, o musicoterapeuta comportamental pode considerar o uso de diferentes recursos, inclusive reforços não musicais.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Pondera-se, sobretudo, acerca da necessidade de investigações que contemplem a abordagem da Musicoterapia comportamental com crianças com TEA bem como o incentivo à utilização de instrumentos avaliativos específicos por parte dos musicoterapeutas em suas práticas clínicas.

5. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5**. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5ed (trad.). Porto Alegre: Artmed, 2014.

AUTISM SPEAKS Inc. 2008 **Um kit de 100 dias**. Disponível em: http://www.autismspeaks.org/sites/default/files/100_day_kit_brazilian_portuguese.pdf
Acesso em: 15, jun., 2017.

BARCELLOS, L.R.N. Sobre a técnica provocativa musical em musicoterapia. In: ENCONTRO DE MUSICOTERAPIA DO RIO DE JANEIRO, ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA E JORNADA CIENTÍFICA DO RIO DE JANEIRO, (8) (8), 2008. Rio de Janeiro, RJ. **Anais do Encontro de Musicoterapia do Rio de Janeiro, VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e VIII Jornada Científica do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: 2008, p. 1-16.

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRUSCIA, K.E. **Definindo Musicoterapia**. 3. ed. Tradução de Marcus Leopoldino. Barcelona Publichers, 2016.

COOPER, J. O.; HERON, T. E.; HEWARD, W. L. (2007). **Applied Behavior Analysis. (2a. Ed.)**. Upper Sadller River, NJ: Pearson. ADAPTAR PARA ABNT.

GATTINO, G. S. **Musicoterapia e Autismo: Teoria e Prática** / Gustavo Schulz Gattino. São Paulo: Memmun, 2015.

MADSEN, Clifford K.; COTTER, Vance; MADSEN, Charles H. Jr. **A behavioral approach to music therapy**. *Journal of Music Therapy*, 5(3), 69-71, 1968.

SURIAN, L. **Autismo: Informações essenciais para familiares, educadores e profissionais da saúde** / Luca Surian; Tradução Cacilda Rainha Ferrante. – São Paulo: Paulinas, 2010.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

RUUD, E. **Caminhos da Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1990.

TOURINHO, E. Z. (2003). **A produção de conhecimento em Psicologia: A Análise do Compo**



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

A musicoterapia com mulheres no período do climatério/ menopausa no CMS D. Helder Câmara – RJ: uma abordagem clínica (parte 1).

Music Therapy with women in the climacteric/menopause period at the CMS D. Helder Câmara – RJ: a clinical approach (part 1).

Lia Rejane Mendes Barcellos⁹

Conservatório Brasileiro de Música (RJ)

Yuri Machado Ribas¹⁰

Conservatório Brasileiro de Música (RJ)

Thereza Imbroisi¹¹

Centro Municipal de Saúde D. Helder Câmara (RJ)

Conservatório Brasileiro de Música (RJ)

Resumo: Este trabalho apresenta a musicoterapia clínica realizada com um grupo de nove mulheres no período do climatério/menopausa, com idade entre 51 e 59 anos.

Objetivos: a promoção da saúde, com melhora dos sintomas comuns ao climatério/menopausa através do atendimento em musicoterapia numa instituição pública: *Centro Municipal de Saúde D. Helder Câmara* (CMS – DHC) e melhor qualidade de vida (QoL) das referidas mulheres. **Metodologia:** utilização do “Modelo Clínico Bipartite” (Vianna, 2017), que utiliza a “musicoterapia interativa” e a “musicoterapia receptiva”, através de música popular e erudita, esta selecionada previamente pelos musicoterapeutas, a partir de critérios estabelecidos. **Abordagem teórica:** A fundamentação do trabalho clínico foi através do olhar de Enrique Pichon-Rivière (1988) que trabalhou com grupos e que se baseia no ‘interjogo de papéis’.

Resultados: foram aferidos através do Teste Autoaplicável de Qualidade de Vida SF-36¹², no início e no final do processo, e apontam para uma mudança significativa principalmente nos domínios vitalidade, com o recrudescimento do cansaço (mais disposição) e, saúde mental (menos depressão e mais paz interior). (Estes resultados serão apresentados num outro trabalho neste mesmo Simpósio).

Palavras-Chave: Musicoterapia clínica. Climatério/menopausa. Instituição pública.

⁹ CV: <http://lattes.cnpq.br/7452016477572221>. Musicoterapeuta. Projeto de Implantação da MT no Centro de Saúde D. Helder Câmara e Mt. clínica no mesmo. Dra. em Música (UNIRIO); Ms. em Musicologia (CBM-CeU - RJ); Pós em Musicologia; Pós em Educação Musical (CBM-CeU - RJ). Bel. em Musicoterapia (CBM-CeU); Bel. Em Piano. Fundadora da Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco (CBM-CeU). Mt. convidada da UFRJ-ME. Autora de livros e capítulos nos USA, Espanha e Estados Unidos. Artigos publicados: Alemanha, Argentina, Brasil, Espanha, França, Estados Unidos e Noruega. Parecerista e Editora para a América do Sul - Revista Eletrônica *Voices* (Noruega) (2001 a 2015). Ex-Membro do Conselho Diretor da WFMT e Coordenadora da Comissão de Prática Clínica por dois mandatos.

¹⁰ Estagiário de Musicoterapia, coautor do Projeto de Implantação da Musicoterapia no *Centro de Saúde D. Helder Câmara*. RJ. Bel. em Música pelo CBM. Programa Especial de Treinamento em Sistemas de Sonorização. Instituto de Artes e Técnicas em Comunicação. IATEC, 2012. Aluno da Pós-graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música. <http://lattes.cnpq.br/7292026696799941>

¹¹ Estagiária de Musicoterapia, coautora do Projeto de Implantação da Musicoterapia no Centro de Saúde D. Helder Câmara. Médica do Centro Municipal de Saúde D. Helder Câmara (RJ). Estagiária de Musicoterapia. Aluna do Curso de Pós-graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música (CBM-CeU). CV: <http://lattes.cnpq.br/4659247313856599>

¹² Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey” (SF-36)



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Abstract: This study presents the clinical music therapy, performed with a group of nine women in the climacteric/menopause state, aged between 51 and 59 years old. **Objectives:** the promotion of health with: improvement of the common symptoms to climacteric/menopause state through the attendance in music therapy in a public institution – Health Center (CMS-DHC), and better quality of life (QoL). **Methodology:** the use of ‘Bipartite Clinical Model’ (Vianna, 2017), which uses ‘Interactive and Receptive Music Therapy”, through popular and classical music. This last one pre-selected by music therapists, based on established criteria. **Theoretical approach:** the clinical practice was based on Enrique Pichon Rivière theory which works with the ‘interplay of roles’ in groups. **Results:** were measured through the SF-36 Self-Test Quality of Life, before and after the music therapy process and pointed to a significant change in the domains of vitality, with fatigue decrease (more disposition), and mental health – less depression and more inner peace. (These results will be presented in a other paper in this same Symposium).

Keywords: Clinical Music Therapy. Climacteric/menopause. Public Institution.

1 Introdução

Dentro de um conceito atual de atenção integral à saúde, pode-se considerar a Musicoterapia como uma prática que possibilita a promoção de saúde de uma forma integrada, ou seja, em seus aspectos biopsíquico e social.

A menopausa marca o início de uma outra etapa do ciclo de vida da mulher, nunca o tempo de vida útil, nem o das esperanças. O “Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa”, do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008), apresenta a definição de climatério da Organização Mundial da Saúde (OMS), como sendo “uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher” (p. 11). Ainda para a OSM, “a menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, e somente é reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência, o que acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade” (ibid).

Como a menopausa ocorre em média entre 45 e 55 anos e os dados da “Tábua de Mortalidade, de 2016”¹³, demonstram que a expectativa de vida das mulheres atingiu

79,4 anos¹⁴, significa que há ainda muito tempo de vida útil para ser usufruído após a menopausa, correspondendo a cerca de 1/3 de suas vidas.

¹³ Em cumprimento ao disposto no Art. 2º do Decreto no 3.266, de 29 de novembro de 1999, o IBGE divulga, anualmente, até o dia primeiro de dezembro de cada ano, a *Tábua Completa de Mortalidade* para o total da população brasileira, referente ao ano anterior. Essas informações subsidiam o cálculo do fator previdenciário para fins das aposentadorias das pessoas regidas pelo Regime Geral da Previdência Social.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Assim, é fundamental que haja, nessa fase da vida, um acompanhamento sistemático visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos.

A utilização da música como elemento terapêutico pode contribuir na redução do nervosismo e ansiedade, depressão, distúrbios do sono, fadiga, irritabilidade, lapsos de memória, labilidade emocional, dificuldade de concentração e redução de libido, sintomas que podem acometer as mulheres nessa fase do climatério e da menopausa. O climatério é o período que precede o término da vida reprodutiva da mulher, marcado por alterações somáticas e psíquicas, e que se encerra na menopausa, que é o período fisiológico após a última menstruação espontânea da mulher.

Partindo-se da premissa que os sintomas que acometem as mulheres na fase do climatério podem ser impeditórios de uma vida normal cabe, portanto, vários tipos de intervenção e, dentre eles, sem dúvida, a musicoterapia, para tentar reduzir a intensidade desses sintomas, melhorando a qualidade de vida das mulheres que estão passando por esse período da vida.

Foi com este propósito que em julho de 2017 foi apresentado ao *Centro Municipal de Saúde D. Helder Câmara do Rio de Janeiro*, o “Projeto para Implantação da musicoterapia no período do Climatério/ Menopausa”, tendo como objetivo “utilizar a música para a redução de possíveis sintomas relacionados ao período do climatério como ansiedade, depressão, irritabilidade, insônia, alterações na memória e/ ou na concentração”, com a duração de três meses.

2 Revisão de literatura sobre Musicoterapia e Qualidade de Vida no período do Climatério e Menopausa

Para se ter uma ideia do ‘Estado da Arte’ da musicoterapia no período do climatério e na menopausa foi feita uma busca por artigos que pudessem iluminar o assunto. Como palavras de busca foram utilizadas: musicoterapia; climatério e menopausa, nos principais sites de busca. Cabe inicialmente se assinalar que foram encontrados 22 artigos sendo: um da Turquia; dois da Inglaterra; dois da Austrália; um

¹⁴ Os dados da Tábua de Mortalidade 2016, constatou que mulheres vivem em média mais do que homens. Enquanto a expectativa de vida dos homens, em 2016, era de 72,9 anos, a das mulheres atingiu 79,4 anos.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

dos Estados Unidos, um de São Paulo, um do Congresso Mundial sobre Climatério realizado em Berlim em 2002; 10 da China e quatro da Coreia.

Os da China se referem principalmente à CAM – *Complementary Alternative Medicine*, ou seja, medicina alternativa chinesa. Quando se busca aspectos que dizem respeito à inclusão da música, aparece sempre uma referência aos ‘cinco elementos da música’ o que indica uma utilização da música da cultura chinesa. Quando se tenta abrir os referidos textos, para uma leitura além do resumo, tem-se o texto, em geral em chinês, impossibilitando qualquer entendimento.

No entanto, como o tema objeto deste projeto pode ser considerado como atual para a musicoterapia, foi realizada mais uma busca, desta feita, no *Book of Abstracts do 15th World Congress of Music Therapy*, realizado em *Tsukuba*, no Japão, em julho de 2017, do qual constam 671 resumos, constituindo a musicoterapia contemporânea. Mas, para nossa surpresa, nem um único trabalho foi apresentado com o tema objeto deste trabalho. Contudo, um trabalho deste tipo se justifica pelas evidências que se tem da contribuição da música na promoção da saúde.

Como pode ser constatado, no quadro abaixo, existem diferenças na constituição do grupo:

a – inicialmente se decidiu que o grupo deveria ser formado exclusivamente por pacientes¹⁵ do CMS. No entanto, quando foram abertas as inscrições para o grupo, as servidoras e profissionais¹⁶, que também eram pacientes do posto, se inscreveram como pacientes do Projeto, sendo impossível fechar o grupo que ficou constituído de pacientes, servidoras e profissionais do posto;

b - outro aspecto difícil era a diferença do nível de instrução pois algumas pacientes possuíam terceiro grau completo e outras podiam ser consideradas analfabetas funcionais¹⁷, sendo que uma destas, inicialmente se recusava a falar;

c - dentre as nove pacientes, 60% eram cariocas sendo, 40% do Nordeste (duas da PB, uma do MA e uma de PE), sendo que as diferenças culturais enriqueceram o grupo;

¹⁵ Mantida a terminologia utilizada pelo CMS – DHC.

¹⁶ São denominadas “servidoras públicas” as concursadas e “profissionais” aquelas que vêm pela Clínica da Família e entram pela Organização de Saúde da ONG “Viva Rio”.

¹⁷ As pessoas que não possuem o domínio pleno da leitura, da escrita e das operações matemáticas. A publicação do Indicador de Alfabetismo Funcional (Inaf) (2011), pesquisa realizada pelo Instituto Paulo Montenegro/Ibope e pela Ação Educativa, mostra que apenas um em quatro brasileiros atinge nível pleno nas habilidades de leitura, escrita e Matemática.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

d - dois aspectos surpreenderam sobre a religião professada pelas pacientes: a maioria ser de espíritas: cinco, e a minoria de evangélicas: uma, sendo três católicas. Cabe frisar que foi um fator que não teve a mínima interferência no trabalho, pelo menos que fosse observada pelos musicoterapeutas, já que em nenhum momento foi sugerida ou cantada música religiosa.

3 Sobre a constituição do grupo

Dados sociodemográficos do grupo								
Nome	Res.	Nasc.	Local	Est. civil	Filhos	Escolar.	Religião	Trabalha
AFSR	Botafogo	1963 55 anos	RJ	Div.	2	3º grau	Católica	Turismo
CBLT	Botafogo	1963 55 anos	RJ	Casada	2	3º grau	Espírita	CMS Ag. Com. Saúde
DMP	Tijuca	1962 56 anos	RJ	Div.	Não	3º grau	Espírita	CMS Setor adm.
IMS	Lagoa	1959 59 anos	PE	Casada	2	Não	Católica	Auxiliar serviços gerais
LAC	Olaria	1966 52 Anos	RJ	Div.	Não	3º grau	Espírita	CMS Enf.
MGS	Botafogo	1966 51 anos	PB	Casada	2	7º ano Fund- II	Católica	Auxiliar serviços gerais
MSS	Botafogo	1963 55 anos	PB	solteira	2	1º ano	desistiu	Auxiliar serviços gerais
MOLA	Copaca-bana	1964 53 anos	RJ	solteira	Não	3º grau	Espírita	CMS As. Social
OCA	Botafogo	1961 57 anos	MA	solteira	1	2º grau	Espírita	Sim CMS Ag.Com. Saúde
SLS	Botafogo	1964 53 anos	RJ	Solteira	3	7º Fund Incomp.	Evang.	Auxiliar Serviços Gerais

4 Sobre o trabalho clínico

A fundamentação teórica: o grupo operativo.

A fundamentação do trabalho clínico foi através do olhar de Enrique Pichon-Rivière (1988), psiquiatra suíço¹⁸ que estudou o trabalho em grupos e que se baseia no 'interjogo de papéis'. O autor propõe que ao pensarmos o que ocorre em um grupo, neste caso considerado um 'grupo restrito'¹⁹, tenhamos em mente sempre dois eixos:

1) o **vertical**: que assinala tudo aquilo que diz respeito a cada elemento do grupo, distinto e diferenciado do conjunto, como, por exemplo, sua história de constituição e seus processos psíquicos internos, e o

¹⁸ Que viveu e se naturalizou na Argentina.

¹⁹ Terminologia utilizada por ANZIEU, D. & MARTIN, J.-Y. para se referirem a grupos com menos de 25 integrantes.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

2) **o horizontal**: que se refere ao grupo pensado em sua totalidade.

Além disto, é necessário sublinhar que se tem, aqui, a concepção de que o grupo é diferente da soma dos seus membros, visão sustentada por vários teóricos que trabalham com terapia de grupo e que denota a influência da Teoria da Gestalt, que postula 'que o todo é mais do que a soma das partes'. É, na verdade, a integração dessas partes.

Sobre alguns dos conceitos 'Pichonianos' utilizados no trabalho

O Porta-voz: este conceito nos leva a considerar que as manifestações no grupo têm um plano horizontal (do grupo) e vertical (do sujeito). Assim, deve-se pensar que o que acontece com uma pessoa em um grupo comunica algo do conjunto. O que se quer dizer com isto é que o conceito de *porta-voz* não se refere apenas à "voz" que comunica algo, mas a tudo que ocorre a qualquer participante do grupo, remetendo-nos ao conjunto no qual está inserido.

Aqui parece ser importante se acrescentar o pensamento do psicanalista francês René Kaës (2007) que se refere a diferentes "portadores", como o *porta-sintoma*, o *porta-ideal*, o *porta-sonho* e o *porta-silêncio*, por exemplo.

Ainda é importante salientar outros papéis que são importantes na vida do grupo, além do porta-voz: o de *bode expiatório*, o de *líder*, o *depositário* (dos aspectos negativos), e o *sabotador*.

Ao se analisar o registro das sessões fica claro quem assume cada papel e, ainda, que estes papéis são vividos por diferentes pacientes a cada sessão, vivificando um "interjogo" declarado por Pichon-Rivière, que possibilita o reviver de situações difíceis.

A metodologia utilizada na clínica no CMS D. Helder Câmara

Foi empregado o Modelo Clínico Bipartite²⁰, (Vianna, 2017), isto é, que utiliza a "audição, com músicas selecionadas previamente pelos musicoterapeutas e que já constam de um 'banco de músicas eruditas'". Vale dizer que as referidas músicas são escolhidas com critérios que advêm da análise musical, tendo principalmente como norteadoras, questões levantadas e discutidas para a seleção de músicas utilizadas no

²⁰ Criado pela Mt. Ms. Martha Negreiros de Sampaio Vianna, da Maternidade Escola da UFRJ, 2012/2017.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Método GIM²¹ e, também, da pesquisa de Gagnon e Perretz (2003) sobre música e emoções (andamento e modo).

A prática clínica

Foram realizadas 15 sessões²², das quais serão analisados alguns aspectos que consideramos os mais importantes:

- a – a *liderança*: autocrática (dos Mts), principalmente nas primeiras sessões; democrática (das pacientes) e fluante (perpassando musicoterapeutas e pacientes);
- b – as *propostas*: verbais, corporais ou musicais (dos terapeutas) e, geralmente verbais, das pacientes;
- c – as *técnicas musicoterapêuticas utilizadas*: audição e recriação (de músicas populares solicitadas pelas pacientes ou trazidas pelos musicoterapeutas), composição e 'composição assistida' (Barcellos, 2016).
- d – as experiências musicais vividas pelas pacientes: audição, recriação, improvisação, e paródia.

Tipos de audição:

Considero que existem três tipos distintos de audição musical (Barcellos, 2017):

- a audição empregada no GIM, que consiste na utilização de música erudita, gravada, analisada e agrupada com outras obras para formar um *Programa*, e utilizada numa situação controlada, em um *setting* específico, e com uma atitude própria do método, e com ações que devem ser adotadas pelo musicoterapeuta, pelo método determinadas;

- a audição utilizada na *musicoterapia interativa* (Barcellos, 1984), na qual as músicas são solicitadas pelo paciente e/ou escolhidas pelo musicoterapeuta, em geral músicas populares, e não são passíveis de análise, podendo ser veiculadas ao vivo ou gravadas (música viva ou mecânica) e a

- a audição utilizada no *Modelo Clínico Bipartite* (Vianna, 2017), que consiste em utilizar música erudita, pré-selecionada através de uma análise musical, e veiculada em um dos dois momentos da sessão, escolhida e trazida pelo musicoterapeuta.

A ética do musicoterapeuta

²¹ *Bonny Method of Guided Imagery and Music*, da Musicoterapeuta norte-americana Helen Bonny, na década de 1960.

²² De agosto a dezembro de 2017.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Como o musicoterapeuta deve ‘responder’ ao pedido de uma música feita pelo paciente, quando teve (o musicoterapeuta) previamente duas experiências muito dolorosas com uma determinada música? Inclusive discutindo sobre o título da música com o compositor da mesma?

Deve-se dizer que, felizmente, o pedido foi que a referida música fosse trazida na sessão seguinte. Assim, quando a sessão terminou a musicoterapeuta reagiu firmemente dizendo aos estagiários que se recusava a trazer a música. Mas, alguns minutos depois de pensar, entendeu que jamais poderia fazer isto pois o paciente é o centro da terapia. À terapeuta caberia levar a questão à sua terapia pessoal. Mas, isto não foi necessário pois esta percebeu que se tratava de uma questão ética. A música foi utilizada na sessão seguinte e o resultado do trabalho foi de grande importância para as pacientes, como se teve oportunidade de constatar nas sessões subsequentes e no relato das mesmas.

Considerações finais

A música, perpassada pela relação com os musicoterapeutas, permitiu o reviver e o ressignificar de situações difíceis e até traumáticas, de muitas das pacientes que fizeram parte do grupo. Atividades de corpo, mobilizadas pela música; de voz, propiciadas por propostas dos musicoterapeutas e, de reflexão, instigadas pelos próprios pacientes, levaram a composições, tanto das pacientes quanto dos musicoterapeutas, bem como à paródia, que permitiu a expressão de conteúdos internos. Tudo numa rede de mobilização e expressão de conteúdos, o que pode permitir uma mudança significativa na vida de quem as experimenta. Ainda a música impele o movimento, fazendo com que os papéis circulem dentro do grupo, as emoções perpassem todos os lugares possíveis, auxiliando na superação de estereotípias e gerando novas possibilidades de compreensão: essas são as formas que a promoção da saúde acontece dentro do grupo operativo. Os resultados foram aferidos através do Teste Autoaplicável de Qualidade de Vida SF-36 (QoLSF36), no início e no final do processo. Apontam para uma mudança significativa principalmente nos domínios “vitalidade”, com o recrudescimento do cansaço (mais disposição) e, “saúde mental” – menos depressão e mais paz interior. Estes resultados quantitativos serão mostrados no trabalho apresentado por Yuri Ribas e Lia Rejane Mendes Barcellos, neste mesmo evento.

Referências



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

ANZIEU, Didier & MARTIN, Jacques-Yves. **La Dynamique des Groupes Restreints**. 12ème édition. Paris: PUF, 2000.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. Qu'est-ce que c'est la musique en musicothérapie. **La Revue de Musicothérapie**. Paris, v. IV, n. 4, 1884, pp. 37-48.

_____. **Quaternos de Musicoterapia e Coda**. Dallas: Barcelona Publishers, 2016.

_____. **Sobre a audição musical em musicoterapia**. Não publicado. Rio de Janeiro: 2017.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. IMBROISI, Thereza e RIBAS, Yuri Machado. **A musicoterapia aplicada no período do climatério/menopausa**. Rio de Janeiro, 2017.

Collection of Abstracts. Congress of Music Therapy, 2014. July7-12, 2014. Cultural Diversity in Music Therapy Practice, Research and Education. Vienna and Krems an der Donau, Austria. www.musictherapy2014.org

CASTANHO, Pablo. Uma Introdução aos Grupos Operativos: Teoria e Técnica. **Vínculo vol.9 no.1**. Versão impressa ISSN 1806-2490. São Paulo jun. 2012.

GAGNON, Lise; PERETZ, Isabelle. Mode and tempo relative contributions to “happy-sad” judgements in equitone melodies. **Cognition and Emotion**, v. 17, n. 1, p. 25-40, 2003.

Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo Grupal**. Trad. Marco Aurélio Fernandez Velloso. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

KAËS, René. **La Polyphonie du Rêve**. Paris: Dunod, 2002.

Tábua completa de mortalidade para o Brasil. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2016.

VALENÇA, Cecília Nogueira e GERMANO, Raimunda Medeiros. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste 2010 11 (1)**.

Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027969021>>

VIANNA, Martha Negreiros de Sampaio. BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **‘Desenho clínico bipartite’ de musicoterapia com gestantes de alto risco hospitalizadas na Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFRJ)**. Trabalho apresentado no XVII ENPEMT – Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. IX ENEMT - Encontro Nacional de Estudantes de Musicoterapia. Goiânia, 2017.



A musicoterapia com mulheres no climatério/menopausa no Centro Municipal de Saúde D. Helder Câmara (RJ): avaliando a qualidade de vida. (2ª parte)

Music Therapy with women in the climacteric/menopause period at the CMS D. Helder Câmara – RJ: evaluating the quality of life. (part 2).

Yuri Machado Ribas²³
Lia Rejane Mendes Barcellos²⁴
Thereza Imbroisi²⁵

Resumo

Dentro do conceito atual de atenção integral à saúde, podemos considerar a musicoterapia como uma prática que possibilita a promoção de saúde em seus aspectos biopsíquico e social. Este trabalho tem por objetivo avaliar a influência da musicoterapia na qualidade de vida (QoL) de um grupo de mulheres no climatério/menopausa, com idade entre 51 e 59 anos, atendidas em uma unidade básica de saúde: *Centro Municipal de Saúde D. Helder Câmara (CMS – DHC)*, no Rio de Janeiro. O grupo foi submetido à clínica musicoterapêutica tendo sido utilizado o “Modelo Clínico Bipartite” (Vianna, 2017), que utiliza a (musicoterapia interativa) e a “musicoterapia receptiva”, através de música popular e erudita, esta selecionada previamente pelos musicoterapeutas, a partir de critérios estabelecidos. Para avaliar a qualidade de vida foi aplicado, no início e no final do processo, o questionário genérico do Teste Auto Aplicável de Qualidade de Vida SF-36. As pontuações obtidas nos questionários inicial e final foram comparadas utilizando-se o teste T para amostras pareadas, com nível de significância estabelecido em $\alpha = 0,05$. Como será comprovado neste trabalho, os resultados indicam que as pacientes apresentaram melhora significativa nos domínios vitalidade e saúde mental, enquanto o domínio dor revelou pontuações excessivamente baixas.

Palavras-chave: Musicoterapia; Menopausa/climatério; Questionário-de-qualidade-de-Vida-SF-36; Promoção de Saúde.

Abstract

Within the current concept of integral health care, we can consider music therapy as a practice that enables the promotion of health in its biopsychic and social aspects. The objective of this study was to evaluate the influence of music therapy on the quality of life (QoL) of a group of climacteric/menopause women, aged between 51 and 59 years, attended at a basic health unit: D. Helder Municipal Health Center (CMS - DHC), in Rio de Janeiro. The group was submitted to the clinical music

1 Trabalho apresentado no GT 1 na modalidade oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí. 2 ²³ Bacharel em Música; Aluno do Curso de Pós-graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário (CBM-CeU), RJ. <http://lattes.cnpq.br/7292026696799941>

²⁴ Musicoterapeuta; Coordenadora e professora do Curso de Pós-graduação de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário (CBM-CeU), RJ. <http://lattes.cnpq.br/7452016477572221>

²⁵ Médica do *Centro Municipal de Saúde D. Helder Câmara*. Aluna do Curso de Pós-graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário (CBM-CeU), RJ. <http://lattes.cnpq.br/4659247313856599>



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

therapy using the "Bipartite Clinical Model" (Vianna, 2017), which uses "interactive music therapy" and "receptive music therapy" through popular and classical music, previously selected by music therapists, with established criteria. To evaluate the quality of life, the generic questionnaire of the *SF-36 Quality of Life Self-Assessment Test* was applied at the beginning and at the end of the clinical process. The scores obtained in the initial and final questionnaires were compared using the T test for paired samples, with a significance level set at $\alpha = 0.05$. As will be demonstrated in this study, the results indicate that the patients showed significant improvement in the vitality and mental health domains, while the pain domain revealed excessively low scores.

Keywords: Music therapy; Climacteric/Menopause; QoL. Quest.-SF-36; Health Promotion.

Introdução

As mulheres compõem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Há, no curso destas mulheres, marcos que sinalizam diferentes fases em suas vidas tais como a menarca, a gestação e a última menstruação que requerem amparo dos profissionais de saúde. Assim, a menopausa é um destes marcos e deve ser objeto das políticas de atenção integral à saúde da mulher.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a menopausa corresponde ao último ciclo menstrual da mulher constituindo um período de 12 meses sem menstruação. Ela ocorre em média entre 48 e 50 anos de idade e marca a entrada da mulher em uma nova fase de sua vida. A OMS apresenta a definição de climatério, como sendo uma "fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher"(1).

Apesar de não ser uma patologia, o Climatério / Menopausa traz uma série de sintomas para a mulher que podem alterar significativamente sua Qualidade de vida (QoL) comprometendo suas atividades diárias. A atenção básica é o nível adequado para atender a grande parte das necessidades de saúde das mulheres neste período.

A integralidade é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e é amplamente utilizado para designar o conceito de atenção integral à saúde. Em sua premissa, cabe ao Estado a tarefa de garantir o acesso universal e igualitário à saúde reduzindo o risco de doenças(2). Neste sentido, dentro do conceito atual de atenção integral à saúde, podemos considerar a musicoterapia como uma prática que possibilita a promoção de saúde em seus aspectos biopsíquico e social.

Sabendo da realidade institucional do Centro Municipal de Saúde Dom Helder Câmara em Botafogo, Rio de Janeiro, que consiste na atenção primária, e da carência observada em clínicas musicoterápicas que atendam a mulher climatérica(3), foi proposto em julho de 2017,



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

pelos autores deste trabalho, o “Projeto para Implantação da Musicoterapia para Mulheres no Período do Climatério/Menopausa” que se efetivou entre agosto e dezembro de 2017.

O “Modelo Clínico Bipartite” (4) foi o empregado que utiliza a “musicoterapia interativa” e a “musicoterapia receptiva”, através de música popular e erudita, esta selecionada previamente pelos musicoterapeutas, a partir de critérios estabelecidos. A fundamentação do trabalho clínico foi através do olhar de Enrique Pichon-Rivière (1988) (5), psiquiatra suíço que estudou o trabalho em grupos e que se baseia no ‘interjogo de papéis’.

O Objetivo deste artigo é avaliar o efeito da intervenção musicoterápica na qualidade de vida de mulheres no período do climatério/menopausa atendidas em um Centro Municipal de Saúde. Isto se dará através da análise dos dados obtidos pela aplicação de questionários SF36 nos quais se utilizou a ferramenta estatística *teste t* para amostras paramétricas. Assim, a partir de informações da amostra, aceitou-se ou rejeitou-se a hipótese de que a musicoterapia tenha alterado significativamente a qualidade de vida das mulheres climatéricas submetidas à clínica musicoterapêutica.

Coleta de dados

O grupo foi composto por nove mulheres entre 51 e 59 anos atendidas no Centro Municipal de Saúde Don Helder Câmara em Botafogo. A intenção inicial do projeto foi formar um grupo só de pacientes do posto de saúde, no entanto, ao abrir as inscrições, houve uma procura imediata por servidoras da unidade, mas que também eram atendidas no Centro Municipal de Saúde. Desta maneira, o grupo foi constituído de cinco servidoras e quatro pacientes.

Para participar do grupo os requisitos foram estar na faixa etária de 45 a 55 anos e apresentar algum tipo de sintoma comum ao climatério. Apenas duas pacientes extrapolaram o critério idade, porém apresentavam sintomas pertinentes e por isso foram admitidas no projeto. Não constaram mulheres com idade inferior ao critério de seleção estabelecido.

As sessões musicoterápicas foram de uma hora semanal sendo realizadas de agosto a dezembro de 2017 totalizando 15 sessões. As sessões foram conduzidas pela musicoterapeuta Lia Rejane Barcellos, acompanhada pelos estagiários de musicoterapia: Yuri Ribas e Thereza Imbroise.

Ao iniciar o projeto, as pacientes preencheram um questionário com dados sócio-demográficos, bem como o SF36. Ao final do projeto as pacientes registraram em áudio seus depoimentos sobre a experiência musicoterápica e preencheram novamente outro questionário SF36.

A tabela 1 a seguir, apresenta os dados sociodemográficos do grupo. Com média de idade de 54,6 anos, todas eram residentes na zona sul do Rio de Janeiro sendo que 33,3% do



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

grupo foi composto de nordestinas e o demais de cariocas. A escolaridade variou desde a não escolaridade até o terceiro grau completo. A religião predominante do grupo foi a espírita.

Nome	Residência	Idade	Loc.	Estado civil	Filhos	Escolar.	Religião	Trabalho
AFSR	Botafogo	1963 55 anos	RJ	Divorciada	2	3º grau	Católica	Turismo
CBLT	Botafogo	1963 55 anos	RJ	Casada	2	3º grau	Espírita	CMS. Ag. Com. Saúde
DMP	Tijuca	1962 56 anos	RJ	Divorciada	Não	3º grau	Espírita	CMS Setor Adm.
IMS	Lagoa	1959 59 anos	PE	Casada	2	Não	Católica	Auxiliar Serv. Gerais
LAC	Olaria	1966 52 anos	RJ	Divorciada	Não	3º grau	Espírita	CMS Enfermeira
MGS	Botafogo	1966 51 anos	PB	Casada	2	7º ano Fund.	Católica	Auxiliar Serv. Gerais
MOLA	Copacabana	1964 53 anos	RJ	Solteira	Não	3º grau	Espírita	CMS As. Social
OCA	Botafogo	1961 57 anos	MA	Solteira	1	2º grau	Espírita	CMS Ag. Com. Saude
SLS	Botafogo	1964 53 anos	RJ	Solteira	3	7º Fund. Incompleto	Evangélica	Auxiliar Serv. Gerais

Tabela 1: Dados Sociodemográficos do Grupo de Mulheres no período do climatério Menopausa

Metodologia

O questionário *Medical Outcome Study MOS Short-Form Health Survey (SF36)* foi criado nos Estados Unidos em 1992 por WARE e SHERBOURNE sendo traduzido e validado para o Português em 1997 em uma tese de doutorado de Rozana Mesquita Ciconelli Pela Universidade Federal de São Paulo(6).

Por se tratar de um instrumento genérico pode ser aplicado nas diversas patologias, bem como nos distintos tratamentos e intervenções médicas. Portanto, parte do ponto de vista do paciente sobre sua saúde não focando na especificidade do quadro clínico. O SF36 é uma das ferramentas mais frequentemente utilizadas para se avaliar a qualidade de vida de mulheres no período do climatério/menopausa. (7)

O questionário é composto de 36 questões que oferecem alternativas para escolha das pacientes que vão gerando escores para oito diferentes domínios relacionados à qualidade vida. Estes domínios são: capacidade funcional; aspecto físico; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspecto social; aspecto emocional e saúde mental.

O questionário SF36 é de fácil administração e compreensão sendo indicado para a prática clínica e a pesquisa. Os escores do questionário vão de 0 a 100 em cada domínio e quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Uma vez que é expresso em números, possibilita a aplicação de ferramentas estatísticas como o teste *t*.

O teste *t*, utilizado neste trabalho, é um teste de hipótese paramétrico com duas amostras relacionadas, ou seja, busca comparar as médias obtidas entre duas amostras



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

constituídas pelos mesmos indivíduos. Neste sentido, a intenção deste teste é calcular o nível de significância (valor de p) entre as médias obtidas nos domínios do questionário SF36 antes e depois da intervenção musicoterápica avaliando se houve ou não diferença significativa entre elas.

Os testes de hipótese se constituem como uma técnica estatística de análise e interpretação de dados. Eles derivam da estatística inferencial na qual se generalizam resultados de uma amostra para toda a população considerando a probabilidade. O teste t, neste sentido, assegura que a diferença observada em cada domínios não é fruto de flutuações aleatórias de amostragem. (8)

Existem duas hipóteses adotadas neste teste. A hipótese nula que admite que não houve diferença significativa entre os escores, e a hipótese alternativa que é antagônica à hipótese nula. Neste estudo, a hipótese alternativa é de que a Musicoterapia alterou positivamente a qualidade de vida das pacientes. Já a hipótese nula é de que a musicoterapia não surtiu efeito aparente na qualidade de vida das pacientes.

Desta maneira, caso o valor de p, calculado no teste t, seja maior que o nível de significância estipulado, valor de α , a hipótese nula é aceita. Caso este valor seja menor, a hipótese nula é rejeitada e se assume a hipótese alternativa. O nível de significância estipulado para este trabalho é o de $\alpha = 0,05$, que é um valor usual admitido em outras pesquisas que buscam avaliar o efeito de intervenções terapêuticas. (9)

Resultados

O gráfico 1 abaixo, nos mostra as médias, em cada domínio, dos escores obtidos com o SF36, antes e após a intervenção musicoterápica no grupo de mulheres com sintomas de climatério/ menopausa.

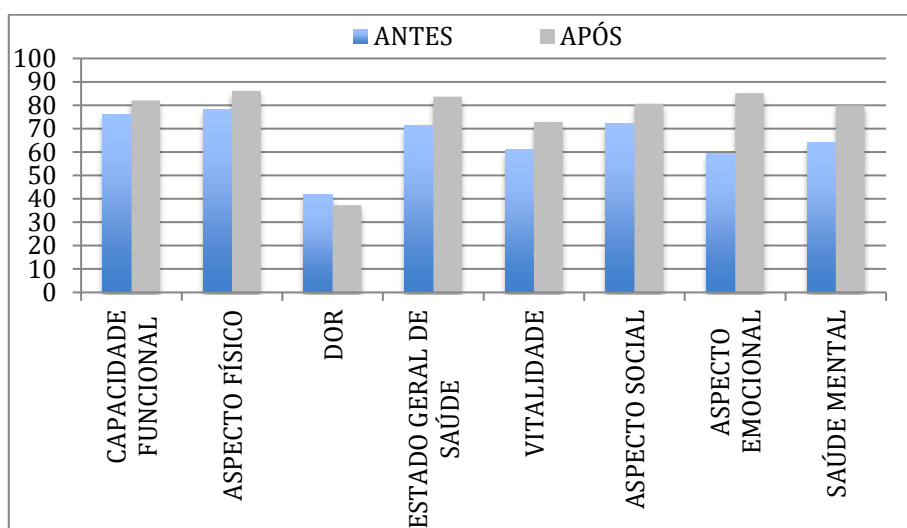


Gráfico 1: Médias dos Escores Obtidos pelo Questionário SF36 Antes e Depois da Intervenção Musicoterapêutica.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Neste gráfico, pode-se ver, que no domínio aspecto emocional houve o maior salto entre os escores, passando de 59,26 para 85,19. No entanto, o teste *t* mostra que não houve uma diferença significativa neste domínio. Isto pode se explicar devido ao fato de que duas pacientes apresentaram um salto muito grande neste domínio, distorcendo pra cima a média do grupo após a intervenção. No entanto, o teste *t*, indica que não houve efeito aparente da musicoterapia no aspecto emocional do grupo, segundo o nível de significância adotado.

Os resultados do teste *t*, baseados nos escores dos questionários SF36 e apresentados na tabela 2 abaixo, mostram que após a musicoterapia houve um aumento significativo nos domínios vitalidade e saúde mental, ao passo que não demonstrou diferenças significativas nos domínios capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, aspecto social e aspecto emocional.

Domínios	Pré Média	Desvio Padrão	Míni mo	Máxi mo	Pós Média	Desvio Padrão	Míni mo	Máxi mo	Valor de p
Capacidade Funcional	76,11	13,41	45	95	82,22	13,25	55	100	0,084
Aspecto Físico	77,78	38,41	0	100	86,11	33,33	0	100	0,397
Dor	42,22	19,10	0	64	37,33	13,14	20	54	0,351
Estado Geral de Saúde	71,44	17,22	42	92	83,67	12,5	57	92	0,088
Vitalidade	60,56	14,88	35	80	72,78	8,33	55	85	0,021*
Aspecto Social	72,22	19,54	50	100	80,56	30,69	12,5	100	0,506
Aspecto Emocional	59,26	43,39	0	100	85,19	24,22	33,33	100	0,065
Saúde Mental	64,44	14,48	36	80	80,00	9,592	64	92	0,005*

*p < 0,05

Tabela 2: Escore obtido nos oito domínios do questionário SF36 nas avaliações antes e após a intervenção musicoterápica no Centro Municipal de Saúde.

O aumento ocorrido no domínio saúde mental sugere que sentimentos de paz, felicidade e calma tenham aumentado em detrimento da baixa do nervosismo e depressão. O efeito sobre o domínio vitalidade, por sua vez, sugere um aumento da energia e a predominância de animação nas pacientes, sentindo-se menos esgotadas.

Pode-se observar ainda, na tabela 2, que o *desvio padrão* do domínio “aspectos emocionais” foi alto, principalmente no questionário aplicado antes da intervenção. Isto sugere que a *dispersão* dos escores individuais foi alta em relação à tendência central do grupo. Esta característica pode estar associada à *labilidade emocional* própria do período climatérico. Nota-se que o desvio padrão deste domínio passou de 43,39 no primeiro questionário para 24,22 no segundo questionário, que continua alto, porém sugere uma menor dispersão e uma



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

maior homogeneidade dos escores em relação à média do grupo que, por sua vez, subiu 43,76%

Em uma última análise, os escores do SF36 obtidos no grupo de mulheres climatéricas, podem ser comparados, para efeito de estudo, com os escores obtidos em grupos de quadros clínicos distintos que também foram submetidos ao questionário SF36 em outras pesquisas.

O Gráfico 2 abaixo, nos permite visualizar a diferença entre estes escores. Vale dizer, que as médias utilizadas para a construção deste gráfico se referem ao primeiro questionário aplicado, ou seja, antes da intervenção musicoterapêutica e os demais dados foram extraídos da tese de tradução e validação do SF36 no Brasil de Rozana Mesquita Ciconelli.

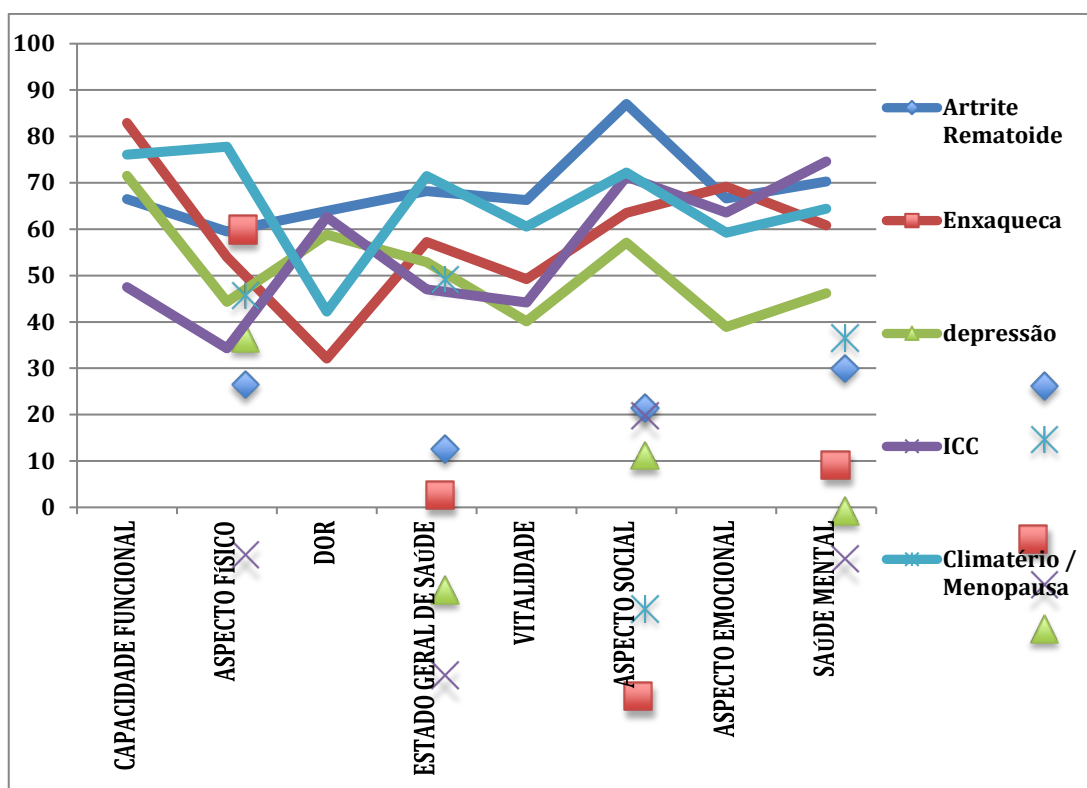


Gráfico 2: Comparação entre os domínios do SF36 para mulheres no período do climatério/menopausa e algumas patologias (dados recolhidos da tese de validação do questionário SF36 de Rozana Mesquita Ciconelli) (ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva)

Considerações finais

Os domínios vitalidade e saúde mental, onde se comprovou alteração significativa dos escores, referem-se a domínios do componente mental do grupo/indivíduo, revelando um claro efeito da musicoterapia neste campo. No entanto, o domínio vitalidade possui uma relação com o campo físico uma vez que se manifesta no corpo. Assim, pode-se pensar que a musicoterapia influenciou principalmente na mente do grupo, porém encontrou reflexões no corpo das pacientes gerando, por exemplo, mais sensação de energia.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

A aplicação do SF36 se mostrou adequada uma vez que é de fácil aplicação e compreensão e se mostrou capaz de traçar um quadro clínico referente à qualidade de vida das pacientes. A relativa homogeneidade, entre os questionários anterior e posterior à intervenção musicoteráutica, ratifica o papel avaliador do SF36.

Ainda segundo o resultado dos questionários SF36 e como se pode observar no gráfico 2, voltamos nossos olhares, enquanto terapeutas, para os domínios “dor” que aqui se mostra mais baixo do que nas patologias apresentadas, Mesmo não sendo o climatério/menopausa caracterizado como um quadro patológico. Sabemos que há um componente mental no domínio dor que pode estar influenciando nesta percepção.

O domínio “aspectos emocionais” também merece nossa atenção quando se apresenta, em um primeiro momento, com um escore menor que em patologias como a artrite reumatoide e a enxaqueca. Segundo o Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa, as reações “depressivas” podem ser uma expressão afetiva comum dessa fase da vida, já que se trata de um momento caracterizado por fatores psicossociais que alteram os papéis familiares e sociais e intensificam perdas interpessoais.

O resultado do teste *t* nos mostra que o valor de *t*, no domínio aspectos emocionais, apesar de ter sido maior, foi muito próximo ao valor de *p*, estipulado em 0,05. Isto sugere um potencial terapêutico da Musicoterapia sobre este domínio na qualidade de vida de mulheres no período do climatério.

Neste sentido, poderia o curto período de 15 sessões ter limitado um maior progresso no domínio aspectos emocionais, o que ratificaria o efeito benéfico da musicoterapia no campo mental do grupo? Caso a musicoterapia tivesse interferido ainda mais no componente mental do grupo, poderia a dor ter diminuído devido à sua estreita relação com a mente?

Referências

Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. IMBROISI, Thereza e RIBAS, Yuri Machado. **A musicoterapia aplicada no período do climatério/menopausa**. Rio de Janeiro, 2017.

VIANNA, Martha Negreiros de Sampaio. BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **‘Desenho clínico bipartite’ de musicoterapia com gestantes de alto risco hospitalizadas na Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFRJ)**. Trabalho apresentado no XVII ENPEMT – Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. IX ENEMT - Encontro Nacional de Estudantes de Musicoterapia. Goiânia, 2017.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo Grupal**. Trad. Marco Aurélio Fernandez Velloso. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

CICONELLI, Rozana Mesquita - Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*" . São Paulo, 1997.120p. Tese de doutorado - Universidade Federal de São Paulo (EPM).

Ensiyeh Jenabi, Fatemeh Shobeiri, Seyyed M.M. Hazavehei, and Ghodratollah Roshanaei. **Assessment of Questionnaire Measuring Quality of Life In Menopausal Woman: A Systematic Review**; 2015. Iran Oman Med Medical Journal.

TONDOLO, Vilmar Antonio Gonçalves / Luís Carlos Schneider. A Utilização de testes de hipótese paramétrico em pesquisas científicas. **Global Manager** – ano 7, n. 11 , Dezembro 2006.

Aquino CF, Augusto VG, Moreira DS, Ribeiro S. Avaliação da Qualidade de Vida de Indivíduos que Utilizam o Serviço de Fisioterapia em Unidades Básicas de Saúde. **Fisioter Mov.** 2009 abr/jun;22(2):271-279.



**Revisitando o passado ou antevendo o futuro?
Aparelhagens eletroeletrônicas como elementos iatrogênicos
quando utilizados por autistas e crianças neurotípicas²⁶**

***Revisiting the past or anticipating the future?
Electro-electronic devices as iatrogenic elements when used by autistic and
neurotypical children***

Lia Rejane Mendes Barcellos²⁷
Conservatório Brasileiro de Música – CBM-CeU

Resumo: Este trabalho se refere a uma apresentação em um Congresso Mundial de Autismo, há 30 anos, e trata do perigo do uso de aparelhagens eletro-eletrônicas na musicoterapia se transformarem em elementos iatrogênicos. Objetivo: Mostrar a atualidade do tema, que trata dos riscos do uso das referidas aparelhagens, por crianças com TEA, à época restrita aos teclados eletrônicos na sala de musicoterapia. O centro da discussão é, ainda, a promoção da saúde pela musicoterapia, que pode atingir aspectos físicos/emocionais/sociais, também de crianças neurotípicas²⁸, que desde pequenas já usam aparelhos eletrônicos que podem vir a ser iatrogênicos, pela repetição e pelo isolamento ao qual essas crianças podem ser levadas.

Palavras-chave: Aparelhagens eletro-eletrônicas. Iatrogenia. Transtornos do Espectro Autista (TEA). Musicoterapia.

Abstract: This work refers to a presentation at a World Congress of Autism 30 years ago, and addresses the danger of the use of electro-electronic apparatus in music therapy to become iatrogenic elements. Objective: To show the currentness of the theme, which deals with the risks of the use of these devices, by children with ASD, at that time restricted to electronic keyboards in the music therapy room. The focus of the discussion is also the promotion of health through music therapy, which can reach physical / emotional / social aspects, also of neurotypical children, who since very small already use electronic devices that can become iatrogenic, by the repetition and isolation to which these children can be taken.

Keywords: Electro-electronic devices. Iatrogenic. Autism Spectrum Disorder (ASD). Music Therapy.

²⁶ Trabalho apresentado no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

²⁷ <http://lattes.cnpq.br/7452016477572221>.

²⁸ Diz-se daquele que aparentemente não é acometido por nenhuma psicopatologia, isto é, doença, síndrome ou qualquer prejuízo de ordem mental. Uma pessoa mentalmente saudável.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

1. Introdução

Em 1987, ano da apresentação do trabalho do qual este se origina, o então denominado “autismo”, era praticamente o centro da minha clínica particular de musicoterapia. Formada em 1975, trabalhei desde 1973 como estagiária em um hospital de Reabilitação Neurológica²⁹, onde os pacientes com sequelas de AVE/AVC (com ou sem afasia), PC, TCE ou TRM³⁰ eram os principais a serem atendidos pela instituição. No entanto, grande parte das crianças que eram encaminhadas para a musicoterapia eram portadoras do então denominado ‘Austimo Infantil Precoce’. Mas, por motivos que não entendíamos, crianças com Autismo, ou com um ‘comportamento autista’, hoje denominado ‘Autismo secundário’, decorrente de Deficiência Visual (DV), Deficiência Auditiva (DA) ou, ainda, Paralisia Cerebral, eram também encaminhadas à musicoterapia.

Assim, desde o início de minha carreira, trabalhei com crianças autistas, que tanto atraem a nossa atenção pela dificuldade de relação, pelo mistério que cerca essas crianças, ou, ainda, porque sabemos que a música é um poderoso elemento terapêutico para abrir ‘janelas de comunicação’ para intermediar/possibilitar uma relação e permitir o desenvolvimento desse tipo de crianças.

Saindo desse hospital, onde permaneci por oito anos, decidi trabalhar no meu próprio consultório onde tinha como centro o trabalho com crianças de todos os tipos e, evidentemente, dentre elas, as autistas, aqui, diferentes daquelas do Hospital de Reabilitação porque a maioria destas não tinham problemas motores. Muitas eram portadoras de deficiências sensoriais (deficiência visual e deficiência auditiva), com ‘autismo secundário’ (AMIRALIAN, M. L. T. M. e BECKER, E., 1992), sendo muito próximas dos autistas sem outros problemas.

Mas, desde o início os autistas me atraíam, como atraem, ainda hoje, profissionais advindos de várias áreas, trazendo sempre a convicção de que conseguirão reverter a situação!

2. Os pacientes do consultório

²⁹ Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), onde os pacientes com problemas motores eram o centro dos atendimentos

³⁰ Respectivamente: Acidente Vascular Encefálico, Acidente Vascular Cerebral, Paralisia Cerebral (Encefalopatia Crônica da Infância), Traumatismo Cranioencefálico e Traumatismo Raquimedular.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Meu primeiro trabalho, como referido anteriormente, havia sido na ABBR, onde eu já tinha encontrado uma estrutura pronta, pois aí a musicoterapia tinha sido implementada e estava consolidada desde 1964³¹. Portanto, naquele espaço, não tive a tarefa de organizar a sala.

No entanto, saindo para um consultório próprio, o primeiro passo era montar o consultório: móveis e instrumentos musicais, escolhendo, dentre estes um teclado eletrônico não muito grande e, por isso portátil, com caixas amplificadoras ao invés de um piano. Isto por se tratar de um prédio de consultórios, que poderia trazer problemas de vazamento de som. Mas, mesmo assim, foi colocada uma proteção acústica nas paredes.

Preparada a sala, comecei a trabalhar. E os pacientes foram sendo encaminhados. Crianças com todos os tipos de problemas: síndromes neurológicas e genéticas, deficientes visuais, deficientes auditivos, e crianças autistas, como se denominava à época. Isto, além dos pacientes que eram atendidos em domicílio.

Mas, os autistas sempre chamavam a atenção dos profissionais que trabalhavam com crianças, principalmente pelo mistério que cercava as suas vidas e pelas dificuldades que se interpunham entre ambos.

Agora sempre repito que os autistas que eu trabalhava não eram iguais aos autistas de hoje. Os de “antigamente” eram ‘muito mais graves’. Mas, sei que isto é decorrente da abertura do autismo em um espectro, trazendo para dentro desse diagnóstico crianças com todos os níveis de comprometimento, envolvendo situações e apresentações muito diferentes umas das outras, numa gradação que vai das mais leves às mais graves, embora todas estejam, em menor ou maior grau relacionadas com dificuldades de comunicação e relacionamento social.

3. Os autistas e a música

Embora sabendo que uma casuística de três crianças não é significativa, mesmo que não se trate de pesquisa, considere importante exemplificar com apenas

³¹

A música foi introduzida na ABBR em 1954, como recreação e meio de integração infantil, por Sula Jaffé que, em 1964, convidou Gabrielle Souza e Silva para “ocupar crianças capazes de tocar instrumentos”. Nesse momento foi criado o Setor de Musicoterapia, ainda hoje em funcionamento.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

estes três autistas, dos muitos que atendi, por se tratar de três crianças com o mesmo quadro: deficientes visuais, com um autismo secundário, e porque os três usavam o teclado se valendo de aspectos musicais para se isolarem, não me permitindo entrar em contato com eles e transformando o instrumento em algo iatrogênico pois reforçava os aspectos da doença.

	Mário	Rita	José
Idade	11 e 7 meses	7 anos	5 anos e 10 me
Tempo de atendimento	1 ano e 3 meses	3 anos	1 ano e 9 meses
Causas da cegueira	Fibroplasia retrolenticular	Retinoblastoma bilateral (prótese bilateral)	Causa inespecífica (prótese direita)
Mobilidade	Normal ³² com estereotipias	Normal com estereotipias	Normal com estereotipias
Habilidade manual/Relação com objetos	Segura e se relaciona com os objetos de maneira especial	Segura e se relaciona com os objetos de maneira especial	Segura e se relaciona com os objetos de maneira especial
Tato/contato tátil com pessoas	Discrimina objetos/rejeita o contato humano	Discrimina objetos/rejeita o contato humano	Discrimina objetos/rejeita o contato humano
Linguagem	Sem inflexões rítmico-sonoras. Não utiliza o pronome Eu	Sem inflexões rítmico-sonoras. Não utiliza o pronome Eu	Sem inflexões rítmico-sonoras. Não utiliza o pronome Eu
Compreensão verbal	Sim	Sim	Sim

Mario se utilizava da melodia: ligava o teclado e escolhia uma das muitas **sequências melódicas** já disponíveis, em *looping*³³. Estas, depois de programadas, poderiam tocar por uma sessão inteira. Com o violão eu acompanhava com uma harmonia compatível com a melodia por ele escolhida para ‘encontrá-lo’ musicalmente. No momento em que ele percebia que estávamos juntos, musicalmente, ele mudava a altura da sequência (para mais grave ou mais agudo), numa tentativa de ficar sozinho. Isto me levava, naturalmente, a ter que mudar a harmonia para ir encontrá-lo em um outro lugar harmônico. Se eu não fizesse esse tipo de intervenção, ele poderia se manter a sessão inteira completamente isolado, ouvindo o teclado tocar ‘sozinho’.

³² Levando-se em consideração os aspectos advindos da deficiência visual.

³³ Na música electroacústica, um *loop* é a repetição de um material sonoro e/ou rítmico. Pequenas seções de material sonoro/rítmico podem ser repetidas para criar padrões de *ostinatos*. Um *loop* pode ser construído ou programado em várias tecnologias como computadores, sintetizadores e, dentre estes, teclados eletrônicos tendo como característica a repetição.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Em outros momentos, quando Mario percebia que estávamos juntos, utilizava-se do aumento do **andamento** para ‘ficar sozinho’. À medida que a velocidade ia aumentando, ia ficando muito difícil acompanhá-lo. A única forma era tocar só a harmonia (um acorde) nos primeiros tempos do compasso. E ele percebia as mudanças e sorria, como mostrando que entendia perfeitamente o que estava acontecendo. No entanto, aquilo se transformava num jogo que, pouco a pouco, ia me levando a fazer parte do seu mundo.

Rita, em condições muito próximas das de Mário, embora não tivesse com ele nenhum contato, valia-se também dos *loops* no teclado mas encontrou uma forma que era mais difícil de ser contornada: Rita utilizava a **intensidade** do som! À medida que percebia que eu estava musicalmente ‘com ela’, ia aumentando o volume até chegar ao máximo. Vale dizer que o teclado era ligado a duas potentes caixas amplificadoras o que devia chegar a uns 90 dB!

Assim, as minhas intervenções com o violão não seriam ouvidas por Rita. Uma forma de intervir seria corporalmente. Mas, Rita era deficiente visual. A forma que encontrei para enfrentar o volume que Rita colocava e fazer intervenções, foi escolhendo instrumentos com **o timbre** muito contrastante com o do teclado como, por exemplo, o do agogô, – o que denominei “intervenção por contraste”! Nesses momentos, por exemplo, Rita começou a desligar o teclado, para ouvir o que eu fazia.

Ainda em momentos de ‘desespero’ me utilizei de intervenções verbais, de forma não convencional, como, por exemplo “você está me ‘sacaneando’”? E ela parava e ria, respondendo: Tô!

José, o terceiro paciente, buscava a regularidade e invariabilidade de um *loop rítmico*, para ter o apoio para sua estereotipia corporal, entendida como ‘dança’ por um professor da escola que tocava para ele “dançar”! E escreveu que ele poderia ficar assim por uma aula inteira³⁴. Criamos então, a estagiária³⁵ e eu, várias estratégias para quebrar essa estereotipia:

- a primeira delas: entrar no ritmo da estereotipia dele e ir aumentando o andamento. Mas, José aumentava o andamento seguindo corporalmente o ritmo até

³⁴ Tratava-se de um professor de classe de quem recebi um relatório, onde dizia que como “o menino gostava muito de dançar, ele tocava quase a aula inteira para o menino poder dançar!

³⁵ A musicoterapeuta Paula Carvalho.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

não poder mais e aí, para nossa surpresa, desdobrava o tempo: ao invés de se movimentar a cada tempo, só se movimentava nos primeiros tempos do compasso!

- lançamos mão, então, da segunda estratégia: dar um significado à estereotipia. Como ele se balançava de um lado para o outro, com os braços para cima e as mãos com as palmas viradas uma para a outra, deixando um espaço entre elas - provavelmente para ter mais equilíbrio já que era deficiente visual -, coloquei um pandeiro numa posição de forma que, na sua movimentação, ele 'tocasse' o pandeiro, mesmo sem querer.

- como as duas estratégias anteriores não surtiram efeito, resolvi criar uma nova: se ele seguia o ritmo de todas as formas, pensei que deveríamos tentar 'quebrar o ritmo' fazendo polirritmias. Deve-se dizer que esta foi uma das formas mais difíceis de tocar. É quase impossível! Mas, conseguimos. E aí aconteceu algo que nos impressionou muito: ele começou a rodar e rodar até cair, às gargalhadas, como dizendo: elas descobriram o meu segredo! E, a partir daí, toda vez que ele começava com a estereotipia, começávamos com a polirritmia e ele já começava a rir.

Assim conseguimos, musicalmente, trabalhar e diminuir as estereotipias consideravelmente, através do que se transformou num jogo e numa brincadeira.

4. Discussão

Deve-se pensar, aqui, na principal característica de um *loop* – a repetição - que se constituía como o centro da sessão destas três crianças, e que coincide com uma das características presentes no TEA: a estereotipia, que se manifesta através de repetições.

Aqui se pode convocar o musicoterapeuta holandês Henk Smeijsters que declara que “A hipótese fundamental da musicoterapia, na minha opinião, é que tocar, cantar e ouvir música ‘re-soa’ o mundo interno da pessoa que toca, canta ou escuta.” (1999, p. 284).

Para o corpo teórico da musicoterapia, em construção, é básico entender-se que há uma correspondência entre as experiências internas e as expressões observáveis do paciente.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Numa visão psicanalítica, a psicóloga clínica francesa Marion Péruchon³⁶ (2005) discute a questão da repetição e convoca Freud para falar da *compulsão de repetição*, que pode ser tanto uma característica da *pulsão de morte* quanto da *pulsão de vida* que, resumidamente, são as que, respectivamente, tendem à autodestruição, e as que, por oposição às anteriores, são de autoconservação (p. 407 e 414).

Na pulsão de morte, “trata-se de restabelecer um estado anterior, um passado idêntico àquele que foi, pela destruição de tudo o que acontecer posteriormente”, afirma Péruchon (p. 37). Já na pulsão de vida, ainda segundo a autora, “trata-se de conservar o passado, integrando-o em organizações-unidades mais amplas, mesmo que esta integração só possa ser feita por uma certa transformação” (p. 78); neste caso, a repetição não se fecha nela mesma. Pelo contrário, abre-se ao novo, num movimento progressivo, como na criação.

Mas, ainda uma questão, bem mais objetiva que a anterior, deve ser observada: a posição que os teclados eletrônicos ou pianos digitais são colocados nas salas de musicoterapia: sempre encostados na parede. Assim, para tocar, os pacientes devem ficar de costas para a sala. Mesmo com crianças normais mas, mais especificamente com autistas, é mandatório que esses instrumentos fiquem numa posição que a criança fique de frente para onde vai estar o musicoterapeuta pois tudo que eles querem é ficar longe do olhar do terapeuta para evitar o contato. Aqui se poderia dizer que ‘essa posição ajuda o paciente a se manter no isolamento’ que tanto quer. Seria uma posição iatrogênica, se for possível assim se falar!

Considerações finais

Cabe frisar que, com este trabalho, não estou querendo dizer os teclados eletrônicos deixem de ser utilizados. O que pretendo é chamar a atenção para a forma como as crianças os utilizam e para o cuidado que as famílias e nós, musicoterapeutas, temos que ter: devemos estar sempre atentos para a forma como as crianças se valem deles, em geral, para se manterem isolados.

Mas, a tecnologia continuou o seu caminho de desenvolvimento e muitos outros dispositivos vêm sendo criados e são utilizados, pelas crianças neurotípicas, desde muito pequenas. É comum, hoje, vermos crianças com *ipads*, *ipods* e celulares, por

³⁶
Descartes.

Do Laboratório de Psicologia Clínica e Patológica da Université René



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

exemplo, em espaços os mais variados como aviões, restaurantes, aeroportos e muitos outros, quietas, como os pais querem, e encapsuladas, ou mergulhadas nos seus desenhos preferidos, repetindo uma mesma cena à exaustão. E aqui temos um perigo à vista: que estas crianças se isolem cada vez mais.

Neste contexto, a musicoterapia teria um papel de extrema importância: levar estas crianças a compartilharem com o outro, os musicoterapeutas, não só as suas preferências mas, principalmente, a descoberta de caminhos de relação e novas formas de coparticipação em experiências.

Referências

AMIRALIAN, Maria Lucia Toledo M.; BECKER, Elisabeth. Deficiência Congênita e Autismo Secundário: um risco psicológico. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.** S. Paulo, II(2), 1992 - pp. 49-55.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. Autismo: aparelhagens eletro-eletrônicas como elementos iatrogênicos. **Musicoterapia: alguns escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 2013.

PÉRUCHON, Marion. Compulsion de répétition, créativité et création. **La Revue de Musicothérapie**, Editée par L'Association Française de Musicothérapie, Paris, v. XXV, n. 1, p. 38-45, mar. 2005.

SMEIJSTERS, Henk. Developing concepts for a general theory of music therapy – music as representation, replica, semi-representation, symbol, metaphor, semi-symbol, iso-morphè, and analogy. In: **Info CD Rom II**. Editoração e Concepção de David Aldridge. Herdeck, 1999.



A formação terapêutica da(o) Musicoterapeuta: refletindo sobre alguns caminhos¹

The therapeutic training of Music Therapists: reflecting on some paths

Lázaro Castro Silva Nascimento²
Universidade Estadual do Paraná

Resumo: No Brasil para tornar-se Musicoterapeuta é necessário formação em nível superior na área. Seja em nível de graduação (bacharelado em Musicoterapia) ou pós-graduação "lato sensu" (especialização em Musicoterapia). Em ambos os caminhos é imprescindível que se habilite esta(e) profissional no que compete 1) ao desenvolvimento de competências musicais; e 2) ao treino de habilidades terapêuticas com respectivo domínio teórico-conceitual. O objetivo deste trabalho é refletir acerca da formação terapêutica da(o) Musicoterapeuta. Metodologicamente este trabalho pode ser compreendido como uma reflexão hermenêutica a partir de vivências no campo musicoterapêutico. As formações em Musicoterapia possuem focos diversos. É comum que cada instituição determine o seu currículo mínimo pela ausência de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação da(o) Musicoterapeuta. Isto faz com que haja instituições que desprivilegiem a formação terapêutica em detrimento de uma formação majoritariamente musical ou vice-versa. A formação musicoterapêutica precisa englobar tanto a teoria/técnica, com treino de habilidades musicais e técnicas/métodos/abordagens musicoterapêuticas, quanto trabalho pessoal da(o) Musicoterapeuta em terapia. Seja em um processo psicoterapêutico, musicoterapêutico, arteterapêutico ou afins. É necessário compreender que a formação extrapola o espaço acadêmico institucional. Por sua complexa natureza híbrida, fundamentada no tripé arte-saúde-ciência, a Musicoterapia exige atenção especial na formação de suas/seus profissionais.

Palavras-chave: Formação terapêutica. Musicoterapeuta. Terapeuta.

Abstract: To become Music Therapist in Brazil requires higher education in the area. Whether in an undergraduate level (Bachelor Degree in Music Therapy) or postgraduate "lato sensu" (Specialization in Music Therapy). In both ways, it is essential that this professional is qualified in what concerns 1) the development of musical skills; and 2) the training of therapeutic skills with respective theoretical-conceptual domain. The objective of this research is to reflect on the therapeutic training of the Music Therapist. Methodologically, this essay can be understood as a hermeneutical reflection from experiences in Music Therapy field. The music therapy courses have different focuses. It is common for each institution to determine its minimum curriculum due to the absence of National Curriculum Guidelines (DCN) for the training of the Music Therapists. This means that there are institutions that deprive therapeutical training to the detriment of a majority musical formation or vice versa. Music therapy training needs to include both theory / technique, training of musical skills and techniques / methods / approaches to music therapy, as well as the personal work of the Music Therapist in therapy. It can be done with psychotherapy, music therapy, art therapy or similar. It is necessary to understand that music therapists' training extrapolates the institutional academic space. Due to its complex hybrid nature, based on the art-health-science tripod, Music Therapy requires special attention in the formation of its professionals.

Keywords: Therapeutic training. Music Therapist. Therapist.

¹ Trabalho apresentado no GT 22 na modalidade apresentação oral no XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² Graduando em Musicoterapia na Universidade Estadual do Paraná (Unespar). Membro estudantil da Associação de Musicoterapia do Paraná (CAMT 525/16). Membro da Comissão de Divulgação & Marketing da União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM). Delegado estudantil (2017-2020) da América Latina na *World Federation of Music Therapy*. <http://lattes.cnpq.br/1803688550598633>



**XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA**

31 de maio a 03 de junho de 2018

1. Reflexões iniciais

A formação em Musicoterapia no Brasil é complexa. Como já discutido anteriormente em Nascimento (2016) e Nascimento & Ansay (2017), para tornar-se Musicoterapeuta em solo brasileiro há dois caminhos: a graduação em algum curso de Bacharelado em Musicoterapia ou a pós-graduação (*lato sensu*) em nível de especialização. Com isto abrem-se questões importantes sobre quais competências são necessárias na formação desta(e) profissional.

Os cursos de nível superior em nível de graduação no Brasil são orientados por Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Esta prerrogativa foi estabelecida em 1995 com a Lei 9.131 que criou o Conselho Nacional de Educação (CNE) e visava permitir uma flexibilidade aos cursos de graduação:

Entende-se que as novas diretrizes curriculares devem contemplar elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. [...] Devem ainda promover formas de aprendizagem que contribuam para reduzir a evasão, como a organização dos cursos em sistemas de módulos. Devem induzir a implementação de programas de iniciação científica nos quais o aluno desenvolva sua criatividade e análise crítica. Finalmente, devem incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania. (BRASIL, 1997)

Contudo, nem todos os cursos de graduação no Brasil possuem DCN estabelecidas. Isto também acontece com a Musicoterapia, cabendo a cada instituição que oferece cursos na área delimitar os currículos ofertados de acordo com os posicionamentos teóricos e políticos de suas/seus proponentes. Assim, é possível haver características específicas em cada curso como a ênfase em algum instrumento musical ou na formação musical como um todo, a ausência de estágio supervisionado, a circunscrição do curso na área de artes ou na área de saúde etc.

Mesmo que questões como reconhecimento de cursos e DCN sejam de competência deliberativa do Ministério de Educação (MEC), a União Brasileira das Associações de Musicoterapia – UBAM e suas associações afiliadas exercem papel importante neste processo. São estas instituições que *recomendam*, dentro da classe



XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

de Musicoterapeutas e para estudantes da área, quais cursos atendem aos objetivos que se compreendem necessários para uma formação qualificada na área. É possível encontrar uma lista com estes cursos nos espaços virtuais da UBAM.

Circunscrever e delimitar a formação em Musicoterapia apresenta um impasse epistemológico devido ao seu hibridismo. Chagas & Pedro (2008) discutem o hibridismo da Musicoterapia e quais as implicações políticas e científicas desta interdisciplinaridade que foge ao modelo clássico de disciplinaridade encontrado em outras áreas “clássicas”. As autoras apontam como a Musicoterapia nasce na interface entre Música, Medicina e Psicologia.

Etimologicamente a necessidade de refletir sobre esta interdisciplinaridade também comparece. Há uma obviedade no fato da palavra “musicoterapia” possuir os termos “música” + “terapia”. Vale um comentário, no dicionário Michaelis (2018) online o termo é delimitado dentro das áreas “Música” e “Psicologia” de forma problemática, informando que é um “conjunto de técnicas com fundamentos na música e utilizadas no tratamento de problemas psíquicos”, não como ciência ou área de conhecimento.

Diante disso, seria possível pensar a formação de Musicoterapeutas em pelo menos dois eixos resumidamente:

- 1) Desenvolvimento de competências musicais;
- 2) Treino de habilidades terapêuticas com respectivo domínio teórico-conceitual;

Circunscrita a base psicológica/terapêutica na Musicoterapia, é possível questionar: quais os caminhos para a formação terapêutica de Musicoterapeutas no Brasil? Este trabalho possui como objetivo refletir sobre a formação terapêutica de Musicoterapeutas no Brasil, questionando e buscando responder sobre alguns caminhos possíveis nesta direção.

2. Caminhos metodológicos

Propor discussões acerca do campo musicoterapêutico estando imerso neste exige uma metodologia que seja coerente com esta realidade. Assim, para percorrer os caminhos teórico-metodológicos foi escolhida a abordagem qualitativa com reflexões a partir da hermenêutica. Nas palavras de Weller (2007):

As abordagens qualitativas devem [...] superar o objetivismo que



XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

reivindica um acesso privilegiado à realidade, e, ao mesmo tempo, rebater as críticas de que os resultados produzidos por pesquisas qualitativas seriam de caráter meramente subjetivo e/ou de cientificidade duvidosa. (WELLER, 2007, p. 8)

Entender os discursos hegemônicos no campo das ciências é importante no ato de eleger metodologias que sejam compatíveis com os objetos estudados especialmente para as ciências humanas e artes. Neste caso, como Musicoterapeuta em formação, refletir sobre este campo com um aporte hermenêutico permite garantir um rigor metodológico que considere a experiência como fonte de indagação e construção de saber. Dittrich & Leopardi (2015) elucidam algumas compreensões acerca da hermenêutica:

A hermenêutica, sobre um fenômeno, é vida vivida porque emerge e se instaura num corpo-criante, que explora passado e presente, imaginando o futuro a partir dessas vivências conscientes, que o torna um ser histórico capaz de sentir a apropriação do seu saber como algo legítimo e correspondente com a realidade (p. 115, grifos do autor)

É com este olhar da pesquisa compreensiva que será composta a seção a seguir.

3. Caminhos para a formação terapêutica de Musicoterapeutas

Para pensar a formação terapêutica é necessário primeiro um mínimo delineamento sobre questões etimológicas. “Terapia” e “terapeuta” parecem termos generalistas sendo utilizados de muitas formas diferentes nos diversos campos do saber. Etimologicamente segundo o dicionário Michaelis (2018) os termos significam:

Quadro 1: etimologia termos “terapia” e “terapeuta”.

Terapia (sf)	Terapeuta (sm+f)
1 MED Parte da medicina que se ocupa dos cuidados dispensados aos doentes, entre eles a escolha e a administração do tratamento medicamentoso.	1 MED Pessoa que dispensa cuidados e tratamento médico a alguém; terapeuta.
2 Todo método que visa descobrir as causas e os sintomas dos problemas físicos, psíquicos ou psicossomáticos e, por meio de tratamento adequado, restabelecer a saúde e o bem-estar do paciente.	2 Aquele que escreve sobre terapêutica.
3 PSICOL Ver psicoterapia.	3 PSICOL Ver psicoterapeuta.



XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Fonte: Dicionário Michaelis online (2018).

Novamente as áreas que aparecem mais próximas a estas concepções são Medicina e Psicologia. Vale uma breve discussão acerca do termo “Psicoterapia” e “Psicoterapeuta” que, apesar de vinculados à ciência psicológica e comumente serem referidos na Psicologia, não são funções privativas desta profissão. O Conselho Federal de Psicologia é claro ao afirmar:

2) A psicoterapia é atividade privativa de psicólogos?

O Conselho Federal de Psicologia regulamenta a atuação do psicólogo na psicoterapia, conforme Resolução CFP-010/2000. Entretanto, de acordo com a legislação brasileira, *a psicoterapia não é atividade privativa de psicólogos*, podendo ser praticada por outros profissionais, desde que não utilizem o título de psicólogo. (s/d, *grifos do autor*).

Isto é importante de ser destacado na medida em que as formações em Musicoterapia também apresentam disciplinas nas suas bases curriculares com temáticas como psicopatologia, psicopatologia da infância, psicopatologia da puberdade e adolescência, psicopatologia da pessoa adulta e idosa, técnicas psicoterápicas, psicologia do desenvolvimento/crescimento e desenvolvimento humano, psicologia da música, introdução à psicologia, neuropsicologia entre outras³.

Poderiam então Musicoterapeutas buscarem formações nas áreas das Psicoterapias? Sim. Inclusive, comumente em abordagens e modelos de Musicoterapia – Musicoterapia Criativa, *Vocal Psychotherapy*, Musicoterapia Holística, *Guided Imagery and Music* (GIM), Musicoterapia Analítica entre outros – há menções a bases psicoterapêuticas como a Psicologia Analítica, Psicanálise, Análise do Comportamento, Psicodrama, Gestalt-terapia etc. Sendo comum em território não-brasileiro que Musicoterapeutas também sejam Psicoterapeutas licenciadas(os).

A legislação brasileira não impede que Musicoterapeutas cursem tais formações e agreguem estes conhecimentos às suas práticas. Contudo, apesar de no Brasil existirem especializações e cursos livre de formação nas áreas da Psicoterapia que permitem profissionais de outros saberes, ainda parece necessário: 1) explicar o fazer da(do) Musicoterapeuta para as instituições que ofertam tais formações a fim de

³ Disciplinas retiradas das grades curriculares dos cursos de graduação em Musicoterapia da Universidade Estadual do Paraná (PR), Faculdades EST (RS) e Universidade Federal do Goiás (UFG).



XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

se justificar em que a formação contribuiria para sua prática e 2) informar às(aos) Musicoterapeutas que podem realizar tais formações, se desejarem.

A partir destas idéias é possível afirmar que a formação (psico)terapêutica de Musicoterapeutas excede o espaço unicamente acadêmico. Na psicanálise freudiana, por exemplo, há um tripé comumente replicado em diversas formações psicoterapêuticas que compreende: análise pessoal/estudo teórico/supervisão. Três pilares fundamentais para muitas concepções teórico-clínicas.

Na direção de pensarmos a importância do trabalho de terapia pessoal para Musicoterapeutas, vale mencionar a pesquisa de Chikhani (2015) na qual foram investigadas as compreensões de 130 musicoterapeutas no contexto estadunidense acerca da terapia pessoal. A autora concluiu que:

A maioria das(os) participantes no estudo acreditaram que o autoconhecimento é um componente essencial no desenvolvimento como Musicoterapeuta. De fato, 99% das(os) participantes que responderam a essa pergunta afirmaram que ela [a terapia pessoal] é "importante", "muito importante" ou "extremamente importante". A terapia pessoal é um dos métodos mais procurados para aumentar o autoconhecimento, embora para muitos participantes não seja necessário em todos os momentos. O uso da terapia pessoal pode ser extremamente valioso para as(os) Musicoterapeutas em seu trabalho com os clientes. (p.44, *tradução livre*)

O estudo teórico e a supervisão parecem ter mais espaço nas universidades e nas formações em Musicoterapia no Brasil. Há discussões teóricas, de casos clínicos, bem como as graduações e algumas especializações costumam oferecer estágio supervisionado em Musicoterapia em diferentes áreas como clínica, reabilitação, hospitais, educação, na área social etc. Estes dois pilares do tripé mencionado anteriormente são com frequência trabalhados com as(os) futuras(os) Musicoterapeutas.

A terapia pessoal, porém, apresenta uma certa "delicadeza" quando inserida na pauta da formações. Primeiramente é necessário pensar que esta exige disponibilidade interna para ser plenamente experienciada no caminho de um desenvolvimento pessoal. Em seguida, há custos financeiros altos considerando que muitos processos terapêuticos ainda são inacessíveis à população de maneira geral mesmo com projetos como as clínicas-escolas de Instituições de Ensino Superior. E, por fim, não parece viável a inserção de uma atividade como a terapia pessoal em uma grade curricular ou como requerimento obrigatório. Certamente que o



**XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA**

31 de maio a 03 de junho de 2018

“obrigatório” não é pedagógico, nem respeitoso. Contudo seria importante destacar esta área como “recomendável” ou “desejável” na formação destas(es) profissionais.

Há que se destacar que a aproximação da Musicoterapia às Psicoterapias não é um consenso entre a classe de Musicoterapeutas. Antes de uma formação em abordagens psicoterapêuticas, há quem defenda sobre a necessidade de aprofundamentos nas abordagens próprias da Musicoterapia como algumas citadas anteriormente. Antes de se criar uma cisão e um jogo hierárquico, é necessário reconhecer que cada Musicoterapeuta buscará aquilo que julgar lhe faltar no seu desenvolvimento, seja em um aporte teórico-clínico psicoterapêutico ou em algum fundamentado majoritariamente na própria Musicoterapia.

Algumas(ns) Musicoterapeutas poderão desejar focar seu desenvolvimento musical, outras(os) poderão desejar dar espaço para o seu desenvolvimento em nível pessoal, outras(os) ainda poderão jamais atuar na área por não se sentirem capacitadas(os) em nenhum destes dois níveis. De certo, o que se pode afirmar é que a busca por qualificação é fundamental para uma prática ética, coerente e concisa.

A formação terapêutica da(o) Musicoterapeuta é apenas um dos diversos aspectos que deve existir para se avaliar as competências e habilidades destas(es) profissionais. O objetivo deste trabalho foi refletir sobre esses caminhos a fim de encorajar que essa busca seja permanente mesmo quando o campo parecer, em uma primeira visada, ainda fechado ou inóspito. Ampliar o campo é atividade diária de cada Musicoterapeuta a fim de fortalecer a categoria e a ciência musicoterapêutica.

4. Considerações finais

Discutir questões legislativas acerca da formação em Musicoterapia, como as Diretrizes Curriculares Nacionais, é necessário e urgente. É preciso atuarmos em diversas frentes para reconhecer a profissão e a área publicamente nos espaços acadêmico-científicos. Nesta direção, é necessário pensar quais competências e habilidades são necessárias para formar um(a) Musicoterapeuta de excelência. Antes de “grades curriculares” que amarrem as coordenações e autonomia dos cursos, precisamos de diretrizes e orientações que guiem melhor estes caminhos.

Além disso, parece óbvio, mas ainda necessário de se destacar, que nenhum curso de graduação ou pós-graduação se propõe a oferecer uma formação



XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

“completa” para quaisquer profissionais. Somos sempre inacabamento, tanto pessoal quanto profissionalmente. A busca por conhecimento e capacitação técnico-científica é permanente e infindável. Isso significa que passa a ser um compromisso individual e ético que cada profissional siga o caminho da formação continuada, independente de suas escolhas teóricas.

Compreender o campo das psicoterapias como possível na formação da(o) profissional Musicoterapeuta pode qualificar ainda mais a sua *práxis* ampliando as concepções de identidade profissional da classe. Isto não significa deixar de ser Musicoterapeuta, antes disso significa reconhecer e delimitar que “terapêutica” estará sendo utilizada juntamente com as experiências sonoro-musicais para atuarmos em direção à salutogênese, tão reconhecida (e necessária) na Musicoterapia.

5. Referências

BRASIL. **Parecer CNE/CES nº 776/1997: Orientação para as diretrizes curriculares dos Cursos de Graduação.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0776.pdf>. Acesso em: 13 de março de 2018.

CHAGAS, Marly; PEDRO, R. **Musicoterapia desafios entre a modernidade e a contemporaneidade:** como sofrem os híbridos e como se divertem. Rio de Janeiro: Mauad e Bapera Editora, 2008

CHIKHANI, Carla Debbane. **The Role of Personal Therapy for Music Therapists: A Survey.** Dissertação (Dissertação em Musicoterapia) – Molloy College. Nova Iorque, p. 70, 2015. Disponível em: <http://digitalcommons.molloy.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1027&context=etd>. Acesso em 4 de abril de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Dúvidas frequentes sobre o tema: Psicoterapia.** S/d. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/contato/psicoterapia/>. Acesso em 22 de março de 2018.

DITTRICH, Maria Glória; LEOPARDI, Maria Tereza. Hermenêutica fenomenológica: um método de compreensão das vivências com pessoas. Londrina: **Discursos fotográficos**, v. 11, n. 18, p. 97-117, jan./jun. 2015.

MICHAELIS. **Dicionário Michaelis Online.** Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/>. 2018.

NASCIMENTO, Lázaro Castro Silva. Formação(ões) em Musicoterapia no Brasil: investigações acerca dos cursos de graduação. **Anais do VI Congresso Latinoamericano de Musicoterapia.** Brasil: Florianópolis. 2016.



XVI SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

NASCIMENTO, Lázaro Castro Silva; ANSAY, Noemi Nascimento. Music therapy education in Brazil: analyzing graduation courses' curriculums. In: 15th World Congress of Music Therapy. **Proceedings of 15th World Congress of Music Therapy**, Tsukuba: Japão, 2017.

WELLER, Wivian. A hermenêutica como método empírico de investigação. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 30 ed. **Anais 30ª Reunião Anual da ANPED**, Caxambu: UFMG, Minas Gerais. 2007.

A inserção da musicoterapia nas práticas integrativas e complementares do SUS , questões atuais

Leila Brito Bergold¹

Marly Chagas²

Resumo: A Musicoterapia foi inserida como PICS na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) em março de 2017, a partir da portaria 849/2017. Esse trabalho tem por objetivo situar a musicoterapia nas PICS; apontar questões atuais da musicoterapia nesse novo contexto, e em relação à atenção básica; relacionar a Musicoterapia com o novo paradigma em saúde. Conclui por apontar o desafio atual da musicoterapia em se inserir nas PICS e no SUS.

Palavras Chave: Musicoterapia. Práticas Integrativas e complementares. Política pública. Atenção básica

The insertion of music therapy in the integration practices complementaries of the SUS, current issues.

Abstract: Music Therapy was inserted as PICS in the National Policy of Integrative and Complementary Practices in Health (PNPIC) in March 2017, from the ordinance 849/2017. This work aims to situate Music Therapy in PICS; to point out questions of Music Therapy in this new context and basic attention; to relate Music Therapy to the new paradigm in Health. It concludes by pointing out the current challenge of Music Therapy in maintaining PICS and SUS,

Keywords: Music Therapy. Integrative and complementary practices. Public policy. Basic Attention

1 - Brevíssimo Histórico e algumas reflexões teóricas

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) iniciou-se a partir da portaria do Ministério da Saúde, de 03 de maio de 2006, que recomendava sua adoção pelas Secretarias de Saúde dos Municípios e Estados. À essa época, os objetivos desta política estavam voltados para a promoção da saúde, prevenção e redução de agravos, com ênfase na atenção básica, no cuidado continuado, humanizado e integral de saúde. Também apontava a importância das Práticas Integrativas e Complementares

¹ Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6191981041552785>

² Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8374727197262476>

em Saúde (PICS) enquanto alternativa para inovações em saúde (BRASIL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2018), as PICS são “práticas de saúde baseadas no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade”.

A Musicoterapia foi inserida como PICS na PNPIC em março de 2017, a partir da portaria 849/2017, segundo o MS, com o objetivo de ampliar as abordagens de cuidado e possibilidades terapêuticas para os usuários. Um desafio é situar a musicoterapia nas PICS, tendo em vista a grande diversidade existente entre as práticas elencadas pelo MS. É importante refletir o que nos aproxima e o que nos diferencia. E mais, é necessário refletir sobre nossa prática e teoria nessa perspectiva, visto que a inserção da musicoterapia na PNPIC é recente, estando ainda sendo absorvida pelos musicoterapeutas.

Grande parte das PICS mais tradicionais são caracterizadas como racionalidades médicas complexas, cujo fundamento é centrado na vitalidade de pessoas doentes, sendo denominadas vitalistas. As racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde não lidam com causas de patologias e a medicalização, mas com a origem do adoecimento e a reposição da saúde. Nesse aspecto há convergências entre a Musicoterapia e as racionalidades médicas mais difundidas, como Homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa, que enfocam o ser humano na relação com os outros e com o meio, promovendo o equilíbrio dinâmico da energia relacionada a sentimentos, pensamentos, comportamentos, além de relações familiares e sociais.

Nesse enfoque, destacam-se as diferenças entre os dois paradigmas que sustentam as racionalidades médicas: o *biomecânico*, oriundo do saber fragmentado e especializado das disciplinas que operam com a separação entre natureza/cultura, objeto e sujeito, corpo e mente; e o *vitalista*, que se volta para a força, a beleza e a integralidade, equilíbrio e harmonia do sujeito em sua totalidade, que são características das PICS. Em relação à inserção destas

práticas como política de saúde, defende-se que estes dois paradigmas não deveriam estar em direções opostas, mas complementares (CARVALHO & LUZ, 2009).

A aproximação entre os dois paradigmas pode ser constatado pela crescente aceitação da população pelas PICS, não só por sua eficiência nos serviços, mas também por características específicas de sua prática, entre elas a atenção e a escuta aos pacientes e a terapêutica individualizada (FERREIRA & LUZ, 2007).

É importante destacar os aspectos desse novo paradigma, que vem se instaurando com a inserção das PICS, e que se aproximam da prática da musicoterapia: reposição do sujeito como centro da atenção; re-situação da relação com o paciente como elemento fundamental da terapêutica; busca de meios terapêuticos simples, menos caros, mas com igual eficácia em termos curativos nos adoecimentos mais gerais da população; acentuar a autonomia do paciente e não sua dependência; saúde, e não a doença como categoria central do paradigma (LUZ, 2005).

Para situarmos a complexidade da problematização atual das Práticas Integrativas precisa-se afirmar o direito constitucional e universal à saúde (BRASIL, 1988), e entender a integralidade deste direito como princípio básico do Sistema Único de Saúde. Atendendo a regulamentação do SUS, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) propõe:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Em 2014, a redefinição da PNPS, conserva a mesma ênfase na necessidade da utilização de uma lógica de cuidados ampliada:

Art. 2º A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Neste contexto de promoção de saúde, tendo em vista a utilização das racionalidades médicas cujo fundamento é centrado na vitalidade de pessoas doentes, e não nas causas de patologias e medicalização, há a possibilidade da produção de saúde em todos os níveis de atenção, embora seja na Atenção Básica onde essa lógica de cuidados encontre seu maior campo de atuação.

Dentro da perspectiva de oferecer à população um cuidado amplo, integral, o Ministério da Saúde (MS) incorpora aos cuidados, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde,

práticas de saúde baseadas no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.(PORTARIA N° 971, 2006).

2- A Musicoterapia no SUS

A Musicoterapia, enquanto conhecimento que problematiza campos do saber e da técnica que atuam com códigos não verbais e culturais de um povo, produz grande ressonâncias com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O musicoterapeuta é um profissional que aceita o desafio da realidade que envolve a sociedade contemporânea (OSELAME, 2013), promove a descoberta de outras formas de comunicação, atuação, interação e integração entre usuários, familiares, comunidade e equipe interdisciplinar de saúde, requisitos importantes para um trabalho que promove e produz saúde.

Desde 2014, o musicoterapeuta compõe o quadro dos trabalhadores e procedimentos do DATASUS, através da portaria número 24, de 14 de janeiro. Sua atuação foi recomendada no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, e, desde essa data, gera faturamento para serviços na Atenção Básica, e nos atendimentos de alta e média complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

2.1 - A Musicoterapia citada nas PICS

Embora a Musicoterapia já estivesse atuante no SUS, a sua inserção como PICS na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em

março de 2017 teve por objetivo ampliar as abordagens de cuidado e possibilidades terapêuticas para os usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) .

Para o nosso campo, é interessante evidenciar como o " Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde, do Ministério da Saúde (2018, p 80) descreve a nossa profissão:

Musicoterapia. *fem* . Prática expressiva que utiliza a música e/ou seus elementos no seu mais amplo sentido - som, ritmo, melodia e harmonia - em grupo ou de forma individualizada;

Notas .i) a musicoterapia facilita e promove a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e outros objetivos terapêuticos relevantes, com intuito de favorecer o alcance das necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas do indivíduo ii) Desenvolve potenciais e restabelece funções para que o indivíduo possa alcançar uma melhor integração inter ou intrapessoal. melhorando a qualidade de vida iii) A musicoterapia integra, a partir da publicação da Portaria Ministerial GM n 849, de 27 de março de 2017, o rol de novas práticas institucionalizadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. *Ver Arteterapia, Cantoterapia; Práticas Integrativas e Complementares em Saúde ; política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS ; Práticas expressivas em saúde*

A conceituação escolhida para situar a musicoterapia na Atenção Básica é bastante pertinente. Sua característica marcante, nesse nível de atenção, realmente é a expressividade e a contribuição para a qualidade de vida. Para outros níveis de complexidade, a teoria e a prática de nosso conhecimento apontam outros aspectos, além desses que são fundamentais. Mas esse não é o escopo de nossa discussão aqui.

A menção de Cantoterapia no documento, intiga a investigação sobre as diferenciações entre as práticas. Segundo o mesmo Glossário,

A cantoterapia é a prática expressiva que utiliza a atividade artística do canto , por meio de exercícios musicais, para atuar sobre o corpo e a emoção, estimulando e propiciando uma forma de autoconhecimento e fortalecimento do eu.

Nota auxilia a destravar emoções reprimidas, trabalhando numa perspectiva de melhorar os aspectos psicológicos e corporais do indivíduo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p 34)

Nesta definição, é possível observar que cantoterapia não é musicoterapia. As estratégias de técnicas de ação (exercícios musicais)

estabelecem importante diferença entre os cantoterapeutas e os musicoterapeutas dentro do próprio documento.

Consideramos que a musicoterapia pode, efetivamente, contribuir para o oferecimento de um cuidado amplo e integral à população. Contudo, ainda é desafiador refletir com essa nova visão sobre nossa prática e teoria, tendo em vista a inserção recente da musicoterapia na PNPIIC, e o estranhamento de parte dos musicoterapeutas sobre a aproximação com essa política. Tendo uma variedade de procedimentos e terapias incorporadas às PICS, é desafiante situar a musicoterapia entre estas, tendo em vista a grande diversidade de abordagens e formações existentes nas práticas elencadas pelo Ministério da Saúde, o que convoca a reflexão sobre o que nos aproxima e o que nos diferencia dos outros saberes.

2.2 - *As demais Práticas Integrativas*

O Glossário citado traz inúmeras PICS, que a cada dia aumentam . A princípio, estão nas PICS, junto à Musicoterapia, arteterapia, meditação, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, ayurveda, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, biodança, dança circular, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, florais, bioenergética, ozonioterapia, termalismo social e crenoterapia.

Analisando as práticas citadas podemos constatar que algumas delas representam sistemas teóricos e clínicos como a medicina tradicional chinesa, a medicina antroposófica, a ayurveda e a homeopatia. Ou é uma teoria que podem embasar vários tipos de estratégias clínicas, como a bioenergética. Outras citadas são realmente práticas, no sentido da intervenção clínica: a meditação, o reiki, a biodança, a dança circular, a shantala. a yoga, a apiterapia, a aromaterapia, a cromoterapia, a geoterapia, a hipnoterapia, a imposição de mãos, a terapia floral, o termalismo social e a crenoterapia.

Em algumas o exercício exige nível superior: musicoterapia, arteterapia, homeopatia, naturopatia. Outras profissões têm CBO no Ministério do Trabalho:

Musicoterapia (226305), Arteterapia (226310) Naturólogo (226320. Homeopata não médico (322125), Farmacêutico Fitoterapeuta (223425), Técnico em quiropraxia (322115), Técnico em acupuntura (322105), enquanto outras PICS relacionadas pelo MS não possuem.

Musicoterapia e Naturologia são graduações, enquanto outros saberes como Arteterapia e Medicina Chinesa são oferecidos por curso de pós graduação. Algumas práticas são formadas por cursos técnicos, como quiropraxia, e outros são habilitadas por sistemas de conhecimento próprios: yoga e terapia floral. Vários deles são cursos de curta ou média duração, ofertados por instituições específicas ou mesmo por cursos de extensão ministrados dentro de universidades, como o reiki. Tantas diferenças aumentam o estranhamento dos musicoterapeutas pela inserção da Musicoterapia como PICS, trazendo como consequência a rejeição de alguns e a procura por mais informações por parte de outros. É um período de adaptação à essa percepção da inserção da Musicoterapia em um grupo tão diverso, e as implicações para sua prática e trabalho em equipe.

3- A implantação do serviço de musicoterapia na Atenção Básica

Uma observação importante para nós é a apontada no Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Depois de afirmar a importância da (PNPIC) como campo que “contempla sistemas de saúde complexos e recursos terapêuticos(...) da Medicina Tradicional e Complementar (MT/MCA) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p7).

O Manual recomenda na Fase de Implantação e Desenvolvimento das PICS no SUS, para a definição de uma proposta de serviços, o levantamento dos atores responsáveis, isto é “um mapeamento de profissionais capacitados em PICS atuantes ou não, serviços e estabelecimentos que trabalham com PICS”(2018, p17). Esta é a fase mais importante para as Associações de Musicoterapia e musicoterapeutas estarem em colaboração com o MS, informando quem são os profissionais musicoterapeutas da região e os riscos da musicoterapia ser aplicada por um ‘não musicoterapeuta’.

Destaca-se também, que nesta fase se fará o mapeamento “dos profissionais que, mesmo não tendo conhecimento nessas práticas, tenham interesse em aprender esses conhecimentos nos serviços” (*idem*, p 17). Nessa perspectiva, é possível que haja uma demanda nas instituições para que o musicoterapeuta qualifique outros profissionais para utilizarem a música em suas atividades de trabalhadores de saúde. Deve-se sempre refletir sobre a questão ética implicada nessa possibilidade, pois deve ficar claro o que é função do musicoterapeuta, e que atividades musicais podem ser desenvolvidas pelos outros profissionais, tendo em vista que a utilização da música sem preparo pode trazer consequências iatrogênicas.

4- O desafio atual

O desafio atual não é apenas inserir as PICS no SUS, vencendo a resistência de categorias profissionais que preferem mantê-las no âmbito particular, ou mesma como reserva de mercado de uma única categoria. O grande desafio é como inseri-las de forma responsável e respeitosa, investindo na formação adequada dos profissionais, criando concursos voltados para PICS com abertura para diferentes profissionais respeitando o direito conquistado por diferentes categorias. E principalmente, inseri-las em toda a atenção primária de forma uniforme visando a manutenção da integralidade como diretriz do SUS, e ao mesmo tempo mantê-las, já que a criação da PNPIC, não está sustentada com políticas federais, estaduais e municipais de aportes financeiros que criem bases sólidas voltadas para recursos humanos e materiais.

Dentro de nosso próprio campo temos o desafio de pensar a musicoterapia dentro deste contexto da promoção de saúde. Certamente precisamos compartilhar relatos de êxitos e limites nesta área de atuação nova e instigante. E possivelmente, dirigir nossa atenção não para o que nos diferencia ou nos afasta das outras PICS, mas sim para o que nos aproxima, como o paradigma vitalista, a promoção do equilíbrio e harmonia, a totalidade e a integralidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição** da República Federativa do **Brasil**. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. **Portaria nº 849**, de 27 de março de 2017 .

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 24**, de 14 de Janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.446**, de 11 de novembro de 2014.!

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso** 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção de Saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde. **Portaria Nº 971/2006**.2006

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T. **Práticas de saúde, sentidos e significados construídos**: instrumentos teóricos para sua interpretação Interface – Comunic., Saúde, Educ 2009; 13(29):313-26.

FERREIRA, CS; LUZ, MT. **Shen**: categoria estruturante da racionalidade médica chinesa. Hist.cienc.saude-Manguinhos. Rio de Janeiro,v.14, n.3. p 863-875. 2007.

LUZ, M. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas**: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145- 176, 2005.

OSELAME, M Um estudo sobre as práticas da musicoterapia em direção à promoção da saúde. Dissertação. Rio de Janeiro UFRJ. EICOS. 2013



Associação de musicoterapia e sua inserção política como modo de ampliar fronteiras e unir possibilidades em musicoterapia¹

Association of music therapy and its political inserting as a way to expand borders and unite possibilities in music therapy

Marly Chagas²

Instituição?

Cristiana Brasil³

Instituição?

Bárbara Cabral⁴

Instituição?

Resumo: A análise política da situação atual do Sistema SUS no Brasil. Processos históricos da terceirização na Saúde. Importância da inserção do movimento das associações de profissionais musicoterapeutas nesse cenário de usurpação de direitos de cidadãos e precarização do trabalho e da saúde das pessoas. O caso emblemático da cidade do Rio de Janeiro: a compreensão dos impedimentos e das potências de um movimento coletivo.

Palavras-chave: Ampliando fronteiras. Política. Associação de Musicoterapia. Greve de trabalhadores.

Abstract: The political analysis of the current situation of the SUS System in Brazil. Historical processes of outsourcing in; Health. Importance of the insertion of the movement of the professional associations of music therapists in this scenario of usurpation of rights of citizens and precarization of work and health of the people. The emblematic case of the city of Rio de Janeiro: the understanding of the impediments and of the powers of a collective movement

Keywords: Expanding borders. Policy. Music Therapy Association. Workers' strike.

1 . Ampliando Fronteiras

O tema deste Simpósio, ampliar fronteiras e unir possibilidades, evoca dois outros a eles correlatos: território e rede. Ampliam-se fronteiras de um território existente, no qual o delineamento antigo não comporta novas ocorrências, e unem-se possibilidades, estabelecendo conexões que alargam as dimensões de uma rede.

¹ Trabalho apresentado no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² Link de acesso ao Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8374727197262476>

³ Musicoterapeuta, presidente da Comissão de Negociação dos Musicoterapeutas do Rio de Janeiro. cristianabrasil@hotmail.com

⁴ Link de acesso ao Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3125903970490200>



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Um território, mais do que em uma determinação geográfica, existe quando dele emergem qualidades sensíveis, que deixam de ser unicamente funcionais e se tornam traços de expressão. Torna-se possível a transformação de funções (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 237). O território é vivo e a ampliação de suas fronteiras só se dará se forem igualmente vivas e carregadas de afeto. Uma rede caracteriza-se por conexões, por pontos de convergência e de bifurcação, por sua heterogeneidade. A rede admite a diferenciação em seu interior, a formação de subconjuntos articulados entre si. (PEDRO, 2003, p. 33). A rede produz diferentes conexões, vários agenciamentos articulados. O território é afeto. A rede, movimento.

Em nosso campo, o conhecimento articulado pelas pesquisas e práticas contemporâneas tem realizado o propósito de ampliação de fronteiras e investigação de possibilidades de forma exitosa. Para isso, basta observar o aumento de pesquisadores e pesquisas em Musicoterapia. No entanto, elas não bastam. É necessário, nesse grave momento nacional em que direitos básicos são usurpados da população, a consciência da importância do movimento político a ser por nós realizado e a inserção do movimento associativo na análise dessa conjuntura. Um território de embates e conexões híbridas de potências e retrocessos hoje se apresenta. Utilizaremos o caso dramático da Cidade do Rio de Janeiro como exemplar para pensarmos essa situação.

1.1 Da criação do cargo no Município à terceirização do serviço

A criação do cargo de musicoterapeuta na prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, ocorreu em 2000, através da lei N.º 2.998 de 13 de janeiro, na gestão do prefeito Luiz Paulo Conde⁵.

Um dos resultados da inclusão do musicoterapeuta nos diversos serviços de saúde foi o trabalho lado a lado com a equipe de Saúde Mental e de Reabilitação do Município. Esse cotidiano possibilitou aos profissionais marcar diferenças existentes nas teorias, métodos e técnicas em que a Musicoterapia se baseia para o exercício de nossa atividade e os outros campos do saber. Como consequência, obtivemos o reconhecimento de nossa especificidade por outros profissionais. A partir dessa

5

Parte da história da entrada dos musicoterapeutas no município do Rio de Janeiro está contada DVD Musicoterapia, fazendo a diferença, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=1v10X3rDvEw>



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

oportunidade, solidifica-se a percepção da importância do musicoterapeuta na equipe de saúde.

Infelizmente, o concurso público citado foi o único existente na cidade para o cargo de musicoterapeuta. A ausência de concursos por um lado se deu pela falta de vontade política do prefeito Cesar Maia, sucessor e oponente político de Conde, que decidiu não contemplar os musicoterapeutas com novos concursos municipais. Por outro lado, é importante ressaltar que a mudança contemporânea na concepção de Estado transformou a relação de responsabilidades entre o dever público e a execução privada.

A inserção do setor privado em áreas sociais, antes dominadas pelo governo, foi afirmada em 1987 com a divulgação, pela Organização das Nações Unidas (ONU), do relatório “Nosso Futuro Comum” (CNMAD,1988), onde Gro Brundtland destaca a interdependência global na perspectiva da sustentabilidade ambiental e a necessidade de parceria entre governos e indústrias, produtores e consumidores, em prol do futuro mundial.

Esta perspectiva apareceu no cenário mundial como indispensável para a preservação do meio ambiente e logo contagiou os outros setores tais como a Saúde e a Educação. O novo modelo de gestão pública espalhou-se pelo mundo com a promessa de “atacar dois males burocráticos: o excesso de procedimentos e a baixa responsabilização dos burocratas frente ao sistema político e à sociedade” (SANO e ABRUCIO, 2008). A proposta básica, segundo SANO e ABRUCIO, foi flexibilizar a administração pública e aumentar a prestação de contas com uma nova forma de provisão dos serviços. A culminância brasileira desse modelo foi a promulgação em 2017 da lei de número 13 429 que autoriza a terceirização em qualquer atividade (BRASIL, 2017).

Atualmente, no caso específico da Saúde, a parceria público-privada é efetivada pelas Organizações Sociais (OS). Supostamente, essas atividades seriam melhor desempenhadas pelo setor privado, sem necessidade de concessão ou permissão. Trata-se de uma nova forma de parceria, com a valorização do Terceiro Setor, ou seja, serviços de interesse público, mas que não necessitam que sejam prestados pelos órgãos e entidades governamentais (AZEVEDO, 1991).

Observa-se que esses modelos de gestão reestruturam carreiras, antes pertencentes exclusivamente à esfera pública. Neste sentido, há de se reconhecer: as



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

OSs oportunizaram a contratação de muitos musicoterapeutas no Rio de Janeiro. Atualmente, na cidade encontram-se diversos tipos de contratação: temos profissionais musicoterapeutas estatutários e contratados por OSs e Ongs, alguns ligados à Secretaria de Saúde⁶, e outros à Secretaria da Pessoa com Deficiência⁷

Para além da explicitação dos dilemas e entraves, estudos sobre a relação público-privado na Saúde convergem para a confirmação da necessidade cada vez maior da inserção e participação dos atores sociais na formulação de políticas, no controle social e, conseqüentemente, no delineamento do modelo de atenção, organização, regulação e compra de serviços hospitalares, laboratoriais e de média e alta complexidade; em suma, na definição do papel e da ação do Estado na saúde. (HEIMANN.; IBANHES, BOARETTO, e KAYANO, 2010, p 209).

Não podemos ignorar, que a questão central desse tipo de administração compartilhada entre o Estado e a iniciativa privada, o Terceiro Setor, encontra-se no risco de colocarmos nas mãos dos interesses do capital as prioridades da saúde das pessoas. Em um país como o nosso, sem tradição de participação e empoderamento no controle social das ações público-privadas, uma das saídas para a contextualização desse cenário complexo é fertilizar o solo dos debates das políticas públicas nas associações e cursos de formação em musicoterapia.⁸

2 . O cenário do Rio de Janeiro

2.1 . O país e o Estado do Rio

A partir de 2017, o Brasil sofre o mais cruel e inconcebível desmonte da Saúde Pública já presenciado desde a Instauração da Constituição de 1998. Vale lembrar que

⁶ Secretaria de Saúde na Saúde Mental – CAPS, CAPS AD e CAPSI, nas Unidades Básicas de Saúde e no Núcleo de Apoio às Saúde Da Família – (NASF),

⁷ Na cidade do Rio, a Secretaria da Pessoa com Deficiência é órgão da Casa Civil).

⁸ Para exemplificar, em nossa prática carioca já sofremos a consequência do padrão ser a Organização Social e não o Estado: uma musicoterapeuta, funcionária da Organização Social, adquiriu tendinite por ter tocado violão durante horas no seu atendimento no CAPS e precisou se afastar do serviço. Mês depois, foi preciso se submeter a uma intervenção cirúrgica e fez uso de seu direito de trabalhadora, usufruindo de uma licença médica para se recuperar. Quando voltou ao trabalho, foi demitida. A alegação da OS: a musicoterapeuta ficava muito doente. Não importou para esse padrão a relação com os usuários ou o projeto clínico desenvolvido pela profissional, se ela era referência de alguém ou se a atividade da musicoterapia fazia falta no projeto clínico da própria instituição. O departamento jurídico da AMTRJ, consultado nessa ocasião, informou que o padrão pode demitir seu funcionário, quando lhe aprover, desde que pague as obrigações trabalhistas. Como em qualquer atividade burocrática, ficou doente, demissão na certa.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

o início dessa calamidade foi a aprovação da emenda constitucional 95 (EC 95), promulgada dia 16 de dezembro de 2016, que determinou o congelamento dos investimentos públicos em Saúde e Educação durante duas décadas. Na opinião do jornal britânico *The Guardian*, aquele pacote de medidas fora o de “maior retrocesso social em todo o mundo” (WATTS, 2016). Segundo o estudo divulgado pela Oxfam, a Emenda Constitucional 95 fere diferentes exigências da ONU sobre orçamento e gastos públicos e seu efeito já penaliza “grupos em desvantagem, tais como mulheres negras e pessoas vivendo na pobreza”(OXFAM, 2017).

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Cabe à União um mínimo de 15%, aos Estados 12% e aos Municípios 15% da receita, no mínimo. Nos últimos três anos, no que toca à responsabilidade Federal, aportes dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde recuaram 43,4%, ao passarem de R\$ 17,2 bilhões nos 12 meses encerrados em agosto de 2014 a R\$ 9,7 bilhões em igual período em 2017, como mostram dados da Secretaria do Tesouro Nacional (Diário Comércio, Indústria & Serviço, 2017).⁹

No caso do Estado do Rio de Janeiro, acrescentamos uma política nacional que reverteu completamente as expectativas de desenvolvimento econômico e social, a partir do esfacelamento da cadeia produtiva do Pré-Sal. O Estado, hoje, enfrenta um déficit orçamentário de R\$ 19 bilhões sendo obrigado a tomar emprestado recursos da ordem de R\$ 3,5 bilhões junto a bancos internacionais para buscar uma momentânea recuperação fiscal. “Milhares de postos de trabalho foram eliminados.” (THUSWOHL, 2017)

No documento “Realinhamento do plano estadual de saúde- 2016-2017, publicado pelas Secretaria Estadual de Saúde, Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior, secretário de saúde afirma

Com o agravamento da crise econômico-financeira deflagrou-se a necessidade de revisão dos instrumentos de planejamento (PES e

⁹

O site da FEHOESP (Federação dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e Demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo) trouxe, em 2017 a avaliação do economista Felipe Macedo de Holanda, do Conselho Federal de Economia (Cofecon). Segundo ele, “a tendência é que os aportes do governo federal continuem em contração nos próximos anos, colocando para os governos estaduais o desafio de ir em busca de outras fontes de receita para solucionar os gargalos regionais nas áreas de educação e saúde” (FEOESP, 2017).



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

PPA), adequando as metas à realidade atual, de forma a torná-las factíveis através da priorização de estratégias e da readequação de metas para o próximo quadriênio. A compatibilização dos instrumentos de planejamento foi preservada durante o processo de realinhamento, atendendo a recomendação legal e garantindo o princípio da transparência. (GOVERNO DO ESTADO)

2.2. A cidade do Rio de Janeiro, a atenção à saúde, à musicoterapia

Nas redes sociais de musicoterapeutas, corre um boato de que em nossa cidade nenhum CAPS ou CAPSI é aberto sem a presença de um musicoterapeuta. Isso não é verdade. Até porque, muitas vezes, as OS querem contratar profissionais com experiência e estes já estão todos contratados pela Coordenadoria de Saúde Mental. No entanto, o trabalho do musicoterapeuta é muito valorizado por aqui. Ao longo desses anos, musicoterapeutas atendem pessoas (usuários, familiares e equipe), supervisionam serviços, coordenam equipes multidisciplinares, realizam diversos matriciamentos, fazem parte de Conselhos de Saúde e participam da Gestão na Coordenação de Saúde da Secretaria de Saúde do Município

Atualmente, a consequência da redução de investimentos públicos em saúde e a gestão caótica do prefeito é um assustador desmonte do Sistema Único de Saúde. Ao final de seu primeiro ano de mandato, Marcelo Crivella desculpa-se, “Quero também pedir desculpas para a população do Rio. Por todos os transtornos que, devido à nossa inexperiência, não fomos capazes de prevenir e evitar” (ANDRADE, 2018).

A prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde apontou em 2017 um déficit de R\$ 1.007.137.690,22 (PREFEITURA DO RIO, 2017). Em julho de 2017, a prefeitura anunciou que iria fechar onze Clínicas da Família, deixando mais de trezentos e cinquenta mil pessoas sem atendimento na Atenção Básica (JUNQUEIRA, 2017). A notícia causou espanto e revolta. A rede municipal reagiu com a criação de um movimento de trabalhadores pelo não fechamento dessas unidades: Nenhum Serviço de Saúde a Menos. Após dois dias de intensos protestos, a prefeitura voltou atrás nessa decisão e propôs, no lugar do fechamento das Clínicas, a redução de 4,6% de recursos dados à OS que se responsabiliza pela Clínica da família, o Instituto de Atenção Básica à Saúde (IABAS).

O movimento que sustou o fechamento das Clínicas da Família foi pontualmente vitorioso. Mas não impediu a redução dos serviços, a demissão de trabalhadores e o descumprimento de acordos e contratos que acabaram por tornar a rede disfuncional. A situação é caótica. Faltam medicamentos e luvas para procedimentos, instrumentos



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

musicais, alimentação para os usuários; é reduzido o investimento em serviços básicos como água, limpeza geral e manutenção de ar condicionado, só para citar alguns itens. Os servidores sofrem assédio moral. Faltam salário para todos.

2.3 . A criação da Comissão de Negociação de Musicoterapeutas do Rio de Janeiro

Os profissionais, reivindicando a volta de condições dignas de trabalho, iniciaram uma greve presencial. Isto é, a categoria sindicalizada determinou aos profissionais que cumprissem, no trabalho, a carga horária prevista em lei para a greve¹⁰. A prefeitura, frente a esta situação, acionou judicialmente os trabalhadores. O processo judicial da prefeitura contra os trabalhadores fica a cargo da desembargadora Rosana Salim Villela Travesedo¹¹, que pede documentos e explicações ao prefeito. Crivella não oferece dados e muitas vezes sequer compareceu às audiências. As condições precárias permanecem.

No inesquecível 18 de janeiro de 2018, manifestantes pacíficos - profissionais, usuários portadores de sofrimento psíquico e familiares, crianças e adultos - ao reivindicarem salários atrasados e lutar contra a política perversa de reabertura dos manicômios em frente à Prefeitura foram atacados pela polícia no Rio de Janeiro com cassetetes e gás de pimenta, segundo foi relatado no Observatório das Violências Policiais e Direitos Humanos. (2018)

No dia 9 de fevereiro, a Justiça estabeleceu um prazo de oito dias para a prefeitura apresentar o que chamou de “cronograma salarial factível” para o pagamento dos salários, que, em alguns casos, estão com parcelas atrasadas desde abril de 2017. Ela ressaltou ainda a necessidade de se manter as unidades em funcionamento. Segundo fontes oficiais, a prefeitura deve R\$ 350 milhões às organizações. (FATO ON LINE, 2018)

Esse embate perdura sem perspectiva de resolução, já que a LOA - Lei Orçamentária Anual - já foi aprovada com cortes de 691 milhões de reais na Saúde.

3. A Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro e a ameaça a saúde das pessoas e o trabalho do profissional musicoterapeuta

10

Nessa greve, 30% do tempo os profissionais estavam presentes no serviço e 70% do tempo estavam envolvidos em atividades referentes à greve, tais como panfletagem, reunião com usuários e família, reunião nos sindicatos.

11

do Trabalho do Rio.

Vice presidente do Tribunal Regional



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Cabe à Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro (AMTRJ) trabalhar para o benefício de nossa profissão em diferentes frentes de atuação, com a finalidade de “Preservar os interesses inerentes à habilitação e ao exercício da profissão do musicoterapeuta” (AMTRJ 2007, Art. 3. III). Frente a essa situação dramática, é dever da AMTRJ posicionar-se. A princípio, imaginávamos que poderíamos, como associação, ser os interlocutores com o município para a questão dos musicoterapeutas. Como associação, marcamos uma consultoria com o advogado do jurídico do Sindicato dos Psicólogos, Dr Ferdinando Nobre. Neste encontro, compreendemos que esse não seria nosso papel, pois cabe aos trabalhadores envolvidos a luta pelo seu trabalho, segundo a Lei 7783/89, que dispõe sobre o exercício do direito de greve.

Criou-se, em uma Assembleia da AMTRJ, no dia 2 de dezembro de 2017, uma Comissão de Greve, composta pelas musicoterapeutas Cristiana Brasil (presidente,/ Maristela Rosas, Kelly Adriane e Bárbara Penteado Cabral. Esta Comissão de musicoterapeutas trabalhadores do SUS tem importância fundamental no movimento de Saúde no Rio e na luta pela conservação de empregos dos musicoterapeutas, que trabalham tanto na saúde básica quanto na saúde mental, e das demais categorias profissionais. A Comissão é que se senta à mesa de negociações com a Prefeitura, as Organizações Sociais e a Justiça do Trabalho em igualdade de condições às outras profissões sindicalizadas. A Associação apoia a greve e oferece aporte financeiro e logístico. Cabe à AMTRJ pagar o advogado e custear material de secretaria necessários à atuação da Comissão; também cede o seu espaço para reuniões da comissão, assembleias de trabalhadores musicoterapeutas, assembleias de trabalhadores sem sindicato, reuniões do coletivo de saúde mental da cidade (profissionais, usuários e familiares e políticos interessados nessa causa). O território e as conexões da musicoterapia se tornam mais complexos no esforço coletivo para os empregos e a qualidade do atendimento à população da cidade do Rio de Janeiro.

Os musicoterapeutas em greve aprendem a ler o Diário Oficial e interpretar suas notícias. Não basta. “Precisamos melhorar a qualidade dos indicadores de avaliação da gestão pública; tanto os fiscais (...)—quanto os sociais. Números baseados apenas na cobertura e não na qualidade do serviço público são falaciosos” (LA ROQUE,2017).

A Comissão solicita à Associação um curso sobre orçamento público, que estamos elaborando com um especialista.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Mesmo nesse estado crítico de condições humanas precarizadas é diferenciada a atuação dos musicoterapeutas. Em assembleias de todos os trabalhadores do SUS, os profissionais mencionam a atuação dos musicoterapeutas como aquela que traz o afeto ao caos da falta de cuidado. O afeto conserva-se como elemento de potência no trabalho político dos musicoterapeutas.

No enfoque da potência do afeto, mencionamos o samba de 2018, criação coletiva do Bloco Zonal Mental, do CAPS II Neusa Santos Souza, da zona Oeste do Rio, sob a responsabilidade da musicoterapeuta Débora Resende:

Xô jeitinho brasileiro / Chega de corrupção / Basta de desigualdade / Violência, não. /Acolher sem recolher /Retrocesso, não/ Vamos lutar sem desistir /E resistir sem temer /Minha Zona Oeste / Unida / Pra intolerância /Combater. Vem com a saúde mental/O SUS vai prevalecer/ Voltei, amor eu voltei/ Ninguém vai me censurar/ Zona Mental, mais uma vez/ Com crise ou sem crise vai sambar (BIS)¹²

4. E agora?

Na panorâmica da situação política, a globalização, promotora de mudanças neoliberais, interfere na estrutura política do Estado que, através de seus agentes, passa a direcionar sua atenção principalmente para aspectos econômicos e de mercado, deixando desatendidas questões importantes para outros setores sociais, tais como Educação, Saúde e moradia. Buscamos, através da arte, a efetivação de micropolíticas, aquelas que se dão nas relações sociais, subvertendo a paralisia do Estado contemporâneo que não mais se responsabiliza pelo bem-estar de seus membros.

A situação dos musicoterapeutas continua frágil. Somos poucos se comparados às outras categorias. Um fator extremamente desfavorável para nós é a não regulamentação de nossa profissão. Esse estado conservador nas ações públicas coloca a nossa atividade como de fácil extinção no serviço oferecido aos usuários. Um serviço que custamos tanto a construir com dignidade e respeito. Território e conexões. Precisamos, com urgência, ampliar fronteiras e unir possibilidades.

5. Referências

AMTRJ, **Estatutos**. AMTRJ: Rio de Janeiro. 2007

12

Ver o desfile em
<https://www.youtube.com/watch?v=5Z5AXEwEEem8&rdm=3752sp6vr&noapp=1&client=mv-google&app=desktop>



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

ANDRADE, H. Balanço de 1 ano: Crivella culpa Paes, pede desculpas por falhas e diz questionar Deus sobre eleição em 'tempo tão difícil.. In **Uol Notícias, política**, 22/01/2018. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2018/01/22/balanco-de-1-ano-crivella-culpa-paes-reconhece-falhas-de-comunicacao-e-diz-questionar-deus-sobre-eleicao-em-tempo-tao-dificil.htm?cmpid=copiaecola&cmpid=copiaecola/> Pesquisado em 5 de abril de 2018

AZEVEDO, E. de A. **Organizações Sociais**. 1991. Disponível em <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista5/5rev6.htm> Pesquisado em 5 de abril de 2018.

BRASIL, Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n 13429**, de 31 de março de 2017. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/l13429.htm Pesquisado em 5 de abril de 2018.

Lei 7783/89, de 20 de janeiro de 1989. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7783.htm Pesquisado em 5 de abril de 2018.

COMISSÃO MUNDIAL SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO (CMMAD). **Nosso futuro comum**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1988.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **O que é a Filosofia?** Rio de Janeiro: Ed 34, 1992. DIÁRIO COMÉRCIO, INDÚSTRIA E SERVIÇO., Publicado em 23/10/2017 em <https://www.dci.com.br/impreso/investimento-em-educac-o-e-saude-cai-43-4-em-tres-anos-1.644686> Pesquisado em 5 de abril de 2018

FATO ON LINE. Disponível em <https://fatoonline.com.br/noticia/41246/crivella-deve-r-350-milhoes-as-oss-e-justica-da-ultimato-para-pagamento-de-salarios>) 2018. Pesquisado em 5 de abril de 2018 Pesquisado em 5 de abril de 2018

FEOESP **Notícias**. 23/10/2017 Disponível em <http://feoesp360.org.br/sindicato/sindhosp/noticia/4980/investimento-federal-em-educacao-e-saude-despenca-43-4-em-tres-anos> Pesquisado em 5 de abril de 2018

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Realinhamento do Plano Estadual de Saúde 2016-2017**. Rio de Janeiro, julho de 2016. Disponível em <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NjMwNg%2C%2C> Pesquisado em 5 de abril de 2018

JUNQUEIRA, F. Prefeitura do Rio pode fechar 11 unidades de Saúde na Zona Oeste. In **O GLOBO**. 2017. Disponível em <https://oglobo.globo.com/rio/prefeitura-do-rio-pode-fechar-11-unidades-de-saude-na-zona-oeste-21655030> Pesquisado em 5 de abril de 2018

HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C; BOARETTO, R. C; KAYANO, J. A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde in **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde/** Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010. pp 208-219. Disponível em <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/gestao-publica-e-relacao-publico-privado-na-saude.pdf#> Pesquisado em 5 de abril de 2018

LA ROCQUE, E, Afinal, como andam as finanças da cidade do Rio? In **Jornal do Brasil**, 22 de abril de 2017. Disponível em <http://www.jb.com.br/mirante-do-rio/noticias/2018/04/22/afinal-como-andam-as-financas-da-cidade-do-rio/> Pesquisado em 5 de abril de 2018

OBSERVATÓRIO. **Observatório das Violências Policiais e Direitos Humanos**, 2018. (<http://www.ovp-sp.org/>) Pesquisado em 5 de abril de 2018

OSFAM, BRASIL. **Audiência debate Impactos Negativos do Teto de Gastos aos Direitos Humanos**. Disponível em <https://www.oxfam.org.br/noticias/audiencia-debate-impactos-negativos-do-teto-de-gastos-aos-direitos-humanos>, Pesquisado em 5 de abril de 2018

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).

PREFEITURA DO RIO – SUS. **100 dias de gestão**. 2017. Disponível em <http://prefeitura.rio/documents/73801/516cb104-52c0-4d5d-b518-d116b386e9d4> Pesquisado em 5 de abril de 2018

SANO, H; ABRUSCIO, F. PROMESSAS E RESULTADOS DA NOVA GESTÃO PÚBLICA NO BRASIL: O CASO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE EM SÃO PAULO. **Rev. adm. empres.** [online]. 2008, vol.48, n.3, pp.64-80. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902008000300007> Pesquisado em 5 de abril de 2018.

THUSWOHL, M. Efeitos do Golpe, in Revista Brasil Atual (RBN), 08/10/2017. Disponível em <http://www.redebrasilatual.com.br/revistas/133/lava-jato-e-desmonte-do-pre-sal-a-combinacao-que-levou-o-rio-a-falencia>. Pesquisado em 5 de abril de 2018

WATTS, Jonathan. Brazil's austerity package decried by UN as attack on poor people **The Guardian**. BRAZIL, n. 13 december, 2016. Disponível em <https://www.theguardian.com/world/2016/dec/09/brazil-austerity-cuts-un-official> Pesquisado em 5 de abril de 2018



“MT-GERONTO.RJ”: ampliando fronteiras e tecendo redes¹

“MT-GERONTO”: *expanding frontiers and networking*

Bianca Bruno Barbara²
Elisabeth Martins Petersen³
Eneida Soares Ribeiro⁴
Esther Nisenbaum⁵
Gisela Mirian Gleizer⁶
Heloisa Barros Cardoso de Melo⁷
Marcia Godinho Cerqueira de Souza⁸
Martha Negreiros-Vianna⁹
Vera Bloch Wrobel¹⁰

Resumo: Apresentamos o percurso do grupo “MT-Geronto.RJ”, articulando o processo de sua consolidação às referências teóricas acerca de constituições de grupos, equipes e coletivos. Objetivamos relatar nossa experiência de construção conjunta, destacando a diversidade de nossas práticas no campo da Musicoterapia em Gerontogeriatría. Concluímos que nossas proposições vêm contribuindo para tecer redes e ampliar fronteiras para além do campo da Musicoterapia.

Palavras-chave: Musicoterapia. Gerontogeriatría. Diversidade. Redes.

Abstract: We present the path of the “MT-Geronto.RJ” group, articulating the consolidation to the theoretical references about the constitution of groups, teams and collectives. We aim to report our experiences of a joint construction focusing the diversity of our music therapy practices on Gerontological-geriatric approach. We conclude that our propositions have been contributing to weave networks and to expand frontiers beyond the field of Music Therapy.

Keywords: Music Therapy; Gerontology-and-Geriatrics; Diversity; Networks.

¹ Trabalho apresentado no GT _____ na modalidade apresentação oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² Musicoterapeuta clínica, autônoma (atendimentos domiciliares e em consultório), Mestre em Saúde Coletiva (Instituto de Medicina Social-UERJ, Doutoranda em Psicologia Clínica-Psicanálise, Clínica e Cultura (PUC Rio); Instituto Municipal Phillippe Pinel, CAPS III Franco Basaglia (RJ) e Hospital Ferreira Machado (Campos dos Goytacazes). biancabrunob@bol.com.br

³ Musicoterapeuta clínica, autônoma (atendimentos domiciliares), Pós-graduação: Psicooncologia (FELUMA-MG), Extensão em Cuidados Paliativos (CEPUERJ-UERJ), Atualização em Gerontologia (SBGG-RJ) bethpet2@yahoo.com.br

⁴ Musicoterapeuta clínica, autônoma (atendimentos domiciliares), Pós-graduação: Planejamento e Técnicas de Ensino (UNIGRANRIO); Atualização em Gerontologia (SBGG-RJ) eneidasr@gmail.com

⁵ Musicoterapeuta clínica, autônoma (atendimentos domiciliares), Pós-graduação: Piano (Universidade do Brasil/UFRJ) esthernisenb@gmail.com

⁶ Musicoterapeuta clínica, autônoma (atendimentos domiciliares), Atualização em Gerontologia (SBGG-RJ). giselagleizer@oi.com.br

⁷ Musicoterapeuta clínica, autônoma (atendimentos domiciliares), Formação Psicanalítica (SOBEPI/RJ; Atualização em Gerontologia (SBGG/RJ) heloisabcmelo@globo.com

⁸ Musicoterapeuta clínica, autônoma (atendimentos domiciliares e em consultório), Especialista: Saúde e Envelhecimento do Idoso (Escola Nacional de Saúde Pública - FioCruz-RJ); Pós-graduação: História da Filosofia (UGF-RJ); Mestre em Filosofia e Ética (UGF-RJ) margoce@gmail.com

⁹ Musicoterapeuta clínica, autônoma (atendimentos domiciliares), Mestre em Ciências (Programa de Clínica Médica da Faculdade de Medicina/UFRJ); Coordenadora do Setor de Musicoterapia da Maternidade-Escola da UFRJ; marthanegreiros@hotmail.com

¹⁰ Musicoterapeuta clínica, autônoma (atendimentos domiciliares), Mestre em Educação Musical (CBM). Curso de Atualização em Gerontologia (SBGG/RJ). mtvbw@gmail.com



1. Introdução

Apresentamos o percurso do grupo “MT-GERONTO.RJ”¹¹, constituído por nove musicoterapeutas cujas trajetórias clínicas são também marcadas pela atuação no campo da gerontogeriatrics. Desde sua formação em 2014, objetivamos a sistematização e o compartilhamento das diversas práticas clínicas em torno do envelhecer. Partindo do reconhecimento e respeito às diferenças que se colocavam dentro do grupo, sustentamos formas de demonstrar o trabalho musicoterápico no campo em questão a redes multiprofissional e de cuidadores familiares e formais, revelando nossa diversidade nos vários eventos, acadêmicos ou não. Esperamos transmitir a nossos pares os efeitos da trajetória do grupo “MT-Geronto” na divulgação da clínica musicoterápica e na reafirmação de que, dentro de um mesmo campo de atuação, podemos exercer a musicoterapia com idosos em diferentes nuances. Consideramos que a possibilidade de se contar com a permeabilidade, aprendizado mútuo e flexibilidade neste grupo confere a ele certa riqueza, e nos permite nutrir a construção e continuidade desse coletivo.

2. A Musicoterapia no Campo do Envelhecimento e a Constituição do Grupo “MT-Geronto”¹²

Na década de 1970, no início da Musicoterapia no Rio de Janeiro, ainda não existiam atendimentos a idosos sob a ótica da Gerontogeriatrics. Essa população era atendida em instituições de Reabilitação Motora, Transtornos Psiquiátricos e Deficiências Múltiplas. A essa época, a ABBR - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação¹³ - já prestava atendimento a idosos com comprometimentos decorrentes do processo do envelhecimento, associados a outros transtornos.

Nos anos 1980, Sylvia Becker iniciou atuação com excelentes resultados na “Associação Religiosa Israelita” (ARI), abrindo campo profícuo para a Musicoterapia. Implantam-se outros serviços de musicoterapia: na “Casa São Luís para a Velhice” com Martha Negreiros-Vianna, e na “Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes” (CGABEG) com Marcia Godinho Cerqueira de Souza (seguida por

¹¹ No decorrer deste artigo, passaremos a identificar nosso grupo apenas como “MT-Geronto”.

¹² “MT-GERONTO/RIO DE JANEIRO”: Musicoterapia e a Diversidade da Prática Clínica em torno do Envelhecer” (PETERSEN et al, Registro n.736.337/2017, Escritório de Direitos Autorais, MEC).

¹³ A Musicoterapeuta Gabrielle Sousa e Silva foi quem iniciou os atendimentos de Musicoterapia na ABBR, recebendo estagiários da primeira turma de graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música, dentre eles Eneida Soares Ribeiro e Lia Rejane M.Barcellos, ainda atuantes.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

Martha Tannus e Norma Landrino). Na mesma década, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) inicia movimento multiprofissional, incluindo musicoterapeutas, com fins de formular diretrizes para políticas públicas que contemplassem a emergência do envelhecimento da população brasileira.

Na década de 1990, Vera Bloch Wrobel amplia esse campo para o âmbito domiciliar e do consultório, dada a demanda crescente a esses atendimentos. E Eneida Soares Ribeiro passa a integrar o Corpo Científico da Associação de Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer (APAZ).

Nos anos 2000, Mariangela Aparecida Resende Aleixo insere a musicoterapia no “Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais na Velhice” no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CDA/IPUB-UFRJ). E em 2002 Marcia Godinho Cerqueira de Souza escreve o capítulo de Musicoterapia no Tratado de Geriatria e Gerontologia¹⁴.

Em 2009, Elisabeth Martins Petersen, Eneida Soares Ribeiro e Vera Bloch Wrobel, que atendiam pacientes encaminhados por geriatras, psiquiatras, neurologistas, reúnem-se para: compartilhar informações e fundamentos teóricos de suas práticas clínicas; discutir possível criação de rede de atendimento domiciliar em musicoterapia e os critérios de indicação/encaminhamento de idosos portadores de: demências com ampla gama de comprometimentos, em especial a Doença de Alzheimer; doenças crônico-degenerativas (Doença de Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, Esclerose Múltipla, Displasia, Cardiopatia, Neuropatia, entre outras); necessidade de suporte biopsicossocial; sequelas de AVE com/sem distúrbios associados; com distúrbios socioafetivos; e em cuidados paliativos. Elaboram e apresentam o primeiro artigo “Desafios da Musicoterapia Domiciliar na Velhice”, no XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia (Anais. Curitiba, setembro de 2009).

Em 2011, nesse contexto, surge o desejo de formação de um grupo, sob a articulação de Vera Bloch Wrobel. Assim, em 20 de dezembro de 2014, teve início o grupo, com o nome de “**MT-Geronto**”, agregando novos integrantes¹⁵.

3 . “MT-GERONTO”: Equipe? Grupo? Coletivo?

O grupo “MT-Geronto.RJ”, desde sua constituição, passou por várias fases.

¹⁴ Primeiro e único Tratado na América Latina

¹⁵ Musicoterapeutas Bianca Bruno Bárbara, Elisabeth Martins Petersen, Eneida Soares Ribeiro, Esther Nisembaum, Gisela Gleizer, Heloisa Barros Cardoso de Melo, Ivette Farah (*in memoriam*), Marcia Godinho Cerqueira de Souza, Martha Negreiros Vianna e Vera Bloch Wrobel.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

Numa visão retrospectiva desse percurso, utilizaremos alguns referenciais teóricos de estudiosos das formações de grupos.

Para a psicóloga brasileira Fela Moscovici, o grupo existe em todas as organizações, e só se transforma em equipe “quando passa a prestar atenção à sua própria forma de operar e procura resolver problemas que afetam seu funcionamento” (2004, p.5). Esta autora acrescenta que uma equipe “é um grupo com funcionamento qualificado, que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los, de forma compartilhada” (ibid). Considera-se aqui que equipes existem para além das delimitações institucionais. Katzenbach e Smith (1993 apud MOSCOVICI, 2004, p.14) propõem estágios de desempenho de equipes, ressaltando que não ocorrem espontaneamente:

- a) Pseudo equipe: não se preocupa com o desempenho coletivo, nem tenta consegui-lo;
- b) Grupo de trabalho: participantes partilham informações entre si, porém responsabilidades e objetivos pertencem a cada um;
- c) Equipe potencial: quer produzir um trabalho conjunto, mas necessita de orientação sobre as finalidades;
- d) Equipe real: pessoas com habilidades e comprometidas umas com as outras através de missão comum;
- e) Equipe de elevado desempenho: comprometimento dos membros com crescimento pessoal de cada um e o sucesso de todos.

À luz desta referência, observamos que o “MT-Geronto” só não vivenciou o estágio “pseudo equipe”. No começo, as reuniões dos musicoterapeutas objetivavam o compartilhamento de suas práticas clínicas no atendimento à população idosa¹⁶. Com a frequência dos encontros, transformamo-nos em “grupo de trabalho” para reflexão de relatos clínicos. Pouco depois, nos tornamos “Equipe em Potencial”, pela necessidade de elaborar um trabalho para enviar ao VI CLAM - Congresso Latino Americano de Musicoterapia (Florianópolis, 2016), exigindo foco na construção do projeto conjunto. Inicialmente, o que motivava estar reunido era marcado por uma posição individual, vertical, de (com)partilhar experiências de cada participante. Com a produção do Minicurso, nos tornamos uma ‘equipe real’: “pessoas com habilidades e comprometidas em dar conta desta missão comum” (MOSCOVICI, 2004, p.14-15).

¹⁶ Outros objetivos já definidos: constituir um grupo de estudos para aprofundamento teórico e estudo de casos clínicos; formalizar vínculos com geriatras para ampliar rede de atendimentos a idosos.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

Enrique Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista suíço naturalizado argentino¹⁷, ao estudar o Processo Grupal em diversas formações, aponta para a figura de um coordenador, como observamos nesta citação:

(...) os grupos de discussão e tarefa, nos quais se estruturam mecanismos de auto-regulação, são postos em funcionamento por um **coordenador** (grifo nosso), cuja finalidade é obter, dentro do grupo, uma comunicação que se mantenha ativa, ou seja, criadora (PICHON-RIVIÈRE, 1994, p.91).

No “MT-Geronto”, a figura de coordenador não repousa sobre um dos participantes, como na maioria das formações grupais, mas assume o caráter de compartilhamento, de papéis intercambiáveis. Pichon-Rivière (ibid, p.97) aponta um exercício evolutivo da liderança: de um ponto de vista fixo (centrado em uma pessoa) para uma situação funcional (ou “operativa”) e de eficácia em cada “aqui-agora” da tarefa que exige solução.

Para o autor (ibid, p.92), a unidade grupal possui plasticidade e mobilidade que possibilitam elaborar um modelo de pensar perpassado pelos processos de aprendizagem (aprender a pensar em termos grupais, visando um projeto único ou singular), comunicação (intra e intergrupos) e operatividade (resolução de ‘tarefa’).

Pichon-Rivière (ibid, p.122) considera ainda que todo grupo se constitui pela interseção (ou confluência) de dois eixos:

- o vertical (cada um dos participantes – com seus valores, conjunto de experiências, afetos e formas de pensar/agir/atuar singulares);
- e o horizontal (da totalidade comunitária articulada por uma mútua representação interna no pertencer ao grupo).

Um terceiro eixo, fruto da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS, 2010), circunscreve a dinâmica do grupo – o transversal, assim definido:

Nas experiências coletivas ou de grupalidade, [a transversalidade] diz respeito à possibilidade de conexão/confronto com outros grupos, inclusive no interior do próprio grupo, indicando um grau de abertura à alteridade e o fomento de processos de diferenciação dos grupos e das subjetividades. Em um serviço de saúde, pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo, e entre os diferentes grupos. A idéia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida (...) como uma dinâmica (...) em rede, e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade. (Glossário HumanizaSus, 2010, p.68).

¹⁷ Pichon-Rivière deu contribuições à Psicologia Social. O Processo Grupal (Teoria dos Grupos Operativos) aplica-se aos campos didático, empresarial, da terapêutica familiar, da publicidade, com foco centrado na tarefa (ou problema) que exige solução no “aqui-agora” (PICHON-RIVIÈRE, 1994).



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

No processo de produção do “MT-Geronto”, a transversalidade permite responder a questões postas pelos temas “envelhecimento” e “musicoterapia”, em múltiplas dimensões e diferentes pontos de vista, evidenciando elementos comuns e complementares como partes de um todo que ganha sentido no atravessamento e interconexões (LIMA, 2008, p.462). Exige, pois, nível de comunicação cada vez melhor entre os pares e para além dos limites do grupo ou do campo da musicoterapia, fortalecendo as características de pertencimento, cooperação e pertinência (PICHON-RIVIÈRE, *ibid*). Pressupõe ainda a sistematização consciente da prática de cada partícipe que contribui para a “criação coletiva”, aproximando os indivíduos, e reconhecendo o valor da diversidade para o ‘entre nós’.

Buscando melhor definir a constituição do “MT-Geronto”, importamos para nosso contexto um reconhecido conceito do campo da clínica em Saúde Mental¹⁸: a “prática entre vários” (STEVENS, 2003, p.90 apud ABREU, 2008, p.77). Stevens (*ibid*) considera o pensar essa prática a partir de quatro vertentes: a desespecialização, a formação, a invenção e a transmissão.

Este autor (*ibid*) propõe que a “não-especialização”, ou desespecialização, pode ser entendida em duas direções: do sintoma e do trabalho técnico.

[No] plano profissional, temos uma marca nova, que visa furar o imaginário que cerca os profissionais. Muito mais que uma clínica multidisciplinar, interdisciplinar e até transdisciplinar, o funcionamento das relações entre os técnicos não se dá pelo diploma ou pelo saber que cada profissão carrega. **Mas sim pelo saber construído a partir de cada sujeito que ali se trata.** (grifo nosso). Este saber recorta a todos.(STEVENS, 2003, apud ABREU, 2008, p.77).

Quanto à “formação”, Stevens (*ibid*) esclarece que, apesar de pregar a “não-especialização”, uma “prática entre vários” impõe a busca por uma definição de direção comum que permeie o trabalho. As vertentes da “invenção” (“processo inventivo”) e da “transmissão” (reunir-se para decidir, formalizar intervenções e reinventar-se a cada situação) são igualmente reconhecíveis nessa transposição para o âmbito do “MT-Geronto”. A cada encontro constrói-se um novo projeto com circulação de saberes e pensares - visto que nada é dado *a priori* -, reinventando novas formas de transmissão no enlace simultâneo de todos os participantes (os “vários” ou “muitos”) e do que cada um, a seu modo singular, pode produzir.

¹⁸ As especialmente voltadas para Infância e Adolescência; envolve vários profissionais numa clínica coletiva, ‘a prática feita por muitos’, tradução de Elisa Alvarenga à expressão original “pratique à plusieurs”, cunhada por Jacques-Alain Miller (CURINGA, n.13, p.20-31, set. 1999).



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

Consideramos, pois, que a metodologia de projetos, utilizada no campo da educação a partir do paradigma da complexidade (MORIN, 1990 apud PÁTARO, 2013), se adequa à nossa proposta em todas as áreas aqui mencionadas: de criação coletiva, transversalidade e construção de redes de relação. Pátaro (ibid, p.123) refere ser esta estratégia marcada pela participação ativa na construção do conhecimento, envolvendo tomada de decisões, definição de rumos, protagonismo e igualitária autoria de todos ao implementar uma 'obra' concebida desde seus bem definidos objetivos. O processo carrega maior significância que o produto final.

A temática das participações do "MT-Geronto" nos vários eventos, acadêmicos ou não (tabelas 1 e 2), contextualiza-se na problemática de relevância sociopolítica do Envelhecimento da População/Reais necessidades de cuidado. Questões elencadas em nosso 'projeto' (de dar visibilidade ao enlace teórico-clínico da Musicoterapia com idosos à rede multiprofissional e de cuidadores familiares e formais) possibilitaram demonstrar toda a diversidade de nossa prática clínica.

Projeto	Detalhes do Evento	Objetivo
"MT-GERONTO/RIO DE JANEIRO": Musicoterapia e a Diversidade da Prática Clínica em torno do Envelhecer"	- VI CLAM - Congresso Latinoamericano de Musicoterapia. - Florianópolis - 9 julho 2016 - Minicurso Público: Musicoterapeutas	- Apresentar metodologias de trabalho da Musicoterapia com pacientes em processo de envelhecimento, buscando enfatizar a diversidade de experiências musicais e intervenções musicoterápicas a partir das diferentes demandas clínicas. - Fundamentar a prática clínica em questão na interseção dos campos da Geriatria, Gerontologia e Musicoterapia.
"O Envelhecimento, suas Ressonâncias Familiares e Socioculturais: a Musicoterapia nas Interfaces de Cuidado"	- Seminário em parceria entre o grupo "MT-Geronto" e Lions Clube-RJ Tijuca - Rio de Janeiro. - 29 outubro 2016 - Seminário Público: Familiares, Cuidadores Informais e Formais.	- Discutir questões relativas ao envelhecer – saudável ou com patologias já instaladas – e as ressonâncias familiares, socioculturais e de cuidado que derivam desse processo. - Apresentar possibilidades da escuta, sustentada pela Musicoterapia, à narrativa da história de vida de cada idoso acessada por lembranças musicais; e a contribuição à estimulação de conexões cerebrais, à aceitação do processo de envelhecer e à enunciação de afetos, para Promoção de Saúde biopsicossocial e espiritual. -Facilitar troca de reflexões/experiências entre palestrantes convidados e os participantes inscritos, entendendo que há, na experiência de quem cuida, algo também a transmitir.
"MT-GERONTO/RIO DE JANEIRO": Musicoterapia e a Diversidade da Prática Clínica em torno do Envelhecer"	- II Encontro de Musicoterapia de Niterói e Adjacências. - Niterói. - 26 novembro 2016 - Minicurso Público: Musicoterapeutas	- Apresentar metodologias de trabalho da Musicoterapia com pacientes em processo de envelhecimento, buscando enfatizar a diversidade de experiências musicais e intervenções musicoterápicas a partir das diferentes demandas clínicas. - Fundamentar a prática clínica em questão na interseção dos campos da Geriatria, Gerontologia e Musicoterapia.

Tabela 1. Participações do Grupo "MT-GERONTO.RJ" no ano de 2016



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

Projeto	Detalhes do Evento	Objetivo
“Musicoterapia: Teoria e Prática Clínica com Idosos”	- Seminário SBGGRJ. - Rio de Janeiro - 06 maio 2017 - Seminário Público: Multiprofissional	- Apresentar Princípios Teóricos da Musicoterapia. - Qualificar o profissional musicoterapeuta - Problematicar campo da Musicoterapia com idosos, iluminando a diversidade da prática musicoterápica com situações clínicas diferenciadas e singulares. - Propor Vivência de Experiências Musicais
Abordagem Terapêutica da Musicoterapia em Cuidados Paliativos	- IV Jornada sobre Envelhecimento da SBGGRJ - Volta Redonda - 08 julho 2017 - Palestra de Elisabeth Petersen (representa o grupo) Público: Multiprofissional	- Apresentar possibilidades de atuação na clínica musicoterápica com pacientes gerontogeriatricos em processo de finitude, integrando a “Mesa Redonda: Modelos de intervenção em cuidados paliativos”
Musicoterapia e as Neurociências	- V Jornada sobre Envelhecimento da SBGGRJ - Friburgo - 16 setembro 2017 - Palestra de Elisabeth Petersen (representa o grupo) Público: Multiprofissional	- Apresentar as evidências científicas de resultado dos estudos das Neurociências relacionados aos efeitos da música e das intervenções musicoterápicas na estimulação de funções cognitivas e possibilidades de promover certa lentificação dos processos demenciais, integrando a “Mesa Redonda: Diferentes intervenções na prática gerontogeriatrica
VIVÊNCIA: “Música e Envelhecimento – a Musicoterapia no Cuidado a Idosos”	- GeriatRio (SBGGRJ) - Rio de Janeiro - 26 outubro 2017 - Oficina (Teoria e Prática) Público: Multiprofissional	- Diferenciar situações de utilização da música como recurso em terapia e de Música como Terapia - Observar efeitos das intervenções musicais na estimulação cognição e da neuroplasticidade - Discutir a associação entre memória musical socioafetiva, e atualização de reminiscências no aqui-e-agora - Apresentar a relação entre música e cultura como forma de dizer de si - Pensar como a música pode circunscrever a vida, seu curso e seu fim - Fundamentar a construção da relação terapêutica: paciente e musicoterapeuta intermediada pela música - Propor a vivência de experiências musicais que promovam a evocação de conteúdos subjetivos - Refletir sobre a importância da clínica musicoterápica no processo de envelhecer, na busca da saúde e da qualidade do viver.

Tabela 2. Participações do Grupo “MT-GERONTO.RJ” no ano de 2017

4. Considerações Finais:

Nossa reflexão final busca, no significado de “Coletivo”, um referencial que melhor se adeque ao *design* de nosso grupo, a partir de duas fontes pesquisadas..



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

O Dicionário Priberam de Língua Portuguesa (virtual) define Coletivo como “um conjunto de indivíduos que formam uma unidade em relação a interesses, sentimentos e ideias comuns”.

Já Escóssia (2009, p.689-690) considera “Coletivo” para além da dicotomia entre as dimensões individual e social, visto como um “plano de co-engendramento e de criação, um processo que antecede, integra e constitui os seres, e onde agenciamentos e relações mudam em função de circunstâncias, momento histórico e ações, produzindo sempre novos sentidos.

Assim dito, extraímos da experiência do “MT-Geronto” uma construção coletiva ímpar no âmbito da Musicoterapia, que talvez inspire novas proposições entre nossos pares, em áreas diversas, para mantê-la em permanente articulação com a clínica e com demandas sociais.

Em uma época predominantemente marcada por individualismo e narcisismo, tecer redes significa conectar-se com um entorno, abrindo-se a diálogos vários.

No pertencimento ao grupo/coletivo “MT-Geronto”, ampliamos possibilidades de atendimentos, divulgamos o fazer musicoterápico entre nossos pares e potencial clientela, e preservamos, neste “existir coletivo”, a riqueza de uma diversidade que se nutre e se sustenta nessa diferença.

5 - Referências:

ABREU, Douglas Nunes. A Prática entre Vários: psicanálise na instituição de saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 8, n.1, pp. 74-82, 1º semestre de 2008. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/revispsi/article/view/10849/8498> Acesso em: 15 abr 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4a ed. 4a reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf Acesso em: 22 abr 2018

Curinga. Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas, Belo Horizonte, n.31, dezembro de 2010. Disponível em: http://minascomlacan.com.br/wp-content/uploads/2015/02/edicao_13-pdf.pdf Acesso em: 15 abr 2018.

ESCÓSSIA, Liliana. O coletivo como Plano de Criação na Saúde Pública. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Editorial Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, SP, vol.13, n.1, p.689-694, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115446019> Acesso em: 29 abr 2018.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

LIMA, Paulo Gomes. Transversalidade e Docência Universitária: por uma recorrência dialética do ensinar-aprender. **Educação** Santa Maria, v. 33, n. 3, p. 457-468, set./dez. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/84/58> Acesso em: 28 abr 2018

MOSCOVICI, Fela. **Equipes Dão Certo**: a multiplicação do talento. 9ª Edição. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 2004.

PÁTARO, Ricardo Fernandes. Estratégia de Projetos e Complexidade na Escola: possibilidades para uma educação em valores. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v.21, n.1, p.114-139, jan./jun.2013. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/issue/view/190> Acesso em: 24 abr 2018.

PETERSEN, Elisabeth Martins; RIBEIRO, Eneida Soares; WROBEL, Vera Bloch. Desafios da Musicoterapia Domiciliar na Velhice. In: XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, 2009, Curitiba. **Anais** do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia/XI Fórum Paranaense de Musicoterapia/IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. Disponível em: <http://docplayer.com.br/26505636-Desafios-da-musicoterapia-domiciliar-na-velhice.html> Acesso em: 15 abr 2018

PETERSEN, Elisabeth Martins; RIBEIRO, Eneida Soares; BARBARA, Bianca Bruno; WROBEL, Vera Bloch; VIANNA, Martha Negreiros de Sampaio; MELO, Heloisa Barros Cardoso de; NISENBAUM, Esther; SOUZA, Marcia Godinho Cerqueira de; GLEIZER, Gisela Mirian. “**MT-GERONTO/RIO DE JANEIRO**”: Musicoterapia e a Diversidade da Prática Clínica em torno do Envelhecer”. Registro n.736.337, livro 1.426, folha 77. 26 jun 2017. Escritório de Direitos Autorais, Fundação Biblioteca Nacional, Ministério da Cultura.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O Processo Grupal**. 5a ed. Trad. Marco Aurelio F.Velloso. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

PRIBERAM. Dicionário da Língua Portuguesa (virtual). Disponível em <https://www.priberam.pt/dlpo/Coletivo> Acesso: 02 mai 2018.

SOUZA, Márcia Godinho Cerqueira de. Musicoterapia e a Clínica do Envelhecimento. In: Elizabete V. Freitas et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Cap.128, p.1985-2000.



Musicoterapia num Hospital Geral: ampliando o universo de atuação profissional¹

Music Therapy in a General Hospital: expanding the universe of professional activity

Carla Lavratti²
Elisabeth Martins Petersen (Supervisora)³

Resumo: Neste relato apresento minha participação como musicoterapeuta no projeto "Música e Bem-Estar" cujo objetivo principal é proporcionar benefícios aos pacientes internados em um Hospital Geral. As questões que exponho à reflexão relacionam-se à forma como venho construindo meu trabalho nos primeiros meses nesta instituição, bem como a importância da Supervisão Clínica em Musicoterapia para o fortalecimento de atitudes profissionais.

Palavras-chave: Musicoterapia Hospitalar; Processo Terapêutico Breve; Equipe; Supervisão Clínica.

Abstract: In this report I present my participation as a music therapist in the Project "Music and Well-Being" whose main objective is to provide benefits to patients hospitalized in a General Hospital. The question that I propose to the reflection are related to the way I have been constructing (or building) my work in the first months of this institution, as well as the importance of Clinical Supervision in Music Therapy for the strengthening of professional attitudes.

Keywords: Music Therapy in Hospital; Brief Therapy; Team; Clinical Supervision.

1. Introdução

Uma nova inserção profissional em área desconhecida representa um grande desafio a vencer, com muitas dúvidas e incertezas para qualquer pessoa. É o que relato neste trabalho: meu percurso e os sentimentos que em mim foram despertados como musicoterapeuta num Hospital Geral para pacientes cirúrgicos e crônicos. Parto

¹ Trabalho apresentado no GT _____ na modalidade apresentação oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² Musicoterapeuta clínica autônoma, graduada pela Faculdade de Artes do Paraná (Campus Curitiba II - UNESPAR). Musicoterapeuta da equipe Som Lá Em Casa, atuando no Hospital Geral do Ingá. E-mail: musicarlavratti@gmail.com

³ Musicoterapeuta clínica autônoma, graduada pelo Conservatório Brasileiro de Música. Bacharel em Piano (CBM-CEU) e em Pedagogia (UERJ). Pós-graduação em Psicooncologia (FELUMA-MG), Extensão em Cuidados Paliativos (CEPUERJ-UERJ). Email: bethpet2@yahoo.com.br



da apresentação de um projeto proposto por um Curso de Música e elaborado em conjunto com o diretor da instituição hospitalar, cujo objetivo era oferecer atividades de música e de musicoterapia que resultassem em benefícios aos pacientes durante período de internação. Posto que a equipe do projeto seja composta por dois musicoterapeutas e três músicos profissionais, cabe marcar a diferença entre a utilização da Música como recurso e da abordagem da Musicoterapia em *settings* médicos (DILEO, 1999).

Frente às minhas inquietações após três meses de atuação como musicoterapeuta nesse novo universo, tendo a psicóloga como única relação presencial com outros profissionais da instituição, a busca por um suporte profissional na área específica da musicoterapia foi a estratégia por mim utilizada.

Considero que a Supervisão Clínica com Musicoterapeuta de maior experiência no âmbito hospitalar tem sido um importante espaço para aprofundamento teórico e interlocução sobre a prática clínica nesta área, por mim preterida desde os estágios obrigatórios no curso de Graduação em Musicoterapia.

2. Contextualização

O Curso de Música “Som Lá Em Casa” foi criado em 2012 por um professor Licenciado em Música (UFRJ), a partir de sua experiência ministrando aulas em domicílio. Ao longo do tempo, outros profissionais músicos, com metodologia diferenciada para ensino da música e de instrumentos musicais de forma criativa, divertida e atual, passam a compor o corpo docente. Como microempresa, oferece aulas de instrumentos, em domicílio, além de musicalização infantil e canto coral em escolas, condomínios e empresas. Em 2016, atendimentos de musicoterapia também passaram a ser oferecidos em domicílio e empresas.

Um dos alunos foi o diretor de um hospital de Niterói/RJ a quem o responsável pelo Curso propôs criarem um projeto que levasse a música para o âmbito hospitalar, e contribuísse para tornar o ambiente mais humanizado.

Assim, em 2017, o projeto “Música e Bem-Estar” foi implantado no Hospital Geral do Ingá/Instituto de Urologia e Nefrologia (HGI)⁴, oferecendo atendimentos de

⁴ O HGI – como passaremos a identificar o Hospital Geral do Ingá, possui 98 leitos, distribuídos em quartos individuais, enfermarias e CTI. Oferece atendimentos clínicos, internação, exames e cirurgias



musicoterapia a pacientes internados, música ao vivo em diversos ambientes, além de oficinas musicais para acompanhantes e pacientes em sala de espera para realização de exames. Atualmente, fazem parte da equipe do projeto três músicos instrumentistas e dois musicoterapeutas.

3. A Inserção no Hospital: uma experiência em 3 movimentos

Trabalhos vão e vem: os tempos mudam, as pessoas se transformam e eu, da mesma forma, tenho os momentos onde percebo o fim de um ciclo e o início de um outro chegando. Dessa maneira, em um período de transição entre trabalhos, recebi uma ligação contando do projeto “Música e Bem-estar” que vinha sendo realizado no HGI e me convidando para compor a equipe. Em fins de 2017 fui conhecer o local. Preparei-me para, durante uma hora, atender visitantes que aguardavam o horário para entrar e, na outra uma hora, os pacientes internados nos leitos em apartamentos e enfermarias, conforme explicações prévias na conversa telefônica.

1º movimento:

Desconfiados e curiosos, os funcionários me direcionaram para o pátio do Hospital, informando que era o local onde os outros músicos tocavam. Este espaço se tratava de um corredor largo, onde passavam carros da rua para o estacionamento; visitantes, pacientes de alta e funcionários em geral que transitavam o tempo todo; havia uma entrada para a recepção e outra para os visitantes do CTI; abrigava ainda, uma cafeteria e um piano de armário. Neste momento soube que o atendimento em grupo não seria em uma sala reservada, com pessoas que estariam lá voluntariamente e sabendo do que iriam participar.

O óbvio, o habitual e o que era familiar para mim se perdeu, e neste momento experimentei uma das situações mais embaraçosas que já vivi atuando como musicoterapeuta – o autista mais grave que já atendi não me deixou tão nervosa. Ouvi recentemente uma frase que dizia que, como musicoterapeutas, precisávamos estar “preparados para receber a desconstrução do outro”⁵. Pois bem: eu não estava preparada para receber a desconstrução de mim mesma, de tudo o que havia

de pequeno, médio e alto risco. Recebe pessoas a partir dos 14 anos de idade, mas a maioria da população atendida é idosa. Disponível em: <http://www.hospitaldoinga.com.br/historico.html>

⁵ Relato pessoal. Marly Chagas. Oficina Escrita Sensível, organizado pela AMT/RJ (05 mai de 2018)



experienciado na profissão, e como pessoa também. Que tipo de atendimento musicoterapêutico iria acontecer naquele ambiente, com aquelas características?

Levei comigo um ukulele soprano, um pandeiro, um metalofone colorido e algumas percussões de pequeno porte como caxixis, maracas e triângulo.

Aos espectadores mais curiosos e pelos quais me senti acolhida – os funcionários do hospital – perguntei qual tipo de música eles gostariam de ouvir e a resposta foi unânime: “aquela que você quiser tocar”. Naquele ambiente aberto e barulhento, o som do ukulele se igualava ao zumbido de um mosquito e, o pandeiro, com um som mais potente, não tive coragem de usar à medida que comecei a observar os rostos das pessoas que esperavam pelo horário da visita. Mas antes de continuar a contar sobre o primeiro movimento desta obra, vou relatar alguns compassos do meu prelúdio musicoterapêutico, a fim de elucidar meu embaraço neste dia no HGI.

Musicoterapeuta formada na graduação há sete anos; nas disciplinas de estágio da faculdade escolhi conhecer os campos da Saúde Mental, da Educação, da Reabilitação e da Geriatria. Desde a conclusão desta graduação até o momento da chegada ao Hospital, atuei nas áreas comunitária, escolar (regular e especial) e de reabilitação, sempre com crianças e adolescentes, em grande parte com autismo ou paralisia cerebral. O instrumento musical com o qual me identifiquei desde então, tendo aprofundado estudos e feito apresentações artísticas, foi a percussão, sendo o mais frequente nas sessões. Nesse contexto, o repertório limitava-se a cantigas de roda e canções infantis. A área hospitalar fora a única não contemplada em estágio ou em qualquer outra situação, a não ser por questões pessoais.

Olhos marejados, semblante triste, preocupado, nervoso, introspectivos. Voltando ao pátio do HGI, assim estavam os rostos e a postura corporal das pessoas que esperavam para visitar seus amigos ou parentes. E eu, com um ukulele recém-adquirido e o pouco domínio para tocar ‘toda e qualquer música’.

Com delicadeza cheguei perto de cada um dos presentes naquele *setting*. Perguntei seus nomes, disse o meu. Contei-lhes brevemente sobre o projeto e sobre a musicoterapia. Perguntei sobre alguma canção que gostariam de ouvir, sem saber se eu conseguiria tocar. Na sua fragilidade, responderam gentilmente que o que eu tocasse ‘seria bom’. Sentei perto do piano, como se procurasse uma companhia, um escudo, e toquei no ukulele as três únicas músicas que dominava naquele instrumento. Depois circulei pelo pátio tocando progressão de acordes em de dó maior



e cantarolando, até que abordei uma senhora que chegara ao pátio para esperar o carro após sua alta e que pedira a canção natalina “Bate o sino”; por fim, sua carona chegou e eu voltei ao piano.

Estava eu fechada numa bolha, improvisando melodias no piano, já não mais observando a grande rotatividade de pessoas naquele *setting*. Há muito aquela uma hora de “atendimento em grupo” tinha passado quando, para meu alívio, a psicóloga responsável do hospital chegou. Eu só poderia entrar para atender nos leitos com o acompanhamento dela, neste início de trabalho, segundo o projeto.

“Foi a hora mais longa de atendimento”. Contei a ela sobre o que eu pensei que fosse encontrar para atender, que não imaginava aquele *setting*. Relatei sobre meu desconhecimento no campo hospitalar em comparação com o que eu havia trabalhado. Ela me acolheu com atenção, compreensão, carinho e positividade; disse que daqui a pouco eu pegava o jeito. Foi uma longa e boa conversa que me preparou para um próximo encontro.

2º movimento:

Ânimos acalmados, voltei ao Hospital no início deste ano, começando os compassos desse segundo movimento. Em conversa com o responsável pelo projeto revelei meu desconforto com a atividade no pátio e que gostaria de atender apenas nos leitos. Agora equipada com jaleco apropriado, violão higienizado, sem brincos ou colares para prevenir a contaminação cruzada⁶, encontrei-me com a psicóloga e juntas percorremos os andares do HGI onde a musicoterapia iria atuar. Do 3º ao 6º andar, escolhemos alguns quartos listados no censo do dia⁷: de pessoas que ela já visitara antes ou indicadas pela equipe de enfermagem de cada andar.

Este foi um dia de muita escuta e de observação, atentando para toda a movimentação do hospital e administrando minhas emoções que surgiram sem avisar. Mais daquela tal “desconstrução”, do inesperado. Em cada quarto em que entramos, a psicóloga conversou longa e pacientemente com cada um dos presentes:

⁶ A infecção cruzada (ou ‘contaminação cruzada’) é uma das principais causas da infecção hospitalar ocasionada pela transmissão de bactérias (ou microorganismos) de um paciente para o outro, por contato direto ou indireto. Profissionais de saúde contribuem para sua propagação através dos cuidados aos pacientes: equipamentos, procedimentos ou produtos inadequados ou não-esterilizados (ALBUQUERQUE et al, 2013)

⁷ Censo Hospitalar Diário é a “contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços do hospital”. (Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p.11).



internados, acompanhantes e enfermeiros. Introduziu minha presença ao final da conversa com a pessoa internada, me apresentou e explicou que o Hospital estava, agora, oferecendo atendimentos de musicoterapia como mais uma forma de tratamento. Ao fim de cada apresentação, perguntava ao paciente qual a música que ele gostaria de ouvir e abria o espaço para mim. Na mesma semana acompanhei o trabalho do outro musicoterapeuta da equipe do projeto que, junto com a psicóloga, generosamente mostrou seu trabalho, me deu orientações, informações e dicas sobre ser musicoterapeuta no hospital e sobre este tipo de atendimento.

Como é bom não se deixar ficar só, nesta vida! Depois destas primeiras vivências, busquei leituras e amigas (musico)terapeutas com quem eu pudesse trocar sobre esse novo momento em minha trajetória profissional. A terapia pessoal também foi de grande importância. Quanta dúvida! Quanta insegurança! Quanta lembrança de momentos dentro de um hospital onde eu não estava como terapeuta! E o que falar do repertório? Quando o paciente dizia: “toca o que você quiser”, as únicas canções que a memória resgatava eram “Ciranda, Cirandinha”, “Dona Baratinha”, e todo o repertório infantil. E quando a psicóloga me apresentava dizendo “que música você gostaria de ouvir” e eu não sabia tocar ou não conhecia? O que era uma seresta? Ou um fado? Nunca toquei bossa nova no violão; só com pandeiro, eu consigo! Preciso resgatar as aulas de harmonia! Como memorizar letra e cifra? Posso levar uma pasta? Que difícil tocar violão em pé; com as crianças no consultório eu sentava no chão! Não esquecendo de listar a autocobrança e a autocrítica.

Em um cenário de sete anos de profissão trabalhei com objetivos que visaram a estimulação para a socialização, a comunicação, a interação, o aprendizado, a brincadeira, a criatividade, o jogo simbólico e toda uma pulsão de vida. Objetivos estes que eu poderia desenvolver ao longo de quase uma hora com a criança ou o adolescente, tendo uma estrutura fixa em uma sala própria para os atendimentos, com o contato direto e diário com uma equipe multidisciplinar que se comunicava o tempo todo, pois atendíamos pessoas em comum.

Agora, neste recente local de trabalho, estava presenciando assuntos de envelhecimento, dor, doença; relações familiares discordantes e tumultuadas frente ao internado; abandono, descontentamento e impaciência; fé, espiritualidade, religiosidade e esperança; chances de cura, de morte. O tempo de atendimento, de característica itinerante não era cronometrado; eu só deveria distribuir as duas horas do contrato em quatro andares – não era preciso atender tudo o que se combinou,



mas administrar esse tempo. A discussão dos casos, de maneira presencial, acontecia somente entre mim e a psicóloga: ela era a ponte com o trabalho do outro musicoterapeuta, diretamente, trocávamos mensagens e áudios por telefone⁸. Com a equipe do hospital não havia uma troca no formato de reunião de equipe; havia o acaso nos corredores ou nos quartos, nos postos da enfermagem. Com os demais músicos do projeto eu nunca conversei sobre o que e como faziam e o que percebiam. Segundo o responsável pelo projeto, os músicos tocam no pátio (aquele pátio!) e nos corredores dos andares. Já os musicoterapeutas, entram nos quartos.

Tudo o que emergiu em mim e para mim, por mais assustador e trabalhoso que me parecesse, eu queria estar ali! Senti-me exposta: minha timidez revelou-se com força; tentei disfarçar minhas limitações musicais (principalmente harmônicas) e de repertório; tirei forças do âmago para não desabar frente às histórias difíceis que me eram contadas e que lembraram as minhas. Mas eu queria estar ali. Fiquei encantada em como o trabalho com a musicoterapia se desenvolvia naquele local e como ela se desenvolvia em mim. Estava “ganhando corpo”, como disseram as amigas. Com um pouco mais de um mês neste trabalho, iniciei a supervisão clínica em musicoterapia. Um universo de percepções e constatações se apresentou para mim: assim começou o terceiro movimento desta composição.

3º movimento:

Nos tempos da graduação os professores insistiam na importância de dois dispositivos de suporte e fortalecimento como pessoa e como profissional: o processo terapêutico pessoal e a supervisão clínica para acompanhamento da prática musicoterapêutica. Levei isso a sério desde então, tendo a clara percepção sobre o benefício destas ferramentas usadas ao meu favor.

A profissional musicoterapeuta que procurei me recebeu prontamente, com muita generosidade e amabilidade, compartilhando comigo suas experiências, seus saberes, sua escuta. Pude expor tudo o que percorri até aqui e um pouco mais. Entendi sobre este ambiente hospitalar; quem eram os pacientes internados, com suas características e necessidades; sobre o papel da musicoterapia e do musicoterapeuta neste contexto; sobre minhas posturas profissionais.

⁸ Recentemente adotamos um livro para que ambos anotem seus atendimentos e tenham acesso ao trabalho um do outro.



Entusiasmada com o que eu se apresentava para mim nessas novas trocas, pude perceber as minhas evoluções. Senti-me emocionalmente mais estruturada até para poder dizer a um paciente que não sabia tocar ou não conhecia a música escolhida por ele. “Me ensina ou aprendemos juntos?” Minhas dúvidas e o não-saber também poderiam ser usados como estratégia de aproximação dessas pessoas atendidas. E ‘tudo bem’ levar uma pasta com letras e cifras, também é uma forma de trabalhar, embora eu sentisse cada vez mais a necessidade de memorizar a harmonia para não desviar o olhar do paciente e de suas reações. A improvisação me salvou, tenho facilidade com ela: alcançava as emoções do paciente que se desvelavam em choro, em surpresa, em reflexão, em um sorriso, com um agradecimento ou uma oração. O violão se transformou em um instrumento menos apavorante e desengonçado: descobri a faixa para tocar em pé e que o modelo construído para crianças, pequeno, eu também poderia usar! O pandeiro era inseparável, ficava sempre na bolsa, a postos.

Além desse fortalecimento com a supervisão clínica, poder acompanhar o trabalho da psicóloga ou ser acompanhada por ela, ou ainda, atuarmos juntas, somou-se ao meu crescimento nas esferas profissional e pessoal.

A psicóloga pontuou várias situações, clareou algumas das minhas dificuldades e habilidades; e esteve exposta, sendo pega de surpresa ao se emocionar quando se identificou numa canção ou vibrou com respostas dos pacientes frente às intervenções musicoterapêuticas. Em uma de nossas trocas, sempre no início e ao fim dos atendimentos, posteriormente ampliados para três horas no dia, pude expressar uma questão que muito me desconsertava: “qual a música que você gostaria de ouvir” – era como a psicóloga passava a vez para mim. Poderíamos mudar essa frase com a qual você me apresenta? Esta pergunta foi custosa e passei muito tempo pensando em como abordar o assunto com amorosidade, profissionalismo e gratidão – e fui acolhida por ela. Disse-lhe que, em resposta à pergunta “qual música você gostaria”, o paciente pedia canções que eu ainda não conhecia ou não sabia tocar, e era angustiante. Combinamos que poderíamos encontrar outra forma, onde eu mesma pudesse perguntar sobre isso.



4. Supervisão pela Ótica do Supervisor-Musicoterapeuta

“Como Pedagoga, nas décadas 1980-1990, quando exerci a função de supervisionar o trabalho de profissionais da área da Educação, eu já buscava substituir a ideia de que o Supervisor detém o poder do super-saber em relação ao supervisionado por minha ‘interpretação pessoal’ do termo super-visão como a possibilidade de ver com super-foco e mais detalhes a situação apresentada. Mantenho a mesma analogia no campo da musicoterapia, no encontro entre duas pessoas e suas trajetórias. Minha atenção agora repousa sobre: a escuta às queixas, necessidades, dificuldades, limitações do supervisionado; a abordagem de questões técnicas e teóricas que sustentam prática clínica em questão; a exploração de possibilidades musicais para dar suporte a evocação de temas de maior densidade existencial; a expressão de sentimentos pessoais oriundas do enfrentamento de questões emocionais/filosóficas/espirituais na relação terapeuta-paciente; as atitudes necessárias para fortalecer a identidade profissional, perante a instituição e outros profissionais; e o compartilhamento de situações clínicas semelhantes, vivenciadas na interseção dos campos de Musicoterapia-Psicooncologia-Cuidados Paliativos. Por fim, cito uma afirmação da musicoterapeuta americana Cheryl Dileo, no livro *“Music Therapy Supervision”* (Forinash, Edit., 2001, p.32-33): “o supervisor tem a responsabilidade ética de assegurar que o supervisionado alcance competência em seu trabalho e promova adequado tratamento a seus clientes”. São reflexões necessárias para confirmarmos a importância da Supervisão Clínica como ferramenta de fortalecimento profissional e de contínuo desenvolvimento para uma prática clínica de qualidade.” Petersen, EM.

5. Reflexões Finais

Inicia-se o poslúdio e retorno ao início deste trabalho, reapresentando o objetivo do Projeto “Música e Bem-Estar” – oferecer atividades musicais ‘ao vivo’ nos mais diversos espaços do hospital, com **músicos e musicoterapeutas**, contribuindo para tornar o ambiente mais humanizado para todos os que por ali circulam, e resultando em benefícios à saúde dos pacientes durante período de internação.

Urge marcar a diferença entre a atuação desses dois profissionais. Lembro a decisão do diretor-responsável do Curso de delimitar o espaço mais apropriado para cada segmento: músicos, no pátio e salas de espera para realização de exames; musicoterapeutas, atendendo pacientes internados em quartos e enfermarias. As funções também são distintas: os músicos oferecem músicas de um repertório de seu total domínio, centrados na *performance* artística, sem mais profundas vinculações. Embora a música exerça um efeito terapêutico, não há intenção de estabelecer uma relação terapêutica. Prevalece o intuito de criar um ambiente mais humano com e através da arte. Em contrapartida, somente os musicoterapeutas, qualificados para tal, podem estabelecer, no “aqui-agora” e de forma interativa (BARCELLOS, 1992), uma relação paciente-terapeuta intermediada pela música do paciente, visando a enunciação de pensamentos e sentimentos que expressam a vivência do diagnóstico,



da doença, do afastamento da família, das dúvidas quanto à sobrevivência. Levam em conta as necessidades clínicas do paciente e utilizam técnicas e métodos específicos, marcando fundamentalmente a diferença entre o que Dileo (1999, p.4-6) definiu como “Musicoterapia em Medicina”,

Por fim, se faz necessária uma autorreflexão sobre meu percurso nesse novo e instigante universo: enfrentei desafios, dificuldades; cresci de forma global, aprendi e me fortaleci nos encontros de supervisão clínica, conquistei meu real ‘lugar’ neste projeto como um profissional da ‘Musicoterapia em Medicina’. Penso no meu último relato do encontro com a psicóloga. Ali eu pude dizer-lhe que, embora o contexto hospitalar fosse novo para mim, me intimidando e provocando inseguranças, da musicoterapia eu tinha certeza. Com a musicoterapia eu sabia o que fazer ou o que tentar. E percebo que o endereçamento não era para ela, mas uma afirmação para mim mesma. Era o resultado de um enfrentamento e de uma transição/transformação pessoal, da construção do ser musicoterapeuta.

6. Referências

ALBUQUERQUE, Adriana M.; SOUZA, Anna Paula M.; TORQUATO, Isolda M. Barros; TRIGUEIRO, Janaína Von Söhsten; FERREIRA, Jocelly de Araújo; RAMALHO, Marclineide A.Nóbrega. Infecção Cruzada no Centro de Terapia Intensiva à Luz da Literatura. **Rev.Ciênc.Saúde Nova Esperança**, v.11, n.1, p.78-87, jun 2013. Disponível em <http://www.facene.com.br/wpcontent/uploads/2010/11/INFEC%2%94%9C%2587%E2%94%9C%2583O-CRUZADA-NO-CENTRO-.pdf> Acesso em 05 mai 2018

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. A Movimentação Musical em Musicoterapia: interações e intervenções. **Cadernos de Musicoterapia** nº2. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992. Parte I, p.3-28

BRASIL. Ministério da Saúde. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2.ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf Acesso em: 05 mai 2018.

DILEO, Cheryl. Introduction. In: DILEO, Cheryl (Ed.). **Music Therapy and Medicine: theoretical and clinical applications**. Silver Spring: American Music Therapy Association, 1999. Chapter 1, p.1-10.

_____. Ethical Issues in Supervision. In FORINASH, Michelle (Ed.): **Music Therapy Supervision**. Gilsum: Barcelona Publishers, 2001. Chapter 3, p.19-38

HOSPITAL GERAL DO INGÁ. Disponível em <http://www.hospitaldoinga.com.br/> Acesso: 25 abr 2018.

SOM LÁ EM CASA. Disponível em <http://somlaemcasa.com.br/> Acesso em: 25 abr 2018.

O canto como recurso musicoterápico no desenvolvimento metacognitivo da pessoa idosa¹

Singing as a music therapy resource in the metacognitive development for the elderly

Glairton de Moraes Santiago²

Resumo: O presente artigo aborda a possibilidade de utilização do canto em atividades musicoterápicas com a finalidade de desenvolver a metacognição na pessoa idosa. Para tanto, são apresentadas referências teóricas nas áreas da Musicoterapia, da Metacognição e do Canto. A partir daí, delineado o campo de exploração dessas teorias na esfera de experiência da pessoa idosa, considerando sua forma de perceber, analisar, avaliar, reorganizar e adequar o uso de suas capacidades cognitivas. Assim, foram observados quais os elementos desse corpo teórico podem ser aplicados, combinados ou adaptados em um processo terapêutico. Por fim, analisados os aspectos físicos, cognitivos e emocionais envolvidos no ato de cantar que, pelo viés da Metacognição, podem promover experiências musicoterápicas para desenvolver o autoconhecimento, a autonomia e a independência da pessoa idosa.

Palavras-chave: Musicoterapia. Canto. Metacognição. Idoso.

Abstract: The present paper approaches the possibility of the utilization of singing in music therapy activities aiming the development of the metacognition in the elderly. Therefore, theoretical references in the area of music therapy, metacognition and singing are presented. From there, delineated the field of exploration of these theories in the sphere of experience of the elderly person, considering their form to perceive, analyze, evaluate, reorganize and to adequate the use of their cognitive capacities. Thus, it was observed which of the elements of this theoretical body can be applied, combined or adapted in a therapeutic process. Finally, it was analyzed the physical, cognitive and emotional aspects involved in the act of singing that, by the bias of the metacognition, can promote music therapeutic experiences to develop the self knowledge, autonomy and the independence of the elder.

Keywords: Music Therapy. Singing. Metacognition. Elderly.

1. Introdução

Ao longo de dez anos atuando como Arte-terapeuta, Educador Musical e Professor de Canto, pude observar em alguns trabalhos com pessoas idosas que, os benefícios do Canto poderiam ir além do desenvolvimento da musicalidade e da expressividade artística. Percebi que, em alguns casos, os alunos faziam uso das

¹ Trabalho apresentado no GT Tema com qualquer área de atuação da Musicoterapia na modalidade Apresentação Oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018 em Teresina – PI.

² Musicoterapeuta especialista (FACPED-CE); Formado em Arteterapia (instituto Aquilae-CE); Licenciado em Música (UECE); Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3875188686028444> contato@glairtonsantiago.com

experiências musicais como analogias para compreender suas vidas de uma forma geral. Assim, vislumbrei a possibilidade de utilização, na prática do Canto, de elementos como a reflexão, a auto-observação e a autorregulação.

O capítulo V do Estatuto do Idoso, estabelece que: “O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade”. Por esta razão, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias que promovam a qualidade de vida da pessoa idosa de forma global.

Como objetivo geral, o presente artigo busca refletir sobre a potencialidade da prática do Canto como recurso musicoterápico no desenvolvimento da metacognição em pessoas idosas. O artigo, portanto, considera as seguintes questões: O Canto pode ser um recurso musicoterápico no desenvolvimento da metacognição em pessoas idosas? Qual a importância do desenvolvimento metacognitivo para a pessoa idosa? Como a Musicoterapia pode fazer uso do Canto em um processo de desenvolvimento metacognitivo?

2. Referencial teórico

2.1 Aspectos do envelhecimento.

O envelhecimento é entendido como um processo natural em que há uma diminuição progressiva dos aspectos orgânicos e funcionais das pessoas, no qual, em condições saudáveis não há problemas em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Entretanto, por consequência de fatores como estresse, determinados problemas de saúde ao longo da vida e até acidentes, a pessoa idosa pode apresentar certas limitações que demandam cuidados específicos tanto no tratamento, na prevenção como na promoção da saúde.

No Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde consta que:

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos. (2015, p.14)

Segundo o Ministério da Saúde (2007) “O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível”.

Para a Dra. Margaret Chan, Diretora Geral da Organização Mundial da Saúde – (OMS, 2015), “[...] o envelhecimento saudável é mais que apenas a ausência da doença. Para a maioria dos adultos maiores, a manutenção da habilidade funcional é mais importante”.

O trabalho de desenvolvimento cognitivo na pessoa idosa, portanto, pode contribuir em grande medida para a preservação e desenvolvimento de suas capacidades intelectuais, e, conseqüentemente de sua capacidade de se autorregular, promovendo para si melhorias também nos âmbitos físico e emocional.

2.2 Metacognição e terceira idade.

O conceito e princípios relacionados à metacognição foram escolhidos como elementos constitutivos do corpo deste trabalho por terem como principal premissa “[...] qualquer conhecimento ou atividade cognitiva que torna como seu objeto, ou regula, qualquer aspecto de qualquer iniciativa cognitiva” (FLAVELL, 1999, p.125).

França (2013, p.20) destaca dois importantes aspectos do modelo de metacognição de Flavell, a saber: o “conhecimento sobre o próprio conhecimento (metacognição) e o controle que a pessoa tem sobre a própria cognição incluindo processos regulatórios e de monitoramento”.

Segundo Flavell:

Acredita-se que as habilidades cognitivas desempenhem um papel muito importante em muitos tipos de atividades cognitivas, incluindo a comunicação oral de informações, a persuasão oral, a compreensão oral, a compreensão da leitura, a escrita, a aquisição da linguagem, a percepção, a atenção, a memória, a solução de problemas, o raciocínio lógico, a cognição social e várias formas de autoinstrução e autocontrole. (FLAVELL, 1999, p.126)

Percebe-se, então, em amplo espectro, as áreas que podem ser trabalhadas na pessoa idosa, a fim de reestabelecer ou desenvolver sua capacidade de monitorar seus padrões de autopercepção, sejam no âmbito cognitivo, afetivo ou motor.

Flavell, fazendo distinção entre as estratégias que envolvem cognição, explica que:

A principal função de uma estratégia cognitiva é lhe ajudar a alcançar o objetivo de qualquer iniciativa cognitiva em que você esteja envolvido. Em contraste, a principal função de uma estratégia metacognitiva é lhe oferecer informações sobre a iniciativa ou seu progresso nela. (FLAVELL, 1999, p.129)

Para a pessoa idosa, muitos conceitos, padrões de pensamentos e comportamentos estão estabelecidos de forma tão rígida que somente através de estratégias apropriadas e bem estruturadas se pode promover a revisão e reestruturação destes padrões.

Para a pessoa idosa, quanto maior for o espectro de competências estimuladas e desenvolvidas, maior a possibilidade de promoção da qualidade de vida, tendo em vista que também será desenvolvida a capacidade de autopercepção e autoconscientização, o que, por si só, já traz condições de melhorias em sua experiência cognitiva, afetiva e motora. Essa autoconscientização pode alcançar níveis maiores de maturidade à medida que o idoso percebe também as mudanças positivas obtidas com sua nova forma de perceber-se, o que se reflete em sua própria vida e na sua relação com o mundo.

2.3 Musicoterapia: possíveis aplicações

A musicoterapia se apresenta como um forte recurso no sentido de facilitar à pessoa idosa, melhorias em sua qualidade de vida, pois atua tanto na prevenção e tratamento quanto na promoção da saúde (BRUSCIA, 1998).

Even Ruud assevera que:

A musicoterapia precisa se ater ao conceito do ser humano em que fatores biológicos, psicológicos e sociológicos são considerados necessários à nossa compreensão da relação com a música e como essa relação pode formar um componente da estratégia terapêutica. (RUUD, 1990)

Isso significa que em um processo musicoterápico, o indivíduo é tratado não somente segundo algum aspecto específico de seu estado de ser, mas de uma forma global, em que todas as suas características e condições terão importância.

Swanwick, assevera que:

A música não é uma anomalia curiosa, separada do resto da vida; não é só um estremecimento emocional que funciona como atalho para

qualquer processo de pensamento, mas uma parte integral de nosso processo cognitivo. É um caminho de conhecimento, de pensamento, de sentimento. (SWANWICK, 2003, p.22)

São várias as definições de musicoterapia que variam dependendo da orientação e perspectiva de um grupo particular de praticantes, ou diferentes culturas (WIGRAM, 2002, tradução nossa). Entretanto, assume-se neste trabalho a definição da *World Federation of Music Therapy*:

Musicoterapia é o uso da música e/ou elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado com um cliente ou grupo, em um processo designado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de atender necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia almeja desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele ou ela possa obter melhor integração intra e interpessoal, conseqüentemente uma melhor qualidade de vida através da prevenção, reabilitação ou tratamento. (WFNT, 1996, tradução nossa)

É importante ressaltar também que, a musicoterapia, além da música e do som, faz uso do movimento (BENZON, 1985). Isto implica dizer que o trabalho musicoterápico com pessoas idosas pode ganhar uma dimensão muito maior, uma vez que o uso do corpo pode favorecer amplamente o processo de autoconhecimento pela percepção de limitações e potencialidades. Isto pode também implicar na reorganização pessoal por parte da pessoa idosa em várias dimensões.

Millecco (2001, p.80) ressalta que: “A musicoterapia pode ser definida como uma terapia autoexpressiva que estimula o potencial criativo e a ampliação da capacidade comunicativa, mobilizando aspectos biológicos, psicológicos e culturais”. Para a pessoa idosa, a musicoterapia pode assumir a posição de terapia e de atividade prazerosa em que o indivíduo pode experimentar o desenvolvimento pessoal e social.

A comunicação é outro elemento importante em um processo musicoterápico, pois o processo se dá na relação construída entre terapeuta, e paciente através da música. Barcellos, tratando sobre a comunicação em um processo musicoterápico, pontua que:

A comunicação não é apenas verbal, mas sim um complexo de numerosos modos de comportamentos tais como tonais, posturais e contextuais, que podem aparecer em conjunto, condicionando o significado de todos os outros ou de alguns deles, isoladamente. (BARCELLOS, 1992, p.7)

Em termos neurológicos, sabe-se que muitas partes do cérebro estão envolvidas na apreciação da música e na prática musical. Isto quer dizer que muitas funções são estimuladas e até emparelhadas na experiência com a música.

Tony Wigran, explicando sobre as áreas ativadas em atividades musicais, destaca que:

Composição, performance e audição todos requerem os sentidos da visão e audição, funções intelectuais e emocionais, e atividades sensório-motoras. Isto nos diz que essas atividades envolvem o córtex cerebral, o núcleo motor e sensorial subcortical e o sistema límbico. (WIGRAN, 2002, p.53)

A musicoterapia, portanto, contém poderosos alcances na experiência humana que podem ser estruturados numa perspectiva metacognitiva em que a pessoa idosa possa desenvolver competências de autorregulação e autoconhecimento para dar suporte à sua autonomia e independência, na busca por uma plenitude de vida.

2.4 A prática do Canto em terapia

O ato de cantar envolve vários aspectos como a percepção, a vontade, a coordenação motora, o controle emocional, a comunicação verbal e a não verbal. Portanto, apresenta-se como um potente instrumento, a partir do qual o paciente pode ser estimulado a se autoperceber, autorregular e conseqüentemente desenvolver suas habilidades metacognitivas.

Segundo Millecco:

Cantando, criamos ordenações no espaço/tempo, projetamo-nos combinando notas expressamos o que sentimos e o que sabemos sobre o sentimento humano. Nossos sonhos utopias e desventuras, são compartilhados. Através do canto resgatamos a unidade, o território analógico, a intensidade o viver. (MILLECCO, 2001, p.11)

No ato de cantar, a pessoa é completamente responsável pelas ações envolvidas; precisa estar atenta a elementos musicais, como o ritmo e a melodia; e precisa buscar na memória a sequência da letra a ser cantada. Ao mesmo tempo, é afetada emocionalmente pelo significado que a música possa trazer, sofrendo alterações no ritmo respiratório, nos batimentos cardíacos, e até mesmo no estado de atenção.

Para Barcellos (1999), quando cantamos, estamos intimamente conectados com a nossa respiração, nossos corpos e nossas vidas emocionais. Por estas razões, cantar pode ser uma experiência tanto poderosa como desafiante.

Ao cantar, a pessoa também exerce seu potencial criativo, pois mesmo repetindo uma canção diversas vezes, está sob influência de diferentes circunstâncias ambientais, psicológicas e fisiológicas. Ou seja, faz-se necessário que ao cantar, a pessoa renove sua disposição, sua atenção e até mesmo sua expressão musical.

Dinville acentua que:

Para o cantor, a voz também é uma atividade artística e intelectual da qual a inteligência participa, mas a primazia é dada à expressão e à emoção. A voz é, para ele, um canto interior e vibrante através da qual pode liberar pensamentos e sentimentos que não poderia expressar de outra forma. (DINVILLE, 1993, p.14)

O Canto sob esse prisma, configura-se como uma atividade rica em abrangência na experiência humana, pois abre canais de percepção sutis através dos quais a metacognição pode ser desenvolvida. Outro ponto importante a ser observado, assumindo o Canto como uma forma de comunicação, é a expressão corporal que pode acompanhar a voz cantada. Neste ponto, surge outra possibilidade de trabalho para o musicoterapeuta, qual seja o movimento.

Sobre este tópico, Fregtmam (1989, p.25) chama a atenção para o trabalho em musicoterapia com sons e movimentos, referindo-se a este como um "mergulhar num mundo carregado de significações ancestrais, de veículos de mobilizações altíssimos como são os instrumentos musicais e de tantos possíveis receptores valiosos quantos são os habitantes do planeta".

Todos os ajustes necessários para a emissão vocal no Canto, necessariamente perpassam pela percepção da própria emissão; pela avaliação do que se percebe e pela decisão de ajustes necessários, seja na afinação, no ritmo, no timbre ou até mesmo na letra da música.

Dinville a esse respeito, diz que;

Frequentemente, é através do controle auditivo que o cantor modifica a qualidade de sua voz. Mas é necessário, também, que ele o faça por meio de uma técnica apropriada, utilizando movimentos precisos, pela percepção de certas sensações que determinam as coordenações musculares, sendo elas mesmas funções destes diferentes parâmetros. (DINVILLE, 1993, p.5)

A partir das experiências musicoterápicas através do Canto, pode-se trabalhar por analogia a compreensão dos fatores envolvidos nos processos metacognitivos como a memória, a atenção, a autopercepção e a autorregulação. Dessa forma, a pessoa idosa poderá obter melhorias não só em suas funções cognitivas, mas poderá aprimorar sua capacidade de se autogerenciar de forma mais apropriada e melhorar também suas habilidades sociais pela compreensão mais refinada do outro.

3. Discussão

A Musicoterapia, por ter um amplo espectro de possibilidades de intervenções, facilita a organização de estratégias adaptadas aos variados objetivos terapêuticos. Isso quer dizer que, os métodos e técnicas musicoterápicas também podem ser organizados de forma que estejam plenamente norteados a modelos e abordagens terapêuticos específicos, como por exemplo o modelo desenvolvido pela Dra. Diane Austin (2008), no qual faz uso da voz, falada ou cantada, em um processo que denominou Psicoterapia Vocal.

Segundo Austin (2008, p.118): “Existe um fluxo orgânico entre música e palavras, uma parceria entre iguais. As palavras levam a música a um nível mais profundo e a música leva as palavras a um nível mais profundo”.

Pensando assim, é possível estruturar atividades através das quais a pessoa idosa possa experimentar um nível de consciência maior de sua expressão vocal e, a partir dessa consciência, criar estratégias para que o idoso reconheça seu estado emocional, sua forma de perceber seus padrões de pensamentos, sua forma de responder a estímulos externos, sua forma de concepção da realidade e sua autoconsciência física e funcional.

O trabalho com o Canto, por fazer uso da manipulação dos sons, pode melhorar também a organização espaço-temporal do idoso, pois ao cantar, sua experiência cognitiva e psicomotora está ativada no intuito de realizar uma tarefa que se organiza estética e tecnicamente no decorrer do tempo e ocupa um determinado lugar no espaço. Ainda, essa atividade pode variar em níveis de complexidade, o que favorece a estruturação de procedimentos progressivos.

Metaforicamente, a atividade musical, e aqui especificamente a prática do Canto, pode apresentar situações de desafios musicais que, compreendidos de forma mais ampla, podem promover a tomada de consciência por parte do idoso e, assim,

instigá-lo na busca de soluções ou respostas para as situações de conflito ou outras necessidades específicas.

O desenvolvimento metacognitivo pode se dar à medida que o idoso percebe as alterações sonoro-musicais a partir das variações de sua própria ação vocal. O idoso pode se autorregular deliberadamente a partir de seus objetivos sonoros e do conhecimento que pode desenvolver de suas potencialidades e limites.

Para esse fim, experiências musicais como a improvisação podem auxiliar no desenvolvimento dessa autonomia, uma vez que, necessariamente, a pessoa precisa exercer sua capacidade de escolha e decisão ao expressar-se sonoramente.

Wigran (2004, p.35, tradução nossa)), pontua que: “O processo de desenvolvimento de habilidades de improvisação e de aplicá-las é um equilíbrio entre o cognitivo e o criativo, fundindo os recursos de estrutura e organização com flexibilidade e inspiração”. Portanto, ao improvisar em uma atividade vocal, a pessoa precisa perceber-se ativa e apropriar-se de certa independência, pois o som é produzido por seu próprio corpo.

Por fim, associando à prática do Canto, métodos e técnicas musicoterápicas, pode-se potencializar os benefícios no que tange às funções cognitivas da pessoa idosa, pois o próprio corpo se torna o objeto de manuseio no fazer musical, exigindo que a pessoa se perceba física, emocional e intelectualmente, e, assim, atue voluntariamente em sua autorregulação, seja em suas experiências individuais ou sociais.

4. Referências

ASSIS, M. **O envelhecimento e suas consequências**. In: CALDAS, C.P. A saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: UERJ, 1998;

AUSTIN, D. **The theory and practice of vocal psychotherapy: songs of the self**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2008;

BARCELLOS, L. R. M. **Cadernos de musicoterapia 2**. Rio de Janeiro. Enelivros, 1992;

_____. **Musicoterapia: transferência, contratransferência e resistência**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999;

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

BENENZON, R. **Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal**. Tradução: Ana Sheila M. de Uricoechea. São Paulo: Summus, 1988;

_____. **Manual de Musicoterapia**. Tradução: Clementina Nastari. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília; Ministério da Saúde, 2007;

BRUSCIA, K. **Defining music therapy**. USA: Barcelona Publisher, 1998;

DINVILLE, C. **A técnica da voz cantada**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1993;

FLAVELL, J. H. **Desenvolvimento Cognitivo**. Trad. Claudia Dornelles. 3ª ed. PortoAlegre: Artmed, 1999;

FRANÇA, A. B. **Escala Metacognitiva para idosos: elaboração de itens e análise dos parâmetros psicométricos**. São Carlos: UFCar, 2013;

FREGTMAM, C. D. **Corpo, música e terapia**. São Paulo. Cultrix, 1989;

LEGISLAÇÃO SOBRE O IDOSO. 3ª ed. Brasília: Edições Câmara, 2013;

MEJIA, P. P. **Didactica del la música para primaria**. Madrid: Pearson Educacion, 2002;

MILECCO FILHO, L. A. **É preciso cantar: musicoterapia, cantos e canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. 2015;

RUUD, E. **Caminhos da musicoterapia**. Tradução: Vera Wrobel. São Paulo. Summus, 1990;

STEFFEN, Luciana. **Cantar, elementos não verbais e estados de humor no processo musicoterapêutico**. Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, número II. Curitiba, 2011;

SWANWICK, K. **Ensinando musica musicalmente**. Tradução: Alda Oliveira e Cristina Tourinho. São Paulo: Moderna, 2003;

WIGRAN, T. **Improvisation: methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2004;

_____. **A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.



Musicoterapia em uma Instituição de Longa Permanência do Idoso (ILPI): uma estratégia para lidar com os riscos da institucionalização¹

Music therapy in a Long Term Care Institution for Elders: an alternative way to deal with the risks of institutionalization

Anna Coelho²
Yuri Ribas³
CBM – RJ

Resumo: Este trabalho apresenta uma reflexão acerca dos riscos oferecidos pela institucionalização de idosos, tais como a falta de autonomia e de autoestima e a perda da identidade. Discutimos a importância da musicoterapia como uma ferramenta que pode ajudar a mitigar esses riscos. Com referenciais teórico-metodológicos advindos da musicoterapia e das ciências sociais, procuramos mostrar um pouco da realidade de uma ILPI⁴ filantrópica e do trabalho musicoterapêutico ali realizado.

Palavras-chave: Musicoterapia. Idosos. Instituição de longa permanência do idoso. Autonomia.

Abstract: This article offers a reflection on the risks involved in the institutionalization of the elderly, such as loss of personal autonomy, self-esteem and identity. It is herein discussed the importance of music therapy as a tool that might help to mitigate those risks. Based on a music therapy and social sciences theoretical-methodological framework, our endeavor is to present a little of what goes on at a Long Term Care Institution for Elders and the music therapy that takes place there.

Keywords: Music therapy; Elderly people; Long Term Care Institution for Elders; Personal autonomy

1. Introdução

Como sociedade, passamos por muitas mudanças nos últimos 50 anos. No que tange à população idosa, dois aspectos chamam especial atenção: as modificações que ocorreram no núcleo familiar e o aumento da expectativa de vida. Essas alterações

¹ Trabalho apresentado no GT3 na modalidade apresentação oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² Formada em Licenciatura em Música (UniRio 2015), especializanda em Musicoterapia (Conservatório Brasileiro de Música – RJ). Atua como professora de música no Colégio Pedro II e na creche Tabladinho e como regente coral no SESC Santa Luzia. Email: annacoelho8@gmail.com.

³ Estagiário de Musicoterapia, coautor do Projeto de Implantação da Musicoterapia no Centro de Saúde D. Helder Câmara. RJ. Bel em Música pelo CBM. Especialista em Sistemas de Sonorização pelo Instituto de Artes e Técnicas em Comunicação (IATEC). Aluno da Pós-graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música. Email: yuri.ribas.music@gmail.com.

⁴ Instituições de longa permanência do idoso – termo adotado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) como correspondente a *Long term care institution for elders*. ILPI é definido como “estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio” (SBGG, 2003, p.3).



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

geram impactos na organização das famílias. Antes, o idoso era o centro, por ser uma espécie de arquivo, isto é, quem retinha todas as informações sobre aquele grupo familiar. Todas as atividades giravam em seu entorno e sempre havia alguém da família disponível para cuidar dele quando fosse necessário. Hoje em dia, os mais velhos nem sempre ocupam esse papel (SOUZA, 2006). Com o aumento vertiginoso da expectativa de vida e, portanto, da população acima de 60 anos, e com as famílias já sem tanta disponibilidade para cuidar de seus idosos, uma alternativa frequentemente buscada são as Instituições de Longa Permanência do Idoso (ILPI).

As ILPI – chamadas, no senso comum, de asilos – carregam um forte estigma. Muitas pessoas acreditam que essas instituições oferecem péssimas condições para os internos e que são apenas o local onde o idoso fica passivamente à espera da morte. Termos como “depósitos de velhos”, “idosos pobres abandonados” e “antessala do cemitério” são frequentemente escutados – e proferidos – por quem trabalha ou tem algum contato com uma ILPI. Para tentarmos entender o porquê dessa imagem negativa, precisamos voltar um pouco na história dessas instituições.

Casas que abrigam idosos existem desde a Grécia Antiga (CAMARANO E BARBOSA, 2016), e foram mudando com o passar dos anos. Já na idade moderna, a problemática da velhice era muito confundida com a da pobreza, portanto havia, em pleno século XX, casas denominadas “asilo da mendicidade”. Essas instituições eram, em maior ou menor grau, locais de segregação, e algumas continuam sendo até hoje. Por conta disso, casas geriátricas ainda são muito associadas à pobreza, ao abandono e à violência contra o idoso, e assim sendo há uma desaprovação generalizada dessas instituições (BORN E BOECHAT, 2006).

Com o flagrante aumento da população idosa e “muito idosa”, e com a inserção cada vez maior da mulher no mercado de trabalho, cresceu a demanda por alternativas não familiares de cuidado ao idoso. Com algum atraso, a população e os governos pareceram reconhecer essa mudança estrutural em nossa sociedade e, com isso, algumas medidas foram tomadas, como, por exemplo, a instituição do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Entretanto, embora as ILPIs no Brasil façam parte da rede de assistência social, normalmente surgem em razão das necessidades da comunidade (BORN E BOECHAT, 2006) e não da implementação de uma política de cuidados de longa duração. Segundo Giacomini e Couto (2010), a omissão governamental com relação à pessoa idosa dificulta e inibe a fiscalização, o que explica grande parte dos



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

problemas na qualidade dos serviços oferecidos. As poucas “casas gerontológicas modelo”, que são de excelente qualidade, pecam no quesito preço da hotelaria, que torna inviável o ingresso de pessoas de baixa renda.

A institucionalização do idoso gera alguns impactos em sua vida. Muitas vezes, as consequências do processo de institucionalização podem ser negativas, mesmo que seja uma boa instituição. É preciso haver muito cuidado e reflexão para que essa mudança na vida de um idoso não desencadeie ou agrave nele depressão ou outras doenças do corpo e da mente. Neste artigo, apresentamos um recorte do trabalho musicoterapêutico realizado em um lar de idosas – aqui denominado L.I. –, no qual um dos principais objetivos era justamente mitigar os efeitos negativos da institucionalização nas pacientes, em um processo que chamamos de desinstitucionalização subjetiva⁵. Para tal, foi feito um trabalho com as subjetividades, com a criatividade como geradora de autonomia e com o resgate da identidade das idosas, sempre tendo a música como objeto intermediário (BENENZON, 1985) e elemento fundamental no processo musicoterapêutico.

2. Nuances da institucionalização

Desde o momento em que nascemos até o dia de nossa morte, convivemos com diversas instituições. Seja hospital, escola, asilo, igreja, prisão, orfanato ou hospício, da maneira como nossa sociedade se organiza, todos frequentam alguma instituição ao longo da vida. O ser humano ocidental se institucionaliza, e esse processo pode oferecer alguns riscos ao indivíduo.

Em seu livro “Manicômios, prisões e conventos” (1974), Erving Goffman descreveu algumas características dessas instituições e desenvolveu conceitos importantes, como o de “instituição total”. Segundo ele, todas elas têm uma tendência natural ao fechamento, pela própria maneira como funcionam, mas em algumas há um maior isolamento com o mundo externo do que em outras. A essas mais fechadas, Goffman (1974, p.11) deu o nome de instituições totais, termo que o autor explica como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo,

⁵ Termo cunhado por nós a partir do conceito de “desinstitucionalização”, muito usado no contexto da luta anti-manicomial. Fizemos uma adaptação a esse conceito porque, no caso de idosas asiladas, não convém retirá-las literalmente da instituição, mas talvez retirar a instituição de dentro delas, isto é, ajudá-las a dar vazão a suas individualidades. Seria, de certa forma, uma tentativa de “destotalização” da ILPI.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

Segundo Goffman, há cinco tipos de instituição total: as que cuidam de pessoas inofensivas, como casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes; as que são para pessoas incapazes de cuidar de si mesmas e que podem ser uma ameaça para a sociedade, mas de maneira não-intencional, como asilos de tuberculosos, doentes mentais e leprosos; as que servem para proteger a sociedade contra perigos intencionais, como cadeias; as que têm a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, como quartéis, navios e campos de trabalho; e, por último, as que são destinadas a servir de refúgio do mundo e de instrução para religiosos, como abadias, mosteiros, conventos e outros claustros (GOFFMAN, 1974, pp. 16-17).

Essa forma de vida institucionalizada acarreta mudanças no indivíduo, algumas delas bastante nocivas. Moragas (1997, p. 239, apud XIMENES E CÔRTE, 2007, p. 35) acredita em “morte social” em decorrência do processo de internação em uma instituição, visto que os contatos sociais dos residentes com o exterior ficam muito restritos e eles acabam rompendo seus laços sociais habituais. A “morte social” é identificada como a perda do papel ativo e econômico e social, e pode ocorrer de outras maneiras além da institucionalização, como com a aposentadoria, a mudança de habitação ou bairro, a ruptura de laços sociais habituais ou a prisão.

Já Goffman (1974, p. 24), fala em “mortificação do eu”, que se refere às diversas maneiras pelas quais o indivíduo institucionalizado se afasta do mundo exterior. Segundo o autor, o interno chega à instituição com uma cultura aparente, um conjunto de crenças, além de objetos pessoais que o conectam com o mundo fora da instituição. Quanto mais longa é a estadia na instituição, mais risco tem o interno de se desconectar com o exterior e com a sua vida pregressa, passando por uma espécie de amortecimento da identidade.

Cabe aqui fazer uma pequena ressalva: Goffman escreveu sobre as instituições totais em 1961, portanto houve muitas mudanças positivas e nem tudo o que foi descrito por ele continua sendo totalmente verdadeiro. Além disso, como diz Lucas Graeff (2007, pp. 9-10), Goffman realizou seu trabalho em um hospital psiquiátrico – St. Elizabeth’s Hospital –, e nunca fez uma pesquisa dentro de asilos de idosos.

É claro que é possível observar aspectos totalizantes em ILPIs, assim como em praticamente todas as outras instituições. Idosos institucionalizados muitas vezes perdem o contato com o mundo exterior e com suas próprias identidades, além de terem



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

que cumprir com certos “rituais” em horários previamente estabelecidos. Dentro da instituição, frequentemente os idosos ficam muito ociosos e isolados uns dos outros, sem maiores perspectivas se não a de que a morte os leve, o que pode desencadear depressão profunda em alguns deles. Entretanto, é importante observar cada caso separadamente para discernir se determinada instituição é, de fato, total ou se ela apresenta características totalizantes.

3. L.I.

L.I. é uma ILPI filantrópica localizada na Zona Norte do Rio de Janeiro. Nela residem, atualmente, 17 idosas com idades entre 72 e 113 anos. A casa foi fundada em 1940 por um Pastor da Igreja I.B. e, desde então, abriga somente mulheres com recursos escassos e poucos laços familiares. L.I. se mantém apenas de doações, fazendo parte da mesma associação que um Seminário localizado muito próximo à casa, sendo os dois vinculados à Igreja I.B..

A casa é bastante espaçosa e bem cuidada, e possui alguns espaços de convivência – ao ar livre e do lado de dentro –, refeitório, cozinha, sala da direção, sala da enfermagem, um enorme galpão – que as idosas não costumam frequentar, por ser um local de armazenamento de doações –, lavanderia e seis quartos de dormir. Os quartos comportam até quatro idosas e todas dividem habitações. Alguns deles são interligados por banheiros, que são comuns e permanecem sempre com as portas abertas. Um dos quartos é habitado apenas por idosas acamadas.

L.I. possui funcionários de enfermagem, de limpeza, cozinheiras, assistente social e um diretor. As outras pessoas que trabalham na casa são voluntárias, então não necessariamente têm dia e horário certos para estar lá. Por exemplo, desde que iniciamos o trabalho de musicoterapia – em agosto de 2017, portanto há nove meses – nunca encontramos com o médico que as atende, o que dificultou nosso acesso a informações sobre a saúde das pacientes. Além da musicoterapia, não havia nenhuma outra forma de cuidado terapêutico na casa até abril deste ano, quando um psicólogo começou a atender as idosas. Para além dessas duas terapias, a única outra atividade regular na casa é um grupo de pintura, realizado por voluntárias.

Nos fundos do terreno, existe uma casa anexa onde mora o Pastor – filho do fundador da casa – e sua família. Por ter sido fundada por um Pastor e manter estreito



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

vínculo com a Igreja, L.I – que, teoricamente, não é uma instituição religiosa – acaba sendo basicamente uma casa evangélica. Percebe-se, então, o efeito de duas instituições incidindo sobre as idosas que ali habitam: a da instituição Igreja e a da instituição asilo.

A maioria das idosas da casa teve muito pouca escolaridade, sendo algumas analfabetas. Grande parte delas não tem nenhum suporte familiar, e às vezes o único vínculo externo à casa é com algum assistente social ou procurador. Por conta disso, a maioria das internas é muito solitária e viveu situações de abandono ou até de maus tratos. Os aspectos que logo nos chamaram atenção nas idosas foram sua baixa autoestima e suas histórias de vida muito sofridas, sobre as quais elas dificilmente falam. Como a casa não oferece muitas atividades e a maioria das idosas não pode sair sozinha, elas passam muitas horas ociosas.

Pegando emprestadas as palavras de Ximenes e Côrte (2007, pp. 33-34), a grande maioria das instituições não tem condições de proporcionar aos que ali residem serviços individualizados que respeitem a privacidade e a personalidade de cada um. Desvalorizam-se as necessidades do idoso, por acreditar que estas se encerram em questões fisiológicas, deixando de fora as de nível social, afetivo e sexual (PIMENTEL, 2001 apud XIMENES E CÔRTE, 2007 p. 33). O indivíduo chega à instituição com um conjunto de construções simbólicas que ele estabeleceu ao longo da vida, e muitas vezes na instituição não há espaço para essa história pregressa e para as individualidades dos internos. A perda dessas construções simbólicas, para o idoso, representa um corte com seu mundo de relações e com sua história. Essa perda contribui para o isolamento afetivo e social do idoso, que, com dificuldade em assumir aspectos de sua vivência enquanto pessoa plena, nega ou desvaloriza suas capacidades e muitas vezes não se sente parte integrante da casa que habita, vivendo em um mundo sem significado pessoal.

4. Musicoterapia no L.I.⁶

Os atendimentos musicoterapêuticos no L.I. iniciaram-se no dia 31 de agosto de 2017 e, desde então, acontecem semanalmente e têm duração aproximada de uma hora. As sessões são em grupo e participam em torno de dez idosas, algumas com mais

⁶ Os atendimentos no L.I. fazem parte do programa de estágio da Pós-Graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música – RJ.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

regularidade, outras com menos – algumas são praticamente “turistas” na atividade, provavelmente nem entraram em processo de terapia.

Iniciamos o trabalho sem muitas informações sobre a casa e suas residentes, e sem demandas específicas. A decisão de atender em grupo foi nossa, por conta da grande adesão e do pouco tempo semanal de que dispúnhamos. Em virtude da pouca quantidade de informação que tínhamos sobre as idosas – não tivemos acesso nem a seus prontuários –, começamos o trabalho de maneira experimental, buscando realizar atividades variadas, tendo como eixo algumas questões que serão discutidas a seguir.

Logo de início, notamos a dificuldade das idosas em se colocar, fazer escolhas, defender seus pontos de vista e, por conseguinte, em se engajar nas nossas propostas. Como dito anteriormente, a única atividade que havia na casa, além da musicoterapia, era uma “aula de pintura”, que acontecia da seguinte forma: as voluntárias espalhavam alguns gizes-de-cera e distribuíam folhas com desenhos – de corujas, crianças, casas, sapos, dentre outros – em branco, para colorir. Então, as idosas eram orientadas a pegar cores específicas ditadas pelas voluntárias e começavam a pintar. Em diversos momentos, ouvimos os seguintes diálogos entre as “professoras” e as “alunas”: “que cor eu uso agora? O verde, este aqui”, ou “eu já acabei, não é? Não, olha, ainda falta pintar aqui de amarelinho”. Ou seja, as idosas – muitas vezes tratadas de maneira infantil – não eram nem um pouco estimuladas a ter volição, sendo as cores e os desenhos sempre escolhidos pelas facilitadoras.

Observar a aula de pintura muito nos mobilizou, pois percebemos que a falta de autonomia⁷ e de autoestima, a passividade e o quase esquecimento da própria identidade por parte das idosas não era trabalhado naquela aula de pintura. Pelo contrário, muitas vezes isso acabava sendo reforçado. Decidimos, então, que mitigar essas questões era a demanda mais flagrante que se apresentava, e que, portanto, esse seria o principal objetivo do nosso trabalho musicoterapêutico.

O grupo inicial era bastante heterogêneo, tendo algumas idosas lúcidas – mas com perdas auditivas significativas –, algumas apresentando sinais iniciais de demência, uma senhora – que chamaremos de D. – com uma demência já mais avançada e, ainda, M., que devido a um AVC, ficou afásica e hemiplégica. Com essa última, teria sido ideal a realização de um trabalho individual de reabilitação, mas, não sendo possível,

⁷ Segundo Anita Liberalesso (2001), autonomia inclui exercício do autogoverno, liberdade individual, privacidade, livre-escolha, auto regulação, independência moral, liberdade para experienciar o self e harmonia com os próprios sentimentos e necessidades.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

colocamo-la no grupo para ao menos ouvir música – o que parecia lhe fazer bem, visto que seu semblante se modificava, ela parecia mais desperta e movia o corpo.

Não foi possível fazermos entrevista e testificação musical individualmente com as idosas, então as primeiras sessões serviram para que conhecêssemos melhor o grupo. Propusemos uma atividade de improvisação, em que um de nós mantinha uma base harmônica no violão e cada uma improvisava cantando o nome e a cidade natal. Nosso objetivo, com isso, era já iniciar um resgate dessas identidades perdidas, além de poder perceber a desenvoltura musical das pacientes. Nós tivemos que dar o exemplo para que elas entendessem a proposta, e depois a maioria apenas imitou a melodia do exemplo e encaixou suas próprias informações. Algumas não cantaram, somente falando em cima da base harmônica.

Ainda para as sessões iniciais, preparamos uma lista de músicas – selecionadas por serem do tempo da juventude daquelas idosas – e tocamos, ao vivo ou na caixa de som. Nesse momento, percebemos um primeiro grande obstáculo: a maioria das idosas praticamente não conhecia MPB, ou então não cantava, pois estava familiarizada apenas com hinos religiosos. Ao mesmo tempo em que as residentes praticamente não traziam música alguma para a sessão, também não pareciam se mobilizar tanto com as músicas trazidas por nós. Com o tempo, isso foi se ajustando melhor: levamos músicas folclóricas e de roda (como “Peixe vivo” e “Samba Lelê”), marchinhas (“Jardineira” e “Me dá um dinheiro aí”) e mesmo alguns louvores e elas também passaram a levar mais músicas. Algumas peças passaram a ser recorrentes nas sessões, tais como “Acorda, Maria Bonita”, “Asa Branca”, “Minha mãezinha querida”, “Tico-Tico no fubá”, “Trem das onze”, “Em Jesus amigos temos”, “Jó”, dentre outras.

Esse grupo gostava muito de conversar, muitas vezes até mais do que de cantar ou de ouvir música. Nossa ideia era estar ali como mediadores, propondo algumas atividades, mas sempre deixando que a sessão fosse guiada pelos desejos das idosas. Quando queriam falar, não interrompíamos, pois qualquer manifestação de autonomia da parte delas era para nós bem-vinda, já que raramente elas faziam algo espontaneamente, sem que alguém as orientasse a tal.

Certo dia, ainda incomodados com a aula de pintura, levamos folhas em branco e giz-de-cera para as idosas desenharem ouvindo música. Primeiro, colocamos “Sicilienne” (Gabriel Fauré), uma música sem letra para não sugestioná-las. Percebemos, porém, que essa atividade foi um pouco ousada demais: o que é a



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

liberdade de uma folha em branco para pessoas que estão acostumadas a serem comandadas a pintar desenhos específicos com cores específicas? Encontramos muita resistência por parte de quase todas as idosas, que diziam “mas é para desenhar o quê? Com que cor eu começo? Mas eu não sei desenhar nada!”. A única idosa que aderiu à proposta foi D., justo a mais demenciada. Enquanto tentávamos acalmar as outras idosas dizendo que não precisavam saber desenhar, que não tinha certo e errado, D. silenciosamente fez um desenho lindo e colorido, coroado com a frase “música linda, toca a alma...” [sic]. Alguns meses depois, fizemos a mesma atividade novamente e já foi um pouco melhor, apesar de ainda ter havido muita resistência por parte das idosas.

Outra atividade que fizemos – essa para trabalhar a relação das idosas com seus corpos e seu ritmo – foi “Escravos de Jó”. Sentamo-nos todos em volta da mesa, cantando a música e passando tampinhas de refrigerante para o lado no pulso da música. As pacientes tiveram bastante dificuldade, mas se divertiram e deram risadas. Sempre que podíamos, incluíamos algum movimento de corpo nas músicas que cantávamos, porque várias idosas apresentavam severas dores no corpo e muita dificuldade para caminhar. Algumas vezes, propusemos danças, mas quase nenhuma paciente quis dançar – até argumentando que a religião não permitia. Certa vez, L. – uma paciente que só foi uma vez à musicoterapia – disse “eu gostava muito dessas músicas... Era fã de Martinho da Vila, mas graças a Deus encontrei Jesus e Ele tirou todas essas músicas da minha cabeça”.

Atualmente, estamos tentando compor uma música com as idosas, falando sobre seus sentimentos, suas histórias, memórias e sensações. Temos trabalhado bastante com improviso nas sessões, além de sempre resgatar histórias que elas trouxeram em outros momentos.

5. Considerações finais

Depois de 24 sessões e pouco mais de sete meses de trabalho semanal com o grupo, observamos algumas mudanças nas idosas. Entretanto, o tempo foi curto e o ideal seria continuar com o trabalho. Buscamos, nas sessões de musicoterapia no L.I., resgatar um ambiente que remetesse à história de vida das pacientes por meio de canções populares, na contramão do ambiente religioso do abrigo, não como



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

resistência, mas sim como complementação. Também buscamos valorizar o corpo e seus movimentos nas atividades, sempre tentando conferir autonomia e empoderamento às pacientes. Entendemos que, além de resgatar histórias e identidades, a música é capaz de impulsionar a criatividade. Essa criatividade, por sua vez, ajuda a gerar autonomia, o que melhora a autoestima e a qualidade de vida das pacientes.

6. Referências

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

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1820-1835.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMARANO, Ana Amélia; BARBOSA, Pamela. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando? In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (Org.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro, 2016: IPEA. p. 479-514.

GIACOMIN, Karla Cristina; COUTO, Eduardo Camargos. A fiscalização das ILPIs: o papel dos conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 213-248.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1974.

GRAEFF, Lucas. Instituições totais e a questão asilar: uma abordagem compreensiva **Estudos interdisciplinares do envelhecimento**. Porto Alegre, v. 11, p. 9-27, 2007.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Manual de Funcionamento para Instituição de Longa Permanência para Idosos**. São Paulo, 2003.

SOUZA, M. G. C. Musicoterapia e a Clínica do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

XIMENES, Maria Amélia; CÔRTE, Beltrina. **A instituição asilar e seus fazeres cotidianos: um estudo de caso**. **Estudos interdisciplinares do envelhecimento**. Porto Alegre, v. 11, p. 29-52, 2007.

A Técnica de Composição Musicoterapêutica como Expressão dos Sentimentos no Idoso: Estudo de Caso

The Technique of Music Therapy Composition as Expression of Feelings in the Elderly: Case Study

Cláudia César Ferraz de Paiva¹
Luciana Saraiva e Silva²

Resumo: A técnica de composição em musicoterapia propõe ao cliente/paciente inventar musicalmente formas de expressão e de resgate do mundo interno no público geriátrico. O objetivo foi analisar fragmentos emocionais em 4 composições musicoterapêuticas da paciente "Dagmar" e suas contribuições para o estudo da técnica de composição musicoterápica no idoso. Os resultados encontrados demonstram que houve promoção do resgate da memória da idosa, coordenando os níveis de inconsciência e consciência.

Palavras-chaves: Musicoterapia. Geriatria. Composição.

Abstract: The composition technique in music therapy proposes to the client / patient to musically invent forms of expression and rescue of the internal world in the geriatric public. The objective was to analyze emotional fragments in 4 music therapist compositions of the patient "Dagmar" and their contributions to the study of the music therapy technique in the elderly. The results showed that there was a promotion of the memory rescue of the elderly, coordinating the levels of unconsciousness and consciousness.

Key-Words: Music therapy. Geriatrics. Composition.

1. Envelhecimento e a Técnica de Composição Musicoterapêutica

O processo de envelhecer, requer atender as mudanças anatômicas-psico-funcionais, que ocorrem das alterações de doenças nesta etapa da vida. O deixar de ser ativo, de ter o poder de decisão e de ser isolado dentro do cenário sócio-familiar, podem desencadear inseguranças, depressões e o desaparecer da identidade como autor de sua vida nesta faixa etária.

¹ Autora: Graduada em Educação Artística com habilitação em música. Especialista em Musicoterapia pela UFPI. E-mail: claudiafmusicista@gmail.com.

² Co-autora: Luciana Saraiva e Silva. Bacharelado em Odontologia e Especialização em Musicoterapia pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: canalbioetica@hotmail.com / odontologiadeplantaogmail.com.

A Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) explica que a DA (Doença de Alzheimer) é uma enfermidade incurável que se agrava ao longo do tempo, mas pode e deve ser tratada. Quase todas as suas vítimas são pessoas idosas. Talvez, por isso, a doença tenha ficado erroneamente conhecida como “esclerose” ou “caduquice”. Seu nome oficial refere-se ao médico Alois Alzheimer, o primeiro a descrever a doença, em 1906. Ele estudou e publicou o caso da sua paciente Auguste Deter, uma mulher saudável que, aos 51 anos, desenvolveu um quadro de perda progressiva de memória, desorientação, distúrbio de linguagem (com dificuldade para compreender e se expressar), tornando-se incapaz de cuidar de si. Após o falecimento de Auguste, aos 55 anos, o Dr. Alzheimer examinou seu cérebro e descreveu as alterações que hoje são conhecidas como características da doença.

Pesquisas da neurociência revelam que, a música estimula as duas regiões do cérebro e novas atividades na vida do idoso, como o exercitar a mente com a atividade musical, pode resultar em neuroplasticidade (novas conexões neurais), envolvendo os musicoterapeutas do mundo todo, a atuar com suas técnicas (re-criação, audição, improvisação e composição) como aliados em tratamentos da saúde (geriatria, gerontologia, fonoaudiologia, neurologia, psicologia, Terapeuta ocupacional, etc.) no combate do avanço do DA, demências, AVC, Parkinson e de outras doenças que se manifestam no envelhecimento.

O artigo “A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso” comenta que, se uma pessoa que possui Alzheimer sofre perda de memória ou até mesmo pode obter amnésia profunda, dificuldade de comunicação e autopercepção, a música pode influenciar na preservação dos aspectos da personalidade, além de agir nas emoções, faculdades cognitivas, pensamentos e memória (OLIVEIRA, et al, 2012).

Oliver Sacks (apud ZAPPA, 2015), que é neurologista, escritor e químico, diz no documentário *Alive Inside* (história sobre pacientes com Alzheimer, demência, Parkinson): “Para pacientes com Alzheimer, tem que ser música que tem significado para eles e está relacionada com a memória e sentimento”.

Sacks (apud ZAPPA, 2015) afirma que, as áreas do cérebro que estão envolvidas em lembrar da música, não são muito afetadas, na doença de Alzheimer ou em outras demências que a música pode ser uma porta dos fundos, pois mesmo depois de outros tipos de memória terem desaparecido, uma música do tipo certo, pode ativar a percepção, a emoção e a memória para a música, servindo para orientar e ancorar um paciente quando quase nada mais é capaz de fazê-lo.

A técnica de composição em musicoterapia, propõe ao cliente/paciente, inventar musicalmente formas de expressão e de resgate do mundo interno no público geriátrico. O presente estudo, irá analisar fragmentos emocionais em 4 composições musicoterapêuticas da paciente idosa “Dagmar” e suas contribuições para o estudo da técnica de composição musicoterápica no idoso.

Sobre a técnica de composição em musicoterapia, alguns autores foram embasamento para o desenvolvimento do nosso estudo, como Barcellos e Brushia.

Barcellos (2009), sobre a narrativa do paciente idoso na musicoterapia, possibilitada pela música ou a narrativa musical pode facilitar a produção de sentido; a expressão narrativa pode minorar o sofrimento tanto físico quanto psíquico; a narrativa através da música pode ajudar o paciente a atenuar a realidade; e, por fim, a interação musical entre terapeuta e paciente pode levar este último à compreensão de aspectos necessários para minorar seus sofrimentos, sejam da ordem que forem.

Assim, poder-se-ia concluir que a narrativa musical pode facilitar a expressão de conteúdos e sentimentos de um paciente, produzindo significados, levando-o ao alívio de tensões provocadas pelos mais diferentes tipos de sofrimentos vistas como a possibilidade de comunicação nesse contexto, as canções dão uma contribuição concreta à ressimbolização de uma realidade interna, nem sempre conhecida, mas muitas vezes incômoda e incompreensível para o próprio paciente.

Nesse sentido, segundo Barcellos (2009, p. 75) demonstra que:

a narrativa do paciente, na musicoterapia, estaria ancorada na sua história de vida, clínica e sonoro/musical, e seria contada cantada/tocada/encenada para expressar seu mundo interno, tendo o musicoterapeuta na escuta, dando-lhe suporte, interagindo ou fazendo as intervenções que considerar necessárias para facilitar o desenvolvimento do processo terapêutico.

Convém destacar que Brushia (2000), no capítulo “Tipos de experiências musicais/Experiências de composição”, cita as variações do processo de composição, que são:

- Paródias de canções – o cliente substitui palavras, frases, ou a letra inteira de uma canção existente, enquanto mantém a melodia e o acompanhamento originais.

- Escrever canções – o cliente compõe uma canção original ou parte de uma canção (por exemplo, a melodia, o ritmo ou o acompanhamento) com diferentes níveis de assistência técnica do terapeuta. O processo inclui alguma forma de notação ou registro do produto final.
- Composição instrumental – o cliente compõe uma peça ou parte de uma peça instrumental original (por exemplo, a melodia, o ritmo ou o acompanhamento) com diferentes níveis de assistência técnica do terapeuta. O processo inclui alguma forma de notação ou registro de produto final.
- Atividades de notação – o cliente cria um sistema de notação e compõe uma peça utilizando-o ou o cliente faz a notação de uma peça que já havia sido composta.
- Colagens musicais – o cliente escolhe sons, canções, músicas e fragmentos delas e os coloca em sequência para produzir um registro que explore questões autobiográficas ou terapêuticas.

Especifica ainda Brushia (2000, p. 127) que “nas experiências de composição, o terapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais, ou a criar qualquer tipo de produto musical como vídeos com músicas ou fitas de áudio.

2. Metodologia

As 4 canções analisadas, surgiram durante os 45 atendimentos de musicoterapia, sendo realizados 2 vezes por semana, no domicílio da paciente. Foram abordadas técnicas de audição, de re-criação, de improvisação e de composição. Esta última é adotada a partir do objetivo terapêutico, colhido na ficha musicoterápica para AVC hemorrágico sofrido pela idosa a dez anos atrás, que comprometeu a cognição, a fala e causou hemiplegia do lado direito e ao passar dos anos, desenvolveu doença de Parkinson. Após o tratamento com sua fonoaudióloga e práticas de “Oficinas de memória”, a cliente inicia o tratamento com a musicoterapia, pois a mesma cantava muito e ainda compunha músicas para pessoas que lhes eram caras, antes do AVC, de acordo com os relatos de seus familiares.

O nome da paciente em estudo será substituído por um codinome “Dagmar”, bem como de sua neta, que será “Lídia Maria”, para proteger o sigilo e a privacidade das informações.

Roteiro realizado para técnica de composição em musicoterapia de Dagmar:

- TEMA: apresentação da idéia a ser trabalhada (O que fazer).
- ESBOÇO: compilações de frases, palavras, sentimentos e pensamentos da sobre o tema.
- ORGANIZAÇÃO MUSICAL: escolha de tônicas, de ritmos, de andamentos, e cadências, de harmonias.
- FORMA FINAL: junção do esboço e da organização musical.
- DOCUMENTAÇÃO: gravação da obra como arquivo de áudio (BARROS, ANSAY, 2016).

Recurso Material Utilizado:

- PAPEL
- CANETA
- VIOLÃO
- PORTA REPERTÓRIO
- CELULAR

É importante salientar que, existiram intervenções e complementos por parte da musicoterapeuta (rimas, cadências, organização de frases ou de ideias). Quando a paciente sentia alguma dificuldade no processo de criação, era dado um suporte estético musical mais adequado, que agradasse a mesma. Os fragmentos emocionais foram explorados e captados através da verbalização das histórias de vida de “Dagmar”, que saltavam em relatos durante o atendimento musicoterápico, deixando a mostra seu princípio de ISO (Altshuler), utilizado como âncora e reorganização dos sentimentos da idosa pela Musicoterapeuta, transformando tudo isso em música.

3. Resultados Obtidos ou Esperados

- Resgate de memórias, de vivências e de sentimentos no ato de compor;

- Potencialização dos atributos de compositora já existentes na juventude;
- Promoção de resoluções pendentes do seu passado, como mágoas e saudades;
- Intensificação de auto-confiança e de não-isolamento da cliente.

3.1. Música 1: Temática sobre a saudade de seu esposo/liberação e expressão do luto.

Saudade: Construída em 3 sessões. Surge da exteriorização do luto da paciente que narrava sua relação de amor com seu esposo (falecido), carregado de muita emoção e saudade. O peso sobre o assunto, traz a necessidade de dar uma leveza e desfoque no quesito perda, sugerindo a Dagmar que falasse através da música sobre a falta e a saudade do seu amado. A frase inicial é cantada pela cliente (“...o amor não tem porta e nem janela...”), indicando o modo e andamento para serem seguidos.

Saudade

O amor não tem porta, nem janela
 Se você não gostar dela, apareça onde ela está
 Porque ainda me sinto inconsolada
 Com a saudade que eu trago no peito por você
 Lembranças tenho mil, pergunte ao nosso Deus
 Ele sabe que o amor verdadeiro
 É bem maior.

A nossa felicidade foi indizível
 Você vai, vai lembrar de mim
 Juntos, vivemos mais de sessenta anos
 Sem brigas e com muita emoção.

3.2. Música 2: Temática sobre a fé religiosa e a origem de seu nome dado por sua mãe/sentimentos ligados a sua identidade e ao materno-familiar.

Hino a Imaculada Conceição: construída em 3 sessões. Devido ao estado emocional que se encontrava a senhora Dagmar, após compor “Saudade”, ela apresenta inquietação sobre não conseguir decorar a música que fez para o marido e que gostaria de cantá-la na sua igreja (católica), entrando num segundo luto, que é a morte dos pais, seguindo a relatar sobre como a sua mãe pôs seu nome, que era uma homenagem a Imaculada Conceição. É proposto a paciente, que criasse um hino para expressar sua fé e esperança, para atenuar a dor de suas perdas. A frase

inicial (“...a Imaculada Conceição, a virgem Maria, mãe de Deus...”) é de total autoria da cliente, que dá a tônica e o andamento, junto com a letra, pra tomar como norte.

Hino a Imaculada Conceição

1. A Imaculada Conceição

A virgem Maria, mãe de Deus
Pelo dogma do virtuoso Papa Pio IX
Nos deu a felicidade dia 8 de dezembro
Que sem pecado, Maria por Santana nasceria

2. Por obra e graça do divino santo espírito

A Imaculada concebeu o filho de Deus
Que no ventre sem mácula, já faz um milagre
Purifica do pecado e nos traz a piedade
Bendita sóis a mulher que trouxe o mestre salvador!

3. Maria concebida sem pecado

Rogamos por vossa proteção
Olhai para as famílias, ponha os filhos a seu lado
Nos traz amor e paz do teu coração sagrado
Intercessora dos aflitos, ò rainha, mãe divina.

3.2. Música 3: Temática sobre auto-retrato, regionalismo, profissionalização, fé, família e resolução de problemas e de sentimentos.

Dagmar: construída em 3 sessões. Durante um atendimento, a paciente começa a discorrer sobre sofrimentos, sobre sua origem e escolaridade, e logo surge uma frase (“...só quero um catecismo, um dicionário e a música. A música é a mais importante...”) explicando sobre os seus princípios no caminho do bem e de ir atrás de palavras novas no dicionário, que gostava de aprender. Falou também sobre seus filhos, nome por nome. Devido discorrer sobre suas dificuldades em torno da sua vida, foi a proposta era agora um auto-retrato musical, permitindo uma reflexão do seu self. A canção atuou na autonomia, na aceitação e auto-conhecimento de Dagmar, que diz esta ser uma das melhores músicas que fez! A frase inicial e o ritmo, foram escolhidos por ela mesma. Desenvolveu uma rápida memorização e uma empatia significativa com esta canção.

Dagmar

Dagmar, eu lhe encontrei
Graças a Deus, você está feliz
O tempo já passou

E o sofrimento já não existe aqui
Saiu de Parambú
E em Valença, teve carinho e paz
E vai continuar
Vivendo de alegria, nova vida sem igual

Só quero um catecismo
Um dicionário e bem praticar
Levar a minha vida
Seguindo sempre a cantar
E fico satisfeita em aprender sempre mais
Ao lado dos meus filhos
Com muito amor irei lutar.

3.4. Música 4: Temática sobre homenagens a pessoas queridas, políticos, sobrinhas e marido/músicas para sua neta.

Lídia Maria: construída em 2 sessões. Esta canção foi um pedido de sua neta, que desafia a Dagmar a compor um tema sobre ela, pois outras pessoas, já haviam sido agraciadas com criações musicais de sua avó. É descrito nesta música um conjunto de qualidades de Lídia. A paciente diz querer que o ritmo se pareça com o da composição “Marina”, que é uma das suas re-criações prediletas.

Lídia Maria

Já cantei Marina, Ana lúcia
Marchas caprichei em eleições
Poesias fiz em homenagens
A outros importantes corações
Os versos no papel não vão comportar
As tuas virtudes que eu tenho pra falar
Netinha, minha flôr
Poesia sem igual
És afetuosa, ela é fenomenal!

Lidinha, Lidinha
Teu caráter me cativas
Lidinha, Lidinha
Tua bondade me fascinas.

5. Considerações Finais

À luz dos parágrafos analisados, sobre a técnica de composição musicoterapêutica neste estudo de caso, corroboramos a eficácia desta abordagem junto com os teóricos já citados.

Pode-se concluir que houve promoção do resgate da memória da idosa, coordenando os níveis de inconsciência e consciência. É notório, que o seu humor, sua atenção, sua auto-estima e sua criatividade, ganharam voz!. Seus conhecimentos prévios sobre o fazer musical, são capazes de emocionar e dar alegria a muitos de seus entes queridos, até os dias de hoje! São eles, que também reconhecem a importância da técnica atuando de forma positiva em “Dagmar”, como uma prática não farmacológica atuante no resgate e preservação da cognição.

Sobretudo, o mais relevante neste estudo, foram os assuntos que eram abordados no “fazer” da técnica de composição musicoterapêutica, pois, as vivências, os sentimentos, as memórias de sua vida, brotavam durante a terapia. Sendo assim, o importante não é a obra musical e sim, o processo como ela é organizada, proporcionando um realinhamento, uma re-composição mental, emocional e espiritual na vida do idoso!

REFERÊNCIAS

ABRAZ: Associação Brasileira De Alzheimer. Disponível em: <http://abraz.org.br/sobre-alzheimer/o-que-e-alzheimer>. Acesso em: 25.11.2017.

BARCELLOS, L. R. M. **A música como metáfora em musicoterapia**. Tese (Doutorado em Música). Orientador: Carole Gubernikoff, 2009, 229f.

BARROS, C.; ANSAY, N. A. Experiência da composição musical na musicoterapia: revisão de literatura. **Revista brasileira de musicoterapia**. Ano XVIII, nº 20, Ano 2016, p. 117-140.

BRUSCIA, K. E. A necessidade de definições. In: BRUSCIA, K. E. **Definindo musicoterapia**. Trad. De Mariza Velloso Fernandes Conde. 2 ed. Rio de Janeiro, Enelivros Editora Ltda. 2000.

OLIVEIRA, G. C.; LOPES, V. R. S.; DAMASCENO, M. J. C. F.; SILVA, E. M. A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. *Cadernos UnifOA*, edição nº 20, dezembro, 2012.

ZAPPA, C. **Alive Inside/Vida por Dentro: a música vivifica a memória**. 2015 (1h17min42s). disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-SiP1yVSe5A>. Acesso em: 23.11.2017.



Aplicação da versão brasileira da Individualized Music Therapy Assessment Profile - IMTAP¹

Application the brasilian version of The Individualized Music Therapy Assessment Profile - IMTAP

Clara Márcia Piazzetta²
Unespar FAP
Mariana Pismel³
Unespar FAP
Tainá Jackeline Tomaselli⁴
Unespar FAP
Alexandre Mauat⁵
Faculdades EST

Resumo: Estudo bibliográfico comparativo da aplicação da ferramenta *Individualized Music Therapy Assessment Profile* - IMTAP em sua versão brasileira para avaliação musicoterapêutica e construção de perfil do paciente. Nove (9) trabalhos brasileiros foram encontrados e oito (8) considerados. Dissertações (37%), teses (25%), Iniciação Científica (13%), TCC (13%) e em estudo de processo clínico (13%). O domínio musicalidade (87,5%) foi mais usado. Fez uso de protocolo 75%. A IMTAP é útil no processo musicoterapêutico, com adaptações e leva o musicoterapeuta à reflexão.

Palavras-chave: Musicoterapia. Versão brasileira da IMTAP. Aplicação.

Abstract: Comparative bibliographic study of the application of the Individualized Music Therapy Assessment Profile tool - IMTAP in its Brazilian version for music therapy evaluation and patient profile construction. Nine (9) Brazilian papers were found and eight (8) considered. Dissertations (37%), theses (25%), Scientific Initiation (13%), Graduation research (13%) and clinical trial study (13%). The domain musicality (87.5%) was more used. With the use of protocol (75%). The tool is useful for the music therapy process, with adaptations and leads the music therapist to reflection.

Keywords: Music Therapy. Brazilian versionIMTAP. Aplication.

1. Contextualização

A prática clínica da musicoterapia constitui-se pela realização de sessões de musicoterapia e nesse contexto a pessoa atendida é inserida em diferentes atividades

1 Trabalho apresentado no GT_____na modalidade apresentação oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

2 <http://lattes.cnpq.br/6217374420607409>

3 lattes

4 lattes

5 <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4201853T3>



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

musicais. Os métodos de improvisação, recriação, composição e audição musical, com uma gama de técnicas de aplicação interativa e receptiva (BRUSCIA 2016), são os recursos que o musicoterapeuta dispõe para oferecer uma oportunidade de experiência musical à pessoa atendida. O tratamento se desenvolve na interação entre musicoterapeuta e paciente durante as experiências musicais em ação.

O caráter transformador da ação da música sobre a pessoa, mediado pelo musicoterapeuta está nos princípios básicos da musicoterapia. Altshuler (1954, apud PIAZZETTA, 2010), traz o princípio de ISO como: tempo mental igual ao tempo musical. Gaston, (1968, apud PIAZZETTA, 2010) traz três princípios: O estabelecimento ou restabelecimento das relações interpessoais, a obtenção da auto estima mediante a auto realização e o emprego do poder singular do ritmo para dotar de energia e organizar.

Se o musicoterapeuta oportuniza a pessoa em tratamento uma experiência musical com o alcance transformador, o entendimento dos princípios básicos da musicoterapia leva-o a mais um aspecto fundamental, conhecer a pessoa atendida e sua forma de se relacionar com os sons e a música. Os conceitos de *Music Child* como: “denota uma organização da capacidade receptiva, expressiva e cognitiva da criança que pode tornar-se fundamental na organização da personalidade” e *Conditional Child* como: “a criança como ela se tornou, através dos anos que ela tem vivido com a deficiência neurológica ou fisiológica, com alguma forma de condição deficiente” construídos por Nordoff e Robbins (1977, p.01) fundamentam e especificam seu papel profissional.

A vivência dentro dos desafios profissionais como musicoterapeuta: conhecer como cada pessoa se relaciona com a música, entender a ação da música sobre a pessoa, oportunizar experiências musicais que favoreçam transformações nas pessoas em tratamento, entender o processo musicoterapêutico em ação e relatá-lo de modo consistente, move pesquisadores na construção do campo teórico da musicoterapia. Entre os pontos pesquisados está o tema da avaliação.

A motivação do musicoterapeuta ao desenvolver a ferramenta norteia e delimita sua aplicação. A construção de um instrumento de avaliação é um processo longo. Além da elaboração, o instrumento precisa ser validado, ou seja, ter sua eficácia comprovada. Silva et al. (2012) destacam a carência de validações de ferramentas bem como de traduções para o português. Essa realidade de não validação e tradução



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

leva o musicoterapeuta a desenvolver uma ferramenta própria ou a usar ferramentas de outras áreas e, com isso, realizar avaliações imprecisas para a Musicoterapia.

Silva et al. (2012), realizam então, a tradução da ferramenta IMTAP e com isso, sua aplicação no Brasil.

1.1 The Individualized Music Therapy Assessment Profile [IMTAP]

A ferramenta IMTAP (BAXTER et al, 2007) compõem - se por um grupo de protocolos de avaliação individual na musicoterapia que trabalha com processos de avaliação em diferentes níveis a fim de apresentar o “perfil” de cada participante em musicoterapia ao longo dos processos de intervenção. Sua aplicação ocorre em nove etapas: formulário de admissão; preenchimento da folha de rosto; preenchimento do formulário de contorno da sessão; coleta de dados; cálculo dos escores finais, revisão das habilidades de domínios cruzadas; folha de resumos; metas e objetivos e representação por meio de gráficos (SILVA et al, 2012).

Apresentado no formato de livro/manual inclui sessões de avaliação e exemplos de atividades e intervenções. O material acompanha um CD-ROM que proporciona ao/a terapeuta armazenar dados das sessões, e, criar tabelas e gráficos que mostram o desenvolvimento e áreas a serem trabalhadas no processo musicoterapêutico (BAXTER et al, 2007). Os autores da IMTAP assinalam que o instrumento pode ser utilizado por musicoterapeutas e por estudantes de musicoterapia devidamente supervisionados. Também ressaltam que é necessário adquirir o livro original para a aplicação da escala. Nesse sentido, (BACKES et al, 2014) lembram que estudos de validade não implicam em livre acesso à versão brasileira dos instrumentos, devendo-se sempre considerar a existência de direitos autorais. O livro original é acompanhado de CD-ROM, formulários e orientações para a correta aplicação.

Essa ferramenta foi concebida para avaliar as habilidades de crianças e adolescentes com necessidades especiais, várias deficiências graves físicas, distúrbios da comunicação, transtorno do espectro do autismo, distúrbios emocionais graves, prejuízos sociais, e dificuldades de aprendizagem. Vista como uma ferramenta de auxílio na elaboração de metas e objetivos terapêuticos, a IMTAP permite construir planejamentos de processos breves e longos, como uma linha de base para os objetivos e planos de tratamentos. Por meio de gráficos e tabelas trabalha com um



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

conjunto de informações detalhadas, fácil de compreender sendo possível abordar e avaliar conjuntos de habilidades gerais e específicas do participante nos processos de musicoterapia. Permite também um canal de comunicação com outros profissionais numa linguagem comum.

Configura-se por fichas de tabelas seccionadas em dez domínios independentes como: Musicalidade; Comunicação Expressiva; Comunicação Receptiva ou Percepção Auditiva; Motricidade Grossa ou Ampla; Motricidade Fina; Motricidade Oral; Habilidade Sensorial; Habilidades Cognitivas; Habilidade Emocional; e Interações Sociais. Cada um dos quais contém subdomínios, no total, 374 itens descritos como parâmetros de avaliação. Utiliza o sistema NRIC (Nunca = 0%; Raramente = Abaixo de 50%; Inconsistente = 50 – 79%; Consistente = 90 – 100%) para a composição dos resultados.

Esse instrumento mostra-se abrangente de modo a apresentar um amplo espectro das condições em que se encontra o participante a partir da experiência musical compartilhada com o musicoterapeuta.

O processo de tradução e validação ocorreu por meio de um estudo transversal com exame de propriedade psicométricas e validade de conteúdo. Os resultados evidenciam a validade de conteúdo de modo satisfatório com poucos ajustes na tradução. A correlação entre os avaliadores ($CCI=0,98$) é considerada boa. A validação convergente envolveu correlações negativas moderadas na comparação entre a comunicação expressiva IMTAP (idiosincrasias vocais) e a escala CCC verbal ($r=-0,519$) e não verbal ($r=-0,468$). Ao final, o estudo de validação habilitou a versão brasileira da IMTAP (SILVA et.al. 2012).

Sua utilização no Brasil ocorre a partir desse momento, e como isso está ocorrendo é o objeto de estudo deste trabalho. Em que contexto foi aplicada, como está sendo usada, com qual clientela, quais domínios, quais os resultados alcançados e a opinião dos aplicadores sobre a ferramenta.

2. Resultados

A busca em bases digitais com a palavra chave IMTAP revelou trabalhos em língua portuguesa e inglesa. Com o critério de “uso da versão brasileira da ferramenta IMTAP” os resultados trouxeram nove (9) trabalhos.

A tabulação dos dados de cada trabalho foi feita com os parâmetros: título, autor, publicação/contexto, metodologia, objetivo, resultados e características da



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

aplicação: clientela, domínios, forma de preenchimento por estimativa ou quantificação, domínios e subdomínios. Para registro de dados no artigo foram considerados: título, autores, publicação e como usou a IMTAP (Tab 2)

Título	Autor(es)	Publicação/contexto	Como usou a IMTAP, Modo de avaliação; domínios.
Tradução para o português e validação da escala para uso no Brasil	Alexandre Mauat da Silva Musicoterapeuta	Dissertação de Mestrado UFRGS 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento do sistema NRIC por pontos; • Elaboração de protocolo; • Amostra com crianças típicas e com TEA; • Analisados domínios musicalidade e comunicação expressiva
Estudo de associação entre variantes nos genes AVPR1A, SLC6A4, ITGB3, COMT, DRD2 e DRD4 e musicalidade em uma amostra de escolares de Porto Alegre, RS	Luiza Monteavaro Mariath Lavinia Schuler Faccini Jaqueline Bohrer Scuch Genética Saúde da criança	TCC apresentado para conclusão do Bacharelado em Biotecnologia UFRGS 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação Musical; • A avaliação do IMTAP é feita de maneira objetiva é baseada no número de vezes que as habilidades descritas acima são exibidas; • Domínio musicalidade; • Um protocolo estruturado de atividades musicais; • Escolares de Porto Alegre.
Os efeitos da musicoterapia através do software Cromotmusic em aspectos sensoriais, emocionais e musicais de crianças e jovens surdos: ensaio controlado randomizado	Igor Ortega Rodrigues musicoterapeuta	Dissertação de mestrado UFRGS 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Usou IMTAP com protocolo específico de atividades; Modo de avaliação quantitativa, apresentou gráficos com resultados numérico (estimativas). • Os domínios Musicalidade (fundamentos, andamento, dinâmica e criatividade/desenvolvimento de ideias musicais), • Sensorial (fundamentos, tátil, proprioceptivo, visual e sensorial geral); • Emocional (fundamentos, diferenciação/expressão emocional total); • Crianças surdas.
Os efeitos da musicoterapia na memória não declarativa de crianças com síndrome do álcool fetal e com síndrome de Williams	Gustavo Andrade de Araujo musicoterapeuta	Tese de Doutorado UFRGS 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Modo de avaliação quantitativa, apresentou gráficos com resultados numérico (estimativas); • O domínio Cognitivo, em sua totalidade. Pré e pós tratamento; • Não usaram protocolo; • Síndrome do álcool fetal e síndrome de Williams
Contribuições da Musicoterapia para a comunicação de crianças com alterações da linguagem	Josiane Covre et al. musicoterapeuta	Dissertação de Mestrado 2015	<ul style="list-style-type: none"> • domínios musicalidade (fundamentos), comunicação receptiva e comunicação expressiva; • Crianças típicas; • realização de um protocolo de atendimentos.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

A experiência do uso da escala individualized music therapy assessment profile (imtap) em pacientes com paralisia cerebral	Allana G. M. Santana, Fabiane M. Shimoze, Clara Y. Ikuta musicoterapeutas	Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XVII n° 19 ANO 2015.	<ul style="list-style-type: none"> • Organizado um protocolo de atividades musicais; • domínios: motricidade ampla, comunicação receptiva/percepção auditiva, cognição e musicalidade; • Crianças com paralisia cerebral.
A aplicação da escala individualized music therapy assessment profile (IMTAP) no trabalho da musicoterapia reconhecimento da musicalidade	Gustavo Henrique Costa et al. Estudante de musicoterapia	Artigo em anais de evento de Iniciação Científica 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Modo de avaliação quantitativa, apresentou gráficos com resultados numérico (estimativas); • Domínio musicalidade; • Crianças com TEA; • Sem protocolo de atividades.
Reprodutibilidade e Validade Discriminante dos domínios Social e de Comunicação Expressiva da escala IMTAP aplicada a crianças e adolescentes com Transtornos do Espectro do Autismo e com desenvolvimento típico	Alexandre Mauat da Silva et al. musicoterapeuta	Tese de doutorado 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento do sistema NRIC por estimativa; • Avaliação de sessões preexistentes; • domínios social e comunicação expressiva; • Sem protocolo; • Crianças com desenvolvimento típico e adolescentes com TEA
Pesquisa em genética musical: associação com musicalidade de um polimorfismo no gene AVPR1A*	Luiza Monteavaro Mariath et al. Equipe multiprofissional Com musicoterapeutas	Genet Mol. Biol. vol.40 no.2 Ribeirão Preto abril / junho 2017 Epub 22 de maio de 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação Musical; • A avaliação do IMTAP é feita de maneira objetiva é baseada no número de vezes que as habilidades descritas acima são exibidas; • Domínio musicalidade; • Um protocolo estruturado de atividades musicais; • Escolares de Porto Alegre.

Tab 02 – categorização dos trabalhos encontrados. *é a publicação da pesquisa realizada no TCC 2013 dados não contabilizados.

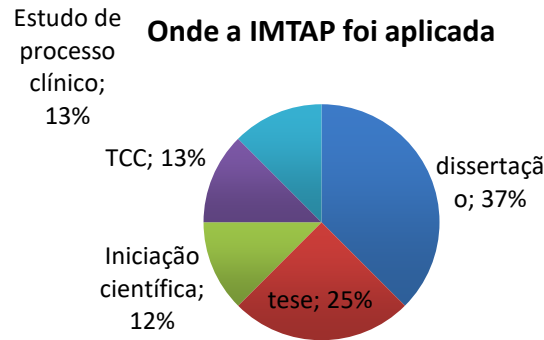
2.1 Aplicação da IMTAP

A aplicação ocorreu em contextos de pesquisa e prática clínica (Graf 1):

- ✓ **Pesquisa *Stricto Sensu*** de musicoterapeutas (SILVA, 2012 e 2017; ORTEGA, 2015; ARAUJO, 2015; COVRE,2015) e **Iniciação Científica** (COSTA, 2017);
- ✓ **pesquisa de trabalho de conclusão de curso** de outros profissionais, e o musicoterapeuta como parte da equipe (MARIATH, 2013);
- ✓ **Prática clínica** de musicoterapeuta em equipe multiprofissional (SANTANA, et al.2015)



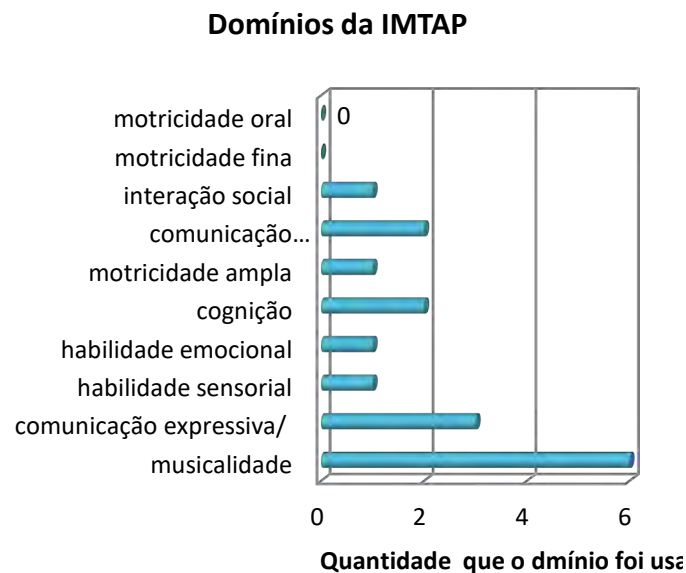
XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018



Graf. 1 – aplicação da IMTAP entre 2012 e 2017

2.1.1 Como usou a IMTAP

Quanto aos **domínios** utilizados (Graf. 2), a musicalidade predominou enquanto domínios como motricidade oral, motricidade fina não foram aplicados.



Graf.2 quantificação de uso dos domínios da IMTAP

2.1.2 Protocolo de atividades

O uso de protocolo de atividades é considerado pelos autores Baxter et al. (2007) na terceira fase da utilização, mas não é exigência. Dos trabalhos encontrados 62,5% construíram um protocolo para que todos os itens fossem contemplado. Dos 37,5% que não usaram, Araújo (2015) definiu o modelo improvisacional de musicoterapia nos atendimentos. Neste modelo o espaço de relação entre musicoterapeuta e paciente promove um lugar de segurança e confiança para interações e desenvolvimento de potenciais (ARAUJO, 2015). Costa et.al. (2017) não



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

organizou protocolo, não era o musicoterapeuta que atuava junto aos participantes, mas sim, aplicou a avaliação por meio da apreciação dos vídeos dos atendimentos Junto com os estagiários do Centro de Atendimento e Estudos em Musicoterapia CAEMT-FAP.

Quanto à aplicação seguindo as nove etapas, nenhum dos trabalhos mencionou esse procedimento. Santana et. al. (2015) justificaram a alteração por não ter acesso ao CD do livro. Rodrigues (2015) e Costa et. al. (2017) usaram gráficos para resultados com a utilização do CD. Os demais não mencionaram o uso do livro.

2.5 População trabalhada

A criança com Espectro do Autismo teve incidência em três (3) pesquisas (SILVA, 2012 e 2017 envolvendo grupo comparativo de crianças típicas, (COSTA, 2017) sem grupo comparativo. Com crianças típicas quatro (4) (SILVA, 2012 e 2017; COVRE, 2015 e MARIATH 2013). Com crianças surdas (ORTEGA, 2015), Síndrome do álcool fetal e Síndrome de Willians (ARAUJO, 2015) e crianças com paralisia cerebral (SANTANA et. al., 2015).

2.6 Resultados e comentários sobre a IMTAP

Os resultados mencionados destacam a eficiência da ferramenta a também sua extensão e trabalho demandado para o preenchimento. Em Santana et. at. (2015) os resultados não foram significativos e alerta para a necessidade de adaptação da ferramenta para a população com paralisia cerebral: a “escala IMTAP é aplicável em pacientes com PC, porém, necessita de adaptações relacionadas à interpretação dos itens avaliados e ao quadro clínico do paciente”. Complementa, “a experiência do uso da escala IMTAP em pacientes com PC fomentou questões do processo musicoterapêutico no que diz respeito ao raciocínio clínico, na percepção da integralidade do paciente” (SANTANA et al. 2015 p.32). Costa et al. (2017,p.534) trás a voz de estagiários de musicoterapia “ao terem contato com a IMTAP – Musicalidade, a condução dos atendimentos previamente idealizados foram planejados para diversificar as oportunidades de relação musical a serem trabalhadas com o participante” e complementam, “provocam no musicoterapeuta reflexões sobre a condução da sessão, de forma a diversificar as oportunidades de experiência musical”.

Para Covre (2015, p?) “a avaliação IMTAP, utilizada nesse processo, mostrou-se como um instrumento adequado para o acompanhamento do desenvolvimento de



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

crianças”. Os domínios avaliados, “apontando de maneira clara os pontos que exigiam atenção no desenvolvimento de cada criança. Isso possibilitou o estabelecimento de objetivos musicoterapêuticos mais claros e específicos”.

3. Considerações Finais

Nesse recorte de seis anos (2012 a 2017), desde a disponibilização da dissertação de Silva (2012) com da versão brasileira da ferramenta IMTAP esse instrumento foi inserido como instrumento de coleta de dados de pesquisa em Programas de Mestrado e Doutorado (SILVA, 2012 e 2017; RODRIGUES, 2015; ARAÚJO, 2015; COVRE, 2015), e na iniciação científica (COSTA, 2017); envolveu musicoterapeutas e não musicoterapeutas (MARIATH, 2013,2017); auxiliou em estudo de caso (SANTANA, et. al. 2015). A maior utilização ocorreu no ano de 2015 envolvendo estudos em *Stricto Sensu*.

A ferramenta não foi usada em sua totalidade e sim por domínios. A musicalidade foi a mais avaliada e isso pode ter ocorrido por ser esse domínio de ações humanas que interessa exclusivamente ao musicoterapeuta. O estudo sobre genética musical (MARIATH, 2013, 2017), inseriu musicoterapeutas na equipe, pois a musicalidade humana era o objeto de estudo dentro da genética musical. Entende-se que o interesse pelos resultados desse domínio nesses ambientes, musicoterapia e estudo da genética musical são distintos, a primeira para seu desenvolvimento e o segundo para sua identificação. O estudo de Araujo (2015), contudo não considerou a musicalidade em seu estudo e sim a cognição. Com resultados baseados em estudo clínico, com pré e pós teste, aplicou a IMTAP associada a uma ferramenta da psicologia para coleta de dados sobre capacidades cognitivas da população estudada.

A aplicação da IMTAP nesses oito (8) trabalhos ocorreu em contexto de pesquisa e prática clinica, os autores usaram a versão brasileira e citaram o livro original. Um trabalho de tradução e validação de um instrumento de avaliação não retira o direito autoral dos autores originais. Para a aplicação da IMTAP é necessário ter o livro.

4. Referências

ARAUJO, Gustavo Andrade. **Os efeitos da Musicoterapia na memória não declarativa de crianças com síndrome do álcool fetal e com síndrome de**



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Williams. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS no setor de Saúde da Criança e Adolescente, Porto Alegre, 2015. Disponível em:
<<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129689>>

BACKES, Bárbara; MONEGO, Bruna Gomes; BOSA, Cleonice Alves; e BANDEIRA, Denise Ruschel. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação do transtorno de espectro autista: uma revisão sistemática de estudos brasileiros. **J. Bras. Psiquiatr., Rio de Janeiro**, v. 63, n. 2, p. 154-164, 2014.

BAXTER, Holly Tuesday; BERGHOFER, Julie A; MACEWAN, Lesa; NELSON, Judy; PETERS, Kasi; ROBERTS, Penny. **The Individualized Music Therapy Assessment Profile**. Londres - UK : Jessica Kingsley Publishers, 2007.

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. Barcelona: Publishers, 2016.

COVRE, Josiane. Fernanda. Contribuições da musicoterapia para a comunicação de crianças com alterações da linguagem. 2015. 150 f. **Dissertação (Mestrado em Música)** - Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2015.

MARIATH, Luiza Monteavaro. **Pesquisa em Genética Musical: Associação com musicalidade de um polimorfismo no gene AVPR1A**. Genet Mol. Biol. Vol 40 nº2. Ribeirão Preto. Abril/Junho 2017. Epub 22 de maio de 2017.

NORDOFF, P; ROBBINS, C. **Creative Music Therapy**. New York, 1977, NY: John Day.

PIAZZETTA, Clara Márcia. MÚSICA EM MUSICOTERAPIA: estudos e reflexões na construção do corpo teórico da Musicoterapia. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, Curitiba v.1, p.1-141, 2010.

RODRIGUES, Igor Ortega. **Os efeitos da musicoterapia através do software Cromotmusic em aspectos sensoriais, emocionais e musicais de crianças e jovens surdos: ensaio controlado randomizado**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS no setor de Saúde da Criança e Adolescente, Porto Alegre 2015. Disponível em:
<<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/131200>>

SANTANA, Allana G. M; IKUTA, Clara Y; SHIMOZE, Fabiane M. **A experiência do uso da escala Individualizedmusic Therapy assessment profile (IMTAP) em pacientes com paralisia cerebral**. Revista Brasileira de Musicoterapia – Ano XVII nº19, 2015.

SILVA, Alexandre M. Reprodutibilidade e validade discriminante dos domínios social e de comunicação expressiva da escala Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) aplicada a crianças e adolescentes com Transtornos do Espectro do Autismo e com desenvolvimento típico. **Tese de Doutorado**. UFRGS: Porto Alegre.

SILVA, Alexandre Mauat da. **Tradução para o português brasileiro e validação da escala Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) para uso no Brasil**. Porto Alegre, 2012. 120 f. Dissertação de Mestrado Universidade Federal do



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Rio Grande do Sul, no setor de Saúde da Criança e Adolescente: Porto Alegre, 2012.
Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/61729/000865705.pdf?sequence=1>

Musicoterapia no teatro musical¹

Music therapy in musical theatre

Glairton de Moraes Santiago²

Resumo: O presente trabalho relata a experiência musicoterápica realizada no período de quatro meses com um grupo de vinte atores selecionados na cidade de Fortaleza para a montagem do espetáculo cênico-musical: *Iracema dos Lábios de Mel*. O trabalho foi norteado por conceitos da Psicoterapia Vocal de Diane Austin e do método de movimento de Rudolf Laban aplicados em processos musicoterápicos improvisacionais. O trabalho buscou facilitar aos atores o desenvolvimento de uma sonoridade vocal com características indígenas de forma orgânica, consciente e saudável na construção dos personagens e interpretação do repertório. Para tanto, foram estruturados encontros de vivências grupais com foco no trabalho vocal apoiado em aspectos emocionais, cognitivos e físicos. Como resultado, foi produzido o documentário: *Musicoterapia no Teatro Musical* com o relato dos atores e demais profissionais que participaram do processo.

Palavras-chave: Musicoterapia. Canto. Teatro musical. Movimento.

Abstract: The present work reports the music therapeutic experience done in a period of four months with a group of twenty actors selected in the city of Fortaleza for the assembly of the scenic-musical spectacle: “*Iracema dos Lábios de Mel*”. The work was guided by the concepts of the Vocal Psychotherapy of Diane Austin and the Method of Movement by Rudolf Laban applied in improvisational music therapeutic processes. The work sought to facilitate the actors to develop of a vocal sonority with indigenous characteristics in an organic, conscious and healthy manner. Therefore, group experiences were structured focusing in the vocal work based in emotional, cognitive and physical aspects. As a result, the documentary “*Music therapy in the Musical Theater*” was produced with the report from the actors and other professionals that have participated in the process.

Keywords: Music therapy. Singing. Musical theatre. Movement.

1. O contexto

Em maio de 2017 tive a oportunidade de integrar o corpo de profissionais que iria montar o espetáculo musical *Iracema dos Lábios de Mel*, uma adaptação para o Teatro Musical do livro de mesmo título do escritor cearense, José de Alencar. No projeto assumi as funções de Diretor Musical e Preparador Vocal, o que representou

¹ Trabalho apresentado no GT Tema com qualquer área de atuação da Musicoterapia na modalidade Apresentação Oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018 em Teresina – PI.

² Musicoterapeuta especialista (FACPED-CE); formado em Arteterapia (instituto Aquilae-CE); Licenciado em Música (UECE); Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3875188686028444>. contato@glairtonsantiago.com

um grande desafio tanto do ponto de vista estético quanto técnico sobre a montagem, considerando o fato de que a maioria dos atores selecionados tinha pouca ou nenhuma experiência em performance no teatro musical.

Do ponto de vista estético, o desafio estava na exigência da Direção em ter em cena atores que soassem vocalmente como indígenas tão natural quanto possível, tanto na voz falada quanto cantada; e do ponto de vista técnico, o desafio estava no fato de que a maioria dos atores ainda não tinham experiência nem conhecimentos da voz cantada suficientes para performarem atendendo às exigências da Direção.

Como Diretor Musical, também fiquei incumbido de compor parte da trilha do espetáculo, tanto para dar fluxo às cenas quanto para dar vazão às emoções nas interpretações dos atores. Dadas estas informações, tem-se o cenário no qual o trabalho que eu precisava desenvolver junto aos atores deveria se dar.

Na busca de uma metodologia que melhor se adequasse às demandas expostas, percebi que a Musicoterapia poderia oferecer tanto recursos teóricos quanto práticos para o desenvolvimento dos trabalhos junto aos atores, pois poderia facilitar tanto a performance quanto os aspectos individuais de cada ator.

Martins tratando sobre as dimensões do desenvolvimento do ator conclui que:

A preparação vocal do ator deve, portanto, abranger uma pesquisa do processo de aprendizagem, incentivando o ator à descoberta de sua voz, à apreensão de novas possibilidades vocais através da percepção sensório-corpórea, através da consciência corporal. (MARTINS, 2005, p. 50)

Segundo Guberfain:

A tarefa do preparador vocal é muito complexa, uma vez que ele precisa mostrar ao ator a importância da preservação da saúde da voz, além de municiá-lo de técnicas vocais de modo a usá-las com naturalidade, sem prejuízo da emoção da personagem (GUBERFAIN, 2004, p. 73).

Considerando ainda o caráter estético e a profundidade que se poderia alcançar do ponto de vista expressivo, decidi pautar a metodologia em princípios da Psicoterapia Vocal de Diane Austin e do Método do Movimento de Rudolf Laban, ambos por tratarem a ação vocal e corporal como um todo orgânico na expressão humana.

Gayotto (1997, p.28) afirma que: “Realizar *ação vocal* amplia o uso dos recursos vocais na criação, ou seja, abre as combinações e possibilidades de movimento da voz em cena, prática essencial para o ator e para o preparador vocal”.

2. Referencial Teórico

Considerando a ampla gama de expressividade esperada dos atores em sua performance e a sonoridade específica indígena que o espetáculo exigia, percebi que precisaria estruturar o trabalho de preparação vocal do elenco contemplando pelo menos dois aspectos envolvidos na interpretação: som e movimento. Tanto o corpo e a voz dos atores precisavam manifestar organicamente a natureza de um povo tão distinta do que estavam habituados a lidar em termos de personagens; e somando-se a isso estava a necessidade de cantar ao vivo nas apresentações.

Martins explica que: “Ato orgânico na criação teatral significa o contato interior que o ator tem, na realização da ação física, com sua pessoa e suas energias potenciais; é uma inter-relação integral corpo-mente-alma, uma espécie de totalidade psicofisiológica” (MARTINS, 2005, p. 34).

Pelo fato da maioria dos atores não terem experiência nem preparação anterior para o canto no teatro musical, havia a necessidade de se trabalhar tanto a técnica quanto os aspectos emocionais dos mesmos, considerando o nível de preocupação e ansiedade que expressavam devido à dimensão do espetáculo.

2.1 Princípios da teoria do movimento de Rudolf Laban

Para Laban (LABAN, 1978, p.21) “Os movimentos do corpo, incluindo movimentos das cordas vocais, são indispensáveis à atuação no palco”. Os movimentos em cena são motivados tanto por necessidades de realizações de ações objetivas quanto por condições mentais. Portanto, uma ação pode dar forma a um procedimento funcional na movimentação, como pegar um copo, como caracterizar atributos da personalidade de um personagem.

A voz, neste sentido, é assumida como uma ação física manifesta em som que carrega consigo enorme potencial de comunicar emoções; e quando é cantada, atinge seu ápice expressivo.

Laban acentua que:

O artista de palco tem que exibir movimentos que caracterizem a conduta e o crescimento de uma personalidade humana, numa variedade de situações em mudança. Ele deve saber como é que se espelham nos gestos, na voz e na fala tanto a personalidade quanto o caráter. (LABAN, 1978, p.143)

Em analogia, todo o método de análise do movimento de Laban pode ser aplicado à expressão vocal. Entretanto foram considerados com maior ênfase, as relações estabelecidas entre o ritmo com o espaço, o tempo e o peso.

A relação do ritmo com o espaço se dá no uso das relações das direções dos movimentos entre si, que podem ser em uma dinâmica em que os gestos fluem de um para outro de forma sucessiva, o que pode ser comparado à melodia. A relação do ritmo como o espaço também pode se dá em ações simultâneas de alguns segmentos corporais, o que pode ser comparado à harmonia.

Outra relação do ritmo é com o tempo. Neste caso, os movimentos podem ser entendidos como realizados de forma rápida, contra o tempo; ou de forma lenta e sustentados como que condescendo com o tempo. Ainda, a relação do ritmo com o peso. Aqui a expressividade está relacionada aos acentos dados em durações breves ou longas numa sequência de movimentos.

A ação vocal, por ter amplo espectro expressivo, pode mover-se segundo esses princípios fazendo uso ainda dos parâmetros do som: altura, duração, intensidade e timbre, sendo este último entendido como qualidade vocal (BEHLAU, 1988, p. 47).

O conceito de *ação vocal* pretende uma emissão em acordo com a ação cênica e não uma voz apenas dramatizada, distante da realidade do texto. Ela deve ser construída em harmonia com a cena, para que se efetue como acontecimento expressivo concreto, vivo, que fuja dos clichês vocais vazios de sentido, contendo em si mesma todos os elementos do personagem: psíquicos, culturais, situacionais, corporais. (BEHLAU, 1988, p. 27)

Martins considerando a necessidade do ator em ser trabalhado para ampliar o máximo possível sua capacidade de se expressar vocalmente, destaca que:

O ator é criador de suas ações físico-vocais, criador da forma com que enunciará o texto integrado às suas movimentações corporais, portanto, ele deve ser potencializado para explorar as diversas possibilidades de criar sonoramente ritmos, intensidades, alturas, ressonâncias vocais. (MARTINS, 2005, p. 51)

Laban assevera que:

O ofício do artesão é trabalhar com objetos materiais, o do ator é trabalhar com seu próprio corpo e voz, empregando-os de tal modo que fiquem eficientemente caracterizados a personalidade humana e seu comportamento, variável segundo as diversas situações. (LABAN, 1978, p. 26)

Outro princípio da teoria do movimento de Laban considerado foi a ideia do impulso interior que podem alterar a qualidade expressiva do movimento. Para ele: “A disposição dos impulsos internos que criam o movimento mostra, porém, diferenças de ritmos de tensão” (LABAN, 1978, p. 32).

2.2 Princípios da Psicoterapia Vocal de Diane Austin

Considerando que no teatro musical o canto é a principal forma de expressão vocal, considere alguns princípios da Psicoterapia Vocal da musicoterapeuta Diane Austin. Fiz essa escolha tanto por fazer uso do canto, quanto pela forma como o canto é encarado no setting, considerando a integralidade da pessoa e por ser um instrumento primário no fazer musicoterápico.

Para Austin:

A voz humana é o mais versátil de todos os instrumentos no qual sua ressonância pode ser continuamente mudada pelo movimento da laringe, mandíbula, língua e lábios. Cantar é também uma atividade neuromuscular e padrões musculares estão intimamente ligados aos padrões psicológicos e respostas emocionais. (AUSTIN, 2008, p. 20, tradução nossa).

Explica, ainda, que:

Há reciprocidade entre os efeitos fisiológicos e psicológicos da respiração. Cortando a respiração pela constrição da garganta, o tórax ou o abdome pode cortar a conexão dos sentimentos e afetar drasticamente a qualidade tanto da voz falada quanto cantada. (AUSTIN, 2008, p. 25, tradução nossa).

Fiche, também considerando a voz como manifestação da experiência integral da pessoa afirma que:

A voz é considerada um movimento do corpo, na medida em que nasce, vibra, cresce e sai dele. É por intermédio dos movimentos dos músculos, ossos e tecidos corporais que o som é emitido. Além disso, a voz humana é produto de fatores psicológicos, culturais e sociais relacionados com a história pessoal de cada indivíduo. (FICHE, 2004, p. 45).

Diane considera que o jogo entre música e palavras podem potencializar a profundidade expressiva da pessoa pois, a linguagem verbal e não-verbal complementar uma a outra nos seus alcances objetivos e subjetivos.

Um conceito importante utilizado foi o do som natural, que Diane define como:

[...] sons que o corpo emite espontaneamente, sons que são expressões instintivas do que nós estamos experimentando em qualquer momento dado, como um suspiro de surpresa, suspiro de prazer, um grunhido, um gemido, um sorriso, um choro ou um grito. (AUSTIN, 2008, p. 27, tradução nossa)

A partir da busca pelos sons naturais, considere também a possibilidade de acontecerem esforços vocais demasiados e tensos como consequência de emoções bloqueadas que impedem uma emissão vocal livre e saudável (AUSTIN, 2008).

Fregtman, tratando do potencial da expressão vocal explica que:

A emissão e a exploração vocal de sons vocais constituem dois possíveis caminhos de desbloqueamento de afetos reprimidos e arcaicos, transformando-se em processos de abertura que se orientam para a elaboração e a compreensão das defesas postas em jogo. (FREGTMAN, 1989, p.68).

3. Metodologia

A proposta de realizar a preparação vocal dos atores através da Musicoterapia surgiu da percepção de demandas que abrangia tanto necessidades técnicas como de desenvolvimento pessoal, principalmente no que tange às emoções, considerando que cantar está intimamente ligado a elas.

Para Fregtmam:

A musicoterapia é essencialmente uma terapia ativa. Inclina-nos mais a um âmbito criativo, no qual o paciente possa representar os seus próprios sons e ser o artífice do seu tratamento, do que a uma audição passiva de sons previamente preparados pelo musicoterapeuta. (FREGTMAN, 1989, p. 48).

As atividades foram desenvolvidas num período de três meses, em dois encontros semanais com duração de duas horas. O setting era estruturado ora no consultório, ora no palco de teatro, dependendo das atividades a serem realizadas em cada encontro.

A experiência musical utilizada em grande parte dos encontros foi a improvisação que segundo Bruscia (1998, p. 116, tradução nossa) é uma experiência em que “o cliente compõe música enquanto toca ou canta, criando extemporaneamente uma melodia, ritmo, canção ou peça instrumental”. Neste caso, a improvisação vocal foi utilizada, de forma individual ou grupal. Diane Austin (2008, p. 136, tradução nossa) considera que: “Quando estamos improvisando vocalmente

estamos no momento, presente consigo, a música e nossos sentimentos que acompanham e sensações”.

As improvisações eram realizadas de forma gradativa, fazendo-se uso de sons não verbais, passando para sons vocálicos, com sílabas, até chegar à palavras e frases. Era criada uma base harmônica ao molde da técnica Vocal Holding de Diane Austin (2008, p. 28, tradução nossa) que “envolve o uso intencional de dois acordes em combinação com a voz do terapeuta para criar um ambiente musical estável e consistente que facilite o canto improvisado na relação cliente-terapeuta”.

Em associação aos sons vocais, eram realizados movimentos corporais improvisados gradativamente de forma individual e grupal através dos quais os atores eram motivados a buscarem impulsos para a expressão vocal.

Laban (1978, p.23), dizia que: “A arte do movimento no palco incorpora a totalidade das expressões corporais, incluindo o falar, a representação, a mímica, a dança e mesmo um acompanhamento musical”. Pensando assim, eram propostas atividades de improvisação vocal fazendo uso dos parâmetros do som como referências para as variações sonoras.

A partir de emissões simples, o grupo era estimulado a interagir através dos movimentos corporais e vocais explorando novas sonoridades e gestos físicos, o que culminava em momentos catárticos em que a emissão vocal não estava mais limitada ao racional, mas a toda a integralidade dos atores. Choros, risos, gritos, gemidos, ou seja, sons naturais poderiam emergir e se harmonizar ao acompanhamento instrumental que eu mantinha como base.

Para Fishe (2004, p.52) : “O uso de movimento corporal ajuda a reverter hábitos musculares desnecessários, relacionados à vocalização, propiciando uma nova experiência sensorial e psicológica”.

Behlau (1988, p.71) afirma que: “A voz é uma das extensões mais fortes de nossa personalidade e se aguçarmos nossos sentidos reconheceremos que esta extensão é mais profunda em sua dimensão não-verbal (altura, intensidade, qualidade vocal, etc.) do que na verbal (estrutura linguística). O canto por sua vez: “proporciona experiência de intimidade e, portanto, de segurança” (NOESS,1991, p.108).

A junção da expressão vocal e corporal na improvisação potencializou o desempenho técnico e estético dos atores, mantendo as condições de segurança para a saúde vocal. Portanto: “O ator deve comunicar os sentimentos mais intensos sem

prejuízo para seu organismo como um todo, e, em especial, para o seu sistema de produção vocal” (GUBERFAIN, 2004, p.73).

Martins ao tratar da relação do corpo e voz no trabalho do ator pontua que:

As técnicas do corpo-voz para a arte teatral envolvem características cujos objetivos são potencializar o ator para criar vocalmente juntamente com as movimentações corpóreas, criar ações físico-vocais para as personagens e criar vocalmente a enunciação do seu texto. Portanto, as técnicas servirão como um veículo para a arte, um meio para liberar as potencialidades vocais de cada ator. (MARTINS, 2005, P.39).

A cada término de atividade, eram realizadas rodas de conversas nas quais os atores podiam compartilhar de suas experiências, relatando sobre suas impressões físicas, emocionais, racionais, etc. Isso favoreceu a tomada de consciência dos atores sobre suas produções vocais, sobre seus corpos e sobre a capacidade de fazer uso de seus recursos expressivos ao dar vida aos personagens.

Para Martins: “O ator que não toma consciência do seu corpo, de sua base de apoio e das tensões criadas, poderá exigir demais de alguns músculos e fazer esforços desnecessários na execução de certos movimentos, o que poderá ser prejudicial à saúde vocal” (MARTINS, 2005, p. 46).

Beuttenmüller, diz que:

Qualquer movimento, corporal ou vocal, tem o seu começo, seu meio e seu fim. Mas como, em qualquer dos casos, o movimento ou a palavra deverá ser percebido como um todo, o estudante deverá estudar e explorar o uso das variedades do movimento ou contrastes dentro do contexto do movimento em sua totalidade, nunca como uma parte isolada. (BEUTTENMÜLLER, 1992, p. 106).

Na medida em que os atores imergiam e se entregavam nas atividades eram propostas experimentações vocais e corporais na busca de sonoridades características indígenas, dentro de uma musicalidade que aos poucos era desenvolvida pelo grupo.

Nesse tempo, a partir do conhecimento que pude ter de cada ator em suas potencialidades e limitações, fui compondo as músicas que formaria a trilha do espetáculo. Tessitura, padrões melódicos, harmonizações e ritmos eram escolhidos e experimentados junto aos atores, a fim de possibilitar uma apropriação de todos os

elementos sonoro-musicais do espetáculo para que cada ator pudesse sentir-se seguro e livre para desenvolver suas performances.

4. Conclusão

Ao final do trabalho de preparação vocal, foi possível notar o desenvolvimento técnico, estético e pessoal dos atores. Do ponto de vista musical, foi possível notar maior precisão rítmica, de afinação e improvisação criativa, nas realizações da sonoplastia com sons característicos da floresta, que eram feitos ao vivo no espetáculo. A projeção vocal também apresentou grande progresso. A gama de variações de timbres, de inflexões, de variações rítmicas na fala e no canto também foi possível notar nos ensaios gerais e nas apresentações.

Como produto final do trabalho que realizei junto aos atores, fazendo uso de recursos da Musicoterapia, foi produzido o vídeo-documentário *Musicoterapia no Teatro Musical* com o depoimento dos Diretores, da Produtora e de alguns atores relatando parte de suas experiências no decorrer do trabalho.

A experiência mostrou a potencialidade da atuação da Musicoterapia no ambiente do teatro, como forma de promover o desenvolvimento global do ator em sua expressividade artística. Apontou para a necessidade de se estruturar metodologias e pesquisas nessa esfera e, assim, contribuir para a teoria e prática da Musicoterapia.

5. Referencias

AUSTIN, D. **The theory and practice of vocal psychotherapy: songs of the self.** London: Jessica Kingsley Publishers, 2008;

BEHLAU, M. S. e ZIEMMER, R. **Psicodinâmica Vocal.** In: FERREIRA, L. P.(org) *Trabalhando a voz: vários enfoques em fonoaudiologia.* São Paulo: Summus, 1988;

BEUTTENMÜLLER, M. G. **Expressão vocal e expressão corporal.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992;

FICHE, N. R. **Movimento da voz.** In: GUBERFAIN, J. C. (Org) *Voz em cena.* Volume 1. Rio de Janeiro: Revinter, 2004;

FREGTMAM, C. D. **Corpo, música e terapia.** São Paulo: Cultrix, 1989;

GAYOTTO, L. H. **Voz: partitura da ação.** São Paulo: Summus Editorial, 1997;

GUBERFAIN, J. C. **Voz em cena.** Volume 1. Rio de Janeiro: Revinter, 2004;

LABAN, R. **Domínio do movimento**. 4ª edição. Tradução: Anna Maria Barros de Vecchi e Maria Silvia Mourão Netto. São Paulo: Summus, 1978;

MARTINS, J. T. **Integração corpo-voz na arte do ator, considerações a partir de Eugenio Barba**. In: GUBERFAIN, J. C. (Org) Voz em cena. Volume 2. Rio de Janeiro: Revinter, 2005;

NOESS, T. **Categorias de resposta em improvisação clínica**. In: RUUD, E. (Org) Música e saúde. São Paulo: Summus, 1991.



Emoções evocadas por meio de canções em um processo musicoterapêutico¹

Emotions evoked through songs in a Music Therapy Process

Maria Cristina Nemes²

Universidade Estadual do Paraná

Sheila Beggiano³

Universidade Estadual do Paraná

Resumo: Este trabalho, um estudo de caso, apresenta resultados de um processo musicoterapêutico com um adulto. As interações musicais mostraram o desenvolvimento da musicalidade, da escuta, da auto-expressão, da concentração e oportunizaram ao participante entrar em contato com seus sentimentos por meio da experiência estética musical. Os resultados mostraram-se positivos para a construção do vínculo, desenvolvimento de habilidades (percepção rítmica, melódica e harmônica), aumento no limiar de concentração e favorecimento da memória.

Palavras-chave: Musicoterapia. Estética. Experiência musical. Emoções.

Abstract: This work presents the results of a Music Therapy process with an adult. The music interactions showed a development in the musicality, in the listening, in the self-expression, in the attention and gave the participant the opportunity to get into touch with his/her own feelings through the musical experience. The results were positive in terms of link building, interaction, skills development (rhythmic, melodic and harmonic perspective), increase in the concentration threshold and memories benefits.

Keywords: Music Therapy. Aesthetic. Musical Experience. Emotions

1. Introdução

¹ Trabalho apresentado na modalidade apresentação oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² Musicoterapeuta formada pela UNESPAR. Musicista com experiência com grupos vocais e instrumentais. <http://lattes.cnpq.br/7465600294161580>

³ Musicoterapeuta formada pela FAP (atual UNESPAR). Mestre em Educação pela PUC-PR. Professora no curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR (PR). Editora Geral da Revista Brasileira de Musicoterapia (UBAM) - <http://lattes.cnpq.br/1731908722522643>



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

O processo musicoterapêutico aqui descrito foi realizado no Centro de Atendimento e Estudos em Musicoterapia Clotilde Leining - CAEMT, pertencente a Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), que além de oferecer atendimento gratuito a comunidade também se caracteriza como um espaço para realização de estágios do Curso de Bacharelado em Musicoterapia. Todos atendimentos realizados pelos estagiários são filmados para uso em supervisão, estudo e pesquisa. O trabalho aqui relatado foi desenvolvido por uma aluna-estagiária, do último ano, com supervisão semanal.

2. Breve conceituação de Estética

A raiz da palavra estética deriva da antiga palavra grega *aisthesis*, que se refere à percepção sensorial. No entanto, o significado foi expandido e abrange uma série de conteúdos. Os aspectos físicos e emocionais que estão presentes na experiência imediata foram incluídos (DEWEY, 1934/2005). Essa percepção expandida de estética tem sido uma parte relevante do discurso da arte e da filosofia que explica o significado da arte, da beleza, bem como da experiência sensorial associada ao sentimento (STIGE, 1998). Essa conexão intrínseca da experiência sensorial com a emoção e o sentimento também é observada no antigo verbo correspondente grego "aisthanomai", que tem os significados de "perceber" e/ou de "sentir".

O valor da estética na musicoterapia transcende os aspectos estruturais da obra e alcançam a essência criativa e de criação artística humanas. Tornam-se assim elementos relevantes para os objetivos não musicais devido o envolvimento ativo do cliente com a experiência musical (TSIRIS, 2008).

A beleza na experiência musical do participante aqui relatado se deu não somente na realização da experiência como também nas reflexões que essa imersão despertou; na coerência que o discurso musical alcançava a medida que ele se desenvolvia e na criação e preenchimento de espaços sonoros, possibilidades que aconteciam conforme o movimento interior que o sonoro gerava.

3. Emoções evocadas

Desde a Antiguidade, discute-se a capacidade da música em evocar sentimentos. Platão, em *A República*, discorre sobre a impressão de traços morais em



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

indivíduos a partir da experiência musical. A aptidão da música em evocar emoções é uma das características mais reconhecidas pelos ouvintes. Os compositores do período Barroco (1600-1750), guiavam-se pela Teoria dos Afetos, segundo a qual se poderia exprimir determinadas emoções por meio da música, através da correspondência de intervalos melódicos específicos e determinadas emoções (GROUT; PALISCA, 2007).

Estudos com emoções evocadas por música indicam diferentes visões entre os pesquisadores. Há os que acreditam que a emoção evocada por música resulte de julgamentos estéticos envolvendo somente regiões corticais do cérebro, sendo resultado de análises estruturais da música (PERETZ; ZATORRE, 2004). Outros no entanto, acreditam que a música seja capaz de evocar emoções comuns, cotidianas tais como: medo, raiva, alegria, e tristeza, sendo independente de análises formais. Pesquisas indicam que a música recrutaria estruturas do sistema límbico e paralímbico e não apenas áreas corticais do cérebro (KOELSCH, 2010).

Em trabalhos que correlacionam medidas de condutância da pele com ressonância magnética funcional, foi observado que, quando os sujeitos ouviam trechos musicais que geram prazer (como "arrepios"), de igual forma a audição de música agradável, áreas relacionadas à recompensa dos sistemas límbico e paralímbico, eram recrutadas (ROCHA; BOGGIO, 2013 apud BLOOD; ZATORRE, 2001; MENON; LEVITIN, 2005).

A música vai além de uma experiência estética, engloba também o corpo a mente e as emoções em reações fisiológicas, psicológicas e mentais, bem como favorece a comunicação do ser consigo e com os outros. (SEKEFF, 2002)

4. Memória

Izquierdo (2004) afirma que memória refere-se à aquisição, conservação e evocação de informações e que há 3 tipos de memória: memória imediata, memória de curta duração e memória de longa duração.

Prestar atenção é muito importante para que se possa registrar a informação na memória.

[...] O registro é uma forma de entrada de dados. Se, por falta de atenção, pulamos essa etapa e não colocamos o nome ou o fato na memória não haverá nada a ser lembrado. Quando registramos um nome, um fato ou uma habilidade é preciso armazená-lo para



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

referência futura. Esse armazenamento eficiente é chamado de retenção (GESSONI, 2009 apud ALBANO, p. 57).

A emoção é função intelectual que auxilia a fixar a informação na memória. As emoções podem marcar vários momentos da vida de uma pessoa. De acordo com Braz (2013, p. 78) “a memória emocional ocorre nas respostas emocionais aprendidas em relação a diferentes estímulos, como: medos racionais e irracionais, sentimentos de aproximação ou repulsa”.

5. Sobre a música em Musicoterapia

No setting, a função da música para o profissional musicoterapeuta é diferenciada da função musical enquanto arte. Interagir com os participante, no setting musicoterapêutico, com o propósito de acolher as musicalidades, desvela um caminho repleto de sentimentos de sucesso e realização para ambos (PIAZZETTA; CRAVEIRO DE SÁ, 2006).

No domínio do uso da música nas relações de ajuda, na proposta da musicoterapia músico-centrada, apresentada por Aigen (2005), há alguns ‘valores musicais’ essenciais do musicoterapeuta na construção musical no aqui e agora, “existindo ‘com’ e ‘na’ música” (*musicing*). O musicoterapeuta necessita ter uma escuta centrada, intencional; precisa admitir o individual e o social ao mesmo tempo; o silêncio precisa ser compreendido; envolve uma rendição, um entregar-se à música e um cultivar o respeito pela música enquanto Arte (criada por um artesão) e, ainda, uma concepção clara de que a música cria conexões (AIGEN, 2005), .

A diversidade de experiências musicais gera variações na musicalidade “de acordo com a natureza do estímulo musical assim como a natureza da resposta do cliente” (NORDOFF & ROBBINS, 1977, p.1).

6. Processo Musicoterapêutico

Os atendimentos foram realizados pela estagiária do último ano do curso de Bacharelado em Musicoterapia, com frequência semanal, na modalidade individual, com duração de 50 minutos e totalizou quinze encontros.

6.1 Breve descrição das condições do participante



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

O participante, adulto de 39 anos de idade, afrodescendente, homossexual, encontrava-se deprimido motivo que o levou a Musicoterapia. Formado em Psicologia, porém sem atuar em função da depressão. Relatou ter sofrido discriminação de racismo aos 36 anos. Bailarino, porém afastado da companhia por ter sofrido *bullying*. Suas queixas incluíam falta de atenção, concentração e memória, assim como bloqueio criativo e piora na memória auditiva e fotográfica. Engajado na política, crítico e questionador trouxe suas convicções em muitas falas durante os atendimentos iniciais.

No início dos atendimentos, musicalmente apresentou: pequena extensão na produção sonora no piano (menos de 2 oitavas); uma tecla tocada de cada vez, sem formar acordes ou díades; intervalos de 2^a e 3^a; padrão rítmico repetitivo. Referia-se as suas próprias produções sonoras com as palavras: *Monótono, Encorajamento, 'Emimesmado'* (termo que ele utilizou para esclarecer 'estar em si mesmo').

Sua fala apresentava descontentamento com o mundo, com as situações políticas, socioeconômicas e culturais. Trazia reclamações generalizadas, não falava de si e nem de suas dores. Sua fala era evasiva e crítica, com queixas das pessoas com quem convivia. Demonstrava perfeccionismo e uma elevada autocrítica, dificultando o processo de aprendizagem. Parecia "fugir" do contato com suas emoções. Demorava a engajar na experiência musical e quando acontecia racionalizava a música.

6.2 Objetivos musicoterapêuticos

Os principais objetivos foram: oportunizar a expressão da musicalidade e da criatividade; propiciar ao participante entrar em contato com seus sentimentos por meio de experiências musicais; propor atividades que levassem o participante a autopercepção e autoconhecimento; ajudar o participante a entender os sentimentos expressados nas sessões musicoterapêuticas; auxiliar nas finalizações musicais, no improviso e na composição; desenvolver um repertório (pasta de música), para evocar memórias; afinação vocal, aprimoramento do fazer musical e da percepção musical.

6.3 Condução musicoterapêutica

A cada início de sessão a estagiária perguntava como estava o participante e a resposta dava a diretriz para a ação: se ele não estava bem, propunha-se a liberação da emoção 'negativa' com um instrumento eleito pelo participante. Se ele estava bem,



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

iniciava-se com um aquecimento que podia ser vocal, corporal com alongamentos e automassagem ou com exercícios na bateria: “paradiddles”, para estimular a concentração, a coordenação motora e favorecer a independência dos membros. Após encaminhava-se para as canções (com improvisações), conforme a demanda/tema do dia, visando a exploração e desenvolvimento do repertório das músicas preferidas do participante, bem como, quando o participante falava alguma frase que se destacava, a mesma era inserida no musical com ritmo coerente a ênfase que se queria dar a essa fala. A improvisação acontecia em espaços cedidos entre o refrão e a estrofe da música. Também acontecia a audição seletiva das canções pré-escolhidas para ser trabalhadas e incluídas na pasta, e em ocasião oportuna o participante comentava sobre essas canções: o significado das mesmas, qual sentimento despertavam para ele, e a que momento da vida remetiam.

Adotou-se as seguintes estratégias de ação: deslocar do pensamento racional para a experiência vivida, corporal, sensitiva; ‘silenciar as palavras’: vivenciar **no** musical, **no** corporal. Fazia-se um convite para ele mergulhar na experiência musical. Posteriormente, do musical para a palavra. Propôs-se explorar a melodia, tocar uma tecla de cada vez (com consciência), experimentar ampliar na extensão musical (ampliação de movimento).

Desenvolveu-se um trabalho vocal voltado à percepção corporal e a produção sonora vocal, com ampliação da potência de voz, afinação, timbre e utilização do diafragma como apoio. No decorrer do processo foram utilizadas técnicas de improvisação e composição (BRUSCIA, 2000), da Psicoterapia Vocal de Austin (2009), enfatizando o uso da voz, da respiração e da livre expressão, focalizando a experiência musical e o que a mesma provocava em termos de emoção e sentimento. O participante demonstrou interesse pelo piano e ali foram exploradas possibilidades de expressão sonora, instrumental e vocal, alternando entre improvisos e composições. Foram inseridas situações trazidas pelo participante, no contexto musicoterapêutico, como a canção “*Hoje*” do compositor Taiguara, pela identificação com o processo em andamento e relevante para o entendimento do momento do participante. Fez-se a audição da canção e a partir da identificação dos conteúdos internos, foi proposto uma improvisação que teve como tema a emoção evocada por meio da canção “*Hoje*”.

A improvisação apresentou: uma nota de cada vez, em pequenos intervalos repetitivos ascendentes seguidos de descendentes, numa extensão inferior a 2



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

oitavas. Isso se repetiu em algumas improvisações e foi sendo ampliado paulatinamente, ao longo dos atendimentos. Após a tomada de consciência sobre esse 'padrão', ele justificou que pensou em não tocar duas notas ao mesmo tempo, por julgar um som ruim (uma 2^o menor). A estagiária questionou de que forma se poderia tocar dois sons e ser bom. O participante não cogitava a hipótese de tocar dois sons simultâneos com um intervalo superior a 2^o. Nesse momento surgiu uma possibilidade nova no pensar e no tocar.

Em sessão posterior foi proposto uma composição baseada na percepção do sentimento desse dia, a composição se estendeu por três encontros e foi intitulada de 'Hoje eu quero':

Hoje eu quero ficar quieto para não ter
Hoje eu quero meu silêncio
Hoje eu quero meu olhar
Hoje eu quero meu abrigo
E a sua indiferença
Pra não ter que aguentar a sua futilidade
me deixe quieto aqui no meu silêncio
Nem que seja só por isso
Quero sim o seu desprezo
Sua indiferença

Para eu ser diferente
E não ter de suportar a sua bestialidade
E seu amor canibalesco
Hoje eu quero a sua cara virada
Hoje eu quero a minha cara limpa e lavada
Pra não ter de ser falso, hipócrita tanto quanto a você
Para não ter de suportar o peso do seu vazio
Hoje eu quero seu desprezo
Pra não ter que ficar preso ao seu desprezo travestido de amor comprometido
Hoje eu quero sua rejeição para não ter de ser tão são
Hoje eu quero a solidão que é companheira e não a sua solitária companhia
Quero minha retidão pra não ter de que ver a sua ignorância maquiada de sapiência
Hoje eu quero ser um sapo a virar príncipe sem o seu beijo e seu olhar.

Foi-lhe perguntado qual a síntese da informação da sua música, ele respondeu querer sua individualidade respeitada. O participante refere-se a canção como **monótona e repetitiva**. Questionado o que era monótono na música ele respondeu verbalmente duas semanas mais tarde: *Preciso não querer a companhia e nem tampouco a compreensão, a aceitação dos outros para que minha individualidade seja, antes de tudo, respeitada por mim mesmo e por isso preciso ficar só, para poder falar com o meu "Deus" interior, como o meu Ego-Id-Iso e corpo.*

Reflexões do participante: *Tenho dificuldade de escolher, de decidir, talvez porque eu me desvalorize e queira o perfeito, ou talvez, porque tenha me perdido de mim ou, ainda, por até hoje não saber ao certo quem sou e se não sei quem sou como*



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

posso decidir o que quero? Preciso desenvolver minha capacidade de falar com ou outro olhando nos olhos e não desviar o olhar por que estou com raiva e medo de ir para o embate e me descontrolar; preciso aprender a me defender com o coração, com sabedoria e não com o fígado e o estômago.

Em outra proposição o participante fez um aquecimento com vocalize, improvisou na bateria e depois no piano. A imersão na experiência musical intensa fez com que ele trouxesse o termo “*Emimesmado*”, que vai acompanhá-lo cada vez que silenciar o racional e der espaço para o sensorial.

6.4 Emoções evocadas pelas canções

A seguir apresentamos algumas canções surgidas nos setting e os respectivos sentidos/reflexões que ele fez para cada uma delas: a) *Tente outra vez* (Raul Seixas), trouxe força empoderamento; b) *Carta de amor* (Roberto Carlos) ele sentiu destemor, coragem; c) Introspecção, auto-análise e honestidade foram favorecidas pela música *Quem me leva os meu fantasmas* (Pedro Abrunhosa e Comité Caviar); d) *Vaca profana* (Caetano Veloso) trouxe audácia; e) *Hoje* (Taiguara) veio arrependimento e melancolia; f) *Não enche* (Caetano Veloso) trouxe liberdade, de não se importar com as convenções, desprezo para com os outros; g) *Solo pido a Dios* (Mercedes Sosa), veio empatia, revolução, luta, resistência e dignidade; h) *Tempo não para* (Cazuza) veio a palavra desprezo, despeito e defesa; maior veio a palavra ressignificação; poema evocou a defesa; i) *Blues da piedade* (Cazuza) remeteu a defesa, como se tivesse mostrando ao agressor o quão primitivo ele é.

7. Reflexão sobre o processo musicoterapêutico

O participante se apresentou disponível, colaborativo, participativo e engajado no trabalho vocal, que foi extensivo a vários atendimentos. Embora se mostrasse muito racional e refugiava-se em longas conversas, que vagavam por diferentes assuntos, considera-se que a estratégia de ‘silenciar as palavras’ e engaja-lo na experiência musical, no fazer musical foi muito importante para que ele pudesse entrar em contato com seus sentimentos e emoções.

Entende-se que a experiência estética musical vivenciada pelo participante e facilitada pela estagiária musicoterapeuta, propiciou a ele alcançar sua essência criativa, conforme proposto por Tsiris (2008). O participante relatou espontaneamente



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

em uma sessão, que não estava preocupado com o resultado da produção sonora e sim em estar pleno na experiência vivenciada, embora buscasse sempre as ‘melhores’ sonoridades.

Quanto às emoções, o participante relatou que estava lidando melhor com a ansiedade e se percebeu menos triste embora as situações persistissem. Tornou-se mais consciente de suas emoções e sentimentos. Compreende-se que o mergulho na experiência musical, associada as propostas corporais e vocais abriram caminhos para esse contato com seu interior, reconhecendo e encarando seus próprios sentimentos. De um discurso inicial fugidio passou a falar de si e do que sentia. Apropriou-se de seu sentir, mesmo que não fossem os melhores sentimentos. O uso das canções foi fundamental para esse processo. A exploração do repertório do próprio participante trabalhado tanto no musical como no verbal foi colaborando para esse processo de autoconhecimento.

Os resultados obtidos foram positivos em termos de construção do vínculo, interação com a estagiária, desenvolvimento de habilidades como percepção rítmica, melódica e harmônica, aumento no limiar de concentração e favorecimento da memória. Compreende-se que a melhora da memória relatada pelo participante está relacionada as experiências musicais positivas que foram vivenciadas com inteireza e entrega.

O processo musicoterapêutico foi repleto de exploração sonora, auto superação, entrega e disponibilidade à mudança. Na última sessão, se considerarmos que a escolha espontânea para o improviso foi seguindo a harmonia das músicas “o que faz você feliz” e “tente outra vez”, podemos concluir que assim como as letras das músicas sugerem, ele segue descobrindo o que o faz feliz e se certificando do impulso de tentar de novo de uma maneira mais criativa.

8. Referências

AIGEN, Kenneth. **Music-Centered Music Therapy**. USA: Barcelona Publishers, 2005.

ALBANO, Lilian Maria José. ASPECTOS NEUROLÓGICOS DO PROCESSO DE MEMORIZAÇÃO. In: LIMA, Sônia Regia Albano de (Org.). Memória, Performance e Aprendizado Musical: Um Processo Interligado. Jundiaí: Paco Editorial, 2013.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

BLOOD, A.; ZATORRE, R.J. **Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion.** *PNAS*, v. 98, p. 11818-11823, 2001.

BRAZ, Ana Lucia Nogueira. **MEMÓRIA: TIPOS E ATRIBUTOS.** In: LIMA, Sônia Regia Albano de (Org.). *Memória, Performance e Aprendizado Musical: Um Processo Interligado.* Jundiaí: Paco Editorial, 2013.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo musicoterapia,** 2 ed. Rio de Janeiro; Enelivros, 2000.

DEWEY, J. **Art as Experience.** New York: Penguin Group. (1934/2005).

GROUT, D.J.; PALISCA, C.V. **História da Música Ocidental.** 5 ed. Lisboa: Gradiva, 2007.

IZQUIERDO. **Questões Sobre Memória.** São Leopoldo: Editora Unisinos, 2004.

KOELSCH, S. **Towards a neural basis of music-evoked emotions.** *Trends in Cognitive Sciences*, v. 14, p. 131-137, 2010.

MENON, V.; LEVITIN, D.J. **The rewards of music listening: Response and physiological connectivity of the mesolimbic system.** *NeuroImage*, v. 28, p. 175-184, 2005.

NORDOFF, Paul. & ROBBINS, Clive. **Creative Music Therapy.** New York, NY: John Day, 1977.

PERETZ, I.; ZATORRE, R.J. **Brain Organization for music processing.** *Annual Review of Psychology*, v. 56, p. 89-114, 2004.

PIAZZETTA, Clara & CRAVEIRO DE SÁ, Leomara. **Musicalidade Clínica em Musicoterapia: um estudo transdisciplinar sobre a constituição do musicoterapeuta como um 'ser musical-clínico'.** XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia Pesquisa – Artigo - Comunicação Oral VI Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia II Encontro Nacional de Docência em Musicoterapia 06 a 09/set/2006 - Goiânia-GO.

SEKEFF, Maria de Lourdes. **Da música seus usos e recursos.** São Paulo; editora UNESP, 2007.

TSIRIS, G. **Aesthetic Experience and Transformation in Music Therapy: A Critical Essay.** *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2008.



CORPO, VOZ E PSIQUÊ: UM DIÁLOGO COM A MUSICOTERAPIA

Marisol dos Santos¹

RESUMO: Esta pesquisa pretende descobrir a relação entre corpo, voz e psiquê em diálogo com a musicoterapia. Será proposto uma visão fragmentada sobre corpo como sugestão para fins didáticos ao compreender o processo das emoções no corpo do sujeito. A pesquisa é de caráter interdisciplinar e o referencial teórico abrange autores da área da educação musical, psicologia, fonoaudiologia e da musicoterapia. A pesquisa tem relevância para academia no sentido de trazer reflexões teóricas e práticas indicando que a afetação musical provoca na vida psíquica, emocional registrada no corpo do sujeito, portanto necessita de um maior aprofundamento teórico devido à complexidade e demandas dos assuntos abordados.

Palavras chave: corpo, voz, psiquê, musicoterapia

ABSTRACT: This research aims to discover the relationship between body, voice and psyche in dialogue with music therapy. A fragmented view on the body as a suggestion for didactic purposes will be proposed to understand and identify the process of emotions in the subject's body. The research is of an interdisciplinary nature and the theoretical reference covers authors in the area of music education, psychology, speech therapy and music therapy. The research has relevance to the academy in the sense of bringing theoretical and practical reflections indicating that the musical affection causes in the psychic and emotional life registered in the body of the subject, therefore it needs a greater theoretical deepening due to the complexity and demands of the subjects approached.

Keywords: body, voice, psyche, music therapy

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa enfoca a evolução do conceito saúde-doença relacionando voz, corpo e psique. Pretende-se destacar a dinamicidade da integralidade do sujeito em seus processos vitais e emocionais.

O objetivo desse estudo é promover uma abordagem ampliada sobre corpo, voz e psiquê dialogando com a musicoterapia.

¹ Trabalho apresentado no GT _____ na modalidade apresentação oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVI Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado no dia 31 de maio a 3 de junho de 2018, em Terezina- Piauí.

¹ Musicoterapia (FACPED), musicasaudeeducação@gmail.com - Marisol dos Santos.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

Admitindo-se a musicoterapia como um campo complexo de conhecimentos interdisciplinares entre a arte e a ciência, onde a música deve atuar nos diversos enfoques terapêuticos (neurociência, medicina, psicologia, etc., verifica-se que

As questões práticas transbordam o perímetro das disciplinas. Já não é possível resolver problemas da saúde exclusivamente com os médicos, das construções com os engenheiros, das leis com os advogados, da música com os músicos. As interdisciplinaridades surgem com a força dos problemas que precisam encontrar soluções teóricas e práticas, soluções que as disciplinas não dispõem (Chagas, 2004, p.4)

O trabalho da pesquisa será desenvolvido a partir da reunião de materiais entre áreas afins, tendo como suporte o referencial teórico dos estudos do corpo e da psicologia sobre a emoção (QUINTEIRO, 2007, DAMÁSIO, 1996), da educação musical (GAINZA, 1983, WISNIK, 1989, JAQUES-DALCROZE, 1909), da área da pedagogia vocal e da fonoaudiologia (SANTOS, 2013; COELHO, 1994, BEHLAU, 2000) e da musicoterapia (BENENZON, 1988; BARCELLOS, 1999; CHAGAS, 2004).

A necessidade da pesquisa é de caráter individual enquanto profissional cantora para ampliar os conhecimentos sobre performance, além de pesquisadora, educadora musical e musicoterapeuta que investiga desde a graduação e a especialização a relação do corpo, voz e emoções, em vários contextos.

Para desenvolver as análises bibliográficas da pesquisa, foi investigado: Qual a relação da voz com o corpo? Voz, corpo e psiquê se interligam? O que reforça o papel que a musicoterapia tem a partir desse olhar multidisciplinar?

JAQUES-DALCROZE (1909, p. 11) estuda a música a partir do princípio do corpo e movimento como uma totalidade. Nesse sentido, a música é usada para sensibilizar todo o organismo de forma instantânea nas dimensões fisiológica, psicológica, intelectual e espiritual.

BEHLAU (2000, p. 14) inclusive aponta sobre os impactos da voz envolvendo essa “totalidade” e “dimensões” sobre os comportamentos relacionados a saúde. Sobre o papel da voz na psiquê BOONE (2003, p.10) identifica o uso da voz como uma forma consciente da expressão emocional e da linguística e afirma que

O “modo como dizemos” é transmitido por diversas estratégias de ênfase vocal, como mudar o volume, agrupar palavras em uma só respiração, mudar o nível de altura, mudar a qualidade e a



ressonância vocal, para combinar com o nosso humor. Estas mudanças de ênfases supra segmentais do que dizemos pode ser produzida com ou sem intenção (Boone, 2003,p.10).

A voz pode transmitir mensagens diferentes. Isto dependerá dos padrões de ênfase no discurso vocal. Segundo KUNZ apud QUINTEIRO (2000, p.6) esse discurso vocal realizará funções particulares de acordo com a intenção ou não de quem a transmite.

O autor afirma que “todo sinal sensorial afeta o tônus de alguma forma”. Sendo assim, os diversos âmbitos expressivos da voz falada e da voz cantada, como a respiração, o ritmo, a pulsação, as emoções, articulação e interpretação, estarão em interface nesse processamento sensorial relacionando o corpo e a voz.

A partir desse processamento sensorial é importante destacar fatores de ordem emocional que influenciem ou predisponham reações e estados psicológicos que dependendo da afetação muscular, podem vir a alterar o padrão da voz e causar segundo BEHLAU (2000), um possível distúrbio de comunicação. Nesses casos, a alteração na emissão vocal é associada por um mau funcionamento nas estruturas participantes da produção da voz classificado como fator biopsicossocial.

Portanto, considera-se pertinente para a musicoterapia, trazer reflexões teóricas e práticas no sentido interdisciplinar para discorrer sobre voz e psiquê.

2. FUNDAMENTAÇÃO

Para esclarecer e fundamentar o problema em estudo, Santos (2013, p.14), afirma que “a voz é considerada não como algo pré-estabelecido em sua constituição, e sim, como algo espontâneo a ser desvendado, em constante descoberta”.

Pretende-se investigar nesse estudo a natureza das emoções a partir da fragmentação de corpo, onde a autora Santos (2013, p.14, 15) estabelece quatro categorias elencadas para fins de análise segmentada em:

- a) Corpo humano = corpo físico (aspectos gerais);
- b) Corpo individual = corpo enquanto sujeito, com suas próprias características e personalidade, podendo ser distorcida pela autoimagem;
- c) Corpo emoção = Corpo em estado alterado sob a ação da emoção;



- d) Corpo técnico = Corpo consciente sobre a ação de cantar demonstrando um bom desempenho vocal. Obs: Trazendo para a voz falada, a voz consciente na sua totalidade e sua totalidade na voz.

A partir de como referenciar o corpo, enquanto categoria de autoconhecimento ampliaremos a compreensão que a voz não é independente do corpo, muito menos da psiquê.

WISNIK,(1989, p.15), também referência a mesma relação, no livro *Som e o sentido*, ao destacar o corpo em conexão com a psiquê, desmembrada em dois processos equivalentes: *eficácia simbólica e self*.

O autor categoriza que o primeiro seria a música atuando sobre o corpo e a mente, consciência e o inconsciente e o segundo, a referência sonora que a criança aprende enquanto ainda não aprendeu a falar, com relação a linguagem que ela percebe sobre a mãe, com suas melodias e seus toques.

Nesse sentido, percebe-se nas experiências, sensações, padrões, exposição sonora, a formação do vínculo afetivo materno de forma que algumas características comuns como o balançar, o cantar, o falar, o toque, influenciem no desenvolvimento do processamento sensorial, auditivo e intelectual do sujeito.

Nessa perspectiva, Quinteiro (2007, p.15) diz que o corpo é um “grande detentor do registro histórico”.

A partir dessa proposição analítica do conceito de registro histórico a mesma autora percebe um corpo que reflete todo um passado e que guarda emoções desde o nascimento, além de indicar as sensações corpóreas, ricas de informações, junto com as reações orgânicas. Por isso

Não podemos mais pensar nas emoções como tendo menos validade que a substância física, material, mas ao contrário, devemos vê-las como sinais celulares que estão envolvidos no processo de traduzir informações em realidade física, literalmente transformando mente em matéria. Emoções são as conexões entre matéria e mente, transitando de uma para outra e influenciando ambas (PERT apud MINNICK et COLLE 2011, p. 3).

Contextualizando a citação acima verifica-se que as emoções são o natural resultado das conexões entre matéria e mente. Trata-se da representação do



cérebro da maneira como ele reage pelo que ocorre em sua vida inteira, dentro e fora de nós, identificadas por fatores psíquicos.

Portanto, dependendo da forma como lidamos com nossas emoções, nosso corpo responderá com sinais intracelulares acometendo uma possível excitação ao estresse, de ordem psicossomática, causando uma desordem psicológica, indicada pela desintegração emocional.

QUINTEIRO (2000, p.15), ainda acrescenta que “a origem de muitos distúrbios da voz e fala, encontram-se na desarmonia do complexo biopsicossocial que envolve o ser humano”

Outrossim, assumindo a voz cantada como uma forma de comunicação, percebe-se que é possível compreender esta ação e ampliá-la na gama de elementos a serem levados em consideração sobre o olhar da musicoterapia.

No processo musicoterápico

A comunicação não é apenas verbal, mas sim um complexo de numerosos modos de comportamentos, tais como, tonais, posturais e contextuais, que podem aparecer em conjunto, condicionando o significado de todos os outros ou de alguns deles, isoladamente (BARCELLOS, 1992, p.7).

Percebe-se nesse processo um grande potencial que as técnicas musicoterápicas podem exercer para o desenvolvimento vocal do sujeito, além da expressão corporal, que se norteia um outro ponto para ser trabalhado a partir do som e o movimento e as significações do corpo investigado em uma totalidade.

Serão levados em consideração aspectos da identidade sonora do cantor (ISO), uma vez que este demonstre sua experiência de cantar, sua criatividade, senso de pertencimento, expressão sonora, corporal, capacidade de improvisar, etc. Nesse enfoque, obtém-se um espaço seguro terapêutico para comunicação, seja verbal, não verbal ou sonora.

Percebe-se também que a musicoterapia pode ser utilizada como forma de prevenção contra doenças, equilíbrio da homeostase, fluidez dos processos corpóreos e psíquicos, facilitando a expressividade das emoções no contexto de voz falada, ou cantada.



3. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão teórica para investigar a relação de corpo, voz e psiquê em diálogo com a musicoterapia.

Realizou-se uma revisão sistemática nos processos de seleção das bases de dados bibliográficos, baseados nas evidências científicas como dissertações, teses e livros na plataforma SCIELO, PORTAL CAPES, optando-se pela busca de termos livres como indicação de critério para leitura de aprofundamento.

A revisão sistemática obedeceu os seguintes critérios como relação ao tipo de estudo: área afim estabelecida de acordo a temática do estudo, suas associações, a presença de vieses e conteúdo específicos a temática proposta.

Foram selecionados conteúdos de ordem da psicologia com o olhar da psicanálise, para analisar psiquê e emoções; assuntos pertinentes da área de corpo, voz e psiquê, correlacionando saberes com a musicoterapia, a educação musical, o teatro, além de autores da fonoaudiologia.

Com essa estratégia, houve uma maior recuperação de números para a referência, garantindo a detecção de áreas afins dialogando e contribuindo para o trabalho da musicoterapia, além de um olhar ampliado sobre a temática tratada.

No quadro 1 da discussão teórica, a autora propôs uma discussão pertinente sobre as diversas significações de corpo afim de ampliar o olhar musicoterapêutico na prática clínica, abrangendo a *anatomofisiologia vocal, a psicologia da voz e da música; a pedagogia vocal*, vinculando-os aos estudos dessa musculatura afetiva.

Saliento que, a base estrutural do trabalho é uma proposição como fins didáticos, mas que deve ser explorada com mais aprofundamento, visto que se trata inicialmente de uma provocação do que a afetação musical provoca na vida psíquica, emocional, registrada no corpo do sujeito.

Nessa ótica, a autora discute sobre a dimensão do processo de identificação, como se dá os mecanismos de ordem afetiva que cada sujeito estabelece ao se identificar abordando questões musicais e seus efeitos psíquicos que podem ser observados também na história de cada paciente na relação terapêutica.

Portanto, ao falar, o indivíduo revela sua história se teve uma infância tranquila ou conturbada, mas também pode se esconder revelando seu instinto de



defesa ou reage ao lidar com suas emoções, no sentido interpretativo ou percepção auditiva. Então, para falar bem, é preciso ouvir bem e isso depende de como está nossa harmonia biopsicossocial.

4. DISCUSSÃO TEÓRICA

A música fala a linguagem da psique; uma linguagem simbólica e imediata que pode penetrar suavemente nas barreiras defensivas e liberar sentimentos enquanto cria, simultaneamente, um continente seguro para o afeto emergir (BARCELLOS, 1999, p. 87).

Ao investigar os processos emocionais no corpo, é possível afirmar que este corpo, que é qualificador de forma positiva ou negativa, é acompanhado pelo pensamento, que se manifesta enquanto emoção, inclinando-se como experiência materializada a partir de sua auto impressão. Algumas atribuições de significados sobre essas emoções, dizem que

servem de guias internos e ajudam-nos a comunicar aos outros sinais que também os podem guiar. E os sentimentos não são nem intangíveis nem ilusórios. Ao contrário da opinião científica tradicional, são precisamente tão cognitivos como qualquer outra percepção. São o resultado de uma curiosa organização fisiológica que transformou o cérebro no público cativo das atividades teatrais do corpo (DAMÁSIO, 1996, p.15)

Os sinais descritos acima servem como indicação para o entendimento às razões pela qual acontecem significativas mudanças no processo natural do corpo, onde

A música traduz para as nossas escalas sensoriais, através das vibrações perceptíveis e organizações das camadas de ar, e contando com a ilusão do ouvido, mensagens sutis sobre a intimidade anímica da matéria. E dizendo intimidade anímica da matéria, dizemos também a espiritualidade da matéria. A música encarna uma espécie de infra-estrutura rítmica dos fenômenos (de toda ordem). O ritmo está na base de todas as percepções, pontuadas sempre por um *ataque*, um modo de entrada e saída, um fluxo de tensão/distensão, de carga e descarga. O feto cresce no útero ao som do coração da mãe, e as sensações rítmicas de tensão e repouso, de contração e distensão vêm a ser, antes de qualquer objeto, o traço de inscrição das percepções (WISNIK, 1989, p.29).



Fazendo um breve paralelo sobre a *relação* do indivíduo através do seu corpo em movimento, em relação ao seu mundo externo e interno, torna-se primordial trazer uma reflexão sobre quando temos um sofrimento físico e como a mente imediatamente participa desse processo e assim o contrário.

Nesse sentido (SANTOS, 2013, p.25) separa tais investigações sobre a voz cantada relacionada com a psiquê, investigando a interpretação do corpo partindo do que a autora pontua como

Tabela 1 – Significações do corpo

CORPO HUMANO	Corpo físico (aspectos gerais)	ANATOMOFISIOLOGIA
CORPO INDIVIDUAL	Corpo enquanto sujeito, com suas próprias características e personalidade, podendo ser distorcida pela autoimagem	PSICOLOGIA DA VOZ E DA MÚSICA;
CORPO EMOÇÃO	Corpo em estado alterado sob a ação da emoção	OBJETO DE ESTUDO;
CORPO TÉCNICO	Corpo consciente sobre a ação de cantar demonstrando um bom desempenho vocal. Obs: Trazendo para a voz falada, a voz consciente na sua totalidade e sua totalidade na voz.	PEDAGOGIA VOCAL

Fonte: elaborada pela autora

Sendo o corpo suscetível a transformações, a voz acompanha-o nesse processo de variações, integrado didaticamente da forma elencada acima e



investigado especificamente na pesquisa pelo corpo emoção para compreensões acerca do corpo, voz e psiquê. Sendo a voz e o corpo um meio comum e natural a todos nós, enquanto linguagem, admite-se que

A voz é a utilização inteligente dos ruídos e sons musicais produzidos no interior da laringe com o impulso da expiração controlada, ampliados e timbrados nas cavidades de ressonância e modelados pelos articuladores no tempo, no meio e no estado pulsátil de cada pessoa. A esta definição de caráter eminentemente fisiológico e acústico acrescenta-se o conteúdo psíquico e emocional; isto é, a voz é, também, a expressão sonora da personalidade do indivíduo e o reflexo de seu estado psicológico (COELHO, 1994, p. 13).

Colaborando com o processo terapêutico da musicoterapia, entende-se que a emoção, qualificada em positiva ou negativa traz uma excitação no condicionamento do corpo associada com memória, percepção e transformação. Dessa forma, a leitura sobre cada emoção pode ser comunicada da forma como o indivíduo responde, vivencia e traduz os conteúdos sonoros manifestados.

Para Gainza (1988), a uma música é um elemento de fundamental importância, pois movimenta, mobiliza, contribuindo para a transformação e o desenvolvimento. Por isso, “a música pode, ao penetrar no homem, romper barreiras de todo tipo, abrir canais de expressão e comunicação e induzir a modificações significativas na mente e corpo” (GAINZA, 1988, p.91).

Assim, nada mais transparente que o impacto do estado mental e emocional sobre a voz para que o musicoterapeuta identifique um mapa corporal consciente e inconsciente para a leitura desses comandos corporais demonstrados.

Acrescenta-se nesse mesmo sentido, que a voz é uma linguagem sonora que expressa emoções e sentimentos, portanto cantar compreende aspectos musicais. Benenzon (1988, p. 72) ainda afirma que o corpo humano é o instrumento musical mais completo de todos. Dessa forma, como elemento ativo, o corpo

É o veículo utilizado para a produção da voz cuja emissão se dá por meio da passagem do ar pelas pregas vocais, o que envolve a colaboração de músculos, órgãos, ressonadores. Mente, físico e emoção se tornam unidade na busca de um som vocal de qualidade, que alie conforto, técnica e interpretação durante o ato de cantar (SOUZA, 2011, p.19).

A partir desses elementos sonoros traduzidos ou descobertos no sujeito, é que se realizará a dinâmica musicoterápica. Acrescenta-se que é de suma



importância os estudos clínico-musicoterápicos, bem como os processos de desenvolvimento das potencialidades corporais e psíquicas no processo da voz cantada e falada.

5. CONCLUSÃO

Com o objetivo de entender a voz cantada e falada como parte integrante de um corpo atribuído com diversas significações psíquicas, essa pesquisa buscou o apoio das áreas multidisciplinares no intuito de aprofundar às questões que dizem respeito à voz, corpo e psiquê em musicoterapia.

Percebeu-se nesses diálogos, em geral, que ao investigar aspectos do corpo emoção refletiu-se que estas sensações e experimentações projetadas no corpo do indivíduo identifica sua autoimagem, como este lida com psicossomatizações em seu corpo e como seu corpo reage nessas interrompidas conexões.

Observou-se que a voz é inserida nessa compreensão ampliada apenas com fins didáticos sobre os significados do corpo, mas que cada categorização do corpo, merece uma atenção mais aprofundada, pois em cada subcampo elencado, deslocou-se outros conhecimentos como os processos de educação somática, auto regulação sensorial e corporal.

Sobre *anatomofisiologia vocal* foram realizadas discussões que compreendessem a estrutura laríngea em sua estrutura física para além de um único órgão, mas sim por um conjunto estrutural de músculos que se inter-relacionam junto com a ação vocal e com os processos de ordem psicossomática.

Sobre a *psicologia da voz e da música* foi visto uma grande necessidade de realizar outras discussões para serem respondidas questões como o gosto musical, a escolha do repertório, aspectos ligados as influências musicais da mídia, do meio, além de aspectos culturais que são associados na expressão musical do sujeito, detentor de um registro histórico, que legitima-se enquanto agente ativo ao apropriar-se da canção no processo terapêutico.

Sobre a *pedagogia vocal*, a pesquisa ficou mais restrita na identificação da corporeidade da voz, em seus aspectos emocionais que identificam uma musculatura afetiva para a localização física das emoções, porém, sentiu-se uma



maior necessidade da pesquisadora, de investigar outros aspectos ligados a educação somática para compreender melhor as desintegrações emocionais.

Observa-se ainda, uma necessidade de maior aprofundamento teórico na presente temática percebendo sua complexidade e demandas em cada significação do corpo que a autora propôs, para maiores contribuições da musicoterapia, partindo desse olhar específico, interfaciando, voz, psiquê e corpo.

REFERÊNCIA

BARCELLOS, Lia Rejane. **Musicoterapia: transferência e resistência**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

_____. **Cadernos de musicoterapia 1**. Rio de Janeiro. Enelivros, 1992.

BEHLAU, M. **A voz do especialista**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BENENZON, Rolando. Teoria da Musicoterapia: Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. São Paulo: Summus Editorial, 1988.

BOONE, D. R., A voz e a terapia vocal, 6 edição. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 2003.

CHAGAS, Marly. Musicoterapia: Paradigmas, campos de conhecimento e concepções teóricas. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 10., 2004. [S.l.]. **Anais...** [S.l.:s.n.], 2004. Disponível em: <http://artesdecura.com.br/revista/musicoterapia/Mt_paradigams.pdf>. Acesso em: 08 out. 2014.

COELHO, Helena Wohl. **Técnica vocal para coros**. São Leopoldo: Sinodal, 1994.

DAMÁSIO, Antônio R. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. São Paulo: Companhia das letras, 1996.



GAINZA, Violeta H. Estudo de **Psicopedagogia musical**. Tra. Beatriz A. Cannabrava. Coleção Novas Buscas em Educação. 2. ed. São Paulo: Summus, 1988.

MINNICK, Michele; COLE, Paula Murray. The actor as athlete of the emotions; the rasaboxes exercise. O percevejo online. V. 3, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/opercevejoonline/article/view/1797/1531>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

QUINTEIRO, Eudisia Acunã.. **Estética da voz: uma voz para o ator**. São Paulo: Plexus Editora, 2007.

------. Manual de Terapia Corporal como base da Estética da voz e fala. Carapicuíba: Pró-Fono, 2000.

SANTOS, Marisol dos. **Técnica de voz cantada: O controle respiratório sobre as emoções para o desempenho vocal do cantor**. 2013. 89f. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em música) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

SOUSA, Simone Santos. **Corpo-voz em contexto coletivo: ações vocais formativas no canto coral**. 2011. 103f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós Graduação em Educação Brasileira, Fortaleza-CE, 2011.

WISNIK, José Miguel. **O som e o sentido: uma outra história das músicas**. São Paulo: Companhia das letras, 1989.



O SONORO-MUSICAL NOS PRIMÓRDIOS DA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA DO SUJEITO: PRÁXIS DA MUSICOTERAPIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Luisiana Baldini França Passarini¹
luisiana@centrobenenzon.com.br

Resumo

O entendimento de como se constitui a Identidade Sonora (ISo) nos primórdios da vida psíquica, somado à capacitação técnica para articular com esta construção na reabilitação, promoção da saúde ou provisão de cuidados, delinea a práxis da musicoterapia com crianças, principalmente na primeira infância. O processo musicoterapêutico abre espaço para inscrições psíquicas que permitem a articulação entre corpo, afeto, emoção, identidade, alteridade, desejo e linguagem. Abre espaço para a constituição do EU e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. O objetivo deste trabalho é apresentar uma breve discussão teórica sobre importantes aspectos implicados no processo musicoterapêutico tais como *holding sonoro*, o brincar, o papel do corpo na relação e as origens da linguagem, sob a perspectiva do Modelo Benenzon de Musicoterapia, como elementos fundamentais para o desenvolvimento infantil, evidenciando e justificando a importância da musicoterapia no desenvolvimento da primeira infância.

Palavras chave: identidade sonora; musicoterapia; primeira infância.

Understanding how the ISo constitutes the beginnings of psychic life, coupled with the technical capacity to articulate with this construction in rehabilitation, health promotion and care provision, outlines the practice of music therapy with children, especially in early childhood. The music therapy process makes room for psychic inscriptions that allow the connection between body, affection, emotion, identity, otherness, desire and language. Makes room for the constitution of the self and the child's development. The objective of this paper is to present a brief theoretical discussion of important aspects involved in music therapy process such as sound holding, "to play", the body's role in the relationship and the origins of language, from the perspective of the Benenzon Model of music therapy, as key elements for child development, evidencing and justifying the importance of music therapy in early childhood development.

Keywords: sound identity; music therapy; early childhood.

¹ **Luisiana B. França Passarini** – Aluna especial do Programa de mestrado em Neurociência e Cognição – UFABC (2017/atual). Especialista em Reabilitação Cognitiva – FMUSP (2015). Especialista em Psicopatologia e Saúde Pública -FSPUSP (2012). *Magíster* e Supervisora no Modelo Benenzon de Musicoterapia (2008). Bacharel em Musicoterapia - FMU (2005). Idealizadora e coordenadora do *Musicando: música no desenvolvimento infantil*. Fundadora e diretora do Centro de Musicoterapia Benenzon Brasil. luisiana@centrobenenzon.com.br

A identidade sonora – ISo- e o contexto não verbal²

O fundamento principal da musicoterapia é a afirmativa de que cada ser humano possui uma “identidade sonora” (ISo), constituinte de sua memória não-verbal, ou seja, que as energias sonoras ontogenética e filogeneticamente herdadas e vivenciadas ao longo da vida, constituem-se como engramas mnêmicos no sujeito. Rolando Benenzon defende que a partir do momento da concepção (ou até anteriormente, na idealização realizada pelos genitores que, antes da gestação, concebem o bebê em seu psiquismo a partir de suas fantasias) o ser humano é rodeado por um conjunto infinito de energias sonoras como vibrações, movimentos, sons e músicas que, atrelados às emoções, sensações, experiências de vida e vivências relacionais, delineiam esta identidade (Benenzon, 1998).

Benenzon amplia o conceito de identidade sonora por acreditar que circunscrever o ISo a uma representação exclusivamente de sons ou música, seria limitar a ideia de energias. Dessa forma, seu conceito de ISo passa pelas características corporo-sonoro-musicais mas também por outros códigos como temperatura, gesto, odor, cor, sensações e outros infinitos códigos não verbais.

Propõe que os ISos constituem uma gigantesca cebola, onde uma capa é continuidade da outra e ao mesmo tempo se entrelaça com outras capas, em um movimento contínuo, com a particularidade de converter-se em espiral, onde o início é o fim e vice-versa. De acordo com a proposta de Benenzon, seguem abaixo os ISos:

1. ISo Universal: inseridos no inconsciente, aparecem os sons e os ritmos produzidos pelos batimentos cardíacos, pela inspiração e expiração, os sons da natureza como vento e água. Em termos musicais, algumas canções de ninar, ritmos binários e alguns intervalos entre notas.
2. ISo Gestáltico: igualmente inseridos no inconsciente, aparecem todos os elementos particulares do período da gestação, como sons do corpo da mãe, sons externos que chegam pelo líquido amniótico e sons presentes no inconsciente da mãe. Em termos musicais, o ritmo binário e ternário, canções

² Este texto é baseado e contém fragmentos do artigo *Musicoterapia como tratamento complementar no mal de Alzheimer* apresentado no III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia – PUC – São Paulo –2009, da autora.

infantis, sonoridades e músicas particulares da cultura da mãe e da família (ISo Familiar).

3. ISo Cultural: inseridos nas energias do pré-consciente, estão as canções, melodias, movimentos e todos os códigos não verbais que caracterizam o meio sociocultural onde vive e viveu o indivíduo.
4. ISo Ambiental: é a identidade própria a um lugar, com suas características ambientais sonoras, olfativas, táteis, de textura e temperatura e ecossistema que rodeia esse ambiente. “O ISo Ambiental é o acúmulo de energias produzidas pelos sons e fenômenos analógicos que se encontram formando parte de um ecossistema, seja este uma instituição, escola, classe, lugar, sala de internação, incubadora, hospital, empresa, fábrica” (BENENZON, 2012: 221)
5. ISo complementar: inseridas no pré-consciente essas energias têm direta ligação com o estado de ânimo do indivíduo e com as relações estabelecidas no dia-a-dia. Essas energias expressam um estado circunstancial e não caracterizam, necessariamente, a personalidade do indivíduo. Podem transformar-se, passando a fazer parte do ISo cultural.
6. ISo Grupal: “É a identidade corporo-sonoro-não-verbal que caracteriza a um conjunto de pessoas que em um determinado momento se agregam com um objetivo comum” (BENENZON, 2012:262). São as expressões que caracterizam cada grupo.
7. ISo Comunitário: conjunto de energias, constituída de fenômenos não verbais e códigos da comunicação não verbal, que ocorrem no transcurso do dia, através do tempo e que caracterizam um determinado grupo que interage por um princípio comum em determinado lugar. Próprio das instituições e estreitamente ligado com a dinâmica do lugar e das pessoas que atuam nesse lugar.
8. ISo Familiar: energias não verbais que caracterizam uma determinada família, de acordo com sua herança e vivências corporo-sonoro-não-verbais passadas e presentes.
9. ISo em Interação: “É a representação dos intercâmbios energéticos de comunicação que se produz cada vez que duas ou mais pessoas tentam relacionar-se (BENENZON, 2012:276). Caracteriza a condensação dos ISos das pessoas que interagem.

10. ISo Transcultural: Onde os códigos da comunicação não verbal favorecerão a integração de pessoas de culturas diferentes. É a identidade sonora que caracteriza a um determinado grupo humano que precisa adaptar-se a outro grupo humano, como é o caso de imigrantes e emigrantes que buscam adaptar-se a um novo convívio.

Os ISos então são como uma gigante e infinita cebola espiralada onde a primeira capa é constituída pelo ISo Universal e a seguinte pelo ISo Guestáltico. Essas, por sua vez, criam a seguinte, o ISo Cultural, ao qual se acrescenta o ISo Complementar. Desde esse lugar contínuo, cria-se a capa do ISo em interação, que dá lugar ao advento das capas contínuas do ISo grupal, familiar, ambiental, comunitário e transcultural e, finalmente, englobando a todos eles para recomençar o ISo Universal que dará lugar novamente a todos os ISos. Para concluir, o ISo é um conceito psico-corporal, onde integra-se a cultura e o ecossistema. (BENZON, 2012: 278)

Considerando que essas energias sonoras não estão isoladas, mas compõem uma complexa trama em nossa memória não-verbal, a musicoterapia benenzoniana trabalha, essencialmente, o contexto não-verbal.

“O contexto não-verbal é a interação dinâmica de infinitos elementos que configuram códigos, linguagens e mensagens, que impactam e estimulam o sistema perceptivo global do ser humano e permitem a ele reconhecer o mundo que o rodeia, seu entorno, seu ambiente e ao outro ser humano com o qual tende a comunicar-se”. (Benenzon, 2008:56)

Estão presentes neste contexto os elementos gestuais, corporais, verbais, sonoros, musicais, espaciais, de movimento e de temperatura, entre outros, herdados filogeneticamente e ontogeneticamente, que constituem a memória não-verbal do sujeito:

“Nessa memória está o princípio de toda nossa existência. Se nos circunscrevermos ao som, a primeira marca nessa memória foi um primeiro som, que modificou o silêncio. O segundo som que se repetiu organizou o ritmo, e o terceiro som criou o intervalo e com ele escutou-se a melodia. Logo, quando estes três sons apareceram em unísono, imediatamente percebeu-se um acorde, e a sucessão de todos criou a harmonia e entre todos eles seguia presente o silêncio. O contexto não-verbal é o paradigma da musicoterapia” (Benenzon, 2008:57) .

O trabalho musicoterapêutico, portanto, se dá pela comunicação não-verbal ou analógica, entendida como: "... o conjunto de indicadores comunicacionais que aparecem em uma interação como expressão facial, postura, gestos, inflexão de voz e qualquer manifestação não-verbal que o corpo seja capaz" (Watzlawick, 2007).

No processo vincular entre musicoterapeuta, paciente e o grupo que o cerca, onde interagem as "identidades sonoras" e os engramas mnêmicos dos sujeitos envolvidos, é que se dá o processo musicoterapêutico. Considerando que as energias sonoro-musicais estão inseridas em diferentes instâncias psíquicas - inconsciente, pré-consciente e consciente, e tendem a movimentar-se, a musicoterapia permite ao sujeito essa movimentação e, conseqüentemente, a abertura de novos canais de comunicação: inter, intra e extra-psíquicos, através da relação terapêutica. (Passarini, 2008).

O conteúdo psíquico individual e relacional é expresso na comunicação não-verbal do sujeito, através de sua expressão gestual, corporal, vocal, espacial e instrumental. Portanto, no Modelo Benenzon de Musicoterapia, são contempladas como ferramenta de trabalho e recurso terapêutico todas as possibilidades que o campo sonoro-musical nos oferece: tocar instrumentos, dançar, movimentar-se pelo espaço, cantar, brincar, fazer pausas e/ou ficar em silêncio, cuja principal técnica utilizada é a associação corporo-sonoro-musical-não verbal, onde a expressão do paciente é livre e espontânea e o musicoterapeuta acompanha, imita ou amplia essa expressão de acordo com o contexto terapêutico.

É neste *fazer musical* espontâneo, de onde emerge o *ISO em Interação*, que surge a possibilidade do brincar como continente para o desenvolvimento do paciente e, especialmente, da criança.

O brincar e o *holding* sonoro

Sobre a importância do brincar, Winnicott nos dá uma grande contribuição. Para esse autor o brincar permite a descoberta do EU (self). Refere que somente no brincar é possível haver a comunicação e a criatividade e pontua a importância de que o terapeuta permita ao paciente a brincadeira espontânea, onde possa comunicar ideias, pensamentos, impulsos, sensações, mesmo que, aparentemente, sem

conexão. É necessário ao terapeuta poder brincar e acolher todo o “comunicado”, por mais caótico que pareça, para que o paciente sinta-se tranquilo para continuar comunicando.

“A somação ou reverberação depende de que o indivíduo possa ter refletida de volta a comunicação (indireta) feita ao terapeuta (...). Nessas condições altamente especializadas, o indivíduo pode reunir-se e existir como unidade, não como defesa contra a ansiedade, mas como expressão do EU SOU, eu estou vivo, eu sou eu mesmo. (Winnicott, 1962). Nesse posicionamento, tudo é criativo.” (WINNICOTT, 1975:83)

No que tange à clínica musicoterapêutica, principalmente com crianças, esse espaço do brincar é essencial. O contexto não-verbal facilita a abertura de canais de comunicação incomuns e inexplorados. A possibilidade de experimentar livremente os instrumentos, suas sonoridades, as expressões sonoras vocais e corporais, o espaço e o movimento, a utilização de canções infantis e brincadeiras cantadas, as do repertório popular e, principalmente, aquelas “criadas” no percurso do processo, “convocam” a criança à interação: abrem espaço para o brincar espontâneo e criativo, norteiam tempo e espaço, delineiam e dão sentido aos gestos e movimentos no chamado *espaço vincular*.

Benenzon refere-se ao *espaço vincular* como o espaço infinito que existe entre os corpos de duas ou mais pessoas que estão em contato. É um espaço destinado a produzir uma relação e onde há troca mútua de energias que se dirigem ao outro com a intenção de tecer um vínculo. São energias do pré-consciente, carregadas de elementos do inconsciente que, descarregadas através do corpo, de um e de outro, viajam por esse espaço e se recriam. É no *espaço vincular* que se torna possível a comunicação; é onde surgem as possibilidades de interação, do *brincar* e da *criatividade*.

(...) o musicoterapeuta deve ter o preparo técnico para receber, escutar, atender e acompanhar seu paciente utilizando-se dos recursos que se fizerem necessários para isso. O musicoterapeuta deve estar apto e disponível para tocar, recriar, compor, dançar, escutar ou ficar em silêncio, entre outras tantas possibilidades, junto com seu paciente, com intuito de possibilitar a ele o desenvolvimento de sua autonomia, expressividade, criatividade e espontaneidade. (PASSARINI et al, 2012)

É nesse contexto que Benenzon nos fala, baseado no conceito de *holding*³ proposto por Winnicott, de um *holding sonoro* que, “con una capacidad de algo muy concreto, por el mismo hecho de ser corporal se vuelve un continente estable, fuerte, que penetra, y se instala”, pois o som envolve, protege e dá continente; a vivência sonora é multissensorial, percebida e expressada pelo corpo, alimenta e é alimentada por toda memória não verbal do sujeito, o que significa que esse “sonoro” nunca é isolado: “no hay vivencia sonora se no hay una unidade psico-física” (Benenzon, 2012:110). Desde esse lugar faz-se importante discorrer sobre a importância do corpo na musicoterapia.

O corpo como monitor e mediador da comunicação

“(...) un cuerpo que se convierte en el instrumento prioritario de expresión, el cuerpo no se distingue de la persona. No se posee un cuerpo, se es un cuerpo”. (Benenzon, 2012:60)

Baseado no conceito de EU PELE do psicanalista francês Didier Anzieu, Benenzon concebe o corpo como principal monitor e mediador da comunicação em musicoterapia. De acordo com o autor são três as funções da pele, propostas por Anzieu, que sustentam a ideia de um “Eu Pele” (Yo Piel):

a) Es el saco que retiene en el interior lo bueno y lo pleno que la lactancia, los cuidados, el baño de palabras que han acumulado allí ; b) Es la superficie que marca el límite con el afuera y le contiene en el exterior, es la barrera que le protege de la avidez y de las agresiones que proceden de los otros seres u objetos e; c) Al mismo tiempo que la boca y por lo menos tanto como ella, es un lugar y un medio primario de intercambio con el prójimo. (Benenzon, 2012:60).

A pele que recobre o corpo, externa e internamente (nas diferentes cavidades corporais), é o mais primitivo de todos os órgãos e tecidos. É o órgão que mais se adapta às formas e movimentos e abre possibilidade para todos os sentidos. Através da pele podemos perceber no outro a temperatura, o odor, o sabor, o toque e ouvir os sons e ritmos de seu corpo. Como principal órgão de percepção das vibrações, condensa em si todos os sons e movimentos compartilhados na relação mãe bebê, desde o ambiente intra-uterino, passando pelo “chupetear”, o ritmo e a sonoridade da

³ *Holding* vem da teoria psicanalítica de Winnicott e compreende, sinteticamente, a noção de sustentação; oferecer um *setting* terapêutico que sustente e permita o processo de integração do sujeito.

amamentação e o ressonar de quando se está satisfeito. Cria-se então um *envelope sonoro*⁴. Benenzon refere que o som, assim, tem a mesma função que a pele: permite a diferenciação daquilo que é externo e interno, prazeroso e não prazeroso, segue delineando, delimitando e, assim, contribuindo na constituição do EU:

“El intercambio entre la madre y su neonato es bilateral, es un *feed-back* en ambos sentidos: por un lado le sirve al neonato para organizar un sistema de percepción del mundo y construir una memoria no verbal, sobre la matriz heredada de la memoria arcaica, y a la madre por el otro lado le permite revivir su antigua matriz relacional y de comunicación que al despertar interactúa con el neonato y hace a la continuidad de la especie. Esta matriz se forma a través de la piel y el sonido.” (BENZON, 2012: 112)

Das cavidades que conduzem ao interior do corpo saem, entre outros elementos e expressões, voz, suspiros, murmúrios, assovios, vômito e excrementos; por essas cavidades transitam energias com seus consequentes prazeres e desprazeres. Essas energias (também sonoras) compõem a memória não verbal do sujeito e constituem sua identidade sonora (ISo): “Por eso la comunicación no verbal que viene directamente de nuestro corpo porta las emociones más puras y primitivas” (Benenzon, 2012: 75)

Em uma interação, portanto, podemos experimentar o prazer ou o desprazer em nossa própria expressão ou na expressão do outro, que nos impacta quando suas energias impactam nosso inconsciente e nossa memória não verbal. É através do corpo, da pele, do EU PELE, que podemos perceber o outro e estar perceptível ao outro.

Através do corpo podemos monitorar o que ocorre em nosso entorno e estabelecer a interação com o outro. Da mesma forma, esse corpo somente se constitui na relação com o outro, onde Benenzon faz referência à Lacan e sua teoria sobre o “Estádio do espelho” que, resumidamente, é o interesse que a criança, entre seis e dezoito meses, apresenta em relação à sua imagem no espelho, sua imagem especular. Esta imagem que aparece no espelho, vista pela criança como um todo, uma *gestalt*, faria oposição a uma percepção ainda fragmentada que a criança tem de si própria, já que ela ainda

⁴ A expressão “envelope sonoro” é tradução livre de “envoltura sonora”, proposta por Edith Lecourt no artigo intitulado “L’ involucro musicale”, partindo das ideias de D. Anzieu sobre Yo-Piel. Sobre o assunto consultar Benenzon, 2012, pgs. 109-111.

não tem condições, devido ao estágio de maturação do sistema nervoso em que se encontra, de ordenar seus movimentos e reconhecer-se como todo pelas sensações proprioceptivas. Entre essa imagem que se vê e o corpo que se sente surge um *outro*, almejado, desejado, admirado: “Lacan agrega que esse déficit entre la imagen que ve y su propia percepción del cuerpo le hace sentir que la imagen es indudablemente la suya, pero al mismo tiempo es la del outro” (Benenzon, 2012: 87).

Nasio (2009) discorre sobre o conceito de imagem do corpo, de Lacan, dizendo que as bases da identidade da criança se dão nas numerosas identificações com os adultos, mas, sobretudo, na identificação consigo mesma, com a imagem especular de si mesma. Assim, aos poucos, amadurece, percebe-se como uma entidade distinta e uma unidade homogênea de onde eclode o *Eu* simbólico e o *eu* imaginário⁵.

O Estádio do Espelho é formador da função do Eu, de onde podemos deduzir que o Eu depende diretamente da imagem especular que vem de fora. Quanto mais nos reconhecemos, mais reconhecemos ao outro: “Ese Yo otro no es solo una imagen sino una *con-fusión* de otras percepciones que se intercambian en constante movimiento” (BENZON, 2012: 93)

Na exposição dos conceitos acima fica evidente que na clínica musicoterapêutica os recursos sonoro-não-verbais podem atuar efetivamente nessa identidade da criança na medida em que movimentos, sons, canções, expressões vocais e corporais estão presentes desde seus primeiros contatos com o Eu-Outro, através do Eu-Pele: “*La música es un espejo, porque es la imagen sonora especular de nosotros, del yo. Es un reflejo expresivo del yo-corporal.(...) El canto unifica y permite especular todo el yo por el poder de la envoltura sonora que dan las infinitas matrices sonoras*”⁶ (BENZON, 2012:88). Deste ponto, considerando que a partir da constituição da identidade e passando pelas experiências corporais, a criança estaria pronta para o

⁵ Para mais referências sobre o assunto consultar o livro *Meu corpo e suas imagens*, de Nasio, de onde extraímos o seguinte trecho: “Definitivamente, para Lacan, o Eu não é o eu. (...) o Eu é pronome pessoal que indica a singularidade de um sujeito entre os humanos; (...) o eu é sentir-se a si mesmo instalado num corpo, obedecendo a necessidades, atravessado por desejos e produto de uma história. Se o Eu é uma afirmação, a afirmação de ser um, o eu é um sentimento, o sentimento de ser você mesmo” (Nasio, 2009: 85).

⁶ De acordo com Edith Lecourt, citada em Benenzon (2012:111): “Cualidade sonora relacional que los toca, los acaricia los envuelve y los protege de la intrusión, recoge la excreción y expulsión sonoras, formación de grupo que produce una barrera protectora en un receptáculo de sonidos, una verdadera y propia *matriz sonora*.”

desenvolvimento da linguagem, nos dedicaremos a esse tema na sequência do trabalho.

Da lalação à canção – origens da linguagem

En algún momento de la historia de la humanidad una madre que tenía en brazos a su bebé para darle de mamar, aún después de haberlo satisfecho, este continuaba con su llanto.

Desde su dimensión creadora, y con el deseo de calmarlo, comenzó a moverlo suavemente de un lado al otro apoyándolo cerca de su corazón donde el bebé podría escuchar el ritmo binario que le llegaba de su latido cardíaco.

No conforme con esto la madre abrió su boca e imitó algún susurro o murmullo que sintió durante el silencio de las noches.

Después agregó la imitación de un armónico de un trino de pájaro que oyó cantar al amanecer o de la expresión de un búho

El bebé se durmió y los sentires que experimentó esa madre le despertaron el deseo de repetir los mismos sonidos y movimientos en las próximas noches (...)

Mientras repetía ese intervalo, se animó a recrear otro más y otro. (...) La re – creación se puso en marcha.

Poco a poco a lo largo de los milenios se creó así la canción de cuna (...) que no era sólo una melodía de intervalos contiguos que emitían las cuerdas vocales de una madre, sino que agregaba el movimiento de sus brazos, la tensión de su abrazo sobre el cuerpo de su bebé, el hamacarse (balanço) de su cuerpo, el olor de su piel y de su aliento, la temperatura que emanaba y la sensación de los dos Yo-Piel que se contactaban.

A partir de entonces las memorias arcaicas de cada ser humano heredan los intervalos y las melodías de las canciones de cuna (...). (BENZON, 2012:167;195)

Tomando como ponto de partida esse escrito, quase poético, podemos deduzir por que uma mãe, espontânea e intuitivamente, usa os mesmos intervalos e os mesmos movimentos, sem tê-los aprendido, quando nina seu bebê na atualidade: porque essas expressões são patrimônio da memória arcaica dos seres humanos. Fazem parte de nosso ISo Universal. Não precisam ser aprendidas. Dando continuidade à hipótese de Benzon sobre o surgimento da canção, a repetição desses atos causaria prazer à mãe. Essas sensações de prazer seriam oriundas da descarga de energias inconscientes, da auto- percepção de sua expressão e das energias que o bebê transmitiria, percebidas pela mãe através de sua pele. Nessa interação entre

mãe e bebê, nessa troca de energias surgiria, então, o desejo pelo *cantarolar*⁷. (Benenzon, 2012).

A interação entre mãe e bebê, muito naturalmente, dada num curso “normal”, se dá também pela imitação, de onde inferimos que esse desejo não é só da mãe, mas também do bebê. O bebê imita o som da mãe, o bebê “convoca” a mãe à interação se ele “deseja”; e vive-versa. Desse ponto de vista, concordamos com Spielrein no que diz respeito a sua teoria da origem da linguagem: “Assim que a criança produz seus primeiros balbucios, ela o faz porque por diversas razões fisiológicas, esta lalação traz prazer à respiração em uma certa detenção dos músculos. (...) Para Stern, ‘a evolução na linguagem progride do *desejar-afetivo ao intelectual-objetivo*’ (SPIELREIN, in Cromberg, 2008:282) – grifo nosso.

Retomamos aqui o conceito do EU-PELE apresentado anteriormente, considerando sua característica de “envelopar”⁸, para passarmos ao conceito de Eco, proposto por Benenzon, bastante relacionado com a linguagem. O encontro entre mãe e bebê se faz através do Eu –Pele, onde são “envelopados” prazer, carícia, odor, temperatura, pressão entre os corpos; se unem canto, movimento e sonoridades:

“El encuentro es un confundirse con el otro para des – organizarse, para involucrarse y luego re-organizarse y transformar el vínculo. El yo piel se inicia con el vínculo ecoico. Con el primer eco, porque eco significa la presencia- ausencia de otro o de yo otro que da esa especie de sentimiento oceánico. (...) Eco es una voz sin cuerpo. La voz de la madre es un eco porque es una respuesta a una solicitud del neonato y responde con la repetición y la imitación variada. (...) De un lado es la simbolización de una armonía perfecta entre uno mismo y el otro, tras la voz y su acompañamiento (...) por otra parte expresa el momento de la repetición que dura, la primera distancia, la primera perdida, la primera desaparición, el primer duelo. (...) Entonces el eco es lo ya pasado y lo por venir, es un devenir no aún consumado. Lo que la madre habla, canta, murmura, chupetea, es el eco de lo mismo que hace el hijo, su cría.” (Benenzon, 2012:90 - 91)

Aqui parece importante citar novamente Cromberg, em referência ao posicionamento de Spielrein quanto à linguagem:

7 Tradução livre da palavra cantarrear.

8 A palavra no texto original é *involucrar*, cuja tradução livre é *envolver*. Faço uso aqui do termo “envelopar”, partindo da noção de “envelope sonoro”, conceito citado anteriormente no texto, que ilustra melhor a função de armazenar, guardar, conter, proteger, abrir e fechar, à qual o texto se refere.

“Mas de maneira semelhante a Freud, será a partir da tensão com outro corpo, seio, corpo da mãe e as próprias sensações corporais, que se construirá a concepção de ob-jeto, o que está colocado fora de si. Somente a partir daí, a linguagem como apelo dirigido a outro pode se originar. Há um complexo caminho antes disso acontecer”. (Cromberg, 2008:291).

Evidentemente, diante do exposto, as proposições de Benenzon são muito coincidentes com as dos outros autores supracitados, no que diz respeito à crença sobre a origem psíquica da linguagem: “*La relación entre lo auditivo y lo táctil, el limite entre el yo piel sonora y cavidades provocaran un estímulo para el desarrollo de la palabra.*” Benenzon (2012:113).

Considerações finais

Consideramos que no processo musicoterapêutico, portanto, o *holding sonoro* adequado abre espaço para o brincar, para a descoberta e o (re)conhecimento da espacialidade, do tempo e do corpo, para a construção da identidade - o EU, o OUTRO –para o estabelecimento de relações, interações, comunicação e linguagem. A criança, portanto, diante da possibilidade de expressar-se com aquilo que tem de recursos, sentindo-se “escutada” e acompanhada, explora sua potencialidade e abre-se para a criatividade.

Caminha, muitas vezes, da concretude e da repetição aparentemente sem sentido, rumo à simbolização e à criação de músicas, brincadeiras, canções e movimentos contextualizados, absolutamente originais, próprios de sua singularidade. Próprios de seu ISo que, em interação com o ISo do musicoterapeuta, permitem a ela criar, jogar, recriar e ampliar em consequência da movimentação das energias psíquicas envolvidas nessa relação. Levando-se em conta que nas crianças a estrutura psíquica está em constituição, essa criatividade sonoro-musical-não-verbal abre espaço para inscrições psíquicas que permitem a articulação entre corpo, afeto, emoção, identidade, alteridade, desejo e linguagem. Sob a ótica da neuropsicanálise, abre espaço para a constituição do EU e o desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo da criança, temas fundamentais no desenvolvimento infantil que, *per se*, justificam o papel e a importância da musicoterapia no desenvolvimento da primeira infância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENENZON, ROLANDO O. Introducción a la Musicoterapia In: **Revista de Musicoterapia** – Volume I – Número I. Publicação da Asociación Argentina de Musicoterapia -A.S.A.M, 1967.

BENENZON, ROLANDO O. **Musicoterapia y educación**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1971.

BENENZON, ROLANDO O. **Musicoterapia en la psicosis infantil**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1976.

BENENZON, ROLANDO O. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Editorial Paidós, 1985.

BENENZON, ROLANDO O. **Teoria da musicoterapia - contribuições ao conhecimento do contexto nao-verbal**. São Paulo: Summus Editorial, 1988.

BENENZON, Rolando . **La nueva musicoterapia**. Buenos Aires: Ed. Lumen, 1998.

BENENZON, Rolando O. **El Juego del espejo y su oscuridad – La dimensión creadora**. 1ª ed. La Plata: Al Margen, 2012.

CROMBERG, Renata U. **O amor que ousa dizer seu nome**. Sabina Spielrein – pioneira da psicanálise. Tese (Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

NASIO, J.D. **Meu corpo e suas imagens**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

PASSARINI, Luisiana B.F. **Influências psicanalíticas no Modelo Benenzon de Musicoterapia - um recorte didático ilustrando um pensar em constante evolução**. Trabalho apresentado como conclusão do curso de extensão Sujeitos da Psicanálise. PUC-SP. (Não publicado) São Paulo, 2008.

PASSARINI, Luisiana. B.F. et AL. A educação musical no desenvolvimento da criança – trilhas da musicoterapia preventiva. In: XIV SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA E XIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA,10, 2012. **Anais...** Olinda: FACHO, 2012. p.139-149.

WATZLAWICK, P; Beavin, J.H; Jackson, D.D. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação**. São Paulo: Cultrix, 2007.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA, 1975.



HULLABALOO: um recurso em musicoterapia¹

HULLABALOO: a resource for music therapy

Kadna Pinheiro Cordeiro²
Universo *Hullaballoo*

Resumo: Este trabalho tem como objetivo apresentar a abordagem metodológica *Hullaballoo* numa proposta para a utilização da mesma na prática da musicoterapia. O *Hullaballoo*, originalmente um método de educação musical, foi desenvolvido numa escola de ensino fundamental no norte de Londres, Inglaterra. Relataremos experiências já comprovadas na área educacional e discutiremos os 3 pilares do *Hullaballoo*, criatividade, improvisação e experimentação.

Palavras-chave: Musicoterapia. Criatividade. Improvisação. Experimentação.

Abstract: The objective of this work is to present *Hullaballoo* and its use in musical therapy practice. Originally, *Hullaballoo* a music education method was developed in a primary school in North London, England. Experiences from this educational environment will be reported and we will also discuss the three pillars of *Hullaballoo*: creativity, improvisation, and experimentation.

Keywords: Music therapy. Creativity. Improvisation. Experimentation.

1. Introdução

A proposta da musicoterapia apresentada neste trabalho utiliza atividades da abordagem metodológica *Hullaballoo* como tentativa de tratar problemas relacionados à aprendizagem do educando, tais como: dificuldades emocionais, atrasos do desenvolvimento, depressão, estresse, falta de limites, hiperatividade e déficit de atenção. O objetivo dessa prática é o de contribuir para a formação de um ser autônomo e independente, e, portanto, livre de amarras emocionais e psicológicas. Pretendemos mostrar como a musicoterapia, através das atividades propostas pelo

¹ Trabalho apresentado na modalidade apresentação oral no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² <http://lattes.cnpq.br/9381440379344018>.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

método *Hullabaloo*, pode contribuir para que determinado indivíduo seja incluído e tenha um melhor desempenho no seu cotidiano. Nesse sentido, ressaltaremos a importância do uso de recursos do referido método em atividades de criatividade, experimentação e improvisação dentro do contexto educacional.

Este trabalho já foi realizado na educação musical e agora, como uma proposta que alia música e terapia, pretenderá desenvolver uma abordagem na qual possamos:

- Promover a capacidade de percepção por parte dos envolvidos no processo de musicoterapia; uma percepção que seja de si e dos outros.
- Estimular a convivência, dentro dos princípios éticos do respeito, liberdade e compromisso com o grupo, através da inclusão musical, aqui entendida como a participação ativa e/ou passiva de todos envolvidos no processo de musicoterapia.
- Oferecer oportunidades de expressão a indivíduos vítimas de bullying e/ou discriminação.

1.1. O que é o Hullabaloo? Sua origem e prática

O *Hullabaloo*, originalmente um método de educação musical, foi desenvolvido como trabalho paralelo às aulas programadas de flauta em uma escola de ensino fundamental no norte de Londres. Seu significado pode ser definido como uma pedagogia do som, ou seja, um processo de aprendizagem que usa a música como um meio para educar o ouvido, conhecer, aprender e respeitar as várias culturas, possibilitando, ainda, despertar vocações. A Criatividade, a improvisação e a experimentação são os três pilares do fazer musical nesse método. Neste caso, o *Hullabaloo* se propõe a promover a educação musical através da composição de músicas e fabricação de instrumentos (CORDEIRO, 2011, p.15). Ainda na Inglaterra percebemos que os alunos mudaram seus comportamentos em relação à concentração, à busca de solução para os problemas e à própria autoestima (CORDEIRO, 2011, p.17).

No Brasil, essa experiência vem sendo desenvolvida desde 2001, tanto em escolas de música, quanto em escolas de ensino formal, como parte do currículo de atividades musicais; além disso, ele também foi aplicado no formato de oficinas para professores. O trabalho com o *Hullabaloo* parte da estimulação do ouvido,



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

considerando os conhecimentos que os participantes já dispõem. O objetivo, portanto, é propor outras possibilidades de trabalhar a música, independentemente da forma como a escola conceba e desenvolva o conhecimento. Ademais, o método também trabalhar a percepção auditiva, tátil e visual dos participantes. Assim, o *Hullabaloo* tanto possibilita uma concepção transdisciplinar dos conhecimentos, como uma concepção interdisciplinar, visto que ele mesmo traz em si elementos de uma certa “indisciplinaridade”, pois a partir do momento em que a improvisação propriamente dita se manifesta, tudo é um instrumento musical, tudo é som e tudo é música (CORDEIRO, 2011, p.18). Bruscia nos lembra que a musicoterapia é transdisciplinar por natureza, é uma ciência híbrida e acrescenta que “a musicoterapia não é uma disciplina isolada e singular claramente definida e com fronteiras imutáveis. Ao contrário, ela é uma combinação dinâmica de muitas disciplinas em torno de duas áreas: música e terapia”. (WAZLAWICK; CAMARGO; MAHEIRIE, 2007, p. 105)

1.1.2. Minha experiência com Hullabaloo

Esse primeiro relato diz respeito ao trabalho com:

a) Respiração através de um instrumento de sopro, no caso a flauta, e do canto; b) uso da criatividade na construção de histórias e confecção de instrumentos a partir de material reaproveitável; c) a imaginação, em uma tentativa de ordenar os pensamentos.

“Don’t leave us. My sun has been cured from his asthma” (Não se vá. Meu filho se curou da asma), isso foi o que me pediu um pai quando soube que eu não poderia mais realizar o trabalho com música nessa escola do norte de Londres, onde seu filho estudava. O garoto tinha aulas de flauta e participava de um grupo que veio a se chamar *Hullabaloo*, e que deu origem ao método de educação musical de mesmo nome. Desse grupo, que se formou depois de uma aula de flauta, em que houve um entendimento de que o instrumento de sopro também poderia ser usado como um instrumento percussivo, participavam alunos de sete a dez anos de idade. Estes eram meus alunos de flauta de uma escola de ensino fundamental do Condado de Southgate no norte de Londres, Inglaterra. Aparentemente, seu filho sofria de asma. Eu desconhecia essa informação, nós fazíamos música através de exercícios de respiração, improvisação, experimentação, criatividade e meditação musical. Eram músicas inspiradas nas nossas histórias de vida. Nós dançávamos, cantávamos e



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

tocávamos juntos uma vez por semana, nas sextas-feiras na hora do recreio; representávamos personagens em histórias criadas pelo grupo e contadas apenas com sons, um trabalho que até hoje rende muitos frutos. Depoimentos de alunos, pais e pessoas que presenciaram esse período de histórias bem-sucedidas, de vivências musicais que possibilitaram às pessoas envolvidas, direta e indiretamente, se reconhecerem e perceberem os outros de forma diferente, causando assim um impacto positivo em suas vidas. Caso fosse perguntado, talvez o médico homeopata inglês Dr. Edward Bach responderia que essa criança curada da asma não precisava mais prender a respiração por suas ansiedades, seus medos e tudo aquilo que o fazia ficar paralisado na sua respiração. (CORDEIRO, 2013, p. 147)

1.1.2.b. No segundo relato a ênfase foi em atividades que:

a) utilizavam a flauta e o canto para exercitar a respiração; b) trabalhavam a criatividade, memória, imaginação, audição, disciplina, improvisação e autoestima de forma lúdica. A segunda experiência aconteceu em uma escola internacional no Brasil. Nesta, realizou-se um trabalho de vivência musical em conjunto com a psicóloga do Ensino Fundamental I, o qual nós chamamos de *Living Music* ou *Vivenciando a música*.

Trabalhávamos em conjunto uma vez por semana, nas demais vezes, atuávamos de maneira separada. Minha tarefa com as cinco turmas do ensino fundamental, portanto, crianças de seis a dez anos, era a de tentar diminuir o estresse causado a) pelo fato de serem crianças estrangeiras no período de adaptação ou crianças brasileiras que ainda não eram fluentes na língua inglesa; b) pelo diagnóstico de déficit de atenção e hiperatividade ou as duas coisas (TDAH); c) por ansiedade; d) separação dos pais; e) outras tantas razões que fugiam ao meu conhecimento. Todas essas crianças eram meus alunos de música na escola, portanto, eu não era uma pessoa estranha e tinha minha presença associada à música. Por sugestão minha o projeto *Living Music* aconteceu em um local diferente da sala de música. Apesar de ter sido explicado o objetivo do projeto e que aquele momento não era aula de música, os participantes, inicialmente, tiveram uma certa dificuldade de separar as duas atividades, porém logo entenderam a diferença, pois as sessões eram sempre pautadas por: a) meditação musical, um relaxamento no qual as luzes da sala eram reduzidas, os alunos se deitavam no chão e tentavam imaginar uma música “bem



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

bonita para fazermos depois que abríssimos os olhos”; b) escolha de um instrumento musical. Muitos deles feitos com material reaproveitável; c) improvisação, na qual naturalmente criávamos uma música. Em muitas sessões a *catarse*, que de acordo com Aristóteles seria à purificação das almas por meio de uma descarga emocional provocada pela tragédia, acontecia de maneira involuntária a ponto de instrumentos serem totalmente destruídos. Obtivemos alguns bons resultados com esse projeto. Segundo os relatos dos professores da sala, algumas crianças ficaram menos agitadas logo após as sessões. Acredito que por ter sido de curta duração, apenas seis meses, não conseguimos mais *feedbacks* positivos.

1.1.3. Os pilares do Hullabaloo

O *Hullabaloo* originalmente foi criado numa estância pedagógica, porém, no seu processo de desenvolvimento, percebeu-se que as pessoas tinham um ganho terapêutico (físico, mental e mudanças de comportamento). A relevância dos relatos de casos vivenciados na Inglaterra e Brasil deve-se a este fato, pois, apesar de terem sido experiências na área pedagógica, e o objetivo inicial não ter sido obter resultados musicoterapêuticos, foi exatamente isso o que ocorreu – se levarmos em conta os depoimentos. Desse modo, os objetivos terapêuticos alcançados em sessões consistiam no desenvolvimento de:

1.1.3.a. Criatividade:

A musicoterapeuta Lia Rejane Barcellos faz a indagação: Para que se levar um paciente a compor? A sua resposta através de uma citação de Ostrower é simples: “para desenvolver a criatividade, que implica uma força crescente que se reabastece nos processos que realiza, quebrando a previsibilidade e aumentando a tensão ou tônus psíquico...” (BARCELLOS, 2010/2011, p. 121). A quebra da previsibilidade foi: a) uma das peças chaves para que a criatividade de cada um dos participantes do grupo pudesse se manifestar dando sua contribuição para que a inclusão musical de fato acontecesse; b) o exercício de ouvir para poder executar uma peça musical em detrimento da leitura de partitura; c) um estímulo à convivência; d) a percepção por parte dos envolvidos no trabalho em andamento. Percepção de si e dos outros



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

participantes da atividade; d) um estímulo para uma prática individual de instrumento musical com abertura para a experimentação e improvisação. A criatividade utilizada como recurso para provocar a mudança da experiência musical, estimulando as habilidades individuais e coletivas. O rompimento com padrões estabelecidos pode provocar questionamentos que na música pode nos levar a experimentar, improvisar e criar possibilidades.

1.1.3.b. Experimentação:

O compositor John Cage declarou que: “música é som, sons à nossa volta, quer estejamos dentro ou fora das salas de concertos” (SCHAFER, 1997, p.19) e Einstein, talvez o cientista mais famoso da história, disse certa vez: “A imaginação é mais importante que o conhecimento”. A imaginação precede o conhecimento, ela diz aos cientistas onde devem buscar respostas para perguntas obstinadas e proporciona o cenário para a experimentação (HIRSHBERG; BARASCH, 1997, p.19). Por não ter objetivo estético, a musicoterapia, pode proporcionar uma fruição na experimentação no sentido mais básico. Se a imaginação é mais importante que o conhecimento, como nos diz Einstein, talvez possamos concluir que a experimentação pode ser uma forte aliada de um resultado positivo num trabalho musicoterapêutico, uma vez que foi exatamente essa imaginação que provocou a experimentação no caso dos dois relatos deste trabalho. A instrumentação *Hullabaloo* é feita com materiais do nosso cotidiano. Partimos do princípio que tudo que soa é um instrumento em potencial, pois segundo relato do professor e musicoterapeuta Rolando Benenzon, baseado em experiências vivenciadas durante o curso preparatório ministrado em São Paulo, no ano de 2012, para utilização do método que leva seu nome, a instrumentação feita com materiais reaproveitáveis é recomendável, já que se trata de objetos familiares. De acordo com Benenzon, uma lata de leite em pó que se transforma em um tambor intimidaria menos aqueles que não são músicos e mesmo os músicos profissionais, cujo o instrumento principal não fosse a percussão.

1.1.3.c. Improvisação:

“A improvisação musical tem sido usada como base por vários modelos de



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

musicoterapia e com uma vasta abrangência da clientela. Portanto a diversidade da aplicação, procedimento para incorporar a improvisação no tratamento clínico varia consideravelmente”³. (BRUSCIA, 1988, p.6) Cada modelo possui sua particularidade em termos de instrumentação e público alvo, porém com objetivos semelhantes dentro do processo terapêutico. A técnica musicoterápica da improvisação pode ser orientada no caso do modelo Nordoff and Robbins, ou livre a exemplo do modelo usado por Juliette Alvin. Na primeira, o musicoterapeuta dá as informações fazendo demonstrações necessárias, oferecendo, assim, uma ideia ou estrutura musical em que a improvisação se baseará. Essa ideia pode ser não musical fazendo uso de um recurso de imagem, assunto ou uma história que permita aos envolvidos no processo musicoterapêutico retratar-se através da improvisação. No segundo caso, da improvisação livre pacientes tocam e/ou cantam criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso, sem regras ou ideias pré-estabelecidas. Nos dois casos, o improviso pode ser individual ou grupo terapêutico. Os objetivos da improvisação seriam: a) estabelecer um canal de comunicação não verbal e uma ponte para a comunicação verbal; b) dar sentido à auto expressão e à formação de identidade; c) explorar os vários aspectos do “eu” na relação com os outros; d) desenvolver a capacidade de intimidade interpessoal; e) desenvolver habilidades de grupo; f) desenvolver a criatividade, a liberdade de expressão, a espontaneidade e a capacidade lúdica; g) estimular e desenvolver os sentidos; h) desenvolver habilidades.

2. Sínteses e desafios (à guisa de conclusão)

A partir do que foi exposto até aqui, faz-se necessário um estudo mais aprofundado sobre o assunto no set musicoterapêutico, porém, após anos de pesquisa e aplicação do método de educação musical *Hullabaloo* no contexto escolar, podemos afirmar que o ganho terapêutico foi maior do que pedagógico. O trabalho de respiração com flautas e canto, o uso da criatividade, experimentação e improvisação, o exercício da imaginação, memória, saber ouvir e respeitar o silêncio, disciplina, paciência proporcionaram em alguns casos, uma melhora no bem-estar, como também na autoestima dos participantes. Em outros casos, problemas como a asma e a rejeição por parte dos colegas foram superados através das atividades lúdicas e das

³

Tradução livre feita pela autora.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

oportunidades que os participantes tiveram de mostrar seus talentos individuais. Nos dois casos apresentados neste trabalho, o objetivo, a princípio, não era terapêutico, mas também não fazíamos uso de uma metodologia fechada e consagrada como o método Orff ou Suzuki. Além disso, o objetivo também não era aprender a teoria musical ou um instrumento específico, era apenas vivenciar a música para nosso próprio bem-estar, afinando sons e embalando silêncio.

3. Referências

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Cadernos de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: ENELIVROS Editora e Livraria Ltda, 1999.

_____. Desafios da contemporaneidade: A musicoterapia na sala de diálise no tempo dos iPods. Pode? Pesquisa e Música. **Revista do Conservatório Brasileiro de Música**, Rio de Janeiro, 2010/2011.

BENZON, Rolando. **Teoria da musicoterapia**: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. Summus Editorial: São Paulo, 1988.

BRUSCIA, Kenneth. The Signs of Intersubjective Countertransference. In: BRUSCIA, Kenneth. (Org.) **The Dynamics of Music Psychotherapy**. Gilsum: Barcelona Publishers. 1998.

CORDEIRO, Kadna Pinheiro. **Hullabaloo**: Fazendo Música na Sala de Aula. Olinda: Livro Rápido, 2010.

_____. “Quem canta seus males espanta...afinando silêncio, embalando sons”. In.: FREIRE, Lúcia (Org.). **Terapia e Espiritualidade: Reflexões e Práticas**. Recife, PE: Libertas Editora. 2013.

HIRSHBERG, Caryle; BARASCH, Marc Ian. **Curas Extraordinárias**. Rio de Janeiro, Record, 1997.

SCHAFER, Murray. **O Ouvido Pensante**. São Paulo: Editora UNESP, 1992.

_____. **A afinação do Mundo**. São Paulo: Editora UNESP, 1997.

TERRA, Vera. **Acaso e Aleatório na Música**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2000.

WAZLAWICK, Patrícia; CAMARGO, Denise de; MAHEIRIE, Kátia. Significados e Sentidos da Música: uma breve “composição” a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 12, n. 1, pp. 105-113, jan./abr. 2007.



Musicoterapia com Mulheres Vítimas de Violência Doméstica: proposta de intervenção em uma Casa de Referência à Mulher em Belo Horizonte

*Music Therapy with Women Victims of Domestic Violence: Proposal of Intervention in
a House of Reference to Women in Belo Horizonte*

Maria Luiza Silva Pinho²

Marina Reis de Freitas³

Stephanie R. R. Perdigão⁴

Verônica Magalhães Rosário⁵

Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo: Neste artigo, apresentamos um relato de experiência sobre a inserção da Musicoterapia na Casa de Referência a Mulher Tina Martins em Belo Horizonte com foco no atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica. Os resultados alcançados até o momento apontam para uma dificuldade de adesão das mulheres, havendo, porém, mudanças positivas na relação terapeuta-cliente e terapeuta-grupo das participantes mais assíduas.

Palavras-chave: Musicoterapia e saúde da mulher. Violência doméstica. Casa de referência a mulher. Tina Martins.

Abstract: In this paper, we present an experience report about the insertion of Music Therapy in the House of Reference to Woman Tina Martins in Belo Horizonte with focus on care for women victims of domestic violence. The results demonstrate a difficulty in adherence of women, but there are positive changes in the therapist-client and therapist-group relationship of the most assiduous participants.

Keywords: Music Therapy and Women Health. Domestic violence. House of Reference to Woman. Tina Martins

1 Trabalho apresentado no GT 5 na modalidade apresentação oral no XVI Simposio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018. 2 <http://lattes.cnpq.br/5349646233717165> 3 <http://lattes.cnpq.br/1107046059340390> 5 <http://lattes.cnpq.br/3714971492649787>



1. Introdução

Segundo o Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica no 8, Violência Intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço de 2001, o tipo de violência que mais acomete mulheres e crianças é a que acontece dentro ou fora do lar, por um agressor membro do núcleo familiar: a violência doméstica. Mais da metade da população do País – as 103,8 milhões de brasileiras contabilizadas na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2013*, do IBGE, sentem-se ameaçadas por essa realidade. A violência doméstica deixa marcas em toda a família e por seguidas gerações; além disso, causa impactos econômicos, impedindo a emancipação e o desenvolvimento da potencialidade da mulher, refletindo também no empobrecimento das comunidades, como aponta o Manual para Atendimento Às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF - Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009.

As mulheres estão nessa posição de sofrer a violência pelas mão do homem há longo tempo, devida a uma relação de poder historicamente desigual entre homens e mulheres.

No Brasil, quase 2,1 milhões de mulheres são espancadas por ano, sendo 175 mil por mês, 5,8 mil por dia, 4 por minuto e uma a cada 15 segundos. Em 70% dos casos, o agressor é uma pessoa com quem ela mantém ou manteve algum vínculo afetivo. As agressões são similares e recorrentes, acontece nas famílias, independente de raça, classe social, idade ou de orientação sexual de seus componentes. (Manual para Atendimento Às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF - Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009)

O dicionário do Aurélio, 2018, define o patriarcado como sendo o tipo de organização social em que a autoridade é exercida por homens. Vemos o reflexo



dessas relações de poder até hoje, quando a mulher é colocada em papel de submissão e se apanha é porque merece. Logo, ela é culpada pela agressão que sofre.

A presença de violência doméstica, por exemplo, evidencia [...] que ocorrem situações de dependência no interior do espaço familiar, particularmente das mulheres com relação aos homens. Nesse caso, as instituições políticas ignoram essa situação que permanece à margem do sistema normativo. O patriarcado é um sistema de poder análogo ao escravismo, observa Carole Pateman (1988). (AGUIAR, 2000, vol.15, no.2)

A dependência da mulher em relação ao homem, seja ela financeira, emocional ou de qualquer outra natureza, inibe a denúncia, no caso de violência. A mulher se vê impune e silenciada, a mercê do agressor.

A Musicoterapia, por outro lado, pode ser um auxílio para as mulheres vítimas de violência doméstica, pois o seu recurso mais fundamental e que a diferencia de outras terapias, a música, pode oferecer o suporte necessário para reconquistar a autoestima e autonomia que está, geralmente, fragilizada nessas mulheres. “A Musicoterapia pode reconstruir padrões corporais, mentais e emocionais a partir da aplicação da linguagem musical associada a recursos instrumentais com objetivos terapêuticos.” (CAMEJO, 2010. p. 5.)

2. Desenvolvimento

O Ciclo de violência gerado pela violência doméstica deixa mazelas na sociedade, difíceis de sanar. Diante desse alarmante caso de saúde pública que fere o direito de tantas cidadãs, viu-se a necessidade de criar medidas para reverter esse



quadro. Desde 2006 quando foi decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo então presidente, Luiz Inácio Lula da Silva, a Lei No 11.340 (conhecida popularmente como Lei Maria da Penha), ampliou-se a rede de proteção para esse público. A Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nas suas diferentes formas (física, moral, sexual, patrimonial e psicológica).

Apesar dos serviços especializados de atendimento à mulher, a proteção ainda é insuficiente. Caso a vítima corra o risco de morte iminente e tenha a necessidade de deixar a casa, o abrigo é um fator complexo: segundo a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) do IBGE, de 2013, apenas 2,5% das cidades brasileiras possuem casa-abrigo para mulheres em situação de violência. Em Belo Horizonte há apenas uma casa-abrigo de longa permanência (90 a 180 dias)⁴ onde outro fator dificulta o acesso: é obrigatório a apresentação do boletim de ocorrência com a queixa registrada; porém, devido ao medo, a queixa nem sempre ocorre. De acordo com a pesquisa *Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres* realizada pelo Data Popular/Instituto Patrícia Galvão também em 2013, 85% dos entrevistados, acredita que mulheres que denunciam seus parceiros correm mais riscos de sofrer assassinato.

Foi nesse cenário que surgiu a Casa de Referência a Mulher Tina Martins (conhecida na cidade e aqui referenciada como Tina). A Ocupação urbana que precedeu a Casa de Referência, ocorreu no centro de Belo Horizonte em 2016 e “nasceu das reivindicações por mais creches, mais delegacias especializadas em mulheres que funcionem 24 horas e por mais casas-abrigo para mulheres vítimas de



violência” (PARADELA, 2016, Jornal A VERDADE). Atualmente a Tina é autogerida por voluntárias e abriga mulheres em situação de violência. Utilizando outros critérios para a admissão (avaliação de caso a caso), oferece uma alternativa menos burocrática às vítimas.

Nosso trabalho na Tina Martins começou a partir de uma abordagem Humanista Existencial, com foco na pessoa. Como propõe Carls Rogers na descrição da Abordagem Centrada na Pessoa, a terapeuta deve “ver através dos olhos da outra pessoa, perceber o mundo tal como lhe aparece, aceder, pelo menos parcialmente, ao quadro de referência interno da outra pessoa”. (ROGERS, 2003)

É importante ressaltar que apesar da Casa não estipular tempo máximo de permanência para as abrigadas, é um local de passagem. O trabalho realizado no local é de apoio e proteção, com o intuito de ajudá-las a reestruturar a vida (pessoal e financeira) conseguir um emprego, se for o caso e, assim que possível, encontrar uma moradia mais adequada. Sendo assim, os atendimentos realizados na Tina tem o caráter de Musicoterapia breve, focado nas necessidades imediatas das mulheres, como diminuição do estresse, melhoria das relações sociais e empoderamento.

A proposta inicial de trabalho foi o atendimento em grupo com as mulheres residentes na Casa - do primeiro momento até o presente, 5 mulheres abrigadas.

Quando demos início às sessões Musicoterapia porém, enfrentamos o primeiro desafio: a adesão. As mulheres chegam à Casa por diferentes motivos, repletas de bagagens e todas elas, muito pesadas.

A reação mais comum perante as crueldades da vida é bani-las para fora da consciência. Um engenhoso sistema de defesa psicológica de negação e silêncio são estratégias de sobrevivência para tentar esquecer



e não colocar em palavras o que é considerado demasiado cruel para existir na vida humana. O conflito entre manter o silêncio e a vontade de gritar a sua dor é inerente ao trauma psicológico. (SLEGH, 2006. p. 2.)

Devido ao trauma do abuso e a dificuldade de se expor e confiar, as mulheres comumente apresentam resistência às atividades oferecidas na casa e mesmo ao contato com as outras abrigadas. Da experiência que tivemos na Tina, a maior parte das mulheres recém chegadas não se relacionavam umas com as outras, mais do que o necessário. Apesar de se encontrarem em situações semelhantes, o que nos foi possível perceber é que as relações eram superficiais.

Vimos, então, a importância de criar um vínculo, não só entre terapeuta-cliente, mas entre o grupo. A música oferece essa possibilidade de estabelecer um contato direto e criar empatia.

No fazer musical, musicoterapeuta e paciente compartilham a mesma melodia, o mesmo ritmo, o mesmo centro tonal e o mesmo texto da canção. Isso faz com que o/a paciente obtenha como retorno de sua ação, um simulacro sonoro da experiência vivida, recebendo na mesma intensidade e proporção aquilo que está produzindo. (KROB, 2010. p. 15.)

Até o presente momento, foram realizadas 5 sessões, uma vez por semana, de aproximadamente 1h cada, onde só uma cliente compareceu a todas. Além da dificuldade de adesão pelo receio, enfrentamos ainda a questão de disponibilidade: como os atendimentos são realizados na moradia das clientes, elas nem sempre estão disponíveis para a sessão. Muitas vezes encontramos-las realizando as atividades domésticas ou mesmo não as encontramos, já que elas também possuem obrigações e compromissos fora da Casa. As sessões têm ocorrido com a presença de uma ou duas participantes, além da presença de uma terapeuta e uma co-terapeuta. Inicialmente, pensamos em um segundo grupo, em que uma terapeuta



estivesse à disposição das crianças, realizando um atendimento separado para que as mães pudessem participar do primeiro grupo. No entanto, até hoje não nos deparamos com a situação em que fosse preciso separar os grupos, já que apenas uma das mulheres que participou da Musicoterapia até hoje, estava com a criança e na ocasião, ela preferiu que a filha permanecesse com ela. Sendo assim, essa terapeuta tem participado conosco do grupo das mulheres. Antes de implementar a Musicoterapia na Casa, fizemos uma visita às abrigadas para explicar a prática e divulgar o início dos atendimentos. O convite é reforçado semanalmente a todas as mulheres presentes na Tina.

Nesses encontros, temos utilizado técnicas associadas a diferentes métodos musicoterapêuticos, como o programa de Musicoterapia para distúrbios psiquiátricos proposto por Unkefer, “para criar um ambiente estruturado para prática da expressão sentimental, comportamento socialmente adequado, [...] e domínio de tarefas levando a uma melhor autoestima”. (UNKEFER, 1990. p. 3.)

As sessões são geralmente estruturadas da seguinte maneira: no primeiro momento é feita uma atividade de Música e Movimento, técnica do Unkefer, na qual a paciente pode se mover de maneira menos autoconsciente, se conectando com o corpo e com o espaço e podendo expressar pensamentos e emoções através do movimento expressivo. No segundo momento, realizamos um trabalho com canções baseada nas técnicas de Terapia de Canto em Grupo do Unkefer e Músico-verbal do Milleco, onde fazemos recriação (interpretação de uma canção já existente, cantada e tocada pelo grupo), análise da letra e dos aspectos musicais da canção (o que a cliente interpreta da letra, do que faz lembrar; a música é feliz ou triste? como percebemos isso observando andamento, dinâmica, etc.) e dedicatória musical (a



cliente dedica a canção a algo ou alguém significativo, não necessitando que a pessoa esteja presente). E o terceiro momento é voltado para o empoderamento: em roda, de mãos dadas, cantamos a canção *Força da paz - Novo Quilombo*, enquanto dançamos em ciranda. A letra traz uma mensagem de força, união e pertencimento, reforçada pela configuração da roda. *Força da Paz*

*Cresça sempre, sempre mais
Que reine a Paz*

E acabem-se as fronteiras

Nós Somos Um

3. Resultados Parciais

Apesar do curto período de atendimento, pudemos notar alguma repercussão do processo: as mulheres da Casa, no geral, interagiram melhor conosco, mesmo aquelas que não participaram das sessões, ou participaram apenas uma vez. Observamos também que mesmo com a dificuldade de adesão, houve a procura: a abrigada que estava mais envolvida com a Musicoterapia, manifestou diferentes vezes a vontade de comparecer, mesmo quando ela não podia e abriu mão de compromissos e horários para estar presente nas sessões.

O trabalho com canções teve um efeito grande: por um lado abriu muitas portas, pois conseguimos criar um vínculo e partilhar momentos de entrega, em que elas se sentiam à vontade para contar da vida, dos problemas, das inseguranças e também para encontrar força. Por outro lado, esbarramos em diversas situações em que as letras das canções vinham carregadas de machismo. “A violência contra a mulher está enraizada de tal forma na sociedade que é comumente banalizada e



naturalizada. Se cantam, incorporam ideias e as aceitam. Se aceitam, permitem que elas se estabeleçam”. (KROB, 2010. p. 11.)

Dessa forma, analisamos e criticamos canções populares, que traziam essa violência naturalizada e houve até um momento de recriação em que uma das abrigadas tomou a iniciativa de modificar a letra, para que contemplasse o sentimento dela. A canção Mulher de Fases, do grupo Raimundos, se inicia com a seguinte frase:

“Que mulher ruim
Jogou minhas coisas fora”

Para a cliente, o sujeito da canção deveria ser um homem, pois remetia a ela, o ex-companheiro. Iniciamos a música, então, cantando:

“Que homem ruim
Jogou minhas coisas fora”

Diversas memórias afetivas foram trazidas pelas canções, no que pudemos observar. Se boas, proporcionavam um momento de nostalgia e bem estar; se más, traziam dor, mas no compartilhar do sentimento, trouxeram também a sensação de acolhimento por não estarem sozinhas nesse momento e até alívio pelo que passou.

4. Conclusão

A intervenção Musicoterapêutica na Tina, foi sem dúvida algo novo na vida dessas mulheres. Pelo que nos foi dado perceber, houveram mudanças, ainda que



pequenas, na relação terapeuta-cliente e na relação do grupo. Vemos nessa alteração de comportamento em relação à Musicoterapia, apenas como o começo de um processo que pode ser muito bem sucedido.

5. Referências Bibliográficas

AGUIAR, Neuma. Patriarcado, sociedade e patrimonialismo. Scielo: Sociedade e Estado vol.15, no2. Brasília, 2000. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922000000200006>
Acessado em: 30 de abril de 2018

A Linha Divisória da Saúde Pública - Saneamento Básico. Ano 7, no 27. Senado Federal - Brasília DF, 2016. Disponível em:
<<https://www12.senado.leg.br/emdiscussao/edicoes/saneamento-basico/violencia-contra-a-mulher/protexao-as-vitimas-ainda-e-insuficiente>> Acessado em: 30 de abril de 2018

Dicionário do Aurélio - Significado de Patriarcado, 2018. Disponível em:
<<https://dicionariodoaurelio.com/patriarcado>> Acessado em 30 de abril de 2018.

Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e de Violência - Secretária de Políticas para as Mulheres - Presidência da República. Brasília, 2011. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/diretrizes-nacionais-para-o-abrigamento-de-mulheres-em-situacao-de-risco-e-de-violencia>> Acessado em: 30 de abril de 2018.

Manual para Atendimento Às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF - Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009. Disponível em:
<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/notificacao-violencia-interpessoal-e-autoprovocada.pdf>> Acesso em: 25 de abril de 2018.

MILLECO, Luís Antônio; BRANDÃO, Maria Regina; MILLECO, Ronaldo Pomponét. É Preciso Cantar: Musicoterapia, Cantos e Canções. Rio de Janeiro, Enelivros, 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: Orientações para práticas em serviço. Brasília: MS; 2001. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf> Acesso em: 25 de abril de



2018.

OLIVEIRA, Fernanda M. e LOTTA, Gabriela S. – Bem vinda – Centro de Apoio a Mulher. Belo Horizonte, MG, 2004. Disponível em: <<http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2014/05/texto-5363c739cb389.pdf>> Acessado em: 30 de abril de 2018.

PARADELA, Juliana. Casa Tina Martins, conquista das mulheres que lutam! Jornal A VERDADE, 2016. Disponível em: <<http://averdade.org.br/2016/08/casa-tina-martins-conquista-das-mulheres-que-lutam/>> Acessado em: 30 de abril de 2018.

Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres - Data Popular/Instituto Patrícia Galvão, 2013. Disponível em: <<http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossies/violencia/pesquisa/percepcao-da-sociedade-sobre-violencia-e-assassinatos-de-mulheres-data-popularinstituto-patricia-galvao-2013/>> Acessado em: 30 de abril de 2018.

Presidência da República, Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. 7 de agosto de 2006 <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm> Acesso em: 26 de abril de 2018.

ROSSI, Aline. A culpabilização e silenciamento da mulher. Wordpress, Mundo Desalienado, 2015. Disponível em: <<https://mundodesalienado.wordpress.com/2015/04/23/a-culpabilizacao-e-silenciamento-da-mulher/>> Acessado em: 30 de abril de 2018.

SLEGH, Henny. Impacto Psicológico da Violência Contra as Mulheres. Outras Vozes, no15, 2006. Disponível em: <<http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/11/Impacto-psicologico-da-violencia-contra-as-mulheres-2006.pdf>> Acessado em: 30 de abril de 2018.



Musicoterapia na Reabilitação: Um Estudo de Caso de uma Criança com Paralisia Cerebral.¹

Music Therapy in Rehabilitation: A Case Study of a Child with Cerebral Palsy.

Fernanda Franzoni Zaguini²

Resumo: O presente estudo de caso descreve o processo musicoterapêutico de uma criança com paralisia cerebral. Para isto foi realizada uma entrevista com a família e as observações livres dos atendimentos. Os resultados do processo musicoterapêutico mostraram uma melhora na organização motora de diferentes funções, habilitando a criança para novos processos cerebrais.

Palavras-chave: Musicoterapia. Reabilitação. Paralisia Cerebral. Interação Social.

Abstract: The present case study describes the music therapy process of a child with cerebral palsy. For this, an interview was realized with the family and the free observations of the visits were carried out. The results of the music therapy process showed an improvement in the organization of the motor of different functions, enabling the child to new brain processes.

Keywords: Music therapy. Rehabilitation. Cerebral Palsy. Social Interaction.

1. Introdução

O diagnóstico da paciente apresentada neste estudo de caso³ foi realizado na UTI neonatal do Hospital Nossa Senhora das Graças em Curitiba-PR. A mãe da paciente, que aqui será chamada Beatriz, teve uma gestação de alto risco em que foi diagnosticada, no pré-natal, a síndrome da transfusão feto-fetal (STFF). Como neste caso, gestações gemelares monocoriônicas (única massa placentária e membrana amniótica) estão associadas ao maior risco de malformações fetais, risco da STFF e risco significativo de lesão neurológica do feto sobrevivente (Machado, 2013). Para Machado, o aspecto único da placenta monocoriônica explica grande parte da morbidade associada a essa gestação (Ibid).

¹Trabalho apresentado no GTna modalidade apresentação oral no XVI Simposio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

²Link do currículo lattes:<http://lattes.cnpq.br/4450389687186115>.

³ Estudo de caso realizado com Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos responsáveis.

Dias et al. (2014), aponta que a STFF é uma das complicações mais graves das gestações gemelares monocoriônicas e está associada a um risco elevado de mortalidade fetal e perinatal, bem como à presença de sequelas nos sobreviventes. Na STFF, um dos gêmeos é o transfusor (doador arterial) e o outro o gemelar receptor (venoso). O gêmeo doador, em geral, evoluirá para hipovolemia, hipoplasia pulmonar, retardo de crescimento intrauterino simétrico, anúria e óbito. O gemelar receptor evoluirá para uma hipervolemia, crescerá rapidamente, poderá ser poliúrico, gerar hidraminina aguda, insuficiência cardíaca congestiva, hidropsia e até óbito (NOVO, 2001).

Neste caso, Beatriz era a gemelar receptora, a maior delas e a que recebia os nutrientes amnióticos. As gêmeas nasceram em 18 de fevereiro de 2010. Na alta da UTI, os prontuários mostraram que a paciente foi a primeira a nascer (gemelar um) com condições de respiração irregular, bradicardia e cianótica. Foi realizada a ventilação com pressão positiva e intubação com cânula endotraqueal na rima labial. Apresentou Apgar 6/8, peso 1.195g, síndrome do desconforto respiratório (SDR) grau três, apneia da prematuridade, ecografia cerebral normal e hiperbilirrubenemia.

Beatriz ficou quase três meses internada na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Na evolução pós-natal foi diagnosticada Paralisia Cerebral (PC) do tipo tetraparesiaespástica⁴. A PC é descrita como um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações da atividade (GIANNI, 2009, p 44). As desordens motoras da criança com PC, segundo a Gianni, são frequentemente acompanhadas por distúrbios sensoriais, perceptivos, cognitivos, da comunicação e do comportamento, por epilepsia e por problemas músculo-esqueléticos secundários.

2. O processo musicoterapêutico

⁴ .A característica principal da PC é a desordem motora, que varia em suas manifestações de acordo com a área encefálica comprometida. Classifica-se como PC espástica, quando a área mais afetada é o córtex e as vias córtico-espinhais, responsáveis pelo controle do tono e da movimentação ativa; sua lesão leva a criança a ter diminuição dessa movimentação (paresia) e a liberação do tono (espasticidade). A soma desses dois distúrbios predispõe o desenvolvimento de contraturas e deformidades que vão comprometer ainda mais a *performance* motora do paciente. (GIANNI, 2009).

Os atendimentos de musicoterapia iniciaram com frequência de duas vezes por semana com duração de uma hora cada sessão. Foram realizados oitenta atendimentos no período de quinze meses (fevereiro de 2017 até abril de 2018). Os atendimentos foram realizados na residência da paciente, em um espaço preparado para os atendimentos da equipe multiprofissional, composta pela musicoterapeuta, fonoaudióloga, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

Na avaliação inicial foi percebida em Beatriz a ausência de comunicação verbal. A paciente mostrava o que queria por meio do riso e do choro, das expressões faciais e do olhar. Quando ela movimentava os braços de maneira intencional em direção a um objeto, era observável uma preensão forte e o controle parcial de suas mãos, ou seja, ela podia manipular objetos de maneiras diferentes. Costumava levar a boca objetos que pareciam ser novidades. Demonstrava pouca sustentação da cabeça e do tronco e nas sessões permanecia sentada na cadeira com apoio.

Com isso, foram elaboradas estratégias conforme as demandas iniciais: formação do vínculo, pouco contato visual, sensibilidade para sons agudos, necessidade de desenvolver a coordenação motora e ampliar as capacidades motoras, assim como a criação de instrumentos específicos para o manejo de Beatriz.

No início do processo foi realizada a testificação musical, de forma que a musicoterapeuta cantava cantigas e observava a maneira com que Beatriz manipulava os objetos e os instrumentos musicais. Foram também avaliados quais sons a agradavam mais, quais timbres causavam desconforto ou, ainda, quais eram as sequências harmônicas, melódicas e rítmicas com que Beatriz mais interagia e qual a consciência que tinha sobre seus movimentos.

Os objetivos traçados foram: estabelecer o vínculo com a paciente e a família; estimular a percepção sonora de diferentes timbres; estimular as habilidades auditivas, visomotoras e a memória motora; estimular a capacidade de preensão e coordenação viso motora; estimular a postura na linha média para a sustentação do tronco; estimular a capacidade expressiva; proporcionar momentos prazerosos com a música. As técnicas musicoterapêutica mais utilizadas foram a improvisação e a recriação de canções.

Para o processo musicoterapêutico, cada sessão foi organizada na sequência de início, meio e fim. Nos primeiros três meses, as sessões se repetiram em um formato: no início eram realizadas a 'canção de chegada' e a estimulação auditiva de diferentes melodias e campos harmônicos com as cantigas do cancionero infantil, cantadas e tocadas no violão pela musicoterapeuta.

No meio da sessão era feito o trabalho de dessensibilização sensorial a partir de texturas, cores, timbres e ritmos. Dessa maneira, as sessões seguiam com momentos de silêncio e estimulações táteis e sonoras, como o toque das mãos e dos pés de Beatriz na pele dos instrumentos de percussão, mediando a interação com os instrumentos até o final. A sessão era encerrada com mais algumas canções, que a paciente passou a sinalizar como sendo suas preferências musicais, até o momento da canção de "Tchau", que finalizava o atendimento.

A partir do terceiro mês, foi possível perceber evoluções em Beatriz e iniciou-se uma nova etapa no processo. A familiarização com os campos harmônicos, maiores e menores, e ritmos com compassos ternários e quaternários simples, favorecia percepções musicais mais elaboradas. A musicoterapeuta passou a estimular a percepção visomotora da paciente utilizando instrumentos coloridos variados. Beatriz correspondia procurando a fonte sonora, buscando com o olhar os instrumentos de sua preferência.

Foi possível perceber pequenos avanços em relação ao tempo do contato visual com a musicoterapeuta e, então, desenvolver novas possibilidades de atividades, uma vez que Beatriz parecia disposta a interagir mais. Explorava instrumentos, como o violão, o teclado e os tambores. Sempre procurando os instrumentos com o olhar e fazendo movimentos corporais. Mostrava-se bastante receptiva às variações de entonação da fala e improvisações melódicas feitas pela musicoterapeuta e às sonoridades dos diferentes timbres dos instrumentos.

Beatriz passou a observar a estar mais atenta aos objetos aos movimentos da musicoterapeuta pela sala. Sorria quando a musicoterapeuta chegava ao local do atendimento e, em alguns momentos, realizava vocalizações agudas. Em outros momentos, apresentava-se tranquila e

observadora. Sorria ao escutar melodias de canções infantis familiares, mostrava-se mais atenta aos instrumentos musicais posicionados a sua frente, passando a experimentar tocar o tambor e o violão, e, com mais facilidade, os chocalhos, as baquetas e as maracas, fazendo o seu próprio som.

Foram notadas algumas reações, por meio de sorrisos, às canções de que mais gostava, como: “Alecrim Dourado”, “O anel”, “Banana”, “Canção para o universo” e “Pintinho Amarelinho”. Nestes momentos, dentro de suas possibilidades, Beatriz “dançava”, girando o tronco e a cabeça de um lado para o outro. Quando era estimulada a perceber a vibração dos tambores em contato com a pele dos instrumentos, realizava vocalizações e movimentos como resposta. Foram identificadas novas habilitações de Beatriz para comunicar-se, como por exemplo, quando demonstrava a intenção para tocar um instrumento e qual queria tocar. Assim, foi incluído o teclado como um novo instrumento da estimulação.

Com isso, nesta etapa do processo musicoterapêutico, a sessão passou a ter o seguinte formato: iniciava com Beatriz deitada no chão, e os instrumentos ao seu redor para que pudesse alcançá-los, enquanto a musicoterapeuta cantava e tocava. Depois, passava a maior parte do atendimento sentada em frente ao teclado, onde eram feitas as estimulações táteis e auditivas. A paciente era encorajada a experimentar o teclado enquanto a musicoterapeuta tocava junto o seu violão. Assim, eram improvisadas canções a partir do cancionário infantil e ao final eram oferecidas suas canções preferidas. Mais da metade das oitenta sessões foram realizadas neste novo formato, identificado como segunda etapa do processo.

Na terceira etapa foi possível organizar novamente o tempo das atividades musicais, sendo percebida por ela de maneira natural. As sessões foram formatadas da seguinte maneira: iniciavam com estímulos sonoros visuais, táteis e auditivas com o posicionamento de Beatriz na frente do teclado para explorar à sua maneira os sons e os botões do instrumento.

Os estímulos eram também realizados com os timbres dos instrumentos escolhidos e tocados por ela, dentro de suas possibilidades, com ou sem o auxílio da musicoterapeuta. Com o objetivo de estimular a lateralidade, tocava

o tambor com auxílio, de forma intencional, com movimentos de membros superiores simultâneos e bilaterais com uma baqueta em cada mão.

Progressivamente, posicionada com apoio, e sentada por mais tempo na cadeira do que no chão, o teclado resultou no estímulo de coordenação motora fina, movimentos mais sincronizados e a vontade de querer tocar sem auxílio da musicoterapeuta. Dessa maneira, se intensificou o contato visual com a musicoterapeuta e as respostas da Beatriz ao processo.

No final do processo musicoterapêutico foi identificada a aquisição de novas habilidades e novas interações. Assim, as sessões passaram a ser realizadas de maneira que ela pudesse aproveitar mais os momentos prazerosos com a música, sendo feitas menos estimulações voltadas propriamente para habilitação. Nas últimas sessões, Beatriz estava tranquila, observadora, atenta aos estímulos externos.

Os objetivos alcançados no processo musicoterapêutico com foram: ampliação da atenção compartilhada, do tempo de contato visual, de atenção aos estímulos externos, da expressividade através de vocalizações e desenvolvimento na coordenação motora ampla. Observou-se, também, que Beatriz entendeu as atividades musicais propostas nas sessões quando tocou o tambor com o seu próprio ritmo, e conseguiu posicionar os dedos nas teclas do teclado, a partir de suas próprias observações das mãos da musicoterapeuta, como uma imitação.

Na devolutiva realizada na residência da família em abril de 2018, Beatriz foi encontrada, como de costume, deitada na cama ao final do dia, assistindo a desenhos. No momento em que a musicoterapeuta entrou no quarto para dar-lhe “oi”. Beatriz olhou para a porta, reconheceu a voz de quem estava ali e sorriu, sabendo quem a visitava, o que aponta para a constituição do vínculo terapeuta-paciente. Ao final da devolutiva realizada com a mãe, Beatriz estava jantando com o seu pai. A musicoterapeuta observou, neste momento, a interação dela com sua família, comunicando ao pai as suas vontades. Entende-se que as observações da interação familiar mostram-se muito ricas para traçar os novos objetivos do trabalho com Beatriz e, assim, explorar novas formas de interações.

3. Contextualização e reflexão

As reflexões sobre o processo musicoterapêutico acima descrito encontram ressonância nas palavras de Nascimento (2009) sobre as etapas da reabilitação com pacientes portadores de Paralisa Cerebral. A autora afirma que

(...) o tratamento inicia preferencialmente com a avaliação do nível funcional e, gradativamente foca as razões dos problemas. Deverão ser observadas com atenção especial as etapas do desenvolvimento da criança com PC lembrando que uma fase depende da outra para acontecer o aprendizado. (NASCIMENTO, 2009, p 64).

A realização do processo musicoterapêutico com Beatriz está de acordo com o que descreve Nascimento sobre a necessidade do planejamento da intervenção na reabilitação. Para isso, a musicoterapeuta do caso clínico submeteu-se a supervisões⁵ realizadas durante os atendimentos, fundamentais para a elaboração de novas estratégias e a continuidade do processo terapêutico.

Os estudos teóricos foram aprofundados e ainda vêm contribuindo com novos esclarecimentos sob a ótica da musicoterapia. Novas pesquisas indicam a sincronização como elemento transformador na musicoterapia e isto foi constatado ao longo do processo retratado. Sendo assim, segundo Pfeiffer (2017):

O ritmo é um forte estímulo e organizador ao nível do motor, cognitivo e do comportamento humano. O trabalho terapêutico com o ritmo e os componentes temporais da música é utilizado na musicoterapia para conquistar trocas terapêuticas em diferentes aspectos da clínica. Por um lado os aspectos temporais da música desempenham um papel fundamental em relação à organização do movimento corporal no tempo e no espaço, permitindo a estimulação e aprendizagem e a reabilitação motora de diferentes funções, tal como a marcha, o movimento integral do corpo, a coordenação à independência dos braços e motora ampla e fina. (PFEIFFER, 2017, p 132).

⁵ .Supervisões realizadas com a Dra. Rosemyriam Cunha, professora da UNESPAR, Curitiba Campus II - Faculdades de Artes do Paraná – FAP.

Para Pfeiffer (2017), o ritmo implementado como elemento motivador e organizador facilita o aumento do nível de permanência na atividade, assim como os processos de atenção e memorização e interação. Isto foi constatado na maneira como Beatriz entendeu as atividades musicais propostas nas sessões, tocou o tambor e o teclado com o seu próprio ritmo e reagiu, com sorrisos, ao sentir as batidas dos tambores nos pés junto à melodia da voz. Ainda, percebeu a sincronização entre os movimentos corporais e as vocalizações realizadas ao interagir com a musicoterapeuta que tocava o violão. Nesse sentido, podem ser consideradas de grande importância as atividades musicais de abstração temporal e rítmica, realizadas como atividades musicais durante o processo.

4. Conclusão

Através do fazer musical compartilhado, dentro dos objetivos, a musicoterapeuta pode estimular percepções sonoras de diferentes timbres, autonomia, memória, equilíbrio, sustentação corporal, capacidades motoras, visomotoras, expressivas e comunicativas além dos momentos de prazer e o aumento da autoestima. Beatriz mostrou-se bastante receptiva às variações de entonação da voz, às estimulações dos diferentes timbres dos instrumentos musicais e à experimentação dos mesmos.

Para a continuidade dos atendimentos, outros objetivos específicos serão estabelecidos, como: propiciar experiências musicais para a estimulação da coordenação motora fina, maior auto-organização motora através de atividades rítmicas e temporais com a música, e facilitar, através das melodias a linguagem, a estimulação da expressividade corporal, das vocalizações e, conseqüentemente, da capacidade comunicativa, além da manutenção do vínculo terapêutico já estabelecido.

O aprofundamento do conhecimento neste estudo de caso mostrou caminhos a serem percorridos nas iniciativas de reabilitação por meio da abordagem musicoterapêutica. O campo da reabilitação neurológica vem crescendo e possibilitando que a musicoterapia seja uma ferramenta essencial para mediar o desenvolvimento da criança com paralisia cerebral e aprofundar estudos sobre as possibilidades de interações e de circulação social desta população.

REFERENCIAS

DIAS, Joana; FRAGA, José; BRANCO, Susana; MONTEIRO, Suzana; CARVALHO, Carmen; ALEXANDRINO, Ana Margarida. Transfusão feto-fetal - sobrevivente policitémico. **Revista de Pediatria Centro Hospitalar do Porto. Nascer e Crescer**, 01 Fevereiro 2016, Vol.23(1), pp.35-38. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542014000100009Acesso em: 05 abr 2018.

MACHADO, A. C. R. Gestação gemelar monocori nica e diamniótica com restrição de crescimento fetal seletiva e não seletiva: morbidade e mortalidade perinatais em rela o aos padrões de dopplervelocimentria da artéria umbilical.**Tese Doutorado**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2013. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde.../RitadeCassiaAlamMachado.pdfAcesso em: 10 abr 2018.

NASCIMENTO, M., Maria Ângela de Campos Gianni. Paralisia Cerebral: aspectos clínicos e de reabilita o. In: _____. **Musicoterapia e a Reabilita o do Paciente Neurológico**. Local: AACD, Editora: Memnon. 2009. p. 44-53.

NOVO, José Luiz Garcia. Gemelidade Monocori nica-Monoamni tica. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. Vol. 3, n 2, 2001, 34-38. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/download/280/pdf>Acesso em: 18 abr 2018.

PFEIFFER, Camila F.;ZAMANI, Cristina. **Explorando el Cerebro Musical-Musicoterapia, Música y Neurociencias**. Editora Kier S.A., Buenos Aires, Argentina, 2017.



Atendimento musicoterapêutico hospitalar breve nos cuidados progressivos¹

Brief hospital Music Therapy intervention in progressive care

Rhainara Lima Celestino Ferreira²
Universidade Federal de Minas Gerais
Aline Magalhães S Silva³
Universidade Federal de Minas Gerais
Leticia Lima Dionizio⁴
Universidade Federal de Minas Gerais
Marina Horta Freire⁵
Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo: O presente trabalho apresenta o projeto de extensão da UFMG “Musicoterapia nos Cuidados Progressivos: atendimento musicoterapêutico hospitalar breve” realizado desde o segundo semestre de 2016, em convênio com o Hospital João XXIII. Tem como objetivo explicar sobre os atendimentos realizados, tendo como base algumas técnicas musicoterapêuticas, que atendem demandas específicas dos pacientes. É possível observar bons resultados, tanto no ambiente hospitalar como nos pacientes e nos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente hospitalizado.

Palavras-chave: Musicoterapia. Hospitalar. Cuidados Progressivos.

Abstract: The present work shows the extension project of the UFMG “Music Therapy in the Progressive Care: short hospital Music therapy care” held since the Second half of 2016, in partnership with the Hospital João XXIII. Its purpose is to explain what care has been taken, such as some of the music therapists, that are required in several patients. It is possible to observe the good results, both in the hospital environment and in the patients and professionals involved in the hospitalized patient care.

Keywords: Music Therapy. Hospital. Progressive Care.

¹ Trabalho apresentado no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² <http://lattes.cnpq.br/9534471072593762>.

³ <http://lattes.cnpq.br/4077381626369796>

⁴ <http://lattes.cnpq.br/6820461693637528>

⁵ <http://lattes.cnpq.br/1301269894536856>



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

1. Introdução

O presente trabalho relata as experiências ocorridas no projeto de extensão “Musicoterapia nos Cuidados Progressivos: atendimento musicoterapêutico hospitalar breve” (SIEX 402809) da Escola de Música da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) durante o curso de graduação de Bacharelado em Música com habilitação em Musicoterapia em parceria com o Hospital João XXIII e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Este projeto de extensão em Musicoterapia Hospitalar presta atendimentos musicoterapêuticos a pacientes na Unidade de Cuidados Progressivos (UCP), terceiro andar do Hospital João XXIII, desde agosto de 2016.

A Musicoterapia é a utilização dos elementos musicais (ritmo, melodia, harmonia e outros) e a música como ferramenta terapêutica, por um profissional graduado ou pós-graduado em Musicoterapia, a fim de alcançar objetivos, dentro de variados contextos, podendo ser individual ou grupal, buscando melhorar a qualidade de vida e outros aspectos da vida de pacientes (WFMT, 2011).

A utilização da música no dia a dia de uma pessoa pode estar presente de diversos modos (SAMPAIO, 2017), como por exemplo para dar energia para um movimento, na academia ou no convívio social, para celebrar, despedir ou em rituais sociais, com casamentos, enterros, entre outras utilizações (GROUT; PALISCA, 1994; SEKEFF, 2007; GFELLER, 2008 Apud SAMPAIO, 2017). Devido a isso, a Musicoterapia tem um amplo alcance de atuação, levando em conta que praticamente todas as pessoas têm algum tipo de vivência musical em seu cotidiano.

Cada pessoa possui uma Identidade Sonora Musical (ISO), em que estão englobadas as principais músicas e/ou estilos musicais, que mais o represente e expresse sua personalidade e essência, e através de seu histórico musical, o musicoterapeuta pode trabalhar para alcançar seus objetivos, que são específicos para cada paciente. Segundo Petersen (2012, p.63), “acolher este ser humano em seu sofrimento através das músicas que estão ligadas à sua história pessoal pode permitir um reviver de situações e emoções, narrativas e ressignificações, reflexões sobre a transcendência e o sentido da vida, nas fases do processo de adoecimento”.

Por esses e vários outros estudos é notória a importância da Musicoterapia nos ambientes hospitalares (SILVA; FLEURY; ESPERIDIÃO, 2012; HILLMER;



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

SWEDBERG; STANDLEY, 2011; ORTINS; SÁ, 2007; LEE, 2016; BRUSCIA et al, 2001; PETERSEN, 2012; FERREIRA et al, 2017). Dentre os possíveis efeitos musicoterapêuticos os estudos destacam: socialização, expressão emocional (medo, ansiedade, etc), suporte emocional, comunicação entre paciente - cuidadores - equipe (ORTINS; SÁ, 2007), controle e manejo da dor (DILEO, 2001), fortalecimento do vínculo terapêutico, desenvolvimento da musicalidade (NORDOFF; ROBBINS, 2007), momentos de prazer com a música (BERGOLD, 2012), entre outros.

A prática da Musicoterapia Hospitalar pode variar em diversos contextos: Oncologia, Unidades de Terapia Intensiva e Semi-intensiva, Cirurgias, Pediatria, entre outros. Geralmente nesses contextos, os atendimentos são breves e observamos que não é possível traçar um processo terapêutico, mas os benefícios e resultados são notórios como afirma Sampaio:

Penso que deve ter sempre em mente, quando se atua num hospital, nessas condições, que não há um processo terapêutico e sim intervenções. Entende-se que um processo musicoterapêutico requer uma extensão no tempo e que, nele, as mudanças são gradativas e relacionadas a uma demanda clínica que foi avaliada e diagnosticada. A intervenção, por sua vez, é uma ação do musicoterapeuta que possibilita uma mudança imediata na condição de saúde do paciente, mesmo que seus efeitos não possuam uma grande permanência (SAMPAIO, 2005, p.40).

A Musicoterapia Hospitalar, sobretudo nos cuidados progressivos (terminologia utilizada pelo hospital João XXIII, onde acontece o presente projeto de extensão, para designar a unidade semi-intensiva), tem por objetivo assistir o indivíduo de maneira integral. Conforme apresentado por Dionizio, os objetivos desse tipo de atendimento hospitalar são:

Buscar acolher as demandas biológicas do paciente (amenizar a dor, auxiliar na reabilitação motora, diminuir o tempo de internação), as demandas psíquicas (auxiliar na melhora do humor, aumentar a autoestima), as demandas sociais (fortalecer o vínculo terapêutico, desenvolver a expressividade, aumentar o vínculo familiar saudável) e demandas espirituais (auxiliar a passar pelo processo de internação da melhor maneira possível, incentivar a busca de um "lugar" melhor, permitir expressão da espiritualidade do paciente para fortalecimento do *self*), atendendo assim todas as demandas do ser humano (DIONIZIO, 2017, p.20).

2. Metodologia



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

São realizados atendimentos semanais em 3 enfermarias e 2 quartos isolados no 3º andar do Hospital, na Unidade de Cuidados Progressivos (UCP), com duração de cerca de 20 minutos cada sessão. São conduzidos por duplas ou trios de alunos de Musicoterapia (estagiários ou extensionistas voluntários) supervisionados pela professora do curso de Musicoterapia da UFMG e a psicóloga do hospital, ambas responsáveis pelo projeto.

Os instrumentos utilizados durante os atendimentos geralmente são a voz humana, o violão, ovinhos, guizos, platinelas e caxixi, devidamente higienizados antes e após os atendimentos. Em média, cada dupla/trio atende cerca de 4 a 6 pacientes, dependendo do que os estudantes de Musicoterapia juntamente com as responsáveis pelo projeto julgam como viável no período aproximadamente de duas horas e meia. O horário de atendimento abrange uma parte do horário de visitas, podendo incluir no atendimento amigos e familiares dos pacientes.

Os pacientes hospitalizados na UCP, em sua maioria acabaram de receber alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), apresentando dificuldade na respiração ou problemas no desmame da ventilação mecânica. A unidade recebe também pacientes com sequelas neurológicas ou traumatismo raquimedular (TRM), entre outros, podendo esses pacientes serem conscientes ou inconscientes (PURYSO, 2017). A maior parte dos pacientes passou pelo processo de traqueostomia, portanto se comunicam apenas por leitura labial. Os pacientes que poderão ser beneficiados com a Musicoterapia são indicados pela psicóloga ou pelos próprios musicoterapeutas/estagiários, após avaliação de necessidade e elegibilidade, resultando em um trabalho interdisciplinar entre a equipe de saúde da UCP e a Musicoterapia.

No primeiro atendimento é realizada uma conversa para levantamento do repertório que será utilizado e é observado como o paciente interage com os musicoterapeutas/estagiários para que seja estabelecido objetivos e um primeiro plano para o(s) próximo(s) atendimento(s). Todos os atendimentos têm uma canção para início e término das sessões com o objetivo de auxiliar na percepção temporal e no reforço da identidade introduzindo o nome do paciente nestas canções.

O formato básico das sessões é dividido em três momentos, o primeiro sendo uma canção de abertura, o segundo momento de execução do repertório preparado e conversa verbal sobre as canções ouvidas (quando o paciente está consciente), seguido pelo terceiro momento, que é a finalização com a canção de encerramento.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Pode ocorrer também momento de estimulação e uso de outras experiências musicais além da Recriação de canções, como será explicado mais adiante.

O formato das sessões é apenas um guia básico para direcionar os musicoterapeutas em sua prática, por isso é flexível. É importante dizer que essa prática tem como modelo a abordagem humanista, levando em consideração o que o paciente traz de si mesmo para a sessão, além da interação entre terapeuta-paciente influenciar significativamente no andamento da sessão. No caso dos pacientes inconscientes, a forma de intervenção se difere devido a condição clínica em que este se encontra e por isso é feito uma pequena entrevista com a família para conhecimento do repertório e a partir disso o musicoterapeuta define as técnicas que serão utilizadas e que trarão benefício para o paciente.

As experiências musicais (improvisação, composição, recriação e audição) de Bruscia (2000) são utilizadas nos atendimentos para atender/acolher as demandas específicas de cada paciente. Os quatro tipos de experiências musicais são também a base de algumas técnicas utilizadas, como a técnica da Dedicatória de canções de Millecco e colaboradores (2000), as técnicas de dedução, empatia e estruturação de Bruscia (1987), e a técnica de espelhamento de El-Khoury (2006), que são utilizadas para refletir o estado de humor, sentimentos ou atitudes que o paciente apresente e para regular musicalmente o nível de energia do paciente podendo ser influenciador na mudança de respiração ou batimentos cardíacos.

A equipe de enfermagem do setor, algumas vezes participa dos atendimentos, tanto indiretamente cantando algumas músicas juntamente com os musicoterapeutas enquanto realiza outro serviço dentro da enfermaria, como diretamente estando presente no leito e interagindo musicalmente e verbalmente com o paciente e/ou com os musicoterapeutas. Os enfermeiros também mostram interesse de que seja realizada a sessão enquanto é feito algum procedimento no paciente, permitindo que a musicoterapia possa agir na diminuição da dor e estresse de passar pelo procedimento, além de poder agir como elemento distrator para o paciente.

3. Resultados e discussão

É possível observar algumas mudanças e melhorias que ocorreram depois da implantação do projeto de Musicoterapia na Unidade de Cuidados Progressivos no



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Hospital João XXIII em quatro diferentes aspectos: Ambiente, Equipe de saúde, Pacientes e Alunos (estagiários e voluntários) .

Sendo o Ambiente o meio que envolve o ser e que pode exercer influência para desenvolvimento do mesmo, o ambiente hospitalar muitas vezes pode afetar significativamente o paciente e também os funcionários, ao ser associado a um ambiente triste e estressante. Logo, é notório que a Musicoterapia consegue tornar mesmo que por um momento, o ambiente duro em um ambiente acolhedor e mais leve para todos os envolvidos diretamente e indiretamente nos atendimentos. Isso é refletido e evidenciado nas expressões faciais dos pacientes e funcionários e também no convívio de uns para com os outros.

Em relação à equipe de saúde, através de relatos de funcionários e da psicóloga do andar, foi percebido que a Musicoterapia influencia positivamente nas relações entre os membros equipe de saúde envolvida no cuidado aos pacientes, sendo responsável pelo aumento do vínculo afetivo entre os funcionários e pela maior união da equipe. Também foi observado que a Musicoterapia pode agir como fator influenciador para aumento do vínculo entre funcionários e pacientes tornando o trato aos pacientes mais humanizado.

Nos pacientes muitas melhorias podem ser observadas ao longo do processo musicoterapêutico como a melhora do humor, o alívio momentâneo da dor, a regulação da frequência cardíaca e respiratória no momento dos atendimentos, o fortalecimento do vínculo familiar e também melhora da expressão/comunicação e memória. Além disso, a Musicoterapia consegue transmitir conforto e alento para os pacientes em cuidado paliativo e seus familiares.

Para os alunos (estagiários e voluntários) a experiência de atender em ambiente hospitalar é bastante desafiadora, destacando-se o difícil entendimento da comunicação verbal dos pacientes traqueostomizados, o trabalho com pacientes inconscientes (que se fundamenta na sincronização com a frequência cardíaca e respiratória para o fazer musical nos atendimentos) e a necessidade de adaptação das sessões e das músicas preparadas devido à imprevisibilidade propiciada pelo ambiente hospitalar. Todos estes desafios impulsionam os estudantes a buscarem atributos e qualidades importantes para ser um musicoterapeuta e a colocarem em prática todo o conhecimento teórico adquirido durante o curso de graduação.

Este projeto também resultou em um documentário que foi submetido ao 3º “Nas Nuvens... Congresso de Música”, em novembro de 2017, contribuindo para a



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

construção da história da Musicoterapia Hospitalar no Brasil, sendo também premiado pelo mesmo Congresso na categoria público como vídeo mais assistido, curtido e comentado em todo o Congresso. Além disso, através deste documentário, foram confirmadas as afirmações feitas anteriormente quanto ao impacto que o projeto teve na vida das pessoas envolvidas durante todas as etapas do mesmo.

4. Considerações finais

Desde o surgimento e implementação deste projeto de extensão, foi percebida a importância da Musicoterapia dentro do âmbito hospitalar e como ela tem se mostrado benéfica para todos os envolvidos, desde as pequenas mudanças de ambiente dentro das enfermarias e das melhorias de interação entre funcionários até as mudanças fisiológicas causadas pelos estímulos musicais nos pacientes internados. A Musicoterapia se mostra como uma terapia de intervenção positiva no cuidado ao paciente internado e em todo o ambiente que o rodeia quando aplicada por profissionais habilitados para tal.

Grandes resultados são alcançados quando se observa pacientes que tiveram maior tempo de internação e durante esse período receberam Musicoterapia, o que é relatado pelos familiares e pelos próprios pacientes. Para pessoas próximas aos pacientes, são percebidas pequenas mudanças no desenvolvimento biopsicossocioespiritual que são de extrema importância neste processo de recuperação e/ou qualidade de vida dessas pessoas durante sua internação.

O projeto contribui para a difusão da prática musicoterapêutica hospitalar no Brasil e é de extrema importância para divulgação da profissão e dos benefícios que ela pode oferecer já que essa prática ainda está em expansão no país. Além disso, oferece uma experiência ímpar para os alunos e estagiários de Musicoterapia contribuindo significativamente na formação de profissionais que utilizarão a música para melhorar a qualidade de vida de todos de forma séria, sensível e qualificada.

Para que haja evidências que comprovem a eficácia da Musicoterapia neste contexto, recomenda-se que pesquisas quantitativas e/ou qualitativas sejam realizadas nos vários contextos de Musicoterapia hospitalar, contribuindo assim, para o fomento e a ascensão da Musicoterapia no Brasil.

5. Referências



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

BRUSCIA, K. **Definindo musicoterapia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2016.

BRUSCIA, K., DILEO, C., SHULTIS, C., DENNERY, K. Expectations of hospitalized cancer and cardiac patients regarding the medical and psychotherapeutic benefits of music therapy. **The Arts in Psychotherapy**, Philadelphia, v. 36, p. 239-244, 2009.

BRUSCIA, K. *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield: Charles C Thomas Publisher, 1987. Cap. 37. Tradução de Márcia Cirigliano, M. M. T.

BERGOLD, L. B; ALVIM, N. A. T. Visita musical como uma tecnologia leve de cuidado. **Texto & Contexto - Enfermagem**, n. 18, p.532-541, 2009.

DICIO. **Ambiente**. Disponível em: <www.dicio.com.br/ambiente/>. Acesso em: 04 mai. 2018.

DILEO, Cherry et al. **Expectations of cancer and cardiac patients regarding the medical and psychotherapeutic benefits of music therapy**. *The Arts in Psychotherapy*. Philadelphia, 2001.

DIONIZIO, Leticia Lima. *Musicoterapia Hospitalar: a música cristã no contexto musicoterapêutico hospitalar*. 37f. **Trabalho de conclusão de curso (graduação)** - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

NORDOFF, P; ROBBINS, C. **Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship**. 2. ed. Gilsum: Barcelona Publishers, 2007.

EL-KHOURI, R. N. Uma leitura Junguiana do procedimento da improvisação musical Clínica em musicoterapia. 63f. 2006. **Monografia (Especialização em Psicologia Analítica Junguiana)** - Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2006.

FERREIRA, R. L. C; DIONIZIO, L. L; SILVA, A. M. S; FREIRE, M. H. **Atendimento musicoterapêutico hospitalar breve nos cuidados progressivos: relatos de experiência**. p. 65-70.

HILLMER, M; SWEDBERG, O; STANDLEY, J. (2011). **Medical music therapy with premature infants: Family-centered services**. In A. Meadows (Ed.), *Developments in music therapy practice: case study perspectives* (pp. 49-69). Gilsum NH: Barcelona Press.

LEE, Jin Hyung. The Effects of Music on Pain: A Meta-Analysis. **Journal of music therapy**, [S.L], v. 53, n. 4, dez. 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/309290743_The_Effects_of_Music_on_Pain_A_Meta-Analysis>. Acesso em: 10 mai. 2018.

MEDEIROS, J. M. **A vivência do ambiente hospitalar pela equipe de enfermagem**. 2011. 85f. Mestrado em ciências ambientais e da saúde - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2011.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

BRANDÃO, M.R.E.; MILLECO FILHO, L.A.; MILLECO, R.P. **É Preciso Cantar: Musicoterapia, Cantos e Canções.** Rio de Janeiro, Enelivros, 2000.

ORTINS, Fernanda; SÁ, Leomara. **Perdas na adolescência: música como expressão de sofrimento.** In: ANPPOM, XVII, 2007. **Anais...** São Paulo: Rogério Budasz, 2007.

PETERSEN, Elisabeth M.. **Buscando Novos Sentidos à Vida.** **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, abr./jun. 2012.

PURYSCO, Luciana Squarcio de Oliveira. **Entrevista de Luciana Squarcio de Oliveira Purysco em 05/07/2017.** Belo Horizonte. Hospital João XXIII.

SAMPAIO, Ana Cristina Parente. **Uma experiência de Musicoterapia com grupos em Hospital Geral.** In: SAMPAIO, Ana Cristina; SAMPAIO, Renato. **Apontamentos em Musicoterapia**, v. 1. São Paulo: Apontamentos Editora, 2005.

SAMPAIO, R.T. **Repensando a música na Educação Infantil: da “Música para a Criança” para a “Música com a Criança”.** In: Lourenço, E.A.G.; ARAUJO, B.L.D. (Org.). **Clareira Luminosa: Arte, Curiosidade e Imaginação na Infância.** São Paulo: UNIFESP.

SILVA, Ludmila de Castro, et. al. **A música e a musicoterapia no contexto hospitalar: uma revisão integrativa de literatura.** In: XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, 2012, Olinda. **Anais ... Pernambuco: 2012.** Pág. 75 - 89.

WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY. **About wfmt.** Disponível em: <<http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>>. Acesso em: 04 mai. 2018.



Projeto de Pesquisa Musicoterapia Hospitalar Pediátrica¹

Pediatric Hospital Music Therapy Research Project

Aline Magalhães S Silva²
Universidade Federal de Minas Gerais

Marina Reis de Freitas³
Universidade Federal de Minas Gerais

Marina Horta Freire⁴
Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo: Este projeto de pesquisa em Musicoterapia Hospitalar Pediátrica propõe um estudo clínico randomizado cruzado para análise sistemática da eficácia da Musicoterapia em pacientes infantis internados no Hospital João XXIII. O objetivo é quantificar os efeitos do tratamento das crianças assistidas pela Musicoterapia, em relação à percepção da dor, administração de medicamentos analgésicos e aceitação de dieta, buscando a mensuração do custo-benefício da Musicoterapia Hospitalar.

Palavras-chave: Musicoterapia. Pediatria. Hospital. Improvisação Musical.

Abstract: This Pediatric Hospital Music Therapy research project proposes a randomized crossover clinical trial for the systematic analysis of the effectiveness of Music Therapy with children hospitalized at Hospital João XXIII. The objective is to quantify the effects of the treatment of children assisted by Music Therapy in relation to the perception of pain, administration of analgesic drugs and acceptance of diet, seeking the cost-benefit measurement of Hospital Music Therapy.

Keywords: Music Therapy. Pediatrics. Hospital. Musical Improvisation.

1. Introdução

O presente projeto constitui uma pesquisa quantitativa sobre a percepção da dor, administração de analgésicos e aceitação da dieta hospitalar em crianças de 03 à 14 anos, que receberem Musicoterapia no setor de internação pediátrica do Hospital da Rede FHEMIG, João XXIII.

A Definição da Federação Mundial de Musicoterapia diz que esta é:

¹ Trabalho apresentado no GT _____ na modalidade pôster no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² <http://lattes.cnpq.br/4077381626369796>

³ <http://lattes.cnpq.br/1107046059340390>

⁴ <http://lattes.cnpq.br/1301269894536856>



A utilização da música e/ou de elementos musicais (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 (BARCELOS, 1996, p.4).

Segundo Bruscia (2000, p.22), “a Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o musicoterapeuta ajuda o cliente a promover a saúde, utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança”. Desde as mais antigas culturas, a música é usada pelo seu poder terapêutico, mas somente no século XIX, a Musicoterapia começou a ser estudada, fazendo a junção da Arte e Ciência, tornando-a uma profissão (PETERSEN, 2012).

Os benefícios que a Musicoterapia em Medicina pode trazer aos pacientes, segundo a literatura científica, são: socialização, expressão emocional (medo, ansiedade, etc), suporte emocional, comunicação entre paciente - cuidadores - equipe (ORTINS, 2007), controle e manejo da dor (DILEO, 2001), fortalecimento do vínculo terapêutico, desenvolvimento da musicalidade (NORDOFF; ROBBINS, 2007), momentos de prazer com a música (BERGOLD, 2012), entre outros. A Musicoterapia auxilia também “na integração dos aspectos fisiológicos, psicológicos e emocionais do indivíduo em tratamento de doenças ou incapacidades, utilizando a música, seus elementos e influências de forma controlada” (PETERSEN, 2012, p.64). Na Musicoterapia a música dá voz ao paciente, sendo possível se expressar sem o uso de palavras, expressando o mais íntimo dos sentimentos, sem bloqueios ou resistências. Para Ortins (2007, p.10) “é indiscutível a capacidade e o poder que a música, em Musicoterapia, tem. Uma capacidade harmônica, melódica, rítmica - de movimento, de vida - e textual, capaz de desvelar o nosso interior”.

A presente pesquisa tem o foco na observação da percepção da dor, administração de analgésicos e aceitação da dieta de crianças hospitalizadas, a fim de quantificar se a Musicoterapia pode interferir positivamente nestas questões tão importantes para a internação hospitalar pediátrica. O objetivo principal da investigação é avaliar se o atendimento musicoterapêutico pediátrico consegue fazer com que as crianças atendidas apresentem uma diminuição da dor, uma diminuição em medicamentos analgésicos



administrados e uma melhor adaptação à dieta hospitalar. O objetivo secundário é comparar a adaptação à dieta, a percepção da dor e a administração de medicamentos analgésicos das crianças atendidas pela Musicoterapia com dias em que essas crianças não receberam esta intervenção (controle).

2. Metodologia

Para atingir os objetivos propostos, os pacientes que participarão da pesquisa farão parte de um estudo clínico randomizado cruzado (*crossover*), sendo o paciente intervenção o seu próprio controle. Serão comparados os dados coletados dos dias em que o paciente recebeu Musicoterapia com os dados dos dias em que ele não recebeu, sendo que cada atendimento terá em média 30 minutos de duração. Todos os pacientes manterão seus cuidados médicos e terapêuticos habituais à sua internação.

Os pacientes terão atendimentos musicoterapêuticos na abordagem improvisacional musicocentrada, através da qual será possível partir de onde o paciente está para alcançar objetivos específicos propostos para cada paciente, possibilitando ao mesmo explorar e improvisar musicalmente e, a partir disso, expandir suas capacidades interiores criativas, musicais e interpessoais. Assim, essa abordagem musicoterapêutica possibilita ao musicoterapeuta observar e conduzir melhoras no quadro clínico dos pacientes, fortalecer vínculos e potencializar possibilidades de recuperação e bem estar.

No início do processo o musicoterapeuta terá acesso ao prontuário para conhecer melhor o paciente, e se necessário conversar com os pais/cuidadores e a equipe que atende o paciente, permitindo traçar os objetivos específicos de cada uma das crianças. Posteriormente, o musicoterapeuta fará o planejamento da sessão e a cada semana de atendimento o musicoterapeuta fará um relatório da sessão. O musicoterapeuta fará relatórios dos atendimentos para que seja possível acompanhar os processos terapêuticos estabelecidos. As sessões serão gravadas, com a autorização dos responsáveis e da criança, sendo necessário o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido e do termo de assentimento, e marcada a opção de autorização da filmagem das sessões de Musicoterapia. Os vídeos serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa, para supervisão e avaliação das sessões, como coleta de dados.

A coleta de dados será feita por um avaliador cego que irá: medir a aceitação dos pacientes à dieta, monitorar a administração de medicamentos analgésicos e aplicar escala de dor, através da Escala Visual Analógica de dor - EVA (SCHESTATSKY, 2011).



Será preenchida a tabela de evolução com os dados coletados, desenvolvida pela presente equipe de pesquisa e será preenchida por um residente de Enfermagem, coordenado pela Chefe de Enfermagem do setor.

Os atendimentos serão realizados no Hospital João XXIII, da Rede FHEMIG, que irá ceder os materiais para a devida higienização dos instrumentos musicais e materiais utilizados pelos musicoterapeutas, seguindo as regras internas do hospital. O musicoterapeuta também fará uso obrigatório do jaleco nos atendimentos.

Este será um trabalho feito juntamente com outros profissionais da área de saúde, não retirando nenhum tratamento que a criança já esteja realizando, somente o complementando com o atendimento musicoterapêutico e observando seus resultados, para que os médicos e outros terapeutas também possam observar e usufruir dos ganhos conquistados pela Musicoterapia Hospitalar Pediátrica, visando apontar a importância do profissional musicoterapeuta na equipe de saúde do hospital e para os pacientes.

2.1 Dos critério de inclusão:

Participarão da pesquisa crianças, de 03 à 14 anos, internadas no andar de Pediatria (2º andar) ou no andar de queimados (8º andar) do Hospital João XXIII da Rede FHEMIG que tiverem assinado o Termo de Assentimento e cujos os pais/cuidadores tiverem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.2 Dos critério de exclusão:

Não poderão participar da pesquisa, as crianças que apresentam casos de epilepsia, alta pressão intracraniana e/ou que tenham diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia.

2.3 Dos riscos:

Uma vez que a metodologia não inclui práticas invasivas, o projeto não apresenta nenhum risco aos participantes, a não ser os possíveis desconfortos emocionais de uma interação terapêutica, tanto para os pacientes quanto para os cuidadores/familiares presentes nos atendimentos musicoterapêuticos. A equipe de pesquisa irá se empenhar para que não haja nenhum tipo de desconforto que saia dos objetivos com os participantes.



Não há descrição na literatura de efeitos colaterais ou iatrogênicos para os sujeitos incluídos na pesquisa com os métodos a serem utilizados. A descrição de contra-indicações do uso da música na literatura só existe quando o indivíduo possui alguma sensibilidade auditiva aguçada ou quadro de epilepsia. Por isso, esses casos serão critérios de exclusão da pesquisa. Os participantes da pesquisa continuarão participando dos acompanhamentos médicos/terapêuticos de que já participam ou que sejam indicados mesmo durante a pesquisa. Assim, a pesquisa não interferirá no tratamento oferecido pelo hospital aos indivíduos durante sua internação.

3. Resultados Esperados

Seguindo os benefícios da Musicoterapia Hospitalar já conhecidos na literatura científica, e citados na introdução deste trabalho, os atendimentos realizados nesta pesquisa poderão trazer importantes benefícios para os participantes, como o fortalecimento do vínculo terapêutico e familiar, melhorias na socialização (principalmente comunicação), abertura para expressão emocional e momentos de prazer com a música.

Além disso, de acordo com as hipóteses levantadas para a presente pesquisa, espera-se que a intervenção musicoterapêutica traga diminuição na percepção de dor, diminuição na administração de medicamentos analgésicos e aumento na aceitação à dieta hospitalar ou, se não trouxer as melhoras esperadas, não traga pioras. Espera-se também poder mensurar que esses constructos avaliados apresentam diferenças significativas para os dias que o paciente recebeu a intervenção musicoterapêutica, se comparado aos dias sem intervenção.

Hipotetiza-se, assim, que a Musicoterapia no processo de atendimento hospitalar pediátrico venha trazer outros benefícios além dos já comprovados na literatura, mostrando melhor aceitação do tratamento, através do relato de diminuição da dor, diminuição do uso de medicamentos analgésicos e da maior aceitação à dieta hospitalar. Com isto, busca-se mensurar qual é o busto-benefício da Musicoterapia Hospitalar, mostrando através da confirmação das hipóteses, caso comprovadas, seus benefícios.

4. Considerações finais

Os atendimentos da pesquisa pretendem ter duração de 2 anos, com os resultados publicados dentro de 3 anos, para quantificar os benefícios da Musicoterapia Hospitalar Pediátrica. Com o resultado desta pesquisa espera-se poder observar e quantificar o



custo/benefício que a Musicoterapia pode trazer ao setor pediátrico de um hospital, através da observação da diminuição da dor, diminuição de analgésicos administrados e melhor aceitação da dieta hospitalar durante internação. Espera-se que essa pesquisa apresente benefícios do atendimento musicoterapêutico para crianças hospitalizadas que possibilitem aos hospitais oferecerem, com o atendimento da Musicoterapia, importantes possibilidades de melhoras na internação do paciente pediátrico, sem modificar outros tratamentos e/ou intervenções dos pacientes.

5. Referências

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

BARCELLOS, L. R. M. Definição de Musicoterapia. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Rio de Janeiro, ano I, N° 2, p. 4, 1996.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T. Visita musical como uma tecnologia leve de cuidado. **Texto & Contexto - Enfermagem**, n. 18, p.532-541, 2009.

DILEO, Cherry et al. **Expectations of cancer and cardiac patients regarding the medical and psychotherapeutic benefits of music therapy**. The Arts in Psychotherapy. Philadelphia, 2001.

NORDOFF, P.; ROBBINS, C. **Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship**. 2. ed. Gilsum: Barcelona Publishers, 2007.

ORTINS, Fernanda; SÁ, Leomara. Perdas na adolescência: música como expressão de sofrimento. In: ANPPOM, XVII, 2007. **Anais...** São Paulo: Rogério Budasz, 2007.

PETERSEN, Elisabeth M.. Buscando Novos Sentidos à Vida. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, abr./jun. 2012.



SCHSTATSKY P, FELIX-Torres V, CHAVES ML et al. **Brazilian Portuguese validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS) for patients with chronic pain.** Pain Med, 2011 (In press)



Musicoterapeuta Domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica¹

Home Music Therapist in Brazil: a bibliographic review

Gabriel Estanislau²
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Ângela Rodrigues³
Universidade Federal de Minas Gerais

Marina Horta Freire⁴
Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo: Os locais de atuação do musicoterapeuta são tão diversos quanto os seus modelos e aplicabilidades, dentre eles o ambiente domiciliar. Esta revisão de literatura é a primeira etapa da pesquisa intitulada "O perfil do Musicoterapeuta Domiciliar no Brasil". A busca, realizada em março de 2018 no Google Acadêmico, com os descritores "Musicoterapia", "domicílio" e "domiciliar", resultou em 400 publicações. Apenas dois artigos atenderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos. O pequeno número de artigos incluídos nesta revisão demonstra que a Musicoterapia brasileira ainda não presta a devida atenção ao *setting* domiciliar, apesar da sua importância.

Palavras-chave: Musicoterapia Domiciliar. Atendimento Domiciliar. Musicoterapeuta. Domicílio

Abstract: The music therapist's places of work are so multiply as their models and applicability, among them the patient's home. This review is the first stage of search name "The profile of the home care Music Therapist in Brazil". Conducted in March 2018 in Google Scholar, with the descriptions "Music therapy", "domicile" and "domicile", 400 paper were find, and only 2 were included at this review. The small number of articles included in this review demonstrates the Brazilian Music Therapy still doesn't give properly attention to home setting, despite its importance.

Keywords: Home Care. Music Therapy. Home care. Music Therapist. House

1. Introdução

A Musicoterapia é a atuação do profissional musicoterapeuta, utilizando o som e seus elementos, junto com um cliente em um contexto de terapia. Os seus locais de atuação são tão diversos quanto os seus modelos e aplicabilidades, dentre eles o ambiente domiciliar. O domicílio é repleto de singularidades, particularidades da vida das pessoas que ali residem, e, neste ambiente privativo, o domínio territorial do paciente e familiar é expandido em comparação à clínica ou a outros contextos

¹ Trabalho apresentado na modalidade pôster no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² <http://lattes.cnpq.br/6918029479890051> - ggstanis@gmail.com

³ <http://lattes.cnpq.br/7254473227964802> - maria.angela.rodrigues@hotmail.com

⁴ <http://lattes.cnpq.br/1301269894536856> - marinahf@gmail.com



terapêuticos. É importante perceber as características e as forma de abordagem que podem e/ou melhor, se enquadram neste cenário de atuação do profissional musicoterapeuta para melhor sistematização de nossas práticas profissionais.

Indo ao encontro de Lacerda e colaboradores (2006), entendemos que a atenção domiciliar à saúde está em processo de expansão no nosso país, em função das diversas alterações que a sociedade brasileira sofreu no decorrer dos anos como um modelo para o desenvolvimento de mudanças sociais e no sistema de saúde. O atendimento domiciliar existe para atender principalmente a demanda de famílias e pessoas que não têm a possibilidade de fazer seus atendimentos em consultório, seja qual forem suas limitações: físicas, patológicas ou logísticas. Envolvendo ações de prevenção e promoção à saúde, tratamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos, a atenção domiciliar desponta como um novo espaço de trabalho para os profissionais de saúde, tanto no âmbito público quanto no privado.

O presente trabalho tem como intuito ser a primeira etapa e integrar a fundamentação teórica da pesquisa intitulada “O perfil do Musicoterapeuta Domiciliar no Brasil”, explorando na literatura o que os musicoterapeutas brasileiros escrevem a respeito do ambiente e *setting* domiciliar.

2. Metodologia

Para o desenvolvimento desta revisão bibliográfica optamos por uma investigação sistemática de artigos científicos brasileiros que tratassem do tema Musicoterapia Domiciliar. Como base de dados para a pesquisa utilizamos a plataforma virtual Google Acadêmico, pois esta integra em si várias bases de dados. A busca foi realizada em Março de 2018 e os descritores utilizados foram "Musicoterapia", "domicílio", "domiciliar". Os descritores poderiam estar em qualquer parte do artigo, sendo que era obrigatório a descritor “Musicoterapia” estar presente somado com “domicílio” e/ou “domiciliar”. Não houve nenhum intervalo de datas de publicação dos artigos, pois o objetivo foi reunir todos periódicos e livros possíveis sobre a Musicoterapia brasileira no contexto domiciliar, mesmo os que não estivessem atualizados.

Como critérios de inclusão foram estabelecido: (i) inserção de trabalhos científicos publicados em português; (ii) falar e/ou citar a Musicoterapia Domiciliar; e



(iii) trabalhos disponíveis na íntegra, publicados e indexados na plataforma virtual no momento da pesquisa. Para os artigos encontrados, foi feita a leitura de seu título, seguida de uma rápida busca pelos descritores no decorrer dos artigos. Quando os descritores foram encontrados, foi realizada uma leitura do contexto onde estavam e, caso o contexto atendesse ao segundo critério de inclusão, então o trabalho era selecionado para compor essa revisão.

3. Resultados

As buscas da revisão de literatura geram 400 resultados, dentre os quais apenas dois trabalhos atenderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos. Os demais foram excluídos por não obedecerem aos critérios de inclusão listados abaixo:

- I. artigos brasileiros: 10 artigos não eram de autores brasileiros ou não estavam em português;
- II. falar/citar sobre a Musicoterapia no contexto domiciliar: 327 artigos não diziam da prática do musicoterapeuta no domicílio;
- III. artigos disponíveis na íntegra, publicados e indexados na plataforma: 39 resultados não eram artigos que estavam disponíveis para acesso online através do link fornecido pela plataforma de busca ou eram apenas breves citações ou outros tipos de periódicos, como livros e websites.

Além destes critérios, foram excluídos 22 artigos por serem duplicatas de artigos anteriores. Dos artigos excluídos, vale ressaltar o grande número de resultados de outros profissionais da área da saúde que utilizam a música e a palavra Musicoterapia no seu trabalho:

- Artigos não escritos por musicoterapeutas (321 artigos): publicações de outros profissionais da área da saúde, como enfermeiros, que citam a palavra Musicoterapia em algum momento do texto, porém não citam que ela é feita por um musicoterapeuta.
- Não envolvem intervenções musicoterápicas no ambiente domiciliar (265 artigos): falam sobre a prática domiciliar com a utilização da música por outros profissionais, não se caracterizando como Musicoterapia.



- Musicoterapia como técnica (67 artigos): publicações que relatam a Musicoterapia como técnica específica da Enfermagem ou da Terapia Ocupacional e não como uma profissão.
- Musicoterapia como forma de recreação (22 artigos): artigos que retratam a Musicoterapia como forma de recreação para os pacientes.

Das publicações incluídas nesta revisão, uma é um artigo que faz apenas uma citação da área domiciliar como uma das áreas de atuação do musicoterapeuta (BARCELLOS, 2014), e a outra é uma dissertação que fala da intervenção musicoterapêutica a cuidadores de pacientes oncológicos no ambiente domiciliar (KARST, 2015).

Barcellos (2014), em seu artigo *“Diálogo entre novas práticas da Musicoterapia e os cursos de formação de musicoterapeutas”*, procura discutir sobre as novas formas de atuação do musicoterapeuta no Brasil e analisar como os cursos de Musicoterapia do país se adequam para instrumentalizar, sensibilizar e preparam seus futuros profissionais para uma realidade mais atual da Musicoterapia no país, no que concerne ao enfrentamento e necessidade de adaptação à situação social vigente no país e do ativismo necessário para angariar melhores condições de trabalho. A metodologia de pesquisa desse artigo foi um estudo exploratório e documental, com a análise das grades dos cursos de Musicoterapia brasileiros, resultados de um trabalho anterior da própria autora, que se utilizou de um questionário para levantar dados (além disso a autora cita que entrou em contato com musicoterapeutas que trabalham em novas áreas da Musicoterapia brasileira).

A autora define novas práticas como:

(...) aquelas que diferem da Musicoterapia tradicional (reabilitação, deficiência mental, psiquiatria em hospitais psiquiátricos, deficiências sensoriais - auditiva e visual) por serem realizadas em **novas áreas** de atuação, em **novos espaços**, por **adequarem os procedimentos tradicionais** ou criarem novos (entrevista, testificação musicoterápica...), por admitirem **novas teorias** de fundamentação, empregarem **novas atividades e técnicas**, pelo fato de os musicoterapeutas **assumirem papéis** anteriormente não desempenhados (terapeuta de referência, por exemplo), ou, ainda, pela utilização de **novas ferramentas tecnológicas** para análise a avaliação dos processos terapêuticos (BARCELLOS, 2014, p.66).

No que diz respeito a novos espaços e/ou novas áreas de atuação, podemos entender que atualmente eles são diversos. Uma dessas áreas é a Musicoterapia Domiciliar, onde o musicoterapeuta efetua atendimentos numa prática que a autora chama de clínica domiciliar (Ibidem, p.69). Para Barcellos, o ambiente domiciliar



constitui-se como uma instituição e a contratação do musicoterapeuta para o atendimento domiciliar é feito pelo cliente ou seu responsável (Ibidem, p.70). A autora explica ainda que a expansão da prática clínica de dentro para fora dos CAPS foi um marco para as novas práticas em Musicoterapia no Brasil.

'abriram as portas' para que o musicoterapeuta saísse para outras salas, novas instituições, novas áreas de atuação, pois, a partir de então, houve um maior alargamento do campo de atuação do musicoterapeuta, até chegar às salas de espera de postos de saúde, às ruas, à cooperativa de planos de saúde e tantas outras. (Ibidem, p.68)

Por se tratar de um tema amplo - novas práticas - os dados expostos pela autora não nos permite dizer com exatidão sobre informações apenas da Musicoterapia Domiciliar. Sobre a clientela, a autora não chegou a especificar quais foram os pacientes que se encontravam em processo musicoterapêutico em domicílio, porém, de forma geral, cita alguns dos pacientes dos musicoterapeutas brasileiros que atuam em novas práticas: crianças com vulnerabilidade e risco social, dependentes químicos, crianças em situação de rua, adolescentes em conflitos com a lei, crianças em sofrimento psíquico; crianças com Transtorno do Espectro do Autismo, retardo mental, esquizofrenia, ansiedade, hiperatividade, idosos, cuidadores e pacientes, cuidados paliativos, violência doméstica contra mulheres, entre outros. Quanto aos profissionais e abordagens, são profissionais formados em cursos brasileiros, seja graduação ou pós-graduação, com diferentes abordagens teóricas e alguns com formações em áreas da psiquiatria, psicologia, pedagogia, fisioterapia e terapia ocupacional. As orientações teóricas desses profissionais são: psicodinâmica, psicanálise, abordagem sistêmica, esquizoanálise e psicologia da música, e as técnicas empregadas são as descritas na literatura da área.

Barcellos afirma ainda que os métodos ou abordagens mais conhecidos em Musicoterapia dificilmente seriam adequados para serem utilizados nessas novas práticas e áreas de atuação, uma vez que a Abordagem Plurimodal de Musicoterapia foi o único método musicoterapêutico mencionado pelos entrevistados. A autora enfatiza também a importância dos registros dessas novas áreas pelos profissionais, pois é com esse registro que podemos vislumbrar o que se fazia e o que se faz em cada área de atuação da Musicoterapia. Por fim ela diz que as diferenças entre as diversas áreas onde a Musicoterapia é aplicada exige do musicoterapeuta competência, flexibilidade e criatividade para estar inserido e compreender os tipos



de cada área e as políticas públicas onde se inserem, e que a “Musicoterapia contemporânea não é substitutiva das práticas tradicionais. É, sim, um desenvolvimento e ampliação daquelas” (BARCELLOS, 2014, p.74).

O outro artigo encontrado nesta revisão é a dissertação de mestrado de Karst (2015): *“A Musicoterapia na assistência domiciliar aos cuidadores da criança em cuidados paliativos oncológicos”*. Refere-se a uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Música da Universidade Federal de Goiás, na linha de pesquisa Música, Educação e Saúde. Essa pesquisa buscou ampliar os conhecimentos sobre a Musicoterapia na assistência domiciliar aos cuidadores de crianças em cuidados paliativos oncológicos. Além disso, Karst objetivou conhecer e analisar as expressões sonoro-musicais dos cuidadores e compreender os efeitos da Musicoterapia sobre esses sujeitos durante a vivência dos cuidados com crianças gravemente enfermas.

Karst afirma que a assistência domiciliar vem se constituindo uma nova possibilidade dos serviços de saúde e é fundamentada em um atendimento multiprofissional com equipes interdisciplinares. Ela visa humanizar a prestação de serviço ao paciente, à sua família, e contribuir para o aumento da autonomia destes, além de prestar assistência a todos envolvidos. Para a autora, o papel do musicoterapeuta domiciliar transcende os limites impostos pelo ambiente clínico e hospitalar.

Em casa, o domínio territorial do paciente e familiar é expandido. O profissional, na ética do cuidado e da escuta, adentra o campo existencial da doença, do sofrimento, das diversas percepções das perdas na convivência doméstica. Compete também ao musicoterapeuta domiciliar dar-se conta da integralidade da atuação, abrangendo os aspectos psíquicos, biológicos, socioculturais e espirituais (PETERSEN apud in KARST, 2015, p.51).

Para a investigação, estimou-se o número de seis atendimentos de Musicoterapia Domiciliar para cada cuidador das crianças em cuidados paliativos oncológicos, número que pode variar de acordo com as demandas terapêuticas de cada família. A autora ressalta que todas as crianças e pelo menos um de seus cuidadores principais já haviam participado de atendimentos de Musicoterapia anteriormente à pesquisa, no ambiente hospitalar. Os atendimentos domiciliares foram de 1h20min cada, sendo duas sessões por semana, na residência dos cuidadores.



Os atendimentos foram previstos para serem realizados em dois formatos: (i) atendimento exclusivo aos cuidadores a fim de possibilitar um espaço de privacidade e maior liberdade de expressão dos cuidadores; (ii) atendimento aos cuidadores com a criança. Os atendimentos não ocorreram da forma prevista, e a autora acabou executando apenas o segundo formato (e em alguns casos as sessões eram feitas apenas com a criança). A estrutura da sessão foi dividida em: (i) ambientação e acolhimento - relacionado a chegada do terapeuta, organização do *setting*, etc; (ii) experiências musicais - abarca tanto a realização de experiências musicais definidas por Bruscia⁵, como a escuta às falas dos sujeitos que surgiam durante o processo; (iii) escuta sensível - momento de escuta às falas dos participantes sobre todos os aspectos mobilizados durante a sessão; e por fim (iv) finalização do atendimento - encerramento da sessão, organização do *setting* e despedidas.

Karst observou, dentro da construção do *setting* musicoterapêutico domiciliar, que em cada domicílio há variações na paisagem sonora, na estrutura física e na dinâmica dos moradores da casa. No que se faz necessário relatar a pesquisadora encontrou dois ambientes muito discrepantes e adversos em cada domicílio, um deles foram condições precárias de sobrevivência e o outro um ambiente com estruturas física e financeira que não comprometiam em nenhum aspecto as necessidades básicas da criança enferma, estes cenários foram realçados pela autora quanto às diferenças sociais existentes no Brasil. Para a autora o musicoterapeuta deve estar atento a essas singularidades, saber valorizar as regras e condutas de cada ambiente e saber aproveitar as particularidades de cada local (KARST, 2015).

O *setting* da autora era composto por um instrumento harmônico, violão, e instrumentos musicais de pequeno porte, proporcionando fácil transporte do *setting* para os diversos domicílios, são eles: chocalhos, kalimba, reco-reco, pandeiros, mini metalofone e maracas. Como instrumentos de coleta de dados, a pesquisadora utilizou gravações dos atendimentos musicoterapêuticos e observações diretas. Para as análises e documentação, a autora realizou a transcrição dos atendimentos, transcrições de partituras das expressões sonoro-musicais dos sujeitos e elaboração dos relatórios de sessões. Karst ainda descreve cuidadosamente dois casos e retrata de forma muito realista a experiência vivida dentro do contexto familiar.

⁵ Experiências Musicais de Improvisação, Composição, Recriação e Audição Musical (BRUSCIA, 2000).



A autora, atribui os resultados alcançados principalmente à construção do vínculo e às possibilidades de intervenções positivas que a Musicoterapia pode proporcionar ao ambiente domiciliar. Suas estratégias e recursos para lidar com os diferentes *settings* domiciliares revelam a necessidade do profissional adequado e preparado para atuar neste contexto que, apesar de ser infinitamente diverso, é também um espaço de grandes possibilidades que se constrói durante o processo de enfrentamento da doença, da perda e do luto pelo qual os cuidadores podem passar. A música como elemento mediador para o trabalho do musicoterapeuta veio a ser reforçada como protagonista principal das possibilidades e benefícios que pode alcançar visando a realização de um processo musicoterapêutico eficaz no agregamento para encontrar o equilíbrio dentro do processo de perda.

Compreendeu-se que a música, ao agregar pessoas da casa no mesmo espaço, no mesmo tempo vivencial, pode ser favorável aos processos de ajustamento necessários à situação de luto antecipatório. Nesse sentido, permite a integração entre os membros da família e a expressão de sentimentos podendo contribuir para maior equilíbrio no enfrentamento de uma situação de perda por morte (KARST, 2015, p. 98).

4. Conclusão

A presente revisão mostra um pequeno número de artigos publicados que falam e/ou citam a Musicoterapia Domiciliar, apesar de ser um importante local de atuação. A falta de artigos específicos sobre o trabalho domiciliar do musicoterapeuta brasileiro, não nos permite ter uma ampla ideia de como o processo tem se desenvolvido. Barcellos (2014) destaca a importância de se documentar e divulgar o processo de desenvolvimento de novas práticas, fazendo com que ela se consolide e norteando os profissionais clínicos e pesquisadores destas.

Um último dado importante que nos cabe ressaltar a respeito do texto de Karst (2015), é que este contém mais três referências sobre Musicoterapia Domiciliar que não apareceram na base de dados da presente pesquisa (PETERSEN 2009; 2012 e 2014 apud KARST, 2015). Mesmo assim, a produção textual do musicoterapeuta brasileiro sobre sua práxis domiciliar e o número de artigos consistentes acerca do tema é ainda ínfimo em comparação aos artigos de outros profissionais da área de saúde. Foram encontrados 89 artigos, excluídos desta



revisão que citam a Musicoterapia em domicílios como uma prática recreativa informal ou como técnica de outro profissional.

Desta forma, faz-se necessário e urgente que os musicoterapeutas brasileiros olhem com mais atenção para a Musicoterapia Domiciliar e suas próprias formas de atuação, investindo no trabalho, pesquisa e produção bibliográfica acerca desse tema que é de suma importância para o fortalecimento da Musicoterapia contemporânea.

Referências

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. Diálogo entre as novas práticas da musicoterapia e os cursos de formação de musicoterapeutas. **A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas**. São Leopoldo: EST, v. 1, p. 61-75, 2014;

LACERDA, Maria Ribeiro; GIACOMOZZI, Clélia Mozara; OLINISKI, Samantha Reikdal; TRUPPEL, Thiago Christel. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.88-95, 2006

TEIXEIRA, Lara Karst. **A musicoterapia na assistência domiciliar aos cuidadores da criança em cuidados paliativos oncológicos**. Goiânia, 2015. 141f. Dissertação (Mestrado em Música) - Universidade Federal de Goiás, Escola de Música e Artes Cênicas (Emac), Programa de Pós-Graduação em Música, Goiânia, 2015.



Pesquisa em musicoterapia e educação: uma revisão do estado da arte¹

Research in music therapy and education: a review of the state of art.

Graciane Torres Azevedo²
Faculdade de Candeias
Felipe de Souza³
Faculdade de Candeias
Salomé Filipa Ferreira Magalhães
Faculdade de Candeias

Resumo: Esta revisão integrativa tem por objetivo perceber como se tem pensado e articulado ideias nas áreas da musicoterapia e educação. Os descritores utilizados na pesquisa foram “musicoterapia e educação” e “musicoterapia e educação especial”. A proposta se ateve a um período de 5 anos (2013 a 2017), nas plataformas Google Acadêmico, Periódicos CAPES e a Revista Brasileira de Musicoterapia. A análise dos dados aborda o tipo de publicação e o tema, sendo encontrados apenas sete artigos que tendem a convergir para o tema Musicoterapia e Educação Musical.

Palavras-chave: musicoterapia, educação, educação especial.

Abstract: This integrative review aims to understand how ideas have been thought and articulated in the areas of music therapy and education. The descriptors used in the research were "music therapy and education" and "music therapy and special education". The proposal lasted a period of 5 years (2013 to 2017), in the Google Academic platforms, CAPES Newspapers and the Brazilian Journal of Music Therapy. The analysis of the data addresses the type of publication and the theme, being found only seven articles that tend to converge to the theme Music Therapy and Music Education.

Keywords: music therapy, education, special education.

1. Introdução

Dentro da diversidade encontrada na prática clínica em Musicoterapia, nos deparamos com novos caminhos e desafios. A busca por compreensão dos limites da prática de musicoterapia se ampliam a cada dia e entre os vários espaços onde ela se faz presente destacamos os espaços de educação. Quando o educador conhece o campo da musicoterapia ou o musicoterapeuta caminha na direção da educação, surgem questões acerca dos limites entre as duas áreas. No entanto já sabemos que

¹ Trabalho apresentado no GT_____na modalidade pôster_ no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí..

² <http://lattes.cnpq.br/0691567174081441>

³ <http://lattes.cnpq.br/6866942316450660>



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

existe uma clara diferença entre educador e musicoterapeuta como afirma Bruscia (2016, 190-191):

Na educação musical, o aprendizado e apreciação musical é o objetivo último; na musicoterapia ela é um meio para atingir um fim, um meio em que a terapia tem lugar e um resultado deste processo. Na educação musical, os objetivos são primeiramente estéticos ou musicais e secundariamente funcionais; na musicoterapia, os objetivos são primeiramente relacionados com a saúde e qualidades estéticas ou musicais são essenciais para alcançar essas metas. Na educação musical, a ênfase é dada ao mundo universalmente compartilhado da música. Na musicoterapia é dada ênfase ao mundo musical particular da pessoa. Na educação musical, a relação professor-aluno está limitada às questões musicais; na musicoterapia, a relação cliente-terapeuta aborda as questões de saúde que podem ser trabalhadas através da música.

Mesmo assim não se pode deixar de considerar as circunstâncias em que o educador-terapeuta, o professor de musicalização e também musicoterapeuta, como afirma Passarini (2012, p. 142), pode atuar tendo como objetivos simultâneos a aprendizagem musical bem como processo terapêutico, sendo considerados com a mesma importância e levando em conta o crescimento global como intenção principal. A autora ressalta como o olhar do musicoterapeuta pode contribuir para com o processo de ensino e aprendizagem.

Considerando as questões envolvendo as dificuldades de aprendizagem e apoiada na metodologia de pesquisa-ação, dentro de uma perspectiva fenomenológica existencial, Nascimento (2010), em sua tese,, propõe uma compreensão e intervenções com grupos de alunos, visando modificar a realidade vigente em uma escola de tempo integral.

Estas perspectivas nos fizeram pensar de quais maneiras e que populações dentro dos espaços de ensino e aprendizagem podem se beneficiar da intervenção musicoterapêutica. Pensando não somente no aluno, mas em todos os integrantes destes ambientes.

Levando em consideração a complexidade dos espaços de educação, e em especial as escolas, não é tarefa muito laboriosa perceber as dificuldades que esta enfrenta.

A escola nos dias de hoje vêm apresentando grandes desafios e mudanças, novos paradigmas vêm se sobrepondo ao trabalho das instituições de ensino e os órgãos governamentais. Entre as várias questões que podemos destacar estão os desafios da Educação Especial dentro da escola. Crianças com condições especiais



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

exigem do ambiente escolar uma remodelação e novas estratégias para essa demanda, bem como as questões referentes ao fenômeno conhecido como adoecimento escolar. Os espaços de educação apresentam determinadas configurações que tornam-se fatores causadores de adoecimento por parte dos profissionais que atuam e se utilizam deste mesmo espaço. De acordo com Souza e Gattino (2016), dentre essas configurações se destacam “as mudanças no currículo, a inclusão de alunos com deficiência, as demandas do mercado de trabalho, a violência, as novas configurações de família e o reflexo disto no comportamento de alunos”, que acabam por intensificar e sobrecarregar o trabalho escolar e principalmente o docente. Os autores colocam a possibilidade de intervenção terapêutica junto à esta população através da musicoterapia, visando mudar este cenário de adoecimento generalizado que percebemos em equipes docentes e em todos aqueles que trabalham nos ambientes escolares.

Dentro deste quadro a musicoterapia tem um terreno a explorar buscando possibilidades de intervenção. À quase uma década alguns pesquisadores já haviam verificado a escassez de pesquisas relacionadas à área, como afirma Nascimento (2010):

[...] a Musicoterapia no contexto escolar ou na educação regular encontra-se como um campo investigativo a ser explorado. A Musicoterapia no contexto escolar é uma ação ainda pouco vislumbrada tanto pelos profissionais da própria área quanto pelos demais sujeitos que constituem a equipe das instituições escolares.

Assim buscamos mapear e examinar as produções acadêmicas pertinentes, procurando reconhecer em que condições e de que forma vêm sendo produzidas, sob o olhar metodológico, ao longo dos últimos anos. A metodologia de revisão do estado da arte, busca produzir um arrolamento descritivo das produções acadêmicas sobre o tema, buscando investigar, à luz de categorias e facetas que se caracterizam enquanto tais em cada trabalho e no conjunto deles, sob os quais o fenômeno passa a ser analisado (ROMANOWSKI 2006).

2. Método

Dentro da perspectiva de uma revisão integrativa foram utilizadas como base de dados o Google Acadêmico, Periódicos CAPES e a Revista Brasileira de



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Musicoterapia. Os termos utilizados foram: “musicoterapia e educação” e “musicoterapia e educação especial”. Foram analisados os títulos e os resumos, sendo selecionados aqueles que estivessem em português e o Brasil como procedência, verificando semelhanças e diferenças conceituais.

Os resumos lidos foram tratados como amostras das publicações nessas bases de dados, servindo como um indicador de como se distribui a pesquisa em musicoterapia na educação e educação especial. O processo considerou a leitura parcial dos artigos, levando em consideração o resumo, sendo excluídos artigos fora da data estipulada, artigos com resumo incompleto e artigos captados em duplicata.

3. Resultados e discussão

No total foram encontrados 642 artigos, dispostos na tabela 1. Destes apenas 7 artigos continham as especificações propostas ou tratavam do tema abordado, dois artigos estavam duplicados e foram excluídos da contagem bem como os artigos que apareceram na listagem, mas que não deixaram claro em seu resumo se a pesquisas estavam ligadas diretamente à musicoterapia.

Tabela 1

Total por Base de Dados

Base	Nº Total = 642 (100%)
Google acadêmico	598 (93,14%)
Periódicos CAPES	40 (6,23%)
Revista Brasileira de Musicoterapia	4 (0,62 %)

Dentre os artigos encontrados na pesquisa, percebemos as complementaridades que os mesmos apresentam. Na sua maioria, os assuntos giram em torno de crianças portadoras do espectro autista e a sua inclusão no âmbito escolar – e os mesmos propõem ferramentas para que este objetivo seja alcançado de maneira mais fácil. Também não ficam de fora artigos que propõem a visualização da interface entre educação musical e musicoterapia, o que traria uma proposta mais humanizada das aulas de música nas escolas.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Dentro deste contexto, o texto que trata da figura do “educador-terapeuta” (Almeida e Campos, 2013), destaca a experiência da educação musical adicionada à formação musicoterapêutica, fugindo do ensino dos conteúdos puramente técnicos. Lançando um novo olhar para este tipo de aprendizado, o principal objetivo se torna a relação entre o ser humano e a música, garantindo a possibilidade do exercício de relação com o mundo ao perceber, sentir, pensar..através dos sons.

Utilizando desta mesma linha de pensamento, o artigo “Música e Autismo: um relato de experiência entre a Musicoterapia e a Educação Especial” (Freire et.al, 2017) mostra, através de um relato de experiência, como a abordagem terapêutica pode estar diretamente relacionada com a Educação Musical Especial – distinguindo, apontando e principalmente, tecendo aproximações entre as áreas, uma vez que a Educação Musical pode tanto apresentar efeitos terapêuticos, bem como a Musicoterapia pode acabar por desenvolver habilidades musicais no paciente (salvo os objetivos principais de cada área).

A musicoterapia no contexto escolar, sendo uma área com vasta possibilidades, se apresenta em artigos como “A música como recurso pedagógico para pessoas autistas” (Oliveira et.al, 2018) e “Musicoterapia na escola: desafios e perspectivas para a construção de espaços inclusivos” (Silva e Ansay, 2017). Novamente voltado ao público autista, o primeiro texto mostra a música como ponte e ferramenta de comunicação, atingindo funções emocionais e físicas, bem como contribuindo de maneira acentuada com o desenvolvimento cognitivo, a psicomotricidade e a socialização do indivíduo com o meio em que se encontra, especialmente ao nível da inclusão escolar. Este mesmo desafio se mostra no segundo texto, onde, em uma pesquisa de campo realizada através de sessões de musicoterapia com alunos de 1º ao 5º ano em turmas com portadores de deficiência, pode-se perceber os aspectos sonoro-musicais, atitudinais e de interação social promovidas através da música. Neste caso específico, fica ressaltado o desenvolvimento individual dos estudantes envolvidos – portadores de deficiência ou não – e a possibilidade do exercício de práticas inclusivas através da musicoterapia no ambiente escolar.

Dentre as inúmeras possibilidades que a Musicoterapia pode apresentar para o contexto da educação e da educação especial, as tecnologias também se apresentam como uma forma atual e criativa, especialmente no processo de inclusão



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

e interação social das crianças portadoras de deficiência, e no caso dos artigos encontrados na pesquisa, especialmente para os portadores do espectro autista.

O artigo “Interação reflexiva como paradigma universal para a criatividade, educação musical e musicoterapia” (Addessi et.al), apresenta este conceito criado nos estudos sobre a interação homem-máquina no âmbito do Projeto MIROR – *Musical Interaction Relying On Reflection*. Através da criação de uma plataforma musical para crianças, os mesmos puderam desenvolver atividades de improvisação, criação e movimento corporal. O objetivo do texto é destacar as intersecções entre educação musical e musicoterapia, através da interação reflexiva, fortalecendo os traços comuns de cada área, tanto do ponto de vista prático quanto da aplicação teórica.

A criação de softwares para inclusão também se fizeram presentes na pesquisa. O texto “Musicoterapia: software educacional para apoiar a inclusão social de crianças com transtorno do espectro autista” (Russo e Júnior, 2018), mais uma vez, além de focar nas necessidades do público autista, mostra a elaboração de um protótipo de aplicativo de musicoterapia para crianças portadoras do espectro do autismo. Uma vez que a musicoterapia se mostra uma alternativa eficaz para esses indivíduos (por poder se utilizar de uma linguagem não-verbal), a utilização de tecnologias digitais abre novas possibilidades para a área, se mostrando um instrumento auxiliador para a evolução sensorial, motora, cognitiva, emocional e social destes pacientes.

Continuando na área das tecnologias voltadas para o desenvolvimento e interação dos autistas, o artigo “O áudio poema como ferramenta musicoterápica da técnica comportamental para o desenvolvimento do autista na escola” (Santos, 2017), mostra uma pesquisa qualitativa do uso do áudio-poema com crianças autistas. Este estilo de criação artística une a declamação poética e música com tecnologia, de forma lúdica e pedagógica, auxiliando na superação dos comportamentos estereotipados e na repetição compulsiva de frases e palavras, que tanto bloqueiam a atenção e a comunicação da criança autista. Uma vez que este aspecto se amplia, o aluno tem melhores condições de aprendizagem e socialização na escola.

As abordagens apresentadas nos artigos encontrados, na sua maioria, tratam de como a musicoterapia e seus pressupostos teóricos podem servir de base para a educação musical e ou para afirmar seus pontos de vista com relação aos temas abordados, no entanto alguns destes apresentam questões que vão além disso,



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

explorando o potencial da musicoterapia como promotora de mudanças dentro dos espaços de educação. Parece necessário se perceber como o musicoterapeuta, sendo um promotor de saúde, pode interagir com os espaços de educação, tendo em conta todos os atores que permeiam este espaço, de maneira a compreender e ou desenvolver maneiras de interagir com os mesmos. Assim como outras áreas da saúde, que por muitas vezes se fazem presentes, como os psicólogos e os psicopedagogos entre outros.

4. Considerações Finais

Acreditamos que ainda há muitas lacunas ainda a serem preenchidas por estudos posteriores, sobretudo em modelos de pesquisas exploratória com intervenções e avaliações. Pensando nas diversas possibilidades de atuação os espaços de educação contam hoje com as aulas de educação musical e musicalização, os profissionais que atuam nessa área precisam de constante atualização e seria imprescindível aos musicoterapeutas, e sua maneira singular de perceber a relação com a música, realizar intervenções. Indo além dessa possibilidade, assim como já colocado por alguns dos autores citados, as escolas são sobretudo espaços de socialização e sabemos do potencial da musicoterapia neste âmbito. Seria possível produzir mais intervenções sob o prisma da musicoterapia social e comunitária e ou ainda dentro da perspectiva da musicoterapia organizacional e ainda outras.

Por fim a musicoterapia no contexto da educação, através do seu caráter ambíguo por natureza (ser “música” e ser “terapia”), pode auxiliar os espaços de educação a romper antigas e arcaicas barreiras e paradigmas que tanto afetam e contribuem para o status quo que leva ao adoecimento coletivo.

5. Referências

ALMEIDA, Daniele Torres de; CAMPOS, Ana Maria Caramujo de. **Educador-Terapeuta: Os benefícios do olhar do especialista em Musicoterapia na educação musical.** REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA, p.43. Disponível em: <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/upload/04/Revista-Brasleira-de-Musicoterapia_2017-EE.pdf#page=43> Acesso em: 05 de maio de 2018.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

FREIRE, Marina Horta; DE OLIVEIRA, Gleisson do Carmo; PARIZZI, Maria Betânia. **Música e Autismo**: Um retrato de experiência entre a musicoterapia e a educação musical especial. REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA, p. 85. Disponível em: <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/upload/04/Revista-Brasileira-de-Musicoterapia_2017-EE.pdf#page=87> Acesso em: 05 de maio de 2018

NASCIMENTO, Sandra Rocha do et al. **A escuta diferenciada das dificuldades de aprendizagem: um pensamentiragir integral mediado pela musicoterapia**. 2010. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/1072>> Acesso em: 05 de maio de 2018.

OLIVEIRA, Ermelinda Schemes; DA SILVA PIGOZZI, Simone Aparecida Moreira; CARON, Lurdes. **A musica como recurso pedagógico para pessoas autistas**. Revista UNIPLAC, v. 6, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://revista.uniplac.net/ojs/index.php/uniplac/article/view/3261>> Acesso em: 03 de maio de 2018.

PASSARINI, Luisiana B. França et al. **A educação musical no desenvolvimento das crianças: trilhas da musicoterapia preventiva**. Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, v. 14, n. 12, p. 2012,2012. Disponível em: <https://www.centrobenezon.com.br/pdf/educacao_musicalmt.pdf> Acesso em: 06 de maio de 2018.

ROMANOWSKI, Joana Paulin; ENS, Romilda Teodora. **As pesquisas denominadas do tipo “Estado da Arte”**. Revista Diálogo Educacional, v. 6, n. 19, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf>> Acesso em: 03 de maio de 2018.

RUSSO, Gregory José; JUNIOR, Nelson Nascimento. **Musicoterapia: software educacional para apoiar a inclusão social de crianças com transtorno do espectro autista**. REGRASP-Revista para Graduandos/IFSP-Campus São Paulo, v. 3, n. 1, p. 18-25, 2018. Disponível em: <<http://seer.spo.ifsp.edu.br/index.php/regrasp/article/view/208>> Acesso em: 05 de maio de 2018.

SANTOS, Carlos Correia. **O áudio poema como ferramenta musicoterápica da técnica comportamental para o desenvolvimento do autista na escola**. REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA, p.206. Disponível em: <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/upload/04/Revista-Brasileira-de-Musicoterapia_2017-EE.pdf#page=206> Acesso em: 05 de maio de 2018

SILVA, Lindsay Fernandes da; ANSAY, Noemi Nascimento. **Musicoterapia na Escola**: desafios e perspectivas para a construção de espaços inclusivos,REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA,p.98. Disponível em: <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2018/04/Revista-Brasileira-de-Musicoterapia_2017-EE.pdf#page=100> Acesso em 05 de maio de 2018.

SOUZA, Felipe de. GATTINO, Gustavo. **Anais - XII Simpósio Internacional de Cognição e Artes Musicais**. UFRGS-Porto Alegre/RS. 24 a 27 de maio de 2016.



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

Disponível em: <http://www.ab.cogmus.org/documents/SIMCAM12.pdf>. Acesso em: 09 de maio de 2018.



Musicoterapia e Síndrome de Silver-russel: uma proposta de avaliação inicial através da IMTAP¹

Music Therapy and Silver-Russel Syndrome: An initial evaluation proposal through IMTAP

Gabriel Estanislau²
Abner Davi Barbosa³
Aline Magalhães S. Silva⁴
Mariana Oliveira da Cruz Soares⁵
Marina Horta Freire⁶
Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo: A Síndrome de Silver-Russel (SSR) é uma condição rara, geneticamente heterogênea e variável quanto a sua expressão fenotípica. Caracteriza-se, dentre outros, por grave retardo de crescimento intrauterino e pós-natal e dificuldades de aquisição da fala. O presente trabalho visa apresentar a Musicoterapia como uma possível forma de tratamento de pessoas com SSR, a partir da proposta de avaliação inicial, de uma menina de 4 anos portadora da Síndrome, através da Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP).

Palavras-chave: Musicoterapia, Síndrome de Silver-Russel, IMTAP, Avaliação Inicial

Abstract: The Silver-Russel Syndrome (SSR) is a rare condition, genetically heterogeneous and variable in its phenotypic expression. It is characterized, among others, by severe intrauterine and postnatal growth retardation and speech acquisition difficulties. The present work aims to present Music Therapy as a possible form of intervention with people with SSR, based on the initial evaluation proposal of a 4-year-old girl with SSR, through the Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP).

Keywords: Music Therapy, Silver-Russel Syndrome, IMTAP, Initial Evaluation

1. A Síndrome de Silver-russel

Descrita na década de 50 pelos fonoaudiólogos Silver e Russell, a partir da observação de um grupo de indivíduos que apresentavam atraso no desenvolvimento intra-uterino e pós-natal, a Síndrome de Silver-Russell (SSR) é uma condição genética heterogênea e que apresenta um espectro fenotípico com variabilidade de expressão e base etiológica. Sua causa pode ser devido a herança autossômica dominante ou recessiva, dissomia uniparental materna em 7p11.2

¹ Trabalho apresentado na modalidade pôster no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina – Piauí.

² <http://lattes.cnpq.br/6918029479890051>

³ <http://lattes.cnpq.br/0991975935798144>

⁴ <http://lattes.cnpq.br/4077381626369796>

⁵ <http://lattes.cnpq.br/1533652023448002>

⁶ <http://lattes.cnpq.br/1301269894536856>



(10% dos casos) ou por alterações epigenéticas na hipometilação em regiões específicas do DNA na região de controle do imprinting telomérico em 11p15, que envolve o gene H19, responsável por cerca de 38% dos casos da síndrome de Silver-Russel, e o gene IGF2, que controla a ação do hormônio do crescimento (ROSSI et al, 2006).

O braço curto do cromossomo 11 humano apresenta um cluster de genes sujeitos ao imprinting genômico (um gene é expresso enquanto o outro é metilado), que têm papel crucial no controle do desenvolvimento da placenta e do embrião e no crescimento fetal. Alterações epigenéticas no segmento 11p15 como duplicações no cromossomo materno ou perda de metilação (hipometilação) do centro de imprinting telomérico (ICR1) foram descritas em pacientes com SSR. A hipometilação de ICR1 é a causa mais frequente da síndrome, presente em pelo menos 40% dos casos (BONALDI, 2011).

Foi possível concluir que a síndrome pode ser causada por ausência da expressão de genes IGF2 que promovem o crescimento, ativos exclusivamente no cromossomo paterno, ou expressão bialélica materna de genes que restringem o crescimento (FERNANDES et al, 2013).

As alterações fenotípicas mais características dessa síndrome são clinodactilia do 5º dedo da mão, hipotonia, baixa implantação da orelha e assimetria associada a características dismórficas como face triangular. (ROSSI et al, 2006). A deficiência mental é pouco frequente, e as alterações nas habilidades da linguagem podem comprometer aspectos sócio-comunicativos das pessoas com SSR. No geral a maioria dos pacientes com SSR necessitam de programas terapêuticos voltados para as dificuldades da fala, aprendizagem e desenvolvimento motor (ROSSI et al, 2006).

2. IMTAP e o Processo Avaliativo em Musicoterapia

A escala *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP) avalia 10 diferentes grupos de comportamentos e gera um perfil aprofundado do paciente, por meio de atividades musicais conduzidas por musicoterapeutas e/ou estudantes de Musicoterapia devidamente supervisionados (BAXTER et al, 2007). É importante ressaltar que a IMTAP não procura fazer diagnósticos ou comparar os resultados entre os pacientes, pois existem muitas variáveis (questão como desenvolvimento, idade, entre outros). Assim, o principal objetivo da IMTAP comparar o paciente a ele



mesmo, podendo mostrar sua evolução, suas áreas de dificuldades e principais pontos a serem melhorados (SILVA, et al, 2013).

A Avaliação pela IMTAP se dá em 9 etapas, sendo a primeira uma entrevista com o pai/mãe, avaliando os 10 domínios do paciente (formulário de admissão). Posteriormente é preenchida a *folha de rosto* onde se resume os dados coletados anteriormente. Na terceira etapa é preenchido o *formulário de contorno da sessão*, o qual não é obrigatório, mas pode dar uma base para planejar as atividades para a avaliação, sendo as atividades de livre escolha do terapeuta, por não ter uma técnica ou método específico. A *coleta de dados* é a próxima etapa, sendo sugerida para avaliação inicial 3 sessões de cerca de 30 a 60 min. Caso seja necessário pode haver mais sessões ou o tempo de cada sessão pode ser alterado. A seguir, é feito o *cálculo dos escores finais*, no qual cada domínio possui uma série de subdomínios, que são avaliados pelo sistema NRIC. A sexta etapa consiste na *revisão de habilidades de domínio cruzada*, que podem se repetir em diferentes domínios e devem ser registrada no sistema do mesmo modo. Posteriormente é preenchida a *folha de resumo*, mostrando os altos e baixos de cada paciente, podendo melhorar os objetivos a serem traçados, ajudando na oitava etapa, de *metas e objetivos*. A última etapa permite visualizar melhor devido ao *gráfico* dos domínios e subdomínios do paciente (SILVA, 2012).

A Avaliação da IMTAP é composta por 374 habilidades separadas em 10 domínios, sendo esses: musicalidade, comunicação expressiva, comunicação receptiva/percepção auditiva, interação social, motricidade ampla, motricidade fina, motricidade oral, cognição, habilidade emocional e habilidade sensorial (SILVA, 2012). Com a paciente M. os domínios avaliados através da IMTAP foram motricidade ampla, motricidade fina, motricidade oral, sensorial, comunicação receptiva e percepção auditiva, comunicação expressiva, cognitivo, emocional, social e musicalidade.

3. O trabalho com uma criança com Síndrome de Silver-Russel

M. é uma menina de quatro anos, nasceu prematura (36^o semana de gestação), pesando 1200 gramas e muito pequena. Além do nascimento de risco, devido a idade gestacional, M. nasceu com hipotonia severa, fazendo com que seu ingresso na fisioterapia fosse aos 4 meses, gerando um desenvolvimento de tônus



muscular e controle de tronco. Além disso, o uso de uma órtese nos Membros Inferiores (MMII) é feito devido a sequelas espásticas e flácidas.

Atualmente, a fisioterapia tem estimulado o ganho de tônus, em especial os MMII. A criança chegou na Musicoterapia por indicação dos profissionais da escola onde estuda. As principais queixas relatadas pelo pai da criança, durante a entrevista para avaliação dos 10 domínios da paciente, diziam respeito ao desenvolvimento da comunicação verbal e não verbal da criança. Outro aspecto importante foi em relação ao desenvolvimento motor, pois a criança apresenta um significativo grau de hipotonia e ainda não anda, faz uso de tutores e sessões semanais de fisioterapia.

O processo de avaliação inicial ocorreu durante 5 sessões, sendo a primeira uma entrevista com o pai (primeira etapa da IMTAP) e as outras 4 sessões planejadas para conhecer a paciente, seus modos expressivos e receptivos, seu comportamento perante os instrumentos, seus aspectos motores e sua musicalidade. As sessões eram realizadas uma vez na semana com tempo de duração de uma hora e foram todas registradas por meio de filmagens.

O setting para a realização das sessões era composto por violão (instrumento integrador), percussão, sopro, música editada, teclas e colchonetes, sendo suscetível a mudanças. As experiências musicais utilizadas com maior frequência nas sessões de M. foram composição, recriação e improvisação e apenas em uma sessão houve a utilização da audição musical, de um Rock, *Seven Nation Army - The White Stripes*, que de acordo com seu pai causava uma mobilização motora maior em M. quando essa escutava a canção junto com seus irmãos em casa.

Com relação aos aspectos receptivos (Tabela 1) M. demonstra consciência do contraste som/silêncio, dirige o olhar e aproxima-se da fonte sonora e também consegue distinguir com frequência dois sons distintos, principalmente se esses são um som "qualquer" vs. violão (instrumento integrador). Começa a demonstrar consciência para grandes contrastes de andamento, altura, ritmo e intensidade. Vocaliza, raramente, em resposta ao canto do musicoterapeuta, porém demonstra dificuldades em seguir instruções verbais de uma ação. Mesmo assim, executa as instruções/ações via imitação motora.

Comunicação receptiva/percepção auditiva	Escore bruto	Escore possível	Escore final
--	--------------	-----------------	--------------



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

Fundamentos	10	16	62,50%
Seguindo instruções	0	11	0,00%
Mudanças musicas	10	30	33,33%
Cantando/Vocalizando	4	51	7,84%
Ritmo	3	12	25,00%
Total domínio	27	120	22,50%

Tabela 1: Comunicação receptiva/percepção auditiva

Já na comunicação expressiva (Tabela 2) verificou-se que a criança não se comunica verbalmente, porém demonstrou intenções comunicativas durante todo o processo avaliativo, comunicando inclusive desejos pelo instrumento favorito, violão. Seu principal meio de comunicação expressiva se dá por meio de condições físicas, levando o braço do musicoterapeuta ao instrumento ou entregando o instrumento a ele. A criança também vocaliza junto com as condições físicas, como forma de comunicação dos seus interesses.

Comunicação expressiva	Escore bruto	Escore possível	Escore final
Fundamentos	8	19	42,11%
Comunicação não vocal	6	12	50,00%
Vocalizações	n/a	17	0,00%
Vocalizações espontâneas	4	9	44,44%
Verbalizações	n/a	14	0,00%
Comunicação relacional	n/a	23	0,00%
Idiosincrasias vocais	8	19	42,11%
Total domínio	20	113	17,70%

Tabela 2: Comunicação expressiva

Em relação à musicalidade (Tabela 3), M. demonstra um grande potencial musical, é alerta para a música e seus elementos, se expressa e manifesta prazer no fazer musical. Estar na música potencializa seus aspectos comunicativos, e M. é capaz de indicar desejos para tocar e ter contato com os instrumentos, principalmente o violão. M. engaja-se facilmente na atividade musical, move-se ritmicamente em resposta à música, o que já tinha sido ressaltado pelo pai na entrevista inicial (quando cita Seven Nation Army). Além disso, M. procura e toca espontaneamente os instrumentos, tolera e adapta-se a mudanças de andamentos, é capaz de manter o pulso e vocalizar enquanto toca um instrumento, mesmo que



ainda com vocalizações simples e não relacionais. Vale ressaltar que M. possui apenas 4 anos, dessa forma a avaliação do domínio de Musicalidade se deu basicamente pelos fundamentos até o domínio vocal, por condizerem com o que é esperado para sua faixa etária, ao contrário de uma leitura musical por exemplo. Como pontos ainda a se desenvolver, podemos destacar a pouca imitação rítmica e pouco desenvolvimento do domínio vocal.

Musicalidade	Escore bruto	Escore possível	Escore final
Fundamentos	27	40	67,50%
Andamento	18	53	33,96%
Ritmo	8	60	13,33%
Dinâmica	7	45	15,56%
Vocal	1	57	1,75%
Ouvido Absoluto e Relativo	n/a	41	0,00%
Criatividade e desenv. de ideias musicais	n/a	91	0,00%
Leitura Musical	n/a	52	0,00%
Acompanhamento	2	15	13,33%
Total domínio	63	454	13,88%

Tabela 3: Musicalidade

Verificando o domínio social (Tabela 4), podemos dizer que a criança apresenta dificuldades para trocar turnos, reconhecer rotinas de saudação e despedida e compreender regras simples. Porém, como aspectos potencializadores da relação social, M. demonstra consciência do musicoterapeuta, demonstra interesse pelas atividades apresentadas, consegue sustentar brevemente a atenção durante a atividade e tem confiança na situação musicoterapêutica, entrando facilmente na sessão e permanecendo até o fim desta sem nenhum problema.

Social	Escore bruto	Escore possível	Escore final
Fundamentos	18	39	46,15%
Participação	17	34	50,00%
Tomada de turnos	2	20	10,00%
Atenção	4	13	30,77%
Seguindo Instruções	1	11	9,09%
Habilidades de Relacionamento	14	55	25,45%



XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

Total domínio	56	172	32,56%
----------------------	----	-----	--------

Tabela 4: Social

Em relação à motricidade ampla (Tabela 5), a criança é capaz de mover-se espontaneamente, aproximando-se e fazendo alcance dirigido a instrumentos, porém apresenta um tônus muscular inapropriado, devido à condição patológica. Move-se ao som da música, sendo capaz de sincronizar-se ritmicamente a essa em algumas oportunidades.

Motricidade Ampla	Escore bruto	Escore possível	Escore final
Fundamentos	13	28	46,43%
Perceptivo/visual/psicomotor	21	60	35,00%
Total domínio	34	88	38,64%

Tabela 5: Motricidade Ampla

Quanto à motricidade fina (Tabela 6), M. exibe o uso de ambas as mãos para tocar os instrumentos, porém raramente demonstra o uso de pinça. A criança demonstra a dominância da mão direita bem estabelecida. Ao tocar cordas, raramente toca apenas com um dedo e/ou em uma corda, além de ser capaz de tocar uma diversidade de instrumentos pequenos quando apresentados, como castanhola e maracas, e utilizar as baquetas com preensão palmar e as vezes em pinça.

Motricidade Fina	Escore bruto	Escore possível	Escore final
Fundamentos	27	39	69,23%
Percutindo cordas	12	27	44,44%
Autoharp/QChord	n/a	15	0,00%
Violão	10	42	23,81%
Piano	7	41	17,07%
Altura percutida/Baqueta	6	19	31,58%
Total domínio	62	183	33,88%

Tabela 6: Motricidade Fina

Partindo da análise dos escores, observa-se que todos os domínios têm escores finais abaixo de 50%, mostrando que os domínios de M. que foram avaliados são, de forma geral, bem comprometidos. Porém a criança demonstra um



grande potencial de desenvolvimento através da Musicoterapia, demonstrado pelo alto escore dos fundamentos do domínio musicalidade, podendo se beneficiar dessa terapia de forma global.

Os objetivos musicoterapêuticos estabelecidos para a criança se concentraram em estimular aspectos comunicativos, aumentar o repertório de comportamentos funcionais - “abstratos e simbólicos” - frente aos instrumentos, visando construir um canal de comunicação entre M. e o musicoterapeuta dentro da clínica e conseqüentemente em outros ambientes com pessoas diversas. A interiorização do comportamento funcional da criança através de técnicas improvisacionais que conduzissem a paciente para uma utilização do corpo e dos objetos, através de imitações vocais e rítmicas, foi outro objetivo estabelecido, com a intenção de aquisição de habilidades e identificações sonoras com os presentes na sessão .

4. Considerações Finais

Durante a realização do trabalho procuramos ter um olhar de profissionais na assistência à paciente e de pesquisadores no campo científico da Musicoterapia, devido a ausência de trabalhos relacionados à Síndrome de Silver-Russel. Ao longo do nosso contato com a paciente entendemos que a Musicoterapia é substancial para promover saúde através das experiências musicais propostas. Percebemos, através dos domínios avaliados, que a música tem um grande potencial para ajudar o desenvolvimento global, e o fazer musical potencializa as expressões comunicativas de M. assim como seus aspectos receptivos, sociais, motores e cognitivos. Desta forma os resultados das avaliações e as características da Síndrome nos permitiram delinear o primeiro processo musicoterapêutico desta criança, assim como seus objetivos, modalidade de atendimento e abordagem de intervenção.

Este trabalho também nos auxilia a entender algumas características da SSR e como a Musicoterapia pode ser uma forma de terapia que auxilia no desenvolvimento global de pessoas com essa síndrome, em especial para as áreas avaliadas com essa criança. Nesse sentido entendemos a importância do trabalho e do registro compartilhado para que possamos, hoje e futuramente, atender e potencializar o desenvolvimento com pessoas que tenham Síndrome de Silver-Russel.



5. Referências

BAXTER, H. T.; BERGHOFER, J. A.; MACEWAN, L.; NELSON, J.; PETERS, K.; ROBERTS, P. The Individualized music therapy assessment profile: IMTAP. London, Jessica Kingsley Publishers, 2007.

BONALDI, Adriano; Estudo Genético da Síndrome de Silver-Russell, **Dissertação de mestrado**, Instituto de Biociências USP, São Paulo, 2011, 75p.

FERNANDES, Sâmia Everuza Ferreira; et Al, Síndrome de Silver-Russell: Etiologia e Critérios Diagnósticos, **Revista Ciências Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v.11, n.3, 78-85, Dez. 2013.

ROSSI, Natalia Freitas; *etal* Síndrome de Silver Russel:Relato de Caso, **CEFAC**, São Paulo, v.8, n.4, 584-56, 2006.

SILVA, A.M.D. *Tradução para o português brasileiro e validação da escala individualized music therapy assesement profile (IMTAP) para uso no Brasil*. 2012. 120. **Dissertação de Mestrado** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2012.

SILVA, A. M. D. et al. Tradução para o português brasileiro e validação da escala Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) para uso no Brasil.. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, [S.L], v. 15, n. 14, p. 67-80, mai. 2013.

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

**Musicoterapia e protocolo de avaliação no atendimento à mãe e
bebê de risco através de videograções¹²**

*Music therapy and assessment protocol for mother and baby care through video
recordings*

Marina Reis de Freitas³
UFMG
Cybelle Loureiro
UFMG

Resumo: Essa pesquisa faz parte de um estudo exploratório e longitudinal, desenvolvido na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte/MG. Os objetivos desse estudo são avaliar os resultados de protocolos desenvolvidos para o atendimento à essa população e identificar a ocorrência de respostas comportamentais no bebê prematuro a partir de videograções anteriormente realizadas, dentro de sessões de musicoterapia, em diferentes fases de internação.

Palavras-chave: Musicoterapia neonatal. Musicoterapia hospitalar. Escala de avaliação musicoterapêutica. Bebês de risco.

Abstract: This research is part of an exploratory and longitudinal study, developed at the Neonatal Intermediate Care Unit (NICU) of the Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte / MG. The objectives of this study are to evaluate the results of protocols developed for the care of this population and to identify the occurrence of behavioral responses in the premature baby from video recordings previously performed within music therapy sessions at different stages of hospitalization.

Keywords: Neonatal music therapy. Hospital music therapy. Music therapy evaluation scale. Babies at risk.

¹ Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) UFMG, projeto CAAE – 0591.0.203.000-10
COEP do Hospital Sofia Feldman reg. CONEP: 25000.030213/2006-91.

² Trabalho apresentado no GT 06 na modalidade Poster no XVI Simpósio de Musicoterapia e XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 31 de maio a 03 de junho de 2018, em Teresina - Piauí.

³ <http://lattes.cnpq.br/1107046059340390>

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

1. Introdução

Várias pesquisas, ao longo dos anos, demonstram o efeito positivo da Musicoterapia em recém-nascidos (RNs). Em uma meta análise, Standley (2002), identifica o uso da Musicoterapia com os objetivos de pacificar, melhorar a oxigenação, reduzir o estresse, estimular linguagem, sustentar a homeostase e reforçar sucção não nutritiva.

No entanto, não existem escalas musicoterapêuticas, para esse público, validadas no Brasil. Essa lacuna teórica dificulta as pesquisas que comprovem, sistematicamente, os benefícios dessa terapia para essa população.

Os bebês prematuros tendem a não ter os comportamentos esperados no tempo determinado, o que gera uma preocupação com possíveis deficits no SNC e a necessidade de terapias que, comprovadamente, auxiliem na recuperação física e aumento nas habilidades de respostas aos estímulos. Isso cria uma necessidade imediata de pesquisas, em Musicoterapia, focadas em comportamento e melhorias neurológicas e, também, em pesquisas de validação de escalas musicoterapêuticas para esse público.

Essa pesquisa busca realizar reavaliações de atendimentos a partir de videograções utilizando os mesmos protocolos utilizados em avaliações iniciais, criados para a pesquisa “Implementação da Musicoterapia no Atendimento à Mãe e Bebê de Risco: Uma parceria da Escola de Música da UFMG – Curso Habilitação em Musicoterapia com o Hospital Sofia Feldman”.

O objetivo central dessa pesquisa é observar os resultados de dois protocolos já criados, tanto aplicados presencialmente quanto por videograções, e testar sua eficácia, de forma a estimular sua validação. O projeto foi pensado, desde seu início, com cuidado sobre a parte de videograções, de forma a ter, e futuramente validar, um protocolo eficiente nesses dois tipos de observação, que são os mais utilizados em Musicoterapia.

2. Metodologia

O projeto teve início em 2012, idealizado e orientado pela Professora da Graduação em Musicoterapia, da Escola de Música da Universidade Federal de Minas Gerais, Doutora Cybelle Maria Veiga Loureiro, e foram realizados e gravados

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

atendimentos musicoterapêuticos no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, Minas Gerais, sendo um estudo longitudinal. Foram criados, em 2012, protocolos utilizados na pesquisa.

Os atendimentos foram realizados a partir da abordagem de estimulação multimodal neonatal ao bebê de risco – uma estimulação auditiva integrada a outros canais sensoriais, que tem por objetivo melhorar a homeostase e modificar estados depressivos ou de hipersensibilidade dos bebês prematuros – na estimulação Auditiva Básica, Estimulação Auditiva Integrada à Visão e Estimulação Integrada ao Sistema Vestibular e foram gravados de forma amadora para que uma pesquisa em videogravações pudesse ser feita posteriormente. Os bebês foram submetidos à avaliações presenciais, realizadas por dois avaliadores, utilizando as mesmas escalas e protocolos dessa pesquisa, quanto às respostas fisiológicas aos estímulos com instrumentos musicais.

Através das videogravações, analisamos respostas comportamentais, relacionando postura, movimentos corporais, reflexos motores, oculares, vestibulares, cutâneos e orais e estados de alerta. O resultado da avaliação por videogravação, feita por um observador, foi comparado aos dos observadores iniciais, realizado na época dos atendimentos, e a capacidade da escala ser aplicada por videogravação foi analisada qualitativamente.

Nos atendimentos musicoterapêuticos foram utilizados instrumentos rítmicos Orff, específicos para bebês, violão, voz feminina materna ou da musicoterapeuta, harpa Celta e Baby, eram atendimentos semanais, com duração de 20 a 30 minutos. Foram 40 bebês gravados, no início, meio e fim do processo terapêutico, e 10 reavaliados nessa parte da pesquisa.

O público alvo da pesquisa foi “bebês prematuros de alto risco”, o que incluía outras condições médicas para além da prematuridade, como: desconforto respiratório, doença da membrana hialina, leucomalácia periventricular, sepsse neonatal, distensão abdominal, Íleo colostomia e hidrocefalia.

Os protocolos utilizados, ainda não validados e focados em comportamento e sono/vigília, foram fundamentados na metodologia de avaliação de bebês de risco feita pela musicoterapeuta Standley (1991), associada à Escala de Avaliação

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

Comportamental Neonatal de Brazelton (NBAS) e pelo exame neurológico de Cypels (1996).

Os resultados obtidos no começo do processo, realizado pela musicoterapeuta Cybelle Loureiro, resultaram em um novo protocolo de coleta de dados, também utilizado nessa etapa da pesquisa, desenvolvido pela aluna estagiária em Musicoterapia Maria Noeme Pereira e orientado por Cybelle Loureiro, em 2014, e está fundamentado em Cypels (1996) e nas primeiras avaliações realizadas em 2012. Analisa a diferença de respostas entre instrumentos rítmicos, violão/voz e harpa.

3. Resultados

As escalas e protocolos utilizados mensuram alguns comportamentos e reações dos bebês à estímulos externos e os mediam em algum nível da Escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton (NBAS). Os comportamentos analisados eram: movimento ocular, respostas motoras, contato visual, aceitação ao uso de instrumentos, vocalização/balbucios, seguir com os olhos os instrumentos/canto, possuir preensão palmar, lembrar movimentos e ritmos de sessões anteriores e manter o contato durante toda a sessão. A partir disso, faz-se a classificação dentro dos 6 Estados de Consciência na Escala de Brazelton (NBAS):

- Sono profundo, sem movimentos, respiração regular;
- Sono leve, olhos fechados, algum movimento corporal;
- Sonolento, olhos abrindo e fechando;
- Acordado, olhos abertos, movimentos corporais mínimos;
- Totalmente acordado, movimentos corporais vigorosos;
- Choro.

Além disso, foi utilizada a tabela de coleta de dados criada por Cybelle Loureiro e Maria Noeme Pereira, que avalia os pacientes nos quesitos, frequência respiratória, coloração da pele, atividade motora/cabeça, aversão, choro, emissão de sons, espreguiçar/bocejo/suspiro, estremecer, expressões faciais, levar mão à boca, movimentos oculares, sorrir, atenção visual orientada e sucção.

A partir daí, depois de analisadas as gravações e comparados os protocolos presenciais e não presenciais, vimos que a consistência no resultado entre os

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

31 de maio a 03 de junho de 2018

avaliadores foi alta, quando examinamos a interpretação dos construtos existentes em cada item dos protocolos que apresentaram algumas diferenças entre eles na avaliação de apenas alguns comportamentos. Por exemplo, a classificação de estado de consciência foi a mesma, entre os avaliadores, para cada bebê. Percebemos mudanças não significativas nas análises de comportamentos, que variavam na forma de serem observadas e descritas, mas não no conteúdo.

Na tabela de coleta de dados, as respostas foram dadas quantitativamente, com sim ou não, e houve pequenas mudanças entre avaliadores, mas foi novamente igual na avaliação geral do bebê e na sua classificação na escala de estado de consciência.

Foi percebido que grande parte dos pacientes se encontrava entre os estados 1 e 2 nas primeiras sessões e entre 4 e 5 no final do processo, mostrando uma melhora geral da consciência durante os atendimentos.

Além disso, a tabela de coleta de dados de Cybelle Loureiro e Maria Noeme Pereira compara a diferença de reação para cada instrumento. Através dela percebemos que os instrumentos rítmicos auxiliam no aumento de movimentos corporais e abertura inicial dos olhos, especialmente no início do processo terapêutico, período menos alerta do bebê. O violão e voz feminina ou da mãe auxiliam o acalmar do bebê que estivesse em estado de choro ou muita agitação. O mesmo pode ser observado quando usada a harpa que, além de acalmar, auxilia na atenção auditiva e visual, o que ficou perceptível, pois os bebês olhavam fixamente para esse instrumento durante toda a música realizada, especialmente nas últimas sessões.

Percebemos, com todas as análises, que os protocolos são eficientes, mas repetem tópicos entre si e, além de serem exaustivos no preenchimento pelo grande tempo gasto, não são práticos para pesquisas quantitativas. A partir daí, mesmo sendo além do objetivo inicial, criamos um novo protocolo, misturando todos os tópicos dos outros – separação de instrumentos e análises comportamentais – mas que pudesse ser avaliado em números, entre 0 e 2, além da escala de consciência de Brazelton que se manteve.

Fizemos a análise com essa terceira escala e percebemos que os resultados se mantinham, apenas com mudanças na forma como se apresentavam.

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

4. Conclusão

Percebemos que a Escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton (NBAS) foi fundamental para a confirmação no pareamento dos protocolos, demonstrando que uma escala quantitativa se fazia necessária para validar esse pareamento. No entanto, mesmo com a criação e futura validação de uma escala qualitativa, de Musicoterapia nessa população, essa escala não fica obsoleta, tanto pela importância em definir qual o nível de consciência do bebê, quanto por ser uma escala reconhecida em todo o campo médico neonatal.

Sobre os outros protocolos, criados no início da pesquisa, todos foram eficazes na análise comportamental presencial e por videogravações. Mesmo com mudanças na forma de descrever, as observações tinham o mesmo conteúdo, mostrando a validade do formato deles.

O protocolo criado nessa pesquisa é uma síntese quantitativa dos anteriores, tendo espaço para avaliações qualitativas e possibilitando tipos variados de pesquisa com essa população no Brasil.

Ficou comprovado, principalmente, que a análise qualitativa por videogravações é válida, mesmo em avaliações de respostas comportamentais singelas, como as de bebês prematuros de alto risco.

Verificamos, portanto, que todos os protocolos utilizados são passíveis de validação e de utilização por videogravações, desde que sejam feitas novas pesquisas para aperfeiçoamento.

5. Referências

FERREIRA APA ET AL. Comportamento visual e desenvolvimento motor de recém-nascidos prematuros no primeiro mês de vida. Rev Bras Cresc e Desenv Hum 2011; 21(2): 335-343, 2011.

STANDLEY, J. M. Music Therapy with premature infants. Research an developmental interventions. Silver Spring, MD, The American Music Therapy Association, INC, 2002.

XVI SIMPÓSIO DE MUSICOTERAPIA
XVIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA
31 de maio a 03 de junho de 2018

BRAZELTON T.B. Neonatal Behavioral Assessment Scale (BNBAS) Clin. Dev. Med., 2nd ed., Lippincott, Philadelphia, 1984

LOUREIRO CMV. CERQUEIRA PM. MOURÃO B. MIRANDA C. PEREIRA MN. ABREU MB. SAMAGAIO S. SILVEIRA W. Musicoterapia no atendimento Hospitalar à Mãe e Bebê de Risco. Anais do XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII ENPEMT. 363-371. 2012.
http://14simposiomt.files.wordpress.com/2012/02/final_-_xiv_simpc3b3sio.pdf

LOUREIRO CMV. MIRANDA DM. CERQUEIRA PC. SILVEIRA W. PEREIRA MN. Efeitos da Musicoterapia na capacidade atencional do bebê prematuro de alto risco: uma abordagem multimodal. Apresentado sob forma de poster no II Congresso Mineiro de Neuropsicologia. 2013.



Novos rumos da formação do musicoterapeuta . Lia Rejane Mendes Barcellos¹

Quando recebi o convite para fazer esta palestra, a primeira imagem que me veio foi a do deus Janus, ou Jano, que era um dos deuses mais antigos cultuados pelos romanos. De deus dos deuses, converteu-se em deus das transições e das passagens. Representa a dualidade, e é o senhor das indecisões e transições, marcando, portanto, a evolução do passado ao futuro.

O primeiro mês do Calendário Gregoriano, utilizado na maioria dos países -- **Janeiro** – deve seu nome a Janus e tem em si um pouco do passado, e a promessa do futuro que o início do ano marca.

Nascido na Grécia, na Tessália, mudou para o Lácio, e aí se casou com a rainha. Com a morte desta, Janus passou a governar sozinho, dedicando seu governo às transformações: criação de leis, desenvolvimento científico, desenvolvimento do cultivo e as primeiras moedas correntes. Tudo isto, e muitas mudanças foram implementadas no seu reinado, o que trouxe para o Lácio um período de paz e prosperidade que nunca tinha sido visto antes. Ao morrer, Janus recebeu o *status* de deus, devido ao fato de ter dedicado a sua vida às transformações: adquiriu, assim, a dualidade do deus das transições, olhando tanto para o passado como para o futuro, como se pode ver na sua imagem.

Doutora em Música (UNIRIO); Mestre em Musicologia (CBM-CeU - RJ); Especialista em Musicologia; Especialista em Educação Musical (CBM-CeU - RJ). Graduada em Musicoterapia (CBM-CeU); Graduada em Piano (AMLF-RJ). Coordenadora e profa. da Pós-graduação e profa. do Bacharelado em Musicoterapia (CBM-CeU). Fundadora da Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco (CBM-CeU). Professora convidada de vários Cursos de Pós-graduação do Brasil. Musicoterapeuta pesquisadora convidada da UFRJ-ME. Autora de livros sobre musicoterapia, capítulos de livros nos Estados Unidos e Colômbia, e artigos publicados na Alemanha, Argentina, Brasil, Espanha, França, Estados Unidos e Noruega. Membro do Conselho Diretor da World Federation of Music Therapy e Coordenadora da Comissão de Prática Clínica por dois mandatos. Parecerista e Editora para a América do Sul da Revista Eletrônica Voices (Noruega) de 2001 a 2015. Ex-Membro do Conselho Diretor da WFMT por dois mandatos.



Além disto, também há representações das suas faces como a apresentada acima: uma virada para trás, como um ancião que olha para o passado e outro, com uma imagem de um homem jovial que representa o futuro.

Mas, por que a figura de Janus apareceu com este tema? Porque estamos falando de tempo. E, falando de tempo tenho que abrir um parêntesis porque sempre me vem Santo Agostinho, já que, para ele, existe o **Tríplice Presente**: “que nos traz o passado pela memória e o futuro pela expectativa”. E é exatamente isto que me parece pedir este momento.

Assim, vamos ao passado pela memória, para tentar entender quais são as nossas expectativas para o futuro: o que queremos para o nosso futuro, aqui exclusivamente com relação à formação.

E, certamente, mais do qualquer um ou uma de vocês aqui presentes, e por um único motivo -- a idade --, o que não é nenhuma vantagem, tenho sido testemunha do curso da História da Musicoterapia em nosso país, nestes anos em que com ela convivo -- exatamente 45 anos, por vários motivos: fui aluna do atual Curso de Bacharelado em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música, Hoje Centro Universitário; passei a ser professora em 1975 – quando cursava o quarto ano do Curso -- (e sou até hoje); fui coordenadora do referido curso por 15 anos; criei o curso de Pós-graduação da mesma instituição em 1993, portanto, há 25 anos atrás; e tenho transitado pelos cursos de Bacharelado do Brasil, nas outras cinco instituições onde ele existe, bem como por vários cursos em nível de Pós-graduação (Lato-senso), também no Brasil, e em outros países (Argentina, Uruguai, Chile e Colômbia). Ainda tenho contato com professores/coordenadores

de cursos, em vários níveis, na Europa, Estados Unidos e Austrália, o que me leva a fazer comparações e a avaliar e reavaliar o que acontece conosco.

Mas, será que o que queremos está sendo construído hoje? Será que o que temos hoje é o que queríamos quando tudo começou? Penso que não podemos pensar só em um desses tempos mas sim, que eles dependem uns dos outros e que o que temos até agora é, talvez, não o que queríamos lá atrás para o nosso futuro, mas o que foi possível ser realizado.

As vertentes da musicoterapia

Para falar da formação em musicoterapia é necessário se dizer que não foi por esta que tudo começou. Em todos os países do mundo a musicoterapia começou pela utilização da música, de formas diferentes em cada cultura e, só então, se começa a perceber a necessidade de uma formação para se entender 'por quê' a música é um potente elemento terapêutico e 'como' deve ser empregada para ratificar essa afirmação.

As fontes bibliográficas apresentam **duas vertentes** dessa utilização: **uma delas**, que vem da apresentação musical em hospitais onde estavam internados os feridos de guerra, onde conjuntos famosos de música popular e orquestras de música erudita, bem como executantes de vários instrumentos e canto, eram convidados para se apresentar. E, a **segunda vertente**, que vem da Educação Musical, em países que tinham e têm grande tradição nesse sentido, e dão, ainda hoje, grande valor à educação musical. Nestes, o reconhecimento da potência da música se expandiu para a Educação Especial e, daí, para outras áreas que contemplam, inicialmente, crianças e, pouco a pouco, se abriu para outras faixas etárias e diferentes áreas.

Mas, não se fala numa outra vertente, que reconheço e considero muito importante e a que aponto como sendo a **terceira delas**: o xamanismo, ainda hoje professado em culturas iletradas. Esta foi, sem dúvida, uma das mais importantes vertentes, embora não reconhecida e, muito menos, apontada como tal, nas nossas fontes bibliográficas. No entanto, o musicoterapeuta Joseph Moreno, sobrinho do conhecido criador do Psicodrama², escreveu um importante artigo, em 1988, que entende o musicoterapeuta como um xamã contemporâneo, que

O romeno Jacob Levy Moreno.

continua uma prática em inumeráveis tribos e sociedades não tecnológicas na Ásia, África, Austrália, Américas, Oceania e Europa.

Mas, foi da necessidade de se saber mais sobre as propriedades da música, o seu funcionamento no cérebro, qual o seu poder como elemento terapêutico e como seria a sua aplicação, que surgiu a necessidade de estudos e de preparação de pessoas que, até então eram professores, para utilizarem-na como um elemento terapêutico. E com uma identidade diferente da do professor: a de terapeuta.

Sobre a formação

O que é uma surpresa para muitos musicoterapeutas é que, no Brasil, a formação de musicoterapia começou pela **Pós-graduação** pois, em **1969**, a Profa. Clotilde Leinig criou na **Faculdade de Educação do Estado do Paraná**, um curso nesse nível, com o total de 1500 horas, com mais de dois anos de duração, e a exigência de 360 horas de estágio. Esse curso foi oferecido aos graduados em Educação Musical e se manteve nessa mesma linha até 1980, quando se transformou no curso de Bacharelado, ainda existente na hoje Universidade do Estado do Paraná – UNESPAR, da qual temos muitas representantes neste evento, na verdade, a cúpula do referido curso.

Esta informação foi dada pela **Associação de Musicoterapia do Paraná**, em 1993, quando fui convidada pela musicoterapeuta americana Cheryl Maranto (hoje Dileo), para escrever um capítulo do livro³ que estava sendo por ela organizado, sobre a musicoterapia no mundo. Aceitei o convite e considerei importante ter um interlocutor. Assim, convoquei o musicoterapeuta Marco Antonio Carvalho Santos para dividir essa difícil tarefa e, juntos, decidimos pedir ajuda às Associações de todos os Estados, já que seria impossível termos as informações necessárias e garantir a veracidade destas, considerando as dimensões continentais do país.

Assim, já tínhamos alguns musicoterapeutas certificados no país, mais precisamente no Paraná, quando no ano de 1972, quando após o curso de piano continuei um aperfeiçoamento e vi um cartaz no salão de venda de instrumentos da Mesbla, uma loja de departamentos. Nesta, meu professor de piano tinha uma

sala para dar aulas, provavelmente a ele cedida para aumentar as vendas de instrumentos. Esse cartaz anunciava o início de um **Curso de Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro**, do qual eu já tinha sido aluna de **Educação Musical**, um tempo atrás. Por este Curso exigir estágio na área de Música na Educação Especial, eu já tinha estado na **Sociedade Pestalozzi do Brasil do Rio de Janeiro** e, por conta disto, trabalhado em uma instituição deste tipo em São Paulo. No entanto, a palavra Musicoterapia ainda não entrara no meu dicionário até então!

Mas, os avanços continuaram e outros cursos de graduação começaram a surgir: em São Paulo (1985 – hoje funcionando na antiga FMU), Bahia (1993 – 2000), Goiânia (1999), Rio Grande do Sul (2003), e em Minas Gerais (2009).

E, esperamos que em breve tenhamos mais um pois existe um Projeto tramitando há seis anos, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), refeito no ano passado e que, em breve, deve estar sendo oferecido. Pelo menos, assim, esperamos. Preciso dizer que trago esta informação com a aprovação de pessoas que estiveram à frente da Comissão que fez o referido Projeto.

E aqui aproveito para informar oficialmente que o curso do CBM não acabou. Ele foi reformulado, após a venda do CBM pela família Lorenzo Fernández para o Grupo Simonsen. No momento temos três turmas, totalizando 19 alunos. Temos uma aluna deste “novo curso” aqui.

Assim, temos hoje cinco cursos de Bacharelado em funcionamento: com linhas diferentes, estruturas distintas, sem que se tenha notícias muito precisas de como “as coisas acontecem em cada um”.

E sobre a graduação, volto, pela terceira e última vez, a comentar a questão das Diretrizes Curriculares. Em 2004, Marco Antonio Carvalho Santos e eu fomos convidados pelo MEC para fazer um curso para sermos avaliadores de cursos em Brasília. Quando lá chegamos, recebemos um livro de **Terapia Ocupacional** para seguirmos as Diretrizes Curriculares desse curso porque a Musicoterapia não tem Diretrizes Curriculares.

Colocamo-nos, nessa ocasião, à disposição do MEC, para que os cursos existentes discutissem a questão e se chegasse a essas Diretrizes. Mas, nunca fomos chamados.

Assim, no **XI Encontro de Pesquisa em Musicoterapia**, realizado em Belo Horizonte, em 2011, numa reunião de coordenadores dos vários cursos existentes,

foi constituída uma Comissão para isto. Não deu certo. Novamente, em 2015, no XV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, realizado no Rio, constituímos outra Comissão sendo o Prof. Renato Sampaio o coordenador das duas comissões. Em 2015, no Rio, todos os cursos estavam representados. Mas, no momento em que as pessoas saem do Congresso não mais respondem aos emails do Coordenador da Comissão.

Então, eu desisti! O Curso de Música, por exemplo, tem essas Diretrizes. Mais do que isto: encontrei uma Consulta do Conselho Nacional de Educação sobre a área do conhecimento a que pertence o Curso Superior de Quiropraxia e a possibilidade de estabelecer as respectivas Diretrizes Curriculares Nacionais (2010).

Mas, o que seriam estas Diretrizes? São orientações para a elaboração dos currículos, e devem ser necessariamente respeitadas por todas as instituições de ensino superior. Entendo que não se trata do engessamento dos cursos mas, apenas, uma organização que tem uma flexibilidade assegurada e nos coloca entre os cursos de todas as outras áreas. Mas, entendi que, por alguma razão que não sei exatamente qual é, os Bacharelados em Musicoterapia não desejam estabelecer as referidas Diretrizes.

Mas, devo voltar às modificações que estão sendo implantadas nos cursos hoje oferecidos. Entendo que os de graduação estão tendo que mudar a política da prova de música, por exemplo, que nem sempre é realizada, como no CBM, por exemplo. E aqui se tem uma justificativa: em quatro anos eles podem aprender música. E vamos seguindo em frente. Parece que ajustes seriam necessários. Mas, entendo que cada um quer decidir as suas próprias questões e as dificuldades não são discutidas entre eles. E nem sei se deveriam ser.

E aqui fica a pergunta: por que musicoterapia não quer ou não consegue se organizar e estudar as possibilidades de ter essas Diretrizes Curriculares? Eu não ousou responder!!!!!!!

Mas, penso que estamos agora, até por conta da conjuntura do país, em um momento de *Turning Point* ou, um momento decisivo, na musicoterapia: tanto na formação como na clínica. Mas, a nossa discussão deve se concentrar na formação. E considero esta questão bastante grave quando penso no surgimento de cursos de pós-graduação nas condições mais distintas e, algumas, quase inaceitáveis.

E, a **primeira delas**, é a não realização de prova de música. E aqui, a justificativa é a mesma daquela dada para a não realização dessa prova na graduação -- os alunos têm o tempo do curso para aprender música. Só que, na graduação eles têm quatro anos para isto, o que evidentemente não vale para estudos que duram meses, como os cursos de pós-graduação. Ninguém consegue aprender música, em meses. E isto acrescido ao fato de que quase todos são profissionais que trabalham, o que torna praticamente impossível terem tempo para estudar música.

Mas, as dificuldades não se resumem à música. Identifico alguns aspectos que, na minha opinião, inviabilizariam esses cursos:

- carga horária inferior àquela que as Resoluções estabelecem; (já vi curso de 144 horas, de 156, enfim, tudo pode acontecer). O que acontece é que as instituições fazem, por exemplo:

- a inclusão de horas de elaboração de trabalhos 'intermodulares' na carga horária do curso e
- a inclusão da carga horária de estágios e da supervisão, também nas 360 horas mínimas, que os alunos têm obrigatoriedade de cursar, exclusivamente em sala de aula com o professor.

Uma outra questão é:

- a titulação dos professores diferente da forma como estabelece a Resolução, ou seja:

- O corpo docente de cursos de pós-graduação *lato sensu*, em nível de Especialização, deverá ser constituído por professores especialistas ou de reconhecida capacidade técnico-profissional, sendo que 50% (cinquenta por cento) destes, pelo menos, deverão apresentar titulação de mestre ou de doutor obtido em programa de pós-graduação *stricto sensu* reconhecido pelo Ministério da Educação e, um outro aspecto sobre o qual a Resolução não se refere mas, nós, musicoterapeutas sabemos é que os alunos não podem iniciar os estágios com 22 horas/aula e isto já aconteceu.

Na minha opinião, estes são alguns aspectos que considero que não deveriam acontecer.

No entanto, considero que a falta da música talvez seja a mais grave porque, pouco a pouco, vai descaracterizar a profissão. As pessoas podem ser excelentes terapeutas. Mas, não serão, certamente, musicoterapeutas!

Além disto, temos hoje uma grande quantidade de Cursos de Pós-graduação no Brasil. Se tomarmos como exemplo os cursos do CBM temos: 19 alunos na graduação e 52 em duas turmas na Pós-graduação. Temos cinco cursos de Graduação no Brasil e aproximadamente dez (ou mais) de Pós-graduação. Assim, certamente, temos mais alunos na Pós-graduação.

Sei que hoje a tecnologia é nossa aliada e alguns diríamos que, por conta dela, podemos ter toda e qualquer música: de todas as culturas, com os mais variados conjuntos e intérpretes, também do mundo inteiro.

Mas, eu pergunto: que compreensão têm esses musicoterapeutas, da música que a tecnologia nos ajuda a veicular para os pacientes?

Como a tecnologia nos ajuda a ter critérios para a escolha dessas músicas? Como a tecnologia nos ajuda a ter uma compreensão daquilo que pode ou que acontece quando colocamos uma dessas músicas?

O que entendemos da música que o paciente nos traz? A tecnologia pode nos ajudar nesse sentido?

Sabemos da importância da tecnologia para nós, musicoterapeutas, nos dias atuais, mas esta não nos ajuda em todas as situações e nem resolve todos os nossos problemas.

Na internet são encontrados também cursos à distância. Outros, que levam algumas horas. E os que têm uma linha específica como a “Musicoterapia Cristã”! Seria interessante se ter uma ideia de quantos alunos temos na graduação, nos cinco cursos, e quantos temos em todos os cursos de pós graduação.

Desta maneira, quando falei que estamos num *Turning Point* da Formação, pelos motivos aqui apontados, tenho que admitir que estamos num momento especial da profissão de musicoterapia porque, sem dúvida, estes novos musicoterapeutas, em grande quantidade, farão uma musicoterapia diferente; uma nova musicoterapia: em algum momento, em algum lugar.

Há um ano atrás, a *União Brasileira de Associações de Musicoterapia* teve uma excelente ideia: constituiu uma Comissão para estudar a Formação, priorizando a Pós-graduação, certamente, pelos últimos acontecimentos. Tivemos

várias reuniões por *skype*, foram muitas as nossas discussões, colocamos as nossas ideias por escrito, mas, ainda não tivemos resposta do trabalho realizado. Imagino que hoje teremos essas respostas, com a participação de um dos coordenadores dessa Comissão, na próxima Mesa Redonda.

Mas, acima da UBAM temos o MEC, que é claro nas suas Resoluções. No entanto, os cursos de Pós não são objeto de Avaliação, o que, certamente, faz com que se deixe de lado as questões mais polêmicas dos mesmos.

Vamos ouvir quais foram as conclusões da Comissão de Formação da UBAM e envidar esforços para melhorar nossos cursos pois, isto, só nos levará a trilhar um caminho melhor, não só na própria Formação mas, também e principalmente, na clínica da musicoterapia. Espero que tenhamos a possibilidade de mudar essa situação, por conta dos problemas que delas possam advir futuramente.

Ainda quero salientar que não sou contra a pós-graduação. Se assim fosse, certamente eu não seria coordenadora de uma delas.

Também preciso dizer que temos tido alunos, na Pós-graduação do Rio, e vejo que também de outras cidades, que têm feito trabalhos de extrema importância e têm levado a musicoterapia para lugares onde isto não seria possível, caso não tivessem tido a oportunidade de fazer um curso deste tipo. Aqui, por exemplo, temos quatro alunos apresentando trabalho, só da Pós-graduação do Rio. Mas, certamente, muitos mais que não conheço também devem estar nessa mesma situação, aliás louvável.

Assim, desejo que possamos encontrar uma forma de contornar as dificuldades e colocar nossos cursos de maneira que formemos pessoas competentes e comprometidas com a profissão.

Muito obrigada.

Referências

BRADT, Joke. (Ed.). **Guía para Práctica de la Musicoterapia en la Atención Pediátrica: selecciones**. Dallas (TX): Barcelona Publishers, 2016.

CHEVALIER, Jean. GHEERBRANT, Alain. **Dicionário de Símbolos**. 12 edição. Trad. Vera da Costa e Silva....[et.al.] Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

BARCELLOS, L. R. M. e SANTOS, Marco Antonio Carvalho. Music Therapy in Brazil. In: MARANTO, Cheryl. (Ed.). **Music Therapy: International Perspectives**. Pipersville (Pennsylvania): Jeffrey Books. 1993.

MORENO, Joseph. The Music Therapist: creative arts therapist and contemporary shaman. **The Arts in Psychotherapy**. Vol. 15, Number 4. Winter 1988.

SANTO AGOSTINHO. **O homem e o tempo. Confissões**. Trad. J. Oliveira Santos e A. Ambrósio de Pina. São Paulo: Nova Cultural, 1987a, p. 209-230 (Coleção Os Pensadores).

ISBN: 978-85-94394-03-3

CSL



9 788594 394033