
IV FÓRUM ESTADUAL DE MUSICOTERAPIA

21, 22 e 23 de maio de 1998 - Conservatório Brasileiro de Música

Clínica Musicoterápica: Limites e Transgressões

Associação de Musicoterapia Estado do Rio de Janeiro
1998

IV FÓRUM ESTADUAL DE MUSICOTERAPIA

21,22 e 23 de maio – Conservatório Brasileiro de Música

Clínica Musicoterápica: Limites e Transgressões

ANAIS

Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro

1998

F532

Fórum Estadual de Musicoterapia (4. : 1998 : Rio de Janeiro, RJ)
Anais do IV Fórum Estadual de Musicoterapia: Clínica
musicoterápica: limites e transgressões, 21 a 23 de maio, Rio de
Janeiro, RJ. -- Rio de Janeiro : AMTRJ, 1998.

ISBN: 978-65-86806-07-6

1. Musicoterapia – Congressos. I. Associação de Musicoterapia
do Estado do Rio de Janeiro. III. Título: Clínica musicoterápica:
limites e transgressões.

CDD: 615.85154

Editorial

A publicação dos Anais do Fórum Estadual de Musicoterapia, promovido pela AMT-RJ, cria um novo espaço para a publicação de textos sobre Musicoterapia no Rio de Janeiro. Com isso a AMT-RJ busca contribuir para a divulgação da prática clínica e da reflexão teórica dos musicoterapeutas.

Os últimos eventos organizados pela AMT-RJ revelaram a necessidade de tornar acessíveis a todos os alunos e profissionais a produção apresentada nestas ocasiões. Além disso a publicação estimula os que apresentam trabalhos a escreverem suas reflexões, o que possibilita uma discussão mais sistemática de idéias através de uma retomada posterior dos textos. Em lugar de uma apresentação apenas oral, teremos também a produção de material escrito para posterior consulta, estudo e debate.

A Musicoterapia precisa de autores empenhados em contribuir para o aprofundamento das bases teóricas da nossa prática. Estimular a produção de textos se reveste, na nossa visão, da maior importância para a consolidação da carreira. Não podemos nos limitar a desenvolver uma prática clínica que se fecha nos consultórios. Não basta falar sobre ela. Devemos, ao contrário, abri-la para o debate através dos nossos textos.

Esperamos que esta publicação represente um novo passo nesta caminhada que, juntos, precisamos empreender.

Sumário

<i>Editorial</i>	1
<i>Clínica Musicoterápica: limites e transgressões</i>	5
Palestra de Marco Antonio C. Santos	
Debatedores: Paula Carvalho e Marcus Vinicius Machado	
Coordenador: José Henrique Nogueira	
Conquistando Espaços	
<i>Musicoterapia em Oncologia Pediátrica</i>	13
Jacila Maria da Silva	
<i>Musicoterapia em Aids Pediátrica</i>	25
Nícia Maracajá do Rego Barros Domingues	
<i>Musicoterapia uma Visão Social</i>	29
Ronaldo Milleco	
<i>Co-terapia em Musicoterapia – um desafio</i>	37
Regina Brandão e Cláudia Leão	
Coordenador: Cláudia Éboli	
Orquestrando a Clínica	
<i>Aspectos teórico-técnicos</i>	49
Márcia Maria da Silva Cirigliano	
<i>Aspectos Éticos</i>	53
Márcia Godinho Cerqueira de Souza	
<i>Aspectos Clínicos e de Supervisão</i>	57
Musicoterapia Marly Chagas	

Clínica Musicoterápica: limites e transgressões¹

Marco Antonio C. Santos

Em primeiro lugar gostaria de dividir com todos os presentes a satisfação da direção e coordenação do Curso de Musicoterapia em relação ao momento que estamos vivendo. Em abril do ano passado realizamos um encontro que reuniu alunos e professores do curso de Musicoterapia com a AMT-RJ, musicoterapeutas do Rio e representantes de cursos de MT de outros estados. A partir de uma discussão aberta a respeito da situação da carreira no Rio foi proposto o estabelecimento de um prazo para que os ex-alunos que não haviam apresentado monografia o fizessem. A direção e a coordenação do curso assumiram a decisão de fixar este prazo para abril de 1998.

Foi uma decisão difícil para nós e por isso foi importante sentir que contávamos com o apoio da AMT-RJ. Tratava-se de um esforço no sentido de encerrar uma etapa e colocar a carreira em um novo e mais elevado patamar. Não se podia continuar numa situação em que muitos profissionais eram formados mas não podiam ser diplomados.

A categoria acabou se mobilizando das mais diversas formas para transformar este quadro: divulgando a decisão, estimulando os colegas a escrever, sugerindo temas, orientando trabalhos.

Toda esta mobilização de tantas pessoas acabou produzindo um resultado que superou nossas melhores expectativas – foram quase 80 trabalhos, alguns em grupo, de forma que mais de 90 profissionais estão se habilitando à diplomação. Não poderia aqui mencionar todos os que colaboraram e construíram juntos este resultado. Gostaria de deixar público, no entanto, o nosso entusiasmo com esta conquista de todos nós.

E agora vamos ao assunto desta noite.

Clínica Musicoterápica: limites e transgressões. Este foi o tema proposto para esta palestra. Quando comecei a pensar

1 Trabalho apresentado no IV Fórum Estadual de Musicoterapia da AMT-RJ (21-22/05/98)

sobre ele me dei conta da minha dificuldade em organizar uma linha de exposição. Uma série de questões me ocorriam mas nenhuma idéia de por onde começar. Acabei por me decidir a apresentar algumas reflexões de autores que tenho estudado como subsídios para um debate e propor, ao final, algumas questões.

Se as definições são sempre problemáticas, elas podem, por outro lado, nos servir como ponto de partida. Assim começaremos pela palavra *clínica*, segundo o Aurélio:

“1..A prática da medicina 2. A clientela de um médico. 3. Lugar aonde vão os doentes consultar um médico, receber tratamento ou submeter-se a exames clínicos, radiografias, etc. 4. Casa de Saúde.[...]”

A partir da clínica encontramos a palavra *saúde*. Se a clínica se refere à prática, aos clientes ou ao local onde o médico exerce sua especialidade, a palavra *saúde* se origina no latim *salute* “salvação”, “conservação da vida” e é definida como *1. Estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal*. O Dicionário Aurélio se refere ainda ao sentido de força, vigor, disposição moral, mental ou do organismo.

James Hillman, um analista junguiano que costumo ler, aponta a dificuldade de lidar com algumas palavras. Explorando algumas delas nos damos conta de que *“não estamos lidando com um conceito, mas com um símbolo. Os símbolos, como sabemos, não estão totalmente sob o nosso controle, de modo que não podemos usar a palavra de maneira totalmente inequívoca” [...] (1993, p. 58).*

Hillman faz estas afirmações num contexto em que se referia à palavra alma a respeito da qual diz que “é um conceito deliberadamente ambíguo (...) da mesma maneira que o são todos os símbolos fundamentais que fornecem as metáforas básicas para os sistemas de pensamento humano” (1993, p. 58). Outros conceitos como Matéria, Natureza, Energia, Vida e Saúde, se encontram no mesmo caso.

Assim, segundo Hillman, os símbolos fundamentais das nossas experiências mais importantes não podem ser definidos claramente. Isto, que vale para saúde, parece valer também para a música. Poderíamos tentar definir a música – vários autores já tentaram fazê-lo – mas ela sempre nos escapa, sempre se recusa a ser enquadrada nas redes conceituais com que tentamos capturá-la.

Como lidar então com estas questões? O autor propõe que procuremos nos aproximar delas como que circulando à sua volta, buscando relações entre o que tentamos entender com outros campos como a mitologia, a antropologia, a linguística, a filosofia, as religiões. Com isso é possível *amplificar* as questões, compreendendo-as ou, pelo menos, aproximando-se delas por diferentes ângulos.

Voltando ao nosso ponto de partida, a clínica musicoterápica, podemos perceber que estamos lidando com símbolos bastante complexos – música/ terapia/ saúde. Nosso pensamento prefere, em geral, os esquemas mais claros, previsíveis. Com isso, no entanto, corremos o risco de simplificar as coisas como forma de defesa contra a ansiedade originada pela complexidade. E com isso podemos perder muito da sua riqueza.

Tentamos abordar a experiência terapêutica a partir unicamente de um modelo amplamente consagrado no ocidente – o da ciência. Isso sem levar em conta que a ciência não deveria pretender se colocar como *a* resposta aos problemas humanos, mas como *uma* resposta a alguns desses problemas. Rubem Alves nos diz que “o cientista virou um mito. E todo mito é perigoso, porque ele induz o comportamento e inibe o pensamento” (1992, p. 11). O autor considera a ciência como uma expressão da necessidade de compreender o mundo, a fim de viver melhor e sobreviver. Mas lembra também que por milhares de anos a nossa espécie sobreviveu “sem coisa alguma que se assemelhasse à nossa ciência. A ciência, curiosamente, depois de cerca de 4 séculos, desde que ela surgiu com seus fundadores, está colocando sérias ameaças à nossa sobrevivência” (1992, p. 20).

Não quero colocar aqui dúvidas a respeito da utilidade da ciência ou do seu papel fundamentalmente progressista, mas questionar a sua mistificação. Quando colocada como a única possibilidade válida de conhecimento ela ultrapassa suas possibilidades e nos conduz a becos sem saída.

Questões sobre o sentido da vida, do amor, da beleza não podem ser respondidas cientificamente. E aí começam os nossos problemas. Se o trabalho terapêutico supõe uma sólida base de conhecimentos científicos, eles por si só não são suficientes. O curso de musicoterapia enfatiza, por exemplo, a necessidade de um trabalho de sensibilização. O que se busca com isso? Falamos em tornar o terapeuta sensível às possibilidades da comunicação não-verbal, e consideramos que isso só se alcança através de uma

experiência pessoal. Não se trata de assimilar ou compreender conceitos mas de entrar em contato consigo mesmo e com os outros de uma forma diferente – através da experiência do corpo, do cantar, do tocar, da emoção, do sentimento.

No curso de musicoterapia se recomenda aos alunos que cuidem de si mesmos, que façam terapia. Com isso esperamos que as pessoas possam se tornar mais íntegras, que se conheçam melhor, que se transformem e assim possam ajudar outras a se transformar, a se compreender e a se aceitar. Tornar-se mais íntegro não é só desenvolver o seu lado luminoso. É também poder entrar em contato com os seus próprios aspectos sombrios, seus limites e dificuldades. Isso torna as pessoas mais capazes de aceitar os próprios limites e os dos outros.

Terapia envolve conhecimento científico, mas envolve também um tipo de conhecimento que os gregos chamavam de *fronesis*. Com este conceito procurava-se expressar uma espécie de sabedoria, fruto da experiência de vida, que se concentrava em certos indivíduos de uma comunidade. Poderíamos relacionar este conceito com um especial refinamento do que Jung chama de função sentimento¹. Referindo-se à obra de Jung, Hillman afirma que “podemos discernir dois aspectos do conceito de sentimento: de um lado o sentimento como uma *função* que “gosta”, faz relações, emite julgamentos, conecta, nega, avalia; de outro, os sentimentos como *conteúdos* (esperanças, anseios, raivas).

Como processo psicológico que avalia, uma condição para o sentimento é a existência de um conjunto de valores, com o qual se possa relacionar, a partir do qual se posiciona diante de situações, pessoas, objetos. Para avaliar e estabelecer relações, “o sentimento requer tempo, mais do que é necessário para a percepção” (Hillman, 1990, p. 132). Por isso precisamos muita paciência em determinadas situações que enfrentamos na clínica – não se pode apressar o paciente.

“A função sentimento desenvolvida é a razão do coração, que a razão da mente não compreende muito bem. [...] E sobretudo, o sentimento fornece a ordem e a lógica do amor” (Hillman, 1990, p.132-133).

1 As funções da consciência descritas por Jung em “Tipos Psicológicos” são quatro: pensante e sentimento (chamadas de funções racionais) e intuição e sensação (chamadas funções irracionais).

No nosso trabalho lidamos com as pessoas através da música. A música tem, portanto, um significado especial para nós — ela é empregada “num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos”, segundo a definição de musicoterapia adotada pela Federação Mundial de Musicoterapia. Por que a música pode ser empregada em tantas direções? Talvez pela sua capacidade de estabelecer pontes entre o visível e o invisível, como diz Hillman.

Segundo este autor “a beleza é em si mesma uma cura para o mal-estar psicológico” e “a investigação inquieta não é a única forma de saber, o auto-exame não é o único tipo de conscientização” (Hillman, 1996, p. 50). A beleza diminui a inquietação, acalma o coração. Talvez por isso nos deparemos no nosso trabalho com tantas situações em que o paciente recupera um certo brilho no olhar quando consegue cantar, tocar, participar de alguma forma ou apenas ouvir uma música. É que no espaço musicoterápico a música é produzida por ele, com ele ou para ele, envolvendo-o de uma forma especial.

A música pode lançar pontes sobre o vazio da solidão, do medo, do sofrimento. Assim ela cria possibilidades de encontro, facilita o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais. Ao mesmo tempo a música ajuda a contatar os próprios sentimentos. O encontro consigo mesmo e com o outro cria uma boa base para o processo criativo. Hillman afirma que a criatividade psicológica se desenvolve a partir dos relacionamentos humanos e não no isolamento, porque “os relacionamentos oferecem *containers* para a loucura. Quanto mais profundos forem, mais poderão conter. Eles provêm local para o sacrifício e proteção contra o aspecto destrutivo do criativo” (Hillman, 1984, p. 43).

Gostaria de citar mais um trecho do mesmo autor.

É evidente quanto o ritual da análise foi, e ainda é, necessário para a criatividade psicológica; ignoramos, porém, quanto tempo mais o seu vaso hermético será necessário. E, embora necessário, é discutível que seja suficiente. [...]

A análise agora aponta para além de si mesma, algo mais deve acontecer para que eros e psique possam se unir na vida e a criatividade psicológica, incluindo a sua

psicopatologia, possa encontrar formas adequadas fora do consultório”(1984, p.105)

O autor aponta para a necessidade de superar os limites da análise, sem negar o seu valor e a sua importância atual. Podemos pensar, a partir daí, na necessidade de ampliar a nossa compreensão de terapia e do papel do musicoterapeuta neste final de século. É neste contexto que gostaria de propor a questão da transgressão.

Edward Said emprega este conceito no seu livro *Elaborações Musicais*. O segundo capítulo desta obra se intitula *Sobre os Elementos Transgressivos na Música*. Nele o autor nos alerta contra o risco de considerar que os horrores do totalitarismo na primeira metade do nosso século como que tragaram todos os esforços políticos e culturais que se opuseram a ele. Said argumenta que “nenhum sistema social, nenhuma visão histórica, nenhuma totalização teórica, não importa quão poderosa, podem exaurir todas as alternativas ou práticas que existem em seus domínios. Há sempre uma possibilidade de transgressão” (Said, 1992, p.98-99).

Esta “noção [transgressão] não implica necessariamente uma ação insurgente contra a lei e a divindade. A transgressão secular envolve essencialmente o movimento de um domínio para outro, o teste e o desafio dos limites, a mistura das heterogeneidades, ultrapassando expectativas, proporcionando inimagináveis prazeres, descobertas, experiências” (Said, 1992, p. 99).

Said se refere à música e aqui queremos nos referir à musicoterapia. Por isso quero propor algumas questões: a primeira diz respeito aos limites de nossa atuação. Quais os limites da prática musicoterapêutica?

Há limites éticos, certamente. Não podemos como profissionais de saúde assumir responsabilidades para as quais não estivermos preparados técnica e pessoalmente. O nosso Código de Ética trata desta questão de forma que não me alongarei neste campo.

Considerando os aspectos técnicos (que nem sempre podem ser dissociados dos éticos), Barbara Hesser, nas duas ocasiões em que ministrou cursos no Rio de Janeiro, enfatizou a relação entre níveis de profundidade da abordagem musicoterápica e o nível de formação do profissional. A aplicação de alguns métodos, como o GIM, exigem formação específica e estudos mais profun-

dos que, nos Estados Unidos, não são oferecidos em nível de graduação, mas apenas em níveis mais avançados.

Há limites estabelecidos pelo hábito. Não tenho certeza se se trata exatamente de hábito. Penso que, em alguns campos, os musicoterapeutas não atuam apenas porque nunca paramos para pensar sobre eles, acostumados a trabalhar em outros já conhecidos. Além disso colocamo-nos limites que outros terapeutas já superaram. A experiência e a formação de um terapeuta pode qualificá-lo a atuar em situações onde as técnicas que domina se revelam produtivas e necessárias ao crescimento de pessoas envolvidas em diversas situações.

O que estou querendo dizer é que musicoterapeutas não precisam estar sempre fazendo musicoterapia. A nossa formação nos possibilita atuar como agentes sensibilizadores que utilizam a música em vários ambientes como escolas, empresas, dinamizando grupos de crescimento pessoal. Não se trata de fazer terapia sempre – nem todos os que poderiam se beneficiar de experiências de desenvolvimento pessoal através da música optariam por um atendimento especificamente clínico. Com isso poderemos ampliar nosso campo de atuação sem criar confusões a respeito de nossa identidade. Podemos ter claro que somos musicoterapeutas, que estamos utilizando recursos técnicos empregados na musicoterapia, mesmo quando estivermos trabalhando em outras situações que não comportem uma abordagem estritamente clínica.

Nesse sentido gostaria de relembrar Hillman quando afirma que a análise, embora necessária, talvez não seja suficiente. A música pode desempenhar muitos papéis na promoção da saúde além do trabalho clínico. Será que a nossa experiência com a música como elemento de comunicação, como facilitadora da expressão, organização e tudo o mais que afirma a definição da Federação Mundial, deve ficar restrita ao espaço terapêutico? Ou devemos transgredir, ampliando o seu emprego a outros espaços de convívio humano que poderiam se beneficiar dos nossos conhecimentos?

Para encerrar gostaria de propor uma última questão. A formação dos profissionais na nossa área apresenta uma particularidade em relação a outras áreas de saúde. Existem no Brasil profissionais formados nas graduações e profissionais formados nas pós-graduações. Esta mesa reúne os dois tipos. Creio que estamos diante de mais uma transgressão, de uma

ampliação criativa que responde à realidade do nosso país no momento que estamos vivendo. Trata-se de uma situação a ser mantida no futuro? Não sei responder, mas em relação ao presente não tenho dúvidas sobre o acerto desta atitude transgressiva em relação a algumas tradições acadêmicas brasileiras.

Referências bibliográficas

- ALVES, Rubem. *Filosofia da Ciência – introdução ao jogo e suas regras*. São Paulo: Brasiliense, 1992, 15a. ed.
- HILLMAN, James. *Suicídio e Alma*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.
- HILLMAN, James. *O Código do Ser – Uma Busca do Caráter e da Vocação Pessoal*. Rio de Janeiro: Ed. Ojetiva, 1997.
- HILLMAN, James. *O Mito da Análise*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.
- HILLMAN, James. *Uma Busca Interior em Psicologia e Religião*. São Paulo: Ed. Paulinas, 1984.
- HILLMAN, James. “A Função Sentimento” in VON FRANZ, M.-L., HILLMAN, J. *A Tipologia de Jung*. São Paulo: Cultrix, 1990.
- SAID, Edward W. *Elaborações Musicais*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

Musicoterapia em Oncologia Pediátrica

Jacila Maria da Silva

O presente estudo foi realizado a partir de questões que surgiram, na prática clínica, da equipe de MT, da Casa Ronald McDonald. Esta prática consiste na MT em Oncologia Pediátrica. A equipe atuante, que elaborou este estudo, conta com as seguintes musicoterapeutas, sob a supervisão da Mt. Marly Chagas: Adriana Hees, Andréa Farnettani, Bianca Bruno, Daniela Perissé e Jacila Silva.

O atendimento de MT na Casa Ronald iniciou em março de 1996, com uma equipe formada por dois musicoterapeutas e três estagiários do Curso de Formação de Musicoterapeutas do Conservatório Brasileiro de Música. Atualmente, a equipe de MT é formada por quatro musicoterapeutas e dois estagiários. Este atendimento é um projeto desenvolvido pelo Grupo Quiron na Casa Ronald, sob a coordenação da Mt. Marly Chagas.

Tendo em vista as questões mais relevantes, pretendemos abordar os seguintes aspectos:

- 1 A Casa de Apoio Ronald McDonald: descrição e objetivo.
- 2 MT em Oncologia Pediátrica
 - 2.1 Pressupostos teóricos
 - 2.2 Metodologia de trabalho
 - 2.3 Características específicas da MT em Oncologia Pediátrica
 - 2.4 O grupo aberto e o espaço terapêutico: a questão do *setting* musicoterápico
 - 2.5 Objetivos da MT em Oncologia Pediátrica
 - 2.6 As sessões de MT e os seus conteúdos manifestos
 - 2.7 Questões para reflexão: a questão do corpo e a equipe de MT
- 3 O Congresso de Psico-Oncologia e as novas perspectivas de estudo e trabalho da MT em Oncologia.
- 4 Conclusão.

1 – A CASA DE APOIO RONALD McDONALD:

A Casa Ronald McDonald é uma casa de apoio que recebe crianças e adolescentes, que estão em tratamento ambulatorial no hospital. Questões como: a distância (entre a moradia do paciente e o local de tratamento) e a falta de recursos (dificuldades financeiras da família), foram relevantes para a construção desta Casa de Apoio. Em consequência desses fatores, ocorria um alto índice de abandono e violação no plano do tratamento, reduzindo as chances de cura. Sendo assim, a criação desta Casa de Apoio, visou atender à tais dificuldades e necessidades. Para tanto, a rede McDonald's realizou em 1992 e 1993 o Mc Dia Feliz, doando a arrecadação do evento para a Associação de Apoio de Crianças com Neoplasia. Isto possibilitou a compra da casa, que passou a ser a Casa de Apoio Ronald McDonald.

A casa localiza-se na Tijuca e hospeda no máximo vinte crianças ou adolescentes, com um dos seus respectivos responsáveis. É mantida através de doações, do evento Mc Dia Feliz (que se mantém até então) e de trabalho voluntário. Atualmente, a diretoria está elaborando um projeto de ampliação da casa, para atender a demanda existente.

Enfim, a Casa tem por objetivo hospedar crianças e adolescentes no período do tratamento ambulatorial, visando tanto torná-lo viável, quanto oferecer um melhor ambiente durante este processo. Assim, em última análise, a casa corresponde à expectativa de um sistema que possa oferecer uma melhor qualidade de vida aos pacientes com neoplasia.

2 – Musicoterapia em Oncologia Pediátrica

2.3 – Pressupostos Teóricos:

2.4 A concepção de música no processo musicoterápico:

A música exerce funções expressivas e clarificadoras no processo musicoterápico.¹ Desviando o eu e seus mecanismos de defesa, permite a emergência dos nossos conflitos e das nossas emoções.² O musicoterapeuta escuta a expressão sonora como sonora-histórica, carregada de história e de sentido. Para ele, a

1 Silva, J.M., "As associações livres na MT", Monografia de Conclusão de Curso de Formação de Musicoterapeutas do Conservatório Brasileiro de Música, RJ:1995, p.48.

2 Silva, J.M.,1995, *op. cit.*, p.36.

1.4- O papel do musicoterapeuta:

Cabe ao musicoterapeuta ser capaz de escutar a expressão do cliente e de intervir na medida em que seja propício, para facilitar a emergência dessa expressão. O que vai se configurar como criação musical se dá a partir das intervenções do musicoterapeuta e, concomitantemente, da interação musicoterapeuta-cliente. Esta criação está carregada de sentido.¹

O musicoterapeuta irá partir de um sistema simbólico "objetivo" (sonoro-cultural), para chegar a um sistema simbólico "subjetivo" (singular).²

2.1.5- A escolha sonoro-rítmico-musical:

A escolha sonoro-rítmico-musical na clínica musicoterápica se dá por associação livre, trazendo derivados do Ics. ao Cs.³

2.1.6- O paciente:

O paciente pode, junto com o terapeuta, utilizar a música como canal expressivo, através do qual irá liberar suas emoções. Com a liberação dessas emoções que estavam contidas, o paciente pode examinar melhor seus conteúdos e, por vezes, encontrar novos caminhos para a solução de seus problemas.⁴

2.1.7- A interpretação em MT:

A interpretação em musicoterapia vai sendo feita a partir do sentido atribuído pelo cliente à sua expressão sonora.⁵

2.1.8- A resistência:

Muitas vezes a resistência do cliente é burlada pela música emergente, deixando vir o que se faz oculto.⁶

2.1.9- A construção em MT:

Através da improvisação musical, o cliente poderá experimentar novos caminhos, novas formas de funcionamento. Este processo trará ao cliente a oportunidade de ampliar seu campo objetual, dando vazão ao surgimento do novo. Somente num espaço aberto à expressão, respaldado pela relação com o outro, que o cliente poderá experimentar e, quem sabe, dar vazão as irrupções do inconsciente, que se apresenta como o novo.⁷

6 Silva, J. M., 1997, *op. cit.*, p.51.

1 Silva, J. M., 1997, p. 9.

2 Barcellos, L. R. M., *Cadernos de musicoterapia*, vol. 1, RJ: Enelivros, 1992.

3 Silva, J.M., 1995, *op. cit.*

4 Silva, J.M., 1995, *op. cit.*, p.36.

5 Silva, J. M., 1997, *op. cit.*, p. 46.

6 Silva, J. M., 1997, *op. cit.*, p.46.

7 Silva, J.M., 1997, *op. cit.*, p. 47.

É neste sentido que vamos falar da construção enquanto processo terapêutico. Construção esta que estará ligada ao processo de criação, da experiência de criar algo novo; de criar novas formas de ver e ouvir, de perceber o mundo. Isso ocorre em decorrência da nova forma do sujeito se perceber.¹

Em continuidade, é nesta expressão que o terapeuta estará atento às possíveis falhas, aos vazios; espaços onde o cliente não significa, não consegue atribuir sentido algum. São nestes espaços que na interação terapeuta – cliente, serão construídos o que é novo, num processo de pura criação sonora.²

Assim o musicoterapeuta, junto com o cliente, investirá de significados o que não faz sentido. Construirá pouco a pouco com o cliente sua canção, em última instância, sua história. Neste trabalho, o tema do cliente será o traço, a marca que irá guiá-los, garantindo a fidelidade da construção. Os trechos de ritmo, melodia, sons desconectados, ou harmonia; farão parte do ‘mosaico sonoro’ do cliente, e serão reunidos e ligados pouco a pouco neste processo. Encontrar a ‘identidade sonora’ é encontrar um caminho mais criativo para dar conta da sua história.³

Vale citar Deleuze:

“Não se trata mais de dizer: criar é relembrar, mas, relembrar é criar, é ir até o ponto em que a cadeia associativa se rompe, escapa ao indivíduo constituído, se transfere para o nascimento de um mundo individuante”⁴.

2.2 – Metodologia:

2.2.1- São utilizados instrumentos musicais e/ou voz e/ou corpo, como objetos intermediários, que vão possibilitar a improvisação musical e a expressão.

2.2.2- Os atendimentos são em grupo e individual.

2.2.3- Técnica: Improvisação musical livre.

Segundo Barcellos, “uma situação musical improvisada dá lugar para que qualquer coisa aconteça. Num sentido muito amplo, improvisar é sinônimo de ‘brincar’ musicalmente”⁵.

1 Silva, J. M., 1997, *op. cit.*, p. 47.

2 Silva, J.M., 1997, *op. cit.*, p.47.

3 Silva, J. M., 1997, *op. cit.*, p. 47-48.

4 Deleuze *apud*. Perelson, S., 1994, *op. cit.*, p.61, ou ver Deleuze, *Proust e seus Signos*, p.109.

5 Barcellos, L. R. M., 1992, vol. 1, *op. cit.*, p.26.

Para Cirigliano,¹ a improvisação musical livre “é uma das técnicas musicoterápicas utilizadas para que o paciente possa se comunicar musicalmente”. Esta técnica consiste numa “fonte de descarga expressiva”. “Em síntese, a improvisação do paciente pode ser vista como uma expressão da associação livre em linguagem musical”.

2.3 – Características Específicas da MT em Oncologia Pediátrica:

3.1- A expressão sonora como veículo de expressão das emoções que a criança ainda não consegue significar;

3.2- Acatarse, como veículo de expressão da revolta, da raiva e de uma passagem da passividade para a atividade;

3.3- O tocar (fazer música), como agente da transformação de uma posição passiva e traumática para uma posição ativa e de elaboração da situação traumática.

3.4- A resistência, como fenômeno freqüente.

2.4 – O grupo aberto e o espaço terapêutico: a questão do setting musicoterápico

A permanência das crianças na Casa de Apoio está vinculada ao tratamento realizado no Instituto Nacional do Câncer (INCA). Por isso, o tempo de cada criança na Casa é variável e, conseqüentemente, a duração do tratamento musicoterápico não é prevista pela equipe de musicoterapia – está diretamente ligada ao período do acompanhamento hospitalar. Em decorrência, os grupos atendidos são caracteristicamente abertos, ou seja, estão em constante mudança: admitem a entrada de novos membros e a saída de outros, acompanhando o mesmo movimento, de entrada e saída, da Casa.

A incerteza de um grupo que se configurasse de forma à contar com a presença estável de seus integrantes, nos fez particularizar cada sessão como um processo – com início, meio e fim. A cada atendimento tentamos focar as necessidades e as demandas que surgem no grupo. Entretanto, observamos que

1 Cirigliano, M. M. S., *Das possíveis relações entre musicoterapia e psicanálise à emergência de um novo termo: atenção flutuante musical*, RJ: Monografia de Conclusão do Curso de Formação de Musicoterapeutas do Conservatório Brasileiro de Música, 1993.

algumas crianças ou adolescentes permanecem na Casa Ronald por mais tempo. Estas crianças geralmente tornam-se um “elemento chave” do grupo, analogamente, o que representaria um de seus alicerces. Nestes casos, podemos admitir a existência de um processo musicoterápico, tal como é previsto teoricamente ao longo de um período maior.

Outro fator a ser considerado refere-se ao espaço dos atendimentos. A Casa Ronald ainda não possui um espaço específico para a musicoterapia. No entanto, tentamos realizar os atendimentos em uma mesma sala – o que nem sempre é possível. Disto decorre a nossa constante readaptação em novos espaços.

A partir da observação desses dois aspectos – a existência de grupos abertos e a falta de um espaço específico – levantamos as seguintes questões: Como ficaria a questão do *setting* musicoterápico? A freqüente mudança de pacientes nos grupos e a ausência de um espaço adequado, seriam capazes de descaracterizar o *setting*, inviabilizando o nosso trabalho?

Tomamos como hipótese que aqui a questão do *setting* estará articulada à relação terapeuta-paciente. Em nossas reflexões teóricas e a partir da nossa prática, pudemos constatar que, mesmo estando longe das condições ideais, é perfeitamente possível o estabelecimento do vínculo terapeuta-paciente neste trabalho. Nesta hipótese, o *setting* musicoterápico estaria demarcado por esta relação. Indo mais além, poderíamos dizer que o *setting* se constituiria e se fundaria na relação que se estabelece entre o terapeuta e o paciente.

Assim, apesar das características que delineiam este trabalho com uma certa singularidade, marcada pela diferença do que seria estabelecido como ideal, a relação terapeuta-paciente nos resgata a possibilidade do desenvolvimento de uma atuação musicoterápica na Casa Ronald.

2.5- Os objetivos da MT em Oncologia Pediátrica:

O musicoterapeuta, ao iniciar um processo musicoterápico, deve ter em mãos os objetivos específicos para o seu paciente. Para isto, precisa recolher dados sobre a história de vida do paciente, através da entrevista inicial, da ficha musicoterápica e da testificação musical. Este material recolhido possibilitará o estabelecimento e o desenvolvimento do que se deseja alcançar.

A grande rotatividade que ocorre na Casa, como já abordamos, nos impede de seguir exatamente os procedimentos pa-

drões das etapas musicoterápicas. Realizamos na medida do possível, entrevistas nas quais preenchemos dados que consideramos essenciais ao trabalho. Contudo, no que diz respeito aos objetivos, tomamos como relevante a seguinte informação: trabalhamos com crianças e adolescentes com câncer. A partir daí, traçamos nosso objetivo mais geral, a saber:

Atender as demandas dos pacientes decorrentes da patologia, utilizando a música como meio de expressar e elaborar suas emoções. Em resumo, melhorar a qualidade de vida da criança durante o tratamento, servindo de base para a canalização da sua expressão emocional.

2.6 – As sessões e seus conteúdos:

A criança da Casa depara-se com situações nas quais é exposta a diversos 'sentimentos' e 'sensações' que não consegue nomear – tanto delas próprias quanto dos que a acompanham. Ou seja, imersa em um contexto carente de elaboração simbólica. Isto é ainda mais comprometedor, quando ela recebe mensagens ambíguas em relação à sua própria condição.

Na Casa, a criança encontra outras crianças que vivenciam experiências semelhantes. Existe um ambiente de convívio com amigos, familiares e voluntários, dando a idéia de uma grande família. Este convívio proporciona um respaldo importante à criança mas, também, faz ela compartilhar o que se passa com outras crianças e responsáveis. Estas 'coisas' geralmente não são ditas, ou seja, fazem parte de um discurso subliminar que perpassa o dia-a-dia. Assim, o que não faz parte do discurso, entrará na gama de sentimentos que ficam em 'suspensão'.

Na musicoterapia, a criança encontra um espaço onde poderá expressar-se verbalmente ou não, dando vazão a estes 'sentimentos', através de um respaldo sonoro-rítmico-musical e transferencial, utilizando o corpo, a voz e os instrumentos musicais. Podemos dizer que a catarse é o fenômeno mais freqüente nas sessões (em todos os grupos). Seu sentido envolve revolta, agressão, ódio, destrutividade e dor. Temos aqui, em última análise, o sentido de um pedido de ajuda.

A resistência também é algo muito presente nas crianças, principalmente nos adolescentes. Algumas vezes, quando uma sessão trabalha questões muito relevantes para eles, muitos faltam o atendimento seguinte. Esta resistência parece envolver o limite do sujeito ao deparar-se com as suas faltas. Analoga-

mente, é como se eles nos dissessem : “Não quero ir, pois prefiro fingir que não tenho esta dor”. Talvez, esta resistência, envolva um tempo necessário à elaboração dos conteúdos trazidos na sessão.

No que tange aos conteúdos manifestos no *setting* musicoterápico, podemos dizer que eles envolvem:

- A questão do **corpo**: das transformações corporais e da imagem corporal. Ex.: “Minha basília amalela, meu corpinho ficou louco”. (SIC)
- A questão da **doença** e a questão da **morte**, geralmente colocadas com uma linguagem própria. Ex.: “Tia, a casa tá dodói. Bota um band-aid”.
- A **saudade**: de tempos passados, de parentes, de amigos e de casa. Ex.: “O amor vai embora para casa. A irmã, o irmão, vai embora para casa”.(SIC); “Ai, ai, ai, ai, tá chegando a hora, o dia já vem raiando meu bem, eu tenho que ir pra casa. Ai, ai, ai, ai, tá chegando a hora, o dia já vem raiando meu bem, eu quero ir pra escola”.(SIC)
- A **revolta**: em relação à sua própria condição e em relação às figuras parentais, que não garantem um apoio suficiente; o alívio da dor. Ex.: “Mamãe é feia”. (SIC)
- A **despedida** e a **falta** de um amigo da Casa: que retornou para a casa dele, que foi internado ou que faleceu. Ex.: “Quem parte leva saudade de alguém, que fica chorando de dor”.(SIC)
- A **vivência hospitalar**: principalmente dos tratamentos (quimioterapia, cirurgia, etc.). Ex.: “A casa é bem melhor do que o hospital. Aqui as pessoas têm mais cuidado com a minha perna quando ela está doendo, do que no hospital”.(SIC)
- O **medo** do que possa vir a acontecer com ela. Ex.: “Quem tem medo do lobo mau, lobo mau, lobo mau”. (SIC)
- O **vínculo** terapêutico. Ex.: “Eu me apaixonei por você”. (SIC)
- A **tristeza**. Ex.: “O violão tá chorando, tia. Bota o violão pra chorar”.(SIC)

– A **esperança**. Ex.: “Tia, o segredo que eu contei à Deus, foi que eu fiquei bom”.(SIC)

2.7 – QUESTÕES PARA REFLEXÃO:

2.7.1 – A questão do corpo-sujeito:

O ser humano, como sabemos¹, não nasce com um corpo pronto e organizado. Este corpo vai se constituindo pouco a pouco, tendo como referência o olhar do Outro. É este olhar que vai possibilitar a formação de um corpo-sujeito, que possuirá uma imagem corporal.

Como podemos pensar, então, a constituição de um corpo-sujeito, quando ainda nos primórdios de sua vida este corpo se apresenta tão despedaçado?

Pensar esta questão é pensar principalmente neste Outro referencial, no olhar da mãe, que poderá ou não dar continente à sustentação deste corpo. Disto decorre a importância do trabalho com as mães, onde o terapeuta será um continente para esta mãe e, ela, por sua vez, poderá acolher o seu filho com o seu corpo, com o seu olhar.

2.7.2- A equipe de MT:

Escolhemos refletir esta questão a partir da seguinte citação:

“O lidar com a perda nesta situação fica por conta do *terapeuta* já que quem não mais permanece vivo é o paciente fazendo da MORTE a sua própria alta”².

Podemos notar aqui, a importância de um trabalho em equipe, que privilegie a troca e o respaldo aos seus componentes. Sem dúvida, a supervisão é condição *sine qua non* para o trabalho de MT na área de Oncologia.

3- O CONGRESSO DE PSICO-ONCOLOGIA E AS NOVAS PERSPECTIVAS DE ESTUDO E TRABALHO DA MT EM ONCOLOGIA:

O trabalho de MT em Oncologia é uma nova área de atuação para o musicoterapeuta. No levantamento feito pelas autoras

1 Sobre a questão do corpo em psicanálise, vide Birman, J., *Le corps et l'affect en psychanalyse*, texte de la conférence qui a eu lieu au Cercle Freudien, à Paris, le 8 novembre 1995.

2 Farnettani, A, *Aids: pacientes terminais e a musicoterapia*, Monografia de Conclusão do Curso de Formação de Musicoterapeutas do CBM, RJ,1997,p.15.

Maria Margarida de Carvalho e Maria Júlia Kovács sobre “Psico-Oncologia no Brasil: desenvolvimento de um campo de trabalho e pesquisa”¹, por meio de informações colhidas dos participantes do II Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia² 1996, temos que: dentre os sujeitos participantes, os musicoterapeutas representaram 2,3% do total.

No III Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia, 1997, observamos novas perspectivas para a atuação da MT em Oncologia, são elas:

- Tratamentos paliativos;
- Tratamento com irmãos dos pacientes;
- Tratamento com os pais dos pacientes;
- Tratamento com a equipe do hospital.

4 – CONCLUSÃO

Pensar o **câncer** é pensar numa potência destrutiva que faz parte da constituição humana; algo da ordem do acaso, do trágico.

Freud se deparou com a destrutividade humana no momento da guerra. Destrutividade impactante aos olhos de um teórico que se propunha a pensar o psiquismo humano e, além disso, de um clínico cujo foco era o tratamento de enfermidades psíquicas. Certamente Freud nunca foi um ingênuo quanto às potencialidades perversas do ser humano; contudo, o assombro dele diante da experiência da guerra está presente em seus textos da referida época, ganhando papel cada vez mais importante em sua obra, através da problematização da destrutividade.

Num primeiro momento, Freud estabelecia que o que tornava o homem doente era o fato dele ser reprimido intensamente pela moral ou por não se deixar levar por esta moral. Nisto residia a possibilidade de um equilíbrio. O que a guerra vai mostrar, é que existe inerente ao homem uma potência destrutiva; levando à uma concepção mais trágica do ser humano. O

1 *Psico-oncologia no Brasil; resgatando o viver*, org. Maria Margarida M. J. de Carvalho, São Paulo: Summus, 1998, p. 142-156.

2 Jimmie Holland, *apud* Carvalho, M.M. J., 1998, *op. cit.*, p.142, define psico-oncologia como: “uma subespecialidade da Oncologia, que estuda as duas dimensões psicológicas do câncer: 1) o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, sua família e dos profissionais envolvidos em seu tratamento, 2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência do câncer”.

pensamento freudiano se torna trágico, quando ele leva em conta esta força que não é capturada pelo aparato psíquico.

Neste momento (1920), Freud se dá conta de algo que está além do princípio de prazer, algo que coloca o ser humano no âmbito do acaso, da dor, do desamparo. Este algo, uma potência que ele denominou pulsão de morte, pode se dirigir para fora do sujeito ou voltar contra sua própria pessoa, estando na raiz dos processos patológicos. A partir de então, a questão de Freud passou a ser, como dominar esta potência dispersa.

Entretanto, o conceito de pulsão de morte nos sugere um paradoxo, já que esta mesma potência destrutiva, pode ser transformada nas mais célebres obras e criações humanas – manifestações da vida. Daí a importância da música enquanto criação, enquanto veículo de expressão da singularidade do sujeito. Assim, escolhemos aqui, palavras de Freud que não sugerem uma conclusão, mas sim uma abertura convidativa a diversos sentidos:

“Reconstruiremos tudo o que a guerra destruiu, e talvez em território mais firme e de forma mais duradoura do que antes”.¹

Ao finalizarmos o presente estudo, gostaríamos de ressaltar as dificuldades presentes na teorização de um estudo mais aprofundado sobre o assunto, por falta de uma bibliografia musicoterápica correspondente. Não tivemos aqui a pretensão de suprir esta demanda, já que o nosso trabalho nesta área de atuação é ainda recente. Nossa construção é, certamente, muito mais baseada em hipóteses do que em deduções teóricas. No entanto, acreditamos que estas hipóteses, surgidas de uma atuação clínica, são o ponto de partida para uma sistematização do estudo referente ao tratamento musicoterápico de pacientes com neoplasia.

1 Freud, S., “Sobre a Transitoriedade” , (1916 [1915]) in *ESB* vol. XIV, RJ: Imago,1980, p.348

Musicoterapia em Aids Pediátrica

Nícia Maracajá do Rego Barros Domingues

O tema que vamos apresentar trata de Musicoterapia com crianças abrigadas portadoras do HIV/Aids. Este trabalho é realizado em uma instituição vinculada ao projeto *ResgaTO* da Universidade Castelo Branco, em Realengo. O *ResgaTO*, inicialmente, utilizava apenas Terapeutas Ocupacionais (TOs) mas abriu-se à Musicoterapia e hoje mantém convênio de estágio com o CBM. A instituição também abriga mulheres na mesma situação de saúde.

Durante o tempo de estágio trabalhamos com cerca de 11 a 13 crianças, sendo 5 meninos. Todas as crianças tiveram contaminação perinatal. A maioria não apresenta ainda a Aids. São, apenas, soropositivas. Todas as crianças são levadas à musicoterapia, mas os dados que obtemos a respeito das mesmas não são suficientes para a confecção de uma ficha musicoterápica. De algumas não sabemos nem a data de nascimento.

Os principais problemas que elas apresentam são:

- deficiências afetivas decorrentes, principalmente, do fato de serem abrigadas, ou seja, separadas de suas famílias e, também, pelo fato de, muitas vezes, ficarem internadas.
- deficiências motoras, decorrentes tanto de doença como da falta de estímulos adequados, da falta de brincadeira própria ao seu estágio de desenvolvimento (Aberastury, 1972, p.12).
- deficiências de linguagem: atraso, língua presa, troca de fonemas.

As doenças oportunistas (doenças que tem oportunidades diferentes em indivíduos soropositivos, com baixa capacidade de reação por imunodeficiência) mais frequentes são: manifestações dermatológicas, pneumonia, tuberculose, cardiopatias e encefalopatias.

O projeto *ResgaTO* é transdisciplinar, ou seja, um projeto em que se trabalha visando apenas o cliente, em uma fusão de

processos terapêuticos. A Musicoterapia se movimenta de maneira harmoniosa dentro dele, em um ritmo que sempre é dado pelas crianças. Assim, dependendo de suas vivências, somos obrigados a mudar o que havíamos planejado, adequando-nos a realidade deles. Por exemplo, quando alguma criança é internada ou morre, às vezes, eles não querem música, pedem-nos que conte histórias.

Conhecedores dos problemas das crianças e de suas deficiências, montamos – musicoterapia e terapia ocupacional – uma série de objetivos visando, principalmente, sua melhora no rendimento escolar, fortalecimento dos vínculos, melhoramento do esquema e da imagem corporal e do aparelho fonador.

Segundo Maranto (1990, p.12) experiências que sejam emocionalmente positivas vão intensificar o funcionamento do sistema imunológico. Assim, buscamos estimular todo o potencial das crianças para melhorar a auto imagem e, conseqüentemente a auto estima tendo como objetivo a qualidade de vida destas crianças.

Como técnica musicoterápica utilizamos, principalmente, a improvisação livre e cantigas de roda. Com as crianças mais velhas e, com os menorezinhos exercícios pré-vocais, improvisação musical livre e até gritos para “desmutizar”. Uma das coisas que consideramos importante como fator diferencial entre as nossas crianças e outras da mesma faixa etária, mas de condições de saúde diferentes, foi a grande passividade, o fato de não falarem ou falarem pouco e o choro muito baixinho (quase uma queixa).

Como todas as atividades sempre foram feitas terapia ocupacional x musicoterapia, por exemplo, após um passeio ao zoológico, um teatro de sombras onde pudemos trabalhar o som de cada bicho, os movimentos do corpo de cada um, as diferenças entre o “meu corpo” e o corpo do “meu bicho” ajudando até mesmo no conhecimento do esquema corporal e das cores. Também as diferenças entre “o meu som” e o som do “meu bicho”. Também trabalhamos a lateralidade, independência dos membros e a percepção do próprio corpo. Outra brincadeira que surtiu efeito foi “o equilibrista”: sobre um barbante grosso esticado no chão (corda bamba) cada criança por sua vez tentava caminhar se equilibrando enquanto a outra tocava o ritmo no bumbo. A criança “equilibrista” tinha que caminhar em linha reta de acordo com o ritmo dado. Foi uma verdadeira farrá pois a que

tocava tentava sempre desequilibrar a que caminhava e isso gerava grandes risadas.

Como a música tem o “poder de penetrar a mente e o corpo” (Uricoechea, 1993, p.1) através dos receptores que existem em nosso corpo tanta a nível periférico como mais profundamente nas terminações nervosas das vísceras, trabalhamos bastante principalmente com o humbo que agrada sobremaneira às crianças. Utilizando-o tanto como instrumento sonoro simplesmente como substituindo a bola Bobath em exercícios de equilíbrio. Colocamos as crianças sentadas ou deitadas de barriga para baixo e percutimos nas faces laterais do mesmo e depois rolamos para que executem a reação protetora de “para-quedas”.

Ao finalizar o estágio, e com a continuação de nosso trabalho na instituição, pudemos perceber grandes melhoras em todos os pontos que consideramos como Objetivos de nosso trabalho. Verificamos também que a coisa de que elas mais necessitam é do afeto e a música é uma grande facilitadora na formação e consolidação dos vínculos afetivos. Há muito a ser feito mas cremos firmemente que começamos da maneira correta e já entreabrimos a porta, senão da cura delas mas de uma melhora substancial em sua qualidade de vida, ou seja, tornando-as mais aptas a consolidarem sua luta pelo fortalecimento do seu sistema imunológico.

Bibliografia

- ABERASTURY, Arminda. *A Criança e seus Jogos*. Ed. Vozes Ltda, Petrópolis, RJ, 1972.
- MARANTO, Cheryl Dileo. *A Música no Tratamento de Distúrbios Imunológicos*. Trabalho publicado com a permissão de MMB Music Inc. St Louis, MO 6313 USA Publisher, 1990.
- URICOECHEA, A. S. M. *A Pessoa Portadora de Necessidades Especiais. A Música e a Musicoterapia*. U. F. Goiás, Goiânia, 1993.

Musicoterapia uma Visão Social¹

Ronaldo Milleco

O tema desse Fórum, *Clínica Musicoterápica - limites e transgressões*, abre um campo repleto de possibilidades de reflexão sobre nossas práticas. A idéia de limites, remete a um certo campo de ação e às margens que o delimitam. Essas margens são transpostas ao longo do tempo, à medida em que nos aventuramos por novas áreas, realizando pequenas transgressões: oncologia pediátrica, AIDS, síndromes de Alzheimer e de Hett, drogadição, crianças e adolescentes em conflito com a lei, terceira idade e estimulação essencial, são alguns dos desafios que musicoterapeutas estão encarando, ampliando, assim, o campo de ação e suas margens. Mesmo nos campos iniciais, denominados "doença mental, deficiência mental e deficiência física", podemos observar avanços que representam também, pequenas transgressões que ampliam e/ou diversificam as formas de ação.

Outro limite que vem sendo transposto com o surgimento da Revista Brasileira de Musicoterapia, organizada pela UBAM, é o campo da produção teórica, que deve estar à serviço de nossas práticas, tanto no exercício clínico como na reflexão conceitual sobre o *complexo som - ser humano - som*. No Fórum do ano passado (1997), Marly Chagas fez uma interessante articulação entre vários artigos publicados nos dois primeiros números da Revista. Temos material suficiente e de qualidade para os próximos dois números (4 e 5). Por outro lado, com a quantidade de monografias produzidas este ano (por força das circunstâncias), encontramos um número considerável de novas pequenas transgressões, fruto do exercício de produzir teoria, de pensar e sistematizar uma prática. Precisamos ampliar o espaço de publicações de trabalhos.

A AMT-RJ criou um ponto de encontro que tem sido um bom espaço de troca. Creio que podemos ampliar esse tipo de inicia-

1 Trabalho apresentado no V Fónim Estadual de *Musicoterapia* promovido pela AMT-RJ, no CBM, em maio de 1998

tiva, algo como um Centro de Estudos, um Centro de Pesquisas, que viabilize a troca de experiências, que pense e encaminhe novos projetos de pesquisa. Creio que, voltando nossa atenção para os desafios sociais que o mundo urbano contemporâneo nos apresenta, acharemos novas inserções, ampliando, assim, as pequenas e necessárias transgressões, que fazem parte da história e do desenvolvimento de nossa carreira, das novas frentes que ampliam o campo de ação e suas margens.

Quando comecei a trabalhar com educação musical na escola OGA MITÁ, em 1994, pude observar como a grande maioria das crianças e pré-adolescentes absorvem com enorme facilidade os produtos oferecidos pelos meios de comunicação de massa. Apesar de relativamente restrito a uma parcela da classe média da zona norte carioca, percebe-se que o universo dessa escola, reflete um fenômeno mais amplo, presente nos grandes centros urbanos como um todo, onde a Indústria Cultural estabelece determinados padrões, tentando imprimir uma uniformidade da estética musical em grandes parcelas da população. Minha inquietação foi se transformando em questão que mereceu um estudo mais atento. Abordei o tema na monografia do Curso de Especialização em Musicoterapia (1996).

Alguns autores são fundamentais para o embasamento teórico e conceitual desse tema:

Theodor Adorno, sobretudo com seus conceitos de 'Indústria Cultural' e 'Regressão da Audição', e Felix Guattari com os conceitos de 'Produção Maquínica de Subjetividade', 'Territórios Existenciais' e 'Processos de Singularização'. Apesar da distância teórica e política entre esses autores, há um ponto de contato entre eles, pois ambos sustentam posições críticas que têm como alvo, a massificação cultural e a globalização do capitalismo com todas as suas conseqüências objetivas e subjetivas. Dois outros conceitos permitem a aproximação teórica com o campo da Musicoterapia:

Identidade Sonora Cultural e Endoculturação Musical, propostos por Grebe de Vicuña.

Partindo da crítica aos rumos que a Indústria Cultural vem tomando, venho desenvolvendo uma reflexão sobre o que Guattari denomina Processos de Subjetivação¹, articulando-os com o que denomino *Territórios Existenciais em Música*, classi-

1 Guattari, 1986/1991.

ficados como *Territórios Massificados*, *Territórios Marginais* e *Territórios de Singularização*. No último Simpósio Brasileiro, comecei a desenvolver mais detalhadamente esse mapeamento da relação do Homem contemporâneo com o fenômeno musical, sendo este, um tema central na pesquisa de Mestrado em Educação Musical que estou realizando. Apresentarei aqui, resumidamente, o mapeamento desses três territórios:

Territórios Massificados

Esse conceito está diretamente relacionado ao que Adorno e Horkheimer postularam em há cinquenta anos (1948) como Indústria Cultural, levando criticamente a sério, o papel desta na economia psíquica das massas, não se curvando diante do monopólio impresso pelo processo de massificação, pois sua ideologia está comprometida com o conformismo, não com a consciência¹

Esse tipo de fenômeno favorece, então, a construção de uma “pseudo-identidade sonora cultural”² pautada pelo modismo e pela música feita para o consumo em grande escala. A relação que o público estabelece com esse tipo de produto musical é caracterizada pela repetição, em dois sentidos:

- Por um lado, a massa é repetidora, sem possibilidades concretas de estabelecer uma relação de troca.
- Por outro, leva ao que Adorno denomina de *regressão da audição*, ou seja, uma audição infantilizada pela falta de liberdade de escolha, uma vez que a Indústria Cultural apresenta massivamente a mesma estrutura musical, travestida com novas roupagens. Dessa forma, se estabelece uma padronização da estética musical, pois o que é oferecido é tão semelhante ou idêntico, que a predileção da massa fica comprometida, confundindo o gostar e o reconhecer.

Creio que o processo de massificação, nesse contexto, vem empobrecendo a identidade sonora musical de grandes parcelas da população. Estamos inseridos em um modelo sócio-econômico que se perpetua e se fortalece, através da sua sofisticada Indús-

1 Cf. Adorno, 1967.

2 Sobre o conceito de “pseudo identidade cultural” (Guattari, 1991: 14) e Iso Cultural (Vicuña apud Benenson, 1978)

tria Cultural. Wisnik afirma ser evidente que se trata de um complexo industrial-ideológico que procura explorar ao máximo a força penetrante da música: o extraordinário poder de propagação social que vem de sua própria materialidade, do seu caráter objetivo/subjetivo (está fora mas está dentro do ouvinte) e simultâneo (vivido por muitas pessoas ao mesmo tempo), além do enraizamento popular de sua produção no Brasil¹.

Um exemplo bem atual e característico de nossa cultura, é a proliferação de grupos de samba/pagode, os Tchans da vida, apresentando uma estrutura musical repetitiva, sem nenhuma inventividade, explorando a sensualidade nos movimentos coreográficos e nas letras, imprimindo uma padronização estética que é imitada pela massa 'replicante'. Da mesma forma, já vivemos a era Xuxa, a do Funk feito pra tocar no rádio, a da lambada que veio do Pará via Paris², entre outras, formando "ondas" descartáveis e de breve duração, ou seja, um tipo de música feito para o consumo em grande escala, onde a Indústria Cultural, apropriando-se de alguns elementos do manancial da cultura popular, gera seus produtos de fácil acesso às massas³.

O quê significa, no desenvolvimento da Identidade Sonora, a Indústria Cultural massificar produtos que geram um fenômeno como a erotização precoce, gerando, à reboque, alterações biológicas? Pesquisas estão apontando a idade cada vez mais precoce com que meninas vivem a menarca e engravidam. Que relação tem esse fato, com o sucesso com o público infantil, de músicas com conteúdos explicitamente sexuais em suas letras e coreografias? Muniz Sodré, afirma que a atenção excessiva que se dá à "cultura do espetáculo orquestrada pela mídia (.) é violenta, sim, nada pacífica", gerando uma certa 'homogeneização mediática de adultos e crianças. Acrescenta que "não se transfere o infantil de um angélico e idealizado 'oratório' para um aberto e deslavado 'fornicatório', sem conseqüências psicossociais, sem um certo grau de promiscuidade abusiva"⁴

'Ir aonde o povo está'⁵, como canta Milton Nascimento, é mais do que necessário. Mas haveria, à parte qualquer regres-

1 Wisnik, 1979:12.

2 Curiosa história contada por Curiúm Aharonián, em artigo intitulado *La Creación e el Consumo Musicales como Índices de la Lucha Contra la Dependencia en América Latina* (Cf Curiú, 1992).

3 Cf. Shurmann, 1989.

4 Sodré, 1997.

sivo moralismo cultural, como garantir alguma referência ética e estética no fazer artístico musical? Creio que essas questões, estão imbricadas em outras mais abrangentes, como a restrita democratização dos meios de comunicação (o que dificulta o acesso às informações e expressões culturais), como a aparentemente insolúvel questão educacional.

Territórios Marginais

Em contraposição ao processo de massificação, que favorece uma aparente homogeneidade do gosto popular, alguns segmentos buscam se afirmar como “os diferentes”, procurando manter-se à margem do sistema, negando assim, o modelo massificado. Reivindicam o status de marginais ao instituído, formando “tribos” que constroem seus próprios códigos coletivos e individuais. Guattari quando menciona o caráter transnacional da cultura rock, nos fala que a juventude, embora esmagada pelas relações econômicas e pelo poder da mídia, desenvolve suas distâncias de singularização, construindo uma *pseudo-identidade cultural* que possibilita um mínimo de *Territórios Existenciais*¹.

No Encontro Latino-americano de Musicoterapia (1993) apresentei um trabalho intitulado MUSICOTERAPIA E SAÚDE², onde levantava algumas reflexões sobre o que aqui denomino Territórios Marginais. Citei os grupos de Heavy Metal, de RAP e os bailes Funks como representantes de segmentos sociais excluídos dos meios de produção dominantes, refletindo em suas produções musicais, a inexistência de perspectivas de construção de projetos de vida.

Dois aspectos são importantes destacar:

- Uma “pseudo-identidade cultural” pode apontar para o fato de que a negação do massificado e/ou instituído, tem como ponto de referência, exatamente o massificado e/ou instituído;
- A Indústria Cultural costuma levar em consideração as margens do processo de massificação, podendo, em determinado momento, transformar o produto marginal em produto para o consumo em grande escala, ou

8 'Nos Bailes da Vida', de Milton Nascimento e Ferando Brantes.

1 Guattari, 1991:14.

2 Trabalho não publicado.

até “produzir” falsos *territórios marginais* por sua própria conta e interesse.

Territórios de Singularização

Ao condensar dois conceitos propostos por Guattari (Territórios Existenciais e Processos de Singularização), busco definir uma área de diferenciação que se constitui independentemente do processo de massificação. Não se trata aqui, da negação deste, mas da possibilidade de se afirmar singularmente diante das diversas formas de expressão musical. Ao discutir o conceito de Regressão da Audição, Wisnik afirma ser este “um fenômeno que de fato ocorre em níveis de realidade que são de um certo modo avassaladores”, mas que não devemos acreditar que ele descreve tudo, pois assim perderíamos a perspectiva “de qualquer atuação política bem como o senso de identificação das forças em jogo”¹. O que está em jogo aqui, é a possibilidade de se desenvolver modos de subjetivação singularizados, ou seja, auto-modelações que se afirmam, distanciadas das modelizações impressas pela ordem capitalística. Não estamos falando de erudição, pois tanto a arte popular como a erudita são igualmente passíveis de estandarização e de singularização.

Vicuña, ao postular o processo de Endoculturação Musical, o define como “a aquisição gradual de uma experiência auditiva e de internalização da música que se dá no âmbito do meio sócio-cultural correspondente”. Aponta tanto o ambiente familiar como os meios de difusão como fatores decisivos na “consolidação de uma base musical muitas vezes indiscriminada e contraditória”, influenciando “decisivamente nas respostas ao estímulo sonoro, nas atitudes e valores musicais”²

O que caracteriza este Território é a possibilidade de transitar em diferentes campos da cultura, construindo um senso estético e crítico, aberto a diversas formas de expressão musical. Muitas vezes estaremos remando contra a correnteza da massificação, transgredindo o instituído, preservando a diversidade cultural, construindo um dever diferencial, favorecendo uma percepção/expressão mais atenta à arte musical.

Se os modos de produção capitalística de subjetividade têm levado “às terríveis segregações que a humanidade conhece

1 Wisnik, 1997:62.

2 Vicuña, 1981:63.

hoje”, por outro lado, “também podem ser inflectidos em direção a vias libertadoras”, afirma Guattari¹. Fazemos parte desse jogo de forças, queiramos ou não. O que podemos fazer com isso? Creio que uma de nossas tarefas, é favorecer a emergência de Tertitórios de Singularização.

A clínica musicoterápica oferece um vasto campo de atuação, reflexão e pesquisa, seja qual for o campo de trabalho que es colhemos, seja ele desenvolvido em instituições ou em consultórios. É no fazer coletivo que estabelecemos nosso território, transpondo limites e tecendo o conhecimento teórico sobre nossa prática. Os desafios estão aí, nos apresentando limites e possibilidades de transgressões. Com a perspectiva da regulamentação profissional, temos que construir e ampliar nosso campo de ação, construir nossa parte nessa história.

Bibliografia

- ADORNO, Theodor – *A Indústria Cultural*. In: Theodor W. Adorno Org. Gabriel Cohn. São Paulo: Ática. 1986. pp. 92-99. (1967)
- ADORNO, Theodor – *O Fetichismo na Música e a Regressão da Audição*. In: *Os Pensadores* – Textos escolhidos / W. Benjamin, M. Horkheimer, T. Adorno, J. Habermas. Segunda Edição. – São Paulo: Abril Cultural, 1983 (1963). pp. 165-191
- BENENZON, Rolando O. – *Teoria da Musicoterapia*. São Paulo: Sumus, 1988.
- CURIÚN, Aharonián – *Conversaciones sobre Música, Cultura y Identidad*. Montevideo: Ombú, 1992.
- GUATTARI, Felix e ROLNIK, S – *Micropolítica, Cartografia do Desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.
- GUATTARI, Felix – *As Três Ecologias*. – Campinas, SP: Papirus, 1991.
- GUATTARI, Felix – *Da Produção de Subjetividade*. In: *Imagem Máquina – A era das tecnologias do virtual* Org André Parente. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993. pp. 177-191.
- GUATTARI, Felix – *Caosmose. Um Novo Paradigma Estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- MILLECCO, Ronaldo – *Os Ruídos da Massificação na Construção da Identidade Sonora Cultural*. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Musicoterapia – Rio de Janeiro: CBM, 1996
- SCHURMANN, E. – *A Música como Linguagem Histórica*. São Paulo: Brasiliense: Brasília: CNPq, 1989.
- SODRÉ, Muniz – *No Balanço do Tchan*. Rio de Janeiro: Jornal do Brasil, Art., 1 Cad, p. 9, 13/jan /1997

1 Wisnik, 1993:190.

- VICUÑA, Maria Esther Grebe – *Antropología de la Música: Nuevas Orientaciones y Aportes Teóricos en la Investigación Musical*. Revista Musical Chilena XXXV n^o 153-155. pp. 52-57. 1981
- WISNIK, José Miguel – *Música, Problema Intelectual e Político*. Revista Teoria e Debate 35 Fundação Perseu Abramo – jul/ago/set 1997. pp. 58-63.
- WISNIK, José Miguel – *O minuto e o milênio ou Por favor, professor, uma década de cada vez*. In: *ANOS 70 – Música Popular*. Rio de Janeiro: Europa Emp. Gráf.; pp. 7-24, 1979.

Co-terapia em Musicoterapia – um desafio

*Regina Brandão e Cláudia Leão
(musicoterapeuta e co-musicoterapeuta)*

Trabalhar em dupla é um desafio. Alguns aspectos são fundamentais para que a química funcione: confiança, respeito, empatia, segurança, nenhuma competição e, principalmente, afinidade – instantânea e sem explicações racionais.

Com o tempo, as diferenças começam a surgir e é necessário buscar compreender o parceiro e continuar confiando nele. Se a relação for espontânea, qualquer crítica será bem-vinda como fator de crescimento pessoal e profissional. Nós temos esta afinidade e junto do nosso cliente formamos um trio. Esse trio vai se afinando cada um com seu instrumento, percebendo a hora certa de tocar sozinho, tocar junto ou trocar de instrumento com o outro.

Segundo Rubinstein e Weiner, co-terapia é o tratamento simultâneo de um indivíduo, de um grupo ou uma família por dois ou mais terapeutas. Adler, de acordo com Rubinstein e Weiner, foi o primeiro a utilizar a co-terapia na orientação de crianças. Ele percebeu que as respostas eram mais efetivas no atendimento de uma criança quando dois terapeutas discutiam seus problemas na frente dela. Com este trabalho a nossa intenção é mostrar a eficiência da co-terapia em musicoterapia na descrição de um caso clínico.

No caso de Mile ficava evidente a importância de dois terapeutas na realização e troca de papéis. Muitas vezes a co-musicoterapeuta e a musicoterapeuta não atuavam diretamente, ficavam como um “ego observador”. Enquanto uma se deixava ser “sugada”, a outra se mantinha mais alerta para dar conta do desenvolvimento da situação terapêutica. Outras vezes, uma questão pessoal de uma ou de outra impedia um envolvimento maior. Então uma delas se via no papel de dar continente à outra dentro da dinâmica da sessão. Além disto, o caso de Mile pedia um envolvimento físico, muitas vezes desgastante, se não estivéssemos em condições para isto.

Acreditamos que a eficiência que tivemos neste caso se deu pela nossa empatia enquanto pessoas e profissionais e, também pelo modelo que apresentamos à Mile. Um modelo familiar que lhe faltava. Nós soubemos dividir, dar, receber e perceber nossos lugares e o lugar dela. Outro fator, foi o de fornecer modelos de papéis masculinos e femininos, apesar de sermos duas mulheres. Recorrendo a Rubinstein e Weiner (1985), "a diferença sexual não é um pré-requisito absoluto para o acontecimento de fenômenos transferenciais".

A música, aliada a outras linguagens, como a plástica e a cênica, foi a maneira que encontramos para elaborar questões significativas no processo de Mile.

Caso Clínico

O caso que vamos relatar trata da importância de um trabalho de musicoterapia clínica com uma criança sem patologia, enfatizando a co-terapia em musicoterapia e algumas questões sobre limite e transgressão.

Histórico

Mile tinha nove anos quando iniciou tratamento. É filha mais nova de pais separados, com dois irmãos adultos, do primeiro casamento da mãe.

A cliente já havia começado processo psicoterápico com uma psicóloga, não se adaptando.

A mãe relata que sentia a filha insegura, tímida e com problemas de relacionamento.

Descrição do caso

Na entrevista inicial, Mile apresentou-se como uma menina tímida, retraída e bem comportada. A terapeuta conversou sobre a dinâmica do trabalho musicoterápico e explicou a possibilidade da realização deste trabalho em co-musicoterapia. Não houve objeção.

Em sua primeira sessão, Mile trouxe, dentro da mão fechada, uma pequena caixa contendo um enfeite de presente para a terapeuta. Na sessão seguinte, Mile presenteou a co-terapeuta também com um pequeno presente. Confirmou com estes presentes a sua empatia por nós.

Algumas sessões se desenvolveram a partir das músicas que Mile sabia tocar no teclado e na flauta. Nós a acompanhávamos com instrumentos de percussão. Utilizamos também, músicas da Angélica, apresentadora de televisão com quem ela se identificava.

Percebemos que Mile precisava se expressar mais com o corpo e iniciamos um trabalho lúdico-corporal com as músicas da Angélica e da Bia Bedran. Apresentava uma rigidez corporal dificuldades de contato, porém demonstrava muito prazer com as brincadeiras propostas. Mais tarde nos foi possível brincar de roda com vários movimentos corporais com a música "Ciranda do Anel" de Bia Bedran. Mile não criava os movimentos, apenas imitava os que nós criávamos. Fizemos também uma proposta de relaxamento. Por sugestão de Mile a co-musicoterapeuta "relaxava" primeiro enquanto ela observava. Porém, ao acabar o relaxamento Mile propôs que a co-musicoterapeuta se transformasse em um personagem, como uma árvore, um animal, etc. O mesmo foi feito com a musicoterapeuta. Mile não se permitiu relaxar e nem se transformar em um personagem ditado por nós. Porém, houve um momento em que trouxe a boneca da Angélica, a colocou para relaxar e depois a transformou em uma bailarina, manipulando-a.

Esta questão de nos transformarmos em personagens ditados por ela continuou por muito tempo. Houve uma sessão em que a co-musicoterapeuta faltou. Mile combinou com a musicoterapeuta que a co-musicoterapeuta deveria se transformar na próxima sessão em uma princesa – bailarina. Contudo, esta princesa não podia ver, pois usava uma venda nos olhos. Enquanto a co-terapeuta desenvolvia a personagem, Mile improvisava uma "música de princesa" no teclado e a musicoterapeuta filmava esta princesa que dançava sem poder ver. A filmagem foi um pedido de Mile para que a co-musicoterapeuta pudesse se ver. O mesmo foi feito com a musicoterapeuta.

Nesta primeira fase do processo ficou claro para nós a dificuldade que Mile tinha para se expor. Mesmo dentro do processo lúdico, Mile não detinha a ação. Nós fazíamos por ela. No entanto, todas as idéias e regras da brincadeira eram ditadas por Mile e lhe causavam muito prazer, mas não se permitia vivenciá-las.

Na criação destas regras já apareciam oportunidades de Mile expressar sua agressividade e insegurança, contidas em uma aparência angelical.

Mile parecia já poder se expressar mais.

Neste momento houve uma nova situação: a musicoterapeuta precisou faltar. Mile se mostrou decepcionada logo que chegou. Resolveu utilizar um material que se encontrava na sala. Eram quadrados de borracha que se encaixavam e criavam uma forma tridimensional. Mile resolveu fazer uma grande "torre" com eles. A brincadeira consistia em derrubar a torre. Mile fazia uma força enorme para derrubá-la e quando conseguia, demonstrava um grande prazer, dando gargalhadas. Ela derrubava uma vez e reconstruía para que a co-musicoterapeuta tentasse derrubar.

Na sessão seguinte Mile resolveu construir a "torre" outra vez e escolheu o "pau de chuva" para destruí-la. Destruiu e construiu a torre várias vezes, até que uma forte pancada com o instrumento, quebrou a caixa de plástico onde a torre se apoiava. O rombo na caixa a assustou. Ficou constrangida. Nós a deixamos à vontade, dizendo que não havia problema em quebrar a caixa.

A próxima sessão nos encheu de expectativa, pois no dia seguinte à sessão em que quebrou a caixa, Mile telefonou para a musicoterapeuta dizendo que ela não precisava mais ir à terapia porque ela já estava bem. Aconteceram vários telefonemas. A mãe relatou que ela havia chegado em casa triste magoada e que não queria ir mais à terapia porque a musicoterapeuta havia batido nela (jogado algo em sua cabeça). Ela relutou aos insistentes pedidos da musicoterapeuta que fosse ao consultório para conversarem pessoalmente. Concordou quando a musicoterapeuta propôs que fosse em companhia da mãe.

Chegou triste, abatida, chorosa. Só quis entrar na sala em companhia da mãe, o que lhe foi permitido prontamente. Quando a musicoterapeuta perguntou se queria falar sobre o ocorrido, balançou a cabeça negativamente. Ao perguntarmos se queria que sua mãe falasse em seu lugar, balançou a cabeça afirmativamente. Quando a mãe terminou seu relato, a musicoterapeuta então relatou sobre o que "lembrava" da sessão. Foi perguntado à Mile se ela confirmava. Balançou a cabeça afirmativamente. A musicoterapeuta, nesse momento, então lhe disse: "se lhe bati

não lembro, deve ter sido sem querer e quero lhe pedir desculpas”.

Imediatamente após esta frase, Mile deslizou para o chão, e co-musicoterapeuta e musicoterapeuta fizeram o mesmo. Convidamos a mãe para se juntar a nós. Brincamos e terminamos este encontro tocando e fazendo música. A mãe de Mile com a co-musicoterapeuta tocaram flauta e cantaram. A musicoterapeuta apoiava Mile nas suas escolhas (teclado, percussão).

Concluimos que neste momento Mile começava a definir nossos papéis. A musicoterapeuta simbolizava a mãe, e a co-musicoterapeuta a menina com que ela se identificava. Tinha medo de vivenciar as experiências e começava a elaborar seus conflitos através da co-musicoterapeuta que “vivia” os papéis que ela solicitava.

Nesta época Mile não se motivava com um fazer musical e buscava brincadeiras agressivas como por exemplo jogar almofadas. Chegamos a questionar se ela seria uma cliente para a musicoterapia.

Em sessões posteriores Mile veio demonstrando sua agressividade com brincadeiras de pegar, gritos no escuro, assombrações e até a intenção de lutar corporalmente conosco. Eram sessões que aconteciam de janelas fechadas, luzes apagadas e algumas vezes ela se apropriava do microfone de plástico que fazia som e que tinha luzes que piscavam.

A música, aliada a outras linguagens, como a plástica e a cênica, foi a maneira que encontramos para elaborar questões significativas no processo de Mile.

Em um determinado momento Mile sentiu a necessidade de gravar em audio os gritos. Propôs vários tipos de gritar. De susto, de terror, gargalhadas de bruxas, etc. Quando ouvíamos as gravações Mile ria, sentindo muito prazer.

Barcellos nos diz que a partir da terceira semana, aparece a primeira emissão sonora (intencional), ou seja, a primeira comunicação, que é o grito para chamar atenção: o grito de fome, o grito de cólera, o grito de dor, de origem externa ou visceral e grito de resposta à frustração.

Chagas aponta a emissão vocal como um interessante recurso terapêutico, pois a vibração da voz faz vibrar o corpo, ajudando a desbloquear os anéis de tensão: “É uma massagem vibratória, de dentro para fora, a partir do próprio sujeito”.

Fregtman aponta a emissão e exploração de sons vocais, como dois possíveis caminhos de desbloqueamento de afetos reprimidos e arcaicos: gritos, ruídos, zumbidos etc, entre outras manifestações vocais/corporais. São elementos importantes quando surgidos espontaneamente e com certo grau de intensidade e compromisso afetivo. Descreve ainda as três áreas possíveis de desenvolvimento de "anéis funcionais de tensão", que podem obstruir ou estreitar a emissão vocal: uma união da boca, na união da cabeça com o pescoço e na união do pescoço com o tórax". Trabalhar o desenvolvimento do potencial humano através do grito, do canto e do som, canalizando e libertando a voz de suas "cadeias e ataduras", vendo-a como o "meio ideal de colocar os sentimentos em contato direto com sua expressão".

A partir destas gravações voltamos à questão da dramatização. Em uma delas ela solicitou que a musicoterapeuta fizesse o papel da mãe, que demonstrava ser compreensiva com seu filho e que o defendesse. Mile participava fazendo o roteiro e a sonoplastia com instrumento de percussão e teclado. Nunca fazia um personagem. A produção musical era bastante criativa. Houve até um momento em que Mile improvisou uma canção sobre os extraterrenos que queriam destruir o mundo. Continuamos este processo de gravação de gritos e dramatizações.

A musicoterapeuta precisou novamente faltar à sessão. Por isso no encontro seguinte ela deveria entrar sem sapatos na sala e passar por um circuito. Neste circuito a sala ficava às escuras. O primeiro obstáculo era o de pisar em alguns pequenos objetos e no pau de chuva. Depois colocar os pés na água gelada e no final, sentir o calor da chama de uma vela. Esta sessão foi gravada com sonoplastia feita por Mile. Ela a chamou de "A maldição de Regina Brandão".

Mais uma vez se evidencia cada papel. A co-musicoterapeuta pode entrar na brincadeira, fazendo o personagem. A musicoterapeuta recebe o papel da mãe, evidenciando o lugar que Mile a coloca. Depois, ela já consegue brincar com esta "mãe", fazendo-a passar por um circuito, como um castigo por ter faltado. Já não há medo desta mãe. E o processo de elaboração de suas emoções se torna mais criativo.

Um fato novo se inicia com estas gravações. Mile começa a resistir ao final das sessões. Não quer ir embora, mas não diz isto. Busca um jeito de continuar, apagando a luz, como para recomençar o processo.

Fregtman aponta a emissão e exploração de sons vocais, como dois possíveis caminhos de desbloqueamento de afetos reprimidos e arcaicos: gritos, ruídos, zumbidos etc, entre outras manifestações vocais/corporais. São elementos importantes quando surgidos espontaneamente e com certo grau de intensidade e compromisso afetivo. Descreve ainda as três áreas possíveis de desenvolvimento de "anéis funcionais de tensão", que podem obstruir ou estreitar a emissão vocal: uma união da boca, na união da cabeça com o pescoço e na união do pescoço com o tórax". Trabalhar o desenvolvimento do potencial humano através do grito, do canto e do som, canalizando e libertando a voz de suas "cadeias e ataduras", vendo-a como o "meio ideal de colocar os sentimentos em contato direto com sua expressão".

A partir destas gravações voltamos à questão da dramatização. Em uma delas ela solicitou que a musicoterapeuta fizesse o papel da mãe, que demonstrava ser compreensiva com seu filho e que o defendesse. Mile participava fazendo o roteiro e a sonoplastia com instrumento de percussão e teclado. Nunca fazia um personagem. A produção musical era bastante criativa. Houve até um momento em que Mile improvisou uma canção sobre os extraterrenos que queriam destruir o mundo. Continuamos este processo de gravação de gritos e dramatizações.

A musicoterapeuta precisou novamente faltar à sessão. Por isso no encontro seguinte ela deveria entrar sem sapatos na sala e passar por um circuito. Neste circuito a sala ficava às escuras. O primeiro obstáculo era o de pisar em alguns pequenos objetos e no pau de chuva. Depois colocar os pés na água gelada e no final, sentir o calor da chama de uma vela. Esta sessão foi gravada com sonoplastia feita por Mile. Ela a chamou de "A maldição de Regina Brandão".

Mais uma vez se evidencia cada papel. A co-musicoterapeuta pode entrar na brincadeira, fazendo o personagem. A musicoterapeuta recebe o papel da mãe, evidenciando o lugar que Mile a coloca. Depois, ela já consegue brincar com esta "mãe", fazendo-a passar por um circuito, como um castigo por ter faltado. Já não há medo desta mãe. E o processo de elaboração de suas emoções se torna mais criativo.

Um fato novo se inicia com estas gravações. Mile começa a resistir ao final das sessões. Não quer ir embora, mas não diz isto. Busca um jeito de continuar, apagando a luz, como para recomeçar o processo.

Mile também foi pega pela febre das Chiquititas. Um processo de identificação muito interessante, a partir das músicas e coreografias dessa novela adolescente. Mile sempre contava os episódios da novela e adorava suas músicas. Em uma sessão, perguntou se poderia trazer três amigas para dançarem as coreografias com as músicas das Chiquititas. Nós concordamos e todas dançaram muito bem. Na sessão seguinte Mile quis ouvir as músicas outra vez. Porém, apagou a luz, pegou o microfone que piscava e disse que era um fantasma. Só que este “fantasma” começou a se expressar corporalmente com as músicas, improvisando um lindo balé com a luz do microfone. Nós éramos uma platéia extasiada. O “fantasma” começou sua dança meio escondido mas, depois foi desabrochando e criando um lindo balé expressivo, que aproveitava o ritmo, a melodia e o significado das letras das músicas. No final desta apresentação Mile não só aceitou nossos aplausos, como também deixou que fizéssemos carinho nela.

Observamos nesta fase que quando Mile dançou com as amigas, se posicionou atrás delas e se mostrou corporalmente rígida, apesar de saber a coreografia com perfeição. Enquanto as amigas apresentavam maior desenvoltura e até uma certa sensualidade adolescente. Ficou, mais uma vez, evidenciada uma inibição e insegurança que percebemos desde o início. Contudo, a dança do “fantasma” foi bastante criativa. Foi o primeiro personagem que ela se deixou fazer. Um personagem criativo, sedutor e feliz. Mile estava mudando.

Como vimos anteriormente, Mile estava precisando elaborar suas questões vivenciando personagens. Nesta época, seu irmão foi pai de uma menina. Como de hábito, Mile não quis falar no assunto. Resolveu que a co-musicoterapeuta faria o papel de um bebê. Durante a dramatização ditava o que o bebê deveria fazer. Quando chorar, quando brincar etc. Dizia, também para a musicoterapeuta que, no papel da mãe, deveria alimentar e acalantar o bebê. No papel da babá, Mile ora atrapalhava o bebê, ora fazia pouco caso dele. Quando o bebê tentava se aproximar dela, era invariavelmente maltratado.

Este trio mãe, bebê e babá, foi repetido em algumas sessões. Até que um dia houve uma inesperada troca de papéis. Mile continuava sendo a babá. Porém, desta vez, a musicoterapeuta era o bebê e a co-musicoterapeuta, a mãe. Pensamos que a babá poderia mudar seu comportamento em relação ao bebê, mas isto

não aconteceu. No final desta sessão, nós nos perguntamos quando Mile seria o bebê. Poucas sessões depois, Mile chegou quieta demais. Começou dizendo que estava com sono e aos poucos foi se deitando no colchão. Fechou os olhos e permitiu que fizéssemos uma massagem – relaxamento. Cantamos acalantos durante a massagem e Mile adormeceu.

Ela se permitiu ser o bebê. No final desta sessão, não quis ir embora, se agarrando ao colchão para evitar que nós a tirássemos dali. Durante estas dramatizações Mile preparava tudo, tocava músicas no teclado e era uma babá malvada. Notamos que ela tinha medo de tocar neste bebê. Havia uma certa ambivalência, até que ela conseguiu ser o bebê. Ficou claro para nós a necessidade que Mile teve de regressir para vir se construindo. Mile nasceu.

No começo do mês de dezembro Mile nos avisou que desejava tirar férias. Relacionava as férias da escola com a terapia. Mais uma vez, a deixamos à vontade apesar de sabermos que seria um tempo grande afastada. Mile só voltaria em março. E assim foi, até que no final de janeiro Mile telefonou para a musicoterapeuta. Parecia bastante angustiada. Dizia ter pesadelos e não conseguia dormir. Tinha medo de ficar sozinha em seu quarto e pediu à mãe para dormir com ela. Sua mãe não aceitou este fato de bom grado. A musicoterapeuta propôs que ela fizesse algumas sessões antes de viajar com a mãe para os Estados Unidos. Mile aceitou. Como estava de férias optou por um horário pela manhã. Era impossível à co-musicoterapeuta estar presente neste horário, o que parece ser esta escolha proposital para Mile ficar a sós com a musicoterapeuta.

Foram três sessões só com a musicoterapeuta, onde Mile verbalizou bastante, o que era incomum. Na terceira sessão Mile retomou antigos objetos e brinquedos que ela usara no início do processo. Com eles construiu um “palco” em que dizia “bem-vindo”. Nesta sessão foi marcada uma próxima e Mile disse à musicoterapeuta que poderia retornar ao horário anterior, ou seja, com a presença da co-musicoterapeuta e que o palco não fosse desmanchado para que ela o encontrasse. Em uma dessas três sessões em que ficou apenas com a musicoterapeuta Mile nos trouxe presentes de Natal. Para a musicoterapeuta deu uma coroa brilhante, que dava sorte. E para a co-musicoterapeuta uma pequena bola vermelha com um bilhete da sorte. Foi como se coroasse a “Rainha Mãe”. Mile viu que esta “mãe” estava

disponível quando ela precisou. E que a co-musicoterapeuta aceitou o fato dela não querer sua presença.

Percebemos também que depois de poder ser bebê, Mile utilizou muitos materiais que havia usado no início do processo. Dessa retomada foi construído um “palco” para recepcionar a volta do trio. Foi como se Mile fechasse um círculo.

Ao voltar das férias Mile nos trouxe presentes. Foram dois bichos de pelúcia, o maior para a musicoterapeuta e o menor para a co-musicoterapeuta. Mile estava com ótima aparência e com saudades. Não nos contou muito da viagem, mas disse que tinha aproveitado bastante.

Na segunda sessão após as férias Mile chegou com uma semente que havia achado no pátio da escola. Nos propôs plantá-la e deixar na nossa sala. Com o passar do tempo a semente desabrochou e nós três cuidamos dela.

Na mesma época da semente Mile começou a falar sobre o filme Titanic e do seu desejo de assisti-lo. Nos contou que suas amigas a tinham convidado, mas sua mãe não permitiu que fosse. Nesse meio tempo a mãe de Mile telefonou para a musicoterapeuta pedindo orientação sobre a ida ou não de Mile ao Titanic. Ficou decidido que iríamos conversar com ela e resolveríamos juntas. Ela demonstrou muito interesse em assistir ao filme e nós achamos que deveria ir.

Na sessão seguinte à ida ao Titanic Mile veio cheia de alusões à história e aos personagens principais, protagonistas de um romance. Mile “tirou de ouvido” no teclado a música tema do filme e quis gravá-la. Nós a acompanhamos com flauta e percussão. Nas sessões posteriores Mile resolveu desenhar as cenas do filme. Passava a sessão toda desenhando àquelas que queria e nos pedia opinião sobre outras cenas, nos perguntando se gostaríamos que ela desenhasse. Enquanto fazia os desenhos pedia para ouvir a trilha sonora de Titanic. Em uma destas sessões Mile escreveu um texto sobre o filme, contando a história de uma forma poética.

Para nós, ficou clara a mudança em Mile. A partir da semente e do interesse pelo Titanic houve uma mudança da criança para a fase pré-adolescente, onde alguns sentimentos e descobertas começam a surgir. Nos pareceu que Mile se “apaixonou” pelo protagonista do filme. Foi como se a semente tivesse desabrochado para novos interesses e novas formas de relação. Esse filme trás o romance, o amor que remove montanhas. E

trás também uma perda real, a morte. É como nos contos de fadas e nos acalantos, onde existe o lado bom e o lado das coisas aterrorizadoras, que servem para aplacar os perseguidores internos. Com este filme Mile marcou o início de sua fase adolescente

Co-terapia na música

Neste trabalho de co-terapia também pudemos observar que nos momentos do fazer musical, nós éramos co-atuantes.

Havia a necessidade de uma terceira pessoa para podermos dançar uma ciranda, por exemplo, e formar uma mandala. Outro momento foi o da gravação dos gritos, onde as três vozes permitiam três timbres, possibilitando um corpo sonoro mais denso. Nas dramatizações o trio foi necessário para que as sonoplastias e as gravações fossem realizadas.

É importante dizer que quando uma tocava ou dramatizava, a outra dava "holding" à Mile.

Não houve necessidade de fazermos uma combinação prévia das situações musicais. O apoio aconteceu e fez crescer o trabalho pela espontaneidade desta relação co-terapêutica.

Limites

Com este trabalho enfrentamos dois desafios. O primeiro foi a própria prática co-musicoterápica. E o segundo trabalhar com uma criança sem patologia e na pré adolescência.

Pensamos que sabemos nos conduzir com as ferramentas da musicoterapia quando trabalhamos com paralisia cerebral, autistas, deficientes mentais e psicóticos. Neste caso no entanto, nos perguntamos muitas vezes, se estávamos fazendo musicoterapia. Quais os nossos limites para sermos fiéis à nossa prática? Estávamos sendo éticas em relação a nossa profissão? Porque a ética existe? Será pelo desafio de transgredir? Estávamos transgredindo nossos limites enquanto musicoterapeutas? Quando Mile nos propõe gritar e gravar nossos gritos, seria uma transgressão sonora?

Ela não estaria transgredindo nossos limites e também os limites do setting terapêutico? Sabemos que a criança quer limite e é importante que se dê esse limite. Mas transgredi-lo também pode significar "expansão". E ela precisava destes mo-

vimentos de expansão para ter mais confiança, para experienciar a sua força (sinônimo de vitalidade), para crescer e conhecer seu potencial agressivo. A agressividade é uma necessidade que se impõe como uma força libertadora. Castrar esse momento de expansão poderia levá-la à uma “indefinição de identidade” ou à “fraqueza de caráter”.

É importante conter a destrutividade com firmeza, porém com suavidade e amorosidade, dando um continente para que a criança possa introjetar novos conteúdos.

O terapeuta deve estar munido de impressões bem elaboradas da sua própria agressividade infantil, sem o que fica inevitável a presença da contratransferência no desenvolvimento do processo terapêutico.

No manejo da transferência, a diferença entre o que o paciente pede e o que nós damos, é que vai permitir a terapia, a análise.

Atualmente, estes questionamentos já não estão tão nítidos porque pensamos na complementaridade. Podemos fazer uso de outras linguagens da arte. Podemos transgredir para expandir. Podemos dizer que nos sentimos musicoterapeutas, tendo a música como nossa via expressa. Mas, não relutamos em tomar alguns atalhos, utilizando outras linguagens se necessário, para que alcancemos a nossa via expressa com maior segurança e eficiência.

O som, a música, a expressão corporal estão sempre presentes em nossa prática clínica e não saberíamos fazer de outra forma.

Ficam então, duas questões interessantes para serem refletidas e aprofundadas posteriormente:

- 1- A transgressão do limite
- 2- O que o paciente quer alcançar via essa transgressão.

Bibliografia

- BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. *Música e Terapia* in: Cadernos de Musicoterapia n^o1 Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.
- BOUTH, Angela Maria. *A Senhora Dona Sancha Descubra o seu Rosto* in: Boletim Científico da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro n^o3 e 4 :68 - 69 /1989
- BRANDÃO, Maria Regina Esmeraldo e MILLECCO, Ronaldo Pomponét. *O Cantar Humano e a Musicoterapia. Monografia apresentada ao curso de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música*. Rio de Janeiro CBM março, 1992.

- CHAVES, Annete Mendes Assumpção, PORCARO, Gilca Maria Hubner e ABRAMOF, Gislaïne Fois Coelho. *Principais Técnicas Musicoterápicas*. Monografia apresentada ao curso de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro março, 1998.
- FONSECA FILHO, José S. *Psicodrama da Loucura: correlações entre Buber e Moreno*. Ágora, São Paulo: 1980
- MELLO, Júlio de. *O Ser e o Viver: uma visão de obra de Winnicott*. Artes Médicas, Porto Alegre, RS: 1989
- OLIVEIRA, Ricardo de. *Música, Saúde e Magia: teoria e prática na Música Organica*. Nova Era, Rio de Janeiro, RJ: 1996
- RUBINSTEIN e WEINER. *Relações no Trabalho de Co-Terapia em Psicoterapia de Família*. Tradução de Leticia Nobre. Rio de Janeiro: 1985
- RUBINSTEIN e WEINER. *Co-Terapia, Trabalho de Equipe, Treinamento*. Tradução de Leticia Nobre. Rio de Janeiro: 1985
- WINNICOTT, D. W.. *O Brincar e a Realidade*. Imago. Rio de Janeiro, RJ: 1975

*Orquestrando a Clínica - Aspectos teórico-técnicos*¹

Márcia Maria da Silva Cirigliano

A clínica musicoterápica se apóia em aspectos reunidos na presente discussão: teoria, técnica, ética e supervisão. Cabe-me, aqui, desenvolver os dois primeiros.

De antemão, é necessário contextualizar a exposição. Somos todos profissionais de musicoterapia, reunidos em um evento destinado a discutir os limites e transgressões na clínica musicoterápica. Penso que em uma mesa de debates torna-se cansativo para os ouvintes falarmos sobre todos os aspectos da teoria e técnica musicoterápica, aspectos estes que se encontram detalhadamente descritos na literatura especializada. Minha contribuição se faz no sentido de relatar uma experiência como musicoterapeuta, diante do desafio de trabalhar fora do Brasil, em circunstâncias um tanto novas, comparadas a toda a minha bagagem anterior.

Meu trabalho se respalda no referencial teórico da Psicanálise, buscando articular alguns conceitos da teoria psicanalítica e a prática musicoterápica. Em outras palavras, o musicoterapeuta está inserido em um contexto transferencial (Cirigliano, 1996), onde é possível uma leitura dos conteúdos da sessão à luz das regras freudianas de associação livre e atenção flutuante, que encontram seu paralelo no material musicoterápico (Cirigliano, 1988, 1993). A técnica de improvisação musical livre compatibiliza-se com este referencial teórico (Cirigliano, 1991) e permite ao musicoterapeuta e seu(s) paciente(s) interagirem musicalmente.

Quando se pensa em uma orquestra, é natural supor instrumentos distintos soando diferentemente, que enquanto tocando juntos, formam um conjunto harmonioso. Para que isso ocorra, é necessário que aqueles que executam os trechos musicais em cada instrumento possam se escutar. Ou seja, o pressuposto

1 Palestra para mesa de debates no IV Fórum Estadual de Musicoterapia - Rio de Janeiro

psicanalítico da *escuta* pode ser articulado à música. Mais ainda: pensar *escuta* como um recurso para fazer surgir o desejo do sujeito, pode significar a ferramenta básica do fazer musical, no contexto do sujeito que é chamado a se expressar musicalmente.

Em 1997, fui admitida como musicoterapeuta em uma equipe interdisciplinar de terapeutas bilíngues em um hospital americano que desenvolvia um programa pioneiro de atendimento à população porto-riquenha que vivia nos Estados Unidos, com histórico de drogadicção. Ao trabalhar com esses grupos de pacientes, defrontei-me com alguns tópicos referentes à postura teórico-técnica, que podem ser assim esboçados:

- referencial psicanalítico x tempo de permanência no grupo: dada à rotatividade dos pacientes, a *escuta* necessitava ser focalizada, as sessões com objetivos definidos, e com princípio, meio e fim, na medida em que muitas vezes o paciente de um grupo poderia estar recebendo alta na semana seguinte.
- a constituição ideal do grupo x enquadre institucional: com 16 pacientes sendo atendidos uma vez por semana, segundo normas previamente estabelecidas na instituição, era difícil conduzir um trabalho em que se refletissem integralmente os pressupostos psicanalíticos (ex: interpretação da transferência, processo terapêutico sem tempo marcado, etc.).
- conteúdo musical x técnica musicoterápica: nem sempre era possível aprofundar o conteúdo de músicas trazidas à sessão devido à própria frequência irregular dos pacientes. Igualmente, a improvisação musical não era muito utilizada, na medida em que os pacientes expressavam seu repertório tradicional. No entanto, a própria configuração grupal possibilitou situações musicais inusitadas, como quando a canção "*Cielito Lindo*" foi trazida por um componente do grupo. Para a cultura hispânica, trata-se de uma canção de amor, cuja letra se refere à dignificação da figura da pessoa amada. Contudo, nos padrões culturais brasileiros, a tônica da mesma canção é a saudade, a dor da separação - "*tá chegando a hora / o dia já vem raiando meu bem / eu tenho que ir embora*". Conseqüentemente, é importante

algum distanciamento dos próprios valores culturais quando se escuta um grupo nesse contexto.

Podemos concluir o quanto é necessário muitas vezes em nossa prática, ter flexibilidade para adaptar conhecimentos teóricos e técnicos frente a outras realidades, sejam elas de caráter institucional ou as nuances culturais de uma população. Muito precisei refletir diante dessa situação descrita, a partir de minha experiência previa. Havendo diferenças linguísticas e culturais a serem consideradas, adaptações se faziam necessárias. Entretanto, cabe ressaltar que, embora na execução do trabalho musicoterápico os aspectos teóricos e técnicos tenham sido rearticulados, estes mesmos aspectos, como referencial de leitura do que ocorre na sessão, necessitam ser bem delineados e claramente estabelecidos enquanto constitutivos da identidade e postura terapêutica. Só assim pode ser possível definir uma linha de trabalho, com abertura para o novo e o constante questionamento.

Bibliografia:

- CIRIGLIANO, Márcia Maria da Silva. *Improvisação musical livre, associação livre e atenção flutuante: possíveis relações entre musicoterapia e psicanálise*. Trabalho apresentado no IV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Rio de Janeiro, RJ, 1988.
- CIRIGLIANO, Márcia Maria da Silva. *Das possíveis relações entre musicoterapia e psicanálise à emergência de um novo termo: atenção flutuante musical*. Monografia apresentada como parte dos requisitos para a conclusão do Curso de Formação de Musicoterapeutas. Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro, 1991.
- CIRIGLIANO, Márcia Maria da Silva. *Atenção flutuante musical: uma reflexão psicanalítica quanto ao papel do musicoterapeuta*. Trabalho apresentado no VI Congresso Mundial de Musicoterapia. Rio de Janeiro, RJ, 1990. (Traduzido para o idioma espanhol para apresentação no VII Congresso Mundial de Musicoterapia, Vitoria, Espanha, 1993).
- CIRIGLIANO, Márcia Maria da Silva. *A dream is a wish: a therapist's song*. Dissertação de Mestrado. Temple University. Philadelphia, USA, 1996.

Orquestrando a Clínica - Aspectos Éticos

Márcia Godinho Cerqueira de Souza¹

Um dos aspectos éticos que devo abordar, é a necessidade do profissional Musicoterapeuta estar aberto para os novos conhecimentos, já que a ciência, sendo provisória, nos coloca a cada dia o desafio de repensar nossas atitudes e procedimentos.

Nisto, lembrei-me de algo que escrevi anteriormente sobre a necessidade do Musicoterapeuta estar aberto para o novo, e me reporto ao escrito: "...Quero aqui colocar que quando falo abertos para o novo conhecimento, acredito de antemão que os **princípios que regem e fundamentam a Musicoterapia enquanto profissão científica e terapêutica no estudo, pesquisa e tratamento de diversas problemáticas, esteja dentro de cada um de nós para que no momento de se descobrir novos caminhos ou atuar terapêuticamente, você Musicoterapeuta não duvide do potencial de tratamento da profissão que escolheu.**

Se toda prática, é teórica, portanto a ética não é divorciada da ação. O pensar e o fazer na orquestração desta clínica, são inseparáveis. Nós, como Musicoterapeutas, possuímos movimentos e ações, teorias e técnicas que devem beneficiar a atividade fim de uma atuação profissional, que é o bem-estar e qualidade de vida de ser do seu cliente.

A autêntica formação, seja ela formal ou informal, é aquela que não para no tempo, mas faz seu caminho junto dele: é aquela que despotencializa a "fôrma" e potencializa a forma trazendo à tona novos e renovados conteúdos.

Musicoterapia, entendendo-a como "o procedimento com o qual vem construído um sistema meramente sintático de símbolos. Sistema regido por alguns axiomas"; como por exemplo os princípios básicos de Musicoterapia; os de ISO e OBJETO INTERMEDIÁRIO, dos quais, conforme as regras sintáticas do

¹ Musicoterapeuta.

próprio sistema, irão *derivar* novas fórmulas dentro do grupo destes axiomas. Sabemos que a música, por ser linguagem universal, vem possuída de signos e símbolos que por si só caracteriza e especifica uma cultura, retratando sonoramente os modos de ser de um povo.

Verifico portanto, que um outro aspecto ético se dá no viés de uma formação coerente com os aspectos culturais, seja este termo, aquele pelo qual “significa a formação do homem, o seu melhorar-se e refinar-se, ou pelo seu segundo significado, aquele pelo qual indica o produto dessa formação, isto é, o conjunto dos modos de viver e de pensar cultivados, civilizados, que se costumam também indicar pelo nome de civilização”.

Um outro aspecto ético, ao meu ver, está na **identidade** de ser Musicoterapeuta.

De onde parte, de onde vem, eu pergunto, a **identidade** deste SER Musicoterapeuta? É necessário que devamos nos **identificar** com a linguagem que iremos trabalhar, nos relacionar e intercomunicar?

Como profissionais Musicoterapeutas, possuímos e estabelecemos uma unidade de pensamento sobre o que seja música? Como a definimos? Existe uma unidade de substância no pensamento dos Musicoterapeutas em relação ao seu objeto de trabalho? A Música como terapia? A terapia através da música? O que é música?

Nos aspectos éticos, que determinam o círculo por onde transitaremos, verifica-se necessário, entrar no círculo mas não ficar nele dando voltas, é necessário entrar para poder ultrapassar, ultrapassar para não evitar as dificuldades que a multiplicidade nos apresenta. Quando temos os códigos profissionais institucionalizados, possuímos o apoio estático e “legal”. Por outro caminho, na orquestração da clínica, a ética está na dinâmica do fazer, de ser e fazer, e de fazer ser.

E que fique cada vez mais firme para nós, que no terreno movediço da ética, esta é uma teoria do ser e da existência humana e suas finalidades. E nós queremos o quê? Queremos ser e fazer? Queremos ter para ser? Ou queremos determinar o bem para poder fazer?

Minha resposta para tantas questões pode estar neste fragmento de Humbolt: ... *Os homens se entendem não porque se comuniquem realmente os símbolos das coisas, nem porque se*

determinem mutuamente para produzirem exata e perfeitamente o mesmo conceito, mas porque tocam uns nos outros, no mesmo elo da corrente de suas representações conceituais e batem nas mesmas teclas do seu instrumento espiritual e, em consequência disso, em cada um deles brotam conceitos correspondentes, mas não iguais

(...) *Quando é tocado o elo da corrente, a tecla do instrumento, todo o complexo vibra, e aquilo que brota da alma como conceito se encontra de acordo com tudo aquilo que circunda cada elo até a distância mais remota.*

Destas palavras vemos que o que constitui a base segura e a garantia da objetividade de uma formação e identidade que nos leve ao exercício da ética, é **o acordo na infinitamente variada produção de termos e conceitos, e não a simples reprodução neles de alguma coisa existente.**

A formação, busca novos conhecimentos e reconhecimento do já sabido, desdobra-se cada vez mais. **Identificamo-nos** com uma **formação**, e ao exercê-la, temos uma **identidade formal e legal de Musicoterapeuta**. Aquele profissional que atuará no crescimento, desenvolvimento de outro ser *idêntico* a ele no que se refere ao *homem musical* e esta substância é o fio **condutor** de um processo Musicoterápico.

Minha ética, sua identidade, nossa identidade ética, podem ter tido a formação semelhante e, muitas vezes idêntica, mas a essência sonora musical pré-existe, e esta essência, é o que é. *Para termos uma unidade da nossa identidade e nos aspectos éticos como profissionais em Musicoterapia, é necessário que não percamos nossa essência como ser-sonoro, aquele que acredita na música como o "grande canal", das profundezas à superfície, da superfície às profundezas, a grande ponte, onde posso ir e vir, como no mito de Orpheu; entrando em contato, elaborando, estruturando o pensar e o agir do ser no mundo e consigo mesmo.*

No meu entender, a música para nós Musicoterapeutas, representa o canal por onde transita o ser em toda a sua complexidade; do caos à estruturação do belo no homem.

Segundo Schopenhauer, a música difere de todas as outras artes por não ser cópia do fenômeno, ou mais corretamente, da objetividade adequada da vontade, mas **cópia imediata da própria vontade**. E na contemporaneidade em que vivemos, os

paradigmas estão aí para serem rompidos, estamos diante de uma crise ética, por isso mesmo estão aí os desafios.

É necessário ousar. É necessário ousar? As possibilidades estão lançadas.

Orquestrando a Clínica: Aspectos Clínicos e de Supervisão

Musicoterapia Marly Chagas

A supervisão como um espaço profissional

Hoje, 30 anos depois da inauguração da ABMT – RJ, atual AMTRJ, convivemos com uma situação profissional bastante ampliada. Temos, no Brasil: quatro cursos de graduação; dois cursos de pós-graduação; múltiplas formas de atuações profissionais; diversas realizações científicas, tais como, simpósios e encontros; a publicação de uma revista em caráter nacional; vários títulos publicados de autores nacionais e internacionais; uma organização da categoria na União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM); a criação de um código de ética, recomendado em caráter nacional a todas as Associações; a participação de profissionais brasileiros em movimentos técnico-científicos internacionais.

Sendo profissionais nesse nosso país, regido pelas expectativas de uma economia neo-liberal, vivendo a mais acirrada crise recessiva dos últimos tempos, fazemo-nos sobreviventes. Pertencendo a esse enorme Brasil, com uma grande população carente de recursos técnicos especializados para o atendimento de suas necessidades e portanto com dificuldades de minorar o sofrimento de nosso povo, dispomos de muito poucas estratégias oficiais de implementação de projetos públicos de saúde. E, é claro, a Musicoterapia também não ocupa o espaço que deveria num projeto de saúde que sonhamos e necessitamos.

“ O aumento do desemprego, da marginalidade, da desassistência, da violência, do desespero, da solidão, do consumo maciço de drogas- legais e ilegais- e do alcoolismo não é um fenômeno isolado, desvinculado das políticas praticadas pelo neoliberalismo hegemônico. Essa degradação é consequência direta dessas políticas e in-

tegra o coração da racionalidade do modelo neoliberal, ao qual acompanha por toda parte como uma sombra.”

(Platino, p5)

Esta realidade político-econômica tem conseqüências específicas na nossa atividade profissional. Por um lado, o musicoterapeuta recém formado vive ansioso pela possibilidade de aplicar seu conhecimento, necessitando trocar experiência e afirmar-se profissionalmente – o que só através da prática clínica pode ser provido –; e por outro lado, o musicoterapeuta já atuante no mercado de trabalho, se vê diante de uma carreira iniciante, que solicita dele atuação e responsabilidades que ultrapassam sua possibilidade de desempenho pessoal – exige-se, a cada situação singular o esforço para construir uma história profissional coletiva. Esse esforço desmedido gera, na maioria das vezes, vivências de isolamento e solidão. Já não bastaria o fato de o trabalho clínico, tão caracteristicamente em nossa profissão, ser, ele mesmo, um acontecimento solitário?

Partindo dessa perspectiva, pretendo refletir sobre a supervisão em Musicoterapia, considerando-a como um espaço profissional necessário e legítimo para cumprir a realização da função de troca de experiências, de fomentação do crescimento profissional e do combate ao isolamento profissional alienante, tendencioso e empobrecedor. Ao contrário da tendência histórica – a supervisão ocupando o lugar do controle (ver em Band, 1996) na formação psicanalítica – para nós, os musicoterapeutas, a supervisão vem constituir-se em um importante fórum para acontecimentos profissionais e pessoais.

Muitas vezes o musicoterapeuta procura um profissional – não musicoterapeuta – da área de saúde para ser seu supervisor. Vai, impelido por questões que envolvem o inter-relacionamento com o seu cliente, ou movido por dúvidas em relação ao conhecimento sobre as diversas patologias. Vai buscar, com médicos, psicólogos, fisioterapeutas ou algum outro profissional conceituado, um conhecimento que venha amenizar a sua angústia..

Nesse caminho, o musicoterapeuta acaba percebendo que, se algumas questões puderam ser resolvidas, outras tantas, que envolvem a própria natureza da especificidade do nosso saber, não puderam ser atendidas.

“A falta do entendimento da supervisão clínico bem como da natureza da musicoterapia e dos problemas específicos que ocorrem com os musicoterapeutas freqüentemente coloca – os musicoterapeutas – numa posição de, mais uma vez, se verem explicando sobre a musicoterapia e justificando esta proposta.” (Stephens, 1984)

Em função das questões levantadas, torna-se importante procurar praticar a supervisão em musicoterapia coordenada por musicoterapeuta. Trata-se da perspectiva de formar um novo enquadre onde a supervisão musicoterápica torna-se ela mesma um veículo de afirmação da identidade do profissional e um potencial reassegurador da validade do *setting* não verbal.

Usando as reflexões acerca do *setting* analítico, vejamos o que Band considera sobre a função da supervisão:

“A supervisão, como endereço introdutório para inserção no campo social da psicanálise, acaba por ter como funções testemunhar uma prática e reconhece-la como psicanalítica. (...) O trabalho do supervisor é considerado psicanalítico, já que é psicanaliticamente que se lida com tudo que acontece, sem erros nem julgamentos. A instância simbólica com poder de propiciar reconhecimento, seria o próprio método – se suportado –, que o faria em forma de reconhecimento de si mesmo.” (Band, 1996)

A supervisão em musicoterapia também pode ser vista como um “endereço introdutório” para a “inserção social” do musicoterapeuta. Envolvidos na construção de um campo, musicoterapeuta-supervisor e musicoterapeuta-supervisor buscam o sentido da experiência vivida num enquadre não verbal, onde a música ocupa um lugar de destaque. A supervisão, feita dessa maneira, torna-se uma oportunidade para que se experimente aspectos muito valiosos da construção da identidade profissional dos musicoterapeutas envolvidos nesta experimentação.

Níveis de Aprendizagem na Supervisão

Para Stephens (1984, p 31) a supervisão em musicoterapia, preferencialmente, é feita em grupo. Em um grupo de supervisão, há três níveis de aprendizagem:

O primeiro nível é aquele que está “relacionado ao conteúdo específico do material apresentado pelo terapeuta, tais como questões, técnicas, e o processo.” O esclarecimento e questionamento das idéias sobre o processo, a leitura musicoterápica e a

utilização técnica são aspectos da aprendizagem que se dá neste nível.

O segundo nível diz respeito à “conexão pessoal do terapeuta com o material e com a sua própria expressão musical”. O trabalho clínico envolve, indiscutivelmente, a pessoa do musicoterapeuta, tanto afetivamente quanto musicalmente. Embora o espaço da supervisão não seja o da terapia pessoal do musicoterapeuta, fará parte da execução deste trabalho o lidar com as questões pessoais que estarão presentes no desenrolar da sessão.

O terceiro aspecto que Stephens (1984, p 32) considera é “o desenvolvimento e processo do grupo de supervisão propriamente dito.” Partindo do ponto em que o grupo de supervisão é, ele mesmo, um grupo, Stephens (ob. cit. p 32) usa-o como uma “demonstração modelar de uma dinâmica e um processo de grupo, embora o foco seja diretamente no aprendizado mais do que numa prolongada exploração do processo grupal.”

“O grupo pode servir também como uma arena na qual se discute o trabalho prático musicoterápico, tais como o planejamento de *workshops* e as estratégias de desenvolvimento de um programa de musicoterapia. O compartilhamento de técnicas e inspirações sobre musicoterapia pode e deve ocorrer.

E o mais importante, é que o grupo é um lugar para se aprofundar o entendimento pessoal da musicoterapia e para se ganhar fluidez para com a expressão musical no que se refere à liderança do grupo e ao entendimento dos clientes. O *setting* grupal reforça a identidade dos membros do grupo como musicoterapeutas, assim como provê uma afirmação do valor de seu trabalho.” (Stephens, p 32)

Discutindo o âmbito da supervisão, Benenzon, partindo de uma abordagem psicanalítica, lembra que

“só se pode supervisionar o relato de uma sessão pelo relato mesmo do musicoterapeuta. O que se observa, e através disso se interfere, é a contratransferência do musicoterapeuta no momento do relato em questão e não na tradução deste relato.” (Benenzon, 1996, p. 82)

Para este autor, inclusive,

“não é válida a supervisão através da audição de um cassete ou de um vídeo. Mas sim, (devo esclarecer) na investigação técnica e metodológica onde a audição e visualização constante de sessões de musicoterapia são um produto indispensável.” (ob. cit, pp. 82-83)

Considero que, mais do que seguir uma regra a respeito de supervisionar com ou sem gravação, o desafio de um supervisor é o de construir um determinado modelo sobre o qual atue no sentido da busca da compreensão do acontecimento terapêutico-musical do supervisionando. Certamente, abstendo-se de oferecer “modelos” ideais de atuação, evitando, assim, cair na ilusória e perigosa tentação de “apontar o caminho certo”.

Band (1996), atribui à supervisão “a função de ajudar a esvaziar medos que o supervisionando possa ter, de ocupar seu lugar de analista”. Numa supervisão em Musicoterapia o supervisor precisará, muitas vezes, esvaziar o medo que o musicoterapeuta tenha de exercer a sua função de terapeuta através da música. O temor em relação à insegurança musical, o medo da escassez de repertório, a exigência pela execução harmônica, a ênfase numa figura idealizada de um musicoterapeuta, que seguramente o supervisionando não é, podem contribuir para o fracasso de um belo processo clínico em uma instigante profissão.

Integração do trabalho verbal e musical

Tendo em vista que Stephens (1984) considera necessária a integração entre elementos musicais e verbais, esta autora entende que a supervisão pode ocorrer de quatro modos diferentes:

Verbal – verbal. Ocorre quando o supervisionando “precisa analisar uma série de eventos, tanto musicais quanto verbais, no curso da terapia. Ele ou ela quer entender os eventos mais claramente e escolher uma direção para o futuro trabalho”.(Stephens, op cit p 32)

Musical – verbal. Este modo é aquele em que o musicoterapeuta “usa sua própria atuação para revelar o material, o qual se torna o foco da discussão”. Stephens (op cit p 32) exemplifica citando um supervisionando que, inseguro quanto ao significado da mensagem de seu cliente, repete a produção musical do cliente,

tocando como o cliente: reproduzindo sua postura corporal, seus movimentos, seus ritmos, as dinâmicas e os fraseados que ele usa; podendo, assim, o supervisor buscar percepções novas que o ajudem a encontrar direções a serem tomadas para que o trabalho se realize.

“Esta é uma oportunidade para se trabalhar a partir da intuição musical do terapeuta e poder se ganhar grandes insights em relação a expressão do cliente. (...) Depois desta re-criação, existirá geralmente mais material para se discutir. Os sentimentos devem aparecer aonde antes não eram reconhecidos. O terapeuta pode descobrir possíveis direções para encorajar o cliente; dinâmicas interpessoais podem também ser discutidas.” (Stephens, op cit p 32)

Musical – musical. Nesse modo o trabalho supervisor é feito a partir do musical. É a música que conduz a uma solução possível. “O terapeuta pode ser encorajado a atuar da mesma maneira que o cliente está atuando para que se descubra, de uma maneira orgânica, para onde a música está conduzindo.” (Stephens, op cit p 33) Aqui a supervisão está atuando conforme um enquadre não-verbal, e busca, assim, explorar a compreensão das dificuldades e a busca das soluções musicais através, igualmente, do musical.

Verbal – música. No quarto modo, “a música é usada para aprofundar uma questão particular ou ajudar o terapeuta a entrar mais em contato com ele ou ela própria relativamente a questões específicas.” (Stephens, ob. cit, p 33)

Tendo sido discutida, numa sessão de supervisão, uma questão importante, podemos, por fim, encontrar o coroamento deste processo através da experiência musical. Nesta oportunidade muitos sentimentos podem ser explicitados, compreendidos, transformados, elaborados.

Orquestrando a clínica

Concluindo, quero aqui estabelecer uma ligação analógica entre uma supervisão em musicoterapia e uma orquestra.

Na orquestra, instrumentos diversos, embora cada um com seu timbre próprio, afinam seus sons no mesmo lá fundamental para fim de executar muitas, muitas músicas... Uma orquestra executando apresenta ritmos diversos, polifonias, canções, sinfonias. O concerto só agrada se, para além do fio da música

costurado pelo conjunto de todos os instrumentos unidos, houver também emoção no tocar.

A supervisão é também esse espaço para “afinarmos” os nossos instrumentos profissionais no diapasão da musicoterapia. Afinados, tocaremos a melodia que bem entendermos, usaremos as dissonâncias que julgarmos convenientes, envolvidos sempre por este *setting* musicoterápico estabelecido. Assim então, procuraremos entender o que fazemos, e organizaremos, da melhor maneira que soubermos fazê-lo, a nossa profissão. _

Referências bibliográficas

- STEPHENS, Gillian. *Group Supervision in Music Therapy*. In *Music Therapy, The Journal of American Association for Music Therapy*, Vol 4, nº 1984.
- BENZON, Rolando. *Transferência e Contratransferência em Musicoterapia*. In *Revista Brasileira de Musicoterapia*, Ano 1, nº 2, 1996.
- PLASTINO, Carlos Alberto. *Os Horizontes de Prometeu: considerações para uma crítica da modernidade*. Rio de Janeiro, UERJ, IMS, 1996
- BAND, Ari – *Supervisão: a permanente fugacidade do sentido buscado*. In *Artes de Cura (Revista Eletrônica – www.ax.apc.org/~bapera)*, Rio de Janeiro, Bapera Editora, 1996.

IV FÓRUM ESTADUAL DE MUSICOTERAPIA

Comissão Científica:

Mt. Marly Chagas
Mt. Lia Rejane Barcellos
Mt. Marco Antonio Carvalho Santos

Diretoria da AMT-RJ

1996/1998 - 1998/2000

Presidente

Paula Carvalho

1ª Vice-Presidente

Anna Lucia Leão Lopez

2ª Vice-Presidente

Martha Negreiros

1º Secretário

José Henrique Nogueira

2ª Secretária

Monica Izidoro

1ª Tesoureira

Gislaine Fois Coelho Abramof

2ª Tesoureira

Claudia Eboli

Promoção:

Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro

Apoio:

Conservatório Brasileiro de Música