

Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro

XVIII FÓRUM

ESTADUAL DE MUSICOTERAPIA

As diferentes abordagens da música em musicoterapia

Anais 2012

Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro

XVII FÓRUM

Estadual de Musicoterapia

AS diferentes abordagens da música em musicoterapia

ANIS 2012

AMTRJ

F532

Fórum Estadual de Musicoterapia (18. : 2012 : Rio de Janeiro, RJ)
Anais do XVIII Fórum Estadual de Musicoterapia: As diferentes
abordagens da música em musicoterapia, 13 a 15 de setembro, Rio
de Janeiro, RJ. -- Rio de Janeiro : AMTRJ : CBM-CEU, 2012.

ISBN: 978-65-86806-08-3

1. Musicoterapia – Congressos. I. Associação de Musicoterapia
do Estado do Rio de Janeiro. II. Conservatório Brasileiro de Música
– Centro Universitário. III. Título: As diferentes abordagens da
música em musicoterapia.

CDD: 615.85154

ÍNDICE

Apresentação	p.4
Folder do evento	p.5
Identidade sonora e escrita rítmica na musicoterapia	
Di Lutgardes.....	p.7
Grupo terapêutico “Vila Leucócitos”	
Gabriela Koatz.....	p.15
Saúde mental, cultura e musicoterapia comunitária: coletivo carnavalesco “Tá Pirando, Pirado, Pirou!”	
Pollyanna Ferrari e Marcela Weck.....	p.24
Um designer no setting musicoterápico: uma parceria possível?	
Natália Chaves Bruno.....	p.37
Conexões entre a estética musical e práticas Musicoterápicas	
Raquel Siqueira da Silva.....	p.51
Psiquiatra e musicoterapeuta: “cada um sabe a dor e a delícia de ser quantos é”	
Tâmia Magalhães.....	p.52
Abordaje vibroacústico: el uso de cuencos tibetanos en musicoterapia receptiva	
Jorge Zain.....	p.60
El uso de cuencos tibetanos como recurso vibroacústico en musicoterapia receptiva	
Jorge Zain.....	p.81
A música como instrumento de intervenção e análise em musicoterapia	
Pollyanna Ferrari e Lucas Tibúrcio.....	p.82
Harmonia em musicoterapia: aplicações e implicações	
Lucas Antunes Tibúrcio.....	p.103
“Pra não dizer que não falei das flores...”	
Lia Rejane Mendes Barcellos.....	p.126
Contribuições da musicoterapia na síndrome de noonan	
Glória Selma da Silva Ferreira.....	p.142

A sociedade e a música: problematizações contemporâneas

Mariane Oselame, Marly Chagas e Ruth Barbosa.....p.154

Musicoterapia em cuidados paliativos - vivenciando a finitude através da música

Elizabeth Martins Petersen.....p.166

A implantação da musicoterapia no método Canguru da Santa Casa de Caridade de Bagé

Ana Maria Delabary.....p.181

Ressignificando a vida - a musicoterapia como coadjuvante no tratamento de depressão

Marina Miglietta, Barbara Penteadó Cabral, Tâmia Magalhães, e Lia Rejane Mendes Barcellos.....p.194

Transtornos da conduta alimentar em crianças em idade escolar e adolescentes

Elizabeth Wasserman.....p.212

Musicoterapia e psicologia: a importância da intervenção interdisciplinar na atenção ao luto antecipatório

Elizabeth Petersen e Janete Alves Araújo.....p.229

A musicoterapia em uma instituição de saúde mental: enquadres diferenciados

Lucas Tibúrcio e Pollyanna Ferrari.....p.243

Teorias psicossociológicas em musicoterapia

Marly Chagas.....p.244

Interface entre a musicoterapia e a psicoacústica

Roger Carrer.....p.255

APRESENTAÇÃO

O XVIII FÓRUM ESTADUAL DE MUSICOTERAPIA tem como tema central “As Diferentes Abordagens da Música em Musicoterapia”. A proposta do evento surgiu a partir de um debate no Fórum Estadual de 2011, no qual foi constatada a necessidade de toda uma programação sobre o tema a fim de promover maiores reflexões e desdobramentos.

A programação está dividida em três sub temas: **A música nas diferentes áreas de atuação da musicoterapia**, onde pretende-se refletir sobre as diversas possibilidades de uso, recurso e entendimento da música em áreas de atuação como Saúde Mental, Deficiência intelectual e Clínica Ampliada; a contribuição de **diferentes áreas da música em musicoterapia**, tais como a Etnomusicologia, Educação Musical e Psicoacústica e, por fim, **Reflexões acerca da música em musicoterapia** no intuito de abordar teoricamente a especificidade da nossa ferramenta de trabalho.

A riqueza desse encontro consiste na possibilidade de compartilhar uma diversidade de pontos de vista, visando contribuir para prática e reflexão da musicoterapia, bem como fortalecer nossa categoria em sua especificidade.

Boa leitura!

Comissão Científica

10h30 - Cafezinho/ Apresentação Musical

10h45 - Curso: Composição musical *assistida* em Musicoterapia (Mt. Dr^a. Lia Rejane Mendes Barcellos)

12h30 – Apresentação Musical: Grupo Sabiás da Serra

13h às 15h – Encerramento: Almoço de adesão em comemoração ao Dia do Musicoterapeuta no Restaurante Benedito!

Restaurante Benedito: Rua Pedro Lessa, n. 31, loja A, centro, Rio de Janeiro. Próximo ao CBM-CEU. Comida Brasileira!
<http://www.restaurantebenedito.com.br/>

Comissão Científica:

Mt. Dr^a. Lia Rejane Mendes Barcellos
Mt. Lucas Tibúrcio
Mt. Esp. Mariana Florenzano Barcellos
Mt. Esp. Pollyanna Ferrari

Pareceristas:

Mt. Benita Michaelis
Mt. Ms. Grazielly Braga Aquino
Mt. Dr^a. Leila Bergold
Mt. Ms. Márcia Godinho
Mt. Esp. Mariana Florenzano Barcellos
Mt. Esp. Mariane Oselame

Diretoria AMTRJ:

Pollyanna Ferrari - Presidente
Marly Chagas - Vice-presidente
Mariana Barcellos - 2^a vice-presidente

Lucas Tibúrcio - Tesoureiro
Mariane Oselame - 2^a tesoureira

Gabriela Koatz - Secretária

Realização:

Associação de Musicoterapia do
Estado do Rio de Janeiro (AMTRJ)
&
Conservatório Brasileiro de Música -
Centro Universitário (CBM-CEU)

XVIII FÓRUM ESTADUAL DE MUSICOTERAPIA

As diferentes abordagens da música
em musicoterapia

Curso: Composição musical
assistida em musicoterapia
(Mt. Dr^a. Lia Rejane Mendes Barcellos)

13, 14 e 15 de setembro de 2012

Local: Conservatório Brasileiro
de Música - Centro Universitário
(Av. Graça Aranha, n. 57, 12^o andar,
Centro - Rio de Janeiro.
Auditório Lorenzo Fernandez)

Convidados:

Mt. Carolyn Kenny (Phd)
(Antioch University - USA)
Mt. Ms. Leonardo Cunha (BA)
Mt. Roger Carrer (SP)



INSCRIÇÕES

Sócios - R\$ 120,00

Não sócios - R\$ 180,00

Estudantes - R\$ 80,00
(obrigatório a apresentação de comprovante)

13 de setembro - quinta-feira

8h - Credenciamento

9h – Palestra de Abertura: Música em musicoterapia
Mt. Dr^a. Carolyn Kenny (Phd)

10h30 – Cafezinho/ Apresentação Musical

10h45 – Mesa Redonda: A música nas diferentes áreas de atuação da musicoterapia

Mt. Esp. Elen Conteratto e Mt. Cristiana Brasil:
Musicoterapia e “clínica ampliada”

Mt. Dr. Sidnei Dantas:
A música no grupo Harmonia Enlouquece
(Saúde Mental)

Mt. Ms. Ana Sheila Tangarife:
A música no programa de avaliação musicoterápica
(Deficiência Intelectual)

Debatedora: Mt. Dr^a. Marly Chagas

12h15 – Almoço

13h45 às 16h15 – Apresentação de Trabalhos

Di Lutgardes: **Identidade sonora e escrita rítmica na musicoterapia**

Gabriela Koatz: **Grupo terapêutico “Vila Leucócitos”**

Pollyanna Ferrari e Marcela Weck:
Saúde mental, cultura e musicoterapia comunitária: coletivo carnavalesco “Tá Pirando, Pirado, Pirou!”

Natália Chaves Bruno:
Um designer no setting musicoterápico: uma parceria possível?

Raquel Siqueira: **Conexões entre a estética musical e práticas Musicoterápicas**

Tâmia Magalhães: **Psiquiatra e musicoterapeuta: “cada um sabe a dor e a delícia de ser quantos é”**

Debatedora: Marly Chagas

16h às 18h – Curso: Composição musical *assistida* em musicoterapia (Mt. Dr^a. Lia Rejane Mendes Barcellos)

14 de setembro - sexta-feira

8h – Apresentação Musical

8h30 – Apresentação de Trabalhos

Jorge Zain: **Abordaje vibroacústico: el uso de cuencos tibetanos en musicoterapia receptiva**

Jorge Zain: **El uso de cuencos tibetanos como recurso vibroacústico en musicoterapia receptiva**

Pollyanna Ferrari e Lucas Tibúrcio: **A música como instrumento de intervenção e análise em musicoterapia**

Lucas Antunes Tibúrcio:
Harmonia em musicoterapia: aplicações e implicações

Lia Rejane Mendes Barcellos:
“Pra não dizer que não falei das flores...”

Debatedor: Roger Carrer

10h45 – Cafezinho/ Apresentação Musical

11h – Mesa Redonda: As diferentes áreas da música em musicoterapia

Mt. Dr^a. Thelma Alves:
Uma experiência de educação musical na diversidade
(Educação Musical)

Mt. Ms. Leonardo Cunha:
As contribuições da prática musical do Toré na musicoterapia
(Etnomusicologia)

Mt. Roger Carrer:
Articulações da musicoterapia com a psicoacústica
(Psicoacústica)

Debatedora: Mt. Dr^a. Raquel Siqueira da Silva

13h - Almoço

14h às 16h – Apresentação de Trabalhos

Glória Selma da Silva Ferreira:
Contribuições da musicoterapia na síndrome de noonan

Mariane Oselame, Marly Chagas e Ruth Barbosa:
A sociedade e a música: problematizações contemporâneas

Elizabeth Petersen e Janete Alves Araújo: **Musicoterapia em cuidados paliativos - vivenciando a finitude através da música**

Ana Maria Delabary:
A implantação da musicoterapia no método Canguru da Santa Casa de Caridade de Bagé

Tâmia Magalhães, Bárbara Penteado Cabral, Marina Miglietta e Lia Rejane Mendes Barcellos:
Ressignificando a vida - a musicoterapia como coadjuvante no tratamento de depressão

Debatedora: Grazielly Braga Aquino

16h às 18h – Curso: Composição musical *assistida* em musicoterapia (Mt. Dr^a. Lia Rejane Mendes Barcellos)

15 de setembro - sábado

8h – Apresentação de Poster:

Elizabeth Wasserman:
Anorexia: transtorno da conduta alimentar

Elizabeth Petersen:
Musicoterapia e psicologia: a importância da intervenção interdisciplinar na atenção ao luto antecipatório

Lucas Tibúrcio e Pollyanna Ferrari:
A musicoterapia em uma instituição de saúde mental: enquadres diferenciados

Marly Chagas: **Teorias psicossociológicas em musicoterapia**

9h – Mesa Redonda: Reflexões acerca da música em musicoterapia

Mt. Murillo Britto

Mt. Ms. Martha Negreiros

Mt. Esp. Elizabeth Petersen

Debatedora: Mt. Ms. Bianca Bruno Bárbara

Identidade sonora e escrita rítmica na musicoterapia

Di Lutgardes¹

RESUMO

Esse trabalho pretende mostrar dois caminhos musicais muito importantes. A Identidade Sonora que é uma música, som ou ruído que por algum motivo nos leva para algum momento ou situação marcante e a Escrita Rítmica aonde aproximamos o sentimento da razão. Através dos instrumentos percussivos busco alguma relação ou sintonia com o outro por esses dois caminhos musicais.

Associo estudos de Ana Sheila Tangarife, Fernando Barba, Paulo Freire e Oliver Sacks com minhas vivências profissionais como musicoterapeuta, músico e professor de música.

Concluí que o conhecimento de um repertório rítmico juntamente com a busca da compreensão espaço/tempo é fundamental para novas abordagens musicais em musicoterapia.

Palavras-chave: Identidade Sonora. Escrita Rítmica. Percussão. Ritmo.

“A responsabilidade de tocar o seu pandeiro é a responsabilidade de você manter-se inteiro”
(Science – Samba Makosa).

A Identidade Sonora e a Escrita Rítmica são dois temas de muita importância para a Musicoterapia. Antes de apresentá-los tenho que voltar um pouco no tempo.

¹ Musicoterapeuta e Músico (baterista e percussionista). Musicoterapeuta formado pelo Conservatório Brasileiro de Música; iniciou seus estudos de bateria com César Rangel e aprimorou com Joca Moraes (Seminários de Música Pró Arte) e Cássio Cunha (In Concert); Na Escola Brasileira de Música estudou percussão popular e sinfônica com Luis D’Anunciação e teoria musical com Nelson de Macedo. Área de atuação: Musicoterapia – atendimento particular; Música – shows concertos, aulas particulares e professor de percussão no Conservatório Brasileiro de Música nos cursos de Licenciatura e Musicoterapia. <http://lattes.cnpq.br/8558735602061170>

A música sempre esteve na minha vida, mas me dei conta da sua presença aos quatro anos quando aprendi a cantar canções que minhas irmãs ouviam na vitrola ou que meus pais cantarolavam.

Entre os brinquedos que ganhava apareciam Lps e com isso fui estreitando meu laço com a música. Sempre curioso, passei a pesquisar e procurar as músicas que aprendi em casa.

Nesse caminho musical, os tambores falaram mais alto e passei a acompanhar os discos e fitas batucando na janela de meu quarto. Tornei-me músico, baterista e percussionista, e passei a trabalhar com o que gostava e me identificava.

Ser músico me deu e dá muitas emoções. A troca de experiências ensinando e aprendendo, tocar em palcos importantes, viajar fazendo música, tocar junto, conhecer pessoas no palco e fora dele, acompanhar artistas maravilhosos às vezes grandes ídolos. Eu, por exemplo, conheci vários estados do Brasil por causa da música. Também por causa dela toquei para Zezé Gonzaga, Ademilde Fonseca, Dona Ivone Lara e Nelson Sargento cantarem ou para Ariano Suassuna e Sergio Britto assistirem. Isso é indiscutivelmente magnífico.

Essa vivência musical foi muito definitiva na minha formação e através dessa experiência compreendi o poder transformador da música.

Foi observando o outro com cuidado e os caminhos que se pode chegar com a música é que me tornei Musicoterapeuta.

Dentre vários aprendizados que tive como músico, eu destaco os dois temas desse trabalho como cruciais para a Musicoterapia.

A diversidade, complexidade e sonoridade da nossa música são indiscutivelmente inovadoras e renovadoras nos dando possibilidade de explorar muitos timbres distintos. Graves, agudos e médios transitam marcando a característica de cada ritmo aparecendo na mistura de texturas e o resultado é vibrante e instigante.

Com minha experiência passei a perceber e conhecer várias variações de um mesmo ritmo.

O samba, por exemplo, fica enriquecido com o somatório de tamborim (agudo), pandeiro (médio) e surdo (grave). Mas podemos tocar samba com tumbadora. O baião com

zabumba, triângulo e chocalho fica bem definido, porém tocado apenas com pandeiro pode ser um côco ou xaxado também.

Quando alguém apenas canta *a capella*, poderemos ir para qualquer lado ritmicamente, mas se executarmos exatamente o ritmo que a pessoa quer ou conhece estaremos alcançando um lugar no emocional dela que não atingiríamos se tocássemos qualquer ritmo. Para Musicoterapia esse aspecto é fundamental.

O tamborim, por exemplo, é um instrumento de floreios e solo, mas nada impede de formarmos uma base rítmica que sustente toda a música.

O conhecimento da instrumentação usada nos ritmos e suas características também é de bastante importância. Se quisermos apenas tocar um ritmo aleatório ou alguma marcação, podemos usar qualquer instrumento, mas se for algo específico, tocarmos com os instrumentos característicos pode ser mais vantajoso.

Precisamos saber tocar os ritmos seja qual for o instrumento ou objeto, mas é imprescindível conhecer a instrumentação e os nomes dos instrumentos específicos.

Identidade Sonora é a relação pessoal e emocional de cada um com certos sons e ritmos.

Na música “Gabriel” Teca Calazans e Ricardo Villas exemplificam bem o que chamei aqui de identidade sonora:

“Gabriel não lia nem falava aquela língua estranha do branco lá da França, na bagagem apenas uma herança a arte que aprendeu desde criança. Gabriel que é mestre e professor, artista da madeira do couro e do curtume; é pessoa de grande resistência na batalha da sobrevivência/ Mestre Gabriel bate seu tambor faz esse cantor nunca se cansar... traz força de viver. Negro Gabriel lembra da Guiné, eu também sou um perdi meu lugar...lá para além do mar”.

Ouçó muita música, sou curioso e estou sempre buscando novos sons. Minha grande coleção de vinis, cassetes, CDs e DVDs colaboram para meu conhecimento. Ser pai de uma adolescente também amplia meus horizontes musicais. Porém nos atendimentos e aulas eu me deparo com músicas e artistas que nunca ouvi falar. Passo a conhecer tendências musicais diferentes e de todo planeta. Desde o que há de mais antigo até o que nem foi lançado aqui no país.

Tocando na noite não é diferente. Às vezes tocamos o que nem conhecemos. O ensaio acontece no palco. Pedidos da platéia são prioridade, se não sei aquela canção, toco

outra do mesmo compositor ou no mesmo ritmo e estilo. Casais dançando no salão ditam o baile, portanto a música não pode parar.

A importância de se ter um vasto repertório é de grande valor para o trabalho como Musicoterapeuta. O musicoterapeuta pode passear pelo universo do paciente sabendo que terá mais chance de alcançá-lo.

Nesse capítulo quero ressaltar outro tipo de repertório: O repertório rítmico.

Não é costume e nem todo músico ou arranjador escreve partituras para bateria e percussão principalmente na música popular. Há uma acomodação musical que acabam deixando a critério do baterista ou percussionista inventar seu próprio ritmo ou levada e arranjar e resolver a música ritmicamente. Por muitas vezes tive que decifrar onomatopéias cantadas para entender certo ritmo.

O repertório rítmico dos percussionistas e bateristas costuma ser vasto. E dominar a escrita é um grande passo para solucionar saídas musicais.

Para exemplificar a Identidade Sonora e a Escrita Rítmica pensei em alguns exemplos.

Cena um: *Uma adolescente extremamente tímida, bem introspectiva. Pouco sorria. Ela gostava muito de música e aprendia bateria comigo.*

Começamos pela técnica com posições dos braços, postura e concentração. Ela precisava de estímulo para tocar. Passava os ritmos para ela, mas funcionava pouco. A menina não ousava muito. Fui atrás da música que ela gostava. Bandas e cantoras estrangeiras do pop e rock.

Dentro do seu universo musical, me apresentou o grupo Paramore liderado pela vocalista Hayley Williams com seus cabelos vermelhos e cheia de atitude. O baterista do grupo Zac Farro toca com muita vitalidade, no meio musical chamaríamos de “bateria nervosa”, cheia de viradas, rapidez e articulações. Era o que precisávamos: Atitude e pressão.

Começamos a trabalhar os movimentos da caixa para os pratos, tontons para surdo passando pelo bumbo (pés) e voltando para os pratos. Demos movimento aos membros, à mente e à vida. As músicas foram ficando mais complexas e a menina nem percebeu que estava tocando certinho. Quando não conseguia tocar a música toda, para ela bastava tentar ou tocar alguns trechos.

O sorriso apareceu e a postura bem mais ereta.

Cena dois: *Um menino de 14 anos para ter aula comigo dizendo que não gostava de música. Muito quieto e de poucas palavras me revelou que não ouvia nem conhecia qualquer tipo de música e o único show a que tinha ido foi a um concerto de música clássica obrigado pelo pai. Claro que sendo um adolescente, era comum que estivesse fazendo gênero para parecer mais estranho do que já se sentia. Porém fiquei intrigado, pois mesmo com esses relatos queria aprender atabaque.*

Quando tocava, ia por caminhos confusos e nunca com uma lógica rítmica. Um 4/4 era quase impossível aparecer. Tocava em 7/8, 5/4 e outros compassos bem indecifráveis. De vez em quando aparecia um 2/4, mas muito rapidamente.

Um compasso passava para o outro sem problemas e para meu espanto a repetição acontecia. Eu apresentava compassos pares, mas ele preferia e tocava os ímpares e incertos.

Como percebeu que os ritmos não eram comuns e que eu demorava a encontrar a lógica para poder acompanhá-lo, me desafiou dizendo que eu não conseguia repetir as levadas inventadas por ele e repetia que ninguém o compreendia.

Certa vez enquanto tocava comecei a escrever os ritmos apresentados por ele e reparei que toda ideia rítmica que ele apresentava sempre terminava para depois recomençar com o som mais grave que podia do instrumento, e senti que dava o “chão” necessário para firmar o ritmo. Comecei a explorar os sons graves. Minha intenção era dar um suporte para suas idéias.

O menino ficou cismado com o que eu escrevia e me perguntou o que eu estava fazendo. Eu simplesmente li e toquei exatamente o que ele tinha tocado.

Admirado ele me disse: - Eu estou aí?

Quanto mais eu acertava e o entendia ele fazia mais ritmos, e eu escrevia e reproduzia. Achou legal que eu pudesse entendê-lo. Passamos dias tocando juntos as suas invenções, até que me trouxe um cd que “encontrou por um acaso em casa”. Era um cd de samba e depois trouxe outro sertanejo moderno. Quase todas as canções eram em 2/4 ou 4/4.

Aos poucos sua música ficou binária e seu comportamento bem mais leve. Começou a sorrir conversar e até a gargalhar. Abandonou os ritmos confusos e um dia foi embora tranqüilo.

Cena três: *Um menino roqueiro queria aprender bateria, impressionado e encantado pelo poderoso som das baterias dos grupos de heavy metal. Logo nas primeiras aulas ficou triste, pois não conseguia acompanhar a bateria dos grupos. A coordenação dos membros estava falhando. As mãos do menino não acompanhavam as pernas nas subdivisões. Por exemplo, quando conduzia a música com colcheias no contratempo não conseguia tocar o bumbo e caixa em semínimas.*

Pensei em alguma música que trabalhasse bem as subdivisões. Fã do grupo de heavy metal Iron Maiden, comecei a trabalhar um clássico: “Run To The Hills”. Pedi que contasse de um a quatro e expliquei que o pulso da música estava no bumbo: quatro semínimas que se repetiam. No final de cada quatro mostrei uma metade de tempo tocado no surdo. Então ficou assim. No contratempo marcamos com as mãos alternadas, quatro semicolcheias para cada semínima tocada pelo bumbo. Para tocar o surdo precisava sair do contratempo e com isso os movimentos ficaram amplos. De um lado pro outro ia tocando o contratempo e surdo sempre marcando o pulso no bumbo.

A movimentação corporal (braços, perna e tronco) e a visualização das subdivisões: Semínimas, Colcheia e Semicolcheias ajudaram a compreensão interna do menino.

Cena quatro: *Menino de 21 anos estudante de direito e gosta de lutas marciais. Ritmicamente não compreendia a música em si. Tentei leitura, tocar junto e alguns métodos de musicalização, porém mesmo assim o ritmo não firmava, então percebi que, tinha que ser na bateria, pois era o que queria e essas tentativas frustradas o estavam incomodando.*

Certa vez veio com um som na cabeça que tinha ouvido pelos corredores da faculdade, cadernos caindo ou passos. Queria reproduzi-los na bateria. Então, só com as mãos passei a trabalhar os ritmos.

Assim, todos os sons familiares para ele nós transformávamos em música. Bem mais seguro no instrumento, passamos a tocar ritmicamente músicas das mais variadas tendências, mas ainda usando apenas as mãos.

Como gostava de lutas, chegamos até um dos filmes favoritos da vida dele: Rock IV. O tema principal do filme “Eye of the Tiger” do grupo Survivor tem onomatopéias de socos. Isso foi a chave. Continuamos só tocando com as mãos até encaixar o bumbo que é tocado com os pés na levada e pela primeira vez tocou uma música inteira sem errar. A partir daí movimentos com as baquetas imitando golpes e sempre terminando em som fizeram da aula um momento muito mais prazeroso para o menino.

No primeiro exemplo a Identidade Sonora foi fundamental para restabelecer a auto-estima da menina e no segundo a Escrita Rítmica estabeleceu um laço forte do menino com o mundo que o cercava.

Os outros dois exemplos já podemos misturar os dois temas. A Identidade Sonora está bem clara, mas a Escrita Rítmica me ajudou, mesmo sem citá-la para os alunos, a compreender caminhos musicais para ambos.

Concluo que minha experiência musical atuante somado com meus estudos de Musicoterapia me fizeram perceber a importância do uso da Identidade Sonora e da Escrita Rítmica como ferramenta musicoterápica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBA, Fernando. Programa Meu Instrumento – Percussão Corporal. São Paulo: Trama/Radiola. 08 de junho de 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra 2008.

SACKS, Oliver. **Alucinações Musicais** Relatos sobre a música e o cérebro. São Paulo: Companhia das Letras 2007.

TANGARIFE, Ana Sheila; PETERSEN, Elizabeth; MOUTA, Dayse; Dr. JERMANN, Paulo Eugênio. **O Sonoro na Construção da Identidade: Musicoterapia, Saúde Mental e Outros Constructos**. Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, Goiânia, setembro 2006.

REFERÊNCIAS SONORAS

CHICO SCIENCE E NAÇÃO ZUMBI. Samba Makosa (Chico Science) In: Da Lama Ao Caos. Chaos. 1994. Cd. Faixa 6

TECA E RICARDO. Gabriel (Teca Calazans e Ricardo Vilas) In: Eu Não Sou Dois. EMI Odeon. 1981. Lado um de LP. Faixa 1

Grupo Terapêutico “Vila Leucócitos”

Gabriela Lorenzo Fernandez Koatz²

Resumo:

Este trabalho visa apresentar o desenvolvimento do grupo terapêutico elaborado por uma psicóloga e uma musicoterapeuta, com objetivo de oferecer um suporte emocional às crianças submetidas a tratamentos de quimioterapia no hospital pediátrico Prontobaby e a seus respectivos familiares. O grupo teve início em setembro de 2011 e vem sofrendo adaptações ao longo das sessões, uma vez que a psicóloga que iniciou este trabalho não pertence mais à equipe de funcionários do hospital. O nome “Vila Leucócitos” foi eleito pelos membros grupo. A psicóloga e a musicoterapeuta selecionam previamente duas canções específicas a serem trabalhadas por encontro. Ambas são músicas populares brasileiras. O objetivo destas canções é trabalhar as questões trazidas pelas letras de forma lúdica. Após a primeira música ser cantada e tocada por todos, a psicóloga direciona uma pergunta a cada um, relativa ao tema da canção. A segunda música, entretanto, precisa ter um refrão repetitivo onde criamos uma paródia em conjunto, relatando as diversas situações pelas quais os membros do grupo se encontram, desde comidas proibidas até homenagens às mães. Um embasamento teórico nos campos da psicologia e da musicoterapia será realizado ao longo do trabalho.

Palavras-chave: Musicoterapia. Quimioterapia. Pediatria. Grupo Terapêutico.

Abstract:

The current work pretends to present the development of a therapeutic group created by a psychologist and by a music therapist, with the purpose of offering an emotional support first to the children submitted to chemotherapy treatment at the children’s hospital Prontobaby and also to their respective relatives. At the beginning of September, 2011, the group had started and since then has been updated throughout the sessions according to the theoretical point of view of the psychologist who’s acting as co-therapist, due to the currently changing in the hospital staff. The group was named “*Leukocyte Village*” by one of its participants. Both the psychologist and the music therapist select previously two specific Brazilian’s popular songs to be played and singed in each encounter, in order to work on the issues raised by its lyrics, using a ludic approach. After the first song be played and singed by all the participants, the psychologist ask each participant a question related to the theme that were brought up by the song’s lyric. The second song, however, must contain a chorus to repeat along the whole music, where we together create a parody that tells the most diverse situations experienced by the members of the group, from forbidden food until a tribute for their mothers, for instance. A theoretical foundation in the fields of psychology and music therapy is been developed throughout this article.

Keywords: music therapy, chemotherapy, pediatrics, group therapy.

² Especializanda em Assistência Integral à Saúde Materno-Infantil, pela UFRJ (2013). Bacharel em flauta transversa (2009, com Odette Ernest Dias) e em musicoterapia (2007) pelo Conservatório Brasileiro de Música. Secretária da AMT-RJ. Trabalha nos hospitais Prontobaby e Centro Pediátrico da Lagoa. Apresentou artigo “Cuidado, coraça e autorregulação na maternidade e na paternidade” no IX Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais (2009). Contato: gabriela@koatz.com.br

Introdução: O surgimento do grupo

Ao realizar um trabalho terapêutico em hospital pediátrico, o atendimento às crianças internadas favorece que uma intervenção terapêutica também seja feita com as mães e cuidadores dos pacientes. A musicoterapia no hospital *Prontobaby* já vinha sendo realizada com esse enfoque há cerca de um ano através de um grupo de atendimento às mães e familiares das crianças internadas na UTI Neonatal e na UTI Pediátrica. Inspirada na repercussão desta prática, a então assistente de psicologia – responsável pelo atendimento às famílias do setor de hemato-oncologia deste hospital (setor este chamado de QT pelos funcionários) – me convidou para criarmos em parceria um projeto semelhante que pudesse também oferecer esse apoio emocional às mães das crianças em tratamento contra o câncer.

No entanto, a questão do espaço físico para a realização dos atendimentos em grupo ainda é um entrave no hospital. Isso porque para atender à demanda dos familiares das UTIs, este grupo é realizado na sala de espera do centro cirúrgico. Porém, as crianças em tratamento de quimioterapia têm uma situação ainda mais delicada devido à sua baixa imunidade, de modo que seus acompanhantes também não podem ficar expostos às outras áreas do hospital. Assim, buscamos elaborar em conjunto uma dinâmica de grupo que pudesse incluir a presença dos pais tanto quanto das crianças, de maneira que os atendimentos fossem realizados no próprio corredor da QT, que já é em sua geografia isolado dos outros ambientes do hospital. Desta maneira, surgiu o grupo que posteriormente seria intitulado por uma das participantes como “Vila Leucócitos”.

A necessidade de uma rede de apoio:

Assim que as crianças têm o seu diagnóstico de câncer definido, nos primeiros momentos da internação e/ou do tratamento quimioterápico (que por si só já é invasivo e debilitante), quase todos os pacientes se fecham muito emocional e socialmente, evitando conversar, estabelecer novos contatos ou amizades. Além do sofrimento destas crianças, pela fragilidade de sua saúde e pela agressividade do tratamento, outro sofrimento psíquico é presenciado nesses casos: a dor das famílias em receber a notícia que ninguém deseja: “seu/sua filho/a tem câncer”. E, junto a esses fatores, existe uma série de restrições e precauções a serem tomadas ao longo do tratamento, que englobam e alteram a rotina das

crianças e de seus pais, tais como acesso limitado às visitas de familiares e amigos, não poderem frequentar a escola durante este período ou mesmo conviver com seus bichinhos de estimação, isso para citar apenas algumas.

“Observa-se que, nos estudos referentes ao estresse, uma das primeiras reações diante de uma situação alarmante é a luta ou a fuga” (SILVA e SÁ, 2006, p.601). Durante um ano e meio em que trabalhei no hospital antes do surgimento deste grupo, percebi uma atitude arisca tanto dos pacientes quanto por parte da própria equipe de enfermagem que atua no setor. Nos pacientes mais velhos (pré-adolescentes e adolescentes), talvez por uma compreensão maior de seu estado de saúde, essa fuga acaba se tornando muito mais presente no sentido de desenvolver uma tendência depressiva: os pacientes só querem dormir durante todo o período de hospitalização, não interagem nem com a equipe nem com os outros pacientes.

Desenvolvendo um trabalho musicoterápico semelhante, as autoras Eliamar Ferreira e Gláucia Pereira observaram que os

pacientes oncológicos sentem o impacto da doença e do tratamento de maneiras distintas, conforme a sua individualidade, mas em geral, vivenciando uma complexidade de sentimentos, na maioria das vezes, permeados por muita angústia – medo da morte, da dor, da perda, alterações na vida social, educacional, mudanças físicas e psíquicas, etc. Este quadro biopsicossocial, remete à necessidade de oferecimento de tratamento terapêutico coadjuvante ao tratamento médico. A Musicoterapia, integrada à equipe de tratamento, contribui na amenização destas necessidades apresentando-se como uma forma de suporte emocional, que utiliza a música, como elemento fundamental e acolhedor (FERREIRA e PEREIRA, 2006, p.592).

Assim, a música não atua como personagem principal do processo terapêutico com esse público, mas sim como coadjuvante no desenvolvimento de uma coterapia realizada entre a psicoterapia e a musicoterapia. A partir desta parceria, a música pode trabalhar de maneira não invasiva, permitindo que o “paciente faça contato com seus conteúdos internos de maneira menos sofrida, proporcionando integrar aspectos físicos, emocionais e psicológicos” (SILVA e SÁ, 2006, p. 599). Milleco Filho *et al* (2001) vêm respaldar esta afirmativa, declarando que através da música e/ou de seus elementos o sujeito pode se expressar e criar, afim de mobilizar aspectos biológicos, psicológicos e culturais.

Uma das consequências da nossa era, em termos de mobilizações culturais é a possibilidade de registrar a produção sonoro-musical do grupo por intermédio de aparatos tecnológicos. A exemplo da experiência de Petersen *et al* com mães de crianças com câncer na Casa Ronald, o material tecnológico criado nos grupos (seja ele foto ou vídeo),

tornava-se uma obra concreta, palpável, possível de ser mostrada, partilhada com os amigos e familiares [longe do hospital], mostrando o que foi (é) possível realizar num espaço de convivência com a doença, o sofrimento, e poder extrair prazer e satisfação na construção de algo repleto de VIDA (PETERSEN ET AL, 2005).

Na década de 10 do século XXI, onde as pessoas são cercadas por estes aparatos tecnológicos aonde quer que elas vão, independente de classe social, os pais das crianças fazem uso de suas câmeras, celulares e/ou laptops para filmarem, fotografarem ou registrarem de alguma forma a conquista de seus filhos: eles estão tocando um instrumento! Independente de qualquer concepção estética sobre música, vemos estes pais cheios de orgulhos de seus filhos que, naquele momento, em vez de cederem à tendência depressiva que o câncer provoca, estão celebrando e sorrindo por simplesmente conseguirem produzir um som num instrumento que, muitas vezes, nunca sequer haviam visto. Em geral, escolhem os instrumentos mais barulhentos e que sejam, nas palavras deles, “fáceis de sacudir” e tendem a repetir estas escolhas a cada sessão. Segundo Aristóteles (apud BARCELLOS, 2008),

quer na natureza, quer na arte, todo movimento (tanto deslocamento quanto mudança qualitativa) constitui a atualização da potência de um ser que somente ocorre devido à atuação de um ser já em ato: o mármore transforma-se na estátua que ele pode ser graças à interferência do escultor, que já possuía a ideia da estátua (p. 37-38).

Portanto, a intervenção em terapia, principalmente quando articulada à música, é calcada na potência de produzir sons musicais. Estética não é prioridade, mas sim consequência. Uma celebração deste tipo presenciada em uma sessão ocorrida recentemente na QT foi uma situação em que, após a dinâmica do grupo ser realizada, uma das mães pediu que cantássemos “Parabéns” para sua filha. Quando chegou o momento da letra que diz “é big, é big, (...) rá tim bum:”, outra mãe completou: “...leucócitos, leucócitos, leucócitos!”.

Devido à rotatividade de pacientes e de seus acompanhantes, inerente às questões de internação em hospital, os pacientes internados no mesmo setor podem porventura não se conhecer, ao menos até que fiquem sujeitos a um longo período de internação. “Dessa forma, atividades que estimulem a interação sócio-grupal são importantes por favorecerem as relações interpessoais e por auxiliarem no fortalecimento do valor próprio” (FERREIRA e PEREIRA, 2006, p. 595). A proposta de uma atividade de grupo com fins terapêuticos vem ao encontro deste objetivo, no sentido de permitir uma maior socialização dos pacientes que são submetidos ao mesmo tipo de tratamento e de restrições, bem como a seus familiares que, por acompanharem as crianças, também acabam se isolando do lar, do resto da família, do trabalho etc. Após a implementação do grupo – apesar de toda a oscilação da equipe que o realiza e conseqüentemente da frequência com que é realizado – foi possível observar uma melhor recepção dos pacientes, dos familiares e até mesmo da equipe de enfermagem que atua exclusivamente no setor, mesmo nos dias em que os atendimentos são realizados individualmente.

A narrativa e o paciente com câncer:

A Musicoterapia consiste de uma intertextualidade que inclui os sons, a palavra e os gestos, de maneira que o musicoterapeuta só pode pretender uma “reconstrução” do sentido que foi atribuído/veiculado pelo paciente a partir de uma compreensão da “atitude do paciente em relação a essa intertextualidade e ao contexto, acrescentando-se o conhecimento das suas histórias” (BARCELLOS, 2008, p. 37), no caso, a história clínica do paciente oncológico, auxiliando na elaboração e escolha do repertório a ser utilizado nas sessões futuras. Portanto, objetivamos com a escolha do repertório que as canções possam constituir uma narrativa da história de vida, clínica e sonoro/musical dos membros participantes do grupo “*Vila Leucócitos*”, de modo que esta narrativa permita contar/cantar/tocar/encenar para a equipe de terapeutas e para os membros presentes no grupo, permitindo que as crianças e os familiares da QT possam “expressar seu mundo interno e tendo o musicoterapeuta na escuta, dando-lhe suporte, interagindo ou fazendo intervenções necessárias para facilitar o desenvolvimento do processo terapêutico” (BARCELLOS, 2008, p. 28), principalmente no contexto hospitalar, onde o passado representa a “saúde” das crianças e o futuro, a “expectativa de cura”.

“Partindo-se do pressuposto que o paciente é o narrador musical de sua história, no processo terapêutico ele é o autor de uma produção, que deixará um vestígio (cuja natureza é polissêmica), e através do qual um sentido é veiculado” (BARCELLOS, 2008, p. 38). Assim, aquele que recebe essa produção (receptor) – no caso, a musicoterapeuta – é coautor (ibid), que vem a orientar e a direcionar a criação da paródia, junto à coterapeuta (psicóloga).

Dessa forma, cantar, tocar, compor (paródia) e ouvir música(s) no grupo “*Vila Leucócitos*” possibilita através do lúdico que sentimentos difíceis de serem anunciados através do verbal possam ser expressos (narrados). Em análise de pesquisa realizada com musicoterapia em ambulatório para atendimento de adolescentes submetidos à quimioterapia, SILVA e SÁ (2006) relatam:

Assim, nessas experiências, por meio do canto, eles utilizaram a música como canal de expressão/comunicação de conteúdos internos e/ou emergenciais de maneira, talvez, menos invasiva, auxiliando-os, de forma efetiva, a desenvolver outros mecanismos de enfrentamento ao estresse [da hospitalização e das limitações trazidas pela doença] (p. 603).

Na dinâmica desenvolvida em nosso atendimento, percebemos que, em muitos momentos, a participação dos familiares se dá através do canto e dessa reflexão sobre a letra da música, como é a proposta da intervenção neste grupo; já para as crianças, a participação se dá no ato de tocar e explorar os instrumentos oferecidos, sem pré-julgamentos estético-musicais (“não sei tocar”, argumentados pelos adultos), como uma forma de brincar com os sons em conjunto com os “colegas” do grupo.

As canções populares:

A musicoterapeuta Marly Chagas tem reconhecida experiência clínica utilizando-se de canções como auxiliar do tratamento de pessoas com câncer. Citada por Milleco Filho *et al* (2001), ela afirma que o fato de a música tratar-se de uma expressão não convencional em terapia, permite exercer uma “função clarificadora, em que o ato de cantar possibilita a mobilização emocional, permitindo ao cliente expor mais intimamente suas feridas” (apud SILVA e SÁ, 2006, p.600). O musicoterapeuta americano Kenneth Bruscia (2000) também relata a importância do ato de cantar no processo terapêutico, dizendo que este processo de

recriação, ou seja, do “fazer musical”, possibilita ao paciente exercer sua autoexpressão, seu entendimento e adaptação dos próprios sentimentos, bem como do outro, “sem deixar de preservar a própria identidade e trabalhar objetivos comuns” (p.593).

Para Lia Rejane Mendes Barcellos, os familiares que participam do grupo de musicoterapia estão comprometidos “no fazer musical no *setting* musicoterápico, recriando canções populares já existentes em busca da segurança, do acolhimento e da força, para poder transmitir isto ao filho” (BARCELLOS, 2004, p. 1318). Portanto, vemos a necessidade de utilizarmos, para cada etapa do atendimento, canções populares escolhidas com minucioso critério, por notarmos ao longo dos atendimentos que músicas menos conhecidas não envolvem tanto os participantes no processo quanto as músicas mais conhecidas, que eles saibam cantar junto. Assim, fazendo uso das canções populares como narrativas da história clínica e social dos pacientes, estes podem

anular-se nas personagens – falando com voz, palavras ou letras de música emprestadas de outros e delas apropriando-se temporariamente –, como pode gerir a narração ou escolher e criar as manifestações sonoras, gestos ou as letras através das quais fará essa narrativa (BARCELLOS, 2008, p. 32).

Isso permite que as canções levadas pelas terapeutas sejam interpretadas com outros sentidos, de acordo com as narrativas trazidas pelos pacientes, ainda que a letra fale inicialmente de uma relação amorosa entre homem e mulher. Um exemplo dessa narrativa surgiu em uma das primeiras sessões do grupo, com a utilização da canção “Fugidinha”³, cuja letra fala de um romance proibido: após cantarmos, a psicóloga perguntou aos participantes do grupo para onde cada um gostaria de fugir e as respostas circundaram sobre fugir “para casa”, “para longe do hospital” etc.

Por que paródia?

A paródia é uma variação do método musicoterápico de composição, definida por Bruscia (2000) como uma situação musical onde o paciente “substitui palavras, frases, ou a letra inteira de uma canção existente, enquanto mantém a melodia e o acompanhamento originais” (p. 128). Devido à rotatividade das internações neste contexto hospitalar, são realizadas poucas sessões consecutivas com os mesmos pacientes. Portanto, não há tempo

³ Composição de Michel Teló, que fez sucesso com a gravação do grupo de pagode Exaltassamba.

hábil para elaborar uma composição. A maioria dos pacientes tem pouco convívio com música fora do hospital e dos atendimentos de musicoterapia a que estão ali sujeitos, o que acaba limitando o desenvolvimento de sua musicalidade (que praticamente só é estimulada durante as sessões de musicoterapia, dentro do breve período de internação), fato este que vem justificar essa proposta de intervenção terapêutica utilizando paródias.

Afinal, não é possível prever uma continuidade musical que seria necessária para a elaboração de uma composição. Recorrendo às paródias, podemos fazer uso de melodias previamente conhecidas, para contarmos com uma maior participação dos frequentadores da “*Vila Leucócitos*”.

Considerações finais:

A musicoterapeuta e enfermeira Leila Bergold depôs a respeito de sua experiência de promoção de encontros musicais com pacientes com câncer no Hospital Central do Exército, declarando a importância em se

discutir a criação de espaços alternativos que atendam o sistema familiar (con)vivendo com câncer em sua integralidade. Assim, deve-se interligar recursos criativos/artísticos com toda a forma de conhecimento e múltiplas maneiras de ser como parte do processo de cuidar (2011, p. 113).

Este é o objetivo principal da atuação em coterapia entre musicoterapeuta e psicólogos. Graças a essa parceria, a equipe do hospital Prontobaby pode permitir a elaboração de um espaço de apoio emocional às crianças em tratamento quimioterápico, assim como a seus familiares. Um apoio realizado de maneira lúdica através das canções populares, favorecendo que o enfrentamento de tão temível doença possa acontecer de uma maneira mais leve por todos.

Referências Bibliográficas:

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **A previsibilidade da canção popular como ‘Holding’ às mães de bebês prematuros.** II Congresso Latino-americano de Musicoterapia. Montevideo: 2004. **ANAIS.**

_____. **Musicoterapia e Atribuição de Sentidos: o paciente como narrador musical de sua[s] história[s].** In: *Corpo Expressivo e Construção de Sentidos.* Org.:

OLIVEIRA, Humberto; CHAGAS, Marly. Rio de Janeiro, Mauad X, Bapera Editora Ltda: 2008.

BERGOLD, Leila Brito; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Influência dos encontros musicais no processo terapêutico de sistemas familiares na quimioterapia. **Florianópolis, v. 20, n. spe, 2011 . Available from** http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500014&lng=en&nrm=iso. **access on 13 Aug. 2012.** <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500014>.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia.** Rio de Janeiro, Enelivros: 2000.

FERREIRA, Eliamar Aparecida de Barros Fleury e; PEREIRA, Gláucia Tomaz Marques. **Investigação sobre o uso da canção no atendimento grupal em Musicoterapia em um contexto de quimioterapia ambulatorial: contribuições para o corpo teórico da Musicoterapia.** XVI Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Música (ANPPOM), Brasília: 2006.

MILLECO FILHO, Luiz A.; BRANDÃO, Maria R.E.; MILLECCO, Ronaldo P. **É preciso Cantar-Musicoterapia, Cantos e Canções.** Rio de Janeiro, Enelivros: 2001.

PETERSEN, Elisabeth Martins; MOUTA, Daysi Fernandes; ARAGÃO, Luís de Moura. **Convivendo com o câncer, cantando...:Um projeto de musicoterapia na casa Ronald Mcdonald.** XV Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Música (ANPPOM), Rio de Janeiro: 2005. **ANAIS.**

SILVA, Fernanda Ortins; SÁ, Leomara Craveiro de **A emergência das emoções e sentimentos de pacientes adolescentes portadores de câncer, através da canção.** XVI Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Música (ANPPOM). Brasília: 2006. **ANAIS.**

Saúde Mental, Cultura e Musicoterapia Comunitária: Coletivo Carnavalesco “Tá Pirando, Pirado, Pirou!”

Pollyanna de Azevedo Ferrari⁴

Marcela Weck de La Cerda⁵

RESUMO:

O presente trabalho pretende discorrer sobre o Coletivo Carnavalesco “Tá Pirando, Pirado, Pirou!”, dispositivo com o propósito de integrar as artes carnavalescas e a saúde mental, com o intuito de criar estratégias potentes para a construção de um novo lugar na sociedade para as pessoas em sofrimento psíquico. Serão abordados os seguintes conceitos: Saúde Mental, Cultura e Musicoterapia Comunitária. No projeto apresentado, o processo de trabalho se situa na interface saúde mental/cultura através do desenvolvimento de atividades de arte voltadas para o festejo popular. Percebemos a relevância das oficinas de música, artes e reuniões do bloco no protagonismo dos participantes, na facilitação da convivência, na criação e permanência dos laços, o que se configura justamente como um ponto de vulnerabilidade para as pessoas com sofrimento psíquico. A cada encontro sustentamos a liberdade de criação aliada à aposta de que o coletivo é capaz de viabilizar a inclusão, levantar bandeiras e “colocar o bloco na rua”.

Palavras-chave: Musicoterapia. Contexto ecológico. Cultura. Saúde Mental.

ABSTRACT:

The current work pretends to broach about the Carnival Group “Tá Pirando, Pirado, Pirou!”, device used with the purpose of integrate the carnival arts and the mental health

⁴ Especialista em Saúde Mental, residência pela UFRJ (2010). Bacharel em Musicoterapia (2007) pelo CBM-CEU. Presidente da AMT-RJ. Coordenadora do Coletivo Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou! Musicoterapeuta do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Atendimentos domiciliares. Integrante da Comissão Científica do XVIII Fórum Estadual/ AMT-RJ. Supervisora do Ecomuseu Negavilma. Cantora do Fala Brasil. pollyannaferrari@globo.com

⁵ Especialização em Terapia de Família - IPUB/UFRJ (2009). Especialização em Arteterapia, Saúde e Educação - UCAM/RJ (2007). Graduação em Psicologia UFRJ (2006). Coordenação do Coletivo Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou! Psicóloga clínica do Capsi Monteiro Lobato Niterói /RJ e do Centro de Convivência Villa Ipanema. Pesquisadora do Proadolecer - IPUB/UFRJ. marcelaweck@gmail.com

issue, with the motif to create powerful strategies for building a new place in society to the people with psychological torment. These concepts will be approached: Mental Health, Culture and Communitarian Music Therapy. In the presented project, the work processes situate itself in the interface mental health/culture by the development of art activities toward the popular festivals. We noticed the relevance of the music workshops, the art workshops and the meetings of the Group in the leadership of the participants, in the facilitation of companionship, in the beginning and persistence of the bonds, which configures exactly as a point of vulnerability for the people with psychological torment. At each meeting, we sustain the freedom of creation allied to the belief that the Group is capable of making viable the inclusion.

Keywords: Music Therapy. Ecological Context. Culture. Mental Health.

Esse trabalho pretende discorrer sobre o Coletivo Carnavalesco “Tá Pirando, Pirado, Pirou!”, que se situa na interface saúde mental/cultura através do desenvolvimento de atividades de artes, tendo o carnaval como principal via de expressão, de inclusão social e de cidadania.

Tal dispositivo tem o propósito de integrar as artes carnavalescas e a saúde mental a partir do campo da Reforma Psiquiátrica, buscando criar estratégias potentes para a construção de um novo lugar na sociedade para as pessoas em sofrimento psíquico.

Durante séculos, o preconceito acerca da loucura foi propagado, a segregação e o isolamento foram adotados e a cidadania e os direitos do louco foram anulados. O manicômio concretizou a metáfora da exclusão, que a modernidade produziu na relação com a diferença (AMARANTE, 2001, p.47).

A Reforma Psiquiátrica manifesta-se como a tentativa de dar à loucura outra resposta social, tendo como objetivo resgatar a cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. Segundo Bezerra (2011, p. 4598), desde o início do movimento, a consigna “por uma sociedade sem manicômios” ajudou a evidenciar seu caráter político, social e ético.

A desinstitucionalização e inclusão são bandeiras da Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de integrar as pessoas com sofrimento psíquico nos diferentes espaços da

sociedade. Porém, segundo Rotelli e Amarante (1992, p.45), a desinstitucionalização não deve ser praticada apenas no interior do hospital psiquiátrico; os autores propõem a necessidade de desinstitucionalizar, isto é, reabilitar o contexto. Sua principal função reabilitadora seria a restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com as instituições sociais. Mais especificamente, a possibilidade de recuperação da contratualidade.

Para Kinoshita (1996, p.55), as relações sociais são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é o que dá ao indivíduo seu poder contratual. Para estabelecer uma relação, é necessário que haja troca.

Pode-se, então, pensar em contratualidade como a capacidade do sujeito de firmar contratos sociais, sejam eles objetivos, formais, subjetivos ou informais. Neste caso, reabilitar pode ser entendido como o processo de restituição do poder contratual do usuário, com vista em ampliar a sua autonomia (ibid, p.56).

Pitta (1996, p.19) considera reabilitação psicossocial “o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a reestruturação, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na sociedade”.

Rauter (2000, p. 268) diz que a reabilitação psicossocial implica na necessidade de dar aos pacientes a oportunidade de inserção social, recuperando-os enquanto cidadãos. Saraceno (2001 p.18) afirma que a cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais. Para ele, é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível.

O Coletivo Carnavalesco “Tá Pirando, Pirado, Pirou!” está afinado com estes preceitos, tendo surgido no campo híbrido da Saúde Mental e sua interface com a Arte e a Cultura, trazendo as marcas da constituição desses campos. Foi criado em finais de 2004, realizando o seu primeiro desfile no Carnaval de 2005, no bairro da Urca, município do Rio de Janeiro. Seu nome foi sugerido por um usuário do Instituto Municipal Phillippe Pinel, que argumentou: "Temos que ser audaciosos. Não vamos fazer um carnaval apenas pra quem já pirou, vamos pra rua brincar com quem tá pirando!". Desde o seu surgimento, o

“Tá Pirando” se articulou à associação de moradores das adjacências, marcando sua inserção na comunidade.

Atualmente conta com uma média de 15 participantes em cada atividade, sendo 10 deles assíduos. É sobre esses últimos que podemos observar efetivamente os efeitos mais potentes do trabalho. Cada um pode encontrar um sentido na experiência de fazer parte de um grupo com o que tem a oferecer. O fato de ter a cultura como ponto de articulação do trabalho representa o convite à participação social e à identificação.

Em seus desfiles, que já fazem parte do calendário oficial da cidade do Rio de Janeiro, o “Tá Pirando” costuma reunir cerca de 1300 pessoas, dentre as quais estão usuários, familiares e profissionais da rede de saúde mental, bem como a comunidade em geral, incluindo gênero e faixa etária diversificados.

Ao longo do ano, realizamos atividades semanais de criação artística (artes plásticas e música), reuniões da comissão organizadora e produção de eventos culturais. As oficinas promovem um aprimoramento das experimentações estéticas e um aprofundamento na linguagem do carnaval, oferecendo mais recursos para a narrativa do grupo, a partir de uma direção de trabalho em que os usuários são convidados a protagonizar o processo de organização do projeto.

Tomamos essas ações como a construção ativa de espaços de convivência, troca de ideias e experimentações estéticas que não se reduzem ao contexto do carnaval, apesar de fazerem uso dessa linguagem lúdica na missão de desconstruir o estigma acerca da loucura.

A Reforma Psiquiátrica tem como uma de suas diretrizes a não verticalização do poder de decisão, bem como a potencialização da capacidade dos usuários dos serviços de saúde mental de fazerem contratos, de se relacionarem com o outro e de exercer sua cidadania, apesar de suas vulnerabilidades.

A construção de uma forma de coordenar o projeto que facilite e promova o engajamento dos usuários e da comunidade circunvizinha é tida como direção de trabalho que orienta a realização das oficinas e reuniões, incentivando a autonomia e a tomada de decisão por parte dos participantes.

Entendemos que a função da coordenação de um projeto que abarca essa complexidade inclui fomentar a problematização de um lugar de oprimido e facilitar a

construção de um novo posicionamento através do convite à participação e à criação na cultura do carnaval.

Para Cunha (2004, p. 15), o homem só é respeitado integralmente quando sua cultura e formação também são respeitadas. Segundo o autor, o ser humano revela traços de sua personalidade e caráter através de seu modo de agir e atuar na sociedade, e o faz através da reprodução da carga cultural que recebeu e processou. Tal percepção, como afirma Cunha (ibid), faz com que identifiquemos o papel que a cultura desempenha na vida social, assumindo nela contornos mais densos e profundos do que a ideia de simples preservação material de edifícios e monumentos.

O desafio consiste em esclarecer o que se entende por cultura. A palavra Cultura tem origem nos termos latinos: *colere*, que significa cultivar, criar, tomar conta, cuidar, e *cultus*, que significa instrução. Segundo Marconi e Presotto (apud CUNHA, 2004, p.19), cultura pode ser analisada como ideias, crenças, valores, normas; atitudes, padrões de conduta, abstração do comportamento, instituições; técnicas e artefatos.

Darcy Ribeiro (apud CUNHA, 2004, p.23) entende que a cultura é formada, em seu caráter simbólico, por três sistemas: sistema adaptativo, associativo e ideológico. Nesse sentido, Marilena Chauí (ibid) alega que “quando dizemos que a Cultura é uma invenção de ordem simbólica, estamos dizendo que nela e por ela os humanos atribuem à realidade significações novas (...)”.

Acrescenta a filósofa (ibid, p. 25) que em sentido antropológico, fala-se em culturas, no plural, por possuir este caráter temporal e histórico. Cunha (2004, p. 25) conclui que “podemos compreender a **cultura** como sendo a maneira pela qual os humanos se humanizam por meio de práticas que criam a existência social, econômica, política, religiosa, intelectual e artística”.

A valorização da experiência e das habilidades de cada participante tem sido tomada como uma direção fundamental do trabalho do “Tá Pirando”, possibilitando uma costura da história de cada um com o carnaval e com o bloco. Também tomamos como direção a sustentação de espaços de trabalho que são construídos a cada encontro, respeitando o tempo e as possibilidades de cada integrante, ainda que tenhamos desafios em relação ao posicionamento do grupo quanto a estas direções.

Notamos uma grande mobilização em relação à presença de profissionais no “Tá Pirando” e seus efeitos no processo de trabalho, no posicionamento de cada um no grupo e na tomada de decisões. Entendemos que um dos efeitos desse contexto vai ao encontro à possibilidade de apropriação, pelos participantes, do processo em que estão envolvidos, fazendo com que, frequentemente, a responsabilidade pelas decisões do grupo seja conferida apenas à coordenação do projeto. Vale ressaltar o cuidado em não entrarmos nesse lugar comum aos espaços manicomial de “fazer por”, mas, sim, exercitar o “fazer com”, incluindo-os em todas as etapas: planejamento, criação, execução e reflexão sobre as ressonâncias deste processo. Nota-se que a metodologia do trabalho está sendo construída e sistematizada na medida em que os caminhos são percorridos.

Durante esse processo, também há espaço para que cada um exponha suas dificuldades, assim como para que se evidencie a delicadeza das relações. Tem sido trabalhada a necessidade de convivermos com as diferenças e aproveitarmos o que cada um tem a contribuir para o projeto. Dessa forma, percebemos uma tentativa de mudança no posicionamento do grupo, que parece cada vez menos resistente às diferenças entre seus integrantes.

Evidenciam-se nas várias linguagens da arte caminhos possíveis para o exercício da inclusão e do protagonismo dos usuários, o que vai ao encontro da cultura do carnaval, tão marcada pela tolerância às diferenças.

Segundo DaMatta, o carnaval é a possibilidade utópica de mudar de lugar, de trocar de posição na estrutura social. Afirma, ainda, que é a possibilidade de realmente “inverter o mundo em direção à alegria, à abundância, à liberdade e, sobretudo, à igualdade de todos perante a sociedade. Pena que isso só sirva para revelar o seu justo e exato oposto” (1984, p.78).

Nesse projeto, a cultura do carnaval e as ideologias da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica se casam com objetivo de realizar um desfile onde se levantam bandeiras importantes com humor, beleza e dignidade.

Os participantes do bloco atuam como agentes culturais, debatendo todas as etapas de construção dos eventos realizados. Entendemos o desfile na Av. Pasteur como o ápice do projeto, momento emblemático de inclusão. Contudo, temos percebido a importância de

sustentar as atividades do bloco durante todo o ano. A partir desta experiência, obtivemos um retorno significativo tendo em vista a mudança no comportamento daqueles que participam regularmente das atividades, através da apropriação do processo em que estão envolvidos: um *empoderar-se* que tem sido possível através da participação ativa em todas as etapas.

Como é possível equilibrar o trabalho objetivo sem perder de vista que este também é um lugar de referência para aqueles que participam com assiduidade, em que cada um pode exercer a sua singularidade? Isso implica no reconhecimento de que existem exigências práticas voltadas para o coletivo, para o objetivo comum do grupo. No entanto, elas não anulam o cuidado necessário com as particularidades e com o momento de vida de cada participante.

Os participantes colocam o quanto o projeto é importante em suas vidas e o quanto se sentem valorizados. Frequentemente se apresentam como artistas, compositores e membros fundadores do “Tá Pirando” - e não como pacientes. Os depoimentos dos atores envolvidos na organização do Carnaval do “Tá Pirando” têm em comum a marca do investimento e da seriedade que cada um deposita no projeto. Recolhemos o seguinte depoimento: “O bloco não é festa, o bloco é integração para as pessoas que são simpatizantes dessa luta difícil que muitas pessoas não conhecem”.

Dessa forma, tem sido possível sustentar os compromissos firmados, tendo a afirmação contundente por parte do grupo: “Isso aqui é trabalho”. Um trabalho que possibilita a criação, a expressão e é permeado pela sensação compartilhada de pertencimento a um grupo.

Para que haja essa sensação compartilhada de pertencimento, “não basta que as pessoas estejam agrupadas compartilhando um mesmo espaço, proposta ou atividade, mas sim é necessário que o grupo tenha uma existência interna para cada um de seus membros” (MAXIMINO, 2001, p.96).

A partir dessas discussões, começa a surgir de forma mais clara uma tensão acerca de um espaço de trabalho que também pode ser terapêutico. A oficina de música, por exemplo, é um espaço aberto para relembrar músicas, criar, improvisar, bem como para compor sambas que podem concorrer ao samba oficial do desfile de Carnaval do bloco. Surge, então, uma questão: em que medida esse trabalho, coordenado por uma

musicoterapeuta, pode ser entendido como musicoterapia? Nesse campo híbrido entre Saúde Mental, Cultura e comunidade, de que musicoterapia estaríamos falando?

Bruscia (2000, p.22) propõe a seguinte definição do trabalho: “A musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança”.

Nesta definição, o objetivo primário é a promoção de saúde. Even Ruud (apud, BRUSCIA, 2000, p.84) destaca que saúde é um fenômeno que se estende além do individual para abranger a cultura e a sociedade. Bruscia (ibid) conclui que a saúde abrange e depende do sistema ecológico completo, envolvendo corpo, mente, espírito com suas interações no indivíduo até os contextos mais amplos das relações do indivíduo com a sociedade, a cultura e o meio ambiente.

Na área da prática tida como ecológica, a noção de cliente é expandida para incluir a comunidade, o ambiente, o contexto ecológico ou individual cujo problema de saúde é de natureza ecológica. O terapeuta pode trabalhar para facilitar mudanças no contexto individual ou ecológico. No entanto, parte-se do pressuposto de que as mudanças em um deles levarão a mudanças no outro (ibid, p.237).

Bruscia (ibid, p.245) afirma que, na musicoterapia comunitária, a noção de cliente é expandida para incluir a comunidade, o ambiente, com objetivo de preparar o cliente para participar das funções comunitárias, bem como de preparar a comunidade para aceitá-los e acolhê-los, ajudando seus membros a compreender e interagir com os clientes.

Stige (2002) considera a musicoterapia comunitária como uma preocupação com os desafios do mundo real, relacionada a questões tais como “(...) a relação entre musicoterapia, comunidades, e sociedades (e o que nós queremos fazer com isso)”.

A musicoterapia comunitária, para alguns teóricos, pode ser considerada a teoria e a prática de um paradigma emergente. Para Stige (ibid), não é um paradigma em musicoterapia, mas sim uma área da prática. Segundo Marly Chagas (2001), o desafio maior desta área da prática residiria na possibilidade de olhar todo o campo como parte do trabalho do musicoterapeuta.

Ainda de acordo com Stige (2002), a musicoterapia comunitária está ligada ao local comunitário onde o cliente vive e o terapeuta trabalha, e/ou ao interesse comunitário.

Basicamente, existem duas noções de musicoterapia comunitária: a primeira ocorre dentro do contexto comunitário e a segunda para mudar esse contexto. Portanto, a musicoterapia pode ser considerada um engajamento cultural e social e pode funcionar como comunitária (ibid).

Entendemos que o trabalho da oficina de música do bloco está em sintonia com esta proposta. A oficina se caracteriza por um espaço aberto à comunidade como um todo, não estando restrita à comunidade da Saúde Mental. Também é chamada pelos participantes de “cantoria”, espaço onde a música de cada um tem lugar. Em uma época específica do ano, após a escolha do enredo que ocorre em meados do mês de agosto, a oficina passa a ser lugar privilegiado para composição dos sambas que podem concorrer ao samba oficial do desfile de Carnaval do bloco.

Em 2011, o enredo escolhido foi “As 7 maravilhas do mundo: ver, ouvir, provar, rir, amar, sentir e fazer fotossíntese”. S. desempenha papel importante na construção artística do bloco e nunca havia se debruçado nas atividades musicais. Passou a frequentar a Oficina de Música e iniciou uma composição após alguma resistência: “eu não sou da música, eu sou da arte”. S. fez uma letra e um médico que participava das oficinas na época lhe propôs parceria. S. ficou orgulhoso de estar pela primeira vez concorrendo com o samba “Vamos falar das 7 maravilhas?”:

....Das sete maravilhas do mundo...?!/ Pode esquecer dos grandes monumentos/ No abismo humano mergulhei a fundo e vou falar de sensações e sentimentos/ Do imenso amor que a tudo deu concepção/ Das maravilhas que são meus próprios sentidos/ Pois levam a natureza direto ao meu coração/ Por nariz, olhos, boca, tato e ouvidos/ O que fazer para manter o mundo vivo/ Com o sol brilhando e crianças a correr?/ O "tá pirando" há de ser o mais ativo/ e a fotossíntese fará tudo renascer/ Cê se admira que eu seja um tanto louco/ Porque sorrio com esperança no porvir / mesmo quem preze a natureza muito pouco/ e a flora e fauna esteja sempre a destruir/ Cá entre nós sofremos com a mesma cobiça/ Que faz tratar dos pacientes muito mal/ É pra dar fim a toda essa injustiça/ A nossa luta anti-manicomial

O período de exploração e mobilização dos sentidos levantados por esse enredo teve efeitos a posteriori em todos os espaços de trabalho do bloco. Alguns participantes começaram a se expressar verbalmente de forma mais articulada e frequente. Outros, como S., conseguiram romper a barreira musical colocada (“nesse território eu não transito”) e experimentar novos lugares.

Em 2012, o enredo escolhido foi “Pirou a nave mãe, virou balaio de gato”. Na oficina de música, iniciamos a construção coletiva da sinopse.

Num trecho do texto final, segue o apelo do grupo:

(...) Vamos voar, viajar sem discrepância nem discriminação (...) Vamos viajar na felicidade, soltar os gatos na cidade. Não somos figurantes, somos participantes dessa história mutante que aparenta descontração. (...) colocamos a necessidade de um olhar permanente na Saúde Mental do nosso país. Propomos que o Carnaval seja um dos remédios e um sinal de alerta para que a nossa nave mãe possa viajar pelo universo com segurança.

G. participou ativamente da construção da sinopse. No entanto, apesar de sua assiduidade na oficina de música, dizia que não poderia compor um samba. G. é muito musical e criativo, tem facilidade de improvisar, muitas vezes precisando de uma intervenção por parte da musicoterapeuta para dar um contorno aos seus improvisos infundáveis. Falava de sua incapacidade de repetir o que criava e também da dificuldade em construir o *seu* samba e assumir essa posição de compositor.

Após um longo trabalho, G. acabou concorrendo com dois sambas, confeccionados nas oficinas a partir do exercício de registrar seus improvisos, fazendo uma costura entre eles e dando forma a sua música. Seu primeiro samba vinha com um tom nostálgico, com uma crítica social, em uma configuração que nos remete a um certo pessimismo. Em tonalidade menor, com uma parte da melodia na região grave que só G. podia alcançar.

O que começou, começou/ Mas tudo pode acabar/ Está Pirando, o mundo pirado/ Quem viver verá/ O sonho acabado/ O pobre coitado não sabe de nada/ A fome que mata/ A mata o fogo acabou/ Hoje é tudo fumaça, que o vento levou/ A lua já foi dos namorados/ Hoje brilha mais no frio computador/ Será que a pedra terá tempo para voltar/ Ó nave mãe, onde está você?/ Onde está você?/ Sou maluco, mas com certeza beleza/ Nesse mundo de imaginação/ Volta nave mãe vem salvar essa terra infernal/ Da doença mental/ Vamos soltar os gatos na Avenida/ Guardar a tristeza, nesse louco mural/ Porque os pirados querem é carnaval/ Tá Pirando, Pirado, pirou!.

Ao longo do processo, já diminuído o obstáculo que o impedia de compor, nasceu seu segundo samba. Este parecia vir menos carregado de críticas sociais. Nota-se uma leveza na melodia, com frases ascendentes. Em andamento um pouco mais lento, coloca de início a espera pelo Carnaval que poderá trazer amor e felicidade contagiante.

O Tá Pirando, Pirado, Pirou!/ Está esperando a nave mãe/ Chegar para o carnaval/ Trazendo muito amor/ Felicidade contagiante/ Para a paz no carnaval/ Esse é o nosso ideal/ Carnaval, Carnaval, Carnaval/ É loucura, mas moderação/ Para encontrar o que já se perdeu/ Neste balaio de gato/ Nossa nave mãe flutua/ No espaço sideral/ Tá pirando viagem sem fim/ No espaço sideral/ Carnaval, Carnaval, Carnaval.

Os seus dois sambas concorreram, mas não foram escolhidos pelos jurados no evento de escolha do samba para o Carnaval 2012. Ao final do evento, G. afirmou: “Para mim, o mais importante foi conseguir trazer meus sambas. Não estava preocupado em vencer. Queria participar”. Essa fala ilustra a importância do processo envolvido no trabalho da oficina, o qual está para além de seu produto final (a composição), apesar de o cuidado com a estética também estar presente. A criação de um espaço protegido e a condução de um trabalho que aposta na possibilidade de expressão da maneira que for possível para cada um é justamente o que viabiliza que G., S. e outros participantes encontrem na música um canal potente de expressão. Ainda que o trabalho de musicoterapia aqui exposto não se configure como musicoterapia clínica *stricto sensu*, entendemos que ele se sustenta num manejo clínico que só é possível a partir da formação para tal.

G. também nos mostra a intensidade e potência do projeto: “Revolucionar não se faz só com arma, se faz com hábitos, se faz com arte. Somos capazes de mudar, de transformar as concepções”. Tomamos a Musicoterapia Comunitária neste trabalho como uma ferramenta para auxiliar na transformação da realidade, promovendo saúde na comunidade e incentivando o respeito à diversidade, tendo como agente integrador a música.

Desta forma, o “Tá Pirando, Pirado, Pirou!” vem tomando a música e outras formas de expressão artística como instrumentos de ressignificação da loucura em nossa sociedade. Notadamente, a criatividade dos usuários, a necessidade de expressar suas opiniões, bem como de encontrar um espaço protegido para realização de atividades de seu interesse faz com que esse projeto seja potente. No que tange à liberdade de criação e de expressão que marcam a cultura do carnaval, as fantasias podem ser colocadas para fora e os estigmas e preconceitos, deixados de lado.

Esperamos contribuir para a promoção da autonomia dos usuários beneficiados pelo projeto através do engajamento na cultura, da circulação na cidade, do exercício da cidadania e da construção de laços para além dos muros das instituições psiquiátricas. Percebemos a relevância da facilitação da convivência, da criação e permanência dos laços, o que se configura justamente como um ponto de vulnerabilidade para as pessoas com sofrimento psíquico. Com isso, cada um pode encontrar um sentido na experiência de fazer parte de um grupo com o que tem a oferecer. O fato de ter a cultura como ponto de articulação do trabalho representa este convite à participação social e à identificação.

O fator diferencial do projeto é a particularidade que o intercâmbio entre saúde mental e cultura pode produzir. Nota-se uma via de mão dupla na qual a cultura é capaz de trazer contribuições importantes para um contexto empobrecido que, muitas vezes, a doença acarreta; a loucura, por sua vez, possibilita um desprendimento das exigências estéticas e censuras, promovendo assim, uma troca genuína e ousada de ideias. É o que tentamos sustentar a cada encontro: a liberdade de criação aliada à aposta de que o coletivo é capaz de viabilizar, de forma legítima, a inclusão e, através da irreverência do festejo popular, levantar bandeiras e “colocar o bloco na rua”.

Referência Bibliográfica:

AMARANTE, Paulo Duarte de C. (coord). **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BEZERRA, Benilton. **É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica**. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso), v. 16, p. 4598-4600, 2011.

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CHAGAS, Marly. **Musicoterapia e Comunidades**. Texto apresentado em mês redonda do I Congresso Latino-americano de Musicoterapia -III Encontro Latino-americano de Musicoterapia. Buenos Aires: 2001.

CUNHA, Danilo F. S. **Patrimônio Cultural – Proteção Legal e Constitucional**. Rio de Janeiro: Editora Letra Legal, 2004.

DaMATTA, Roberto. **O que faz o brasil, Brasil?** Rio de Janeiro, Editora Rocco: 1984.

KINOSHITA, Roberto Tikanori. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial.** In: A. M. F. PITTA (Org.), Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.

MAXIMINO, Viviane. **Grupos de Atividades com Pacientes Psicóticos.** São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba, 2001.

PITTA, Ana. **A Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

RAUTER, Cristina. **Oficinas para quê? - uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas.** In: AMARANTE, P (org). Ensaio: subjetividades, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil. Aspectos Históricos e Metodológicos. In: BEZERRA, B.;AMARANTE, P. (Org.): **Psiquiatria sem Hospício.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ Te Corá, 2001.

STIGE, Brynjulf. **The Relentless Roots of Community Music Therapy.** Voices – A World Forum for Music Therapy. Vol.2 no.3: 2002. Disponível em: [http://www.voices.no/mainissues/voices2\(3\)stige.html](http://www.voices.no/mainissues/voices2(3)stige.html)

Um designer no setting musicoterápico: uma parceria possível?

Natalia Chaves Bruno⁶

Resumo

O presente artigo tem por objetivo apresentar a união do design e a musicoterapia no processo de desenvolvimento de um produto como projeto de conclusão do curso de Design na Puc-Rio, resultado da parceria entre a graduanda e a musicoterapeuta Ana Sheila Tangarife no IPCEP. No artigo é apresentado o caminho percorrido que permitiu unir essas duas áreas do conhecimento a fim de gerar a partir desse encontro um objeto que valorizasse o contexto musicoterápico assim como as pessoas ali envolvidas. O objeto desenvolvido, vestimentas musicais interativas, não estava pré-definido antes dos encontros, só tomou forma a partir da vivência no setting musicoterápico e segundo relatos da musicoterapeuta as vestes trouxeram desenvolvimento na área musical, motora e vocal.

Palavras-chave: Design. Musicoterapia. IPCEP,. Vestimentas musicais.

Abstract

This article aims to present the union of design and music therapy in the development process of a product as a graduation project Design in Puc-Rio, the fruit of a partnership between music therapist Ana Sheila Tangarife in IPCEP and graduate student. In the paper we present the path that allowed unite these two areas of knowledge in order to generate from this encounter an object that valued the music therapy context as well as people involved there. The object designed, interactive musical clothing, was not pre-defined before the meeting, its only took shape from the experience in the setting of music therapy and music therapist reportedly that the garments brought musical, motor and vocal development.

keywords: design, music therapy, IPCEP, musical costumes

⁶ Graduanda em design Puc-Rio.

Introdução

Desde os anos 80 o curso de Design da Puc-Rio propõe aos seus alunos o desenvolvimento de projetos a partir da vivência com grupos sociais reais, desta forma a situação hipotética é trocada por uma real e o aluno passa a projetar levando em consideração as singularidades e especificidades do grupo identificadas a partir da convivência. Esse processo é chamado desde então de Design Social, que define-se por priorizar a lógica do usuário ao invés da lógica da produção (DIAS e CORTES,2007)

A metodologia escolhida para o desenvolvimento deste projeto foi a Metodologia Participativa (COUTO, Rita 1989) que tem por essência o trabalho realizado em parceria com um grupo social, aonde a pessoa que conduz a atividade terá participação essencial em todas as etapas do processo. Desta forma o projeto não é feito para o profissional, mas com ele. O profissional (interlocutor) escolhido para a realização deste trabalho foi a musicoterapeuta Ana Sheila Tangarife, que trabalha com um grupo de deficientes intelectuais no IPCEP, Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional.

“O objeto gerado sem a presença do interlocutor e sem o desenvolvimento do afeto como formador do coletivo tem uma participação aleatória e indiferente nos coletivos que dele lançam mão, sendo apenas um fenômeno de consumo nestas comunidades. Enquanto que o objeto desenvolvido com a participação ativa do interlocutor e com a presença desse afeto na comunidade envolvida transforma esta última num coletivo sujeito, participando de modo significativo e fundamental dos acontecimentos desta comunidade”. (in Pacheco,1996)

O processo e suas ferramentas

A seguir apresento as etapas percorridas no processo, fazendo uso das ferramentas características da metodologia.

Observação

A primeira etapa consiste na observação participante, que tem base na pesquisa antropológica. Neste momento as atividades da musicoterapeuta foram acompanhadas a fim de compreender o seu universo e observar a sua dinâmica de trabalho. Os registros dos encontros foram feitos anotando as palavras ditas por ela e criando desenhos das situações

observadas. A observação foi feita no IPCEP e nas aulas de Licenciatura em Música no Conservatório Brasileiro de Música.

Foi identificado na abordagem da musicoterapeuta com o grupo do IPCEP uma forma bem livre e descontraída. Sempre ao iniciar a sessão era sugerido que os pacientes fossem até o armário de instrumentos e escolhessem algum. Quando todos já estavam reunidos na sala, a musicoterapeuta iniciava com uma conversa, querendo saber como cada um estava e deixando-os livres para falar. A musicoterapeuta sempre pedia que o grupo sugerisse alguma música para que ela tocasse ao piano, seu movimento sempre partia do movimento do grupo. Normalmente alguns alunos sugeriam na maioria das vezes músicas tocadas nos dias anteriores, mas a musicoterapeuta ao longo da sessão ia propondo novas canções. Algumas atividades musicais também eram realizadas, como por exemplo, a brincadeira do grave e agudo.

Nesta etapa o pesquisador se posicionava na roda juntamente com o grupo e interferia o mínimo possível na atividade, manifestando-se somente quando a musicoterapeuta ou um dos pacientes solicitava.

Na observação realizada no Conservatório a postura do pesquisador se mantinha, somente anotando as informações ditas pela musicoterapeuta que conduzia a aula de forma a ser um bate papo. Ela abria espaço para os alunos relatarem suas experiências em seus estágios e ia dando conselhos ao mesmo tempo em que introduzia a matéria. Foi identificado nas falas da musicoterapeuta para o grupo do CBM a intenção de sempre valorizar a profissão ali ensinada, *“Na música vocês vão ser os salva vidas dessas crianças, vocês vão integrá-las.”* contava muitos relatos de suas experiências para exemplificar a conduta do profissional e passar também alguns valores como a fé nas transformações que um trabalho em grupo pode trazer *“a minha alma acredita nisso com toda a força” “não existe aprendizagem sem afeto, como já dizia Piaget”*.

Identificação do tema

A etapa de observação foi composta por quatro encontros (dois no IPCEP e dois no CBM), ao final deste período recolhi as palavras que compõem o universo vocabular da musicoterapeuta com o objetivo de desenvolver junto com ela a dinâmica do jogo de palavras.

Todas as palavras recolhidas foram devolvidas para a musicoterapeuta pedindo que ela as arrumasse da forma que desejasse. Ela folheou por um longo período de tempo lendo cada palavra e em seguida falou : “vou formar grupos de pensamentos”. Durante todo o momento da arrumação, permanecia calada colocando as palavras em colunas. No final, explicou formando frases com as colunas que tinha construído.

-“o grupo de musicoterapia trabalha criando saúde, vida, aqui no hoje e agora, brincando e tocando com a música”

-“o corpo, o canto, a fala com prazer trazem uma comunicação pelo instrumento que é uma extensão do aluno”

-“Ideal é não ter preconceitos, rótulos. Não perguntar idade mental e sim acolher.” Ao falar essa frase a musicoterapeuta explicou que não pode ver os pacientes com esse rótulo, não pode ver o problema, mas sim o ser humano. Disse que se dirige primeiramente ao aluno ao invés de falar com os pais na primeira abordagem. Quer conhecer quem é, o nome, o que gosta de fazer, que tipo de música gosta de escutar e etc. *-“O desacerto, a surpresa nos fazem voltar a começar; nascer de novo”* Nesta frase, explicou que o desacerto fala muito em relação a musicoterapia, pois o processo é muito lento, por estar mexendo com a mente e a emoção são comuns os “erros” sendo necessário trabalhar com o novo. Ela disse receber muito bem os erros, pois são eles que geram mudança.

-“A deficiência intelectual sensorial que traz a mesmice provoca uma rejeição, exige que a gente se interesse já a levar possibilidades de inclusão”

-“Alma, afeto e força são portas para uma visão do ser humano”

A musicoterapeuta finalizou a explicação dizendo que destacaria duas das frases anteriores: “alma, afeto e força são porta para uma visão do ser humano” e “o grupo de musicoterapia trabalha criando saúde, vida, aqui no hoje e agora, brincando e tocando com a música”, explicou que a primeira está relacionada as suas crenças, seu valores, ela disse que acredita na valorização do ser humano, no afeto que gera mudanças. A segunda frase, disse estar bastante voltada ao trabalho da musicoterapia em si.

A partir do jogo de palavras outras frases foram formadas e somadas as feitas pela musicoterapeuta, em seguida foram entregues a ela para que pudesse escolher uma que estivesse relacionada ao seu trabalho. Após um longo período observando e relendo, juntou três sentenças modificando duas delas dando origem a seguinte frase-tema:

“Acolhendo a música do ser humano, o corpo cria vida para nascer de novo.”

Experimentação- geração de conceitos

A etapa seguinte, que consiste na experimentação, tem como base a frase-tema. Neste momento o pesquisador desenvolveu duas séries de experimentos, objetos simples com propostas diferenciadas de usos que tenham relação com a frase. O objetivo desta etapa é identificar quais situações são mais valorizadas pela musicoterapeuta durante seu trabalho com os pacientes do IPCEP.

A seguir apresento as duas séries de experimentos realizados, indicando a intenção de uso para alguns, como forma de exemplo.

Serie 1-

Megafone cartolina (estimular a voz)

tecido chocalho (gerar dança)

tecido do acolher

cazuz (estimular a voz)

cordão

chocalhos em tubos

imagens de corpo e liberdade



bambu com elástico

caixa surpresa

Serie 2-

Abraço laranja (gerar abraços em dupla)

boneca do acolher

argolas de tecido

jogo de música (relação título-trecho)

saquinho sensorial (despertar os sentidos)

cone iluminado



gravador

CDs (escrita de músicas no suporte)

telefone sem fio

chapéu colorido

Durante a fase de experimentação, a musicoterapeuta deixou os alunos sempre muito a vontade para escolherem livremente os objetos. No início da aula o pesquisador colocava o material no chão e em nenhum momento deixava explícito as suas intenções na criação dos experimentos, (nesse momento é de extrema importância que o grupo se manifeste livremente sem indicações de uso). A musicoterapeuta pedia para que os alunos pegassem o material do chão. No primeiro dia de experimentação houve um certo estranhamento que logo foi quebrado por frases da musicoterapeuta, estimulando a escolha dos pacientes *“podem vir pegar gente. Pega, experimenta. A gente vai inventar música com esses objetos”* O material serviu basicamente de links para dar ideias de músicas a serem tocadas pela musicoterapeuta, fazendo uma mediação do significado, atribuindo um significado que vai além do objeto em si. (TANGARIFE, 2012)

Para exemplificar essa relação de link, apresento aqui um trecho do diário de campo

“Uma das alunas escolheu o véu azul, colocando-o sobre o corpo e Sheila pediu que a turma pensasse em uma música que parecesse com o véu. Luis Cláudio diz que o véu é “coisa do clone”, então Sheila começa a tocar uma música que lembra dança do ventre e a aluna dança girando, rebolando, levantando os braços enquanto os demais alunos experimentam os outros instrumentos. Em um determinado momento Sandra toca no Cazu algo semelhante ao barulho do trem e um aluno comenta “olha o trem!”, imediatamente Ana Sheila improvisa uma música e toca em seguida O trenzinho do caipira. Ao terminar comenta: “olha nós fizemos uma viagem de trem com a Sandra e com a Lígia”

Antes de finalizar o primeiro dia de experimentação a musicoterapeuta pediu para que cada aluno desse um depoimento sobre o dia, dizendo o que tinha achado dos novos objetos.

-“Foi uma coisa diferente, coisa que a gente nunca viu” (Luis Claudio e Paulinho)

- “Canta muita música, e é moderna transmite o som bacana” (Sandra falando sobre o Cazu)

-“Serve pra cantar e pra imitar o som do trem” (Lygia sobre o Cazu)-Eu gostei desse, acho bonito (Silvia sobre o chocalho transparente)

-“Eu gostei também, lembra o telefone sem fio” (Luis Claudio sobre o bambu com elástico)

-Werner ao ser questionado por Sheila sobre qual gostou mais aponta para o Cazu

- “Eu parecia uma rainha, gostei muito” (Magda diz que se sentiu uma rainha usando o tecido azul)

-“Eu não gostei muito, ele não toca nada” (Vera sobre o auto falante de cartolina)

-“Eu gostei de poder vestir e tocar” (Sara sobre o tecido vermelho)

Na segunda série de experimentos a dinâmica aconteceu da mesma forma, a musicoterapeuta os deixava a vontade *“olha gente pode pegar o que quiser” “o negócio é tocar, é dançar”*. e ao longo de toda a sessão ia fazendo links com os objetos utilizados.

“A musicoterapeuta pegou a boneca, colocando-a no colo em movimento de ninar, em seguida deixou no piano ao seu lado. Sheila falou para Lidia, a paciente que havia escolhido o chapéu com guizos “Vamos ver que música combina com esse chapéu”, pediu que ela saísse da sala e entrasse fazendo uma dança livre, pois iria improvisar no piano. Lidia, veio dançando bem alegremente rindo bastante. (desenho disso)

Em seguida, foi a vez de Sandra que tinha escolhido o abraço laranja, Sheila perguntou que música ela queria para aquele objeto e a paciente lembrou uma música antiga “menina te carreguei no colo te coloquei para dormir.” Ana Sheila improvisou um acompanhamento no piano e comentou “viu ela acessou uma memória bem antiga!”

Neste dia os alunos estavam mais familiarizados com a situação e se disponibilizaram mais rapidamente a fazer a escolha do material.

Análise da experimentação

Nesta etapa, foi proposto a musicoterapeuta uma nova dinâmica para entender a sua visão a respeito dos experimentos identificando quais eram mais valorizados e por que. Tal dinâmica consiste no “quente e frio” onde a musicoterapeuta organiza o material em uma linha, sendo o primeiro objeto o mais relacionado a frase-tema e seu trabalho, e o último o que estivesse mais distante dessa proposta.

Durante a dinâmica os seguintes objetos foram colocados mais próximos a frase, mostrando a prioridade que a musicoterapeuta deu aos mesmos.



(1º quente e frio-tecido com chocalho, cazús, véu, argolas de tecido e o abraço laranja)

Ao explicar sobre a escolha reforçou a importância do tecido por ter gerado o movimento corporal nos alunos e este associado ao som se torna bastante adequado para a prática da musicoterapia, tendo em vista que o elemento principal das sessões é o som. Unindo a sonoridade ao tecido, o som passa a se relacionar diretamente com o movimento, sendo um estímulo para os alunos/pacientes.

Desta forma foi possível entender que o tecido funcionaria como o instrumento (suporte) e o barulho/ som produzido vem do corpo, seja pela fala ou canto, seja pelo movimento.

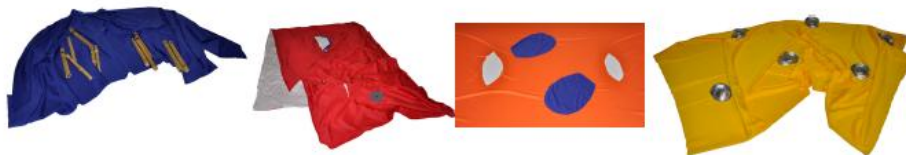
Esse conjunto de informações proporcionou identificar os primeiros requisitos para o projeto, sendo eles:

- através do objeto acolher a movimentação corporal dos pacientes afim de gerar sons
- usar o tecido como suporte para o elemento sonoro, sendo um instrumento
- favorecer um som produzido pelo paciente
- permitir usos variados
- ser de fácil uso.

Após a identificação desses primeiros requisitos iniciou-se uma nova etapa de experimentação, mais focada no objetivo de movimentar o corpo gerando som. O pesquisador realizou uma série de experimentos formando três grupos conceitos: **elemento sonoro escondido**- os objetos que geram som ficam escondidos dentro do suporte de tecido, o objetivo foi identificar se o fato de estar escondido despertaria a atenção dos pacientes; **movimento em grupo**-visando a disposição dos alunos em roda na sala, o objetivo foi valorizar o movimento em grupo aproximando-os fisicamente permitindo a visualização do tocar junto; **formas simples de veste**-considerando o requisito de ter fácil

usabilidade, nesse conceito foi explorado as diferentes formas de vestes com o objetivo de entender qual opção seria mais intuitiva e de fácil compreensão.

Nesta etapa foram criados nove experimentos, posteriormente analisados pela musicoterapeuta na dinâmica do quente e frio.



(2º quente frio- poncho com cazu, xale de escolhas, dança em dupla, xale com latinhas)

A musicoterapeuta relatou que o primeiro elemento juntava a forma fácil de vestir com a sonoridade do bambu, no segundo sublinhou a importância da comunicação visual da música tocada e a possibilidade de escolha nos cartões, no terceiro reforçou as cores chamativas e no quarto elemento o fato do material sonoro estar exposto.

A partir da dinâmica e sua foram identificados os seguintes requisitos:

- o produto deverá ter cores chamativas
- o elemento sonoro deve estar exposto
- através do produto comunicar o som produzido pelos alunos.

Identificação do produto e desenvolvimento

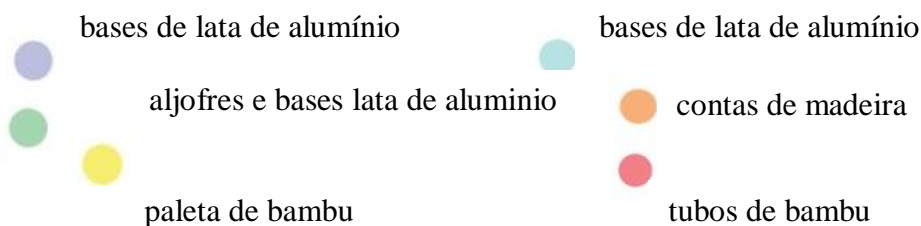
Com todos os requisitos definidos, foi possível identificar que o produto a ser desenvolvido seria uma vestimenta no formato de poncho, com os elementos sonoros expostos e pequenos bolsos internos para cartões com dica musical. Para a comunicação do som produzido pelos alunos o pesquisador propôs o uso de luzes, que fossem ativadas a partir do som ou do movimento, e a partir de alguns testes e conversas com a musicoterapeuta, identificamos que esse estímulo visual seria relevante para o contexto.

Uma vez definido o produto iniciou-se a etapa de construção dos modelos, sempre deixando a musicoterapeuta a par de cada decisão tomada. Suas considerações a respeito das combinações de materiais para gerar som, e tamanhos das vestes foram adotadas. Foi sugerido por ela a junção de dois elementos (a conta de aljofre com o disco metálico) para ter um som mais presente, assim como a variedade no comprimento das vestes *“podia ter uns mais compridos, para os homens”*.

A seguir apresento o desenho da coleção expondo os materiais utilizados para a sonoridade, bem como as diferentes propostas de interatividade com luzes para cada veste.



Elementos sonoros



Conceitos de luz:

A criação dos conceitos de luz teve como base um vídeo gravado no IPCEP dos pacientes dançando com os experimentos de tecido (mais próximos do produto final) Dessa forma foi possível identificar os movimentos mais presentes e desenhar as luzes para valorizar as características corporais do grupo.

Ilhas de luz (movimento do corpo)

partindo de um movimento bem sentido horizontal, desenvolvemos

frequente do grupo, o balanço do corpo no o conceito luz líquida. Nesta veste nuvens de luzes acendem alternadamente nas laterais de acordo com a direção (direita/esquerda) do

aluno.

Luz em traços (som do chocalho)

tendo como base o posicionamento vertical dos elementos sonoros e a sonoridade suave produzida pelos mesmos, optamos por desenhar a luz em forma de traços alternando a sua intensidade de acordo com o som produzido.

Luz dispersa (contato e som)

Nas vestes lilás e azul a luz acontece a partir do contato entre duas pessoas dançando. No poncho vermelho o led acende a partir do som produzido pelos bambus encostando entre si. Neste conceito a luz pisca de forma mais aleatória

Luz líquida (movimento do tecido)

o conceito luz líquida teve como referencia a dança de um aluno que utilizou o tecido como um objeto dançante. Desta forma, nesta veste a luz se comporta como um líquido que se move a partir da interação com o tecido.

Relato sobre experimentação

Na experimentação final todos os ponchos foram levados para o IPCEP. A musicoterapeuta já havia preparado a sala para o uso das vestes, buscou deixar mais espaço livre e propôs várias danças pensando na quinta seguinte que seria a festa julina do grupo. Logo no início a aluna Ana Claudia disse que queria colocar o da luz “ eu quero o que dança junto, qual é?” e quando a musicoterapeuta abriu o espaço para a escolha das vestes Claudia foi direto nos ponchos lilás e azul, escolheu ficar com o lilás e entregou o outro para a amiga Silvia. Os outros alunos foram escolhendo, falando as cores e alguns só quiseram tocar instrumentos.

Inicialmente dançaram livremente, depois a musicoterapeuta interviu propondo uma roda e em seguida que cada uma se apresentasse fazendo uma dança.



Conclusão

A criação das vestes musicais dentro do contexto do IPCEP somente apresentou ao mundo em forma tridimensional os movimentos já pré existentes naquele local, movimentos esses

de valorização do ser humano e a crença no desenvolvimento do “capital humano de adaptabilidade” (FEURSTEIN,1989). Tal produto foi desenvolvido no momento em que o grupo de musicoterapia (musicoterapeuta e seus estagiários) estava propondo uma nova abordagem para os pacientes, logo estavam abertos para as novidades frutos desse encontro.

Segundo a musicoterapeuta em seu relatório da pesquisa feita com o grupo no período de desenvolvimento deste projeto, houve avanço na performance musical e movimentação corporal dos pacientes que acompanharam o processo de criação das vestes, sendo constatado pelas manifestações vocais acompanhadas de fluência e coerência. (TANGARIFE, 2012)

Desta maneira, compreendemos que o processo da forma como foi conduzido, respeitando e acolhendo as manifestações do local só poderia tornar real a parceria entre essas duas áreas do conhecimento, apresentando mais uma possibilidade de interdisciplinaridade para os musicoterapeutas e os designers.

Referência Bibliografia:

COUTO, Rita. O ensino da disciplina de Projeto Básico sob o enfoque do Design Social. Rio de Janeiro: Departamento de Educação PUC-Rio. 1991. Dissertação (mestrado)

COUTO, Rita Maria ET alii. Desenho Social: por uma metodologia participativa, IV Congresso da Associação Latino-Americana de Desenho Industrial, Havana, Cuba, 1989

DIAS, Carla e CORTES, Carlos André. Design Social ou Design Participativo:uma experiência de ensino. 4º Congresso Internacional de Pesquisa em Design, 2007 (disponível:[http://cursos.faberludens.com.br/file.php/37/Design Social ou Design participativo uma experi](http://cursos.faberludens.com.br/file.php/37/Design_Social_ou_Design_participativo_uma_experiencia_de_ensino.pdf) EAnCIA de 85.pdf acesso: 25/7/2012)

FEUERSTEIN, R. and cols. – **Don't accept me as I am- helping “retarded” people to excel.** New York: Plenum Press,1989.

PACHECO, Heliana Soneghet. O Design e o Aprendizado: Barraca: quando o design social deságua no desenho coletivo. Rio de Janeiro. Departamento de Artes PUC-Rio. 1996. Dissertação (mestrado)

TANGARIFE, Ana Sheila. Relatório Final de Pesquisa (2010-2012). Rio de Janeiro. 2012

CONEXÕES ENTRE A ESTÉTICA MUSICAL E PRÁTICAS MUSICOTERÁPICAS

Raquel Siqueira da Silva⁷

A tese de doutorado intitulada “Grupos musicais em saúde mental: conexões entre a estética musical e práticas musicoterápicas”, a ser defendida em 03 de agosto de 2012, trata das problematizações de controvérsias em saúde mental a partir da formação de grupos musicais neste campo como efeitos de trabalhos musicoterápicos. Aborda os efeitos da estética musical em processos de inserção social, ressonâncias com visibilidade nas mídias, geração de renda e reflexões sobre os termos inclusão/exclusão.

A experimentação em campo contou com a participação dos grupos: *Harmonia Enlouquece*, do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro, do grupo *Sistema Nervoso Alterado*, do Instituto Municipal Nise da Silveira (RJ) e também do grupo *Trazer para Casa*, hospital de Lorvão, na cidade de Coimbra.

A metodologia utilizada baseia-se na Teoria Ator-rede, referida a Bruno Latour, John Law, Márcia Moraes, João Nunes dentre outros. Na musicoterapia, dialoga com os autores: Sidney Dantas, Marly Chagas, Rejane Barcellos, Kenneth Bruscia etc. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Foram realizadas entrevistas com profissionais que fazem parte destes três grupos. No Rio de Janeiro, observações de ensaios e apresentações no período de oito meses. Diários de campo, registros das entrevistas e observação participante foram utilizadas na interação com o campo.

Palavras-chave: Musicoterapia, Saúde Mental, Teoria Ator-Rede.

⁷ Musicoterapeuta (AMT-RJ 418/1) e psicóloga (CRP 05/18050). Doutora e mestre em Psicologia-Estudos da Subjetividade, Universidade Federal Fluminense. Pesquisadora da área de musicoterapia e saúde mental. Coordenadora Técnica do CAPSad Júlio Cesar de Carvalho (RJ). Fundadora e coordenadora do Centro de Música do Instituto Municipal Nise da Silveira. Palestrante organizacional em Qualidade de Vida e Trabalho. Ex-coordenadora do curso de bacharelado em Musicoterapia do CBM-CEU. Ex-coordenadora técnica da clínica estadual Ricardo Iberê Gilson para dependentes químicos.

Psiquiatra e Musicoterapeuta:**“Cada um sabe a dor e a delícia de ser quantos é”**Tâmia Magalhães⁸

Resumo: Israel (nome fictício), 40 anos, foi encaminhado por sua médica assistente (infecologista) ao serviço de psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia em setembro de 2009 com sinais e sintomas característicos de um quadro depressivo clássico. Foi atendido por mim, no ambulatório de psiquiatria até abril de 2011, quando aceitou, também, intervenção musicoterapêutica. Re-criações de canções, improvisações musicais em diversos instrumentos, composição de letra e música fizeram com que a relação médico-paciente se transformasse, aumentando a sua confiança na terapeuta. Melhor que isso, a relação de Israel com ele mesmo e com seus limites tornou-se outra. Antes da musicoterapia, Israel tomava altas doses de antidepressivos; com dois meses de tratamento ele já não precisava de nenhuma medicação e seguiu-se apenas com musicoterapia. A partir daí, ele reconquista sua vida rapidamente. A interação na música, utilizada como elemento terapêutico, catalisa seu processo de cura. Ser avaliado pela psiquiatra em um contexto onde a música é o motivo do encontro potencializa a confiança de Israel. Ao mesmo tempo, estranha sair da consulta com a psiquiatra, sem medicação. A interdisciplinaridade deixa para trás a segurança do conhecimento disciplinar e torna-se um desafio para o paciente e para o profissional.

Palavras-chave: Musicoterapia. Psiquiatria. Interdisciplinaridade.

Abstract: Abstract: Israel (a pseudonym), 40, was referred by an assistant physician (infectologist) to Santa Casa de Misericórdia's psychiatric service in September 2009. The patient presented then signs and symptoms of a classic depression. He was seen by me at the psychiatric clinic until April 2011, when he also accepted Music Therapy intervention. Song rewriting, musical improvisation on various instruments, lyrics composition and music provided a change to the doctor-patient relationship, increasing the patient's trust on

⁸ Tâmia Magalhães – Graduação em Medicina (Faculdade de Ciências Médicas de Volta Redonda-UniFOA/2009); Especialização em Psiquiatria (PUC-Rio de Janeiro/2011); Especialização em Musicoterapia (Conservatório Brasileiro de Música/2011).E-mail: tamiamagalhaes@hotmail.com

the therapist. Better than that, Israel's relationship with himself and with his limits also changed. Before Music Therapy, Israel was medically treated with high antidepressives doses; two months after the Music Therapy intervention started, he did not need the medication anymore. Ever since, he has been rebuilding his life quickly: interaction with music, a therapeutic element, catalyzes his curing process. Being evaluated by the psychiatrist in a context in which music is the reason of the meeting boosts his confidence. At the same time, he finds it odd to leave the appointment without any medical drugs. Interdisciplinarity overcomes the safety of medical-only knowledge and becomes a challenge both the patient and the health professional must face.

Key-words: Psychiatry, Music Therapy, Interdisciplinarity.

Em 2004, o mundo já concebia características da pós-modernidade. Em diferentes espaços, pensava-se (e vivia-se) o desejo por integração de conceitos, uma certa mistura entre as disciplinas. Foi neste cenário que entrei para a faculdade de medicina. Entretanto, a minha graduação me fez sentir no “túnel do tempo”, como se eu aprendesse sobre o bacilo da tuberculose com o próprio Robert Koch (1843-1910). Era tudo muito classificado, separado. Eu só poderia esperar da psiquiatria, meu objetivo antigo, uma ciência igualmente moderna. Fiquei aprisionada nesta ótica. As aulas teóricas e práticas eram baseadas nas descrições do Código Internacional das Doenças (CID-10) e no Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, o DSM-IV. A psiquiatria me foi apresentada como uma disciplina motivada pelo sucesso da psicofarmacologia dos últimos 50 anos, por ter as tecnologias de neuroimagem como promessas teóricas, pretendendo decifrar os enigmas das doenças mentais. O paciente-cliente não era muito diferente de um cérebro-cognitivo. Dados estatísticos descritivos e diferenciais eram o mais indicado para nós estudarmos. Restou-me acreditar que a psiquiatria nada mais era do que uma ciência obcecada pela questão da evidência, e desconhecia o paciente enquanto sujeito, reconhecendo eminentemente amostras e populações de convalescentes.

Eu permanecia entendendo que era o sofrimento por “dor sem órgão”, uma dor que vai além das reações bioquímicas que eu precisava tratar nas pessoas. Ao mesmo tempo, eu não conseguia me identificar com a psiquiatria que conhecia. Sempre gostei de bioquímica e fisiologia. Mas adquirir o poder de me instrumentalizar com psicofarmacologia e

psicopatologia como me era dado, me feria, pois nunca consegui acreditar que alguém fosse resumido a reações químicas.

Este paradoxo era origem de minha angústia com uma das principais sinas de minha vida.

Assim que terminei a graduação em medicina, em dezembro de 2009, fiz inscrição nos cursos de especialização em psiquiatria (na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro) e musicoterapia (no Conservatório Brasileiro de Música-RJ) no mesmo dia. Havia a musicoterapia como esperança.

Comecei a trabalhar como psiquiatra já no meu primeiro cargo como médica, em fevereiro de 2010. Precisei, cedo, apoderar-me do que não me convencia para seguir o caminho profissional escolhido.

Na musicoterapia, as aulas aconteceram em janeiro e julho de 2010, com o 3º módulo acontecendo em janeiro de 2011. Apenas após o 2º ciclo de aulas que eu pude experimentar tímida e clinicamente todo aquele conhecimento que me motivava muito.

No ambulatório de psiquiatria da Santa Casa eu deveria fazer (e fazia) a psiquiatria dos livros e das aulas, como pedia o protocolo. Naturalmente eu me deparava com os imensos limites desta prática. Muitas vezes, me sentia inútil, procrastinando cura, apenas amenizando sintomas.

Durante o atendimento de um paciente muito querido por nossa equipe, aqui chamado Israel, entendi que era o momento de fazer diferente daquele padrão de intervenções e oferecer-lhe algo que, de fato, fosse de encontro à sua dor. Eu não concebia, como médica, não ter ferramentas suficientes para facilitar com que o outro de fato se transformasse e escolhi romper com aquela psiquiatria que, embora eu não me identificasse, me era cara, trazia consigo o valor de ser uma disciplina antiga, com bases científicas sólidas, socialmente carregada de autoridade e poder além de ser, para mim, um lugar precioso, conquistado com muito esforço e desejo.

Israel foi encaminhado por sua médica assistente ao serviço de psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia em setembro de 2009 com sinais e sintomas de um quadro depressivo clássico: negativismo, hipobulia, insônia inicial e de manutenção, aparência descuidada, atitude lamuriosa, hipomnésia de fixação, hipermnésia seletiva de fatos ruins e geradores de culpa, oligolalia, hipopraxismo, hipotimia e irritabilidade. Procrastinava suas decisões e

ações. A queixa principal era: “Estou a seis meses no sofá. E não durmo”. Israel tem 40 anos de idade, aprendeu fotografia no primeiro emprego aos 14 anos e desenvolveu satisfatoriamente sua carreira. Vive um relacionamento homossexual estável há 20 anos. Há nove meses começou a evitar seus compromissos laborais e diminuiu suas atividades de lazer (pesca, nado, canoagem). A qualidade do seu sono piorou progressivamente. Tem HIV há 12 anos e mantém tratamento regular, sem sintomas. História de alcoolismo entre os 20 e 30 anos de idade.

Inicialmente, foi tratado por um psiquiatra da minha equipe e, um ano depois, apresentando melhora discreta do quadro, passei a atendê-lo. Israel acabara de participar de um acidente fatal: ao sair para dar seus primeiros passos de volta à sua vida social, atropela uma senhora e a mesma falece imediatamente. Ele, que já provara de melhora do seu quadro, percebe-se regredindo. Sempre o encaminhei à psicoterapia, mas ele resistia. Estava tomando doses altas de antidepressivo (fluoxetina 60mg/dia e bupropiona 150mg/dia) sem melhora significativa e, por isto, estava claro que tratamento psiquiátrico para ele era pouco.

Havia questões que remédios não alcançariam como a re-criação de uma boa relação com sua mãe, perdoar seu pai que já falecera, repensar sua relação com o trabalho e com a família... Passei meses mostrando-lhe a importância de um tratamento que abordassem tais questões, o que aumentava minha frustração por não conseguir ir ao encontro às suas necessidades após ter percorrido o longo e difícil caminho para ser psiquiatra, acreditando, ingenuamente, que isto seria suficiente. Por tamanha resistência de Israel às indicações que eu já havia feito, propus algo que desafiava a mim, a nossa relação e, por que não, a carreira médica que eu começava a construir: eu mesma o atenderia com psiquiatria e musicoterapia simultaneamente.

Já estávamos em abril/11 e ele aceita esta a proposta. Eu não conseguia prever o que aconteceria. Nem ele. Mas, queríamos mais e aceitamos o desafio que nós mesmos criamos. Seu tratamento teve que mudar de lugar. Na Santa Casa eu não poderia fazer musicoterapia. À época eu atendia em uma casa linda, alegre, cheia de detalhes e, a maior diferença, era um ambiente muito mais leve que um ambulatório lotado de pessoas apresentando doenças psiquiátricas, muitas vezes, graves. Israel relata suas idas à Santa Casa como indo a um lugar onde o fazia sentir ainda mais doente.

Em um novo lugar, ele descreve a sensação de estar indo visitar alguém e, por acaso, iria consultar sua médica. Essa outra postura foi fundamental em seu tratamento. Para combinar com aquele ambiente, não cabia se colocar no lugar de quem apenas convalesce.

Os atendimentos passaram a ser semanais, diferente de antes, que eram mensais. Em nosso primeiro encontro, Israel demonstrou curiosidade sobre as possibilidades em um consultório com pandeiro, piano, tambor, pau-de-chuva e muito mais! Ele dizia que não sabia nada de música, que não conseguia imaginar como a musicoterapia poderia ajudá-lo.

O meu cuidado era grande em escolher as minhas intervenções musicoterápicas; cobrei-me mais do que em um atendimento onde eu não era psiquiatra. Sensação de que eu mexia em algo quase que proibido, sagrado, intocável; sentia que eu estava ultrapassando as normas e regras da psiquiatria, tão enrijecidas pela modernidade.

Tantas novidades em nossa relação terapêutica motivaram Israel a trazer suas questões mais profundas e não tratadas e a música cumpria seu lugar de chegar onde as palavras não chegam. Como nunca, trabalhamos toda a mágoa e a falta de perdão que existia entre Israel e sua mãe: no início da adolescência dele e de sua irmã, sua mãe os deixou na casa em que moravam para casar-se novamente, abandonando-os. Ela também os afastou completamente do convívio com o pai na infância. Trabalhamos de igual modo sua relação com os outros integrantes da família de origem (pai e irmã), com seu trabalho, com seu companheiro.

As sensações que a música provocava em Israel criavam nele uma dinâmica contagiante e o levava a aprofundar-se em suas questões, criando novas posturas e sentimentos em relação à sua vida. Israel se transformava com a música que ele mesmo criava ou re-criava. O conceito de corpo sem órgãos (CsO) que Deleuze e Guatarri descrevem esclarece muito bem o que acontecia com Israel: um corpo produzido, inventado e reinventado, neste caso, através da música. Depois de fabricado, Israel pode usá-lo para viver fluxos, desejos, movimentos. Israel não sabia que poderia colocar-se diferente diante de suas situações de vida. (CHAGAS E PEDRO, p.15)

Israel queria ver-se livre o mais rápido possível da medicação. E ele tinha condições para isso. Essa nova postura, de se dispor a outra abordagem terapêutica, possibilitou novo rumo. Ele era bastante ativo nas sessões e não se opunha às intervenções. A dedicação de

improvisações, re-criação de canções e exploração de instrumentos musicais eram as técnicas mais utilizadas. Israel também gostava muito de falar.

Na sexta sessão (maio/11) ele fez uma composição com a seguinte letra:

“Mar espere por mim.
Estar em você, mar.
Mar, céu, mar, luar,
Espere por mim.”

Era uma música com andamento lento, em tom de ré maior. Havia notas prolongadas. Eu tocava no violão e ele pandeiro.

Foi uma sessão onde ele falou muito da vontade de voltar a freqüentar a praia. Israel gostou muito do mar e sente-se em paz diante dele. Sua residência é à beira de uma praia em Angra dos Reis e ele sempre esteve no mar. Ele começa a objetivar seus desejos como voltar a nadar e fabricar canoas. As outras pessoas o viam melhorar e isto o alegrava; ao mesmo tempo, temia assumir-se bem.

Neste dia, reduzi a medicação para fluoxetina 20mg/dia e bupropiona 75mg/dia, retiradas totalmente no mês seguinte.

Israel chegou a questionar-se sobre a estranheza que era para ele ir à consulta médica e sair sem prescrição farmacológica. Ao mesmo tempo, fazer consultas de psiquiatria e musicoterapia com a mesma pessoa fazia aumentar a confiança e estreitar os laços desta relação, que já eram fortes.

Com o passar das sessões, eu sentia que precisava redefinir como olhar o indivíduo convalescente, os protocolos de compreensão das patologias, o modo de avaliar a evolução do tratamento, o próprio tratamento, o prognóstico, tudo. Não era mais uma soma de duas disciplinas. Outro jeito de tratar aparecia.

Mantivemos freqüência semanal até setembro, quando seu companheiro sofre um acidente vascular cerebral e as sessões ficaram mais esporádicas. Surgiu medo em Israel de uma possível piora reativa à situação que passara a viver, mas ele a superou muito bem. O fato de sua musicoterapeuta ser também sua psiquiatra aumentava sua segurança, já que a avaliação psiquiátrica do seu quadro ocorria também em todas as sessões de musicoterapia.

Seu último atendimento ocorreu em janeiro de 2012, quando não tinha mais nenhuma queixa e, enfim, estava disposto a trabalhar novamente.

A versatilidade da musicoterapia ao aplicar o discurso musical possibilita comunicações que vão muito além da fala e proporciona transformações e deslocamentos que só a música é capaz, passando muito além do que consciente.

A experiência de Israel com o pau-de-chuva simbolizou claramente sua relação com sua mãe e proporcionou uma transformação, um re-fazer do lugar que era dado a ela, assim como libertação dos sentimentos indesejados e a construção de uma nova amizade entre ambos.

Israel, em nosso primeiro encontro no consultório de musicoterapia, dirigiu-se ao pau-de-chuva, produziu a sonoridade peculiar do instrumento por alguns segundos e logo o devolveu ao seu lugar se referindo àquele som como desagradável e que lhe provocava angústica. Nas duas sessões seguintes, falou bastante sobre tudo o que sofrera com a mãe, revelou a mágoa que carregava e a expressava através de improvisações musicais.

A relação mãe e filho aos poucos foi sendo refeita e Israel, simultaneamente, testava-se com o pau-de-chuva até o dia em que sua sonoridade não o incomodava mais. Sentimentos eram re-organizados dentro dele através do instrumento. Sua vida era trazida, através da presença de Israel, para aquele consultório e a relação com cada instrumento representava alguns aspectos de si. Através da execução musical, sua vida também era tocada, produzida.

Com a música implicada no processo terapêutico, tudo mudou. Israel já não é mais alguém que se esconde atrás de um diagnóstico e de medicações e coloca-se perante a vida com uma postura ativa, cuidando de si mesmo, tomando suas questões para si, responsabilizando-se. A confiança em si mesmo também aumentou, apoderando-se de dirigir sua vida. Ele modificou todas as suas relações. A psiquiatria dificilmente possibilitaria tudo isto sozinha, principalmente neste curto período de tempo.

Praticar esta mistura foi, além de desafiador, libertador para ambos. Mas os desafios de unir psiquiatria e musicoterapia ainda são vividos a cada pessoa que eu atendo, e em cada sessão, já que abro mão das certezas da disciplina para permitir este encontro. É preciso mente e coração atentos para lidar com a incerteza, a pesar da convicção do caminho escolhido.

A estas questões acrescento a pergunta: estou unindo duas disciplinas ou elas, juntas, criam um novo raciocínio, um novo modo de tratar, imprevisível, sem protocolos?

Apenas a vivência trará esta resposta, já adiantada por saber que somos muitos em um só, por psiquiatria e musicoterapia fazerem parte de mim e, principalmente porque para conseguirmos ajudar alguém, é preciso que estejamos inteiros.

Referência Bibliográfica:

CHAGAS, M., PEDRO, R., (2008), “Musicoterapia, Corpo e Subjetividade”. In Oliveira, H. Chagas, M. (org.) in Corpo-Expressivo e Construção de Sentidos, Ed. Mapera.pp. 9-22.

“Abordaje vibroacústico: el uso de cuencos tibetanos en musicoterapia receptiva”

Jorge Zain⁹

Abstract:

El abordaje vibroacústico es un desarrollo teórico y metodológico de la terapia vibroacústica. Es un método de Musicoterapia Receptiva, en el cual el terapeuta facilita al paciente la entrada a estados de receptividad y de relajación profunda, a través de experiencias musicales vibroacústicas y de baño sonoro. La receptividad y la relajación profunda son estados de reposo cognitivo.

A partir de los resultados que se encuentran en una investigación previa del autor, se utilizan cuencos sonoros tibetanos como recurso vibroacústico.

Dependiendo de los objetivos clínicos, este abordaje vibroacústico puede ser utilizado como un tratamiento en sí mismo o como una intervención clínica que se realiza en algún momento del proceso terapéutico de un paciente.

Los estados emocionales negativos son experimentados como fluctuaciones en las sensaciones del estado corporal. La experiencia vibroacústica ayuda a ubicar y tomar registro de estas sensaciones en la música, y junto con el entrelazado de diversas modalidades sensoriales (auditivas, visuales, palestésicas, de contacto, olfativas, entre otras), se promueve una forma de regulación emocional.

Se presentan fundamentos teóricos, objetivos generales del tratamiento, metodología clínica, procedimientos y técnicas elementales.

⁹ Licenciado en Musicoterapia de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. Expuso su tesis "El Uso de cuencos sonoros como recurso vibroacústico en Musicoterapia Receptiva" en el XII Congreso Mundial de Musicoterapia, Buenos Aires, 2008. A partir del interés despertado en colegas musicoterapeutas y profesionales de otras disciplinas, ha profundizado y continúa desarrollando el Abordaje Vibroacústico, tanto desde aspectos teóricos como metodológicos, dándolo a conocer a estudiantes y terapeutas profesionales. Coordina el curso de formación en este abordaje para profesionales de la salud, brindando conocimientos teóricos, experiencia práctica, sesiones didácticas y espacios de supervisión. Ha organizado la "Primera Jornada de Vibroacústica", en diciembre del 2011, en la que varios musicoterapeutas que ya se han formado en este método terapéutico, han presentado casos clínicos de interés para diversas disciplinas. Presentaciones académicas recientes: - "El uso de cuencos sonoros como recurso vibroacústico en Musicoterapia Receptiva". Jornada de estudiantes de Musicoterapia. Universidad de Buenos Aires. Mayo de 2012. "Seminario introductorio a la Musicoterapia Vibroacústica" en la I Jornada Argentina de Vibroacústica. Buenos Aires. Diciembre de 2011. Sitio web: www.vibroacustica.com.ar Email: jorgezain@gmail.com

Palabras llave:

Musicoterapia receptiva, vibroacústica, cuencos tibetanos, regulación emocional.

Introducción:

Los cuencos sonoros tibetanos son instrumentos musicales que pueden ser utilizados como herramientas de intervención dentro del marco de un tratamiento de Musicoterapia. Son conocidos en nuestro medio cultural, son muy fáciles de adquirir y son económicos. Es posible pensar, que por su vinculación con prácticas no profesionales y no reguladas, no hayan recibido la atención de los musicoterapeutas. Sin embargo, cabe señalar que estos instrumentos tienen determinadas características acústicas que han sido analizadas, y se ha encontrado que su señal acústica puede utilizarse como el estímulo vibratorio necesario para la terapia vibroacústica (Zain, 2008).

Según la tradición oral del Tíbet, los cuencos sonoros datan del 560-180 antes de cristo. Se los ha encontrado en templos, monasterios, y salas de meditación en todo el mundo. Son fabricados con una aleación de cinco a siete metales, tales como oro, plata, mercurio, cobre, hierro, estaño y plomo, y se cree que cada uno de esos metales produce un sonido individual, incluyendo parciales, y estos sonidos en su conjunto producen la excepcional sonoridad “cantante” de los cuencos. Hoy son utilizados en música, relajación, meditación y curación (Serafin, 2004).

Actualmente se han reinterpretado las posibles utilidades de estos instrumentos como herramientas de intervención terapéutica integrándolos dentro del marco de un abordaje de Musicoterapia Receptiva que es la terapia vibroacústica. Al observar una similitud en la forma de onda y espectro del sonido producido al frotar cuencos que están en un rango vibroacústico, y del sonido vibroacústico generado por computadoras, se ha propuesto un abordaje incorporando los cuencos sonoros como recurso que favorece una modalidad de intervención a través de estos instrumentos musicales. Es a partir de los resultados de dicho análisis acústico, que se encuentra en la tesis *“El uso de Cuencos Sonoros como Recurso Vibroacústico en Musicoterapia Receptiva”*, que podemos considerar un abordaje vibroacústico con estos instrumentos musicales (Zain, 2008).

Musicoterapia Receptiva:

La Musicoterapia Receptiva implica la utilización de técnicas en las cuales el paciente es un receptor de la música, en el sentido de no ser un ejecutante activo de la misma.

En el capítulo trece del libro “Definiendo Musicoterapia”, Bruscia (1998) aporta un minucioso resumen acerca de los cuatro métodos utilizados en la práctica clínica musicoterapéutica, según el tipo de experiencia musical que esté implicada en dicha práctica. Allí incluye experiencias de improvisación, de re-creación, de composición y experiencias receptivas.

Según el autor refiere, en las experiencias receptivas, el cliente escucha música y responde a la experiencia en silencio, verbalmente o con otra modalidad. La música utilizada puede ser en vivo, grabaciones de improvisaciones, ejecuciones, composiciones del cliente, del terapeuta, o grabaciones comerciales de músicas de diversos estilos (por ejemplo música clásica, rock, jazz, country, new age).

La experiencia de escucha puede hacer foco en aspectos físicos, emocionales, intelectuales, estéticos o espirituales de la música, y las respuestas del cliente son moduladas de acuerdo con el propósito terapéutico de la experiencia (Bruscia, 1998). Existen diversos métodos y técnicas de Musicoterapia Receptiva. Uno de ellos es la terapia vibroacústica (Grocke, Wigram, 2007).

Bruscia sostiene que los principales objetivos terapéuticos de las experiencias receptivas son: promover la receptividad; evocar respuestas corporales específicas; estimular o relajar; evocar estados y experiencias afectivas; explorar ideas y pensamientos; facilitar la memoria, las reminiscencias y las regresiones; evocar fantasías y la imaginación; y estimular experiencias espirituales, entre otras.

Dileo (2007), en el prólogo del libro “*Receptive Methods in Music Therapy*”, agrega nuevos objetivos a los señalados anteriormente: promover el insight psicológico; modificar el humor; reducir el pulso cardíaco y la presión sanguínea.

Entre las diferentes variaciones de las experiencias receptivas, Bruscia distingue la escucha somática (somatic listening). Esta última es definida como “...la utilización de vibraciones, de sonidos y de música en varias formas elementales y combinadas para influir directamente sobre el cuerpo del cliente y su relación con otras facetas del

*mismo...*¹⁰. Una de las formas de escucha somática es la terapia vibroacústica (Grocke, Wigram; 2007).

Este abordaje vibroacústico es también una forma de escucha somática.

El abordaje vibroacústico:

El Abordaje Vibroacústico es un desarrollo teórico y metodológico de la Terapia Vibroacústica. Es un método de Musicoterapia Receptiva, en el cual el terapeuta facilita al paciente la entrada a estados de receptividad y de relajación profunda, a través de experiencias musicales vibroacústicas y de baño sonoro.

El procedimiento básico de esta intervención terapéutica, implica recostar al paciente en una camilla, donde percibe las vibraciones de los cuencos sonoros tibetanos de baja frecuencia y sonoridad modulada (*cuencos vibroacústicos*) que están ubicados en contacto directo con su cuerpo y sonidos de otros cuencos de otras alturas, ejecutados por el terapeuta. También pueden utilizarse otros instrumentos musicales. Esta experiencia puede o no ser acompañada por música sedativa previamente seleccionada.

Dependiendo de los objetivos clínicos, puede ser utilizado como un tratamiento en sí mismo o como una intervención clínica que se realiza en algún momento del proceso terapéutico de un paciente.

La terapia vibroacústica, tal como ha sido utilizada hasta el presente, no ha tomado en cuenta algunos fenómenos que tienen lugar durante la experiencia vibratoria, que son, entre otros, la imaginería mental que la misma despierta. No se ha desarrollado este aspecto.

Por ello, además de la experiencia vibroacústica facilitada con *cuencos sonoros vibroacústicos* (N del A; aquello cuencos cuya fundamental de la serie armónica mas grave se ubica dentro del rango vibroacústico, entre 20 y 120 Hz.), y de la utilización de la técnica de baño sonoro, un aspecto novedoso de este abordaje receptivo con cuencos tibetanos es el trabajo terapéutico con la imaginería mental.

De este modo, los procedimientos van a ser diferentes. No es lo mismo recostar a un paciente en una camilla con parlantes incrustados que emiten sonidos pulsados de baja

¹⁰ Bruscia, K; “*Defining Music Therapy*”. 2nd edition. Barcelona Publishers, 1998. P. 121 Traducción del autor del presente libro.

frecuencia combinados con música, controlados desde una computadora, que una intervención donde el terapeuta utiliza, como recurso vibroacústico, cuencos tibetanos que vibran a una frecuencia baja al ser frotados sobre el cuerpo de la persona que recibe el tratamiento. Hay mayor proximidad entre terapeuta y paciente. Esto favorece el establecimiento de un vínculo humano que puede operar en varios niveles simultáneos (p. e. confianza, sostén, acompañar la experiencia, presencia, entre otros).

A su vez, muchas contraindicaciones relevadas por Wigram (1996, Grocke, Wigram, 2007) pueden ser replanteadas. Los parlantes que emiten los sonidos de baja frecuencia están incrustados en las camillas y por lo tanto quedan fijos. El estímulo vibroacústico es localizado en las zonas del cuerpo que están en contacto con los parlantes, y son siempre las mismas regiones corporales que reciben las vibraciones. Otra ventaja en la utilización de cuencos vibroacústicos, es que, al ser fácilmente manipulables, uno puede localizar el estímulo en distintas partes del cuerpo, eligiendo no estimular zonas donde hay inflamación, o en el caso de mujeres embarazadas, uno puede evitar que un exceso de vibración le llegue al feto, por ejemplo evitando el vientre como lugar de apoyo. Este abordaje puede ser muy beneficioso para una futura mamá, siempre y cuando sea a ella a quien pretendemos relajar, sin invadir la tranquilidad del feto dentro del útero. Si el bebe está con la cabeza hacia abajo, sus oídos están muy pegados al fémur de la mamá. Sería imprudente frotar el cuenco vibroacústico cerca de ese hueso, ya que el mismo funciona como medio de transmisión del sonido, y puede afectar el oído del bebe, que es aún muy frágil. Pero si el cuenco es apoyado sobre las manos de la madre, o sus pies, no afectaría en nada al feto, ya que es mucho el recorrido que tiene que hacer el sonido hasta llegar al vientre, y son muchos los obstáculos que tiene que atravesar (p. ej. las articulaciones del codo, el hombro, las clavículas, el esternón, entre otras). Lo mismo podemos decir acerca de pacientes con marcapasos. Sería imprudente que le llegue al aparato mucha cantidad de vibración, para evitar ello basta con alejar el cuenco de la zona corporal donde se encuentra el marcapasos.

Objetivos clínicos:

A raíz de los estudios realizados por los principales referentes de la terapia vibroacústica a lo largo de los últimos 30 años, podemos ubicar varios efectos posibles de

la experiencia vibroacústica: la modificación del estado de humor, el alivio del dolor, la evocación de respuestas parasimpáticas, la reducción de la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y el tono muscular, la mejora de la circulación sanguínea, y por ende, la entrada en estados de relajación profunda (véase todos los estudios publicados en Wigram, Dileo, 1997; Bergström-Isacsson, Julu, Engerström, 2007; Wigram, 1996).

Podemos ubicar en este abordaje receptivo los siguientes objetivos clínicos, que pueden variar según la población a la cual va dirigida este tratamiento:

- Favorecer la receptividad.
- Facilitar estados de relajación profunda.
- Evocar y/o generar estados y experiencias afectivas.
- Explorar ideas y pensamientos.
- Facilitar la memoria y las reminiscencias.
- Evocar fantasías y la imaginación.
- Promover el insight psicológico.
- Modificar el humor (positivar).
- Evocar sensaciones corporales específicas.
- Reducir el tono muscular, el pulso cardíaco y la presión sanguínea.
- Desarrollar la conciencia interoceptiva para
- Regular estados emocionales.

Sobre los estados de receptividad y de relajación profunda:

Tanto la receptividad como la relajación profunda, para los fines de este abordaje, son estados de reposo cognitivo. Es desde este lugar que abordamos un espacio de terapia.

Los estados de relajación profunda pueden experimentarse a través de diferentes estrategias. A rasgos generales, estos se logran cuando la persona puede desconectarse momentáneamente en algún grado de sus actividades mentales cotidianas. Uno no deja de pensar, ni pone la mente en blanco, ya que esto es físicamente imposible.

Desde un nivel físico, los estados de relajación profunda comprenden los siguientes

fenómenos:

- A nivel autonómico, está activo el sistema nervioso parasimpático. La frecuencia respiratoria se torna lenta y regular. (López, 1998, Caballo, 1991)
- La frecuencia cardíaca es mas lenta. Reducción de la presión sanguínea (González, Amigo, 2000).
- El tono muscular decrece (Zaldivar, 1985). Se experimenta un estado hipotónico.

Psicológicamente, esto puede traducirse en un estado de bienestar, sensación de despreocupación, tranquilidad. Uno como terapeuta acompaña y facilita esta vivencia, que para muchas personas es novedosa, teniendo en cuenta el modo de vida en la actualidad.

El Dr Vittoz y la receptividad.

Como ya hemos mencionado, cuando hablamos acerca de favorecer un estado de receptividad, para los fines de este abordaje, nos referimos a un estado de reposo cognitivo, cuya característica principal es la detención del pensamiento condicionado y el parloteo interno.

Uno de los mas grandes pioneros, contemporáneo de Freud, y quien trajo este concepto a occidente en pleno apogeo del psicoanálisis, fue el Dr. Roger Vittoz. Su gran mérito fue poner el acento en la importancia del cerebro consciente en el tratamiento de las psiconeurosis (Bour, 1957).

Después de finalizados sus estudios de medicina en Lausanne y Ginebra, Suiza, comienza a ejercer en 1886 en el Cantón de Neuchatel. Se instala en Lausanne en 1904 y se especializa en enfermedades nerviosas. Fue uno de los primeros médicos psicosomatistas.

Su método consiste en la reeducación paciente de lo que él denominó “*el control cerebral*”. El cerebro, que está siempre con preocupaciones, o en términos de Vittoz, en un “*vagabundeo cerebral*”, puede entrenarse a través de diversos ejercicios mentales a acceder a estados de receptividad (Bour, 1957). La receptividad entendida en términos de Vittoz, es “recibir las sensaciones de manera consciente”.

Vittoz propone comenzar con los actos mas sencillos (receptividad sensorial), que consisten en percibir las impresiones sensoriales elementales del medio ambiente, como ser

el tacto, contactando con ojos cerrados con algún objeto, sintiendo su textura, su temperatura. También contactarse con la audición: escuchar determinados sonidos del ambiente, como un pájaro o la lluvia, el tic-tac del reloj, o escuchar los sonidos de la ciudad e intentar poner la atención en un sonido en particular y seguirlo, perdiendo de esta forma su carácter irritante. De la misma manera, en relación a la vista, colocar la mirada en forma consciente sobre algún objeto simple, sin conceptualizarlo. Lo mismo con el olfato y el gusto. Cada sentido ocupa brevemente el campo de la consciencia, en forma precisa, liviana, no adhesiva, pasando de uno a otro, sin interpretarlo, juzgarlo o analizarlo. Se trata de suscitar un estado de consciencia, y no un estado de conocimiento. No se trata únicamente de integrar las percepciones del exterior a la vida consciente del hombre. Es también la habilidad de llegar a la sensación pura: “sentir sin pensar”, en términos de Vittoz. No es un fenómeno analítico, ni intelectual.

Según refiere Bour (1957), mediante el entrenamiento en este estado de consciencia que es la receptividad, el enfermo es entrenado inmediatamente a acceder a un estado de reposo.

A su vez, según el citado autor refiere, Vittoz invita a recibir conscientemente las sensaciones provenientes del propio cuerpo (receptividad interna o cenestésica), tomando consciencia de las sensaciones provenientes de las vísceras, y de los músculos (interocepción y propiocepción).

Vittoz entendía a la respiración como la piedra angular de toda reeducación del *control* por la receptividad.

Los ejercicios que Vittoz daba a sus pacientes para que pongan en práctica unos minutos por la mañana, y otros por la noche, buscaban ligar la receptividad en la vida cotidiana: al abrir una puerta, cerrarla, en la forma de afeitarse, de cocinar, de alimentarse. El estado de *control* depende de la relación justa entre “*receptividad y emisividad*”.

A partir del manejo de estos estados receptivos, Vittoz proponía ejercicios conscientes de “*emisividad controlada*”. Esta consiste, en términos de Bour, en que un sujeto pueda juntar su energía psíquica y concentrarse en un punto determinado de su propio cuerpo, elaborar una imagen mental determinada, o realizar un acto voluntario. Para evitar la dispersión, la cualidad dominante que se enfatiza es la concentración en un punto: un miembro, recorriéndolo desde su raíz a la extremidad, una imagen mental que la persona

visualiza con ojos cerrados, como ser el símbolo del infinito, una espiral, un triángulo, la clave de sol, entre otras.

Muchas de estas actitudes propuestas por Vittoz, están presentes en muchas técnicas del yoga, el tai-chi, y la meditación. Vittoz fue uno de los primeros médicos occidentales en aplicar estos principios en pacientes neuróticos, en una época en que se estaba enfatizando el camino inverso: analizar el inconsciente mediante la técnica de asociación libre.

Deja escrito un único libro: *“Tratamiento de las psiconeurosis por el control cerebral”*. El mismo pone al alcance del enfermo diversos ejercicios que permiten restablecer lo que él llama *“control cerebral”* (Vittoz, 1911).

En la actualidad, con el avance de las tecnologías que permiten estudiar con precisión los procesos cerebrales, hay suficiente evidencia acerca de los beneficios de la práctica de la atención plena, o *mindfulness*, en materia de salud, que no es diferente de aquello que el Dr. Vittoz proponía a sus pacientes neurasténicos (como se solía llamar a las neurosis un siglo atrás), mediante el entrenamiento de la receptividad. Cuando hablamos de facilitar la receptividad, nos referimos a esto mismo que Vittoz desarrolló hace más de un siglo.

En muchas culturas durante muchos siglos se ha practicado la meditación, como una forma de conocer y regular procesos internos. En la actualidad se está estudiando científicamente este fenómeno, que es en su origen una herencia cultural de la humanidad. Un ejemplo de ello son todas las investigaciones actuales en materia de *“mindfulness”*, una práctica de meditación que ha sido descrita como un proceso en el cual el sujeto está altamente consciente y receptivo de su presente, de su experiencia del “ahora” (Cresswell et al., 2007). En la tradición budista, el objetivo de esta *“mindfulness”* es producir un cierto desapego emocional de las experiencias, y de esta manera regular los procesos emocionales (Sobolewski et al., 2011). Las emociones negativas pueden ser experimentadas como fluctuaciones en las sensaciones del estado corporal y no tanto como estados mentales afectivos que reflejan lo que es bueno o malo para el self. De esta forma, este entrenamiento puede reducir el comportamiento reactivo crónico de las personas, desviando la atención de las evaluaciones subjetivas del afecto, para incorporar representaciones de las emociones mayormente basadas en lo sensorial (Craig, 2002; Farb, Anderson, Mayberg, Bean, Mc Keon, Segal, 2010).

En el abordaje vibroacústico, el paciente es entrenado a percibir los cambios que las

emociones negativas generan en el cuerpo, dentro de una experiencia musical receptiva. El usuario es literalmente “bañado en sonidos”, y percibe las vibraciones de baja frecuencia de los cuencos vibroacústicos, en las regiones corporales donde percibe la tensión ligada al factor emocional. De esta forma se favorece la transformación consciente de las sensaciones del estado corporal.

El sistema interoceptivo

El cerebro está continuamente recibiendo información que proviene de una gran variedad de receptores que registran procesos y estados fisiológicos del cuerpo. Esto constituye la base de la percepción consciente de sensaciones corporales, como el calor, el frío, el dolor, el prurito, el cansancio muscular, o de otras sensaciones que se originan en las vísceras, como el malestar gastrointestinal, la sensación de falta de aire, entre otras. La percepción consciente de estas sensaciones somáticas, se denomina interocepción. Este sistema sensorial interoceptivo, en el que participan regiones viscerosensoriales distribuidas en el troncoencéfalo, el tálamo y la corteza cerebral, registra continuamente los cambios fisiológicos producidos durante un estado emocional (Craig, 2002, Contreras et al. 2008).

La corteza insular cumple un rol fundamental en el procesamiento de la información interoceptiva. La mayor parte de las aferencias talámicas interoceptivas (sensaciones corporales de dolor, temperatura, prurito, toque sensual, sensaciones musculares y viscerales, actividad vasomotora, hambre, sed, entre otras) las recibe la zona posterior de la corteza insular, que es la corteza interoceptiva de primer orden. Esta distribuye información a las regiones anteriores de la ínsula, las cuales constituyen las cortezas interoceptivas de alto orden, y envían información interoceptiva a las cortezas pre frontales ejecutivas, que incluyen la corteza pre frontal medial, la orbito frontal y la cingulada anterior. Esta región anterior de la ínsula, es una zona de integración de alto orden jerárquico viscerosensorial, vinculada a la apreciación consciente de los estados corporales (Craig, 2002).

Un estudio realizado por Craig (2002), ha demostrado que la re-representación de la actividad cortical interoceptiva en la ínsula anterior derecha está asociada a sentimientos subjetivos.

Según refiere el autor, todos los estudios con neuroimágenes relacionados con las

emociones humanas muestran actividad en este mismo sitio: la ínsula anterior derecha. Por lo tanto, su actividad parece proveer una imagen del self físico como una entidad sensorial (feeling entity), que es una característica de la conciencia humana. Esta imagen del “yo material”, se forma sobre la base de un sentido de homeostasis corporal en cada individuo (Craig, 2002), y coincide con las ideas de Damasio¹¹ (1993) y de estudios con neuroimágenes que relacionan la conciencia emocional con el procesamiento homeostático. (Damasio AR, Grabowski, Bechara, Damasio H, Ponto, Parvizi, Hichwa, 2000 ; Critchley, Melmed, Featherstone, Mathias, Dolan, 2002).

Abordaje vibroacústico y regulación emocional.

El cuerpo, según refiere Antonio Damasio, es el teatro para las emociones. Según el neurólogo portugués, las emociones son un conjunto de cambios en el estado corporal conectados a determinadas imágenes mentales que han activado un sistema cerebral específico, y la esencia de sentir una emoción es la experimentación de tales cambios en yuxtaposición a las imágenes mentales que iniciaron el ciclo (Damasio, 1993).

Es en el proceso de la toma de conciencia de estos cambios corporales que entra en relevancia nuestro abordaje vibroacústico. Este abordaje ayuda en la toma de conciencia de las sensaciones corporales. La mayoría de las personas en la actualidad, debido a las exigencias cotidianas, a la negatividad, a una sobre estimulación sensorial (algo que “tapa” los sentidos), y en especial a la tensión emocional, tienen un alto grado de desconexión con su cuerpo, y de los sentidos.

Hoy podemos hablar con fundamento científico, como vimos mas arriba, de la relación entre las vísceras y las emociones. Tomar conciencia del estado del cuerpo es un primer paso para regular los estados reactivos emocionales. Poder observar la tensión proveniente de las vísceras es un primer paso, pero para incorporar este sentido de homeostasis corporal es necesario en primer lugar desarrollar una conciencia interoceptiva, y en segundo lugar disponer de herramientas para “liberar” esa tensión visceral. En términos de Vittoz, esto sería el equivalente a establecer esta la relación justa entre receptividad (tomar conciencia de las sensaciones en las vísceras, o desarrollar una

¹¹ Damasio planteó que la conciencia del self emerge de una imagen del estado homeostático del cuerpo

consciencia interoceptiva), y emisividad (concentrarse en una zona específica, ligarla a una imagen mental, realizar un acto consciente y voluntario).

Este abordaje ofrece herramientas para la toma de consciencia del cuerpo, de lo visceral, y para transformar el estado corporal y emocional. Uno aprende a autorregularse observando el estado de las vísceras, equilibrando conscientemente sensaciones corporales internas de exceso de energía y tensión visceral.

Para tomar consciencia de estas sensaciones interoceptivas, la clave está en la toma de consciencia y entrelazamiento de una amplia variedad de modalidades sensoriales, en un vínculo humano que se va estableciendo dentro de un proceso terapéutico. El aporte específico de este abordaje, es que este proceso se lleva a cabo dentro del contexto de una experiencia musical receptiva y vibroacústica de cuidado, que facilita estados de relajación profunda de la mente y del cuerpo.

Modalidades sensoriales

La información del medio ambiente llega a la corteza por distintas vías, dependiendo del tipo de modalidad sensorial que esté implicada. Tenemos receptores específicos para cada modalidad. Hay receptores para el tacto, otros para la presión, para la temperatura, para el dolor, para la audición, para la visión, el olfato, entre otras.

Imagínese el lector en la siguiente situación: se encuentra en un lugar de su agrado, el paisaje es bello, lo observa y contempla. Si pone el foco en el paisaje sonoro, puede escuchar el sonido de las aves, del viento, y de las hojas de los árboles, susurrando una melodía que detiene el pensamiento. El aroma del lugar se parece al cedro humedecido y a la lavanda de primavera. Respira profunda y conscientemente. Está relajado, a gusto con la temperatura, experimentando un sentimiento de tranquilidad y despreocupación, de calma y liviandad. Está abierto y receptivo a cada una de estas sensaciones.

Toda esta información, forma parte de un cuadro que el cerebro puede interpretar como “positivo”. Cada elemento completa el cuadro, y cada elemento, para llegar al cerebro, realiza un recorrido diferente. Para decirlo de otra manera, el cerebro utiliza cada

una de estas modalidades sensoriales para completar la experiencia que interpreta como positiva. Dicha experiencia puede generar un cambio a nivel corporal, tanto químico como neurológico. Esta experiencia simple y positiva, puede transformarse en un camino conocido, generando nuevas redes neuronales, con entrenamiento.

Esto es posible por las características plásticas del cerebro. Este tiene la capacidad de cambiar y de adaptarse frente a diferentes estímulos, tanto negativos como positivos. El ser humano puede crear nuevas conexiones neuronales a lo largo de la vida, y este proceso se incrementa por el entrenamiento (Kay, Hurley, Taber, 2012).

Trabajar con una multiplicidad de modalidades sensoriales, permite que el cerebro se “entrene” desde distintas formas y por distintos medios. A su vez, la información de una experiencia positiva, llega por múltiples vías.

Hay personas que tienen mucha dificultad en observar el estado del propio cuerpo. En general suelen tener facilidad en percibir el dolor (en la zona del trapecio, dolor lumbar, de piernas, entre otras). Alguien que no está entrenado en observar su cuerpo en forma consciente, puede percibirlo con facilidad.

Ahora bien, conectarse con lo sutil, lo suave, lo positivo, a veces no es tan evidente porque lo otro sobresale y tapa. Desarrollar esta habilidad requiere de paciencia y de entrenamiento.

A continuación presentaremos las modalidades sensoriales que se privilegian en el abordaje vibroacústico.

Audición: el sonido de los cuencos tibetanos, otros instrumentos que pueden utilizarse, y el uso selectivo de música editada, proveen un clima sonoro que el consultante puede identificar con un estado positivo de tranquilidad y bienestar.

Dentro de esta experiencia de envoltura sonora, de cuidado y sostén, se vehiculiza el entrelazado sensorial que va a funcionar como agente de cambio.

La palestesia: es una modalidad sensorial que posibilita sentir las vibraciones. Hay receptores específicos para la palestesia. Es una de las modalidades sensoriales privilegiadas que permite tomar conciencia de una región del cuerpo, aún cuando el

consultante refiere no sentir nada en absoluto. Esto tiene un fundamento desde la física: el fenómeno de propagación de las ondas sonoras. Al haber un movimiento real de vaivén de las partículas que conforman un medio determinado (por ejemplo, las vísceras) al ser estas perturbadas por un sonido de baja frecuencia, uno puede ubicar sensaciones corporales con mucha facilidad (Farina, 2012).

La presión: por ejemplo del cuenco vibroacústico sobre diferentes regiones corporales. Algunos cuencos tienen mayor espesor que otros y por ende son más pesados. Pueden usarse cuencos más o menos livianos si se enfatiza esta modalidad sensorial.

La temperatura: los cuencos, al ser instrumentos metálicos, suelen ser fríos. La temperatura puede modificarse al agregarle agua caliente o fría.

Tacto: el toque sensual es una de las aferencias talámicas interoceptivas que es recibida por la zona posterior de la corteza insular (Craig, 2002). Cuando le pedimos a alguien que lleve una mano hacia una zona de tensión, y que suavemente intente relajar esa región, no solamente está observando sus sensaciones corporales en forma consciente, a su vez nos está brindando datos acerca de la zona corporal a enfatizar con un cuenco vibroacústico.

Visión: el uso de imágenes mentales, sirve también de anclaje en aspectos positivos. A su vez, la visualización de elementos, como el agua, la madera, el humo, colores, líneas, entre otros, pueden acompañar al sentido de la palestesia en la toma de consciencia de las sensaciones corporales.

Olfato: así como hablamos de un “clima sonoro”, podemos maximizar ese clima a través de esta modalidad sensorial que es el olfato, por ejemplo llevando la consciencia al “clima olfativo” del lugar. No se trata de conseguir un catálogo de “efectos de los aceites esenciales”, o de buscar una equivalencia entre “tal esencia y tal chakra”. Lo importante es generar un contexto positivo, lograr que la mente del consultante genere nuevas redes neuronales, y pueda utilizarlas. Si esta persona ha estado casi toda su vida acostumbrada a vincularse consigo misma de una forma “hostil”, necesitamos generar una nueva información que llegue al cerebro desde múltiples vías. Tampoco se trata de ofrecerle un aceite y decirle: “tome, esto es bueno para usted”.

La clave es facilitar una experiencia nueva, positiva. Lo novedoso genera nuevas redes neuronales, y por sus cualidades plásticas, el cerebro se reorganiza. La experiencia de

tranquilidad y relajación, facilitada por el clima sonoro de los cuencos tibetanos y otros instrumentos, maximizada por el entrelazamiento de modalidades sensoriales, y un vínculo terapéutico, generan un “imprint”, y se reconocen nuevas formas de vincularse consigo mismo. Uno aprende a reconocer en el cuerpo su propia tensión emocional y a liberarla, en la música, sin analizar ni interpretar.

Con una sesión aislada no sirve, es importante el proceso terapéutico, sin él, no hay ningún cambio posible. Cuando se deja de entrenar una habilidad, se pierde. Y el cerebro necesita un tiempo para generar esas redes, y poder utilizar esa información. Muchas personas, cuando comienzan a percibir su cuerpo, se dan cuenta de que existen.

Las 7 fases en el abordaje vibroacústico

Los procedimientos clínicos del abordaje vibroacústico aplicado con cuencos sonoros tibetanos son muy similares a los propuestos por Tony Wigram (1996, Grocke, Wigram, 2007), aunque presentan algunas variaciones debido a la inclusión de instrumentos musicales como recurso vibroacústico, y como herramientas de aplicación de la técnica de baño sonoro. A su vez se presentan variaciones debido al uso de imaginería mental.

De este modo se incorpora una fase, que es la de “baño sonoro y experiencia vibroacústica, diferenciada de la fase de “comienzo del tratamiento”. En esta última se prepara a la mente a “entregarse” a la experiencia sonora desde un estado de receptividad. Detallaremos a continuación las fases de los procedimientos clínicos para nuestro abordaje con cuencos, teniendo en cuenta que pueden variar según el tipo de población al cual va dirigido. Podemos ubicar 7 etapas.

1) Preparación para la sesión.

En esta etapa se llevan a cabo todos los ajustes necesarios que debe realizar el terapeuta antes de que llegue el paciente, para evitar interrupciones durante el transcurso del tratamiento: preparar la camilla (tener a disposición almohadones y prótesis en caso de pacientes con discapacidades físicas), preparar la temperatura del ambiente, teniendo en cuenta que muchos pacientes cuando entran en estados de relajación profunda pueden experimentar un descenso significativo de la temperatura corporal (Grocke, Wigram, 2007). En caso de que la sesión se lleve a cabo en el piso, ubicar los aislantes necesarios. Si pensamos utilizar música editada, ya sea durante la experiencia vibroacústica o como una

forma de finalizarla, preparar los niveles de volumen del equipo, seleccionar los temas, y todo lo que sea necesario para no irrumpir en la continuidad del estado receptivo logrado.

2)Introduciendo al cliente al tratamiento.

Si se trata de la primera vez que un paciente experimenta este tipo de tratamiento, es necesario dar alguna explicación acerca de qué va a suceder, por ejemplo, explicar algo en referencia a los sonidos de baja frecuencia, el tiempo de duración de la sesión (Grocke, Wigram, 2007). También es útil mostrarle los cuencos tibetanos, explicarle algo relacionado a su acústica, permitirle que explore su sonido, y que perciba la vibración de baja frecuencia, por ejemplo en la palma de su mano. De esta forma el paciente puede saciar su curiosidad antes del inicio de la fase del tratamiento en sí, y se evitan sobresaltos o que su atención se disperse.

A su vez, es importante manifestarle que, si el estímulo le resulta irritante, puede dar por terminada la experiencia. El paciente puede necesitar reasegurarse de tener el control sobre lo que va a suceder (Wigram, 1996, Grocke, Wigram, 2007).

Dentro de esta fase también se incluyen todos los comentarios previos del consultante, por ejemplo referidos a como se sintió desde la sesión anterior. Algunos contenidos de este relato pueden ser útiles anotarlos.

3)Comienzo del tratamiento.

Esta fase comienza cuando el paciente ya está recostado o sentado en la camilla y se le dieron todas las explicaciones previas. Apunta a uno de los principales objetivos en este abordaje: facilitar estados de receptividad. Ubicar al otro en el aquí y ahora.

Hay muchas maneras de favorecer este estado. Una de ellas es la utilización de palabras llave que orienten a la mente a este estado de reposo cognitivo, que es la receptividad, a través de la sensibilización y concientización de los sentidos (vista, olfato, tacto, audición, gusto, gravedad y aceleración).

En esta fase estamos atentos a la necesidad del otro. Esto debe estar reflejado en las palabras que utilizamos, y en las imágenes que se enfatizan. Si uno está con una persona que tiene alergia y por ello está temporariamente imposibilitada en respirar por la nariz, si le decimos que observe su respiración, sin habilitarla a respirar por la boca si lo desea,

puede ser un foco de tensión que puede perturbar la experiencia.

El tono de voz y las palabras utilizadas por el terapeuta son importantes para crear el ambiente adecuado, para luego dar inicio a la experiencia vibroacústica y de baño sonoro.

Pueden utilizarse imágenes que posibiliten un anclaje en aspectos positivos, o palabras llave que orienten a la mente hacia espacios de tranquilidad. El tiempo de duración de esta fase así como su contenido verbal dependerá de los objetivos terapéuticos y de la población destinataria.

Las imágenes mentales visuales, auditivas, sensoriales y/o olfativas que utilicemos, no son siempre las mismas para todos los pacientes, sino que se construyen en el vínculo. Cada persona es diferente, y tiene vivencias diferentes. No es correcto pensar que el sonido o la visualización del mar relaja, ya que alguien que no sabe nadar no necesariamente va a encontrar esa imagen agradable.

4) Baño sonoro y experiencia vibroacústica.

Una vez que se logra un clima óptimo, cuando el paciente está quieto, puede iniciarse el baño sonoro. Los sonidos de baja frecuencia emitidos por los cuencos sonoros que se ubican sobre el cuerpo del paciente, sea en posición sostenida o llena¹², preferentemente deberían ser introducidos gradualmente, a no ser que la persona ya esté familiarizada con el tratamiento.

Las regiones corporales donde se ubican los cuencos vibroacústicos dependerán de los objetivos clínicos. Si se pretende proporcionar a la persona una experiencia de relajación, posiblemente un masaje vibroacústico en la totalidad del cuerpo sea adecuado. Si trabajamos sobre la liberación de la tensión emocional, el trabajo va a ser otro. En algunos momentos de esta fase, las sensaciones y las imágenes que la experiencia evoca pueden ser libres, o sueltas, mientras que en otros casos la mente va a estar concentrada y focalizada en determinados aspectos que el terapeuta va a sugerir, según los objetivos clínicos.

¹² La posición llena es cuando el cuenco vibroacústico está apoyado en su totalidad sobre el cuerpo del paciente, mientras que en la posición sostenida, el terapeuta sostiene una parte del cuenco para que éste pueda vibrar con apoyos parciales, en partes del cuerpo que estructuralmente no permiten un apoyo lleno.

5) Monitoreo del tratamiento.

La posibilidad de chequear la marcha del tratamiento varía, según la posibilidad del paciente de verbalizar o no sus respuestas. En el caso de pacientes que no pueden verbalizar, resulta conveniente observar su expresión facial y sus movimientos corporales para registrar si están experimentando alguna incomodidad o alguna reacción contra este tratamiento.

6) Finalización del tratamiento.

Frecuentemente, durante la experiencia vibroacústica, los pacientes pueden entrar en estados de relajación profunda. Pueden dormirse y a veces soñar, y sentirse vulnerables al finalizar el tratamiento. Resulta imprescindible que el terapeuta les brinde seguridad y sostén. En algunos casos, conviene tomar un tiempo antes de que un paciente se levante de la camilla. Algunos pacientes pueden necesitar permanecer recostados por varios minutos luego de una sesión. Como puede haber reducciones en la frecuencia cardíaca, el tono muscular, y a veces reducciones en la presión sanguínea, es necesario respetar este período de tiempo para permitirles salir de ese estado de relajación profunda. En otras ocasiones, luego de una sesión, algunos pacientes pueden sentirse movilizados emocionalmente, necesitando confort y permanecer por un tiempo mayor en la camilla. El terapeuta debe estar atento a las necesidades del cliente, pero siendo cuidadoso de no hablarle demasiado ni demandar mucho de él (Grocke, Wigram, 2007).

Para finalizar el tratamiento, el terapeuta puede utilizar diferentes recursos: puede utilizar imágenes mentales, palabras llave, y también puede realizar un cierre no verbal. Una forma muy sutil de orientar al paciente hacia su estado habitual de vigilia es modificar el clima sonoro, por ejemplo poniendo una pieza musical que contenga algunos elementos musicales distintos, como ser el timbre, la cantidad de instrumentos, melodía, figuración rítmica, entre otros.

Un ejemplo de imagen mental auditiva que puede utilizarse como cierre del tratamiento, es dar la consigna de escuchar los sonidos que provienen del exterior, como una forma de volver al “aquí y ahora”. Una imagen mental visual podría ser “permanecer con los ojos cerrados un instante más, y visualizar la habitación en la que nos

encontramos”.

Como ejemplo de imagen olfativa podría ser: “observo la respiración y tomo consciencia del aroma particular de este lugar”. También podemos incluir imágenes relacionadas con sensaciones corporales: “observa como están tus pies, imagina que los movés en forma circular, pero sin realizar realmente el movimiento”.

7) Trabajo de pos tratamiento.

La terapia vibroacústica, tal como ha sido planteada por Wigram, ha sido aplicada como un pre-tratamiento. Por ejemplo, ha sido utilizada como un efectivo pre-tratamiento para sesiones de fisioterapia. Luego de que la sesión de vibroacústica haya terminado, y de que un período de tiempo le haya permitido al paciente restablecerse nuevamente, un estado relajado e hipotónico puede haberse alcanzado, el cual resulta de ayuda como una preparación para una intervención de fisioterapia. También puede ser utilizada como un pre-tratamiento para una sesión de psicoterapia verbal, o de musicoterapia de improvisación (Wigram, 1996, Grocke, Wigram, 2007).

En otro tipo de encuadre, como ser una sesión individual en un consultorio, el trabajo de pos tratamiento puede consistir en la verbalización posterior a la experiencia. En el caso de que el paciente haya experimentado alguna sensación en particular, o imaginaria mental y quiera comentarla, puede hacerse un trabajo posterior sobre aquello que trae, mediante una canción, una improvisación musical, un poema, o verbalmente. Otra modalidad de trabajo de pos-tratamiento puede ser mediante la síntesis gráfica de la experiencia.

A veces esta fase puede saltarse. Es importante no forzar estos pasos. Los mismos sirven como guía y de ninguna manera son estructuras rígidas que el terapeuta debe seguir a rajatabla. Uno no adapta al paciente a estas fases. El movimiento es inverso: uno adapta las fases al paciente.

Referencias bibliográficas:

- Bergström-Isacsson, M., Julu, O. O. P. & Witt Engerström, I; “*Autonomic Responses to Music and Vibroacoustic Therapy in Rett Syndrome*”. *Nordic Journal of Music Therapy*, 16(1). (2007).

- Bour, P. ; “*La psychothérapie de synthèse et de reconstruction. La Méthode Vittoz*”; Encyclopédie médico-chirurgicale-psychiatrie, 1957.
- Bruscia, K.; “*Defining Music Therapy*”. 2nd edition. Barcelona Publishers, 1998.
- Caballo, V. “Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta”. Siglo veintiuno de España Editores S.A. 1991.
- Contreras, M., Ceric, F., Torrealba, F.; “*El lado negativo de las emociones: la adicción a drogas de abuso*”; *Rev Neurol, Chile*; 47: 471-6. (2008).
- Craig A. D.; “*How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body*”. *Nat. Rev. Neurosci.* 3, 655–666. (2002).
- Creswell, J., Way, B., Eisenberger, N., & Lieberman, M.; “*Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling*”. *Psychosomatic Medicine*, 69, 560–565. (2007).
- Critchley H. D., Wiens S., Rotshtein P. A., Dolan R. J.; “*Neural systems supporting interoceptive awareness*”. *Nat. Neurosci.* 7, 189–195. (2004).
- Damasio AR.; “*Descartes’ Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*”. New York: Putnam. (1993).
- Damasio AR, Grabowski TJ, Bechara A, Damasio H, Ponto LL, Parvizi J, Hichwa RD.; “*Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions*”. *Nat Neurosci*, 3:1049-1056. (2000).
- Dileo, C.; “*Foreword*”, en Grocke, D.; Wigram, T; “*Receptive Methods in Music Therapy: Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*”. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. (2007).
- Farina, M.A.; “Sobre la propagación de las ondas sonoras”, en Zain, J.; “Silencio, Presencia, Percepción: el uso de cuencos tibetanos en terapia”; material Inédito; Buenos Aires, 2012.
- González A. & Amigo, I. Efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares. *Psicoterma* 2000. Vol 12 N° 1, pp. 25-32.
- Grocke, D.; Wigram, T ; “*Receptive Methods in Music Therapy: Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*”.

London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. (2007).

- [Kays JL](#), [Hurley RA](#), [Taber KH](#). ; “The dynamic brain: neuroplasticity and mental health”. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2012; 24:118-124.
- López, V., et al. *Revista Cubana de Medicina General Integral Versión impresa ISSN 0864-2125*. Rev Cubana Med Gen Integr v.14 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 1998.
- Roldan, E. ; “Neuroplasticidad y creatividad”, Conferencia en la “I Jornada de Vibroacústica”. Material no publicado. Buenos Aires, 2011.
- Serafin, S.; “*The sound of friction: real-time models, playability and musical applications*”. PhD thesis, Stanford University, Stanford, CA, 2004. p. 113
- Sobolewski, A., et al.; “*Impact of meditation on emotional processing- A visual ERP study*”; *Neurosci. Res.*; doi: 10.1016/j.neures.2011.06.002. (2011).
- Vittoz, R.; “*Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral*”; Ed. Baillière et fils. 1911.
- Wigram, A.L.; “*The effects of Vibroacoustic Therapy on clinical and non-clinical populations*”; Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy, London University, London, England. (1996).
- Wigram, Dileo eds; “*Music, Vibration and Health*”. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books. (1997).
- Zain, J.; “*El uso de cuencos sonoros como recurso vibroacústico en Musicoterapia Receptiva*”. Tesina. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Carrera de Musicoterapia. (2008).
- Zaldivar, D.; “Introducción a la Psicoterapia” . Consultado en [www.sld.cu/galerias/doc/sitios/pdguanabo/relajacion- 21.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/pdguanabo/relajacion-21.doc) . 1985.

El uso de cuencos tibetanos como recurso vibroacústico en Musicoterapia Receptiva

Lic. Jorge Zain ¹³

Abstract:

Este estudio fundamenta el uso de cuencos sonoros tibetanos, a partir de los supuestos teóricos y metodológicos de la Terapia Vibroacústica. Se presenta el análisis espectral de los sonidos producidos por tres cuencos. Los resultados muestran una similitud entre la señal sonora utilizada en la terapia vibroacústica, y la señal producida por cuencos sonoros vibroacústicos. Se concluye que es posible un abordaje vibroacústico con cuencos sonoros tibetanos. Se presentan además los beneficios al incorporar estos instrumentos musicales en este abordaje de Musicoterapia Receptiva.

Se definen y clasifican los cuencos tibetanos según sus características acústicas.

Palabras llave:

Musicoterapia Receptiva, Vibroacústica, Análisis espectral, cuencos tibetanos.

- “Abordaje vibroacústico: el uso de cuencos sonoros en terapia”. XIII Congreso Internacional de Estrés Traumático y Trastornos de Ansiedad. Buenos Aires, junio de 2012.

¹³ Licenciado en Musicoterapia de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. Expuso su tesis "El Uso de cuencos sonoros como recurso vibroacústico en Musicoterapia Receptiva" en el XII Congreso Mundial de Musicoterapia, Buenos Aires, 2008. A partir del interés despertado en colegas musicoterapeutas y profesionales de otras disciplinas, ha profundizado y continúa desarrollando el Abordaje Vibroacústico, tanto desde aspectos teóricos como metodológicos, dándolo a conocer a estudiantes y terapeutas profesionales. Coordina el curso de formación en este abordaje para profesionales de la salud, brindando conocimientos teóricos, experiencia práctica, sesiones didácticas y espacios de supervisión. Ha organizado la “Primera Jornada de Vibroacústica”, en diciembre del 2011, en la que varios musicoterapeutas que ya se han formado en este método terapéutico, han presentado casos clínicos de interés para diversas disciplinas. Presentaciones académicas recientes: - “El uso de cuencos sonoros como recurso vibroacústico en Musicoterapia Receptiva”. Jornada de estudiantes de Musicoterapia. Universidad de Buenos Aires. Mayo de 2012. “Seminario introductorio a la Musicoterapia Vibroacústica” en la I Jornada Argentina de Vibroacústica. Buenos Aires. Diciembre de 2011. Sitio web: www.vibroacustica.com.ar Email: jorgezain@gmail.com

A Música como Instrumento de Intervenção e Análise em Musicoterapia: Composições Musicais em Saúde Mental e Drogadição

Pollyanna de Azevedo Ferrari¹⁴
Lucas Antunes Tibúrcio¹⁵

O presente trabalho pretende analisar o caso clínico de uma usuária da rede pública de saúde mental, internada por uso abusivo de álcool e outras drogas e por tentativa de suicídio. Apresenta análise musicoterápica de suas composições realizadas no decorrer das cinco sessões iniciais, tendo como fundamentação teórica, referências da musicoterapia, musicologia e psicanálise. Entende-se que tais composições apontam possibilidades de elaboração, associação, ressignificação e de busca por novos caminhos. A partir da análise das manifestações sonoro-musicais, através de relatórios e de gravações em áudio, evidencia-se a possibilidade de expressão do mundo interno da usuária, bem como a capacidade mobilizadora dessas manifestações. Objetiva-se, com isso, demonstrar a potência da música como instrumento de intervenção e análise em musicoterapia. Espera-se, com este trabalho, contribuir para a reflexão e valorização da música em musicoterapia.

Palavras-chave: Musicoterapia. Análise Musicoterápica. Composição Musical. Saúde Mental.

Apresentaremos o caso clínico de uma usuária internada no Serviço de Alcoolismo e Drogadição (SAD) a quem chamaremos de Antônia. Aos tem 32 anos Antônia é a filha mais velha de uma prole de quatro. Possui histórico de diversas internações e passagem por diferentes instituições desde criança: como abrigos, internações psiquiátricas, casa de detenção e comunidades terapêuticas. Antônia faz acompanhamento no CAPSad do município em atendimentos pontuais com psicólogo e médico, pois não consegue manter tratamento em regime intensivo. O motivo da internação no SAD foi risco e tentativa de suicídio: Antônia tentou se jogar da ponte Rio-Niterói. Relata que estava sob efeito de drogas e que escutava uma voz que a mandava se matar.

14 Especialista em Saúde Mental, residência pela UFRJ (2010). Bacharel em Musicoterapia (2007) pelo CBM-CEU. Presidente da AMT-RJ. Coordenadora do Coletivo Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou! Musicoterapeuta do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Atendimentos domiciliares. Integrante da Comissão Científica de eventos de musicoterapia nos últimos anos. Supervisora do Ecomuseu Negavilma. Cantora do Fala Brasil.

15 Especialização em Educação Musical e Licenciatura em Música em curso pelo Conservatório Brasileiro de Música. Bacharel em Musicoterapia (2009) pelo CBM-CEU. 1º Tesoureiro da AMT-RJ. Musicoterapeuta do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Atendimento em consultório. Coordenador da Comissão Científica do XVIII Fórum Estadual de Musicoterapia. Violonista do Fala Brasil.

Tem como hipótese diagnóstica: F.19.7 (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – transtorno psicótico residual de instalação tardia) e F33.3 (Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos).

Tivemos nosso primeiro contato com Antônia no grupo de musicoterapia realizado no SAD. Devido ao seu interesse pela musicoterapia, após o quarto encontro em grupo, sua psicóloga de referência encaminhou o caso para atendimento individual de musicoterapia. Essa profissional relatou que Antônia ficava a maior parte do tempo deitada, ainda com ideação suicida e que tinha dificuldade em se vincular às atividades. A equipe deu depoimentos de que a participação e interesse de Antônia pela musicoterapia eram surpreendentes para eles. Até o momento, pudemos acompanhá-la em 9 grupos e 5 sessões individuais.

No atendimento individual, a composição musical foi utilizada como importante ferramenta no processo terapêutico. Para o Bruscia (2000), a composição pode ser indicada para desenvolver habilidades como de planejamento e organização; de solucionar problemas de forma criativa; de documentar e comunicar experiências internas, para promover a auto-responsabilidade; a exploração de temas terapêuticos através das letras das canções e ainda, para desenvolver habilidades de integrar e sintetizar partes em um todo. Indica o uso desta técnica principalmente aos que precisam tomar decisões, se comprometer, identificar e desenvolver temas, organizar sentimentos e pensamentos internos, ou ter evidências tangíveis de realização (ibid).

Pelo quadro clínico apresentado, achamos indicado estimulá-la a criar através de seus improvisos e das canções desenvolvidas ao longo das sessões.

No caso da clínica com psicóticos, tanto a improvisação quanto a composição oferecem terrenos férteis onde existe a delimitação do acompanhamento musical do musicoterapeuta, que traz a continência e a ancoragem necessárias através do ritmo e da harmonia, possibilitando, assim, que o cliente coloque melodia, ritmo e letra de acordo com as suas necessidades. Tal discurso sonoro é trabalhado no decorrer do processo musicoterapêutico. (FERRARI, 2010, p. 30, 31)

Escolhemos fazer uma análise musicoterápica de uma de suas músicas (“qual é o seu lugar”), ao longo do texto, por ilustrar o processo, as características peculiares da paciente e para identificar as intervenções e desdobramentos nos caminhos da composição

de Antônia. Barcellos (1999), ressalta a importância de uma compreensão da produção musical do paciente. Quando aliada essa produção à sua história de vida ou ao seu momento, se caracteriza a leitura musicoterápica.

As cinco sessões individuais de musicoterapia de Antônia

A primeira produção sonora de Antônia no setting musicoterápico foi um improviso de forma tímida, com uma sequência de notas desconexas (sem relação tonal), sem um ritmo estruturado.

Antônia traz uma música religiosa “quero ser homem seguro no coração de Deus”. Em seguida, um Funk chamado “Copo de Vinho”: “(...)Tá chapada, tá doidona, tá descendo descendo até o chão/ Eu to pagando mico, olha que situação!/ Amor assim não dá.../ se ficar bebendo a gente vai terminar...”.

Antônia canta “*Faz um milagre em mim*”(Régis Danese): *Entra na minha casa/ entra na minha vida/ mexe com minha estrutura/ sara todas as feridas...*”. Diz que essa música tem tudo a ver com ela. Afirma que não quer voltar pra casa: “é chato”. Antônia vive em situação de rua, e é na rua onde encontra lugar, como descreve nas sessões no *funk* que improvisa chamado “sou de rua”.

*Sou menor de rua e não tenho onde morar.
 (...) os menores de copa são todos sangue bom.
 Que sai roubam gringos e levam dólar de montão.
 E as ofertas são oferecidas de maconha e cocaína.
 A primeira é de graça a segunda ela é paga.
 Se você não paga vai para trás do xadrez.*

Sobre seu improviso, relata que já ficou na rua em Copacabana e também que foi para o “xadrez”. No presídio trabalhava como “padeira” e não queria sair de lá. Afirma que só é possível para ela ficar longe das drogas se estiver no presídio ou internada.

Na segunda sessão, Antônia compõe a música que chamou de sobre minha mãe:

*Por que você saiu de casa
 Que mal sua mãe te fez?
 Largando tudo e indo embora
 Pro mundo outra vez
 Se foi alguma coisa que te entristeceu
 Isso não é motivo pra largar sua mãe de vez*

*Volta pra casa sua mãe está preocupada
Ela te ama, te ama sim
Ela é sua melhor amiga
Volta pra casa (2x)*

Antônia canta boa parte música no contra tempo (em suspensão/ no ar), fazendo antecipações. As notas desconexas que toca no teclado estão desencontradas ritmicamente do que canta e, algumas vezes, melodicamente são dissonantes gerando dificuldades em acompanhá-la (Essa música aparece novamente na sessão 5).

Canta, em suas canções, que sofreu violência de sua mãe com quem tem relação conflituosa e ambivalente. Relata que a mãe bate muito, com cabo de vassoura, com fio, que “não dá pra aguentar” (sic).

*Não quero mais voltar pra casa
minha mãe fica preocupada (...)
Minha mãe é muito nervosa
E eu não me preocupo
só me preocupo com os meus irmão
Ela bate muito (...)
não dá pra aguentar (...)
E eu fico muito triste com este motivo
Pelo menos na rua eu não apanho/ tenho liberdade
(...) Na espera que eu volto pra comprar droga
dessa vez vou tentar me segurar
não usar mais nenhuma droga/ (...)/
Então, minha mãe vai ficar em casa/ sem saber onde estou.*

Antônia continua problematizando sua realidade na música seguinte:

*Chega de viver fugindo
Isso não é bom pra você (...)
você tem que viver a realidade
(...) porque não existe nada
que não tenha realidade nem sofrimento
A minha mãe me deu umas cacetadas
Mas eu desculpei, porque ela é minha mãe
Eu já não aguento essa vida
tem horas que dá vontade de morrer
mas eu não consigo outra opção de vida
Tem gentes que conversam comigo
Aí eu desabafo, e aí eu melhora (...)
Mudar de vida é muito complicado
tem que ter um trabalho e isso que é difícil*

*Porque eu tenho minha ficha suja
Aí, ninguém vai me dar um trabalho
Então, o jeito é roubar ou traficar
Porque eu não aguento mais a mesma situação*

Nessa música, faz saltos intervalares maiores do que as anteriores. É um pouco mais estruturada ritmicamente e mais definida melodicamente. Parece que Antônia começa a fazer uma mudança em seu discurso. Aponta para os espaços onde existe a possibilidade de endereçamento como uma opção de vida.

Apesar de abordar o tema roubar e traficar aparentemente sem crítica, termina a música de forma conclusiva, ritmo marcado e com a afirmação: “Porque eu não aguento mais a mesma situação”. E assim termina a segunda sessão.

Na terceira sessão, Antônia chega e vai direto para o teclado. Começa a improvisar o que intitula de “Foi como uma história dessas da televisão”.

*Foi como uma história dessas da televisão
eu fugi de casa e fui para uma instituição
quanta confusão, eu sou muito trapalhona
mas minha vida sem minha mãe não vale nada
mãe, vem me buscar eu quero te abraçar
correr por aí bem longe
hoje o dia todo
só fiquei pensando em você
na minha infância
Quando estava com você*

Mal termina a primeira música e afirma que tem outra, já começando a cantar a música denominada por ela “troquei o ouro pelo mundo”. É importante ressaltar o relato de Antônia sobre ter passado a semana pensando sobre as músicas que cantaria na sessão e que cantou algumas no SAD: “Eles gostam, batem palma, pedem pra repetir”. Inclusive as psicólogas do setor, comentaram que estavam achando que Antônia estava cantando demais no SAD e que o combinado entre a equipe foi de remeter sua produção ao espaço da musicoterapia.

*Troquei o ouro pelo mundo que não tem futuro
minha mãe pra mim é tudo
por isso vivo atrás do muro
Peço a Deus pra me ajudar, ajudar
é triste, sim, ver todas elas indo embora e eu ficando aqui
“meus processo” está a mão do Dr. Juiz, sim
minha liberdade espero conquistar*

*Se Dr Juiz me der minha liberdade agora
eu sairia por esse mundão
eu jogaria toda essa vida for a
e arrumaria uma profissão (...)*

Após sua composição, “Troquei o ouro pelo mundo”, perguntamos como é isso e Antônia responde: “Ao invés de correr atrás no mundo de uma profissão eu fui roubar o ouro das pessoas na rua”. Sobre o trecho “minha mãe pra mim é tudo”, Antônia comenta: “Mesmo eu não querendo voltar pra casa ela é”. Levantamos a questão sobre a ambivalência apontada por ela: “a mãe é tudo e não quer voltar pra casa”. Antônia diz que é “meio confuso, nem eu entendo às vezes”. Pergunto o que Antônia está entendendo nesse momento e ela responde: “Entendo que era pra eu estar com a minha mãe, só que eu não consigo ficar em casa. (...) Eu não consigo ficar muito tempo no mesmo lugar”. Estranho o fato dela estar há algum tempo internada no mesmo lugar, e ela diz: “Mas daqui eu gosto”. Fala sobre a impossibilidade de conviver com a mãe: “viver junto não dá”.

Em seguida, Antônia pede “Entra na minha casa” referindo-se a música “*Faz um milagre em mim*”: “*Entra na minha casa, entra na minha vida/ mexe com minha estrutura/ sara todas as feridas...*”. Afirma que é uma música significativa para ela: “é linda, sempre canto essa música”.

Ainda marcando a oposição entre casa e rua, fala sobre o vício que adquiriu nas ruas. Relata que as drogas lhe deram “vício, dinheiro e mais nada”. E afirma: “Quero largar tudo isso”. Convidamos Antônia a criar uma música após essa fala. Na oferta de dois acordes escolhe um deles em tonalidade menor. E solicita: “me ajuda a inventar?”. Dentro da tonalidade escolhida por ela começamos a cantar e Antônia seguiu completando a música.

*P: Quero deixar tudo pra trás
L: Quero deixar tudo pra trás
A: Quero deixar de ser de rua.
E não aceitar nenhum vício
porque ele não vai me ajudar
só vai me afundar
Largar todo esse vício
não dá futuro
não quero isso pra mim
P: Quero deixar tudo pra trás, daquele jeito não dá mais/ (...)
P: quero deixar de ser de rua
A: isso não me pertence mais/ (...)
P: Quero mudar*

A: Mudar essa vida, ser uma cidadã, largar tudo pra trás
L: quero ter um lar, para morar, minha mãe bem, você também
P: Uma profissão
A: de Gari (...)

Quando termina a música Antônia exclama: “Lindo! Eu não ia conseguir fazer sozinha”. Ressaltamos o fato de termos conseguido fazer a música juntos. Também apontamos sobre a importância dessa fala: “não ia conseguir sozinha” e que ela não está sozinha!

Na sessão seguinte Antônia traz uma paródia da música “Lilás” (Djavan) que a remete a fase que passou na prisão: “*Amanhã, todo dia, fico triste com agonia/ passando o dia inteiro na prisão/ sem poder sair para esse mundão... várias rajadas do meu fuzil/ tranquilidade, irmão/ nossa hora vai chegar/ com fé em Deus/ esperança até o sol raiar.*”

Perguntamos que música poderia representar a fase atual e Antônia cantarola: “Nem o Sol, nem o Mar, nem o brilho das Estrelas, *Tudo isso não tem valor sem ter você*” “trecho da música “Quando te vi” (versão de *till there was you – The Beatles*):

*(...) Sem você nem o som da mais linda melodia
 Nem os versos dessa canção iam valer
 Nem o perfume de todas as rosas
 É igual a doce presença do seu amor
 O amor estava aqui
 mas eu nunca saberia tudo isso se revelou, quando te vi*

Diz que essa música se refere a “Lembranças sobre SAD”. Questionamos: Tudo isso não tem valor sem ter você? E ela responde: É, eu gosto muito de lá! Perguntamos como fazer para essas coisas terem valor depois quando não tiver internada e Antônia diz: “Vai ser meio estranho. Porque eu não estou querendo voltar pra casa, não. Estou querendo voltar pra rua”. Afirma que só tem essa opção: “voltar pra rua”. Propusemos, então, a criação de uma música sobre esse tema. Antônia começa a improvisar:

“Volta pra casa, Saia da rua
A rua não é seu lugar
Mas vezes não tem outra opção de escolha (...)
P: Então, o que escolher?
A: Estou em dúvida, não sei o que fazer (...)
P: Então, o que escolher? Se a rua, não é seu lugar?...
P: Qual é o seu lugar? L: Qual é o seu lugar?
A: Não sei...
P: Vamos buscar...L: Vamos criar...P: Esse lugar.

Essa composição foi grafada (anexo 1) a partir de gravação de áudio da sessão no intuito de destacar os momentos relevantes da produção sonora de Antônia e dos musicoterapeutas.

As suas composições, em geral, ratificam a impressão da equipe de certa apatia evidenciada em suas expressões verbais e corporais. Antônia é pouco expressiva, apresentando lentificação e fala com pouca inflexão melódica como pode ser observado nos compassos iniciais de sua improvisação (compassos 1 ao 34): motivos rítmicos e melódicos iniciais curtos, simples e com pouca variação; compasso indefinido que dificultou tanto o início do acompanhamento no momento da sessão, quanto a grafia da partitura; notas imprecisas; falta de centro tonal; relação intervalar variando entre segundas (maior e menor) e raramente uma terça, o que nos remete a seu comportamento pueril.

As intervenções dos musicoterapeutas auxiliam no estabelecimento de um pulso, a partir do início do pandeiro (compasso 9). Há alternância de compasso até a frase “a rua não é seu lugar”, onde se estabelece um compasso binário simples que se mantém até o final da música. Antônia faz antecipações de algumas frases, talvez por ansiedade ou por essa composição tratar de temas centrais de suas sessões: qual é o seu lugar: rua, casa, tráfico.

Antonia executa a primeira frase musical e logo faz um sinal corporal para os musicoterapeutas continuarem a canção. Fazemos uma variação a partir do motivo melódico e rítmico inicial terminando com uma terça: “volta pra casa saia da rua, a rua não é seu lugar”. Antonia se mantém em uma postura de espera de uma continuidade por parte dos musicoterapeutas. Novamente entoamos uma variação do motivo inicial, dessa vez a frase fica em suspensão (2ª maior ascendente). Antônia complementa de forma conclusiva, definindo uma tonalidade (Fá Maior) e encerrando uma estrutura musical convencional de 16 compassos com a letra: “mas as vezes não tem outra opção de escolha” (compasso 34).

Nota-se que nosso acompanhamento auxilia Antônia a dar forma a sua música iniciando um diálogo. A entrada do pandeiro vai estruturando e organizando ritmicamente sua composição. A harmonia dá contorno à imprecisão melódica.

A harmonia com a função de continente, lembrada comumente como um chão

se refere a sua particularidade de servir como apoio tonal, como uma rede rítmico/melódica construída pela intensa relação entre as notas dos acordes e: seus encadeamentos, as notas melódicas, bem como a conseqüente trama de interação entre os harmônicos de todas as notas em questão, como destacado por Jourdain (TIBÚRCIO, 2010, p.25).

O autor (ibid), ainda, afirma que a harmonia serve de base, de apoio e de suporte tonal, ajudando o paciente a se manter na tonalidade e afinação, gerando a sensação de segurança.

No compasso 84, com a entrada do 7º grau menor no acorde de Fá Maior, a tensão gerada pelo trítone (lá - mi bemol) induz um movimento ao acorde de quarto grau, onde a musicoterapeuta improvisa e intervém levantando a questão: “Então, o que escolher...”. Os musicoterapeutas diminuem significativamente a intensidade e, sobre o acorde de função subdominante, Antônia responde dentro da tonalidade, novamente com uma frase conclusiva: “estou em dúvida, não sei o que fazer”.

É curioso que Antonia cante frases como “as vezes não outra opção de escolha” e “estou em dúvida, não sei o que fazer” em momentos em que “decide musicalmente” o que antes estava impreciso.

Tal suporte rítmico e harmônico, bem como cantar e compartilhar sua produção sonora possibilitam que a paciente expresse temas importantes em seu processo terapêutico. É no campo da transferência que lhe damos um lugar. O processo terapêutico se dá na relação estabelecida, através da trama melódica, harmônica, rítmica, aliada à aposta de que sua expressão pode impulsionar uma mudança subjetiva, bem como possibilitar elaboração, associação e ressignificação.

Deixamos perguntas em uma cadência plagal¹⁶ “qual é o seu lugar?” e Antonia responde com uma terça descendente “não sei”, continuamos: “vamos pensar, vamos buscar esse lugar”. Essas frases precedem uma improvisação vocal que produz um momento de reflexão através de notas longas, agudas e harmoniosas. Após esse improviso, (compassos 219-240) a intensidade diminui progressivamente até o fim da canção.

A partir do pedido de Antônia, essa música recebeu o título sugerido por nós de “Qual é o seu lugar”. Logo em seguida, Antônia faz um *funk* que parece evidenciar sua identificação com a rua e também sua insatisfação com esse lugar: “*Sou de rua/ Dia e noite passo fome/ Dia e noite morro e sofro de frio/ o dia acaba e eu passando fome/ e eu na rua quase todos os dias apanhando dos policiais/ não tenho casa mais sou gente/ moro na rua/ durmo no chão/ mas sonho que um dia na multidão/ alguém me estenda a mão*”.

¹⁶ Cadência V – IV – I: após a suspensão da dominante a frase não conclui sobre a tônica, mas sim gera outro movimento antes do repouso.

Canta com pouca inflexão melódica, em intensidade baixa e desestruturada ritmicamente. Diz que essa música foi “complicada, eu me embolei toda” (sic). Lembramos que a letra fala das dificuldades de estar na rua. Antônia comenta que para sair das ruas trabalha no tráfico e acaba usando as drogas que vende. Conta seu sonho de que alguém com muito dinheiro possa lhe dar uma boa pra comprar uma casa própria. *Alguém que lhe estenda a mão pra sair da rua*. Ressaltamos a quantidade de planos trazidos por Antônia nessa sessão: sair da rua, trabalhar como gari e poder buscar qual o seu lugar.

Antônia canta, mais uma vez, “*Faz um Milagre em Mim*”. Pergunta se poderá dar continuidade a musicoterapia após sair de alta. Acolhemos seu pedido e combinamos de conversar com ela e com sua profissional de referência sobre isso.

Na quinta sessão relatada, Antônia chega junto com sua psicóloga que levanta a questão da continuidade da musicoterapia trazida por Antônia, pactuada entre nós nesse momento. Ao entrar na sala, Antônia fala sobre a alta e diz que está insegura.

Fizemos a proposta de criar sobre esse tema. Ao lhe darmos as opções entre acorde maior e menor Antônia, escolhe o acorde de tom maior. Diz que a música deve ser agitada. Começa a cantar:

*Estou perto de ir embora
vou voltar pra rua
e não sei como vai ser
vou fazer de tudo pra não ir pras drogas
Vou pro CAPS todo dia vou vir pro SAD
E vir pra música cantar (...)
Vou voltar pra rua, mas não vou voltar pras drogas
porque agora eu tenho o CAPS
Agora eu tenho a música
Agora eu me ocupo*

Quando termina de cantar, afirma que gostou da música e evidencia o trecho “não voltar pras drogas”. Antônia diz que precisa dizer não até o final, mas pode dizer sim para traficar. Aponta como outra opção para ganhar dinheiro roubar. Recordamos seu relato do trabalho como “padeira” e de seu plano de trabalhar como gari. Então Antônia comenta: “se eu conseguir um emprego eu volto pra casa”. Afirma que, dessa forma, voltaria só para dormir e que poderia voltar a estudar.

Em seguida, pede para colocar músicas em seus versos e intitula a composição de “Músicas Versadas”

Eu queria que meu coração fosse transparente

*E meu amor tivesse cor
 pra que você pudesse ver
 O quanto eu amo você (2x)
 Triste não e estar só
 é estar no meio da multidão e sentir sua falta
 Existem pessoas que só de existir já te fazem feliz (...)
 Se você me matar não precisa de punhal
 é só dizer que não me ama que a morte será fatal*

Dedica a música ao seu irmão, de quem afirma ter sentido falta e relata que recebeu sua visita. Pede para repetir a música “sobre minha mãe”, executada na segunda sessão: “*Por que você saiu de casa/ que mal sua mãe te fez?/ (...) Volta pra casa sua mãe está preocupada/ ela te ama/ te ama, sim/ ela é sua melhor amiga/ Volta pra casa/ Volta pra casa/ sua mãe está preocupada/ ela te ama/ te ama, sim*”.

Perguntamos se ela imaginou alguém lhe fazendo esse pedido “volta pra casa” e ela afirma: “Imaginei meu irmão”. Questiono qual poderia ser a resposta ao seu irmão e Antônia logo responde: “eu vou dizer pra ele: eu vou viver na rua e quando eu ficar velhinha vou morar na Longa (Permanência) em Jurujuba”.

Entendemos as composições musicais como importante recurso técnico e como veículo onde Antônia tem podido explorar temas do seu cotidiano, bem como dilemas importantes, seus anseios, sonhos, planos. Tais composições apontam possibilidades de elaboração, associação, ressignificação e de busca por novos caminhos: Qual é o seu lugar?

Nota-se a ambivalente relação com a mãe, com a casa e com a rua. Na maioria das vezes que abordou esses temas pediu o hino evangélico “*Faz um milagre em mim*”: *Entra na minha casa, entra na minha vida/ mexe com minha estrutura/ sara todas as feridas...*”.

A partir da análise das manifestações sonoro-musicais, através de relatórios e de gravações em áudio, evidencia-se a possibilidade de expressão do seu mundo interno. Salientamos, também, o quanto os seus “movimentos musicais” podem ser associados a “falta de contorno e de referência” e, que a partir do vínculo e do tratamento interdisciplinar, Antônia vai estruturando suas músicas e clarificando seu discurso.

Para encerrar, gostaríamos de levantar algumas questões: Como lidar com as sutilezas do caso Antônia, como: a difícil adesão ao tratamento, a tendência a institucionalização e o “risco de morte” no pós-alta? Como oferecer uma alternativa a continência que a internação parece lhe ofertar?

Esperamos que a continuidade dos atendimentos de musicoterapia possa contribuir para estabilização do caso e para a busca de Antônia por um lugar e por novos caminhos.

Anexo 1

QUAL É O SEU LUGAR

ANTONIA



VOL - TA PRA CA - SA SA-IA DA RU - A A RU - A NAO E'O SEU LU - GAR

POLLYANNA

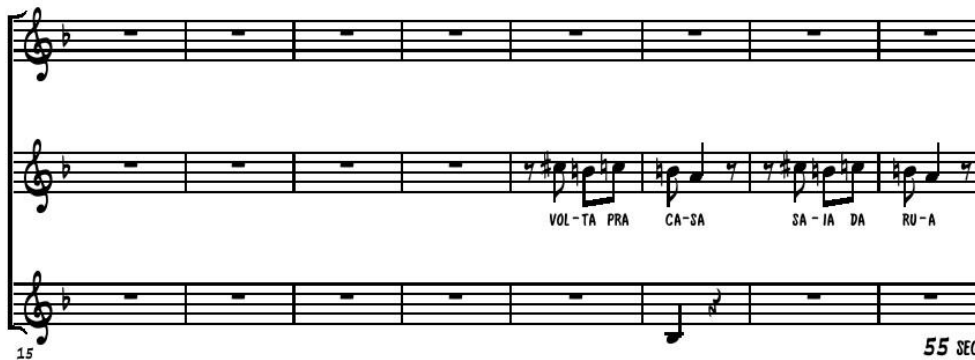


PANDEIRO...

LUCAS




VOL-TA PRA CA-SA SA-IA DA RU-A A RU-A NAO E SEU LU-GAR



VOL-TA PRA CA-SA SA-IA DA RU-A

15

55 SEG

2

QUAL E O SEU LUGAR

MAS AS VE ZES NAO TE - EM _

A RU A _ NAO E SEU LU GAR

23

OU-TRA OP-CA _ AO D'ES CO LHA _

MAS AS VE-ZES NAO TE -

F

1m12s

31

D'ES CO _ LHA _

EM OU - OP-CA _ AO CO _ LHA _

B^b C⁷ F B^b

1m23

32

NAO

QUAL E O SEU LUGAR

3

46

TE - EM OP - CA - AO D'ES - CO - LHA VOL - TA PRA CA - SA

54

55

SA - RA DA RU - A ESSE - NAO E'O SEU LU - GAR AS VE - ZES NAO

61

62

TE - EM OU - FRA OP CA AO D'ES CO - LHA VOL TA PRA

68

2M

4

QUAL É O SEU LUGAR

SA-IA DA RU - A ESSE NAO É O SEU LU GAR
 CA - SA

70

AS VE ZES NAO TEM OU TRA OP CAO D'ES CO-LHA
 AS VE ZES NAO TEM OU TRA OP CAO D'ES CO-LHA

77

2M22

ES-TOU EM -
 EN TAO - O QUE ES CO LHER

85

QUAL E O SEU LUGAR

5

DU-VI-DA _____ NAO SEI O QUE FA ZER

EN TAO

C⁷ F F⁷/A B^b

95

O QUE ES CO-LHER _____ LHER

ES-TOU EM-DU-VI-DA

D⁷ C^{#7} D⁷ G M D⁷ G M

104

_____ NAO SEI O QUE FA ZER

VOL-TA PRA CA-SA SA-IA DA

C⁷ F C⁷ F

112

VOL-TA PRA CA-SA SA-IA DA

6

QUAL E O SEU LUGAR

RU-A A RU A NAO E'O SEU LU - GAR AS VE ZES NAO TEM OU TRA OP

G M GM7M GM7 B^b

121 3M15

VOL-TA PRA CA - SA SA-IA DA RU-A

CAO D'ES CO LHA VOL-TA PRA CA - SA SA-IA DA RU-A

G M C⁷ F C⁷ F

129 CAO D'ES CO LHA VOL-TA PRA CA - SA SA-IA DA RU-A

ESSE NAO E O SEU LU GAR AS VE ZES NAO TEM OU TRA OP CAO

ESSE NAO E O SEU LU GAR AS VE ZES NAO TEM OU TRA OP CAO

D⁷ G M GM7M GM7 B^b C⁷

138 ESSE NAO E O SEU LU GAR AS VE ZES NAO TEM OU TRA OP CAO

QUAL E O SEU LUGAR

7

146

D'ES CO LHA

D'ES CO LHA EN TAO - O QUE ES - CO - LHER

D'ES CO LHA

C⁷ F F⁷ B^b C⁷ D M

156

RU - A CO - U - NI - GAR

RU - A CO - U - NI - GAR

G M C⁷ F

166

TAO - O QUE ES - CO - LHER SE. A RU A - A

TAO - O QUE ES - CO - LHER SE. A RU A - A

B^b C⁷ F D M G M

8

QUAL E O SEU LUGAR

PAUSA CHOICALHO E VOZ

NAO E O SEU LU GAR

PAUSA VIOLAO

C⁷ F F C⁷ C⁷ C⁷ F

176 NAO E O SEU LU GAR

NAO SEI

QUAL E O SEU LU - GAR

B^b F

185 QUAL E O SEU LU - GAR

VA MOS BUS CAR

B^b C⁷ F B^b

195 VA-MOS CRI AR

QUAL É O SEU LUGAR

9

205

ESSE LI GAR ESSE LU GAR

C⁷ F B^b B^b C⁷

5M12 CONS TRU

214

IR SEU LU GAR

LA LA LA.....

C⁷ F B^b C⁷ F

224

DM GM C⁷ CM F⁷

10

QUAL E O SEU LUGAR

The image shows a musical score for the song "Qual e o seu lugar". It consists of two systems of three staves each. The first system includes a vocal line with lyrics "VA MOS PEN SAR" and a piano accompaniment with chords B^b, C⁷, F, D M, and G M. The second system includes a "PAUSA CHOCALHO" section with two eighth notes, a "PAUSA PANDEIRO" section with a rhythmic pattern, and a piano accompaniment with chords C⁷, B^b, and F. The lyrics "QUAL E O SEU LU GAR" are written below the piano accompaniment in the second system.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELLOS, Lia Rejane M. **Musicoterapia: Alguns Escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

FERRARI, Pollyanna de Azevedo. **A Musicoterapia em Saúde Mental: A Música como Discurso Possível na Clínica da Psicose**. Monografia de conclusão da Residência em Saúde Mental. Rio de Janeiro: UFRJ, 2010.

TIBURCIO, Lucas Antunes. **Harmonia em musicoterapia: aplicações e implicações**. Monografia apresentada na conclusão do curso de musicoterapia. Rio de Janeiro: Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário, 2010.

Harmonia em Musicoterapia: Aplicações e Implicações

Lucas Antunes Tibúrcio¹⁷

Palavras-chaves: harmonia, musicoterapia, psicologia da música, funções harmônicas

Este trabalho é um recorte de monografia apresentada na conclusão do curso de musicoterapia. Objetiva-se estudar a utilização da harmonia em musicoterapia interativa (BARCELLOS, 1984), focando nos processos de produção harmônicos do musicoterapeuta (aplicações) e nos processos de recepção harmônicos do paciente (implicações). Para tanto, foi realizado extenso levantamento bibliográfico constatando a escassez de material na literatura especializada. As fundamentações teóricas deste trabalho adevem da musicologia histórica (panorama histórico da harmonia) e teórica (teoria e análise musical), da psicologia da música (desenvolvimento e percepção musical harmônica) e da musicoterapia (análise musicoterápica e aplicação clínica da harmonia). Pretende-se com essa fundamentação inicial demonstrar a relevância do parâmetro harmonia para a clínica musicoterapêutica – por fazer parte da nossa cultura, por acompanhar a história humana, por estar presente no desenvolvimento infantil. Posteriormente propõe-se quatro funções harmônicas na clínica musicoterapêutica: função de condução; continente; forma e mobilização, demonstradas com exemplos clínicos. Espera-se contribuir para a reflexão de critérios de harmonização, re-harmonização, tonalidade, modulação e suas adequações aos diversos contextos clínicos, na expectativa de fortalecer o potencial terapêutico da música e colaborar para que o ser humano, centro de qualquer terapia, possa conviver melhor com suas dificuldades e ter uma vida mais saudável.

Este artigo busca questionar e refletir acerca do emprego do elemento musical harmonia na prática da musicoterapia interativa, no que concerne à harmonia que o musicoterapeuta faz e que o paciente recebe, constituindo-se nas aplicações e implicações.

17 . Especialização em Educação Musical e Licenciatura em Música em curso pelo Conservatório Brasileiro de Música. Bacharel em Musicoterapia (2009) pelo CBM-CEU. 1º Tesoureiro da AMT-RJ. Musicoterapeuta do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Atendimento em consultório. Coordenador da Comissão Científica do XVIII Fórum Estadual de Musicoterapia. Violonista do Fala Brasil. E-mail: lucastiburciomt@yahoo.com.br

Uma vez que harmonia é um tema sobre o qual a musicoterapia brasileira tem dado pouca importância e, por isso, de literatura escassa, este estudo pretende, com as questões suscitadas, contribuir para a formulação de uma base teórica mais consistente acerca da música em musicoterapia e ampliar o debate sobre o assunto. Este é um passo importante para “ter-se uma compreensão da música através da qual o paciente se expressa ou, ainda, ter uma compreensão da música que seria mais adequada para este ou aquele paciente, quando escolhida pelo terapeuta. (BARCELLOS, 2004, p.107)

Embora a harmonia faça parte da música utilizada nas duas formas de aplicação de musicoterapia – receptiva¹⁸ e interativa – só o emprego da harmonia na musicoterapia interativa¹⁹ será aqui estudado.

Para a pesquisa bibliográfica foram encontrados muitos documentos que contêm as palavras descritoras relatadas, ou algumas delas. A grande maioria destes, porém, utiliza o termo harmonia com outros significados que não de conotação musical, não possui nenhuma ligação com a questão central do presente trabalho, não faz articulação alguma com a prática musicoterapêutica ou contêm a palavra harmonia apenas na definição de musicoterapia.

É importante ressaltar que **nenhum** artigo que articule harmonia (especificamente) com musicoterapia ou saúde, foi localizado nos bancos de dados CVSP, Cochrane Collaboration, Bireme, Scielo e Lilacs. É relevante mostrar que não foi encontrado **nenhum** texto de musicoterapia que contenha a palavra harmonia no título, o que dificultou ainda mais a busca. Por isto, considera-se que este é um trabalho pioneiro na área.

É indubitável a necessidade de se traçar um panorama histórico da harmonia para iniciar uma reflexão sobre seu conceito que adquiriu, ao longo dos anos, variações.

Para o musicólogo francês Olivier Alain (apud ZAMPRONHA, 1996, p.81) compreender a história da harmonia é “reconhecer as diferentes etapas da audição no Ocidente. É constatar a relatividade da linguagem sonora, mas também as possibilidades indefinidas de adaptação do ouvido”.

Compreender a história da harmonia é, portanto, compreender a história da música ocidental, da polifonia e do contraponto, do tonalismo e do sistema temperado.

¹⁸Aquela na qual o paciente recebe a música, não tendo participação ativa na produção sonoro-musical realizada pelo musicoterapeuta ou por música gravada (BRUSCIA, 2000).

¹⁹ “...musicoterapeuta e paciente ativos no processo de fazer música” (apud BARCELLOS, 1992, p.20)

Pela origem da palavra harmonia, recorre-se à mitologia grega para uma maior compreensão de seu significado e simbolismo. Nessa mitologia Harmonia era filha de Afrodite com um de seus amantes, Ares. A filha do curioso encontro da Deusa do Amor com o Deus da Guerra não poderia receber nome mais apropriado. Fruto da união de dois opostos, Harmonia era, em si, a simetria, a proporção, a junção das partes.

Em uma das variações da mitologia grega, Harmonia teria dado luz a nove Musas²⁰: palavra que pertence à mesma família etimológica dos vocábulos *música* – o que concerne às Musas – e *museu* – templo das Musas (BRANDÃO, 2000a).

Quanto ao contexto musical, na Grécia Antiga, a palavra harmonia poderia fazer referência tanto à teoria musical Grega (notas, intervalos, gêneros, sistemas de escalas, tons, modulação e composição melódica) quanto à consonância entre as notas, ou ainda, referir-se ao que mais tarde foi chamado de Modo: dório, frígio, entre outros. (GROUT; PALISCA, 1997).

Os conhecimentos da era cristã foram, ao longo do tempo, compilados e transmitidos por meio de manuais e tratados enciclopédicos. Boécio (Roma, c. 480-524 d.C) escreveu em seu tratado, *De Institutione Musica* (c. 500 d.C). A harmonia era compreendida por Boécio, e por muitos outros pensadores da época, como uma arte matemática, que podia ser entendida e explicada por números.

A primeira obra sistemática conhecida de teoria musical do ocidente: o livro *De Harmonica Institutione* (c. 880), de Hucbald, contem registros de uma polifonia arcaica (diafonia). A partir desse período da história, a música ocidental começa realmente uma mudança paradigmática ao deixar de estruturar o canto pela monodia e passar a realizar o canto a duas vozes – primeiro paralelas (com os intervalos consonantes de quarta e quinta justa) e posteriormente com movimentos contrários²¹ e oblíquos²² (BARCELLOS, 1999).

No século XI já era possível, do ponto de vista melódico e de intervalos, distinguir cadências suspensivas e conclusivas (BARCELLOS, 1999). Com base em Olivier Alain, Barcellos afirma que no final do século XIII a terça passou a ser usada como consonância,

²⁰ “As Musas são apenas as cantoras divinas, cujos coros e hinos alegram o coração de Zeus e de todos os Imortais, já que sua função principal era presidir ao Pensamento sob todas as suas formas...” (BRANDÃO, 2000a, p.203).

²¹ “Duas vozes seguem em direção oposta, uma à outra” (sic) (KOELLEUTTER, 1978, p.11).

²² “Uma voz se conserva firme enquanto a outra se movimenta em qualquer direção” (Ibid., p.12).

ocupando os tempos fortes enquanto aos tempos breves reservaram-se as dissonâncias de sétima, nona e segunda menor (BARCELLOS, 1999).

Surgiram nessa época importantes tratadistas que observaram a necessidade de se criar códigos de regras e restrições para o manuseio desses novos intervalos empregados. Dentre eles, o cientista e teórico inglês Walter Odington (1298 - 1316), a quem é atribuído o papel de ter fixado o acorde²³ consonante (ZAMPRONHA, 1996).

Assim, foram criadas leis de encadeamento, os intervalos classificados como consonância ou dissonância e obrigou-se a alternância de tensão e relaxamento. Esses fundamentos teóricos se constituíram o germe das posteriores leis harmônicas e regularam a formação do contraponto, que teve seu apogeu no século XIV. Nesse século, o discurso harmônico começou a se distinguir do melódico e afirmou-se o movimento cadencial V-I.

No final do século XIV e começo do XV já se faziam modulações a tons vizinhos e “a teoria começa a registrar o encadeamento V-I, no baixo e, ao mesmo tempo, o movimento melódico sensível-tônica no soprano” (BARCELLOS, 1999, p.23).

O italiano Gioseffo Zarlino (1517-1590) descreveu em seu tratado *Institutioni Harmoniche*, pela primeira vez, a tríade como estrutura harmônica e não como combinação intervalar e explicou o “acorde perfeito maior pela divisão harmônica da corda e o menor pela divisão aritmética” (ZAMPRONHA, 1996, p.87).

Os séculos XVI e XVII são marcados por importantes acontecimentos, decisivos para o desenvolvimento da harmonia. O acorde dominante²⁴ recebe a terça, resultando no acorde perfeito conclusivo clássico. Afirma-se a utilização de acordes de três e quatro sons e suas inversões, com a verticalização das notas os acordes passam a ser cifrados (BARCELLOS, 1999) e “Joseph Sauveur (1653-1716) concebe uma explicação racional do fenômeno dos sons harmônicos e cria a acústica musical” (ZAMPRONHA, 1996, p.87).

Com o acréscimo da terça no acorde de sétima da dominante (que já possuía caráter preparatório pelos movimentos de V-I no baixo e sensível-tônica no soprano), o acorde

²³ O termo acorde tem duas origens etimológicas. A primeira delas vem do francês *accord* que se refere a significados estritamente musicais: cântico, poesia lírica ou o agrupamento de três ou mais notas diferentes. A segunda origem vem de acordar – do latim vulgar *accordare* – que remete a: estar de acordo, em harmonia, despertar; excitar, fazer nascer, provocar. (FERREIRA, 2004).

²⁴ As duas origens latinas do termo dominante (*dominante* e *dominatione*) elucidam sobre seu significado em música. A primeira diz respeito a: dominador; que prepondera, influi; que predomina. A segunda refere-se à dominação, autoridade, soberania exercício de poder sobre outros (FERREIRA, 2004).

dominante passa a causar tensão ainda maior com o intervalo de 4ª aumentada²⁵ gerado entre a sua terça e a sétima menor – o trítono.

Com o trítono, somente no século XVI, a música encontrava uma função para o intervalo de 4ª aumentada, que era difícil de ser tratado melódica e harmonicamente e, por isso, pouco aceito desde a Idade Média, quando foi proibido de ser usado pela igreja que o considerava um *diábolus in musica* (diabo na música).

Na medida em que a música se desenvolvia cada vez mais em termos de progressão harmônica, passava a ser comum a prática do baixo contínuo em fins do século XVI. O baixo contínuo era a linha de baixo ininterrupta executada de maneira a construir harmonias por um ou mais instrumentos (GROVE, 1994).

Ocorrem ainda, nos séculos XVI e XVII, duas mudanças paradigmáticas sob as quais se desenvolveu a posterior música do ocidente. A supremacia do tonalismo e o sistema temperado, que surgiu também por uma necessidade eminentemente harmônica – a modulação. Tendo em vista a substancial importância dessa mudança, José Miguel Wisnik considera que “a passagem do modal ao tonal acompanha aquela transição secular do mundo feudal ao capitalista...” (WISNIK, 2007, p.113).

Este lento processo de desenvolvimento harmônico culmina, no século XVIII, em dois dos mais importantes estudos de toda a história da música ocidental: *Das Wohltemperiert Clavier* (O Cravo Bem Temperado) de Johann Sebastian Bach (1685-1750) e o *Traité de l'harmonie réduite à ses principes naturels* (Tratado de Harmonia reduzido a seus princípios naturais) de Jean-Philippe Rameau (1683-1764).

Enquanto Bach constatava a hegemonia do temperamento²⁶ e do tonalismo com seus 24 prelúdios e fugas, Rameau formulava a primeira teoria de geração dos acordes, explicando-os pela superposição de terças. Com isso, Rameau embasa teoricamente o que já se punha em prática. (GROUT; PALISCA, 1997).

Essa mudança do paradigma musical aconteceu na medida em que, dentre os diversos modos, as polaridades maior (modo dórico) e menor (modo frígio) passaram a predominar. Essa aparente redução de sonoridades implicou na busca de novas

²⁵ Considerado um intervalo muito instável e dissonante, a 4ª aumentada é exatamente a metade do intervalo de maior consonância (a oitava) e igual a sua própria inversão.

²⁶ O sistema temperado é a divisão igualitária da oitava em doze partes iguais – o semitom, que é a menor medida intervalar do ocidente.

possibilidades, novos caminhos, levando à modulação, que só passou a ser possível com o temperamento.

O temperamento foi pensado por muitos anos, mas só foi adotado a partir do começo do século XVIII quando a necessidade de uma afinação padrão tornou-se imprescindível devido à crescente complexidade harmônica dos conjuntos barrocos que produziam “distorções na somatória dos instrumentos, chocando cordas e vozes com teclados...” (WISNIK, 2007, p.131) e devido à crescente necessidade de modulação que o próprio tonalismo engendrou.

O tonalismo caracteriza-se, portanto, por possuir um centro tonal, uma nota-eixo (a tônica ou primeiro grau), em torno da(o) qual os demais graus gravitam e alguns nela(e) resolvem, repousam. É um sistema eminentemente harmônico, que se estrutura com o temperamento igual e que tem como célula o acorde.

Rameau defendia o mesmo princípio de Zarlino – de que a tríade maior deriva da divisão harmônica da corda – fato que foi corroborado, mais tarde, com o estudo das séries harmônicas. Também como Zarlino, postulou a construção de acordes a partir de terças superpostas teorizando a possibilidade do uso das tensões de sétima, nona e décima-primeira (GROUT; PALISCA, 1997).

Uma das hipóteses de Rameau mais questionadas, ainda hoje, é a que considera que a melodia deriva da harmonia, seja de maneira explícita ou implícita. Para justificar este princípio o autor estabeleceu o que passou a ser a base da teoria harmônica clássica e o que hoje se considera como suas maiores contribuições: a noção de baixo fundamental (*basse fondamentale*) e a consequente possibilidade de reconhecer um acorde por suas inversões (Ibidem.).

Rameau classificou não somente os acordes por si mesmos (com a ideia de baixo fundamental, inversões e acréscimos de tensões a partir da superposição de terças), mas também segundo suas relações com o centro tonal e com os acordes antecessores e/ou sucessores (LOPES-GRAÇA, 1977).

Para isso, Rameau estabeleceu as funções de tônica, dominante e subdominante, teorizando (no século XVIII) os pilares da tonalidade e iniciando a noção de *harmonia funcional* que foi desenvolvida nos séculos seguintes por Gottfried Weber (1779 – 1839) e Hugo Riemann (1849 – 1919).

No século XIX, Weber, teórico e ensaísta alemão, cifrou os graus da escala por números romanos – utilizado até os dias de hoje. Riemann, por sua vez, criou a Teoria Funcional – desenvolvida e aprofundada posteriormente por Max Reger (1873 – 1916), Herman Grabner (1886 – 1969) e H. J. Koellreutter (1915 - 2005) – baseada no princípio de Rameau que diz que os acordes possuem as funções de tônica, subdominante ou dominante (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 1978).

O compositor, teórico e educador H. J. Koellreutter, ao falar sobre as funções harmônicas em seu método de ensino de harmonia intitulado “Harmonia Funcional: introdução à teoria das funções harmônicas” considera que

O sentido da função resulta do contexto, do relacionamento, consciente ou inconsciente, de fatores musicais, antecedentes e conseqüentes, e varia, oscila, entre os conceitos de repouso (tônica) e movimento (sobdominante, dominante), afastamento (subdominante) e aproximação (dominante) (KOELLREUTTER, 1978, p.13).

O século XIX caracterizou-se por uma ampliação da concepção tonal, explorada pelo Romantismo. Surgiram acordes alterados, novos encadeamentos, modulações rápidas, para tons distantes e o uso cada vez mais livre de tensões (BARCELLOS, 1999). Os compositores impressionistas libertaram-se da obrigação da resolução, adotaram escalas exóticas e utilizaram acordes polivalentes, como o acorde diminuto (LOPES-GRAÇA, 1977).

As últimas fases da história da harmonia, nos séculos XX e XXI, são protagonizadas por uma liberdade cada vez mais expressiva. Schoenberg (1874 – 1951) surge com o atonalismo²⁷ e o serialismo dodecafônico²⁸, Stravinsky (1882 – 1971) com obras de caráter politonal²⁹ e também composições seriais e Bela Bartók (1881 – 1945) com o pancromatismo (BARCELLOS, 1999). Não satisfeitos, contudo, compositores como Alois Haba (1893 – 1944), procuram desenvolver uma música microcromática³⁰ (LOPES-GRAÇA, 1977).

²⁷ Quando não há uma tonalidade definida.

²⁸ A música serial se propõe a utilizar parâmetros da música, notadamente a altura, em série como base para uma composição. O serialismo dodecafônico utiliza como série uma sequência qualquer, pré definida, das doze notas cromáticas da escala temperada, objetivando, com isso, afastar-se do tonalismo (GROVE, 1994).

²⁹ “Uso simultâneo de duas ou mais tonalidades diferentes” (GROVE, 1994, p.733).

³⁰ Música a qual utiliza intervalos menores que de um semitom, chegando a um quarto de tom.

Portanto, a harmonia deixa de ser funcional e passa a ser utilizada de acordo com “a necessidade expressiva do compositor e não mais segundo as regras tradicionais” (BARCELLOS, 1999, p.27).

Como foi possível observar neste panorama histórico, na medida em que o homem se lança a explorar o mundo, ele deposita em suas produções vestígios de sua necessidade de mudança, de inovação e superação. A música, como parte integrante da vida humana, não fica alheia a essa necessidade, e o conceito de harmonia passa naturalmente, ao longo dos anos, por variadas mudanças.

Schoenberg, a esse respeito diz que “La armonia no existe como conocimiento intemporal: existe la armonia de uma época determinada” (apud ZAMPRONHA, 1996, p.91). Por esse motivo, com as variadas mudanças que a música assumiu ao longo dos anos o conceito de harmonia também foi se transformando.

Os autores Zula de Oliveira e Marilena de Oliveira, também professores de harmonia da FAP-ARTE (Faculdade Paulista de Artes) esclarecem: “Enquanto que entre os gregos e praticamente toda a Idade Média, [harmonia] significava ‘sequência ordenada das escalas’ da Renascença prá frente (classicismo, romantismo, até início da idade moderna) significou: ‘disposição equilibrada e quase que determinística, das tríades consonantais” (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 1978, p.04).

Percebe-se que nesse último período a definição de harmonia dos autores enlaça um revolucionário e importante conceito da música ocidental – o acorde – abordando-o como tríade consonantal. Koellreutter, referindo-se ao fim do século XVII e início do XVIII especificamente, afirma que com o crescente uso de acordes e gradual desuso do contraponto surge “O conceito de ‘harmonia’ como ‘teoria da concatenação de acordes” (KOELLREUTTER, 1978, p.14).

Atualmente o conceito de harmonia ampliou-se devido à elasticidade que esse parâmetro adotou nos séculos XIX e XX, como observado anteriormente, podendo ser entendido como: “...apenas disposição formal (plástica, diríamos) do material sonoro-rítmico que constitui o fenômeno que recebe o nome de música” (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 1978, p.04) ou ainda “...relações ou proporção entre as diferentes frequências em jogo num determinado contexto musical” (MENEZES FILHO apud ZAMPRONHA, 1996, p.81).

À medida que a música e seus conceitos se transformaram, modificaram também os aparatos humanos necessários para perceber, compreender e produzir essas novidades. Da mesma maneira, o conhecimento sobre como se dão os processos da percepção musical sofreu transformações com o desenvolvimento das pesquisas científicas em música.

Nesse trabalho, utiliza-se como fundamentação teórica, os estudos da psicologia da música, prioritariamente por ser considerada uma área de grande importância e contribuição na pesquisa científica da música atual, um campo de estudo de natureza interdisciplinar (que abrange, entre outras áreas, a musicoterapia) e que se destina a pesquisar

os diversos processos mentais que regem as mais variadas atividades musicais humanas, incluindo suas influências externas e internas. Tratando de problemas que vão desde o desenvolvimento dos processos de audição e apreciação musical até o funcionamento do cérebro na presença e ausência de estímulos sonoros e musicais; do aprendizado, decodificação e leitura de partituras até a composição ou execução musicais, a ciência cognitiva da música investiga as relações existentes entre os fenômenos musicais e a mente humana (ILARI, 2006a, p.11-12).

Entende-se que esses estudos são de extrema importância para a clínica musicoterapêutica por possibilitarem compreender melhor o paciente, como o musicoterapeuta pode utilizar a música de forma mais adequada, bem como avaliar em qual estágio de desenvolvimento o paciente se encontra por meio de seu desenvolvimento musical (BARCELLOS, 2009).

Em *“Las bases psicológicas de la educacion musical”* o educador Edgar Willems considera que o acorde, como base da harmonia, tem um tríplice aspecto: sensorial (fenômeno fisiológico); afetivo (conjunto de relações intervalares) e mental (capacidade de analisar e sintetizar; função tonal) (WILLEMS, 1961).

Zampronha utiliza os conceitos de Willems e atribui esse tríplice poder à harmonia por entender que

a música harmônica não é só acorde, mas também ritmo, ritmo harmônico e cadencial; é sucessão de funções tonais, é tempo, fraseado, melodia, timbre, sintaxe, construção formal, arquitetural, tudo induzindo respostas de caráter ativo, afetivo e intelectual (ZAMPRONHA, 2007, p.49).

Dentre as teorias de desenvolvimento musical existentes sem dúvida a mais audaciosa é a de Mary Serafine, publicada em 1988 no livro *“Music as cognition. The*

development of thought in sound". A autora cria uma teoria que propõe apresentar alguns processos cognitivos musicais que seriam genéricos e panestilísticos.

Serafine define por processos cognitivos genéricos³¹ “aqueles que estão presentes em todos os estilos musicais³²” (SERAFINE, 1988a, p.2) e descreve duas categorias de processos cognitivos genéricos: processos temporais e não-temporais. Em ambos foi observada a influência, direta ou indireta, do parâmetro harmônico.

Consequentemente, para a autora, o fraseado, que é um processo cognitivo genérico temporal sucessivo, pode ser assinalado por mudanças ou resoluções harmônicas.

A dimensão sucessiva dos processos temporais é, sem dúvida, uma forte razão ou um reflexo cognitivo para que a música apresente estruturas previsíveis em diferentes culturas e épocas. O caráter previsível, familiar e confortável da canção é um tema tratado no esplêndido texto “Familiaridade, Confortabilidade e Previsibilidade da Canção Popular como ‘Holding’ às Mães de Bebês Prematuros” de Barcellos (2007) e aprofundado em sua tese (2009).

Ainda dentro dos processos cognitivos genéricos temporais Serafine aborda a segunda dimensão, simultânea, como sendo “a operação de combinar e sintetizar eventos musicais, verticalmente, acrescentando ou superpondo um evento ao outro” (SERAFINE, 1988b, p.6).

Para Serafine (1988b) a operação cognitiva de simultaneidade pode ser de quatro tipos. Além da evidente **síntese de acorde** ela também apresenta a síntese de timbre, de motivo e a abstração textural.

Crucial seria, no entanto, identificar “quando e como dois ou mais eventos podem ser superpostos e reter, intactas, suas identidades ou quando e sob que condições eles formarão um novo todo que é percebido como um evento integrado (SERAFINE, 1988b, p.6)”.

Serafine (1988b) defende que o acorde perfeito é uma entidade tão unificada que somente uma capacidade especializada em habilidades musicais poderia discriminar a

³¹ Para Serafine todos os processos cognitivos fazem parte das “três atividades associadas com a produção musical: composição, execução, percepção” (SERAFINE, 1988c, p.1).

³² A autora define estilo musical como “princípios compartilhados de se criar e compreender música, que estão em uso numa comunidade específica” (SERAFINE, 1988a, p.5), sendo que comunidade para Serafine é uma comunidade musical composta por compositores, instrumentistas e ouvintes associados com um estilo específico.

quantidade de sons contidos nele. Dificilmente o acorde será considerado três sons superpostos, sendo percebido, de modo geral, como sons integrados.

Aqui há um dado muito importante no que concerne à percepção da harmonia. Serafine considera que a capacidade de sintetizar acordes, de perceber duas ou mais alturas executadas simultaneamente, presentes em uma grande variedade de estilos musicais e, portanto, em grande parte de humanos, faz parte dos processos cognitivos genéricos e pan-estilísticos.

Ainda com relação aos processos cognitivos genéricos, Serafine desenvolve a segunda grande categoria – processos não-temporais. Esclarece, no entanto, que esse nome dá-se no sentido de que são “operações mais formais, lógicas, abstratas, baseadas no material musical... são processos agrupados evento a evento” (SERAFINE, 1988b, p. 7), mas que são obviamente temporais no sentido de que toda a música dá-se no correr do tempo.

Os processos não-temporais dividem-se em outros quatro: processo de fechamento; transformação; abstração e níveis hierárquicos, sendo os dois primeiros válidos para o objetivo deste trabalho.

1. Fechamento – é o processo de estase³³ (fechamento, parada) no fim de um segmento ou de uma música efetuado geralmente na música tonal pela **harmonia** e melodia, embora outros parâmetros também possam ter esse papel (SERAFINE, 1988b, p.8).
2. Transformação – são variações que ocorrem no decorrer do discurso musical e que são responsáveis “por muitos efeitos de criação de unidades, em música... fonte ou causa de relações de similaridade e diferenças” (SERAFINE, 1988b, p. 8). Dentre os três tipos descritos pela autora, o terceiro – transformação substantiva – é o de maior nível de variação do evento original. Na música ocidental a transformação substantivada pode ser aplicada a diversos atributos musicais, assim como às **seqüências tonais** (SERAFINE, 1988b).

Mary Serafine expõe os resultados de pesquisas que realizou com crianças, demonstrando, em uma perspectiva desenvolvimentista, os processos cognitivos musicais genéricos dos quais todas as pessoas são dotadas, com ou sem formação musical. Serafine observou que os processos não-temporais tendem a se desenvolver antes dos temporais e

³³ No original em inglês: *stasis* (SERAFINE, 1988b).

explica que esse último é mais complexo por requerer um “monitoramento analítico constante” (1988c, p.7).

A última infância mostrou ser um momento propício para os processos temporais e não-temporais. Dois terços das crianças obtiveram sucesso nas tarefas realizadas (SERAFINE, 1988c), não houve deficiência no entendimento de sucessão, simultaneidade, transformação, fechamento e foram capazes, ainda, de determinarem quais frases terminavam com a cadência dominante-tônica (SERAFINE, 1988c).

Jourdain no livro “Música, Cérebro e Êxtase: como a música captura nossa imaginação” expõe três diferentes fontes que estudam a dissonância: a neurologia, a acústica e a teoria musical (1998).

A primeira se baseia nas especificidades fisiológicas de percepção do ouvido interno, precisamente na cóclea. Sabe-se que o som estimula e ativa as células receptoras da membrana basilar da cóclea provocando um deslocamento (deformação, vibração) nesta membrana. Cada frequência, em ressonância, ativa um ponto específico da membrana. No entanto, além dos receptores associados à frequência, outros receptores ao lado também são ativados.

Jourdain (1998, p.139-140) explica que a essa ativação dá-se o nome de *faixa crítica* para o som e que “quando suas faixas críticas se sobrepõem, duas frequências formam um intervalo dissonante. Ao caírem tão próximos, ao longo da cóclea, os dois sons perturbam a percepção um do outro”.

Esse fenômeno neurofisiológico explicaria a preferência por consonância entre crianças e adultos, inerentes à “estrutura do sistema auditivo dos mamíferos e dos efeitos das leis de ressonância sobre o ouvido” (BORCHGREVINK, 1991, p.66).

A acústica trata a dissonância sobre o ponto de vista do fenômeno físico conhecido por *batimento*³⁴ (JOURDAIN, 1998), o que gera interferência nas faixas críticas, uma vez que, quanto menor a relação intervalar entre duas notas tocadas consecutivamente, maior o batimento e, por sua vez, a faixa crítica.

³⁴ Batimento é quando dois sons de alturas muito próximas vibram simultaneamente gerando uma intensificação momentânea do som – batimentos - a intervalos regulares (JOURDAIN, 1998).

O autor avalia que a interação entre os sons harmônicos³⁵ pode ampliar a dissonância produzida pelo batimento e pela interferência da faixa crítica. Isso é possível uma vez que há um grande número de harmônicos, oriundos de todas as notas da música, em constante interação.

Por fim, Jourdain (1998, p.142) apresenta a visão da teoria musical que entende que a “dissonância se origina nas relações harmônicas entre as notas da escala.” É o que o autor chama de *dissonância estrutural*. A movimentação de um acorde é mais fácil e soa mais agradável, ou ao menos mais previsível, entre os tons vizinhos, que contêm um número maior de notas em comum.

Contudo, as relações prévias e posteriores entre os acordes e o momento em que uma dissonância acontece no discurso musical podem afetar a força da dissonância. O contexto harmônico/musical é o responsável por isso. Por exemplo: a dissonância que acontece em um ponto de chegada harmônica certamente é enfatizada pela acentuação rítmica e provavelmente soa mais desarmoniosa que a dissonância que recai sobre um tempo fraco ou de impulso.

A importância do contexto, não só harmônico, mas também sócio/histórico e cultural é assinalada por Jourdain (1998, p.144) quando o mesmo afirma que a dissonância estrutural varia “de acorde com a aculturação e aprendizagem formal do ouvinte.”

A força da aculturação é tão extrema que sem dúvida é por ela que se explica o fato de até o final do século XIII a terça ser considerada uma dissonância e atualmente percebida consonantemente. Da mesma forma, a partir do século XX torna-se tão comum o uso do 7º grau maior que este passa a ter caráter consonante em muitos contextos, principalmente quando utilizados nos acordes de I e IV graus da escala maior.

Em uma perspectiva desenvolvimentista Jourdain (1998) afirma que uma criança de idade pré-escolar é capaz de identificar mudanças de tonalidade, no entanto, começa a ter senso de relações harmônicas a partir dos cinco anos de idade. A partir dos oito anos a criança começa a diferenciar tons maiores de menores e aos dez pode “[...] acompanhar duas vozes paralelas e reconhecer cadências. A plena compreensão harmônica só começa, quando chega a ocorrer, aos doze anos” (JOURDAIN, 1998, p.154).

³⁵ Harmônicos são sons parciais que compõem uma nota musical e que são responsáveis pelas características tímbricas.

A pesquisadora brasileira Beatriz Senoi Illari (2006b), que tem se dedicado ao estudo do desenvolvimento cognitivo-musical no primeiro ano de vida, traça um panorama da percepção harmônica a partir de pesquisas da psicologia experimental.

Dentre os autores citados por Ilari (2006b), Schellenber e Trehub, em 1996, mostraram que bebês têm uma habilidade superior em perceber mudanças em intervalos harmônicos simples e não complexos. Em pesquisa realizada no ano de 1993, Trainor e Trehub (apud ILARI, 2006b) confirmaram uma maior habilidade de bebês “entre 05 e 11 meses de detectar mudanças de notas em tríades maiores e não aumentadas” (ILARI, 2006b, p.284) e, no mesmo ano, identificaram em estudo anterior, uma melhor *performance* dos bebês em perceber mudanças de padrões em tonalidades relativas (Ibid.).

Os bebês (de 5 a 11 meses) seriam igualmente capazes de discriminar acordes consonantes e dissonantes segundo pesquisa de Trainor e Heinmiller (Ibid.). Trainor, Tsang e Cheung, ao estudarem bebês de 2 e 4 meses, observaram que eles preferiram a consonância (Ibid.).

Ainda a respeito da consonância/dissonância, Trainor e Heinmiller, Vidal, bem como Zentner e Kagan apontam que os bebês além de discriminarem consonâncias de dissonâncias preferem ouvir músicas com intervalos consonantes (Ibid.). No Brasil, Vidal comparou as preferências dos bebês por Mozart e Schoenberg, sendo Mozart o preferido dos mesmos (Ibid.).

Como observado, a maioria das pesquisas apresentadas se atrelam à polêmica da consonância e dissonância e pouco, ou quase nada, se interessam por outros aspectos como a percepção de acordes, a progressão harmônica, a condução ritmo-harmônica e as cadências, por exemplo.

Foi possível observar que a harmonia é o último parâmetro musical a se desenvolver, por volta da última infância. No entanto, a percepção tonal e a discriminação de consonância e dissonância mostraram-se presentes desde a primeira infância.

Apesar dessas evidências as pesquisas sobre a percepção da harmonia ainda são pouco expressivas. Cabe à musicoterapia investigar como se dão os processos receptivos musicais e o desenvolvimento musical em pessoas com deficiências ou dificuldades diversas.

É de fundamental importância que tanto as aplicações harmônicas como suas implicações sejam estudadas para que se possa melhor compreender a dinâmica clínica e para que o musicoterapeuta possa responder ao paciente, *harmonicamente*, nos dois sentidos possíveis: no nível compatível ao que se encontra o paciente no seu desenvolvimento musical e, conseqüentemente, em *consonância* com o momento do paciente, para também empregar um termo com as acepções musical e humana.

Paul Nordoff sugere que a harmonia possui as funções de “[...] **apoiar** a direção tonal, **antecipar** a direção tonal, **intensificar** [*intensify*]³⁶ a direção tonal e **realçá-la** [*enhance*]³⁷ (ROBBINS; ROBBINS, 1998, p.27). O texto aponta ainda para a possibilidade da função de **concluir** a direção tonal, por meio das cadências (Ibid.).

As funções da harmonia propostas por Paul Nordoff são funções musicais, mas que, justamente por isso, podem auxiliar e servir como meio para interações ou intervenções harmônicas – tema este que será tratado mais adiante, bem como auxiliar na “análise musicoterápica”³⁸. Os autores, contudo, não fazem articulação com a prática clínica.

Com base nas idéias de Paul Nordoff quanto às funções da harmonia e nas funções cognitivas que processam a harmonia descritas por Serafine, como também na observação e atuação da prática clínica musicoterapêutica, propõem-se, com o intuito didático e para que se reflita sobre elas, as seguintes funções da harmonia em musicoterapia:

1. **Condução:** A execução da harmonia se dá por meio da condução rítmico/harmônica, como observado por Zamprona. Os encadeamentos e as relações entre as funções (tônica, dominante e subdominante) apontam para direções tonais e servem de acompanhamento à melodia. Na prática clínica a harmonia teria a função de conduzir o paciente em uma experiência sonoro-musical, acompanhando-o e ajudando-o na sua experiência musical

A função de condução refere-se a quando é o paciente que conduz a melodia, cantando ou executando o instrumento principal em destaque e o musicoterapeuta o acompanha harmonicamente, seja na experiência de re-criação, de improvisação ou composição.

³⁶ Brandalise e Queiroz, em artigo que propõe estudar o livro de Robbins e Robbins em questão, traduzem *intensify* como avivar e *enhance* como realçar (BRANDALISE; QUEIROZ, 2009).

³⁷ “[...] *support the tonal directions, anticipate tonal directions, intensify tonal directions and enhance them*” (ROBBINS; ROBBINS, 1998, p.27).

³⁸ “Análise musicoterápica” é um termo cunhado por Barcellos (1982, 1994, 2004) para se referir à análise que o musicoterapeuta faz da produção sonoro-musical do paciente, sempre levando em consideração a sua história de vida, sua história clínica, sua história sonoro-musical e o contexto.

2. **Continente:** Essa função da harmonia se refere a sua particularidade de servir como apoio tonal, como uma rede rítmico/melódica construída pela intensa relação entre as notas dos acordes e: seus encadeamentos, as notas melódicas, bem como a conseqüente trama de interação entre os harmônicos de todas as notas em questão, como destacado por Jourdain.

A essa função o presente trabalho atribui o fato de a harmonia ser lembrada comumente como um chão, um continente que serve de base, de apoio e de suporte tonal, ajudando o paciente a se manter na tonalidade e afinação, gerando a sensação de segurança – quando o musicoterapeuta está apto para oferecer esse suporte harmônico. O nome chão harmônico mostra-se muito coerente com a função proposta, uma vez que chão é a base, o alicerce aonde se pisa e sobre o que se ergue tudo.

Há um importante tema a ser tratado referente ao suporte tonal que a função de continente auxilia: a execução de canções a partir da tonalidade que o paciente canta. Este trabalho entende que executar a “música do paciente” na tonalidade trazida pelo mesmo, significa respeitar sua individualidade, empoderá-lo, reforçar sua autonomia, ou seja, colocá-lo no centro da terapia.

O paciente ao cantar ou tocar em uma tonalidade, traz inerente à ela um campo harmônico próprio. Além disso, cada tonalidade possui características tímbricas específicas em cada instrumento, principalmente nos de cordas dedilhadas. Por exemplo, diferentes tonalidades no violão geram diferentes sonoridades não só pela altura dos tons, mas, principalmente, pelas diferenças tímbricas existente entre as cordas soltas e as cordas presas.

Deve ser observado ainda que a altura da melodia trazida pelo paciente, além de ser um aspecto fisiológico – seu registro vocal – como já apontado acima, é um dado constituinte de sua subjetividade. Uma música que o paciente cante, por conta própria, em uma tonalidade abaixo de seu registro, não o possibilitando de cantar as notas mais graves da melodia, é sinal importante de seu estado emocional, físico, psíquico e/ou espiritual.

Cabe, por outro lado, ao musicoterapeuta ser capaz de fazer transposições, quando considerar necessário, inclusive para possibilitar maior conforto ao paciente ou adequar a diferentes pessoas de um grupo, por exemplo, dentre outros objetivos.

No entanto, o musicoterapeuta que não está habilitado para efetuar modulações, transposições ou cantar nas tonalidades do paciente (que, por esse motivo, pode ser desconfortável ou incompatível com a extensão do profissional), deve privilegiar a tonalidade que está acostumado a tocar e cantar, dentro de sua extensão e capacidade, preservando, assim, a qualidade estética da música.

3. Forma: Para descrever essa função da harmonia em musicoterapia, toma-se por base a técnica de dar forma descrita por Bruscia (1987) no livro *“Improvisational Models of Music Therapy”*. Deste modo, a função “forma” retrata a influência da harmonia na estrutura da música ajudando o paciente a definir a extensão de frase, os períodos e cadências.

Essa função encontra referência no conceito de “fraseado” que Serafine descreve como sendo um processo cognitivo genérico temporal e sucessivo, como também no conceito de “fechamento” da mesma autora – que faz parte das cognições não-temporais. A cognição pode processar o “fraseado” e o “fechamento” a partir de mudanças ou resoluções harmônicas.

Barcellos cunha a técnica “provocativa musical”³⁹ exemplificando-a com alguns casos clínicos onde ocorrem intervenções harmônicas que provocam o paciente à uma completude. Vale destacar o caso da paciente Mariana, adolescente portadora de paralisia cerebral (BARCELLOS, 2008).

Com o objetivo de melhorar a incoordenação motora da paciente, foi proposta uma improvisação musical ao piano em que a paciente tocava a melodia e a musicoterapeuta interagiu harmonicamente. A musicoterapeuta finalizou a improvisação com a cadência G/F – C. No entanto, Mariana continuou improvisando por mais dois compassos em *stacatto*, “em busca da tônica” (BARCELLOS, 2008, p.11), procurando por uma conclusão satisfatória, até realizar intuitivamente (a paciente não tinha formação musical) “a regra clássica: sensível sobe à tônica” (BARCELLOS, 2008, p.12).

³⁹ “a execução através da voz ou de instrumentos musicais, [pelo musicoterapeuta], de forma incompleta, de um trecho – sonoro, rítmico, melódico ou harmônico; de uma música, ou da letra de uma canção –, conhecido³⁹ pelo ou da cultura do paciente, que se torna *provocativo* de uma atitude de *fechamento* ou *completude*.” (BARCELLOS, 2008, p.7-8).

A dimensão sucessiva dos processos temporais é, sem dúvida, uma forte razão ou um reflexo cognitivo para que a música apresente estruturas previsíveis em diferentes culturas e épocas. Richard Middleton analisa os aspectos familiares e previsíveis da canção popular apontados por Adorno (apud BARCELLOS, 2009), como exemplo:

[...] progressões harmônicas; harmonias previsíveis [...] acompanhamentos confortáveis – que trazem principalmente uma harmonia da tônica, dominante e subdominante, constituindo-se como a chamada ‘linguagem musical natural’ [...] que caracterizam uma típica canção Tin Pan Alley [...] (BARCELLOS, 2009, p.36).

4- Mobilização: Essa é a função que pretende explicar a capacidade da harmonia de intensificar o sentido melódico, ou mesmo de dar novos sentidos. É a harmonia como elemento expressivo da música, criadora de tensão e relaxamento.

Existem na literatura especializada algumas relações traçadas entre a harmonia e estados de humor. Sempre foi dito, por exemplo, que o modo menor causa tristeza e o maior, alegria. No entanto, o estudo de respostas emocionais à música é considerado hoje, o mais complexo campo de estudo da psicologia da música, onde a incerteza ainda impera. Justamente por este motivo este estudo monográfico não pretende entrar nessa seara.

Contudo, pesquisas realizadas pelas neurocientistas Lise Gagnon e Isabelle Peretz têm tido muita reverberação na musicoterapia atualmente, sobretudo pelas articulações que Barcellos (2010) tem feito com a prática clínica.

Segundo Barcellos, as autoras, pretendendo estudar as emoções alegria e tristeza neurologicamente, fizeram uma pesquisa utilizando separadamente um trecho em modo Maior (M), outro em modo menor (m) e, também, isoladamente, os andamentos lento e rápido. Os resultados ratificaram o que o senso comum aponta: o modo m provocou tristeza, o modo M alegria, o andamento lento, tristeza e o rápido, alegria.

Posteriormente, os modos e andamentos foram combinados em quatro condições experimentais distintas, em melodias controladas, da forma a seguir: modo menor e andamento lento (tristes), modo maior e andamento rápido (alegria), caracterizando a denominada “condição convergente”, com o objetivo de evocar uma mesma emoção.

Nas duas outras situações a autora fazia variar o modo ou o andamento do trecho para evocar emoções diferentes – condição denominada “divergente”: Modo m e andamento rápido, modo M e andamento lento.

O grupo concluiu que na condição divergente há uma prevalência do andamento, isto é: num fragmento em modo menor com um andamento rápido a alegria é a emoção mobilizada e, num trecho em maior, com andamento lento, a tristeza é a emoção que aparece de forma preponderante, donde deduziram que: “Quando sistematicamente acessado, num conjunto altamente controlado, o andamento emerge como o determinante mais proeminente da distinção alegre-triste” (apud Barcellos, 2010, p. 6-7).

A forma como o musicoterapeuta irá empregar essas funções harmônicas no *setting* terapêutico vai depender dos objetivos traçados. Esse deve avaliar com qual intenção pretende utilizar os estímulos sonoro-musicais: com o intuito de que o paciente responda ou com o intuito de impactá-lo (BARCELLOS, 2004).

Se o objetivo é de que o paciente responda, então deve ser observado seu estágio de desenvolvimento, por meio de seu desenvolvimento musical, e adequar os estímulos sonoro-musicais a um nível que o mesmo possa responder.

Vale notar que não se tem a compreensão do estágio de desenvolvimento do paciente apenas pelas produções deste, mas também por suas reações às músicas, aos parâmetros musicais isoladamente, por suas preferências e desgostos, idade e patologia.

Quando o objetivo é de impactar o paciente, então se deve lançar mão de todos os recursos expressivos da música, tais como, re-harmonizações, acréscimos de tensões, conduções harmônicas, baixo pedal, variações, dentre outras, objetivando “que a criança se ‘entregue’ à música ou que a música capture a criança” (BARCELLOS, 1998). A autora se refere à criança, mas essa técnica é válida para qualquer paciente que, por algum motivo, não esteja respondendo.

O presente trabalho constata a importância da harmonia em musicoterapia e, a partir daí, considera que a harmonia pode trazer uma contribuição efetiva para o desenvolvimento de um processo terapêutico. Aponta quatro funções da harmonia na clínica musicoterapêutica: função de condução; de continente; de forma e de mobilização.

Assim, entende-se que este estudo é importante por ajudar o musicoterapeuta a definir critérios de harmonização, re-harmonização, tonalidade, modulação e suas adequações a cada contexto clínico. É esperado, portanto, que essas reflexões contribuam para a utilização da música como terapia, a partir de técnicas estruturadas, por meio do estabelecimento de objetivos claros e específicos. Com isso, o potencial terapêutico da música é fortalecido contribuindo para que o ser humano, centro de qualquer terapia, possa melhor enfrentar suas dificuldades e, conseqüentemente, ter uma vida mais plena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Music as a therapeutic element**. Trabalho apresentado ao II International Symposium on Music Therapy. New York, 1982. [Não publicado].

_____. **Cadernos de Musicoterapia nº 1**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

_____. **Cadernos de Musicoterapia nº 3**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.

_____. **Crianças que não respondem**. Transparência. Rio de Janeiro: 1998.

_____. **A Importância da Análise do Tecido Musical para a Musicoterapia**. 122f. Dissertação (Mestrado em Musicologia) – Centro de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão, Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário. Rio de Janeiro: 1999.

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

_____. Sobre a Técnica Provocativa Musical em Musicoterapia. In: Encontro de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro, Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, 8., Jornada Científica de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro, 8., 2008, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos Encontro de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro, VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, VIII Jornada Científica de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: AMT-RJ, 2008. 1 CD-ROM.

_____. **A Música como Metáfora em Musicoterapia**. 229 f. Tese (Doutorado em Música) – Programa de Pós-graduação em Música do Centro de Letras e Artes da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2009.

_____. Familiaridade, Confortabilidade e Previsibilidade da Canção Popular como 'Holding' às Mães de Bebês Prematuros. In: _____ (org). **Vozes da Musicoterapia Brasileira**. Coleção Apontamentos em Musicoterapia. São Paulo: Apontamentos Editora, 2007.

_____. A musicoterapia e os conceitos de condição convergente e divergente. Trabalho apresentado no **XII Fórum Paranaense de Musicoterapia**. Curitiba, 2010.

BORCHGREVINK, H.M. O cérebro por trás do potencial terapêutico da música. In: RUUD, Even (org.). **Música e Saúde**. Trad. Vera Bloch Wrobel, Glória Paschoal de Camargo, Miriam Goldfeder. São Paulo: Summus, 1991.

BRANDALISE, André; QUEIROZ, Gregório. A Herança Curativa Inerente à Música: estudo músico-centrado acerca da obra healing heritage, um legado de Paul Nordoff. In: Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, 13., Fórum Paranaense de Musicoterapia, 11., Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, 9., 2009, Curitiba. **Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapi, XI Fórum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**. Organização AMT-PR. Curitiba: Griffin, 2009.

BRANDÃO, Junito de Souza. **Mitologia Grega**. 11. ed. Petrópolis: Editora Vozes, vol. 1, 2000a.

_____. **Mitologia Grega**. 11. ed. Petrópolis: Editora Vozes, vol. 2, 2000b.

BRUSCIA, Kenneth. Sixty-Four Clinical Techniques. Excerto. Trad. Lia Rejane Mendes Barcellos. In:_____. **Improvisational Models of Music Therapy**. cap.37, p.535. Illinois: Charles C. Thomas Publisher. 1987.

_____. **Definindo Musicoterapia**. Tradução Mariza Velloso Fernandez Conde. 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CHAGAS, Marly; PEDRO, Rosa. **Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade – como sofrem os híbridos e como se divertem** : / Marly Chagas, Rosa Pedro. – Rio de Janeiro: Mauad X: Bapera, 2008.

CUDDY, Lola L. UPITIS, Rena. Aural perception. p.333-343. Trad. José Nunes. In: Colwell, R. (ed). **Handbook of Research on Music Teaching and Learning**. New York: Schirmer Books, 1992.

DICIONÁRIO GROVE DE MUSICA. Ed. Concisa. SADIE, Stanley (Ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.11a**. 2004.

GRAVES, Robert. **O Grande Livro dos Mitos Gregos**. Trad. Fernando Klabin. São Paulo: Ediouro, 2008. cap. 59, p. 239-240. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt->

BR&q=%22O+Grande+Livro+dos+Mitos+Gregos%22&lr=&as_ylo=]. Acesso em: 12/01/10.

GROUT, Donald J.; PALISCA, Claude V. **História da Música Ocidental**. Tradução Ana Luiza Faria. Lisboa: Gradiva, 1997.

ILARI, Beatriz Senoi. **Bebês também Entendem de Música**: a percepção e a cognição musical no primeiro ano de vida. Revista da ABEM, Porto Alegre, v.7, 83-90, set. 2002.

_____. Apresentação In: _____ (org). **Em Busca da Mente Musical: ensaios sobre os processos cognitivos em música – da percepção à produção**. Curitiba: Ed. da UFPR, 2006a.

_____. Desenvolvimento cognitivo-musical no primeiro ano de vida. In: _____ (org). cap.08, p.271-302. **Em Busca da Mente Musical: ensaios sobre os processos cognitivos em música – da percepção à produção**. Curitiba: Ed. da UFPR, 2006b.

JOURDAIN, Robert. **Musica, Cérebro e Extase**: como a música captura nossa imaginação. Trad. Sonia Coutinho. Rio de Janeiro: Editora Objetiva Ltda, 1998.

KOELLEUTTER, H. J. **Harmonia Funcional: Introdução à Teoria das Funções Harmônicas**. São Paulo: Ricordi Brasileira, 1978.

LOPES-GRAÇA, Fernando. **Escritos Musicológicos**. Lisboa: Parede e Edições Cosmos, 1977.

OLIVEIRA, J. Zula de; OLIVEIRA, Marilena de. **Harmonia Funcional 1**. São Paulo: Cultura Musical Ltda, 1978.

ROBBINS, Clive; ROBBINS, Carol. **Healing Heritage**: Paul Nordoff exploring the tonal language of music. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.

SERAFINE, Mary L. A Idéia de música como Cognição. cap.02. In: _____. **Music as cognition. The development of thought in sound**. Trad. José Nunes. New York: Columbia University Press, 1988a.

_____. Alguns Processos. cap.03. In: _____. **Music as cognition. The development of thought in sound**. Trad. José Nunes. New York: Columbia University Press, 1988b.

_____. Conclusões. In: _____. **Music as cognition. The development of thought in sound**. Trad. José Nunes. New York: Columbia University Press, 1988c.

WFMT. **FAQ Music Therapy**. Disponível em: <http://www.wfmt.info/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html>. Acesso em: 26/10/10

WILLEMS, Edgar. La Armonia. cap. 11, p. 103-110. In: _____. **Las bases psicológicas de la educación musical**. Trad. Eugenia Podcaminsky. Buenos Aires: EUDEBA Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1961.

WISNIK, José Miguel. **O Som e o Sentido**: uma outra história das músicas. 2ª edição, 6ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

ZAMPRONHA, Maria de Lourdes Sekeff. Harmonia. cap. 02, p.81-90. In: _____. **Curso e Dis-curso do Sistema Musical (Tonal)**. São Paulo: Annablume, 1996.

“Pra não dizer que não falei das flores...”⁴⁰

Lia Rejane Mendes Barcellos⁴¹

Nas sociedades modernas, os poderes da música são –ainda que fortemente ‘sentidos’ – tipicamente invisíveis (...)

Tia DeNora (2000)

Resumo: A canção “Pra na dizer que não falei das flores” (Geraldo Vandré, 1968) foi o “fator desencadeante” deste trabalho que tem por objetivo central discutir questões da música que são consideradas como fundamentais para a prática clínica da musicoterapia e aspectos que gravitam em torno destas. Dentre elas podem ser destacados os conceitos e as diferenças entre *sentido* e *significado* da música; *significado positivo* e *negativo*; *semiotização individual* e *coletiva* da música; *ressignificação* (positiva e negativa) e *ressignificação* na musicoterapia. O estudo de todos estes aspectos tem vistas à ampliação dos cânones da área e conseqüente aprofundamento dos processos terapêuticos.

Palavras-chave: música; *sentido*; *significado*; *semiotização*.

Abstract: The song “Pra não dizer que não falei das flores” (Geraldo Vandré, 1968) was the factor that led to this paper which aims to discuss central issues of music which are considered fundamental to the music therapy clinical practice and questions around these. Among them can be highlighted the concepts and the differences between *sense* and *meaning* of music; *positive* and *negative meaning*; when the music acquires a *semiotic* function, individual and collective; *resignification* (positive and negative) and *resignification* in music therapy. The study of all these aspects aims to broaden the canons of the area and, consequently, facilitate and deepen the therapeutic process.

Keywords: music; sense; meaning, semiotic function.

Sobre o *sentido*

Foi a canção “Pra não dizer que não falei das flores...”⁴², uma das mais potentes vozes de Geraldo Vandré – junto com tantas outras forças como “Disparada”⁴³ e “Canção da

⁴⁰ Trabalho submetido para apresentação como Tema Livre no *XVIII Fórum Estadual de Musicoterapia organizado pela Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro – AMT- RJ, 2012.*

⁴¹ Graduada em Piano e Musicoterapia pela Academia de Música Lorenzo Fernández e Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário (CBM-CEU do Rio de Janeiro). Especialização em Educação Musical (CBM-CEU). Mestre em Musicologia (CBM-CEU). Doutora em Música (área de concentração Musicologia) pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Musicoterapeuta clínica. Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Musicoterapia e professora da Graduação e Pós-graduação do CBM – CEU. Professora convidada do Curso de Pós-graduação em Musicoterapia da Faculdade de Ciências Humanas de Olinda, FACHO (PE). Membro do Conselho Diretor e Presidente da Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia por dois mandatos. Editora para a América do Sul da revista eletrônica de musicoterapia *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Trabalhos publicados no Brasil, Argentina, França, Espanha, Alemanha, Estados Unidos e Noruega. Livros publicados. liarejane@gmail.com

Despedida”⁴⁴ –, que me levou a retomar a questão do *sentido e significado* da música, sobre a qual me debrucei a partir de 1995. Nesse ano, inspirados pelo musicoterapeuta norueguês Even Ruud, que introduz a questão da polissemia da música na literatura da musicoterapia em 1980, o musicoterapeuta Marco Antonio Carvalho Santos e eu escrevemos um texto sobre *A natureza polissêmica da música e a musicoterapia*, onde tratávamos da possibilidade que a música tem que a ela sejam atribuídos muitos *sentidos* por aqueles que a escutam, e a importância disto para a musicoterapia. Nesse artigo, referindo-nos à produção musical, afirmamos que

O sentido dessas produções sonoro-musicais do paciente não se apresenta, em todas as ocasiões, de uma forma clara e transparente. **O sentido não se encerra em uma única possibilidade ou direção**⁴⁵. Captar essa pluralidade de caminhos abertos na relação sonoro-musical implica numa atitude vivencial de abertura, mas, também, numa concepção teórico – perceptiva – vivencial, capaz de abranger com a maior riqueza possível este movimento de desabrochar do paciente (Barcellos e Santos, 1996, p. 18).

Algumas considerações podem ser feitas a partir desta afirmação. A primeira delas é sobre a necessidade que os autores apontam existir de se captar a pluralidade de caminhos abertos na relação sonoro-musical o que, para eles, “implica numa atitude vivencial de abertura, mas, também, numa concepção teórico – perceptiva – vivencial...”. A necessidade de se captar a pluralidade de caminhos para os quais o som e a música podem apontar é ratificada pela afirmação do musicólogo francês Jean-Jacques Nattiez, que declara que

(...) não há símbolo sem interpretação (...). O símbolo deve ser objeto de exegese; ele pede uma interpretação que é um trabalho de compreensão. (...) (1990, p. 35 e 36).

Na musicoterapia isto ainda é corroborado pela afirmação do musicoterapeuta norte-americano Kenneth Bruscia (2001, p. 7), que considera que “as produções dos *clientes* têm

⁴² Canção que ficou em segundo lugar no "Festival de Música Popular Brasileira" em 1968 e passou a ser considerada um dos hinos de resistência do movimento civil e estudantil que fazia oposição à ditadura militar. Por isso foi censurada. O refrão foi considerado uma chamada à luta armada contra os ditadores.

⁴³ Canção composta por Geraldo Vandré e Theo de Barros. Ficou imortalizada no II Festival de Música Popular Brasileira da Rede Record, em 1966, na voz de Jair Rodrigues.

⁴⁴ Composta por Geraldo Vandré e Geraldo Azevedo, em 1968, tendo sido liberada pela censura apenas no início dos anos de 1980.

⁴⁵ Grifo meu.

que ser escutadas e compreendidas pelo musicoterapeuta e que a escuta é uma competência fundamental porque é a partir dela que o musicoterapeuta vai responder ao *cliente*”.

Para o autor, a análise feita a partir da escuta envolve a descrição, a compreensão e para a *interpretação* da música trazida/criada pelo *cliente* o musicoterapeuta se vale de muitas perspectivas, sendo a *hermenêutica* uma das principais ferramentas para levá-lo a discernir sobre quais são os *sentidos* ou o *significado* que o fenômeno musical pode ter. Isto demonstra que o autor trabalha com a necessidade de se levar em consideração a questão do *sentido/significado* que o paciente pode atribuir à música, posição com a qual vários teóricos estão de acordo, inclusive eu.

Ruud (2005), explicando que originalmente a *hermenêutica*⁴⁶ foi aplicada à análise de textos bíblicos e jurídicos, também se refere à sua utilização em musicoterapia, considerando que esta abordagem prevalece para o entendimento de expressões musicais, de improvisações e conversações. Ruud apresenta a *hermenêutica* e declara que esta deve sempre ser vista como criativa e não como reflexão mecânica sendo, por isto, sempre relativamente objetiva e jamais absoluta. Para o autor, ela é utilizada quando nos confrontamos, por exemplo, com questões relativas ao *sentido* que pode estar sendo comunicado. Considerando que em musicoterapia as interpretações podem ser feitas através de distintas perspectivas, tais como: de uma posição filosófica, de uma teoria psicológica, de teorias relativas a metáforas e narrativas, de teorias de análises musicológicas ou, ainda, de concepções inerentes à natureza do processo musicoterápico, Ruud afirma que

A tradição hermenêutica coloca seus esforços no significado, tentando revelar alguns dos níveis que estão escondidos atrás do comportamento do cliente enquanto envolvido na interação simbólica com música (1998, p. 115).

Mas, voltemos à citação inicial de Barcellos e Santos (1996), na qual ainda está implícita a definição de *sentido* na música: “aquilo que não se encerra em uma única possibilidade ou direção”. Assim, pela natureza polissêmica da música, várias pessoas

⁴⁶ Ruud aborda dois tipos de *hermenêutica*, que se subdividem em três e que são importantes para a musicoterapia. Vide RUUD, Even. Philosophy and theory of science. In: WHEELER, Barbara (Ed.). *Music therapy research*. 2 ed. Gilsum: Barcelona Publishers, 2005. p. 36 – 37.

podem atribuir-lhe diferentes *sentidos*, ou uma mesma pessoa pode atribuir muitos *sentidos*, em momentos diferentes, por exemplo.

Partindo de uma arte visual, podemos perceber que o *sentido* se caracteriza pela pluralidade como vemos na obra abaixo. Não há um consenso no que esta obra representa. Ela pode ter qualquer *sentido*, se não se souber o título.

Mujer llorando con pañuelo (1937)
Pablo Picasso



Sobre o significado

Já no *significado*, temos a atribuição de um único *sentido*, como na obra de **Andy Warhol**, que traz **Liz Taylor (1964)** e está no *The Cleveland Museum of Art*. Quando vêm o quadro abaixo as pessoas imediatamente falam: Elizabeth Taylor.



No entanto, um acontecimento pode fazer com que uma música, à qual podemos atribuir muitos *sentidos*, passe a ter um único *significado*, num processo de *semiotização*.

Sobre a semiotização: de *sentido* para *significado*

Para que melhor sejam entendidas essas três definições – *sentido*, *significado* e *semiotização* – eu gostaria de trazer uma experiência pessoal.

Há muito tempo tenho como uma das minhas preferências musicais a canção *Beatriz*⁴⁷. Sempre tentei entender a razão dessa preferência. Parei para pensar na letra, que considero um primor, mas não encontrei nada que me chamasse atenção especialmente; pensei na melodia, e nada encontrei; considerei a harmonia igualmente linda, mas nada podia explicar o que eu sentia. Decidi, então, analisar os aspectos musicais, depois de analisar a letra. E continuei sentindo a mesma emoção sem, no entanto, entender por quê. Na verdade, a necessidade de saber explicar o que me emociona nesta música, vem do lugar que ocupo profissionalmente porque, jamais eu, como pessoa, teria tal necessidade. Mas, continuei sem saber e me aquietei. Até aqui, eu poderia atribuir qualquer *sentido* à canção, já que a música tem uma natureza polissêmica e eu não sabia explicar o que ela ‘queria dizer’ para mim.

Em 2003 recebemos a visita de Even Ruud no Rio de Janeiro, após sua apresentação como convidado internacional do XI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia realizado em Natal (RN). Como Ruud estava pela terceira vez no Rio de Janeiro e até então não tinha sido possível levá-lo ao Theatro Municipal, fomos ao que estava sendo apresentado nos dias em que ele e sua mulher Kristin estavam na cidade: *O circo místico*. Éramos seis pessoas: o casal Ruud, meu marido e eu, e mais um casal. Eu não tinha percebido que

⁴⁷ BEATRIZ (Edu Lobo e Chico Buarque) é uma das canções que compõem a trilha sonora da peça *O Grande Circo Místico*, escrita para o ballet do Teatro Guaíra (Curitiba) em 1983. Nessa obra, que relata a história do grande amor entre um aristocrata e uma acrobata de circo, música, balé, teatro, ópera, circo e poesia estão mescladas. Muitas das canções aí incluídas alcançaram vida própria o que faz com que o público não tenha idéia de que façam parte de uma peça de teatro. Isso faz com que nem sempre as letras sejam compreendidas, visto que estão fora do contexto para o qual foram criadas. “Mas isso não diminui a beleza das canções nem a leitura que o público faça delas: o que é belo é belo e “todas as leituras são válidas”, (Vera Vieira In: *Olhares, pensares e cantares*. 2010 (Acesso em 24 de julho, 2012). (Grifo meu). Esta afirmação de Vieira mostra que todos os sentidos que sejam atribuídos à *Beatriz* são válidos.

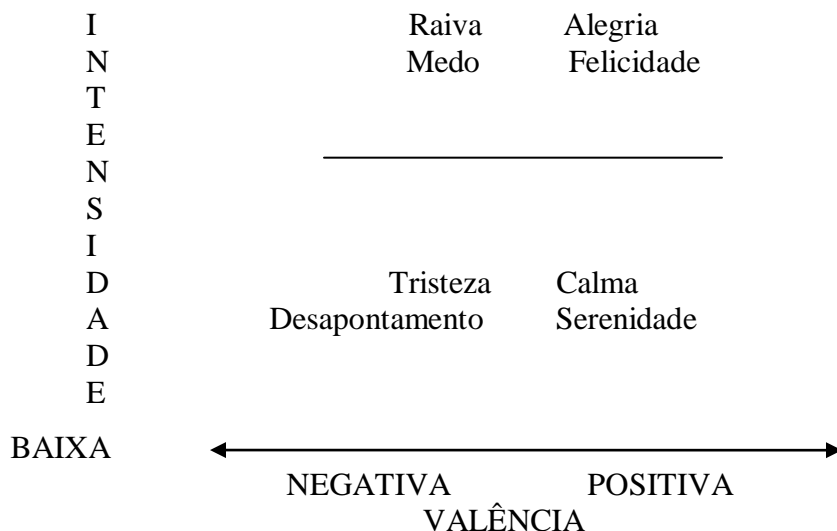
Beatriz ali estaria e, no momento em que o teatro se encheu da voz de Milton Nascimento, naquela interpretação numa gravação que todos nós conhecemos, fiquei tão ou mais mobilizada do que antes. Foi uma emoção muito especial. Mas, a partir desse momento, toda vez que ouço *Beatriz*, seja qual for a interpretação ou gravação, esta me traz aquela situação, que potencializa a emoção não só da música mas, também da companhia das cinco outras pessoas. *Beatriz* se *semiotizou*: mudou, para mim, de *sentido(s)* para *significado*.

Para o neurocientista norte-americano Daniel Levitin (2010), uma música ouvida em diferentes ocasiões da vida é codificada paralelamente aos fatos e acontecimentos dessas épocas, isto é, música e fatos são interrelacionados. O autor ainda considera que uma canção pode funcionar como uma pista exclusiva, ou seja, como uma chave que é capaz de reativar as experiências associadas à sua lembrança, lugar e época.

Consustanciada na afirmação do musicoterapeuta norte-americano John Pellitteri (2009, p. 53) que declara que “O *significado* é acompanhado pelo afeto”, proponho que dois aspectos sejam entendidos: que uma música tem *significado* quando está ligada a um fato importante da vida da pessoa, a uma determinada situação vivida, ou à outra pessoa e que, levando em consideração que este fato, situação ou pessoa, carrega e acessa um afeto ou uma emoção, esta vai ser revivida a cada vez que essa música for ouvida/cantada/tocada. Assim, um *significado* poderá ser *positivo* ou *negativo*, dependendo do tipo de emoção que carrega (Barcellos, 2012). Dentre os muitos modelos existentes para representar as emoções positivas e negativas proponho o de Sloboda e Juslin, (2001), apresentado por Pellitteri (2009, p. 36), que consiste numa abordagem que considera as dimensões de ativação e valência, que vêm assim representadas:

ALTA





Modelo multidimensional da representação emocional com exemplos de emoções em cada quadrante.

Aqui valeria perguntar, ‘para falar de flores’ – ou de espinhos –, quem de nós não fica marcada(o) para toda a vida com a música preferida de um amor atual ou passado? Ou, ainda, quem não se lembra imediatamente de um paciente quando ouve a música dele(a) preferida? Ou seja, quem não lembra imediatamente desse amor, de um paciente, ou de qualquer outra pessoa especial, quando toca a música dele(a) preferida ou sempre por ele(a) cantada? Pensem sobre seus pacientes. Ou amores!

De significado para sentido?

Como foi visto acima, uma música pode se *semiotizar*, passando de *sentido* a *significado*. Mas, o oposto – de *significado* voltar a *sentido* – seria possível, tratando-se de música?

Nas artes visuais temos exemplos da possibilidade desse processo, isto é, de um objeto que tem um *significado*, transformar-se em *sentido*, na medida em que muda o contexto. Este é o caso da *Fonte*, de Duchamps (1917), que nada mais é do que um mictório, que no banheiro tem um *significado*: serve para os homens urinarem.



Entretanto, colocado num museu por Duchamps, ele continua sendo um mictório, mas, aqui, mudado o contexto, transforma-se. Não se pode vê-lo como tendo o mesmo *significado* e, cada um pode ver nele um *sentido* diferente.



A Fonte (1917)

Marcel Duchamps.

No entanto, o que acontece nas artes visuais, como exemplificado acima, que é uma obra passar de *significado* a *sentido*, ainda não vi acontecer na música. Por que será que uma música que tem um *significado* para nós, fecha-se neste e não conseguimos que volte a ter a possibilidade de que a ela atribuamos vários sentidos?

A semiotização coletiva

Anteriormente refiro-me à *semiotização* de *Beatriz*, isto é, relato o fato que fez com que ela se fechasse num *significado*, para mim. Transpondo isto para o coletivo, retomo “Pra não dizer que não falei das flores” que se transforma coletivamente em significado, *semiotizando-se* em âmbito coletivo.

Essa música foi composta em 1968, e participou do III Festival Internacional da Canção. O Refrão "Vem, vamos embora / Que esperar não é saber / Quem sabe faz a hora, /

Não espera acontecer" foi interpretado, como anteriormente referido, como uma chamada à luta armada contra os ditadores. Assim, para grande parte da geração que viveu nos tempos da ditadura, ela é ouvida com ouvidos que a ligam imediatamente a esse fato, como “Apesar de você” (Chico Buarque, 1970) e tantas outras. Mas, também músicas eruditas são *semiotizadas coletivamente*. Entre elas podemos citar: *Pour Elise* (Beethoven) que anuncia a chegada do caminhão do gás nas cidades do interior; o *Inverno* (Quatro Estações de Vivaldi), que chega a nos fazer sentir o perfume do sabonete Vinólia; O *Cânon* (Pachelbel) que nos leva à velocidade do anúncio de uma marca de carros e a *Ode à Alegria* (9ª Sinfonia de Beethoven), que é utilizada até num coral de galinhas, todas brancas, literal e devidamente empoleiradas para nos trazer o gosto do guaraná da Antártica e passar a odiá-lo para sempre, por conta do comercial que foi retirado do ar como resultado de protesto dos músicos.

Se transpusermos a questão da *semiotização* para o plano linguístico valerá dizer que quando alguém lê, produz relações entre o *significante* e o *significado*, ou seja, está operando com a função semiótica, que relaciona os dois planos existentes no signo: o conteúdo (significado) e uma expressão (significante), e que este processo possibilita a criação de novos signos (Lucena, 2004).

A resignificação.

Há alguns anos foi incluída no Curso de Musicoterapia do CBM-CEU, uma disciplina denominada “Música em Musicoterapia”, por mim ministrada, que tem dentre os tópicos do programa a análise musical e análise musicoterápica. Para isto, solicito aos alunos que escolham uma música simples para que façam uma análise musical em aula e depois é feita uma análise musicoterápica, possibilitada pela resposta dada à solicitação de uma justificativa para a escolha da referida música.

A primeira aluna a apresentar a sua análise neste ano de 2012, que aqui será Lucia, trouxe “Mãezinha querida”⁴⁸. A aluna apresentou a análise e passou a relatar por que havia escolhido essa música, o que será feito aqui resumidamente, a partir do relatório apresentado por escrito.

⁴⁸ De Getúlio Macedo e Lourival Faissal (1952). Música composta para o Dia das Mães, festejado no Brasil pela primeira vez nesse ano.

Lucia começa dizendo que o trabalho proporcionou o resgate de memória da música que estava no “arquivo morto”⁴⁹. Na sua apresentação oral passou a relatar, visivelmente emocionada, que quando tinha seis anos participou da preparação da turma da escola para uma apresentação musical no Dia das Mães, que incluía a música “Mãezinha querida”. Mas, quando chegou esse dia, sua mãe “confundiu o horário” e se atrasou. Assim, quando chegaram à escola, a turma de Lucia já havia se apresentado. Isto deixou Lucia sem se alimentar e sem brincar por muitos dias, mas desenhando o tempo todo. Lucia relata: “durante muito tempo eu detestei essa música pelas lembranças dessa frustração da festa da escola”.

Mais tarde, já mãe de um menino de dois anos, Lucia foi à festa do Dia das Mães na escola do filho e a canção cantada pela turma dele foi exatamente a mesma. A aluna então diz que “só depois de muitos anos voltei a tolerá-la (talvez até gostar, não tenho certeza se gosto, apenas não odeio mais)”...

Aqui se tem um exemplo de *ressignificação* de um *significado negativo* para *positivo*, isto é, a emoção negativa é substituída por uma emoção positiva, a partir do momento em que um fato novo muda essa emoção.

Mas, o inverso também é verdadeiro. No momento em que discutíamos o que havia acontecido com Lucia, outra aluna – Tatiana – perguntou se uma música podia ter dois *significados*, e passou a relatar que a mãe dela gosta muito de “Jesus alegria dos homens”⁵⁰ e sempre dizia que queria que a menina tocasse essa música para ela, no violino. Assim, desde pequena a menina começou a gostar muito da música e quando começou a estudar violino teve por meta tocar a música para a mãe. Um dia, depois de muito estudar, a menina chamou a mãe e tocou para ela.

Em 2011, Tatiana se inscreveu para a prova de Bacharelado em violino para uma das universidades do Rio de Janeiro, e uma das músicas que escolheu tocar foi “Jesus alegria dos homens, sem perceber que esta não era do nível requerido para aquela prova. O investimento de Tatiana foi muito grande para se submeter a essa prova. No dia, logo depois de ter começado a tocar, um dos professores da banca a interrompeu e disse que ela não precisava tocar mais. Nem mesmo permitiu que ela tocasse as outras músicas,

⁴⁹ Grifo da aluna no relatório apresentado por escrito.

⁵⁰ Johann Sebastian Bach (1641).

solicitadas pelos outros dois professores. Tatiana foi desclassificada. E, até hoje, nunca mais conseguiu tocar “Jesus alegria dos homens”! Tatiana finaliza dizendo: “alguma coisa dentro de mim me trava”.

Sem dúvida, aqui temos um caso de *ressignificação* de *significado positivo* para *negativo*. A emoção positiva que acompanha a primeira situação se transforma numa emoção negativa resultante do fato relatado.

Num texto importante e poeticamente construído, Chagas e Pedro (2008) se referem à questão da arte, numa visão de Deleuze e Guattari, fazendo afirmações que vão se revelando pouco a pouco e se transformando em jóias sendo retiradas de uma também preciosa caixa. Ao mesmo tempo vão urdindo fios e tecendo uma trama, articulando isto com a musicoterapia. Considero que este texto deve ser lido integralmente e desconstruí-lo seria quebrar a sua unidade mas, através dele, as autoras mostram com muita propriedade a importância da arte e a potência da música.

Como ratificando os dois momentos em que as alunas *ressignificaram* as situações vividas, Chagas e Pedro declaram que “Essa expansão, provocada pela arte, faz do *afecto*⁵¹ não a passagem de um estado vivido a outro, mas, o despertar da possibilidade de uma nova vivência (2008, p. 13).

E, ainda se referindo à arte, e à música em especial, através do olhar de Deleuze e Guattari, afirmam que esta

Não celebra algo que se passou, mas transmite para o futuro as sensações persistentes que encarnam o acontecimento. Não se prende às marcas e dores da falta e das experiências passadas; mesmo revivendo-as, temos a chance de reinventá-las, de encontrar outras formas de experimentá-las. Mais do que isso, traduzindo-as pela arte, encontraremos novos e novos sentidos, produziremos outras experimentações, encontraremos outras formas de produção de subjetividades que podemos singularizar (2008, p. 13,14).

Por isto, e por muito mais, a música é este potente elemento terapêutico.

A resignificação em musicoterapia

A partir dos relatos das alunas da disciplina de Música em Musicoterapia pode-se entender melhor a questão da *ressignificação* que, como a palavra sugere, é a possibilidade de dar-se um novo significado, ou passar a pensar de outra forma, sobre uma mesma

⁵¹ Grifo meu.

situação, um mesmo fato ou uma mesma pessoa. No caso de um processo terapêutico, passar a pensar de uma outra forma sobre uma mesma música que está ligada a um fato, situação ou pessoa que carrega uma emoção a estes ligada, pode ser a possibilidade de *ressignificar* estes fatos, situações ou, ainda, relações com as pessoas ligadas a essa música.

Também já discorreremos sobre as possibilidades de *ressignificação*: duas delas realizadas com mudança de valência da emoção: de *significado negativo* para *positivo* e de *positivo* para *negativo* quando um fato, uma pessoa ou situação que tenha uma valência mais potente, dê um novo *significado* a uma música. Ou entre valências iguais.

Muitas pessoas, em geral leigas, pensam equivocadamente que o papel da terapia é fazer com que os pacientes saiam da sessão sempre felizes. Sobre isto, Pellitteri se manifesta de uma forma muito contundente afirmando que “Fazer o cliente se sentir melhor alterando o seu humor para que ele se sinta ‘feliz’ pode, realmente, ser superficial e ineficaz” (2009, p. 33).

Nesta mesma direção se manifesta o casal Aldridge, discutindo a questão das emoções negativas em musicoterapia. Para eles, “as emoções negativas como a ansiedade podem ser evocadas pela música (uma emoção estética), mas têm que ser distinguidas da ansiedade causada por situações na vida real” (2008, p. 39). E, utilizando as palavras de Levinson declaram que “Uma resposta emocional negativa à música é desejável porque conduz à saúde mental; é seguro” (idem) .

Aqui parece pertinente referir-me ao que escrevi sobre utilizar músicas, ou experiências musicais previsíveis, como a re-criação musical, para pacientes em risco emocional como mães de bebês prematuros, pela imprevisibilidade da situação destes bebês (Barcellos, 2004). Por outro lado, utilizar músicas imprevisíveis musicalmente falando ou experiências musicais que carreguem em seu bojo a imprevisibilidade musical como a improvisação e a composição, para pacientes com enfermidades crônicas como a doença renal crônica, para que eles possam se lançar numa atividade de imprevisibilidade, na música, sem riscos e com segurança (Barcellos, 2010).

Assim, entendo que a música é um meio absolutamente eficaz para *ressignificar* fatos, situações ou relações, e utilizo o que a socióloga britânica Tia DeNora, que tem uma estreita ligação com a musicoterapia, afirma: “uma das metáforas mais comuns para a experiência musical na cultura Ocidental pós-século XIX é a metáfora de ‘transporte’, no

sentido de que a música pode nos carregar de um lugar (emocional) a outro”. E eu acrescentaria que, através dela, os pacientes podem, além de expressar conteúdos internos, atualizar e/ou *ressignificar* conteúdos, sem riscos. Por isso, concordo com Fiorini que considera que a criatividade é “o coração da clínica” (1995, p. 20) e que há que se levar os pacientes à criação de um novo discurso, organizador de “novas tramas de sentido” (ibid), o que considero ser possibilitado pela natureza polissêmica da música.

Referências

ALDRIDGE, Gudrun; ALDRIDGE, David. *Melody in music therapy: a therapeutic narrative analysis*. Londres: Jessica Publishers, 2008.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes; SANTOS, Marco Antonio. A natureza polissêmica da música e a musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, Rio de Janeiro, União Brasileira de Associações de Musicoterapia, ano I, n. 1, p. 5-18, 1996.

_____. *Familiaridad, confortabilidad y previsibilidad de la canción como acogimiento a las madres de niños prematuros. ¿Por que las madres de hijos prematuros no improvisan en el setting musicoterápico?* Trabalho apresentado ao II Congresso Latinoamericano de Musicoterapia. Montevideu, 2004. [Não publicado].

_____. *El desarrollo de una nueva práctica clínica en musicoterapia: desafíos y estrategias*. Conferência proferida no IV Congresso Latinoamericano de Musicoterapia. Bogotá, 2010.

_____. Material elaborado para aulas do Curso de Pós-graduação em Musicoterapia. Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário (CBM-CEU). Rio de Janeiro, 2012.

BRUSCIA, Kenneth. A qualitative approach to analyzing client improvisations. *Music Therapy*, American Music Therapy Association, v. 19, n. 1, p. 7-21, 2001.

CHAGAS, Marly e PEDRO, Rosa. Musicoterapia, corpo e subjetividade. In: OLIVEIRA Humbertho e CHAGAS, Marly. (Org.). *Corpo expressivo e construção de sentidos*. Rio de Janeiro: Mauad X: Bapera, 2008, p. 9-22.

DeNORA, Tia. *Music in everyday life*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

FIORINI, Hector Juán (1995), *El psiquismo creador*. Buenos Aires: Paidós, 1995.

LEVITIN, Daniel. *A música no seu cérebro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

LUCENA, Maria Socorro. *O processo de semiotização no atelier de leitura*. UFPB-PRG XI Encontro de Iniciação à Docência. João Pessoa, 2004.

NATTIEZ, Jean-Jacques. *Music and discourse*. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

PELLITTERI, John. *Emotional processes in music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2009.

RUUD, Even. *Music therapy and its Relationship to current treatment theories*. St. Louis: Magnamusic- Baton, 1980.

_____. *Music Therapy: improvisation, communication, and culture*. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.

_____. Philosophy and theory of science. In: WHEELER, Barbara (Ed). *Music therapy research*. 2 ed. Gilsum: Barcelona Publishers, 2005. p. 33-44.

Pra Não Dizer Que Não Falei Das Flores

Geraldo Vandré

Caminhando e cantando
 E seguindo a canção
 Somos todos iguais
 Braços dados ou não
 Nas escolas, nas ruas
 Campos, construções
 Caminhando e cantando
 E seguindo a canção
 Vem, vamos embora
 Que esperar não é saber
 Quem sabe faz a hora
 Não espera acontecer
 Pelos campos há fome
 Em grandes plantações
 Pelas ruas marchando
 Indecisos cordões
 Ainda fazem da flor
 Seu mais forte refrão
 E acreditam nas flores
 Vencendo o canhão
 Vem, vamos embora
 Que esperar não é saber
 Quem sabe faz a hora
 Não espera acontecer

Há soldados armados
 Amados ou não
 Quase todos perdidos
 De armas na mão
 Nos quartéis lhes ensinam
 Uma antiga lição:
 De morrer pela pátria
 E viver sem razão
 Vem, vamos embora
 Que esperar não é saber
 Quem sabe faz a hora
 Não espera acontecer
 Nas escolas, nas ruas
 Campos, construções
 Somos todos soldados
 Armados ou não
 Caminhando e cantando
 E seguindo a canção
 Somos todos iguais
 Braços dados ou não
 Os amores na mente
 As flores no chão
 A certeza na frente
 A história na mão
 Caminhando e cantando
 E seguindo a canção
 Aprendendo e ensinando
 Uma nova lição
 Vem, vamos embora
 Que esperar não é saber
 Quem sabe faz a hora
 Não espera acontecer

Beatriz

Chico Buarque

Olha
 Será que ela é moça
 Será que ela é triste
 Será que é o contrário
 Será que é pintura
 O rosto da atriz

Se ela dança no sétimo céu
 Se ela acredita que é outro país

E se ela só decora o seu papel
E se eu pudesse entrar na sua vida

Olha
Será que ela é de louça
Será que é de éter
Será que é loucura
Será que é cenário
A casa da atriz
Se ela mora num arranha-céu
E se as paredes são feitas de giz
E se ela chora num quarto de hotel
E se eu pudesse entrar na sua vida

Sim, me leva pra sempre, Beatriz
Me ensina a não andar com os pés no chão
Para sempre é sempre por um triz
Aí, diz quantos desastres tem na minha mão
Diz se é perigoso a gente ser feliz

Olha
Será que é uma estrela
Será que é mentira
Será que é comédia
Será que é divina
A vida da atriz
Se ela um dia despencar do céu
E se os pagantes exigirem bis
E se o arcanjo passar o chapéu
E se eu pudesse entrar na sua vida

Contribuições da musicoterapia na síndrome de noonan

Glória Selma da Silva Ferreira

Introdução

Este artigo tem como foco o estudo de caso de um adolescente portador de Síndrome de Noonan e suas características. Trata-se de um paciente de 14 anos que apresentou sintomas da síndrome quando ainda bebê. No decorrer deste trabalho, discorreremos sobre a Síndrome, suas características gerais em relação à própria síndrome que leva o nome de Noonan em indivíduos do sexo masculino e de Turner em indivíduos do sexo feminino. Abordaremos as características faciais e do crescimento e ainda a sua etiologia.

A síndrome de Noonan (SN) é uma das mais frequentes síndromes de herança mendeliana, inicialmente descrita em 1963 por Jacqueline Noonan, cardiologista pediátrica, que relatou o caso de nove pacientes, sendo três do sexo feminino, com estenose valvar pulmonar associada à baixa estatura, dismorfismo facial e retardo mental moderado. A síndrome de Noonan tomou o nome da cardiologista proposto por Optiz em 1965. A SN tem herança autossômica dominante, distribuição semelhante entre os sexos e fenótipo bastante variável.

A face apresenta forma triangular, hipertelorismo ou estrabismo ocular, ptose palpebral, fissura palpebral externa desviada para baixo, implantação baixa e rotação incompleta do pavilhão auricular, com espessamento da hélice auricular, micrognatia e pescoço curto ou alado. Essas características podem estar presentes desde o nascimento.

1 Características Gerais

A baixa estatura é uma das características que afeta de 70% a 83% dos pacientes. Muitas crianças têm atraso de um a dois anos na idade óssea. Os defeitos cardíacos congênitos são observados em 62% a 90% na maioria dos pacientes provenientes de serviços de cardiologia. A estenose valvar pulmonar é a lesão cardíaca mais comum na SN, estando presente em 54% dos pacientes, seguido por miocardiopatia hipertrófica e defeitos do septo atrial presentes em 18% dos pacientes que foram alvos de estudos e pesquisas.

Entre 3 e 4 anos de idade, as deformidades torácicas são evidentes. O tórax é largo, lembrando o formato de um escudo com hipertelorismo mamário. Entre essas anormalidades esqueléticas incluem-se cúbito valgo, clinobraquidactilia, escoliose/cifose e má oclusão dentária.

Estas características ocorrem em menos de 20% dos pacientes e são decorrentes de aplasia, hipoplasia ou displasia dos vasos linfáticos, que podem levar a um edema linfático. Criptorquidia, hipertelorismo mamário, baixa implantação com rotação incompleta das orelhas, hipertelorismo ocular e desvio do ângulo ocular externo para baixo são decorrentes da migração anormal de tecidos ou órgãos causados pelo edema linfático.

Em 40% a 70% dos pacientes com SN é observado atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, porém o retardo mental incapacitante é incomum.

O diagnóstico para pacientes com Síndrome de Noonan é extenso. Deve ser fundamentado nos achados clínicos. A SN é lembrada como diagnóstico diferencial em pacientes com face típica e/ou com estenose pulmonar. Um diagnóstico mais preciso deve ser feito no paciente ainda na infância. Nos adultos, quando as características são atenuadas, isto é, menos perceptíveis, o diagnóstico torna-se mais difícil. O grau de retardo mental é raramente severo e o desempenho social é melhor do que o esperado pelo QI.

Em adolescentes e adultos jovens, a face se torna mais triangular e as características faciais são mais marcadas, mas tendem à normalização.

2 Quem é G.?⁵²

G. tinha 14 anos sendo portador da Síndrome de Noonan. G. se comportava de forma agressiva, (embora este seja um comportamento característico de adolescente) e ao mesmo tempo, G. tinha um comportamento e um modo de falar infantilizado.

G. resistia a atividades de testagem e realização de desenhos, ficava ansioso para terminar qualquer tarefa a fim de sair para brincar. Gostava muito de brincar de polícia e bandido e sentia prazer em situações mórbidas. G. estava cursando a 6ª série e tinha um bom desempenho cognitivo nas atividades que exigiam organização. Nas atividades que exigiam informação e vocabulário e formulação de conceitos verbais, o desempenho cognitivo era deficiente. Ele tinha Dislalia, isto é, trocava letras tanto para falar como para

⁵² Informações colhidas na Anamnese Musicoterápica

escrever. Na parte cognitivo-emocional, G. apresentava comportamento abaixo do que se espera para sua faixa etária.

3 A Musicoterapia e sua indicação na Síndrome de Noonan

Há várias definições de Musicoterapia, porém todas convergindo para um único pensamento: “Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos integrantes como objeto intermediário de uma relação que permite o desenvolvimento de um processo terapêutico, mobilizando reações biopsicossociais no indivíduo com o propósito de minimizar seus problemas específicos e facilitar sua integração/reintegração no ambiente social normal” (Barcellos, 1982).

A música propicia um meio de comunicação. A comunicação sonora agrada ao ser humano e, como um todo, influencia a personalidade integral de forma diferenciada das outras formas de terapia. Com seu poder influenciador, é uma das melhores formas de ajudar o ser humano a abstrair pensamentos mórbidos e perseverativos. “Um dos muitos papéis da música em Musicoterapia é a possibilidade que tem de carregar o sentido atribuído pelo paciente” (Barcellos, 2011).

Segundo Barcellos (1992), mesmo que não utilizemos todas as intervenções, um grande leque de possibilidades é aberto, no momento em que as utilizamos. A música, além de ser prazerosa, tem efeitos terapêuticos e provoca reações e associações que muito vão contribuir para mudanças bio-psico-sociais do paciente.

A música nos oferece quatro tipos distintos de experiências que são: improvisação, re-criação, composição e escuta (Bruscia, 1991). O cliente pode ter muitas experiências com a improvisação. Bruscia aponta alguns objetivos das experiências de improvisação que são: estabelecer uma comunicação não-verbal ou uma ponte para a comunicação verbal, dar sentido à auto-expressão e à formação de identidade, explorar os vários aspectos do eu na relação com os outros. Desenvolver a criatividade, a liberdade de expressão, a espontaneidade e capacidade lúdica, estimular e desenvolver os sentidos e ainda desenvolver habilidades perceptivas e cognitivas. “A improvisação é um método ativo, muito utilizado pelos musicoterapeutas brasileiros. Não é preciso que o cliente saiba música para improvisar” (Chagas e Pedro, 2008, p.49). O cliente pode improvisar sozinho ou ser

ajudado pelo terapeuta. Pode improvisar cantando, tocando qualquer instrumento, criando ritmo, melodia ou fazendo um som. “A improvisação é indicada para desenvolver a espontaneidade, a criatividade, a liberdade de expressão, o senso de identidade, as habilidades interpessoais e a de tomar decisões dentro de limites estabelecidos” (Bruscia, op. cit., p.50).

Desde os tempos antigos, a música sempre contribuiu terapêuticamente para ajudar a curar depressões e aumentar a auto-estima das pessoas. Com seus sons, silêncios e ruídos, a música se apresenta de forma poderosa como instrumento criador em direção à saúde, capaz de promover transformação de frequências distorcidas desarmônicas, em busca da forma original da vida do homem.

“Quando o homem se percebe como um instrumento, como um corpo sonoro, e descobre que estes sons podem ser organizados, nasce a música. Começa ele, então, a manejá-los, convertendo-os em matéria nova, em um fantástico veículo expressivo” (Milleco Filho, Brandão e Milleco, 2001, p. 5).

A partir desse pensamento e do conhecimento que se tem do comprovado poder terapêutico (documentado em rica bibliografia e pesquisas) aplicamos a Musicoterapia em um paciente com Síndrome de Noonan, procurando compreender, ajudar, minimizar e até eliminar alguns problemas ligados à sua problemática.

4 Processo Musicoterápico

4.1 Avaliação inicial (PAM – Perfil de Avaliação Musicoterápica)

De acordo com o PAM (Perfil de Avaliação Musicoterápica – Tangarife, 2010), na área de comunicação sonora, percebemos que ele não tinha reação aparente às intervenções que fazíamos, não emitia sons, porque não queria ou tinha vergonha e perseverava naquele pensamento fixo de afundar navio. Na área motora era regular, meio desajeitado às vezes, mas imitava movimentos. Sobre seus aspectos comportamentais, sua expressão corporal era de uma postura um pouco desinteressada, meio resistente, porém tinha autoconhecimento das partes do seu corpo. Em relação aos aspectos sócio-afetivos, sua relação era razoável, um pouco depressiva, ora indiferente, ora relacionado à música ou não. Como foi dito anteriormente, sua comunicação sonora tinha características perseverativas: gostava de ouvir a música “A Canoa Virou”, porque lembrava o naufrágio do navio Titanic. Respondia

esporadicamente e tinha uma interação muito discreta com alguns sons aleatórios eventuais. G. demonstrou alguma manifestação instrumental, quando apresentamos o piano, pois era seu desejo aprender a tocar esse instrumento e a improvisação que fazia era esporádica. Sua performance musical era razoável com pouquíssima criatividade rítmico-melódicas.

Avaliando outros aspectos, observamos que G. tinha problemas emocionais, algum déficit intelectual, demonstrava preferências por alguns instrumentos (percussão) e simplesmente não cantava, embora recebesse estímulos para fazê-lo. Segundo a Espiral de Swanwick⁵³, G. mostrava-se manipulativo e muito especulativo. De acordo com a informação que tivemos, G. apresentava déficit de aprendizado e atenção, mas nos pareceu que ele apenas tinha alguma dificuldade com múltiplas fontes de informação simultâneas, porém suas funções cognitivas básicas não pareciam alteradas, analisadas de acordo com a teoria de R. Feuersstein.

4.2 Evolução Musicoterápica

Chegou muito tímido, escondendo o rosto com as mãos, quase não respondia as perguntas que eram feitas. Dizia não gostar de música nenhuma e que queria aprender a tocar piano. A mãe nos informou que ele gostava muito do filme Titanic e conseqüentemente da música tema do filme. Perguntei-lhe a razão e ele disse “porque o barco afunda”. Esse foi o gancho para cantarmos “A Canoa Virou”, de mãos dadas, em roda, eu, ele e sua mãe. Nas primeiras sessões, além de explorar todos os instrumentos, ia para o piano e tocava todas as músicas do Método “Duas Mãozinhas no Teclado” de Mario Mascarenhas, um método com notas ilustradas na sua primeira parte. G. tocava avidamente todas as músicas e não queria voltar a que havia tocado na sessão anterior. Sempre achava difícil, mas tocava. G. já conhecia as notas e a sua localização no teclado e bastou uma rápida explicação sobre a associação dos símbolos às notas para que isso acontecesse. Na exploração dos instrumentos, ele demonstrava bastante precisão rítmica. Fazia improvisações no metalofone, mas não aceitava cantar – dizia “não saber” e tinha vergonha.

⁵³ Swanwick e Tillmann (1986)

G. tinha um desenvolvimento intelectual compatível com a idade, sendo observador e com boa percepção sonora e rítmica. Muitas improvisações foram feitas por ele nos instrumentos de percussão. Na 10ª sessão, fizemos alguns jogos e um deles foi reconhecer as músicas que eram tocadas pela co-terapeuta. Para nossa surpresa, foi a primeira vez que ele cantou espontaneamente músicas de roda (infantis). Fizemos o jogo “Escravos de Jó” com variação cantando “Marcha Soldado”. G. apresentava grande capacidade de percepção musical, tanto rítmica quanto melódica. Controlava com desenvoltura o ritmo, em qualquer andamento. Possuía ótima coordenação motora. Nesta sessão, não teve grandes variações de dinâmica. Ficamos surpreendidas com o fato de ele cantar espontaneamente e num outro momento, sugeriu que nós cantássemos no andamento proposto por ele.

A partir daí, G. chegava às sessões, mais descontraído, cantava livremente e participava bastante. Começamos a perceber uma grande evolução no processo musicoterápico. Aquele menino tímido, com vergonha de tudo, agora era participativo e propunha jogos e atividades rítmicas e desafios, às vezes complexos.

Observamos que o pequeno repertório de G. era infantil e, de repente, cantou o trecho de uma música pop não infantil. Isso nos impressionou porque a única música não infantil que dizia gostar era o “Tema de Amor” do filme Titanic. Parece-nos que ele escondia o fato de gostar de outras músicas que não sejam infantis. G. sempre teve um comportamento e um modo de falar infantilizado. Temos a impressão que talvez seja muito cômodo para ele continuar sendo criança.

Parece-nos que foi um grande avanço o fato de G. cantar espontaneamente. Quando cantou “Cinco Patinhos Foram Passear”, pedi-lhe que cantasse a música toda, então ele “matou” todos os patinhos. G. parecia sentir prazer na destruição e um dos nossos objetivos foi trabalhar esse comportamento destrutivo e negativo que ele expressava. Então resolvemos “ressuscitar” todos os patinhos, cantando a música e trazendo os patinhos, um a um, de volta para perto da “mãe” pata, o que ele aceitou sem questionar.

Nas sessões seguintes, G. começou a construir o que nos pareceu totens, e por algumas outras sessões, repetia essa construção, sempre lançando desafios. Tiramos algumas fotos e filmamos com seu consentimento

Consultando a internet, encontramos algumas informações sobre o significado e simbolismo do Totem num site que explica que “para muitas pessoas, o Totem remete às

imagens de rituais sagrados e cerimônias religiosas. No entanto, mais do que objetos de adoração ou de rituais, os totens se referem a uma grande variedade de relações: ideológica, mística, emocional e genealógica.” Não se sabe ao certo como isso começou, o que se acredita é que começaram com expressões artísticas dos índios americanos da costa noroeste do Pacífico, na América do Norte (Internet, 2011).

Outro desafio que lançou foi enfileirar os instrumentos de percussão por tamanho e jogar uma bola fazendo com ela tocasse em todos os instrumentos. Consegui e filmamos e fotografamos essa atividade.

“Na obra em desenvolvimento, o que está diante do criador em cada momento, seria o estímulo que articulasse o instante anterior ao presente, criando uma nova configuração, a qual por sua vez provocasse um novo estímulo, com a conseqüente articulação interna, esta se colocando na obra, e assim por diante.” (Honigsztejn, 1990). O autor quer dizer que cada vez que um indivíduo consegue realizar uma determinada atividade, ele se sente estimulado a desafios maiores e é provocado por estímulos de prazer. Para G. era muito importante realizar cada proposta que trazia e, depois de várias tentativas, conseguindo, era estimulado a colocar dificuldades nos seus próprios desafios, criando outros como por exemplo, mudando a disposição dos instrumentos.

Em uma das sessões, antes de sair, foi ao quadro e desenhou duas notas musicais e um pássaro. Pareceu-nos que ele tinha desenhado as notas a partir da improvisação que havia feito, tanto no metalofone como na zabumba: as notas simbolizando a música e o pássaro, a liberdade de criação. De alguma forma, inconscientemente, havia um significado para ele naquela improvisação que havia feito.

Na sessão seguinte, depois de relutar, ele entrou no “setting”, tocou umas teclas do piano, sentou-se no tapete, pegou a zabumba e ficou balançando-a todo o tempo. Fizemos algumas intervenções, ora improvisando, ora tocando somente melodias no metalofone ou fazendo ritmos no pandeiro. G. continuava ausente, isolado. Não disse uma palavra durante toda a sessão, nem sequer nos dirigiu o olhar. Terminada a mesma, guardou a zabumba, fechou o piano devagar e saiu. Pareceu-nos depressivo e desinteressado.

A partir daí, G. faltou algumas sessões. Parecia desanimado. Não queria voltar para a musicoterapia. Então sugeri que tirasse férias, pois estávamos no mês de julho. Ele aceitou.

Voltou em agosto bem mais animado. Escolheu alguns instrumentos de percussão, sentou-se no tapete e disse que havia uma aranha dentro de um dos instrumentos. A co-terapeuta sugeriu um trava língua. G. gostou e sugeriu que começássemos a falar devagar e, à medida que repetíssemos as frases (desafios), falaríamos mais rápido. Depois resolveu criar outros trava línguas. Escreveu no quadro sem um erro de português sequer. Em seguida, a co-terapeuta começou a desenhar instrumentos no quadro para ele descobrir quais eram e acertou todos. Quis desenhar também e além de gostar de desenhar, tinha boa caligrafia e boa percepção.

Numa outra sessão, G. entrou e enfileirou os instrumentos em semicírculo, formando uma barreira entre nós e ele, como se estivesse demarcando território, onde não podíamos entrar.

Senti necessidade de levar para a sessão seguinte, coisas diferentes que o atraíssem. Então criei um jogo de memória e um jogo de bingo. Arrumei a sala com o tapete, coloquei a mesinha no centro e os jogos sobre a mesa. G. se interessou, jogou e ganhou quase todas as vezes. Saiu satisfeito e mais animado.

Na semana seguinte, G. ajudou a arrumar o tapete, escolheu os instrumentos e começou a correr em volta do tapete, tocando os objetos menores. Depois, sentou-se e começou a tocar o atabaque e a zabumba. Sugeri o jogo “Escravos de Jó” com variações: cantando, murmurando e cantando mentalmente. G. jogou bem de todas as maneiras. Em seguida, quis fazer o totem, equilibrando os instrumentos e quem deixasse cair, saía da “brincadeira”. Terminado esse jogo, ele pegou o ovinho e começou a jogar e sugeriu que quem deixasse cair tinha que cantar uma música. Ele deixou cair e cantou “A Canoa Virou”. Percebi mais uma vez que G. precisa de motivação como qualquer jovem da idade dele.

Na semana seguinte, G. chegou e escolheu os instrumentos. Pegou o pandeiro, a zabumba e o metalofone. G. improvisou bem em todos os instrumentos. Ele tinha bom ritmo, criatividade para improvisar e boa concentração. Depois jogamos um jogo de memória e encerramos a sessão.

Duas semanas depois, propus um jogo de improvisação orientada no piano, seguindo a metodologia da Violeta de Gainza⁵⁴. Ele aceitou. No início, tocou timidamente, depois se soltou. Dividi o piano em três regiões e convidei a co-terapeuta para tocar junto. Trocamos de lugar duas vezes. Depois de algum tempo tocando juntos, deixei-o sozinho no piano e eu e a co-terapeuta acompanhamos com instrumentos de percussão (pandeiro e caixinha). G. pareceu gostar muito. Quando saiu do piano, foi ao quadro e começou a desenhar instrumentos musicais, querendo que adivinhássemos o seu desenho. Pareceu estar satisfeito.

Posteriormente, fazendo uma reavaliação, chegamos à conclusão que deveríamos dar alta ao paciente, preparando-o para isso.

4.3 Avaliação final (PAM – Perfil de Avaliação Musicoterápica)

Realizamos 35 sessões (1 ano e 5 meses) e então fizemos uma reavaliação musicoterápica (PAM, Tangarife, 2010) para perceber os resultados dos objetivos propostos desde o início do tratamento.

Quanto à comunicação sonora e verbal, o paciente demonstrou uma boa discriminação e boa percepção auditiva, com vocalização compreensível e adequada aos sons vocais e uma comunicação moderada normal e fluente.

Na área motora, sua postura é regular e flexível, com movimento corporal equilibrado e controlado, apropriado e com habilidades locomotoras, imita movimentos, bate palmas, pés, corre, pula e tem boa coordenação motora.

Quanto aos aspectos comportamentais, na expressão corporal mostrou-se atento e engajado na atividade, adequado ao grupo e consciente de suas partes do corpo, de si e dos outros e com autoconhecimento adequado à sua idade.

Em relação aos aspectos sócio afetivos G. é sociável, demonstra alguma integração, sua participação é cooperativo e adequada e suas respostas aos estímulos musicais relacionado à música e ao comportamento musical são adequados.

Sua comunicabilidade sonora é intensa, com respostas sempre adequadas aos estímulos, relacionamento sonoro e intencional, manifesta vocalização, faz improvisação

⁵⁴ Apostila dada no curso de extensão sobre Educação musical: problemáticas atuais e perspectiva da educação musical, ministrado por Violeta de Gainza, em 2011, no CBM. Trabalho não publicado.

instrumental consistente e de forma estruturada com os demais, tendo desembaraço musical e criando células rítmico-melódicas.

Quanto aos transtornos invasivos do desenvolvimento, G. apresenta problemas emocionais, que têm sido vencidos, tendo interesse pelas atividades apresentadas. Seus instrumentos preferidos eram os de percussão, tendo uma relação com os estímulos sonoros de uma forma bem razoável em relação a timbre, ritmo e melodia, canta fragmentos de canções, modifica o ritmo em resposta à música de forma criativa, obedece a dinâmica musical, toma iniciativas em propostas musicais. Seu desenvolvimento musical (Espiral de Swanwick)⁵⁵ é do modo manipulativo, isto é, o desejo de controlar a produtividade musical e mostrar habilidade com os instrumentos e até na forma de escrever. Expressivo porque mostrou que era capaz de fazer música, embora sem organização estrutural, e vernacular, porque esse fazer musical, antes individual, agora é compartilhado socialmente. É uma forma de mostrar competência. Suas funções cognitivas básicas estão sem alterações, estando refletido em sua performance sonoro-musical.

5 Considerações finais

A música, com seu poder de persuasão e mobilização, podemos assim dizer, transforma e molda a vida e pode provocar mudanças no ser humano. “Musicoterapia é a aplicação científica da música ou de atividades musicais para atingir objetivos terapêuticos. A musicoterapia também pode ser definida como a utilização estruturada da música para produzir as mudanças do comportamento almejadas” (Carter, 1982)⁵⁶. Os seres humanos estão sempre fazendo ou sofrendo mudanças a cada momento e a cada dia. Terapeuticamente, existem dois critérios fundamentais que podem ser utilizados: o primeiro é que a musicoterapia melhore a condição de saúde do cliente e o segundo é que a mudança possa ser atribuída ao processo terapêutico. Quando um cliente tem déficit de atenção e aprende a se concentrar no contexto musical, essa capacidade de concentração pode ser aplicada a outros aspectos da vida do cliente. Portanto, cada mudança que o cliente faz em uma experiência musical, pode ser refletida em outras áreas não-musicais. No processo terapêutico, o crescimento pessoal pode acontecer através da interação terapeuta-cliente,

⁵⁵ Swanwick e Tillmann (1986)

⁵⁶ In Bruscia, 2000

através de intervenções musicais, quando o terapeuta age de modo específico, ajudando o cliente na melhora da sua saúde.

Levando em consideração os efeitos que a musicoterapia produz, nos parece que os objetivos propostos foram alcançados, não de forma completa, mas de uma forma muito satisfatória. Pudemos perceber mudanças no comportamento de G. e afirmar que ele é outra pessoa, mais confiante, mais alegre, com outra perspectiva, embora um adolescente em crescimento físico, intelectual, social e mental. Ainda há um caminho a percorrer, para complementar o que já foi feito e continuar expandindo seu horizonte vivencial, na busca de uma melhor qualidade de vida e inserção social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Cadernos de Musicoterapia 2**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo a Musicoterapia**, tradução Mariza Velloso Fernandez Con de. 2ª edição, Rio de Janeiro, Enelivros, 2000

CHAGAS, Marly e PEDRO, Rosa, **Musicoterapia, desafios entre a Modernidade e a Contemporaneidade – como sofrem os híbridos e como se divertem**. Rio de Janeiro: Mauad X: Bapera, 2008

HONIGSZTEJN, Henrique. **A Psicologia da Criação: um estudo sobre a criação artística e científica**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990

JONES, Kenneth Lyons. **Padrões Reconhecíveis de Malformações Congênitas**. 5th Edition, Tradução de Dr. Marcos Ikeda, 1998

MILLECO FILHO, Luiz Antônio, BRANDÃO, Maria Regina Esmeraldo e MILLECO, Ronaldo Pomponét. **É Preciso Cantar, Musicoterapia, Cantos e Canções**, Rio de Janeiro: Enelivros, 2001

RUUD, Even. **Música e Saúde** (Organizador), São Paulo: Summus, 1991

TANGARIFE, A. S., *PAM (Perfil de Avaliação Musicoterápica)*, 2007, 2010.

TORO, M. Betés de, **Fundamentos da Musicoterapia (Comp.)**, Ed Morata, S. L.(2000), (Visão Geral y Teoria de La Musicoterapia – Patricia Marti Augé) pp 293-295

REFERÊNCIAS WEBGRÁFICAS

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004_27302008000500012 –

Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia - pesquisado em 29/04/2011

<http://br.answers.yahoo.com/question/index?qid=20070912112348AAAlBJq> – Doença

Brasil Escola – pesquisado em 29/04/2011

<http://fzerostudio.com.br/wp/?p=2850> – Totem – pesquisado em 12/11/2011

A SOCIEDADE E A MÚSICA: PROBLEMATIZAÇÕES CONTEMPORÂNEAS

Mariane Oselame*

Marly Chagas Pinto**

Ruth Barbosa***

RESUMO: Assim como tantas outras, a Musicoterapia se abriu para novos espaços transpassando os *settings* convencionais e atendendo a demandas que propõe dar voz e favorecem a participação ativa da clientela dos serviços para que reafirmem a complexidade de suas realidades. A vinculação existente entre saúde e desenvolvimento local vem sendo construída desde o final do século XX. Através da Conferência de Alma-Ata reconheceu-se a saúde como um direito de todos e responsabilidade da sociedade. Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar diversas áreas compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. O presente artigo tem como objetivo problematizar o espaço da música em Musicoterapia dentro de uma perspectiva social contemporânea. Problematizar de que forma a capacidade de deslocamento, de reinvenção e criatividade da música, promove dispositivos de reinvenção da vida que sirvam como linhas

* Musicoterapeuta, Especialista em Saúde Comunitária e atualmente aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Possui experiência com reabilitação e tratamento de usuários de álcool e drogas, e usuários da rede de Saúde Mental. Experiência e participação no desenvolvimento e execução de atividades multidisciplinares de área social. Endereço eletrônico para acesso no Currículo Lattes mari.oselame@hotmail.com.

** Doutora (2007) e mestre (2001) em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001). Especialista em Psico-oncologia (2001) Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (1977), em Musicoterapia - Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário (1978), em Licenciatura em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (1976). Atualmente é professora da graduação e da pós-graduação do Conservatório Brasileiro de Música- Centro Universitário (CBM-CEU). É supervisora técnica musicoterapeuta do CBM-CEU no Instituto Nacional de Câncer. Presidente do Comitê Latino Americano de Musicoterapia, presidente da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro, membro da Comissão Editorial da BAPERÁ Editora, membro do Conselho Editorial e parecerista da Revista Brasileira de Musicoterapia; membro do Conselho Consultivo da revista Pesquisa e Música do Conservatório Brasileiro de Música. Coordena a sessão de musicoterapia -na revista On line - Arte de Cura, . psicóloga e musicoterapeuta em clínica particular. Tem experiência na área de Artes, com ênfase em Artes, atuando principalmente nos seguintes temas: musicoterapia, contemporaneidade, oncologia, humanização e interdisciplinaridade.

*** Graduada em Psicologia em (1973), com Mestrado (1990) e Doutorado em Psicologia (2001) pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Atualmente é Professora Associada III do Departamento de Psicologia Clínica desta Universidade. Trabalha com temáticas que articulam Saúde e Interdisciplinaridade com perspectivas voltadas para Políticas de Humanização, Cuidado em Saúde, Metodologias Ativas e Formação de grupos, o que se caracteriza pela diversidade de campos de estudo que se interpenetram. Já exerceu funções administrativas, tendo sido ex-Coordenadora de Graduação e ex-Coordenadora do Programa EICOS de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social do Instituto de Psicologia/UFRJ.

de fuga e não se limitem à concepção de assistência ou medicalização convencional a fim de convergirem na formulação de políticas favoráveis à saúde.

PALAVRAS CHAVE: Música, Musicoterapia, Promoção de Saúde.

ABSTRACT: As many others disciplines, the music therapy has opened new spaces for trespassing the conventional settings and serving demands that proposes to voice and promote the active participation of the clientele of services to reaffirm the complexity of their realities. The link between health and local development has been built since the late twentieth century. By Alma-Ata was recognized health as a right and responsibility of all of society. It is understood that health promotion is presented as a mechanism for strengthening and implementation of a policy defined, integrated and intersectoral dialogue that makes several areas composing networks of commitment and responsibility for quality of life where all are partakers in the protection and care of life. This article aims to problematize the space of music in music therapy within a contemporary social perspective. Problematize how the offset capability, creativity and reinvention of music, promotes devices reinvention of life that serve as escape routes and not limited to the design of conventional care or medicalization to converge in policy favorable to health.

KEYWORDS: Music, Music Therapy, Health Promotion.

1. “Como beber dessa bebida amarga, tragar a dor, engolir a labuta”: Introdução

“Cálice” destinava-se a um evento promovido pela PolyGram, que reuniria em duplas os maiores nomes de seu elenco, no qual deveria ser cantada por Gilberto Gil e Chico Buarque, pelos mesmos, composta. Segundo a obra “A Canção no Tempo: 85 Anos de Músicas” de 1997, Gil apresenta a Chico, numa véspera de sexta-feira da Paixão de 1973, o refrão ‘Pai, afasta de mim esse cálice/ de vinho tinto de sangue’, uma alusão à agonia de Jesus no Calvário, cuja ambiguidade fora percebido pelo colega. Metaforicamente a canção revela que o ‘silêncio’ imposto na cidade era uma quimera, pois “mesmo calada a boca, resta o peito, resta a cuca”. No dia do show, ao começarem a cantar, Chico e Gil tiveram seus microfones desligados: “Tenho a impressão de que ela tinha sido apresentada à censura, tendo-nos sido recomendado que não a cantássemos, mas nos fizemos uma desobediência civil e quisemos cantá-la’, conclui Gil”(idem). A música foi liberada cinco anos mais tarde.

Chagas (s/d) defende que o musicoterapeuta é atravessado pela realidade, habilitado a lida com os códigos não-verbais, com o musical do povo e é desafiado pela realidade que envolve a sociedade contemporânea.

“A realidade e sua imposição de participação para mudanças nos afetam. O outro, o cliente, o colega, a família do cliente nos afetam. Constituímos a sociedade que nos constitui. Preocupados com a mudança de valores, estamos nos engajando em situações que envolvem a saúde coletiva. As percepções da expressão criadora, da expressão artística ou mesmo da comunicação através de símbolos musicais podem contribuir para a análise e a intervenção eficaz nas comunidades locais” (idem).

A sociedade vem sendo atravessada por um sistema capaz de capturar o desejo de milhões de pessoas. Mobilizando-as atendendo às demandas de segurança, felicidade e prazer a qualquer preço. Comercializando em larga escala maneiras de ver e de sentir, de pensar e de perceber, de morar e de vestir. O fato é que se consome, mais do que bens, formas de vida - e mesmo quando se refere apenas aos estratos mais carentes da população, ainda assim essa tendência é crescente. Através dos fluxos de imagem, de informação, de conhecimento e de serviços constantemente acessados, absorvem-se maneiras de viver, sentidos de vida, consomem-se toneladas de subjetividade. Observou-se instalar nas últimas décadas um novo modo de relação entre o capital e a subjetividade (Pelbart, 2001).

Se, antes, o Estado tinha o poder sobre a vida e a morte dos indivíduos, de causar a morte ou deixar viver pelo poder da guerra ou da pena capital, a partir do século XVII, o

poder político assumiu a tarefa de gerir a vida por meio da disciplina dos corpos ou dos controles reguladores das populações. Esses são os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida: a disciplina anatomopolítica dos corpos individuais e a regulação biopolítica das populações. O nascimento da medicina social e a consequente preocupação do Estado pela Saúde Pública responderam a esse objetivo. Assim, a função do poder não é mais matar, mas investir sobre a vida. A potência da morte é substituída pela administração dos corpos e a gestão calculista da vida. Para Foucault a organização do biopoder foi necessária para o desenvolvimento do capitalismo, porque era preciso, por um lado, inserir os corpos disciplinados dos trabalhadores no aparelho da produção e, por outro, regular e ajustar o fenômeno da população aos processos econômicos (2001, 1979).

Percebe-se uma expropriação das redes de vida a maioria da população através de mecanismos cuja inventividade parece ilimitada, mas nada do que foi apresentado acima por ser imposto unilateralmente de cima para baixo, já que essa subjetividade vampirizada, esses territórios de existência comercializados, essas formas de vida visadas não constituem uma massa inerte e passiva à mercê do capital, mas um conjunto vivo de estratégias. A partir daí, seria preciso perguntar-se de que maneira, no interior dessa “mecânica” de produção de subjetividade, surgem novas modalidades de se agregar, de trabalhar, de criar sentido, de inventar dispositivos de valorização e de autovalorização.

A promoção da saúde é um campo teórico-prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando a autonomia durante o processo de cuidado à saúde. Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo (Barros et al., 2004).

Dentre as estratégias priorizadas pela Promoção à Saúde, merecem destaque a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias. Subsidiando estas estratégias, encontram-se princípios que afirmam a importância de se atuar nos determinantes e causas da saúde, da participação social e da necessidade de elaboração de alternativas às práticas educativas que

se restringem à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais (Carvalho & Gastaldo, 2008).

Cálice, assim como tantas outras canções, foram meios de expressão de rebeldia a um sistema político impositivo vigente na época. A arte, a música utilizada como forma de resistência, como linha de fuga ao que estava dado, ao que se esperava que fosse.

O presente artigo tem como objetivo problematizar o espaço da música em Musicoterapia dentro de uma perspectiva social contemporânea. Problematizar de que forma a capacidade de deslocamento, de reinvenção e criatividade da música, promove dispositivos de reinvenção da vida que sirvam como linhas de fuga, como “cálices” e não se limitem à concepção de assistência ou medicalização convencional a fim de convergirem na formulação de políticas e práticas favoráveis à promoção de saúde.

2. “De muito gorda a porca já não anda, de muito usada a faca já não corta”: Sobre o Contemporâneo

O trecho título desse item apresenta a imagem de um animal que não consegue mais andar de tão obeso, relacionando essa porca que já até passou do tempo do abate, com o sistema em vigor, ineficiente e “mais que pronto” para acabar. Simbolizada por uma faca sem fio, é ressaltada a inoperância, o objeto que servia para cortar, já não o faz. Mostra ainda, o desgaste de algo que foi muito usado, além de representar corte, ferimentos e violência constante, muito presentes no cotidiano dos que lutavam para mudar a realidade (Morhy, Ferreira & Barbosa, 2007).

De acordo com Hoepers, Andrade e Parpinelli (2010) pós-modernidade caracteriza-se por uma supervalorização do indivíduo. Uma vez que o sujeito não mais possui as bases que o determinavam no período anterior a modernidade, faz-se necessário que o mesmo busque sua própria determinação, ou seja, sua própria razão, o que gera um retorno acentuado ao si mesmo, possibilitando o investimento no individualismo.

Nessa perspectiva, Michel Foucault (1995) apresenta contribuições teóricas que possibilitam pensar o período da pós-modernidade como um momento de novas possibilidades. Nesse momento histórico o poder é pulverizado entre os indivíduos, caracterizando-se num movimento de gestão da vida e dos corpos, e aqueles passam a não mais precisarem de determináveis exteriores para saber como agir e pensar. Pode-se pensar na questão do individualismo, pois uma vez que se reforça autonomia e liberdade dentro de um contexto pré-formatado, o indivíduo está inserido numa lógica de liberdade deliberada a priori

e de desejos pré-supostos, o que acentua as tendências ao individualismo exacerbado, já que o mesmo se sente onipotente (Hoepers, Andrade & Parpinelli, 2010).

Depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo de individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas massificante, que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anatomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anatomopolítica do corpo humano, mas que eu chamaria de uma “biopolítica” da espécie humana (Foucault, 1999, p 289).

A biopolítica lida, portanto, com a população. E mais ainda, com a população como um problema político, biológico, sanitário e de poder. Leva em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e busca assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação. A análise destes fenômenos põe a medicina como encarregada da higiene pública, auxiliada por organismos de coordenação dos tratamentos médicos, centralização da informação e normalização do saber, introduzindo na população o aprendizado da higiene e da medicalização. Instaura-se o ‘poder médico’ (Furtado & Szapiro, 2010).

Se o controle social sobre o corpo das pessoas sobre o direito de viver e como viver, sobre o direito de estar doente, de se curar e morrer como quiserem e a medicalização da cultura se impõe aos sujeitos, por outro lado são muitas as formas de resistência – formas de sobrevivência, de preservação da autonomia ameaçada pelos outros e por si mesmo, pela subjetividade reinante.

Esse exemplo relata como nosso cotidiano é regido por práticas biopolíticas: Velho, Oliveira e Santos (2010) trazem que durante muito tempo as parteiras, curandeiras ou comadres eram quem exerciam a atividade de partejar, por serem mulheres reconhecidas na comunidade ou de confiança das parturientes. Familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gravidez e o puerpério como experiência própria e tinham o papel de confortar as mulheres. No final do século XVI, com o surgimento da utilização do fórcepe pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain e aceitação da obstetrícia como disciplina técnica, científica e dominada pelo homem; ocorre o declínio da profissão de parteira. Tem início a possibilidade de comandar o nascimento, a intervenção masculina e a substituição do paradigma não intervencionista; parir passa a ser considerado um evento perigoso sendo imprescindível a presença de um médico. A partir desta hegemonia, o discurso médico da metade do século XIX em relação à obstetrícia, caracterizou-se pela defesa da hospitalização

do parto e da criação de maternidades, no qual as mulheres foram despidas de sua individualidade, autonomia e sexualidade. Foram impostas rotinas de internação como a separação da família, remoção de roupas e objetos pessoais, impossibilidade de deambulação e rituais de limpeza como enema e jejum. Organiza-se a assistência obstétrica como uma linha de produção, em que a mulher transformou-se em propriedade institucional.

Mesmo com a informação de que o parto normal é mais seguro que a cesariana, pois oferece menos riscos de infecção, hemorragia e prematuridade do bebê. E que é direito da mulher definir durante o pré-natal o local onde ocorrerá o parto. Vale ressaltar que os partos podem ser realizados nos centros de parto normal, em casa ou em qualquer hospital ou maternidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo dados de 2009 do Ministério da Saúde, as cesarianas ainda representam 34% dos partos realizados na rede pública de saúde brasileira. No entanto, por se tratar de um procedimento cirúrgico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que esses casos não ultrapassem 15%. Essa indicação se refere aos partos de risco, quando há situações como posição inadequada do feto (que permanece sentado ou atravessado mesmo após tentativas para mudá-lo de posição) e descolamento prematuro de placenta.

Dentro desse contexto, no qual se engendra o aumento cada vez maior de cesáreas no Brasil, pode-se pensar que optar pelo parto natural e em casa seja uma das formas de resistência ou linhas de fuga.

Esse silêncio todo que atordoa, mas que ao mesmo tempo deixa atento, promove formas de lançar “um grito desumano que é uma maneira de ser escutado”. Promove resistências que não são calculadas ou previstas estrategicamente, mas reações simplesmente defensivas, reatividades, mecanismos defensivos, podendo constituir outras formas de crença, outras cristalizações. Podemos, no entanto, como profissionais da saúde ou como pessoas, buscar formas criativas de expressão, abrindo brechas em meio aos padrões e práticas reinantes, recriando outras formas de vida micropoliticamente.

É imprescindível contudo que possamos dar um passo além, contribuindo para novas práticas e novos valores, novos modos de fazer, de agir, de afetarmo-nos, de conceber e vivenciar o que seja a saúde, a potência de vida e o próprio viver. As resistências lutam pela autonomia a partir do lugar de quem não a tem. É importante passarmos para criações singulares, tanto individuais quanto coletivas, que valorizem a autonomia e abram novos caminhos (Martins, 2004, p 31).

3. Mesmo nesse “pileque homérico no mundo”, “mesmo calado o peito”, afinal “resta a cuca”: E a Música?

Cálice, às vésperas do 40º aniversário de sua composição, continua sendo das grandes embaixatrizes da resistência política contra ditadura brasileira na década de setenta. Denunciou um sistema ideológico manipulador e perverso, e junto com os grandes Festivais promovidos, unia milhares de pessoas que cantaram, sentiram e viveram cada estrofe da canção. Não poderia ser esse um belo exemplo de linha de fuga que propunha Foucault?

A arte refletiu ou mesmo antecipou mudanças sociais, políticas e ideológicas, entre essas últimas, as formas de se compreender e situar o homem social e culturalmente. A expressão da musicalidade parece estar atrelada a fatos concretos. Nesse sentido, entende-se que a música vivenciada no dia-a-dia contribui com a constituição da subjetividade das pessoas. Dessa maneira, essas sonoridades podem ser consideradas como elementos psicossociais e terapêuticos uma vez que possibilitam a expressão e interpretação da realidade interna de pessoas individuais e coletivas (Cunha, Arruda & Silva, 2010 p 11).

Guéron (2008) discorre sobre outro grande exemplo de resistência criativa e uma reinvenção, diante da intenção de sujeição e até mesmo de extermínio do higienismo do bota-abaixo⁵⁷ carioca nas décadas do século XIX: O samba! Agora não só uma canção, mas um estilo musical. Segundo o autor o samba já nasce portanto como uma linha de fuga. Ou, talvez, mais que isso: o samba já nasce como uma convergência, um encontro de linhas de fuga, sobretudo das imigrações para a cidade, e que formavam a cidade. O samba é negro, mas não exatamente identitário, posto que se constitui das misturas e do encontro dos diferentes fluxos de povos (e mesmo os negros eram muitos povos).

Na verdade, eis aí uma das características mais importantes do samba, a saber, o samba é antes de tudo uma filosofia: uma filosofia de vida. Ele entende, explica, narra, processa plástica e afetivamente, as dores da vida. Sua dimensão política está antes no ato mesmo do encontrar-se para cantar samba: cantar alto, cantar forte, dançar a dança que só alguns sabem dançar, usar o corpo como só alguns sabem usar, e fazer ressoar os tambores pela noite da cidade (idem).

⁵⁷ É importante lembrar que ele (samba) aparece na cidade onde houvera, não muito tempo antes, a revolta da vacina: como a dos milhares de pobres cariocas que tentaram se recusar a tomar a vacina. Mesmo que embalada eventualmente por algum discurso moralista de certa imprensa, a resistência à vacina era, sobretudo, a resistência aos agentes do Estado, que no higienismo do qual a vacina era símbolo, eram os agentes do “bota-abaixo”. E, de fato, era uma multidão de negros e mestiços o “alvo” deste “bota-abaixo”, eram eles que deveriam ser expulsos do centro do Rio, e os cortiços onde viviam devidamente derrubados para que pudessem ser abertas as avenidas que dariam um ar parisiense e “civilizado” à capital da recém proclamada república brasileira (Guéron, 2008, p 158).

O homem vivencia e produz a música presente na dinâmica do seu dia a dia, como um elemento capaz de agregar significado e sentido aos fatos vividos (Cunha, Arruda & Silva, 2010 p 12). A partir dos exemplos apresentados é possível perceber que música, por si só, pode ter o poder de questionar o que é dado e desnaturalizar o cotidiano. Baseada nessa premissa propõe-se pensar qual o papel do musicoterapeuta enquanto possível agente facilitador de resistência? É possível? Musicoterapia?

De acordo com Chagas (2007) a música, de maneira muito eficiente, produz novos enunciados aos sujeitos, seja através da improvisação, da audição, da composição ou da canção. Em muitas sessões, o paciente fica envolvido na tarefa de tocar, de improvisar, de experimentar os sons, de entrar em contato com instrumentos musicais. Essas experimentações tecem novos agenciamentos, que oportunizam as cadeias a-significantes de experimentações subjetivas. Não existem efeitos de significação no sentido lingüístico para essas práticas: há experimentação musical, ou seja, uma enunciação subjetiva muito própria dos processos musicoterapêuticos.

O fazer musical pode enxertar linhas de errância, desterritorializar, abrir a experiência clínica ao imprevisível. A improvisação pode retirar o apoio, abrir-se para a instabilidade harmônica, para as cadências não resolvidas, para os acordes suspensivos; a voz se embarga, desafina, falha, explora sonoridades totalmente inusitadas; a audição pode trazer escutas exóticas, ameaçadoras, instigantes; os materiais sonoros podem ser tantos e tais que manuseá-los pode constituir-se em uma experiência de linha de fuga (idem, p 142)

Desta forma, nossa comunicação, colaboração e cooperação não se baseiam apenas no comum, mas por sua vez, produzem o comum. Tem a intenção de reorganizar a rede de indivíduos, apontando para esse controle biopolítico. Stige (2002) enfatiza que "o musicoterapeuta pode tentar ajudar os clientes através de uma mudança do mundo, ao menos um pouco" (p 128), argumentando que a mudança social pode ser uma parte da agenda do musicoterapeuta.

4. “Talvez o mundo não seja pequeno, Nem seja a vida um fato consumado, Quero inventar o meu próprio pecado”: Considerações Finais

Produzir o novo é também inventar novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação. Todos criam, no dia-a-dia, novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação. A invenção não é prerrogativa dos grandes

gênios, nem monopólio da indústria ou da ciência, ela é a potência do homem comum. Cada variação, por minúscula que seja, ao propagar-se e ser imitada torna-se quantidade social, e assim pode ensejar outras invenções e novas imitações, novas associações e novas formas de cooperação.

Biopolítico foi o termo forjado por Foucault para designar uma das modalidades de exercício do poder sobre a vida, vigentes desde o século 18. Centrada prioritariamente nos mecanismos do ser vivo e nos processos biológicos, a biopolítica tem por objeto uma massa global afetada por processos de conjunto. Biopolítica designa pois, essa entrada do corpo e da vida, bem como de seus mecanismos, no domínio dos cálculos explícitos do poder, fazendo do poder-saber um agente de transformação da vida humana (Pelbart, 2001, p 40).

É preciso que nos sintamos criando o mundo a partir de nossas criações pessoais partilhadas, para que estejamos ativos e vejamos o mundo como nos concernindo. Assim, sentimo-nos expandindo, realizando-nos, vivendo. A saúde, pois, pode ser algo vivenciado pelo sujeito como uma criação sua, para que faça sentido, para que possa reapropriar-se de si, reencontrar efetivamente sua capacidade vital, capacidade ativa e criativa em relação à sua vida (Martins, 2004, p 28).

As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Carta de Ottawa *in* Brasil, 2002).

Cunha et al (2010) defende que a

Prática musicoterapêutica pretende acolher, criar, recriar, improvisar e interagir com as pessoas a partir do referencial teórico específico do campo da musicoterapia. Nesse ambiente considera-se que o homem que imagina e cria, ultrapassa os limites concretos da vida real. Dessa forma ele amplia suas possibilidades de ação em formas de expressões sonoras, rítmicas e corporais, coloca-se como sujeito da ação-comunicação e estende as fronteiras de sua existência para além do horizonte dos impedimentos (p 23).

Esse artigo se propôs, léguas distante de concluir, mas discutir o que a música pode oferecer no ambiente musicoterapêutico, e aqui considerando o “*setting*” como um espaço

social amplo, comunitário. Discutir uma possível agenda para musicoterapia, localizando-a como uma possibilidade e interessante ferramenta de promoção de saúde na construção de resistências, de linhas de fuga de um sistema que preconiza a alienação e a sujeição dos corpos. É possível? Não sei! Mas segundo Chico Buarque de Holanda e Gilberto Gil...

Quero morrer do meu próprio veneno
Quero perder de vez tua cabeça
Minha cabeça perder teu juízo
Quero cheirar fumaça de óleo diesel
Me embriagar até que alguém me esqueça (1973).

5. Referências

Barros, R.B., Campos, G. W. & Castro, A. M. (2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência saúde coletiva*, 9, 3. Rio de Janeiro: July/Sept.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil/ Ministério da Saúde. *Tipos de parto*. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto/os-tipos-de-parto/print>, acessado em 21 de agosto de 2012.

Carvalho, S. R. & Gastaldo, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva*, Dez 2008, vol.13, supl.2, p.2029-2040.

Chagas, M. As Perspectivas da Musicoterapia. IX Fórum Estadual de Musicoterapia do Rio de Janeiro, s/d.

Chagas, M. *Processos de Subjetivação na Música e na Clínica em Musicoterapia*. Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social da UFRJ. Rio de Janeiro: 2007

Cunha, R. Arruda, M. & Silva, S. M. Homem, Música e Musicoterapia. *Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia*. Curitiba v.1, p.1-141, 2010.

Foucault, M. *Microfísica do Poder*. Org. Machado, R. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *As palavras e as coisas: Uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

_____. *Aula de 17 de março de 1976*. In: *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Furtado, M. A. & Szapiro, A.M. *Promoção da Saúde e seu alcance biopolítico: a ênfase no discurso da autonomia*. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa EICOS de Pós-Graduação em Psicossociologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

Guéron, R. Potências do samba, clichês do samba: linhas de fuga e capturas na cidade do Rio de Janeiro. *Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia*. Rio de Janeiro. Nº25-26, pp. 157-169. mai-dez 2008

Hoepers, Andrade & Parpinelli. *Reflexões acerca da supervalorização do eu na sociedade pós-moderna*. 2010. Disponível em http://www.unifil.br/portal/hotsites2010/anais_IIIcongresso/apresentacao/arq05.pdf acesso em 01 agost 2012.

Mello, Z. H. & Severiano, J. *A Canção no Tempo: 85 Anos de Músicas*. Vol. 2. Editora 34. 1997.

Martins, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface -Comunic., Saúde, Educ.* v.8, n.14, p.21-32, set.2003-fev.2004.

Morhy, A. S. Ferreira J. F. & Barbosa L. *Cálice: A música e as relações de poder*. Trabalho apresentado ao Grupo Temático (GT) do VI Congresso de Ciências da Comunicação da Região Norte - Intercom Norte. 2007.

Pelbart, P. P. Poder sobre a vida, potência da vida. *Lugar Comum*. No17, pp. 33-43. set 2001-abril 2002.

Stige, B. *Culture-centered music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2002.

Velho, M. B., Oliveira M. E. & Santos E.K. A. Reflexões sobre assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília: jul-ago: (63)4: 652-9. 2010.

MUSICOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: VIVENCIANDO A FINITUDE ATRAVÉS DA MÚSICA

Elisabeth Martins Petersen.⁵⁸

RESUMO:

Os Cuidados Paliativos objetivam melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, focalizando controle e alívio da dor, sintomas e sofrimento físico-psicossocial-espiritual decorrente do processo de adoecimento e finitude (OMS, 2002). Este trabalho apresenta reflexões sobre a inserção da Musicoterapia na composição da equipe inter e multidisciplinar do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE/UERJ. As intervenções musicoterápicas realizadas com pacientes, familiares e cuidadores à luz de estudos da literatura específica de Musicoterapia em Cuidados Paliativos apontam como resultados das observações clínicas que: a utilização da música viva no espaço hospitalar transforma a dinâmica dos atendimentos e a relação paciente-doença; músicas do repertório do paciente ou improvisadas no momento do atendimento favorecem novas formas de expressão de sentimentos e pensamentos a respeito do avanço da doença e uma Revisão de Vida, refletindo sobre realizações, vínculos afetivos. A Musicoterapia no NCP-HUPE tem contribuído para ampliar o cuidado ao paciente-familiares-cuidadores no processo de terminalidade e constitui-se em estratégia de enfrentamento das situações difíceis no avanço da enfermidade, contribuindo para reflexões a respeito do sentido da vida e do sofrimento. Revela-se fonte renovadora e recurso de humanização, transformando e revitalizando com sons, ritmos, harmonias, canções criadas ou recriadas, as relações entre pacientes, familiares-cuidadores, profissionais de saúde.

Palavras-chave: *Musicoterapia; Cuidados Paliativos; Finitude; Sentido da vida.*

ABSTRACT

Palliative Care aims to improve the quality of life of patients and families facing life-threatening diseases, focusing on control and relief of pain, symptoms and physical-psychosocial-spiritual suffering due process of illness, finiteness (WHO 2002). This paper presents reflections on the inclusion of music therapy in the composition of a inter-multidisciplinary team of the Center for Palliative Care, University Hospital Pedro Ernesto-HUPE/UERJ. Music therapy interventions with patients, families and caregivers, in light of studies of specific literature for Music Therapy in Palliative Care highlights as results of clinical remarks that: the use of live music in the hospital transforms the dynamics of the session and the patient-disease relation, the patient's repertoire or improvised songs at the time of the session promote new ways of expressing feelings, thoughts regarding the disease progression and Life Review, reflecting on achievements, affective bonds. Music therapy in NCP-HUPE has contributed to extend care to the patient, family and caregivers in the terminal process and is a strategy for coping with difficult situations in the progression of the disease, contributing to reflections related to the meaning of life and suffering. It reveals a renewal source of humanization, transforming and revitalizing through sounds, rhythms, harmonies, songs created or recreated, the relationships between patients, families, caregivers, health professionals.

Keywords: *Music Therapy, Palliative Care, Finiteness, Meaning of life.*

⁵⁸ Bacharel em Musicoterapia e Piano (Conservatório Brasileiro de Música/CBM-CEU). Especialização em Psico-oncologia (Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais). Capacitação em Cuidados Paliativos (CEPUERJ-UERJ). Áreas de atuação: Cuidados Paliativos (Hospital Universitário Pedro Ernesto), Gerontologia e Neurologia (domiciliar), Saúde Mental (Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco –CBM-CEU). E-mail: bethpet2@yahoo.com.br

*Eu sou a vela que acende; (...) sou a luz que se apaga;
 (...) sou a beira do abismo;
 (...) Eu sou o início, o fim e o meio.⁵⁹
 (Raul Seixas / Paulo Coelho)*

INTRODUÇÃO

Os cuidados do fim de vida ganharam destaque, a partir da segunda metade do século passado com os trabalhos de Cicely Saunders e Elizabeth Kübler-Ross. Saunders (1958; 1959; 1960) fundou os movimentos dos *hospices*⁶⁰ modernos e dos Cuidados Paliativos preocupada com o abandono social das pessoas que estavam morrendo, com o efetivo controle da dor e de outros sintomas no fim da vida, focalizando as diversas formas desse sofrimento a que definiu como Dor Total⁶¹. Kübler-Ross (1981) dedicou-se a estudar os estágios do processo de morrer, pelos quais passam as pessoas na etapa final de suas vidas, com suas “ansiedades, temores, esperanças (...), agonias, expectativas e frustrações” (KÜBLER-ROSS, 2002, p.4). Inicialmente estes Cuidados destinavam-se aos pacientes de câncer, sendo posteriormente ampliados para o cuidado a outras doenças crônicas e neuro-degenerativas e que representam uma ameaça ao bem viver.

Em 1990 a Organização Mundial de Saúde lança a definição de Cuidados Paliativos, atualizada posteriormente em 2002 como

uma abordagem que melhora a *qualidade de vida* do paciente e de suas famílias ajudando-os a lidar com os problemas associados às doenças ameaçadoras da vida, prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. (OMS, 2002)

Esta abordagem deveria acompanhar o curso da doença desde o diagnóstico até o fim da vida, o que nem sempre acontece. Somente quando os tratamentos de cura deixam de apresentar resultados positivos e a doença avança, os pacientes costumam ser encaminhados para os Cuidados Paliativos, muitas vezes mesmo sem nem entenderem o que isso significa, vivenciando, juntamente com suas famílias, um turbilhão de pensamentos e sentimentos que os acompanham: a sensação de abandono por parte da equipe que o vinha tratando, a esperança de que outra forma de ‘tratamento’ trará a cura desejada, o desejo de obter o alívio de seu sofrimento, o medo do desconhecido e da própria morte.

⁵⁹ Gitá. Composição de Raul Seixas e Paulo Coelho.

⁶⁰ O Movimento *Hospice* se iniciou na Inglaterra e se espalhou pelo mundo, principalmente nos Estados Unidos e Europa, com objetivo de receber pessoas que necessitam de amplos cuidados em estágio terminal de doenças ameaçadoras à vida (na ocasião, pacientes com câncer), oferecendo cuidados especializados aos pacientes, proporcionando um morrer com dignidade, com conforto e em paz, incluindo o suporte às famílias (MCCOUGHLAN, 2004).

⁶¹ O Conceito de Dor Total foi firmado por Cicely Saunders para descrever as múltiplas dimensões do sofrimento: física, psicológica (emocional), social e espiritual. (ibid)

O enfoque multidisciplinar caracteriza a ação dos Cuidados Paliativos, oferecendo suporte a essa gama de necessidades tanto de pacientes quanto de seus familiares e cuidadores, considerando os aspectos físicos, psicológicos, espirituais e sociais que se intensificam na fase da terminalidade. As ações da equipe objetivam “influir positivamente no curso da doença [e] ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte” (OMS, 2002), incluindo o acompanhamento do luto dos familiares – das perdas antecipadas ou após a morte do paciente.

Essas equipes são compostas, em sua maioria, de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Outros profissionais podem dar suporte às necessidades decorrentes dos comprometimentos no avanço da doença: nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas. A Musicoterapia vem, aos poucos, se inserindo nesse campo, a partir do fim da década de 1970 com Susan Munro, no Canadá (MUNRO & MOUNT, 1978). Desde então, publicações de diversas partes do mundo relatam experiências de musicoterapeutas na composição de equipes de Cuidados Paliativos (ALDRIDGE, 1999; CLEMENTS-CORTÉS, 2004; DILEO & PARKER, 2005; HANSER, 2005; HILLIARD, 2005, 2001; HOGAN, 1999; KROUT, 2001; MAGILL, 2009, 2005, 2001; MUNRO & MOUNT, 1978; O’CALLAGHAN, 2008, 1999; O’KELLY & KOFFMAN, 2007; SALMON, 2001; 142-146; STARR, 1999), tanto em Unidades de Cuidados Paliativos em Hospitais quanto em *Hospices*, apontando os resultados da abordagem dos aspectos biopsicossociais e espirituais no acompanhamento de pacientes em seu processo de morrer e viver com qualidade até os últimos dias.

OS CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – HUPE-UERJ

No Brasil, no campo específico da Oncologia, os Cuidados Paliativos vêm se estruturando como serviços, incorporados a hospitais gerais ou especializados no tratamento do câncer.

O Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE-UERJ) iniciou suas atividades em janeiro de 2009 com a missão de “melhorar a qualidade de vida dos pacientes com doenças graves, progressivas e incuráveis fora de possibilidade de cura⁶² através do alívio de seus sintomas e sofrimento e também assistindo seus familiares-cuidadores-amigos durante o cuidado e no luto, se necessário” (NCP, 2012). A

⁶² 94% desses pacientes são oriundos das diversas clínicas do HUPE.

principal doença de base são as neoplasias malignas e o tempo médio de acompanhamento é de média de 130 dias (NCP, 2012).

A assistência é prestada a nível ambulatorial, por equipe multiprofissional e interdisciplinar, compreendendo a consulta médica e o suporte dos demais profissionais, de acordo com a demanda do paciente e/ou da família; o atendimento pode ser realizado individualmente ou em conjunto por pelo menos três profissionais a cada retorno, inicialmente a cada 30 dias, prazo que diminui para 15 ou 7 dias quando o quadro do paciente torna-se muito grave ou com baixa funcionalidade.^{63 64}

O modelo de assistência é biopsicossocial, centrado na pessoa e não na doença, direcionando uma atenção ativa por parte de todos os profissionais às queixas apresentadas pelo paciente e/ou familiar, buscando “favorecer que a vida seja vivida com dignidade até o fim” (NCP, 2012).

Compõem a equipe do NCP profissionais de diferentes áreas de atuação: medicina, psicologia, serviço social, fisioterapia, enfermagem, fonoaudiologia, nutrição. Em dezembro de 2012 a Musicoterapia passou a integrar a equipe, tendo a autora iniciado estágio de capacitação em Cuidados Paliativos⁶⁵ em maio do mesmo ano.

MUSICOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

No contexto dos cuidados paliativos, Leslie Bunt considera que a Musicoterapia utiliza sons e a música num relacionamento envolvendo cliente e terapeuta objetivando oferecer suporte e encorajar o bem-estar físico, mental, social, espiritual e emocional de pacientes com doenças em estágio de terminalidade e de suas famílias⁶⁶ (BUNT, 1994, apud O’KELLY; KOFFMAN. 2007, p. 235). Para o autor, o ato de ouvir e cantar música viva, e de improvisar ajuda a integrar mente-corpo-espírito.

Os atendimentos realizados no ambulatorial do NCP, desde maio de 2011, objetivaram dar atenção à integralidade dos aspectos apontados por Bunt, com uma escuta ativa às demandas apresentadas pelo paciente e seus cuidadores e uma presença empática, técnica e ao mesmo tempo humanitária. A abordagem pela Musicoterapia tem característica pontual, com

⁶³ A avaliação da funcionalidade do paciente é medida pelo Índice de Desempenho de Karnofsky, escala que mede sua independência para exercer autocuidado e atividades diárias. Quanto menor a classificação na escala, pior a expectativa de recuperação de enfermidades e retorno às atividades normais. Disponível em <http://www.abeneventos.com.br/10sinaden/anais/files/0046.pdf> Acesso em 27 mar 2012.

⁶⁴ O tempo médio de acompanhamento dos

⁶⁵ Estágio oferecido pelo Curso de Extensão para Capacitação em Cuidados Paliativos, do CEPUERJ-UERJ.

⁶⁶ Texto original: ‘Music therapy is the use of sounds and music within an evolving relationship between client and therapist to support and encourage physical, mental, social, spiritual and emotional well-being.’ (tradução livre)

início, meio e fim nos atendimentos diários, inicialmente procurando levantar dados sobre a relação do paciente com a música e suas preferências musicais. Uma avaliação do estado geral do paciente, dos aspectos clínicos, contribui para determinar o que deverá ser privilegiado no atendimento e quais as melhores técnicas de engajamento.

Todas as propostas musicoterápicas utilizam ‘música viva’ – voz, violão, instrumentos de percussão de pequeno porte e fácil manuseio (pandeiros, chocalhos de diferentes materiais e diversos tamanhos e formatos, ganzás, guizos, clavas, reco-reco, caxixis), de forma interativa ou receptiva.

As intervenções iniciais podem focalizar o relaxamento físico, para diminuição de tensões e principalmente o controle e alívio da dor, como bem documentado pela literatura (MUNRO & MOUNT, 1978; KROUT, 2001; GROSS & SWARTZ, 1982; BENKOVITZ, 2008; WHITTALL, 1989), com experiências musicoterápicas que ajudem a desviar o foco de atenção para a música e diminuir a percepção da dor. Durante a realização de curativos das feridas oncológicas, caracteristicamente dolorosas, são utilizadas músicas de pulso regular que podem ser cantadas (re-criadas ou improvisadas) mantendo o foco no trabalho de respiração pausada entre as frases, ajudando o paciente a desviar sua atenção da intervenção de cuidado da enfermagem; Hirokawa (2006) ratifica a contribuição da música para tal objetivo, considerando que atividades prazerosas trazem conforto e contribuem para a produção de endorfinas, que potencializariam o efeito da medicação e do alívio da dor. Em algumas situações, é proposto ao paciente seguir apenas o som da voz do musicoterapeuta e do violão e buscar imagens de lugares que possam trazer conforto e paz. A ressonância com as respostas corporais e do pulso da respiração vão orientando a improvisação, até o alcance de certo alívio e conforto expresso pelo paciente.

Outras necessidades também são abordadas no trabalho.

Os aspectos psicossociais são decorrentes do enfrentamento do avanço da doença e da impossibilidade de cura e estão relacionados a muitas outras alterações, drásticas, na experiência da terminalidade e aproximação da morte: crescentes comprometimentos físicos e maior dependência, mudanças sociais, desestruturação emocional, perda de perspectiva de realização de sonhos e planos para o futuro.

“Diante da angústia dos outros, é preciso acolher o sofrimento e depois oferecer toda a confiança e serenidade que se pode encontrar em si mesmo (...) e permitir que a angústia, o desespero, a dor, possam falar e gritar” (HENNEZEL, 2004, p.123, 131), e, assim, serem expressas musicalmente, tocando um instrumento ou cantando a ‘sua música’. Este acolhimento é uma estratégia cuidadora, íntima, de comum-união (comunhão); uma forma de

garantir ao paciente que ele não está sozinho e que se traduz na escuta ao indivíduo como um todo, num espaço seguro, de confiança, construído pela e na música que traz a vida do paciente para o contexto hospitalar e da doença. Esse estar-com-o-outro-na-música pode compreender o oferecimento de uma canção – a preferida do paciente ou apenas a vocalização de uma melodia acompanhada pelo violão em situações emocionalmente mais mobilizadoras.

Acolher este ser humano em seu sofrimento através das músicas que estão ligadas à sua história pessoal pode permitir um reviver de situações e emoções, narrativas e ressignificações, reflexões sobre a transcendência e o sentido da vida (FRANKL, 2003) nas fases do processo de adoecimento. Possibilita a exploração e a expressar sentimentos e pensamentos com mais segurança, ajudando-o a projetar conteúdos mais difíceis de serem verbalizados, fazendo suas as palavras do compositor (CHAGAS, 2001, p.122), produzindo novas recriações, em novos contextos, e outras elaborações e ressignificações (atribuindo novos significados, através da mudança de sua visão de mundo, a acontecimentos anteriormente vividos).

A abordagem da musicoterapia nos Cuidados Paliativos adquire, assim, uma característica de suporte existencial psicoespiritual para promover melhor qualidade do viver no fim da vida e contribuir para a expressão dos pensamentos e sentimentos do paciente com relação à situação da doença, da mudança de foco terapêutico, da comunicação de não mais possibilidade de cura. A característica evocativa e simbólica da música auxilia nessa expressão, não ameaçadora, onde o indizível revela-se através da canção e permite a reflexão sobre o sentido da vida e do sofrimento na vida.

Aldridge considera que a musicoterapia pode encorajar os pacientes que estão morrendo a manterem algum bem-estar “em face da iminente perda biológica e social (...)[:] em meio ao sofrimento é possível criar alguma coisa que é bela” (ALDRIDGE, 1999, p.20).

O ato criador, espontâneo, de cantar e tocar músicas do seu repertório particular, ou mesmo improvisar letra e melodia permite “transcender as barreiras da enfermidade e da limitação física” (PAVLICEVIC, 1997 apud TURRY, 1999, p.18) e restaurar nos pacientes a “identidade que precedia a doença [porque há saúde, uma vida para a música” (SACKS, 1995, apud ROSKAM & REUER, 1999, p.143), proporciona-lhe maior segurança para se engajar nas propostas dos atendimentos, trazendo um senso de realização, maior controle da situação, e, até, mais vigor (HOGAN, 1999). Isso capacitaria o paciente a vislumbrar um novo foco no contexto da doença, em que as estratégias de cuidado ao ser humano privilegiam outros aspectos, como o prazer, a satisfação, a alegria, e, por último, investem em qualidade de viver.

Pacientes e familiares e cuidadores beneficiam-se dos atendimentos que, no entanto, respeitam o direito dos mesmos de não participar. Inicialmente alguns revelam que não ‘querem saber de música nem de alegria, nessa situação’ (sic), provavelmente temendo não manterem um controle da situação e se desestruturarem emocionalmente. Outros, ao saberem da existência da ‘novidade’ nos atendimentos se surpreendem e eles mesmos requisitam o atendimento, imaginando que a inclusão da musicoterapia no setor tem o objetivo de alegrar os pacientes, o que exige um esclarecimento quando aos reais objetivos no plano de tratamento e cuidado.

Quando atendidos em conjunto, as Reminiscências e a Revisão de Vida são propostas musicoterápicas que possibilitam, através das músicas, a narrativa de fatos da história de vida construída por paciente e familiares, a história dessas relações no decorrer da vida, com compartilhamento de sentimentos, esclarecimento de conflitos, expressão das preocupações e dos desejos relacionados ao outro, à confiança em Deus para o alcance de um milagre, e mesmo um redescobrir o outro como um indivíduo, como apontado por Sacks, que se reinventa através da música, e transcende as dificuldades trazidas pela doença. Para além das palavras, as experiências musicoterápicas, seja com a re-criação de canções ou com a improvisação musical, permitem refletir sobre a proposta e o sentido existencial e até mesmo ajudar no enfrentamento do progressivo agravamento do quadro da doença (MAGILL, 2005).

Cena Clínica

Sr. J. 52 anos, câncer de pulmão avançado e metástase óssea, chega para a primeira consulta conduzido em cadeira de rodas pela esposa. Tem dor aguda, a caquexia e a metástase óssea não permitem manter-se de pé, necessita de ajuda para os cuidados pessoais; tem uma banca de jornais, mas não consegue mais ir trabalhar. A esposa é a cuidadora principal e se divide entre os cuidados do paciente, da família extensa, da casa e da banca.

A preferência musical de J é o Pagode, sem mencionar um especial. Proponho uma improvisação livre, perguntando o que é o mais importante da vida para o J: “*amor, carinho, cuidado, a companheira, a vida*” (sic). J. toca um chocalho e acompanho-o ao violão, em tonalidade maior. Continuo a improvisação, modificando o andamento e a tonalidade, e pergunto se há preocupações: “*a doença, a parada nas atividades, voltar a andar*” (sic)

J. para de cantar e começa a narrar sua vida: passeios com os filhos, lembranças alegres e tristes, o trabalho na banca, os amigos que agora não

aparecem mais, a constatação das perdas e das realizações, até que lembra do Pai - “meu herói” (sic). Pergunta se sei “Pai Herói”⁶⁷, e cantamos juntos. J se emociona, chora amparado pela esposa e diz:

“Procurei sempre ser mais do que pai – um amigo. E é isso que eu quero que permaneça, mesmo depois que eu me for” (sic).

J. entra em contato com a realidade de seu estado; intimamente sabe que sua situação é muito difícil e que o agravamento do quadro denuncia a proximidade da morte.

A música dá lugar ao choro, provoca a catarse. Estamos todos juntos: a médica, eu – a musicoterapeuta, a psicóloga, a esposa e o paciente, reafirmando que ele não estará sozinho nessa etapa do adoecimento.

Ao fim da consulta médica, J. volta a me chamar e diz:

“Sabe que eu gostei dessa TERAPIA? A gente vai colocando tudo pra fora, vai cantando, vai falando, e se sente melhor...”

Dois meses depois, J. morreu.

“A música penetra nos domínios cognitivo e afetivo e pode facilitar o processo transcendente [permitindo ao paciente] ir para além do tempo, da angústia e do sofrimento” (MAGILL, 2005, p.6) e propicia a abertura de canais de comunicação. Cantar junto com um Outro “pode ser responsável por momentos únicos, inesquecíveis e curativos, repletos de risos e lágrimas, espírito e amor” (DILEO & PARKER, 2005, p.44); oferece a oportunidade de harmonizar as vozes, de melhor estruturar emoções (MILLECCO; BRANDÃO; MILLECCO. 2001), de compartilhar/trocar olhares, entonações gestos, intenções, de “construir pontes de comunicação, reduzindo o isolamento e restabelecer relacionamentos” (BAILEY, 1984, p.15).

Os temas mais recorrentes das músicas recriadas ou improvisadas, conforme observado nos atendimentos realizados, enfatizam: saúde, amor, perspectivas de cura, esperança, confiança em Deus, expectativas de volta ao trabalho, a incapacitação para realizar tarefas de outrora, desconforto pela dependência de outros membros da família, tristeza pelo afastamento de familiares e abandono, medo da morte.

As funções atribuídas às músicas improvisadas ou recriadas por pacientes e cuidadores, com suas respectivas mensagens, focalizam: declarações de amor, pedidos de perdão, reconciliação, garantias de não abandono, saudades; revisão das realizações ao longo

⁶⁷ “Pai Herói” – música de Fabio Junior

da vida, aproximação de paciente e familiares/entes queridos; o despedir-se, preparar-se para a partida; viver o luto antecipatório.

Os aspectos espirituais aparecem nos atendimentos, em todas as etapas do acompanhamento, intensificando-se na aproximação da morte, através da escolha de músicas religiosas e de inclusão de imagens e símbolos relacionados ao maior contato com o Sagrado, nas improvisações. A música e as crenças religiosas podem representar um porto seguro, e “ajudar os pacientes a construírem um sentido do sofrimento inerente à doença, criando [ou] descobrindo o sentido de vida para entender de que maneira a vida mudou” (LIMA, 2002).

Cena Clínica

Sra. N., 69 a, 7 filhos, câncer estômago em estágio avançado, refere um incômodo maior quando faz as refeições. Sua preferência musical é a música religiosa – louvores. *“A fé é tudo na vida da gente”* (sic).

Relata estar preocupada, porque os remédios não fazem efeito e, ao ser questionada se sabia o que poderia ser diz: *“eu acho que é aquela coisa... aquela doença, mas não gosto nem de pensar, penso na minha família. Tenho confiança no Senhor”* (sic).

Solicito que cante um dos louvores preferidos; escolhe “Com Cristo No Barco”

*Com Cristo no barco tudo vai muito bem,
vai muito bem, vai muito bem.
Com Cristo no barco tudo vai muito bem
e passa o temporal.
assa o temporal,
Passa o temporal.
Com Cristo no barco tudo vai muito bem,
e passa o temporal*

Depois de cantarmos juntas, pergunto-lhe que barco é este: *“Minha Família”* (sic). Peço-lhe que ‘construa’ esse barco com os instrumentos musicais: e ela escolhe, um a um, os elementos da construção: pandeiro (barco), reco-reco, xequerê, ganzá, triângulo, guizo, chocalho, ovinho (os 7 filhos – associando a característica de cada um ao instrumento escolhido). Pergunto por ela: *“eu vou cantando, e o Senhor Jesus vai conduzindo o barco”* (sic).

A fé, a confiança, a oração e do canto alimentando a esperança de viver.

A revisão das realizações ao longo da vida, do legado que se deixa para a humanidade, nossa família – é outra das intervenções realizadas com os pacientes e seus familiares, trabalhada através da improvisação. Normalmente os familiares presentes oferecem músicas para o paciente, como um agradecimento por ter feito parte dessa jornada. Em outras situações, a representação simbólica desse legado se dá com instrumentos musicais.

Cena Clínica

Sra.E – 65 a, ca pulmão metastático, tem um primeiro atendimento pela musicoterapia no dia da comunicação do avanço considerável da doença. Chora muito, lembra da filha falecida anos antes e preocupa-se com o neto que cria. Não quer cantar, só aceitando ouvir um cântico religioso: “*Não Há Deus Maior*” (sic).

Duas semanas depois retorna ao NCP, acompanhada do filho, deprimida, com muita falta de ar. A psicóloga, após tentar abordar, sem sucesso, a paciente a respeito da situação e proximidade da morte, narra-lhe um conto chinês: numa fábrica de produz cestos, os funcionários são estimulados em sua tarefa imaginando colocar dentro dos cestos suas maiores realizações, as coisas que mais lhe dão satisfação na vida. Entrega a E. filhas de papel para amassar e fazer bolas, uma para cada realização. Proponho associarmos cada uma delas a um instrumento, e ofereço o pandeiro para representar o cesto. E. ‘encheu’ o seu cesto de alegria (caxixi), saúde (instrumento feito de sementes que produz som de água), filhos e netos (ganzá de mão em formato de ovinho), e a própria paciente (chocalho). Esses elementos compuseram a improvisação contando da vida de E.

O filho, presente no atendimento, pede para dedicar uma música para a mãe e canta, abraçando-a, “*Como é Grande o meu amor por Você*”⁶⁸

Na semana seguinte, E. faleceu. Havia completado o ciclo da sua vida: compondo simbolicamente suas realizações, despedindo-se da vida, e tendo a certeza do amor do filho, cantado numa declaração de amor e de despedida.

“Quando a morte está tão próxima, quando as tristezas e o sofrimento dominam, pode ainda haver vida, movimentos de alma de uma profundidade e intensidade jamais vividos” (HENNEZEL, 2004, p. 13).

⁶⁸ “Como é Grande o meu amor por Você”, composição de Roberto e Erasmo Carlos.

O CONTEXTO ECOLÓGICO DA MUSICOTERAPIA NO NCP

O fato de as intervenções musicoterápicas incluírem ‘música viva’ num espaço não totalmente preservado permite a participação indireta de outros pacientes, acompanhantes e mesmo dos profissionais; o som se espalha pelo ambiente e transforma a atmosfera de trabalho, oferecendo uma visão diferenciada de novas possibilidades de atendimento.

A característica da assistência nos Cuidados Paliativos pressupõe uma interdisciplinaridade nas ações dos profissionais. Esta dinâmica, no NCP, possibilita, outrossim, várias formas de atendimentos conjuntos: com a Psicologia, na abordagem de aspectos mais difíceis de serem verbalizados principalmente relacionados ao Luto Antecipatório; e com a Fisioterapia, promovendo o melhor engajamento do paciente nas propostas de movimentação e orientação postural, através da dança e do canto.

Muitas vezes os profissionais participam em conjunto da abordagem a um paciente – com ou sem o familiar, às vezes apenas fazendo coro numa canção oferecida, ou com interações/intervenções orientadas. É a atitude humanista, ou humanizadora (MS, 2001), assim denominada pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - tão importante quando se trabalha com seres humanos que chegam angustiados, sem esperanças, só vislumbrando a aproximação rápida da morte, o que não necessariamente acontecerá na mesma rapidez imaginada.

A Musicoterapia pauta, dessa forma, sua atuação no paradigma do cuidado, acolhendo com afeto, sem juízo de valor estético, toda e qualquer manifestação sonora produzida por esses pacientes e familiares. Valorizando e explorando o potencial criativo e saudável dos mesmos, e utilizando técnicas musicoterápicas específicas, a Musicoterapia favorece o aumento da autoestima, respostas mais positivas do sistema imunológico na evolução da enfermidade e uma melhor adaptação à nova situação (de doença, internação, tratamento).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Cuidados Paliativos afirmam a vida, e consideram a morte como um processo normal, único e singular a cada paciente, que pode ser vivido como uma oportunidade de crescimento.

A Musicoterapia pode contribuir para a promoção da qualidade de vida de pessoas que vivem os estágios mais avançados de doenças ameaçadoras à vida, atuando nos processos de revisão de vida e de reminiscências, de suporte biopsicossocial e espiritual, e mesmo de preparação para os ritos finais.

As propostas musicoterápicas e experiências musicais recriadas ou improvisadas suscitam a emergência de conteúdos internos e questões subjetivas relacionadas sentimentos comumente vivenciados pelos pacientes que se defrontam com a finitude e oferecem oportunidade de re-elaboração desses mesmos conteúdos, situações, relações.

A Musicoterapia se apresenta como uma possível estratégia de enfrentamento (*coping*) (LIBERATO & CARVALHO, 2008) para auxiliar o paciente a melhor lidar com a doença e com os vários aspectos de sua vida que ficaram comprometidos, em decorrência da doença, do tratamento, e, por fim, da impossibilidade de cura e da terminalidade. Nas experiências musicoterápicas é possível o paciente sentir-se produtor, com energia e vida, manter sua autonomia, seu direito de escolha e manter-se no controle da situação, vivenciando musicalmente a esperança, a alegria, a beleza, o amor, a solidariedade.

A inserção da Musicoterapia em espaço ambulatorial assume características singulares: imprime um clima de descontração e produção diferenciada num contexto de dor e incertezas; pode desempenhar um papel vital na humanização dos espaços clínicos, promovendo sinergia e conectividade entre os envolvidos no serviço – os profissionais que dedicam seu serviço e os que se beneficiam do cuidado. Pode ajudar a restaurar os potenciais de saúde do paciente em meio ao contexto do adoecimento e finitude.

As observações clínicas, fundamentadas na prática cotidiana e na literatura específica, apontam para a necessidade de pesquisas científicas que possam ampliar o foco de atuação, possibilitar novas construções teóricas e validar resultados observados.

Considera-se, ainda, a propriedade da Musicoterapia Inter-ativa (BARCELLOS, 1992) e das intervenções com *música viva* (voz, violão, percussão) nesse espaço íntimo, de confiança, onde as criações sonoras ressoam pelo espaço unindo pacientes-famíliares-equipe; onde se pode cantar, tocar, dançar, e garantir ao paciente o papel de protagonista das narrativas e da coreografia dos capítulos finais de sua existência. É o lugar do Encontro: consigo mesmo, com o Outro (o musicoterapeuta, o familiar/amigos/cuidadores e outros profissionais), com a música e com o Sagrado.

Mantendo uma postura humanitária, a Musicoterapia pode proporcionar ao paciente a oportunidade de Construir e Compor Novas Canções e Novos Sentidos - para a dor, o sofrimento, a tristeza, a alegria, a morte - vivendo a vida.

*“Você importa até o último momento de sua vida,
e nós faremos tudo o que pudermos para ajudá-lo a não morrer somente em paz,
mas também a viver até a morte”
Dame Cicely Saunders, 1981.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDRIDGE, David. Life as Jazz: hope, meaning and music therapy in the treatment of life-threatening illness. In: DILEO, Cheryl. (org) *Music Therapy and Medicine: Theoretical and Clinical Applications*. Silver Spring: The American Music Therapy Association, Inc.;1999a. p.79 -94..

ALDRIDGE, David. Music Therapy and the Creative Art. In _____ (Ed.) *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1999b. pp.15-28

BARCELLOS Lia Rejane Mendes. A Movimentação Musical em Musicoterapia: Interações e Intervenções. *Cadernos de Musicoterapia nº 1*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992. Parte I, pp.3-28.

BAILEY, Lucanne M. The use of songs in music therapy with cancer patients and their families. *J Mus Ther* 1984;4(1):5-17.

BENKOVITZ, Debbie. Music Therapy and Pain Management. *Anais do XII Congresso Mundial de Musicoterapia 2008*. Buenos Aires: Libreria Akadia Editorial, 2008; pp.49-50.

CHAGAS, Marly. Cantar é Mover o Som. Tema de Mesa Redonda. In: *Anais do II Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*, 2001, Paraná. 2001, pp.119-122.

DILEO, Cheryl; PARKER, Courtney. Final MOMents: The Use of Song in Relationship Completion. In: DILEO, Cheryl & LOEWY, Joanne (Ed.) *Music Therapy at the End-of-Life*. Cherry Hill: Jeffrey Books, 2005. pp.43-56

FRANKL, Viktor E. *Em Busca de Sentido*. Petrópolis: Editora Vozes, 2003

GROSS JL, SWARTZ R. The Effects of Music Therapy on Anxiety in Chronically Ill Patients. *Music Therapy* 1982; 2(1):43-51.

HANSER, Suzanne B. Music Therapy to Enhance Coping in Terminally Ill Adult Cancer Patients. In: DILEO, Cheryl & LOEWY, Joanne (Ed.) *Music Therapy at the End-of-Life*. Cherry Hill: Jeffrey Books, 2005. pp.33-42

HENNEZEL, Marie de. *A Morte Íntima*. Tradução de Olga de Sá. Aparecida: Editora Idéias e Letras, 2004.

HILLIARD, Russell E. Enhancing Quality of Life for People Diagnosed with a Terminal Illness. In: DILEO, Cheryl & LOEWY, Joanne (Ed.) *Music Therapy at the End-of-Life*. Cherry Hill: Jeffrey Books, 2005. pp.19-24

_____ The Use of Music Therapy in Meeting the Multidimensional Needs of Hospice Patients and Families. *Journal of Palliative Care* 2001;17:3; 161-166.

HOGAN, Bridgit. Music Therapy at the End-of-Life: Searching for the Rite of Passage. In ALDRIDGE, David. (Ed.) *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1999. pp.68-81

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

LIBERATO, Regina Paschoalucci; CARVALHO, Vicente Augusto. Terapias integradas à Oncologia. In CARVALHO, Vicente Augusto, et al. (orgs). *Temas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Summus; 2008. p.351-7.

LIMA, Nívea Raquel de Carvalho. *A Música Religiosa no Tratamento Musicoterápico de Pacientes de Câncer*. [monografia]. Rio de Janeiro: Conservatório Brasileiro de Música; Curso de Graduação em Musicoterapia. 2002

_____. Enhancing Spirituality at the End of Life. In: DILEO, Cheryl & LOEWY, Joanne (Ed.) *Music Therapy at the End-of-Life*. Cherry Hill: Jeffrey Books, 2005. pp.3-18

_____. The Use of Music Therapy to Address the Suffering in Advanced Cancer Pain. *Journal of Palliative Care*: 17:3/2001; 167-172

MCCOUGHLAN, Marie. A Necessidade de Cuidados Paliativos. In: PESSINI, Leo & BERTACHINI, Luciana. *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Loyola: 2004. p.167-180.

MILLECCO, Luiz Antonio Fº; BRANDÃO Maria Regina E.; MILLECCO Ronaldo Pomponét. *É preciso cantar - musicoterapia, cantos e canções*. Rio de Janeiro: Enelivros; 2001

Núcleo de Cuidados Paliativos. NCP/HUPE_UERJ. *Dados sobre a Assistência em 2011*. Circulação interna. 2012.

O'CALLAGHAN, Clare. Lyrical Themes in Song Written by Palliative Patients. In ALDRIDGE, David. (Ed.) *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*. London: Jéssica Kingsley Publishers, 1999. pp.43-58

ROSKAM, Kay; REUER, Barbara. A Music Therapy Wellness Model for Illness Prevention. In: DILEO, Cheryl. (org) *Music Therapy and Medicine: Theoretical and Clinical Applications*. Silver Spring: The American Music Therapy Association; 1999. p.139-47.

SALMON, Deborah. Music Therapy as Psychospiritual Process in Palliative Care. *Journal of Palliative Care*: 17:3/2001; 142-146

SAUNDERS, Cicely. *Cicely Saunders: selected writings 1958-2004*. Great Britain: Oxford University Press. 2006; p.217

SAUNDERS, Cicely. Caring to the end. *The Way* 1981; March:

TURRY, Ann. A Song of Life: Improvised songs with children with cancer and serious blood disorders. WIGRAM, Tony & DeBACKER, Jos. (Org.) *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1999. pp.13-31.

WHITTALL, Jane. Songs in Palliative Care: A Spouse's Last Gift. In: BRUSCIA, Kenneth E. (Ed.) *Case Studies in Music Therapy*. 2th Printing. Gilsum: Barcelona Publishers, 1996. Case 40, pp.603-610.

REFERÊNCIAS WEBGRÁFICAS

CLEMENTS-CORTÉS, A. The use of music in facilitating emotional expression in the terminally ill. [acesso em 17 jul 2009] *Am J Hosp Palliat Care* 2004;21:255-260. Disponível em : <http://sagepublications.com>

HIROKAWA, Melissa Amy. A Survey of Financial Aspects, Staffing and Service Trends of Music Therapy in Hospice Programs. Thesis Submitted to the Faculty of The Graduate College in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Music School of Music. Michigan: Western Michigan University, 2006. Disponível em http://www.livingspirittherapy.com/LSTS/About_the_Therapist_files/Thesis%20Hospice%20MT.Final.pdf Acessado em 21 ag 2012

KROUT, Robert E. The effect of single-sessions music therapy interventions on the observed and self—reported levels pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2001;18(6):383. Disponível em <http://ajh.sagepub.com/cgi/reprint/18/6/383> .Acesso em 17 jul 2009

MAGILL, Lucanne. The Meaning of the Music: The Role of Music in Palliative Care Music Therapy as Perceived by Bereaved Caregivers of Advanced Cancer Patients. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. V.26, n.1, febr/mar 2009.p.33-39 Disponível em: <http://ajh.sagepub.com/cgi/reprint/26/1/33> Acesso em 17/07/2009.

MUNRO, Susan; MOUNT, Balfour. Music therapy in palliative care. *Canadian Medical Association Journal* 1978 Nov;119 (4). p.1129-34. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1819041/pdf/canmedaj01433-0041.pdf> Acesso em 18/07/2009

O'CALLAGHAN, Clare. Lullament: Lullaby and Lament Therapeutic Qualities Actualized Through Music Therapy. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. V.25, n.2, apr/may 2008. Disponível em: <http://ajh.sagepub.com/cgi/reprint/25/2/93> Acesso em 17/07/2009.

O'KELLY, Julian; KOFFMAN, Jonathan. Multidisciplinary perspectives of music therapy in adult palliative care. .[acesso em 17 jul 2009] *Palliative Medicine* 2007;21:235-41. <http://pmj.sagepub.com/content/21/3/235.full.pdf+html>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Definição de Cuidados Paliativos*. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/es/> Acesso em 20 ag 2011.

A IMPLANTAÇÃO DA MUSICOTERAPIA NO MÉTODO CANGURU DA SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ

Ana Maria Loureiro de Souza Delabary⁶⁹

RESUMO

A musicoterapia com gestantes acontece em Bagé desde 1998. Em função deste trabalho, a musicoterapia tem estado presente em alguns partos na Santa Casa de Caridade, única maternidade deste município. O trabalho de música com a díade mãe-bebê foi sendo divulgado e reconhecido. Em 2011 foi solicitado um projeto de musicoterapia para o Método Canguru junto ao programa de 'Seguimento de Prematuros menores de 1500g, egressos de UTI neonatal'. A prática clínica iniciou em março de 2012. Com o objetivo de apoiar a mãe e seu bebê são realizadas duas sessões semanais utilizando violão e voz. É estimulada a interação musical vocal. Recriação e improvisação de canções aparecem nas sessões. O presente trabalho propõe um relato das atividades desenvolvidas, das etapas de implantação do projeto e possíveis desdobramentos integrando os demais profissionais envolvidos no programa. Sobre Rey e Martinez, criadores do Método Canguru, e as informações sobre o método têm como base Cardoso (2006) e documentos do Ministério da Saúde (2010). Barcellos (1992), Bruscia (2000) e Ferrari (2012) são os principais teóricos da musicoterapia referenciados neste trabalho. Na relação mãe-bebê embasam a prática clínica autores como Bydlowski (2002), Golse (2003) e Gutfriend (2010).

Palavras – chave: prematuridade; musicoterapia; relação mãe-bebê.

ABSTRACT

The present work deals with the recent implanting of music therapy within the Kangaroo Method ongoing at Santa Casa de Caridade de Bagé (Bagé Holy House of Mercy) Neonatal ICU. Aiming to support the dyad mother-baby two weekly sessions of music therapy with the Kangaroo Mothers are performed. Active music therapy leading to the participants' interaction with the music is employed. Although this therapy was started only a few time ago, the clinical practice already presents some good results and shows promise toward integrated actions with other professionals working in this area of health care.

Keywords: prematurity ; music therapy ; mother-baby relationship

⁶⁹ Graduada em Música pela URCAMP. Especialista em Musicoterapia pelo CBM. Mestre em Educação pela PUC-RS. Aperfeiçoamento em Psicopatologia do Bebê pelo Instituto Leo Kanner –Porto Alegre/Université Paris 13-Bobigny. Atuação profissional: Clínica particular; UNIMED Região da Campanha; Santa Casa de Caridade de Bagé

INTRODUÇÃO

A musicoterapia na saúde materno-infantil, na cidade de Bagé, iniciou no ano de 1998, com o projeto ‘musicoterapia com grupo de gestantes’ desenvolvido no Núcleo de Pesquisa e Atenção à Saúde da Universidade da Região da Campanha. O atendimento logo se estendeu à puérperas e a crianças de zero a seis anos que recebiam atenção multidisciplinar no Núcleo.

Como participantes do grupo de gestantes, muitas mulheres contaram com a musicoterapia na hora do nascimento de seus filhos. A possibilidade de minha presença na sala de parto muito colaborou para o direcionamento e desenvolvimento do trabalho realizado na musicoterapia com as gestantes, instigando a mais estudos na área da música, da musicoterapia e da psicopatologia com o foco na perinatalidade.

A relação mãe-bebê, com a presença da música de forma sistemática foi, passo a passo, sendo reconhecida e valorizada. O trabalho na Universidade perdurou por onze anos, até minha aposentadoria. Hoje tem continuidade na clínica particular. A divulgação da musicoterapia materno-infantil na cidade foi acontecendo naturalmente através das próprias clientes e seus familiares, dos colegas da universidade e, na Santa Casa, pela presença no bloco obstétrico. Esta trajetória colaborou para a implantação da musicoterapia no Método Canguru que funciona na Santa Casa de Caridade, junto à UTI Neonatal.

Informações sobre o Método Canguru, bem como aspectos da UTI Neonatal da Santa Casa, do Banco de Leite que funciona anexo e do Programa de Seguimento de Prematuros, fazem parte deste trabalho que pretende mostrar a atuação da musicoterapia recentemente iniciada com as mães-canguru.

Autores da musicoterapia como Barcellos, Bruscia e Ferrari, bem como Bydlowski , Golse e Gutfriend, da psiquiatria, fundamentam a prática clínica desenvolvida com as mães do Método Canguru concebido pelos colombianos Rey e Martinez.

1.O MÉTODO CANGURU

O Método Canguru foi proposto por Rey e Martinez da Universidade Nacional de Bogotá e implantado no Hospital San Juan de Dios, também em Bogotá, Colombia, em 1979. No Brasil, esse método começou em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos (SP)⁷⁰. Logo depois iniciou em Recife e sucessivamente em algumas capitais e cidades.

⁷⁰ CARDOSO, A.C.A et al. 128-34, 2006

O objetivo principal dos médicos colombianos era solucionar o problema de haver poucos equipamentos, o que obrigava as equipes de saúde a colocar dois ou três recém-nascidos juntos na mesma incubadora. Como consequência, era alta a taxa de mortalidade por infecções cruzadas, como explica Cardoso⁷¹. Relata esse autor que, na década de 80, alguns países da Europa testaram o Método Canguru com a constatação de segurança e boa aceitação por parte dos pais e que, a partir destas avaliações, houve a divulgação mundial para a aplicação do método, com sugestão de uso também em serviço de países desenvolvidos.

Dados apresentados pelo Ministério da Saúde⁷² mostram que no mundo nascem atualmente 13 milhões de bebês prematuros e com baixo peso, dos quais um terço morre antes de completar um ano de vida e um milhão morre no primeiro mês. As infecções perinatais são a principal causa da mortalidade infantil. O Método Canguru se estabelece como uma importante forma de cuidado a esta população. Se anteriormente os recém-nascidos pré-termo eram mantidos por vários dias nas incubadoras até alcançarem o peso de 2kg, neste método passam a ter contato com a mãe desde o momento que apresentem condições clínicas. Isso acontece, geralmente, com o peso dos bebês a partir de 1,250kg.

O Método Canguru oferece o contato pele a pele entre a mãe e o prematuro. A criança, apenas com uma fralda, é colocada junto ao corpo da mãe, em posição vertical. O procedimento geralmente acontece durante o dia e tem a duração determinada pelo tempo percebido como agradável para ambos.

Em 2000, o Ministério da Saúde publicou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso⁷³ definindo o Método Canguru como modelo de assistência perinatal. Os benefícios do método são apresentados:

- aumenta o vínculo mãe-filho
- melhora o desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido de baixo peso/prematuro
- favorece o aleitamento materno
- permite controle térmico adequado
- favorece estimulação sensorial adequada
- contribui para redução do risco de infecção hospitalar
- reduz o estresse e a dor nos bebês
- maior confiança dos pais no manuseio do bebê

⁷¹ idem

⁷² Site: www.saudeemmovimento.com.br

⁷³ Site: <http://portalsaude.gov.br>

-contribui para a otimização dos leitos de UTI

Na cidade de Bagé (RS), esta modalidade de cuidado ao recém-nascido começou na UTI Neonatal em 1999. Logo depois, buscando maior qualificação, uma equipe de cinco profissionais recebeu treinamento no Rio de Janeiro.

A UTI NEONATAL

A UTI Neonatal da Santa Casa de Caridade de Bagé possui 12 leitos neonatais e os equipamentos da exigência neonatal. Aí são acolhidos bebês que nascem prematuros ou com algum problema de saúde. Bebês de 26 ou 27 semanas de gestação e de muito baixo peso, alguns em torno de 600g, são recebidos nesta UTI e aí permanecem de 2 a 3 meses. A UTI Neonatal é referência regional no estado do Rio Grande do Sul recebendo bebês de várias localidades, próximas ou distantes de Bagé. Aí atuam médicos, psicóloga, enfermeiras e auxiliares de enfermagem, todos especializados neste tipo de atendimento.

No espaço contíguo à UTI funciona o Banco de Leite, onde a nutricionista orienta as mães no estímulo à produção de leite, cuidando para que não cesse enquanto o bebê não é amamentado e preparando-as para quando o bebê tiver a possibilidade de sugar. O leite extraído é armazenado para o próprio bebê. Quando a produção é maior que a necessidade da criança o leite é pasteurizado e fornecido às demais.

Junto ao progresso tecnológico que evoluiu grandemente nas últimas décadas, na UTI Neonatal há um cuidado especial com a humanização do trabalho. Há consciência de que a tecnologia não é o suficiente e um acolhimento diferenciado é oferecido ao bebê e aos seus familiares, durante o período de internação.

Quando recebe a alta da UTI, o prematuro já fez o teste do olhinho⁷⁴ e da orelhinha⁷⁵. Faz parte também do protocolo uma ecografia cerebral. Além destes, dependendo do caso, podem ser solicitados outros exames que forem julgados necessários.

Até os dois anos o bebê recebe acompanhamento no Programa de Seguimento de Prematuros menores de 1,500kg egressos de UTI Neonatal. Este é um programa conveniado entre o estado, o município e a Santa Casa. Conta com pediatras, assistente social, nutricionista, neuropsicóloga e recebe o apoio de estagiários do curso de fisioterapia da Universidade da Região da Campanha.

⁷⁴ O Teste do Olhinho ou Teste do Reflexo Vermelho é um exame que consiste na identificação de um reflexo vermelho que aparece quando um feixe de luz ilumina o olho do bebê. Este teste pode detectar qualquer alteração que cause obstrução no eixo visual, como catarata, glaucoma congênito e outros problemas.

⁷⁵ O Teste da Orelhinha ou Triagem Auditiva Neonatal, realizado no segundo ou terceiro dia de vida do bebê, consiste na colocação de um fone acoplado a um computador na orelha do bebê que emite sons de fraca intensidade e recolhe as respostas que a orelha interna do bebê produz.

A MUSICOTERAPIA EM UTI NEONATAL

Nas buscas realizadas constatei que são poucos os trabalhos nesta área neonatal. Em nosso país, no presente momento, alguns são encontrados e intitulados de musicoterapia, quando existe na instituição de saúde a prática da escuta de música para os bebês ou para a díade mãe-bebê. No Hospital da Polícia Militar Edson Ramalho, em João Pessoa (PB), na manhã e no final do dia há escuta de música para os bebês da UTI Neonatal durante trinta minutos⁷⁶. No Hospital do Açúcar, em Alagoas, há também a prática da escuta de música para os prematuros⁷⁷, bem como na UTI Neonatal e no Berçário do Hospital UNIMED João Pessoa⁷⁸ com o projeto ‘Redinha e a musicoterapia na UTI Neonatal’ que inclui o Programa de Humanização do Núcleo de Desenvolvimento Humano da Cooperativa. Esse trabalho também existe no Hospital de Caridade em Erechim (RS)⁷⁹, que segue o exemplo de algumas instituições de outros estados. Redes são colocadas nas incubadoras dos bebês e realizadas escutas de música. Há, no entanto, o registro de dois trabalhos de conclusão de curso de musicoterapia onde musicoterapeutas interagem com a díade mãe-bebê: a monografia de Renata Fracalossi⁸⁰ ‘Música que embala, canto que alimenta: a musicoterapia com mães e seus bebês prematuros’ do Rio de Janeiro, de 2003, tendo a musicoterapia como suporte para as mães e seus bebês prematuros; em Goiânia, de 2004, o trabalho ‘Musicoterapia com mães de recém-nascidos internados em UTI Neonatal’⁸¹, de Lara Teixeira Karst, mostra como a musicoterapia auxilia no alívio da ansiedade das mães no momento que precede a visita ao filho na UTI.

É evidente que o trabalho de música com as mães e seus filhos é de grande valor para a relação e o desenvolvimento de ambos. Igualmente percebo o cuidado materno-infantil como da maior importância pela significativa parcela que este binômio representa no contexto geral da saúde. Com entusiasmo e alegria recebi o convite para trabalhar no programa Canguru que funciona na UTI Neonatal da Santa Casa. Poder intervir com a música em momento tão delicado da vida de mães que são tão prematuras quanto seus filhos é algo desafiador e ao mesmo tempo gratificante.

A IMPLANTAÇÃO DA MUSICOTERAPIA NO MÉTODO CANGURU

⁷⁶ <http://revistacrescer.globo.com/revista/crescer>

⁷⁷ www.hospitaldoaçucar.com.br/index.php

⁷⁸ <http://messinapalmeira.blogspot.com.br/2012/07/redinha-e-musicoterapia>

⁷⁹ www.hce.com.br/site/?page=noticias

⁸⁰ FRACALOSSO, R., 2003

⁸¹ KARST, L.T.(2004)

Aprovada a implantação da musicoterapia no Método Canguru, as providências da primeira etapa foram: conhecer o espaço de trabalho e o perfil da população a ser atendida; estabelecer o melhor horário e a frequência das sessões; escolher o material a ser utilizado. Ficou estabelecido que seriam duas sessões semanais com 50 minutos cada uma, realizadas no meio da tarde. Como material de trabalho o violão e a voz seriam utilizados. Na etapa seguinte foi feita uma revisão da literatura de musicoterapia nesta área de atuação. A seguir iniciou-se a prática clínica na sala das mães-canguru com o objetivo de apoiar e auxiliar as mães e seus bebês nessa delicada fase da prematuridade. Há o registro escrito de cada sessão e ao final de cada mês é enviado um relatório à médica chefe da Unidade.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

a) Sobre as Bases Teóricas

Devido ao contexto e à situação vivida pelas mães, alguns aspectos merecem especial atenção. Penso que essas mães ainda teciam o manto de afeto com que envolveriam seus filhos, quando foram surpreendidas pela chegada do bebê. O inesperado também envolve procedimentos com o bebê que colaboram para a fragilidade das mães pré-termo. Elas necessitam ter sua estrutura reforçada para a continuidade de um bom vínculo com o seu filho. Elas ainda vivem a ‘transparência psíquica’ explicada por Monique Bydlowski, psicanalista, psiquiatra e pesquisadora da psicopatologia na perinatalidade. Bydlowski dá continuidade ao estudo e observação de alguns autores e considera a gestação e a perinatalidade como uma ocasião de crise psíquica como a da adolescência: um período de muitos conflitos e uma crise maturativa. É o momento de “um estado particular do psiquismo, estado de transparência em que os fragmentos do pré-consciente e do inconsciente chegam facilmente à consciência”⁸². Explica a autora que, assim como a adolescência traz a questão da renúncia à infância para se aproximar da idade adulta, a primeira situação de maternidade, traz a questão da mudança de geração, de maneira irreversível. A transparência psíquica é facilmente percebida porque a mulher está com o seu equilíbrio habitual abalado. Existe apelo à ajuda, há abertura para isso, havendo, também uma ambivalência quase permanente. No caso das mães-canguru, onde a grande maioria é primípara, elas vivem ao mesmo tempo a alegria do nascimento e a insegurança pela incerteza quanto ao futuro de seu filho. Numa autenticidade particular do psiquismo, as mulheres nesta situação, estabelecem sem nenhuma dificuldade uma correlação evidente entre a situação atual e as lembranças do passado.

⁸² BYDLOWSKI (2002, p.205)

Bydlowski diz que dar a palavra à criança que ela foi auxilia a mãe a revigorar a criança que ela carrega.

A psicopatologia colabora com a musicoterapia e esta, por sua vez, oferece subsídios valiosos para este momento de vida da mulher. Nas sessões são valorizadas as vivências musicais e/ou o repertório que integram sua cultura familiar e que, aos poucos, vão sendo recordados pela mãe-canguru e trabalhados intensamente nas sessões. Experiências re-criativas e de improvisação descritas por Bruscia⁸³ norteiam as atividades musicais realizadas pelas mães nas sessões de musicoterapia. Falo de experiências, cabendo aqui colocar a diferenciação entre os termos experiências e técnicas re-criativas e de improvisação. Barcellos⁸⁴ esclarece que são experiências quando vivenciadas pelos pacientes e técnicas, quando no emprego exclusivo do musicoterapeuta.

No processo musicoterápico desenvolvido são observados aspectos do Modelo de Musicoterapia Dinâmica –MTD, desenvolvido por Karina Ferrari⁸⁵. Ao definir o seu modelo, a autora pensa o ser humano como um ser singular, integral e dinâmico, cujos padecimentos são devidos à ‘policausalidade’ que envolve aspectos físicos, emocionais culturais e sociais, que influem em sua qualidade de vida. Esses padecimentos poderão ser escutados, trabalhados e resolvidos com as experiências musicais. Dos aspectos teóricos que sustentam o MTD, o primeiro aborda a concepção de sujeito com sua singularidade musical. No processo musicoterapêutico essa singularidade, que está a serviço de ações expressivas, pode evoluir e se transformar em ação comunicativa. No trabalho com o Método Canguru há significativa identificação com este aspecto.

Muitos autores falam e há a consciência das dificuldades psico-afetivas dos prematuros. Nesta direção, o aspecto da narratividade, trabalhado na psicoterapia pais-bebê, também pode auxiliar no processo de musicoterapia com as mães e seus bebês prematuros. Os elementos que a música oferece são poderosa ferramenta neste sentido. Gutfreind revisita Winnicott quando diz que os pais precisam ser suficientemente táteis, mas acrescenta que precisam ser, também, narrativos: “Contar à criança para auxiliá-la a contar a si mesma, tal é o desafio que nos fica, se nós não queremos que as crianças afundem num mundo sem referências e mais ou menos indiferenciado”⁸⁶. Bernard Golse, depois de muitos anos de trabalho como pediatra, psiquiatra e psicanalista de crianças autistas e psicóticas, centrou-se no bebê e, hoje, tem se dedicado à psiquiatria perinatal. A música e a linguagem são muito

⁸³ BRUSCIA (2000, pp.124-126)

⁸⁴ BARCELLOS (2007 p.82)

⁸⁵ FERRARI, (2012, p 1-3)

⁸⁶ GUTFREIND (2010,p.99)

valorizadas por ele e alimentam os seus trabalhos sobre o nascimento do pensamento e da palavra. Diz o autor: “a narratividade ordena os processos de ligação, que, sabemos bem, tem uma função anti-traumática. Não poder contar, não poder se contar, não somente se soma ao traumatismo, mas é um traumatismo em si”⁸⁷. Explica o autor que a narratividade é anti-traumática pela criação de laços e esses laços são, por eles mesmos, uma função de representação que abre o processo sobre o surgimento do novo e do inédito. No início, antes da linguagem, a narrativa é analógica jogando com as sintonizações afetivas. Do período pré-narrativo à narratividade verbal o caminho é longo e passa pela narratividade analógica, necessitando o bebê de um adulto narrador. Continuando nesta linha de pensamento de Golse, é evidente, pois, o potencial da música como comunicação analógica, num processo sistemático voltado à mãe e seu bebê.

b) A Prática Clínica

As sessões iniciaram com uma conversa com as mães sobre o trabalho a ser feito com a música. Esse procedimento é repetido quando novas mães ingressam no Método. Após colocadas de forma breve e simples, as intenções da musicoterapia, um espaço é aberto para escutar as mães. Depois falo sobre as normas básicas do atendimento, os papéis de cada parte envolvida no processo, uma ‘aliança terapêutica’ como explica Barcellos⁸⁸.

Nos primeiros contatos, geralmente elas são mais caladas e, perguntadas sobre as preferências musicais, dizem gostar de todo o tipo de música. Começo a tocar no violão uma melodia muito simples com quatro frases e canto o nome de quatro delas ali presentes, uma em cada frase musical. Se estão mais de quatro na sessão canto mais de uma vez a melodia. Logo elas começam a cantar comigo e, então, cantamos a seguir os nomes dos bebês. Demos a esta melodia o título de “canção dos nomes”. Ela é cantada em quase todas as sessões. A descontração vai acontecendo e algumas solicitações surgem. Algumas são canções infantis do nosso folclore, outras sugerem músicas cantadas em suas casas por familiares. As mães que não estão no alojamento⁸⁹, quando voltam de suas casas, algumas vezes, trazem solicitações de música para o bebê que são ‘encomendas’ feita por um irmão, pelo pai ou outro familiar. Procuramos cantar tudo o que é pedido. Dou um exemplo desta situação: Carla, que mora numa cidade próxima, ao chegar disse que o filho de cinco anos mandou pedir que eu cantasse o ‘meu lanchinho’ para a maninha. Ela contou que disse a ele que para a

⁸⁷ GOLSE (2003,p.104-105)

⁸⁸ BARCELLOS(1999 p.39)

⁸⁹ O hospital tem alojamento com cinco leitos para as mães que são de fora de Bagé e que estão amamentando.

maninha não podia ter lanchinho. Ele logo respondeu: -mas tem leitinho... Improvisamos logo uma letra para atender o pedido (essa música é cantada nas escolas de educação infantil com a melodia do Frère Jacques). A maninha ainda se alimentava por sonda ou seringa e cantamos: Meu leitinho, meu leitinho/ vou beber, vou beber/ pra ficar fortinha, pra ficar fortinha/ e crescer, e crescer. Todas gostaram de cantar e a música passou a integrar o repertório das mães-canguru. As mães cujos bebês já estão mamando, trocaram algumas palavras expressando sua expectativa: meu leitinho, meu leitinho/ vou mamar, vou mamar/ pra ficar fortinho(a), pra ficar fortinho(a) / e engordar, e engordar.

Junto com a ‘canção dos nomes’ e do ‘leitinho’, muitas outras como ‘Boi da cara preta’, ‘O sapo não lava o pé’, ‘Borboletinha’, ‘Pombinha Branca’, ‘Atirei um pau no gato’, ‘A canoa virou’, ‘Ciranda, cirandinha’, ‘O cravo brigou com a rosa’, ‘A dona Aranha’, ‘Cai,cai,balão’, ‘Nesta rua,’ são cantadas nas sessões, à medida que vão lembrando. As canções de ninar são bem menos solicitadas.

Nas primeiras sessões cantei ‘Todos os Nomes’ de Bia Bedran com o nome de cada bebê, acrescentando algo referente a ele na letra criada. As mães começaram a cantar e algumas criaram seus próprios versos para o filho no decorrer das sessões. Assim tem acontecido em muitos encontros. Na Ciranda, cirandinha, quando a terceira estrofe pede para dizer ‘um verso bem bonito’ eu comecei a recitar uma quadrinha para cada mãe, como se fosse o bebê dizendo a ela aquele verso. Depois ao cantarmos novamente pedi que cada uma dissesse um versinho para o seu bebê. A maioria não lembrava nada. Com a continuação algumas diziam o verso e as que lembravam mais de um ajudavam as demais. Todos esses procedimentos acontecem num clima descontraído e lúdico. Numa das sessões que cantamos ‘Todos os Nomes’, cada mãe dizia como estava percebendo o bebê naquele momento e, juntas, construíam o verso que sempre inicia com o nome da criança.

Quando alguma mãe fala algo de sua história que pode ser traduzido em música procuramos cantar. Para uma mãe uruguaia que falou de sua origem cantei uma Canción de Cuna, para uma mineira que está morando no nosso estado cantamos o Peixe Vivo. Elas se mostraram agradecidas e confortadas. Esse procedimento se repetiu nas demais sessões das quais participaram, por solicitação das outras mães.

Na segunda parte da sessão, do meio para o final, com frequência, alguém solicita uma música popular. Entre estas as mais solicitadas são ‘Fico assim sem você’(Claudinho e Buchecha), ‘Esperando na Janela’(Cogumelo Plutão), ‘Como é grande o meu amor por você’(Roberto Carlos), ‘Aquarela’(Toquinho/M.Fabrizio/G.Morra/Vinicius).

Quando um bebê está com a alta prescrita se faz alguma coisa especial para ele e sua mãe, uma despedida musical. Uma das últimas a ter alta quis ela cantar para o grupo usando o nome do bebê: Ó Bryan, ó Bryan,/ nunca vi bonito assim/eu vou sentir saudade/das músicas que cantavam para mim.

c)Algumas Observações

São inúmeras as observações que podem ser feitas, porém vou me deter naquelas que, no contexto do presente trabalho, são mais pertinentes.

No início das sessões as mães falam um pouco de si. É valorizado o que dizem e o que lembram, com relação à música de sua própria infância. A lembrança de uma, muitas vezes ilumina a memória das demais. As raízes valorizadas e a cultura familiar de cada uma, apoia e oferece subsídios que beneficiam o tempo presente no fazer musical. A autoconfiança pelo autoconhecimento é buscada nas atividades com a música. Um cuidado para o fortalecimento e/ou desenvolvimento de um vínculo saudável é objeto de cuidado. Na infância revisitada a criança que ela foi auxilia a mãe de agora a revigorar a criança que ela tem em seus braços, como afirma Bydlowski.

Um ambiente acolhedor tem sido construído com a música. As atividades propostas descontraem e alegram as participantes. O estímulo recebido para que usem o seu poder criativo nas canções dirigidas a cada criança, com a letra feita pela própria mãe, colabora para a auto-confiança e, conseqüentemente, para maior segurança e melhor vínculo mãe-bebê. O oferecimento de atividades que pedem criatividade, na mesma medida que exigem, divertem e descontraem. São também momentos de autodescoberta para as mães, surpresas por sua capacidade para tal. Há mudança e evolução nas experiências com a música. Segundo Bruscia (2000, p163) “uma das premissas básicas da musicoterapia é que pelo fato de a experiência musical envolver e afetar tantas facetas do ser humano, cada mudança musical que o cliente faz é indicação de mudanças não-musicais de algum tipo”.

A evolução é sentida na forma de cantar e, também, quando elas conseguem, nas letras que improvisam, colocar seus anseios e medos, bem como suas esperanças e crenças. Recorrendo ao modelo de Ferrari (2012,p.1) pode-se dizer que, pelo processo musicoterápico, tornou-se visível a singularidade musical e houve evolução para uma singularidade musical comunicativa.

A autoconfiança e a parceria do grupo cantando junto são estímulo a uma abertura maior. O momento delicado que vivem é falado e cantado com naturalidade e até com uma certa serenidade. A comunicação analógica proporcionada pela música constitui-se uma

narrativa da maior consistência das mães para os bebês quando elas retomam canções aparentemente simples e ingênuas, mas carregadas de laços afetivos capazes de amenizar as dores do momento e comunicar uma vida saudável aos filhos. A posição privilegiada de pele com pele, e do olho no olho é coroada pela narrativa das canções.

Para Trevarthen (apud Gutfreind,2010)⁹⁰ a mãe que dança e canta para o seu bebê está oferecendo a estrutura básica da narrativa. A seguir, Gutfreind registra também que um grupo de pesquisadores coordenados por Esther Bayer estudou as relações entre a música e o desenvolvimento do bebê, oferecendo à comunidade um espaço de interação por meio das canções, cujos resultados são convergentes com os demais estudos, principalmente em apontar o incremento do vínculo pais bebê.

Jéssica, uma das mães-canguru que veio para Bagé em função da UTI para o filho disse-me que, nos dias de muscoterapia, ao chegar onde está hospedada escreve o que foi cantado na sessão para não esquecer, pois quer continuar cantando para ele.

Observo o fato de haver tão poucas solicitações de canções de ninar por parte do grupo de mães. Minha experiência nesta área me leva a duas possíveis justificativas. A primeira refere-se ao momento de fragilidade e insegurança que a mãe está vivendo, sem ter condições de cantar para si mesmo. É sabido que a mãe só canta essas canções para seu filho, quando é capaz de cantar para si mesma. A segunda justificativa refere-se à situação de prematuridade do bebê que passa a maior parte do tempo dormindo, da vontade que a mãe tem de interagir com ele e da relação existente entre sono e morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A musicoterapia tem muito a contribuir para a saúde materno-infantil. As incontáveis possibilidades que os recursos rítmico-sonoros oferecem são compatíveis com o sempre surpreendente relacionamento mãe/filho.

O processo de musicoterapia com as mães-canguru é um espaço de expressão e comunicação. Mais importante que o ato de cantar é a forma como cantam.

As experiências musicais ajudam a mãe em muitos aspectos da percepção mais aguçada para os cuidados do bebê à melhora da auto-estima que favorece a sua segurança. Isso é importante porque as atitudes positivas da mãe podem ter seu reflexo nos demais familiares próximos do bebê. Um bom ambiente faz bem ao bebê prematuro, compensando-o do estresse vivido.

⁹⁰ GUTFREIND, Celso (2010, p 54)

Cantar ‘para’ e ‘com’ a mãe, acolhê-la com a música, dar condições para que cante sua história, para si mesma e para o bebê, fará dela a narradora que o bebê necessita para se desenvolver, compensando os estresses vividos. As experiências musicais podem e devem fortalecer sua estrutura e condição materna. Essa é a intenção da musicoterapia no processo em desenvolvimento com as mães do Método Canguru.

Quando de sua saída do hospital com o bebê, a mãe é entrevistada a respeito do projeto de musicoterapia através de um instrumento elaborado em conjunto com a médica chefe para avaliação. Novas idéias surgem para a ampliação do projeto e integração com outros profissionais ligados à UTI Neonatal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Cadernos de Musicoterapia, 4**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

_____. **Vozes da Musicoterapia Brasileira**. São Paulo: Apontamentos, 2007

Bebês dormem no embalado da rede na UTI Neonatal. Disponível em www.hce.com.br/site/?page=noticias Acessado em 15 de agosto de 2012

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

BYDLOWSKI, Monique. O Olhar Interior da Mulher Grávida: Transparência Psíquica e Representação do Objeto Interno. In: **Novos Olhares sobre a Gestação e a Criança até 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê**. Brasília: L.G.E., 2002.

CARDOSO, Antonio Carlos Alves et al. **Método Mãe-Canguru: aspectos atuais**. Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-FMUSP, 2006. Disponível em <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf> Acessado em 8 de julho de 2012.

FERRARI, Karina Daniela. **Sistematização da Prática Musicoterapêutica**. Subsídios fornecidos no curso ministrado em Porto Alegre em junho de 2012.

FRACALOSSI, Renata Del Piero. **Música que Embala, Canto que Alimenta: a Musicoterapia com Mães e seus Bebês Prematuros**. Monografia de Conclusão de Curso de Graduação em Musicoterapia. Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 2003.

GOLSE, Bernard. **Sobre a Psicoterapia Pais-Bebê: narrativa, filiação e transmissão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GUTFREIND, Celso. **Narrar, ser mãe, ser pai & outros ensaios sobre a parentalidade.**

Rio de Janeiro: DIFEL, 2010

KARST, Lara Teixeira. **Musicoterapia com mães de recém-nascidos internados na UTI**

Neonatal

Disponível

em

em [http://](http://www.sgmt.com.br/musicoterapiamaesutineonatal_lara_karst.pdf)

www.sgmt.com.br/musicoterapiamaesutineonatal_lara_karst.pdf Acesso em 14 de agosto de 2012.

Método Canguru. <http://portalsaude.gov.br> Acessado em 8 de julho de 2012

Música ajuda bebês na UTI de hospital. Disponível em

<http://revistacrescer.globo.com/revista/crescer> Acessado em 15 de agosto de 2012

Musicoterapia ajuda no tratamento de bebês prematuros no Hospital do Açúcar

Disponível em www.hospitaldoaçucar.com.br/index.php Acessado em 15 de agosto de 2012

Redinha e a Musicoterapia na UTI Neonatal e no Berçário do Hospital UNIMED João Pessoa Disponível em

<http://messinapalmeira.blogspot.com.br/2012/07/redinha-e-musicoterapia> Acessado em 15 de agosto de 2012

Saúde em Movimento. Disponível em www.saudeemmovimento.com.br Acessado em 14 de agosto de 2012

**RESSIGNIFICANDO A VIDA:
A musicoterapia como coadjuvante no tratamento de depressão**

Marina Miglietta⁹¹
Bárbara Cabral⁹²
Tâmia Magalhães⁹³
Lia Rejane Mendes Barcellos⁹⁴

RESUMO

Apresenta-se o caso clínico de Rosa, 66 anos, diagnosticada na psiquiatria como distímica desde a infância, quadro depressivo recorrente nos últimos 30 anos. Na musicoterapia Rosa ressignifica a dor, sua relação com o prazer e, conseqüentemente, com a vida. É através da análise musicoterápica, a qual revela seu mundo interno e traduz o contato consigo mesma, que se permite a compreensão deste processo terapêutico que a leva a ressignificar a vida. Esta se dá a partir da articulação entre a análise da produção musical da paciente em musicoterapia e sua história de vida, sonoro musical e clínica. Os resultados das análises indicam que Rosa demonstra vontade, iniciativa em comandar, “passa a vez”, compartilha, se integra, inova, repete, diversifica, demonstrando uma significativa melhora nas suas relações intra e interpessoais.

Palavras-chave: Musicoterapia. Psiquiatria. Depressão. Análise Musicoterápica.

ABSTRACT

In this paper, it is presented the clinical case of Rosa, aged 66, presenting distimic disturbance since childhood, diagnosed by the Psychiatry, which is her present depressive situation for the last 30 years. In music therapy Rosa views a new meaning of pain, her connection with pleasure and, therefore, with life. And through music therapy analysis, which reveals her inner world and translates the linking between her and herself, that the comprehension of this process that leads her to have a new significance to life is possible. This is only possible by means of the articulation between the patient's musical production analysis, in music therapy, and her life background, musical and clinical. The analysis results indicate that Rosa demonstrates will, has initiative when commanding, offers new perceptions of facts, shares,

⁹¹ Marina Miglietta – Bacharel em Musicoterapia/CBM (2012); Especialização em Docência/IAVM (2011); Bacharel em Música/UFRJ (1995); Professora de violino na Escola de Música Villa-Lobos/FUNARJ; foi violista da Orquestra Sinfônica Brasileira, Sinfônica do Teatro Municipal do Rio de Janeiro e Pro-Música do Rio de Janeiro. E-mail: miglietta.marina@gmail.com

⁹² Bárbara Cabral – Graduação em Licenciatura em Música (FASM- SP/2006); Especialização em Musicoterapia (CBM-RJ/2010); Graduanda em Psicologia (Faculdades Integradas Maria Thereza- RJ); cellista da Orquestra Municipal de Guarulhos (SP-2005 à 2008) e Orquestra Tom Jobim (SP-2008). Musicoterapeuta no Centro de Estudos de Reabilitação e Pedagogia (CERP). E-mail: barbcabral@gmail.com

⁹³ Tâmia Magalhães – Graduação em Medicina (Faculdade de Ciências Médicas de Volta Redonda- UniFOA/2009); Especialização em Psiquiatria (PUC-Rio de Janeiro/2011); Especialização em Musicoterapia (Conservatório Brasileiro de Música/2011).E-mail:tamiamagalhaes@hotmail.com

⁹⁴ Lia Rejane Mendes Barcellos – Doutora/Mestre em Musicologia (2009/UNIRIO;CBM-CEU, 1999); Graduada em Musicoterapia e Piano (CBM,1975 e AMLF, 1962); Coordenadora e professora dos cursos de Musicoterapia, Coordenadora da Clínica de Musicoterapia e Pesquisadora (CBM). Editora para a América do Sul da Voices (Noruega). Membro do Conselho Diretor (World Federation of Music Therapy). E-mail: liarejane@gmail.com

integrates herself, innovates, diversifies, and shows a very meaningful improvement in her intra and interpersonal relationships.

Keywords: Music therapy. Psychiatry. Depression. Music therapy analysis.

1 Sobre Rosa

Através da história colhida pela psiquiatra e pelas musicoterapeutas, conhecemos Rosa (nome fictício), que hoje tem 66 anos. Sua mãe era agressiva, portadora de Transtorno de Humor Bipolar, e seu pai, indiferente à família. Teve sete irmãos: dois faleceram há poucos anos por problemas cardiovasculares, dois são portadores de esquizofrenia e uma irmã tem transtorno de humor bipolar. Foi distímica desde a infância, lembrando-se de si apenas como uma pessoa triste, deprimida. Seu pai faleceu por um Câncer de estômago em 1960 e sua mãe em 1993 por um infarto na artéria mesentérica. Teve formação religiosa protestante e sente-se nutrida por sua fé até hoje. Tem preferência por música clássica e choro. Sons de maior intensidade a incomodam. Sempre quis estudar violão. Observava seu pai tocar, mas ele a afastava do instrumento. Por toda a vida, pertenceu à classe média baixa. Começou a trabalhar aos 22 anos no setor administrativo de uma empresa, na qual permaneceu por mais de 20 anos. Nunca foi casada, mas teve um relacionamento amoroso muito tumultuado iniciado aos 30 anos. A partir daí, sofreu piora do seu quadro depressivo, o que a levou a tratamento psiquiátrico e psicológico. Em 2006 houve agravamento de todos os sintomas após o fim desta relação, e Rosa mudou seu tratamento psiquiátrico para o ambulatório do Hospital Mario Kröeff. Chegou supermedicada⁹⁵. Chorava durante todo o tempo das consultas. Relatava apenas lembranças ruins. Sem perspectivas para sua vida. Desejava a morte, apesar de ver o suicídio como uma prática condenatória e não queria este fim para si. Queria matar a dor, mas não queria matar a si própria. Rosa frequentava as consultas mensalmente. Após alguns encontros, apresentou alguma melhora. Em janeiro de 2011 foi-lhe apresentada a possibilidade de fazer Musicoterapia como coadjuvante em seu tratamento e ela prontamente se interessou. As sessões de Musicoterapia começaram em junho de 2011.

O que ocorreu de mais diferente entre as entrevistas iniciais (psiquiatria e musicoterapia) é que, na de musicoterapia, Rosa negou-se a revelar o término do seu relacionamento afetivo, justificando como um ocorrido que marcou sua vida e que não gostaria de expor. Para Rosa, a musicoterapia é um espaço eminentemente lúdico, onde ela

⁹⁵ Trazodona 50mg/dia, Clonazepam 6mg/dia, Bupropiona 300mg/dia.

brinca, recriando a infância nunca vivida, onde se diverte, onde escolhe e tem liberdade, características que, para ela, são exclusivas do espaço musicoterápico.

A produção musical de Rosa na musicoterapia e a melhora considerável do seu quadro depressivo motivaram a equipe a investigá-lo, pois é uma história clínica longa e apenas nos últimos meses ela apresenta uma estabilidade de humor. Ela mesma considera que está “como antes, como sempre foi”. Desde que iniciou o tratamento em musicoterapia, Rosa não abandonou suas outras atividades, iniciando um curso de espanhol, mantendo regularidade à hidroterapia (o que lhe trouxe amenização da algia lombar), nem deixou de frequentar a igreja de que faz parte. Esta e a musicoterapia são os únicos ambientes nos quais ela considera sentir-se bem.

2 Fundamentação teórica para a musicoterapia

A compreensão do processo musicoterápico de Rosa é vista a partir de um encontro entre o olhar fenomenológico-existencial e a música. A música acontece no tempo, e entrar em experiência com ela coloca o indivíduo em experiência com o mundo. A clínica musicoterápica é vista aqui como um lugar sensível, regado de criatividade e possibilidades de interação com o mundo e com os outros através do fazer musical.

Para se compreender o desenvolvimento do processo terapêutico envolvido pela música, atribui-se a ela um valor em nível poético, fruto de uma atividade de criação e produção através da proposta não-verbal (Barcellos, 2004, p.110). Entende-se assim o efeito da musicoterapia com ênfase no próprio processo e não visando um tratamento previsível a partir de um fim já pré-estabelecido.

A clínica vista a partir da perspectiva fenomenológica-existencial vê o mundo como horizonte de sentido, como abertura de possibilidades que são possíveis de serem desveladas a partir do processo terapêutico. A realização do sentido que se dá na poiesis (produção) foge a qualquer tentativa de objetivação ou compreensão prévia do caminho a ser percorrido, se distanciando de um viés unilateral do processo. Através da relação livre com elementos musicais, o caráter de trilhar por caminhos desconhecidos pode revelar sentidos existenciais próprios do sujeito, ampliando a compreensão do próprio viver. O fazer musical do paciente o leva a desvelar e revelar sentidos, como um dispositivo para descobrir novas formas de viver e de se relacionar com o estar no mundo, como um meio de construção de si, ou seja, o propor-se a um processo terapêutico tomaria o sentido de pôr-se em obra.

Segundo Ruud (1990), a música toca a vida interior do ser humano e consequentemente supera as defesas da censura verbal; assim, pode-se considerar a execução musical como facilitadora da expressão de si mesmo. Barcellos (2008) propõe a utilização da música em um sentido metafórico em Musicoterapia. Esse olhar leva à percepção da produção musical como porta-voz daquilo que não pôde ou não quis ser expresso verbalmente. A produção musical em Musicoterapia seria, então, um meio para a tradução dos conteúdos internos do paciente (Barcellos, 2004).

A compreensão do sentido da produção musical não pode ser alcançada apenas através da análise musical, pois é importante o entendimento de quais os caminhos já foram percorridos pela paciente, o que ela faz, fez, quais as suas preferências e como reagiu frente aos acontecimentos em sua história; por isso, a análise musicoterápica se dá mediante a articulação entre as histórias sonoro-musical, clínica e de vida da paciente.

3 Sobre a análise musicoterápica

O conceito de análise musicoterápica começa a ser cunhado por Barcellos em 1982, num trabalho escrito para o *International Symposium on Music Therapy* realizado na Universidade de New York. Nessa ocasião, a autora assim se refere a esse procedimento: “Para se entender porque a música é utilizada como terapia nós devemos ter uma ‘compreensão musical’ do processo musicoterápico. Se não fizermos isto, a musicoterapia permanecerá em seu estágio empírico-místico...” (Barcellos, 1982, p. 1). Em alguns trabalhos posteriores, a autora define e amplia esse conceito. No caderno nº 1 (Barcellos, 1992, p. 27) novamente menciona essa compreensão, referindo-se à utilização da improvisação musical, afirmando que “além de manipular e dominar a linguagem musical, o musicoterapeuta que utiliza esta técnica deve ter condições de perceber e fazer uma leitura do material expressado pelo paciente para ter dele uma ‘compreensão clara’”. Exceto a “compreensão clara”, que seria discutível, pode-se concordar com o que aqui está sendo declarado. Em 1994 aparece novamente essa discussão. Em 2004 e 2009 a autora ainda discute “leitura musicoterápica”, afirmando que “é a análise da produção musical do paciente articulada às suas histórias de vida, clínica e sonoro/musical”⁹⁶.

⁹⁶ Como a análise musicoterápica é a análise da produção musical de um paciente, articulada às suas histórias de vida, clínica e sonoro-musical, e levando em consideração o contexto, como visto no conceito apresentado por Barcellos, faz-se necessário, para sua apresentação, que ela venha sempre precedida pela informação de que o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), desde que o atendimento tenha sido realizado após 1996.

A metodologia desenvolvida por Barcellos para a “análise musicoterápica” começa a ser divulgada em sua dissertação de mestrado⁹⁷ e se baseia no Modelo Tripartido Molino/Nattiez, sendo pela autora adaptado para a Musicoterapia e apresentado só em 2009 em sua tese de doutorado⁹⁸. Trata-se, na visão da autora, de uma metodologia que se apresenta como muito importante para a área, por levar em consideração não só a música tonal, mas, sim, ser passível de aplicação para a leitura musicoterápica de qualquer manifestação sonoro/rítmico/melódica/harmônica/corporal e cênica dos pacientes.

3.1 Sobre a produção a ser analisada

Antes de tudo é preciso selecionar o material a ser analisado, quais critérios serão seguidos para a análise da produção musical do paciente e quais momentos do processo deverão ser analisados.

Quando se tratar de um processo terapêutico breve, considera-se que toda a produção musical do paciente deveria ser analisada. No entanto, num processo longo deve-se pensar em analisar uma produção do início, outra do meio e outra do fim do referido processo; e/ou, ainda, quando uma produção não está nas condições acima, mas traz aspectos que podem ilustrar algo importante a ser enfatizado, isto é, algum episódio considerado relevante para marcar o desenvolvimento do processo, em qualquer parâmetro musical.

3.2 O que analisar

Na música:

- o gênero, andamento, modo, tom, compasso, o início e o final do que foi (re)criado, a extensão que abarca, o contorno melódico, o ritmo, intensidade, timbre, a escolha e utilização dos instrumentos ao longo do processo e a forma como são utilizados.
- as recorrências (Nicolas Ruwet): melódicas, rítmicas, tímbricas, instrumentais, na forma de iniciar e na forma de terminação, e tudo que mostrar a existência de um padrão, que pode ser articulado às histórias do paciente.

⁹⁷ “A Importância da análise do tecido musical para a musicoterapia”. Dissertação de Mestrado em Musicologia. Conservatório Brasileiro de Música, 1999.

⁹⁸ “A música como metáfora em musicoterapia”. Tese de doutorado em Estruturas e linguagem musical. Programa de Pós-graduação em Música. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. UNIRIO, 2009.

Ainda se pode lançar mão da Roda de Adjetivos (Kate Hevner, 1937)⁹⁹, como auxílio para a compreensão do caráter da música produzida.

Na letra:

- o **caráter**: triste, alegre, ou outro;
- o **tema**: de amor, dor, luto, abandono, outro(s);
- a **compatibilidade/articulação** entre letra e música e o conteúdo da letra em relação ao andamento da música.

Por fim, cabe articular a análise musical com as histórias de vida, clínica e sonoro-musical do paciente.

3.3 Quem deve fazer a análise musicoterápica

a – sempre mais de uma pessoa

b – sempre o musicoterapeuta, ou pelo menos um dos musicoterapeutas, quando o trabalho for realizado em coterapia, juntamente com alguém com experiência em análise musical e que não tenha estado presente na sessão. Faz-se necessário, no entanto, uma observação sobre a facilidade da análise musical preconizada por Ruwet, ou seja, a facilidade que se tem em identificar as recorrências.

Os resultados devem ser apresentados da forma que melhor convier para uma boa compreensão, de preferência grafados musicalmente e, sempre que possível apresentados simultaneamente com a audição do trecho que está sendo analisado, com o número da sessão e a data em que foi realizada.

3.4 Passos do processo da análise musicoterápica da produção de Rosa

Antes de tudo, cabem algumas observações:

- Causa estranheza que Rosa só utilize a improvisação musical para se expressar, ao contrário da maioria dos pacientes adultos que têm a re-criação de canções populares como experiência principal, pelo menos no início do processo. Dentre um grande repertório de respostas dadas por Bruscia (2000), com relação ao que esta experiência musical pode proporcionar ao

⁹⁹In: BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. *Música como metáfora em musicoterapia*. 2009. (Doutorado em Estruturação e Linguagem Musicais). Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2009.

paciente, foram escolhidas as que têm íntima ligação com as questões apresentadas por Rosa e com as suas histórias de vida, clínica e sonoro/musical, como, por exemplo: dar sentido à autoexpressão, explorar os vários aspectos do eu na relação com os outros [quando as amigas estão em sua casa vai para a cozinha porque ninguém a escuta], desenvolver a capacidade de intimidade interpessoal e desenvolver habilidades grupais mesmo que, aqui, participe de um microgrupo.

Bruscia afirma que estas necessidades terapêuticas estão em acordo com vários tipos de clientela, dentre elas, “adultos deprimidos inibidos” (2000, p. 125) grupo ao qual Rosa pertence.

- Rosa cria melodias e ritmos, mas não utiliza voz nem, conseqüentemente, letra, tratando-se de “música absoluta”, na terminologia do musicólogo finlandês Eero Tarasti (1994). Assim, a única pista que se tem é a musical, o que dificultaria a compreensão da produção de Rosa. Pode-se dizer que ‘a voz de Rosa é musical’, no sentido da inexistência de letra. Será que Rosa pensa que a letra poderá ‘denunciar’ seus pensamentos? Esta é uma hipótese. Houve algumas sessões em que ela comentou que deveria estar “falando” muita coisa, mas parece que se sente bem à vontade justamente porque não há palavras. No entanto, Rosa admite a participação das musicoterapeutas e até interage/dialoga com elas, como se pode perceber, de forma rítmico/melódica. Por várias vezes se referiu ao que é feito nas sessões como “a infância que não tive”.

- Mas, ainda cabe observar que Rosa utiliza um único meio – os instrumentos musicais – dentre os múltiplos meios possíveis apontados por Bruscia para a improvisação (voz, sons corporais, e nós diríamos, ou qualquer outro objeto que possa ser utilizado de forma a emitir som).

No entanto, move-se no emprego de vários instrumentos, apontando para uma diversidade de timbres e de várias formas de tocar, como mostrando que, ainda assim, pode se lançar no sentido de ter várias vozes: metalofones, calimbas, chocalhos, teclado, violão, dentre outros. Nas sessões analisadas, os instrumentos mais utilizados por Rosa foram: metalofone (1ª sessão); idiofones (na 3ª, 17ª e 32ª); teclado (sessão 34).

3.5 A equipe

A equipe que participou dessa análise foi formada pelas quatro musicoterapeutas e musicistas autoras deste trabalho: uma multi-instrumentista, uma violoncelista e duas que têm o piano como instrumento principal. Uma delas é a psiquiatra da paciente, duas são as musicoterapeutas e uma única não conhece a paciente, a não ser por algumas supervisões dadas às musicoterapeutas no início do processo.

3.6 Etapas da análise musicoterápica

O primeiro passo foi decidir qual seria a produção a ser analisada. Das 34 sessões realizadas chegou-se à conclusão que seriam analisadas a 1ª improvisação da 1ª sessão e a sexta da sessão 34, a última realizada antes das férias, cabendo assinalar que se trata de um processo em andamento. No entanto, uma das musicoterapeutas apontou para a importância de se analisar uma improvisação da sessão 3 e outra da sessão 32, por serem relevantes para o processo. A sessão central do processo não teve improvisações, e sim atividades guiadas. A partir disto, as quatro musicoterapeutas se reuniram e grafaram melodicamente a 1ª improvisação (1'26"). Depois de grafadas foram comparadas havendo 100% de coincidência entre duas delas que foram, assim, levadas em consideração. A grafia rítmica dessa primeira improvisação foi feita por uma única musicoterapeuta que passou, a partir de então, a grafar toda a produção de Rosa¹⁰⁰.

Cabe assinalar, para que não nos consideremos inábeis para fazer a análise musicoterápica, que poucos musicoterapeutas têm a habilidade de realizar a grafia musical das sessões. Assim, cada um de nós deve buscar melhorar a sua percepção e fazer esta análise consciente das suas possibilidades.

Depois de toda a produção grafada foi feita uma análise musical e, só então, os padrões encontrados e os achados considerados importantes foram articulados às histórias de Rosa e, a partir daí, hipóteses foram discutidas entre todas as autoras do trabalho.

¹⁰⁰ A grafia rítmica dessa primeira improvisação é considerada de alta complexidade e foi feita pela Mt. Marina Miglietta, violinista e violista, que tem um ouvido absoluto altamente privilegiado por grafar material tanto melódico como rítmico com a mesma habilidade.

1ª sessão – 01/06/2011 – Improvisação I – duração: 1'26''

The musical score consists of eight staves of music, each with various annotations and markings. The staves are numbered 1, 6, 12, 19, 24, 30, 36, and 40. The music is written in treble clef and includes various time signatures and dynamics. Key annotations include:

- Staff 1:** [10''] marking, *accelerando*.
- Staff 6:** *tempo 1*, [17''], [21''], [25''] markings, a blue bracket above the staff, and a green bracket below the staff.
- Staff 12:** *accelerando*, *ritardando*, *rubato*, [31''], [34''], *A tempo* markings, and blue brackets above the staff.
- Staff 19:** [27''] marking, *(pp)*, a blue bracket above the staff, and green brackets below the staff.
- Staff 24:** [45''], [47''], [50''], [53''] markings, *(pp)*, a blue bracket above the staff, and green brackets below the staff.
- Staff 30:** [55''], [58''], [60''], [1'04''] markings, *accelerando*, *ritardando*, a blue bracket above the staff, and green brackets below the staff.
- Staff 36:** [1'06''], [1'08''], [1'09''], [1'11''], [1'12''] markings, a blue bracket above the staff, and green brackets below the staff.
- Staff 40:** [1'14''], [1'16''], [1'18''], [1'19''] markings, *più mosso*, *p*, a blue bracket above the staff, and green brackets below the staff.

Legenda: ■ compassos ■ recorrências rítmicas ■ recorrências melódicas

4 Análises Musicoterápicas

4.1 Análise da primeira improvisação da primeira sessão

Imediatamente após a grafia desta improvisação a única musicoterapeuta que não conhece a paciente fez as seguintes considerações, e o grupo levanta as hipóteses:

- impressionam as 28 mudanças de compasso em uma extensão de 48 compassos, caracterizando o que Berry denomina “modulações métricas” (1976, p. 319), nas quais o pulso sofre mudanças.

Quando Rosa livremente toca alternando o pulso nessa improvisação, e esse aspecto é também observado em outras produções musicais dela, levanta-se a hipótese de que nesta ação Rosa demonstra vontade, iniciativa, coragem, e coloca-se frente ao “estar presente”.

- interessantes as recorrências melódicas de duas notas conjuntas repetidas em várias alturas. A hipótese é que haja um comportamento perseverativo, o que não é confirmado pelas musicoterapeutas nem pela psiquiatra. [No entanto, uma das musicoterapeutas traz uma informação sobre a paciente “não gostar de costurar na casa do irmão para não deixar fiapos no tapete”, que é um dado da história de vida da paciente];

- relevante a utilização de graus conjuntos, aparecendo, eventualmente, alguns pequenos saltos. No final, Rosa traz um salto descendente de 11^a, como se mergulhasse, para logo “alçar voo” num salto ascendente de 9^a, como indicando que está “aberta” para novas experiências e finalizando no IV grau, que “não finaliza”, ou seja, deixa ainda em aberto.

4.2 Análise da primeira improvisação da terceira sessão

A grafia da improvisação da terceira sessão já aponta para o mais significativo da improvisação: a parte da paciente é colocada ‘entre’ as duas musicoterapeutas. A paciente, (que relatou não gostar de instrumentos de percussão) toca um chocalho, enquanto as duas musicoterapeutas tocam instrumentos melódicos. E, o mais interessante, é que a grafia mostra que os instrumentos melódicos estão em afinação diferente, o que, na audição da improvisação, não entra em choque.

Mas, o importante é que a participação da paciente tem um papel de extrema relevância, pois é o seu ritmo que une as três, o que denota uma abertura para a interação, caracterizada pela escuta e ação de cada uma. [As musicoterapeutas afirmam que Rosa disse receber amigas em casa, mas passa mais tempo na cozinha porque ninguém a ouve].

3ª sessão – 15/06/2011 – Improvisação I – duração: 3’21”

The musical score is divided into two systems. The first system (measures 1-6) shows Musicoterapeuta 1 playing a melody in treble clef, the Paciente using a percussion clef with rhythmic patterns and accents, and Musicoterapeuta 2 playing a melody in treble clef. The second system (measures 7-12) continues the improvisation with similar parts for all three participants. The score includes various musical notations such as notes, rests, and percussion symbols.

4.3 A 17ª sessão

A 17ª sessão, sessão central do período analisado, não teve improvisações, e sim atividades guiadas, por isso não há grafias a serem analisadas. Porém, fato importante a ser relatado, Rosa conta o que lhe aconteceu no ônibus, onde foi provocada e acabou com a provocação “dando uma carteirada”.

Demonstra, aí, que enfrentou (com sabedoria) o problema, não se intimidando com as provocações, e nem deixou de fazer valer seus direitos, o que aponta para uma melhora significativa de seu estado emocional.

4.4 Análise da atividade guiada da 32ª sessão

Paciente e musicoterapeutas munidas de instrumentos semelhantes (idiofones) e baquetas. As três movimentam-se pelo *setting*, marcando o tempo com os passos. Para facilitar a grafia, o passo foi utilizado como unidade de um compasso binário.

4.5 Atividade guiada- 32ª sessão – 11/06/2012 – duração: 5'29"

Seção A: A paciente inicia a atividade: a cada passo uma batida. Ela divide a métrica do quinto compasso em dois, mas sua pulsação é mais rápida que a proporção; porém, volta à pulsação inicial. A Mt.1 imita sua sequência. No 10º compasso a paciente traz uma pulsação mais movida, o que só será acompanhado pelas musicoterapeutas dois compassos depois.

Paciente

Musicoterapeuta 1

mais movido

No 26º compasso a paciente traz um compasso ternário, porém mantendo a pulsação. Imediatamente retorna-se ao compasso binário. No c.46 a paciente para e comenta que está “rápido”, embora tenha sido ela quem tenha determinado a pulsação.

Pr.

Seção B – c.50 - Mt.2 inicia uma subdivisão, seguida pela Mt.2. A paciente retorna no c.53. No compasso seguinte, as três passam a utilizar o instrumento também sem baqueta, o que proporciona uma subdivisão na métrica que chega a oito.

Pr.

Mt.1

Mt.2

Seção C – c.63 - Inicia-se uma pulsação **conjunta** de compasso binário composto, que será “quebrada” pela Mt.1 no c.76.

Pr.

Mt.1

Mt.2

Seção D – (c.92) Inicia-se uma rítmica de conjunto.

(c.109) Rosa traz uma rítmica sincopada, repetindo-a quatro compassos depois. No compasso 115, as três iniciam uma rítmica em uníssono, acolhendo a rítmica de Rosa, que será repetida ao longo da improvisação. Em 126 há novamente uma “quebra” na pulsação binária, retomando-a em seguida.

Também é Rosa quem sinaliza e comanda o final da improvisação, com uma “coda”.

O que se pode perceber claramente na análise é que Rosa traz “novidades” rítmicas que são acolhidas e transformadas em diálogos sonoros entre as três, que ora “falam” ao mesmo tempo, apresentando a mesma rítmica, ora a rítmica de cada uma se funde como uma única linha de pensamento, ora as rítmicas se alternam, como numa verdadeira “conversa”. Nesta improvisação, que foi gravada em vídeo, Rosa comanda, “passa a vez”, compartilha, se integra, inova, repete, diversifica, demonstrando uma significativa melhora nas suas relações interpessoais.

4.6 Análise da sexta improvisação da 34ª sessão

Tendo em vista que a última improvisação que foi objeto de análise deste trabalho tem a duração de quase doze minutos e, assim, a partitura excederia a paginação, optou-se pela tabela a seguir. Rosa toca o teclado. As musicoterapeutas fazem intervenções com instrumentos de percussão, que não foram grafadas. O foco ficou na produção de Rosa. Há aqui uma hipótese do que se pode depreender na escuta desta improvisação: aqui Rosa parece que experimenta “alçar voo” sozinha, daí o papel das musicoterapeutas ter sido considerado apenas o de “criar uma atmosfera”, um ambiente propício para este voo solo.

Uma hipótese levantada, fazendo uma amarração com a história sonoro-musical da paciente: observa-se Rosa no *setting* musicoterápico com disposição para fazer tudo aquilo que não é de sua preferência, ou seja, tudo aquilo que diz não gostar, como a utilização dos instrumentos de percussão (na primeira sessão ela afirma que instrumentos de percussão não são de seu agrado, mas, de fato, *são* os que ela mais se interessa em explorar no *setting*). Ela mantém uma significativa distância do que diz gostar, como o instrumento de preferência, o violão, com o qual, de 34 sessões, entrou em contato em apenas duas sessões¹⁰¹. Rosa estaria deixando de lado o que diz gostar e alça voo para experimentar o que ela não gosta? Ela estaria apresentando uma abertura ao desconhecido?

¹⁰¹ Na terceira sessão, Rosa diz que “gostaria de mexer no violão”. A seguir experimenta o instrumento. Seu segundo contato com o instrumento, no *setting*, foi quando trouxe o violão que ganhou de presente do irmão.

34ª sessão – 25/06/2012 – Improvisação VI (duração: 11'52'')

1ª PARTE (5'' a 6'14'')	2ª PARTE (6'15'' a 9'09'')	3ª PARTE (9'10'' a 11'44'')	CODA (11'45'' a 11'52'')
TECLAS BRANCAS	→ TÍMIDA INTRODUÇÃO DE NOTAS ALTERADAS	→ QUASE INTEIRAMENTE CONSTRUÍDA NAS TECLAS PRETAS	→ TECLAS BRANCAS
ESCALAS ASCENDENTES E DESCENDENTES		PREDOMÍNIO DE CONTRATEMPOS	
→ INTERVALOS DE SEGUNDAS HARMÔNICAS	→ CLUSTERS	→ CLUSTERS	→ INTERVALOS DE SEGUNDAS HARMÔNICAS
→ INICIA NA REGIÃO GRAVE	→ PREDOMÍNIO DAS REGIÕES MÉDIA E AGUDA	→ PREDOMÍNIO DAS REGIÕES MÉDIA E AGUDA	→ REGIÃO AGUDA
→ INICIA COM UMA VOZ GRAVE (MASCULINA) → INTRODUZ UMA VOZ FEMININA (1'51'') → DIÁLOGO E POSTERIOR RAREFAÇÃO DA VOZ MASCULINA (2'01'')	→ APARECIMENTO DE DUAS VOZES CONCOMITANTES (6'40'')	→ PREDOMÍNIO DA VOZ FEMININA	→ UMA VOZ AGUDA (FEMININA)
→ PREDOMÍNIO DE COLCHEIAS E SEMÍNIMAS	→ PREDOMÍNIO DE SEMICOLCHEIAS	→ PREDOMÍNIO DE SEMICOLCHEIAS	→ PREDOMÍNIO DE SEMÍNIMAS

1ª PARTE (5'' a 6'14'')	2ª PARTE (6'15'' a 9'09'')	3ª PARTE (9'10'' a 11'44'')	CODA (11'45'' a 11'52'')
RECORRÊNCIAS RÍTMICAS			
1) 	3) 		4) 
RECORRÊNCIAS RÍTMICO-MELÓDICAS			
1)  2) 	[6'15'']  [6'23''] 	[9'15''] 	
[3'14'']  [3'50''] 		[10'46'']  [11'43''] 	

5 Considerações Finais

Em sua história de vida, Rosa já havia demonstrado em outros momentos motivação para sair da zona de conforto, movimentos contra “a dor que remédio nenhum tira”¹⁰². Acontecimentos como: quando inicia um curso de informática sem muita perspectiva, quando encontra na hidroterapia um espaço de contato com seu corpo e alívio no quadro de dor da hérnia de disco, ou mesmo quando leva à psiquiatra o desejo de parar de fumar. Do ponto de vista do paciente como narrador da sua história, Barcellos (2009, p.86 e 87) cita Bruner, que aponta a necessidade de uma “predisposição para organizar a experiência de uma forma narrativa” no fazer musical. A oportunidade de Rosa ressignificar-se só surgiu por conta da sua própria atitude de disponibilidade e confiança no processo musicoterapico, frente às restrições que tinha em enfrentar e aceitar a própria vida.

Rosa apresentou significativa melhora após um ano de musicoterapia. As consultas com a psiquiatra mudaram de sentido: antes, ela ia às consultas para esvaziar-se da sua angústia, trabalhar suas questões, sentir-se direcionada. Após encontrar espaço para recriar-se na musicoterapia, Rosa, além de ter suas medicações reduzidas a menos da metade, vai à consulta de psiquiatria quase que para cumprir uma rotina, solicitando suas prescrições e percebendo que não é mais preciso queixar-se da vida para relacionar-se. Ela também vê que é possível falar de coisas que lhe fazem bem e deixar um pouco de lado as maiores causas de dor. Hoje ela fala de si como alguém estável e reconhece-se como antes, triste, porém estável, e com momentos esporádicos de alegria, que são quando ela está na igreja e na musicoterapia.

Referências

- BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. *Music as a therapeutic element*. International Symposium on Music Therapy. New York University. New York, 1982.
- _____. Caderno nº 1. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.
- _____. Caderno nº 3. Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.
- _____. Musicologia e musicoterapia. In: *Musicoterapia: alguns escritos* – Rio de Janeiro: Enelivros, 2004, p. 101 à 118.

¹⁰² Ela se refere a uma dor da alma, uma dor existencial.

_____. *Música como metáfora em musicoterapia*. 2009. (Doutorado em Estruturação e Linguagem Musicais). Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2009.

BERRY, Wallace. *Structural functions in music*. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1976.

BRUSCIA, Kenneth E. Fundamentos da prática musicoterápica. In: *Case studies in Music Therapy*. Tradução Marly Chagas. s/d.

RUUD, Even. *Caminhos da musicoterapia*; tradução Vera Wrobel – São Paulo: Summus, 1990.

SÁ, Roberto Novaes de. *A Analítica do Dasein de Martin Heidegger*. 1999. Texto cedido pelo autor.

SACHS, Curt. *The history of musical instruments*. New York: W. W. & Company Inc., Publishers, 1940.

TARASTI, Eero. *A theory of musical semiotics*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1994.

TRANSTORNOS DA CONDUTA ALIMENTAR EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR E ADOLESCENTES¹⁰³

Elizabeth Wasserman¹⁰⁴

RESUMO:

Esse artigo apresenta um estudo sobre a Anorexia e Bulimia Nervosa, relacionando causas variadas apontadas na literatura médica. O interesse pelo estudo baseia-se no crescente número de casos desses transtornos alimentares entre crianças e adolescentes, confrontando-se com a quantidade insuficiente de estudos nessa área, no Brasil. Buscou-se traçar um paralelo entre as questões da alimentação/emoção/afeto desde os primeiros momentos de vida do bebê, o apelo à cultura do corpo e de padrões estabelecidos pela mídia. O objetivo final é focalizar formas de tratamento multidisciplinar, com especial atenção à Musicoterapia e suas possibilidades de intervenção para atender às necessidades dos portadores desses transtornos.

Palavras-chave: Anorexia – Bulimia – transtorno alimentar - musicoterapia

ABSTRACT:

This article presents a study about Anorexia and Bulimia Nervosa, listing several causes suggested in the medical literature. Interest in the study is based on the increasing number of cases of eating disorders among children and adolescents, comparing with the insufficient number of studies in this area in Brazil. We tried to draw a parallel between the issues of power / emotion / affection from the first moments of baby's life, the appeal to culture and the body of standards issued by the media. The ultimate goal is to focus on a multidisciplinary treatment regimen, with particular attention to the music therapy and its possibilities of intervention to meet the needs of patients with these disorders.

Key-words: Anorexia – Bulimia - eating disorders – music therapy

I. INTRODUÇÃO

Os transtornos de conduta alimentar, como a anorexia nervosa, têm aumentado sensivelmente nos países ocidentais e industrializados, com maior incidência no sexo

¹⁰³ Artigo produzido para a disciplina de Musicoterapia em psiquiatria infantil, da professora Márcia Cirigliano, no curso de graduação em musicoterapia. Novembro de 2010

¹⁰⁴ Aluna do 6º período do curso de graduação de musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário – Rio de Janeiro

feminino e, em 85% dos casos, entre 13 e 20 anos de idade, nas classes média e alta. (MARIN, 2002)

Vários veículos de comunicação sugerem que, para que as mulheres se sintam aceitas socialmente, devem ter um corpo esbelto, magro. Isso as coloca em risco de desenvolver um transtorno alimentar, principalmente durante a adolescência e a idade adulta.

A anorexia nervosa é uma doença que compromete o desenvolvimento psíquico como a autoestima, socialização, e produz principalmente danos graves à saúde física do adolescente (MARIN, 2002).

A relação entre alimentação, emoção, aceitação e estruturação de uma imagem corporal remonta, segundo vários estudos, aos primeiros momentos de vida, quando muitos fatores podem influenciar na constituição dos sujeitos, (FISBERG, M.; BANDEIRA, C. R. S.; BONILHA, E.A, 2000 apud JUCHEN, S.T., 2008).

Ao amamentar, mãe e filho experimentam, além do prazer de saciar a fome do bebê, emoções através de olhares e expressões trocadas entre ambos. A mãe tem a oportunidade de observar também outros comportamentos de seu filho.

As investigações realizadas por Melaine Klein evidenciam que a alimentação do bebê, desde seus primeiros dias de vida está totalmente relacionada à “ansiedade persecutória e à pulsão de morte” (WEINBERG, C.; CORDÁS, T.A., 2006, p.80). Klein enfatiza que “a luta entre os instintos de vida e de morte já está sendo travada (...) por essa dolorosa experiência”(KLEIN, 1948, p.298 apud WEINBERG, C.; CORDÁS, T.A., 2006, p.80).

Weinberg e Cordás (2006) apontam que, “ainda que Klein não tenha se ocupado especialmente da anorexia, a análise das relações do bebê com a mãe, seu primeiro objeto, e com o alimento, trouxe nova luz à compreensão do comportamento anoréxico, servindo de base para trabalhos que atribuem à relação com a mãe um papel fundamental” (WEINBERG, C.; CORDÁS, T.A., 2006, p.81).

Os mesmos autores se referem a Lacan, por suas três ideias para conceituar a anorexia mental: necessidade, demanda e desejo. A necessidade se traduz pela conquista e satisfação

do objeto visado, no caso a satisfação da alimentação para a sobrevivência. Já a demanda, vai além da posse do objeto visado por instinto de sobrevivência: o que importa é a resposta do outro, que represente amor e reconhecimento. O desejo faz ressurgir a necessidade por encontrar a causa focalizada no objeto específico “supostamente perdido”, e caracteriza a falta, “desejo do Outro”. (WEINBERG, C.; CORDÁS, T.A, 2006). Pautado nesses conceitos, Lacan relaciona, então, a anorexia a uma não-resposta satisfatória da mãe à demanda de amor do filho, “abstendo-se de oferecer afeto, [ou] oferecendo-o somente de forma superficial, [dando] pouco de si”, frustrando a expectativa amorosa da criança (RIO, C, 2008, p.2) .

Além dos aspectos emocionais, Fisberg, Bandeira e Bonilha (2000, apud JUCHEN, S.T., 2008) mencionam a interferência dos simbolismos e das influências socioeconômicas e culturais no modo de vida da criança, pois o crescimento depende da alimentação e esses dois processos dependem do estabelecimento das relações familiares e com o meio em que a criança vive, das escolhas e de identificações com valores que lhe são apresentados, além da adaptação ou não a padrões estabelecidos, regras e limites. Para os autores, já na adolescência o modo de expressar as questões afetivas e as angústias muitas vezes é transferido para a alimentação: se come demais ou recusa a alimentação está buscando satisfazer suas carências, ser o centro de atenções dos pais (ou responsáveis), talvez um pedido de “socorro”, ou, inconscientemente, tentando ter um certo “controle” sobre o que deseja fazer e não o que lhe é imposto (FISBERG et al, 2000, apud JUCHEN, S.T., 2008).

Deve-se considerar que essa fase – da adolescência – se caracteriza pela presença de comportamentos de contestação e, por isso, os adolescentes tornam-se mais vulneráveis a seguirem líderes, grupos e modas; há uma preocupação com a aparência de próprio corpo pautada muitas vezes numa distorção da realidade, que pode levar a uma não-aceitação desta imagem comprometendo assim, sua auto-estima (GAMBARDELLA, A. M. D.; FRUTUOSO, M. F. P.; FRANCHI, C, 1999 apud JUCHEN, S.T., 2008).

Segundo Marin (2002), a preocupação com a aparência física na idade escolar está associada à popularidade, inteligência e sucesso, versus a gordura, ligada ao *bullying*¹⁰⁵. Apesar de menor a incidência, os homens também sofrem com a gordura, mas com menos preocupação por engordar e menor insatisfação com algumas partes do corpo, como as mulheres.

Atualmente, com a mídia supervalorizando a imagem da mulher perfeita e de sucesso na nossa sociedade, a busca por esses padrões de beleza pode desencadear restrição de alimentos e ingestão inadequada de nutrientes e energia, evoluindo, posteriormente, para os transtornos alimentares como a anorexia e a bulimia. (JUCHEN, S.T., 2008).

II. Etimologia

A palavra ANOREXIA tem origem grega e significa falta ou perda (‘*an*’) de apetite (‘*orexis*’), com referências que remontam aos povos latinos (CORDÁS, TA.; CLAUDINO, A.M., 2002).

O termo Anorexia Nervosa, porém, surge a partir de referência de William Gull (1873) a uma "forma peculiar de doença [que] caracteriza-se por emagrecimento extremo [...] decorrente de um estado mental mórbido e não a qualquer disfunção gástrica(...)" (PARRY-JONES, B., 1991, apud CORDÁS, T.A.; CLAUDINO, A.M., 2002).

O conceito sofreu uma evolução, afastando-se de sua origem etimológica de ‘perda de apetite’ para a atual definição de uma “recusa alimentar deliberada, com intuito de emagrecer ou por medo de engordar” (CORDÁS, T.A.; CLAUDINO, A.M., 2002, p.3).

III. Histórico

Na idade Média, há relatos de práticas de jejum, vistas como “estados de possessão demoníaca ou milagres divinos”, conhecidos como "anorexia sagrada". Bell (1985 apud CORDÁS, T.A.; CLAUDINO, A.M., 2002)¹⁰⁶ narra o caso de 260 santas italianas (entre os

¹⁰⁵ “Brigas, ofensas, disseminação de comentários maldosos, agressões físicas e psicológicas, repressão. A escola pode ser palco de todos esses comportamentos, transformando a vida escolar de muitos alunos em um verdadeiro inferno”. (Disponível em <http://www.pucrs.br/mj/bullying.php>). Acesso em 03/08/2012

¹⁰⁶ Relatos do livro de "Holy Anorexia", BELL (1985)

anos de 1200 e 1600) que, para alcançarem as metas espirituais, se isentavam de necessidades físicas e sensações básicas e, como consequência, apresentavam cansaço, impulso sexual, fome e dor. Mas existe uma hipótese de que a essas crenças religiosas relacionavam-se a outras intenções das jovens (...):

Santa Catarina de Siena, aos 15 anos, após a morte de sua irmã e diante de projetos futuros de casamento, iniciou restrição alimentar, preces e práticas de auto-flagelamento, chegando a induzir vômito (...) quando forçada a alimentar-se. Catarina havia feito um voto de castidade quando ainda era criança. A inanição haveria gerado um estado psicológico de constante vigília e experiências místicas, vindo a falecer de desnutrição aos 32 anos (CORDÁS, T.A.; CLAUDINO, A.M., 2002, p.3).

Não há como se comprovar a relação entre atual concepção de anorexia nervosa e os casos de "anorexia sagrada", por não haver uma documentação válida sobre a real intenção dessas santas, mas pode-se evidenciar várias semelhanças entre elas: a intolerância e as conseqüências do "comer" e os "estados ideais" nos dois casos “(beatitude na Itália medieval e magreza no ocidente atual) e evitação da sexualidade, do egoísmo e do alimento”. Observa-se que nos dois casos, o excesso de atividades, o perfeccionismo, o controle para o “não-comer”, a falta de interesse por relacionamentos comuns, desinteresse pela vida sexual, “auto-suficiência e preferência por cuidar dos outros ao invés de serem cuidadas” (CORDÁS, T.A.; CLAUDINO, A.M., 2002).

Ainda no final do século XIX, o corpo das mulheres era admirado por um apresentar um pouco de gordura, retratadas em algumas pinturas como as de Botero, Peter Paul Rubens, Tiziano (“A Vênus de Urbino”, 1538), Boris Kustodiev (“A Vênus Russa”, 1918), entre outros¹⁰⁷.

A partir do século XX, a medicina, no entanto, recomendou não haver vantagens em acumular gorduras. A pressão médica aliada à pressão social de padrão de beleza, o capitalismo com sua indústria farmacêutica decidiu que o recomendável seria a magreza. “Essa preocupação exagerada pode provocar um distúrbio psiquiátrico grave, cada vez mais freqüente, que é a distorção da auto-imagem” (CORDÁS, s/d, VARELLA, s/d).

¹⁰⁷ Gordinhas inspiradoras Postado por Lara Fernandes (2010). (Disponível em http://1.bp.blogspot.com/_dXAMx55cdqU/S7eIWivRF2I/AAAAAAAAA4U/_x63NAH2sL4/s1600/VENUS+RUSSA.jpg). Acesso em 03/08/2012

Traçando um paralelo entre as práticas culturais e suas relações de poder, a partir dessa nova visão confirmam-se as ideias de Michel Foucault de que o sujeito não é produto de si mesmo, mas constituído dos discursos que o cercam. Dessa forma, a noção do corpo como uma construção sociocultural e lingüística é somente o resultado e efeito das relações de poder, um “corpo cultural [que] pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 1983, apud NIEMEYER, F; KRUSE, MHL, 2008, p.458). As práticas discursivas exercem poder sobre o sujeito, ao invés de práticas sociais, econômicas, culturais e políticas emanarem a partir do sujeito. A mídia tem o poder de controlar, “educar”, e com seu grande aparato: através de revistas, jornais, programas de TV e músicas, além dos esportes e, principalmente, pela publicidade, ela “reconstrói” corpos (NIEMEYER, F; KRUSE, MHL, 2008).

Esses artefatos culturais capturam e reproduzem sentidos e significados que circulam na cultura, "produzindo sujeitos e identidades sociais em intrincadas redes de poder".As "verdades" implicadas nas estratégias midiáticas funcionam como modos de manter e colocar em ação dispositivos de governamento do corpo, que produz sujeitos e guia a conduta das pessoas de maneira que elas se tornem pessoas de um certo tipo. (NIEMEYER, F; KRUSE, MHL, 2008, p.458).

VI. ETIOLOGIA

Marin (2002) assinala que a etiologia desses transtornos é complexa e não está totalmente fechada. Existe uma combinação de fatores que se repetem com maior frequência e que demonstram as predisposições individuais: biológicos (genéticos e neuroquímicos), psicológicos (baixa autoestima), familiares (pais superprotetores, ambiciosos, rígidos), sociais (a sobrevalorização da mulher magra). A mesma autora acrescenta que, além desses, existem outros fatores que indicam a predisposição para desencadear a anorexia: ser mulher, principalmente em países industrializados, ter na família um histórico de transtorno alimentar, ter dificuldades para expressar as emoções negativas, ter dificuldades para resolver conflitos, ter sido abusada sexualmente, desequilíbrio na serotonina (MARIN, 2002). Quanto maior a demora para iniciar um tratamento, menores as chances de reverter a doença.

V. ALTUNS FATORES QUE PODEM PRECIPITAR O PROCESSO

Comentários negativos da família e dos amigos sobre a aparência, peso e/ou algum evento negativo como perda afetiva, fracasso escolar ou conflito familiar são os fatores mais comuns e que podem provocar ou acelerar o início dos Transtornos de Conduta Alimentar (MARIN, 2002).

A dificuldade no desenvolvimento na transição da adolescência para a fase adulta é outro fator que merece atenção.

VI. SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA

Eles podem começar a se manifestar desde os 10 anos, mas a maior incidência é entre os 13 e 20 anos.

Na maioria das vezes, não é percebido, de início pela família. Às vezes, a decisão de emagrecer é precedida por um evento que nem sempre é percebido pelo próprio paciente. Assim, começa o ritual de não comer mais com a família, esconder os alimentos, estabelecer o que pode ou não comer, e praticar exaustivamente exercícios físicos (MARIN, 2002).

Quando os pais começam a perceber a perda de peso de sua filha, além do comportamento antissocial gerado pela hiperatividade, mudanças frequentes de humor, insônia e isolamento, geralmente ocorrem discussões (MARIN, 2002), o que, de certo modo, é uma forma de ser o centro das atenções, devido à sua baixa autoestima.

Marin (2002) aponta ainda que, geralmente, quando a perda de peso é grande, a menstruação desaparece, as extremidades do corpo tornam-se frias, há ressecamento de pele, podendo ocorrer, inclusive a hipotermia, acrocianose¹⁰⁸, bradicardia¹⁰⁹, hipotensão

¹⁰⁸ A Acrocianose é uma doença vascular permanente que deixa a pele das mãos e, por vezes, dos pés com uma coloração azulada ou roxa [cianose], manifestando-se especialmente no inverno e em mulheres jovens. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Acrocianose> Último acesso em 03/08/2012

¹⁰⁹ A Bradicardia é a diminuição na frequência cardíaca. (Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Bradicardia>). Último acesso em 03/08/2012

arterial, hipotensão ortostática¹¹⁰, perda muscular, hipoglicemia e leucopenia¹¹¹. Os sintomas psicológicos mais comuns na bulimia relacionam-se à depressão.

VII. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICOS: ANOREXIA NERVOSA (DSM-IV) e CID-10

A classificação do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV, define as seguintes condições: a anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno alimentar não especificado (ED-NOS - sigla em inglês para Eating Disorder Not Otherwise Specified) e transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP).

Segundo os médicos José Carlos Appolinário e Angélica M Claudino, em seu artigo “Transtornos Alimentares”, publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria (2000, pg.28),

a classificação dos transtornos mentais e do comportamento da Classificação Internacional de Doenças - 10ª Edição (CID-10) já não distingue tipos de anorexia e, portanto, pacientes anorécticas que apresentam episódios bulímicos podem receber os dois diagnósticos: anorexia e bulimia.

Ainda no mesmo artigo, os autores mencionam que os critérios diagnósticos adotados pela CID-10 e pelo DSM-IV não estão muito diferenciados. Porém, no CID-10 há a “possibilidade de negligência do tratamento insulínico em diabéticos como uma apresentação especial do quadro [de anorexia e bulimia], assim como a possível ocorrência de um episódio prévio de anorexia nervosa que evoluiu para bulimia” (APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M., 2000, p.30).

Para Marin (2002) a anorexia nervosa se configura quando a paciente apresenta um peso corporal até 85% menor que o limite mínimo para sua idade e IMC (Índice de Massa Corporal) inferior a 17,5 kg/m² em adolescentes mais velhos. O fenômeno central é o medo intenso de ganhar peso ou ficar gorda e a distorção da imagem corporal; aparece em

¹¹⁰ A Hipotensão Ortostática é o nome dado à queda súbita da pressão sanguínea quando um indivíduo assume a posição ereta. Pode ser causada por hipovolemia (diminuição da quantidade de sangue no corpo), resultado do uso excessivo de diuréticos e vasodilatadores, de desidratação ou de se assumir prolongadamente uma postura horizontal. (Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Hipotens%C3%A3o_postural) Último acesso em 03/08/2012

¹¹¹ A Leucopenia é a redução do número de leucócitos no sangue. (Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Leucopenia>). Último acesso em 03/08/2010

mulheres que já menstruam e apresentam a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. Os métodos usados para baixar o peso são as dietas rigorosas e pobres em calorias e qualidade, e os exercícios intensos (em 75% dos pacientes).

A mesma autora assinala a existência de dois subtipos de anorexia nervosa: a restritiva, e a purgativa, que se diferenciam pelas manifestações clínicas, epidemiológicas, psicopatológicas, neurobiológicas e as características familiares (MARIN 2002). A restritiva é quando a paciente não ingere alimentos, ou seja, impõe-se a jejuns rígidos e não usa laxantes. A purgativa é quando a paciente apresenta uma história de obesidade familiar e altos níveis de compulsão alimentar, seguidos de indução de vômitos e uso de laxantes, diuréticos, hormônios tireoidianos, de agentes anorexígenos¹¹² e de enemas¹¹³ (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000) dentre outros medicamentos.

Na bulimia (25% dos casos de anorexia), a característica principal é a alternância de períodos de restrições alimentares e episódios de compulsão alimentar num curto período de tempo (por exemplo, até duas horas) numa quantidade absurdamente superior a que uma pessoa normalmente comeria nesse mesmo tempo, seguidos de vômitos (e uso de laxantes com já descritos acima). Há sensação de culpa pela perda de controle do ato de comer, além da vergonha que sente ao ser descoberta. A paciente engole a comida sem saboreá-la e só pára de comer quando começa a passar mal. Este comportamento acontece pelo menos duas vezes por semana, em média, durante três meses consecutivos.

Segundo Appolinário e Claudino (2000), o episódio de compulsão alimentar é o sintoma principal da bulimia nervosa e costuma surgir durante uma dieta para emagrecer. No início, pode se achar relacionado à fome, mas depois que o ciclo compulsão alimentar-purgação se instalam, ocorre em todo tipo de situação que gera frustração, tristeza, ansiedade, tédio, solidão e outros sentimentos negativos. Nos exames físicos, a paciente se encontra com variações agudas e freqüentes de peso. Pode apresentar crescimento de glândulas salivares, erosão e calo nas mãos, e erosão do esmalte dentário devido ao vômito.

¹¹² Agentes anorexígenos redução quantitativa e /ou qualitativa - alimentos calóricos e energéticos.

Disponível em <http://intradermoterapia.tripod.com/obesidade.html> Acesso em 03/08/2012

¹¹³ Lavagem anal . Disponível em <http://www.dicio.com.br/enema/> Acesso em 03/08/2012

Carmen Leal Assumpção e Mônica Cabral, Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia do Rio de Janeiro (2000), e Tatiana Moyá e colaboradores (2005), destacam que os índices de morbidade e mortalidade nos transtornos alimentares são bastante expressivos e a anorexia nervosa é a que apresenta a maior taxa de mortalidade dentre os distúrbios psiquiátricos. Ambos assinalam que esse número chega a cerca de 0,56% ao ano. Isto significa 12 vezes mais que a mortalidade das mulheres jovens na população em geral, tendo como causas principais as complicações cardiovasculares, a insuficiência renal, e o suicídio (27%). Mas apontam também, neste mesmo artigo, muitas outras complicações graves no quadro clínico. A relação entre a anorexia e a bulimia é complexa. As duas apresentam um quadro preocupante com a perda de peso, a imagem do corpo e o desejo de controlar o impulso pela comida. Quarenta a cinquenta por cento das pacientes com anorexia passam pela fase bulímica (MARIN, 2002).

Ainda no artigo dos médicos Appolinário e Claudino (2000), outras complicações médicas como anemia, alterações endócrinas¹¹⁴, osteoporose¹¹⁵, alterações hidroeletrólíticas¹¹⁶ (especialmente hipocalemia¹¹⁷, podendo levar à arritmia cardíaca¹¹⁸ e morte súbita) podem ocorrer devido à desnutrição. Os transtornos alimentares aliados com outros quadros psiquiátricos é comumente frequente, tais como os transtornos de humor, de ansiedade e/ou transtornos de personalidade. A união desses sintomas com os da condição básica complicam a evolução clínica.

¹¹⁴ O sistema endócrino exerce uma ação reguladora em outros órgãos ou regiões do corpo. Em geral regulando o crescimento, o desenvolvimento, a reprodução e as funções de muitos tecidos, bem como os processos metabólicos do organismo. (Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_end%C3%B3crino) Acesso em 03/08/2012

¹¹⁵ A Osteoporose é uma doença óssea metabólica., definida como "diminuição absoluta da quantidade de osso e desestruturação da sua microarquitetura levando a um estado de fragilidade em que podem ocorrer fraturas após traumas mínimos" (Disponível em <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?312>) Acesso em 17/10/10

¹¹⁶ "O abuso crônico de laxantes ou diarreia e vômitos severos podem levar a distúrbios eletrólíticos graves, em associação com desidratação (distúrbio hidroeletrólítico). Portadores de bulimia ou anorexia têm maior risco de desenvolvimento de desequilíbrios eletrólíticos". (Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Dist%C3%BArbio_eletr%C3%ADtico) Acesso em 17/10/10

¹¹⁷ A "hipocalemia pode resultar de redistribuição do potássio do compartimento extracelular para o intracelular, deficiência dietética, perdas renais e extrarenais. Na avaliação do paciente [bulímico] com hipocalemia, história e exame físico cuidadosos podem diagnosticar causas como efeitos de medicamentos" (abuso de laxantes e/ou diuréticos) e vômitos excessivos. E como consequência, fraqueza muscular, fadiga, entre outros. (Disponível em <http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/eletro2.html>) Acesso em 05/08/12

¹¹⁸ A arritmia cardíaca é o nome genérico de diversas perturbações que alteram a frequência ou o ritmo dos batimentos cardíacos. (Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Arritmia>) Acesso em 17/10/10

VIII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Distúrbios alimentares que não se enquadram em algum critério específico

Pode-se estabelecer como patologia somática aquelas que causam perda de peso, incluindo distúrbios gastrointestinais, doenças endócrinas e neurológicas, além daquelas que causam distúrbios alimentares como a depressão (MARIN, 2002).

Cerca de um terço (1/3) dos pacientes que procuram tratamento possuem sintomas parecidos com a anorexia e/ou a bulimia nervosa, não apresentando, porém, totalmente os critérios para se definir claramente que tipo de patologia pode ser classificada (por exemplo, mulheres que apresentam todos os sintomas para anorexia nervosa, mas não pesam abaixo do limite para este diagnóstico, ou, apresentam ciclos menstruais regulares; mulheres que apresentam todos os sintomas de bulimia mas não comem compulsivamente, ou não usam métodos inadequados para perder peso - vômito, uso de laxantes e diuréticos, ou não há ocorrência desses episódios pelo menos 2 vezes por semana, ou ainda não duram três meses). Há ainda outras características como a de cuspir e mastigar repetidamente grandes quantidades de comida, sem, no entanto, engolirem. Esses quadros parciais são cinco vezes mais frequentes que as síndromes completas. No entanto, autores como Dancyger e Garfinkel (1995, apud (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000) acompanharam esses quadros parciais e perceberam que 50% destes evoluíram para os quadros completos, significando, assim, um diagnóstico precoce.

IX. FORMAS DE TRATAMENTO

Os terapeutas tentam demonstrar que as desordens alimentares são uma consequência inevitável de uma sociedade que deprecia os valores das mulheres com o objetivo de diminuir a capacidade intelectual destas em várias áreas de conquista no passado e no presente. Beren e Chrysler (1990, apud BEHAR et al, 2001) sugerem que o tratamento mais adequado para a anorexia nervosa deve incluir uma terapia com profissional do sexo feminino, com o objetivo de aumentar as influências culturais que moldam o hábito e os transtornos alimentares, além de reconhecer a importância da autoestima, do autocontrole e

da resistência dessas pacientes. [Talvez a figura feminina tenha o intuito de ser um “espelho”, uma referência].

Outra medida pode ser o incentivo que profissionais podem oferecer às pré-adolescentes e adolescentes no sentido de fazê-los resistir aos apelos à pressão social para padrões que não correspondem à realidade, e orientá-los sobre as vantagens de uma boa nutrição, conformação com a realidade de sua imagem, aumentar a autoestima, as relações interpessoais e capacidade de superar os obstáculos da vida cotidiana.

Vários profissionais concordam que essas pacientes precisam de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, como um médico, um nutricionista, um psicólogo e um psiquiatra e um musicoterapeuta, além de estabelecer com estes uma relação de confiança. Deve-se negociar um programa que ajude a paciente a manter sua saúde. As pacientes adolescentes precisam de grande apoio dos pais.

As terapias que mais têm sido indicadas para este tipo de transtorno são a Terapia cognitivo-comportamental, a terapia de família, a psicoterapia e as terapias expressivas, que envolvem arteterapia, teatro, dança e musicoterapia. Seja qual for a abordagem, ela deve focar as necessidades individuais do sujeito, orientadas pelos sintomas das desordens alimentares.

X. POSSÍVEIS INTERVENÇÕES EM MUSICOTERAPIA

A abordagem musicoterápica se caracteriza por possibilitar a expressão livre do paciente, sem juízo de valor, utilizando diversas experiências musicoterápicas. Os trabalhos já realizados em outros países dão conta de que as técnicas de composição e de improvisação musical têm sido as mais eficazes para orientar o paciente ao atendimento de suas necessidades.

A distorção da imagem corporal, da necessidade de controle e de aceitação, acabam por estabelecer os objetivos do trabalho, focalizando tanto a mente quanto o corpo, e direcionando as energias produtivas para a música, ao invés de direcioná-las para a comida, a ingesta de calorias, o peso.

Um ambiente de confiança estabelecido na relação com o musicoterapeuta pode ajudar a construir as bases da segurança necessária para que o paciente possa se defrontar com seus sentimentos e emoções, com a sua identidade perdida, e expressá-las através de sons, ritmos, palavras, improvisando com voz e instrumentos e escrevendo canções, ao perceber o respeito do musicoterapeuta e aceitação de suas produções, sem julgamento.

A expressão orientada pela música parece, em muitos casos, reduzir a resistência do paciente para negar ou romper [com sua] emoção (...) Ela ajuda esta emoção a ser experienciada simbolicamente em som ou movimento e [de uma forma] menos dolorosa (PRIESTLY, 1994, p.7 apud EDELMAN, 2009).¹¹⁹

Desta forma, através da exploração sonora, pode haver um maior contato com sentimentos reprimidos ou não claramente nomeados, permitindo ao paciente, ao seu tempo, se aprofundar num processo de redescoberta de sua identidade, e das questões relacionadas à imagem corporal e à autoestima que, por conta da anorexia, acabam causando depressão e isolamento.

Heiderscheit (2008) cita vários autores cujas intervenções musicoterápicas possibilitaram aos seus pacientes a exploração dessas questões, além de desenvolver uma maior consciência a respeito dos rígidos padrões de controle impostos pelo transtorno alimentar, diminuindo o estresse, a ansiedade e o manejo do desconforto físico substituindo-os, ao longo do processo da musicoterapia, em momentos de prazer por fazer música junto com o terapeuta. Parente (1989, apud HEIDERSCHEIT, 2008, p.277) sugere que “este ato de expressão musical serve como uma ponte entre a mente consciente e a expressão [de] sentimentos”.¹²⁰

As improvisações livres ou orientadas podem ajudar a aumentar o prazer, a sentir-se contente consigo mesmo e não culpado, sem a necessidade de aceitação e elogios de terceiros e sem precisar chamar atenção especialmente para si ou se colocar em destaque (BAUER, S., 2010).

¹¹⁹ “the guided expression of the music seems, in many cases, to reduce the patient’s resistance to denied or split off emotion as it can lower the threshold of consciousness. It allows this emotion to be experienced symbolically in sound or movement and therefore a little less painfully. (PRIESTLY, 1994, pp.7 apud EDELMAN, 2009).

¹²⁰ “this act of musical expression serves as a bridge between the conscious mind and the expression of (...) feelings” (PARENTE, 1989, apud HEIDERSCHEIT, 2008, p.277)

XI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção dos serviços de saúde no Brasil ainda deixam muito a desejar, como apontam Moya e colaboradores (2005): faltam unidades públicas especializadas para o tratamento de crianças e adolescentes em Transtornos Alimentares e estudos epidemiológicos.

As poucas medidas a serem tomadas com relação aos Transtornos Alimentares na infância e adolescência são todas validadas a partir de documentos em língua inglesa; a maior parte delas são apenas mais um componente que abrange as medidas de diagnóstico de transtornos psiquiátricos nesta faixa etária. O DWABA – sigla em inglês para designar Sessão dos Transtornos Alimentares do Desenvolvimento e Bem –Estar: Desenvolvimento e Valiação consta de uma série de questionários, entrevistas e técnicas de avaliação criados para gerar tanto o CID-10 como o FSM-IV de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes, originalmente criado para ser usado em uma pesquisa britânica. “Posteriormente, o DAWBA também foi validado no Brasil, num estudo epidemiológico de grandes dimensões realizado em grande parte do município de Taubaté, no Estado de São Paulo em 2001”. (MOYA e col, 2005).

O principal objetivo da terapia para anorexia é fazer com que a paciente, de início, deixe de perder, para que depois ela possa ganhar peso. Na bulimia, o importante é manter um peso saudável, com alimentação correta e diminuição gradativa do vômito.

As mulheres devem aprender a apreciar o seu corpo e se sentirem confortáveis com isso, vê-lo como uma fonte de prazer ao invés de objetos do sofrimento e da dor e do fato de que ser magro não significa que a pessoa será mais bonita e/ou mais sexy.

Apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes para essas doenças, muitas vezes os sintomas e a demora para o início do tratamento prejudicam o diagnóstico precoce e suas complicações clínicas. E quanto mais o tratamento for adiado, pior será a resposta para este.

Em relação à musicoterapia, as intervenções objetivam a exploração de formas alternativas, diferenciadas e criativas por parte do paciente ao produzir música de estrutura variada, com segurança para efetuar variações e/ou mudanças rítmicas e melódicas, experimentando as

possibilidades de mudanças na vida pessoal e a aceitação de uma nova imagem corporal, controlando sintomas e encontrando respostas para as situações que causaram esses transtornos alimentares. Ganhando maior estabilidade emocional, vencendo a ansiedade e a depressão, a musicoterapia pode contribuir para a melhor qualidade de vida e mudanças significativas na recuperação dos pacientes que enfrentam quadros de anorexia e de bulimia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACROCIA NOSE. Wikipédia, a Enciclopédia Livre. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Acrocianose> Último acesso em 03/08/2012
- AGENTES ANOREXÍGENOS Disponível em <http://intradermoterapia.tripod.com/obesidade.html> Último acesso em 03/08/2012
- ALTERAÇÃO ENDÓCRINA. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_end%C3%B3crino Último acesso em 17/10/10
- APPOLINARIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M. Transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2000, vol.22, suppl.2, pp. 28-31 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600008&lng=en&nrm=iso . Último acesso em 03/08/2012
- ARRITMIA CARDÍACA. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Arritmia> Acesso em 03/08/2012
- ASSUMPCÃO, Carmen Leal de e CABRAL Mônica D Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Rev. Bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, 2002;24 (Supl III):29-33 Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia do Rio de Janeiro (IEDE). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13968.pdf> Último acesso em 03/08/2012
- BAUER, Susanne. Music Therapy and Eating Disorders - A Single Case Study about the Sound of Human Needs. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. 2010. Disponível em from <http://www.voices.no/mainissues/258.php> Último acesso em 18/11/10.
- BEHAR A, Rosa; DE LA BARRERA C, Mónica; MICHELOTTI C, Julio. Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 129, n. 9, sept. 2001 . disponible em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000900005&lng=es&nrm=iso Último acesso em 03/08/2012
- BRADICARDIA. Wikipédia, a Enciclopédia Livre. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Bradicardia> Último acesso em 03/08/2012

CORDAS, Táki Athanássios. Anorexia e Bulimia. Entrevista. *Blog Drauzio Varella*. Disponível em <http://www.drauziovarella.com.br/ExibirConteudo/640/anorexia-nervosa-e-bulimia> Último acesso em 03/08/2012.

CORDAS, Táki Athanássios; CLAUDINO, Angélica de Medeiros. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700002&lng=en&nrm=iso Último acesso em 03/08/2012

DISTÚRBIO HIDROELETROLÍTICO. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Dist%C3%BArbio_eletrol%C3%ADtico Último acesso em 03/08/2012

EDELMAN, Naomi. A Response to "Dangerous Liaisons" [Contribution to Moderated Discussions] *Voices: A World Forum for Music Therapy*. 2009. Disponível em http://www.voices.no/discussions/discm62_01.html Último acesso em 20/11/10

ENEMA. Disponível em <http://www.dicio.com.br/enema/> Último acesso em 03/08/2012

FERNANDES, Lara, 2010. Gordinhas inspiradoras (Disponível em http://1.bp.blogspot.com/_dXAMx55cdqU/S7eIWivRF2I/AAAAAAAAA4U/_x63NAH2sL4/s1600/VENUS+RUSSA.jpg). Último acesso em 03/08/2012

HEIDERSCHEIT, Annie. Research and Clinical Aspects of Music Therapy in Eating Disorder Treatment. *Anais do XII Congresso Munsial de Musicoterapia*. Librería Akadia Editorial. Buenos Aires, Argentina, 2008, pp. 275-279.

HIPOCALEMIA. Disponível em <http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/eletro2.html>) Último acesso em 03/08/2012

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA. Wikipédia, a Enciclopédia Livre. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Hipotens%C3%A3o_postural Último acesso em 03/08/2012

JUCHEN Sandra Trevisani. *Produção Didático-Pedagógica: Objeto de Aprendizagem Colaborativo- OAC Sensibilização de alunos para uma alimentação saudável*. Secretaria de Estado da Educação, Paraná. 2008 Disponível em <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2363-6.pdf?PHPSESSID=2010012708223041> Último acesso em 03/08/2012

LEUCOPENIA. Wikipédia, a Enciclopédia Livre. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Leucopenia>). Último acesso em 03/08/2010

MARIN B., Verónica. Trastornos de la Conducta Alimentaria en Escolares y Adolescentes. *Rev. chil. nutr.* [online]. 2002, vol.29, n.2, pp. 86-91. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000200002&lng=es&nrm=iso Último acesso em 03/08/2012

MOYÁ, Tatiana; FLEITLICH-BILYK, Bacy; GOODMAN, Robert; NOGUEIRA, Chamelet Fabiana; FOCCHI, Patrícia Souza; NICOLETTI, Manoela; PINZON, Vanessa; ATHANASSIOS, Táki Cordás; NETO, Francisco Lotufo . A Seção de Transtornos Alimentares do Development and Well-Being Assessment (DAWBA): desenvolvimento e validação. **Rev. Bras. Psiquiatr.** Vol.27 no.1 São Paulo março 2005 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462005000100008&script=sci_arttext Último acesso em 03/08/2012

NIEMEYER, Fernanda; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Constituindo Sujeitos Anoréxicos: Discursos da Revista Capricho. *Texto e Contexto Enfermagem*, julho-setembro, ano/vol.17, n.003. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Pp.457-465. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71417308.pdf> Último acesso em 03/08/2012

OSTEOPOROSE. Disponível em <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?312> Último acesso em 03/08/2012

RIO, Cláudio. A Recusa da Mulher: Anorexia na Estrutura Histórica. O Portal dos Psicólogos. Portugal, 2008. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0420.pdf> Último acesso em 03/08/2012

SILVA, Geane de Jesus. Bullying: quando a escola não é um paraíso. *Jornal Mundo Jovem*, edição nº 364, mar/2006, pp.2-3. Disponível em <http://www.pucrs.br/mj/bullying.php> Último acesso em 03/08/2012

WEINBERG Cybelle, CORDÁS Táki Athanássios. *Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa*. São Paulo. Ed. Annablume, 2006. Disponível em http://books.google.com.br/books?id=HrmZX4DuLToC&pg=PA80&lpg=PA80&dq=Melanie+Klein+e+anorexia&source=bl&ots=Nqge5hm08K&sig=k3MD_04JVJjNmZOeWJKmMii5IDg&hl=pt-BR&ei=ImHkTLGqE4H68AbGnpShDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CDUQ6AEwBA#v=onepage&q=Melanie%20Klein%20e%20anorexia&f=false Último acesso em 03/08/2012

MUSICOTERAPIA E PSICOLOGIA: A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO AO LUTO ANTECIPATÓRIO

Elisabeth Martins Petersen¹²¹.

Janete Alves Araujo¹²²

Resumo

O termo “Luto Antecipatório” foi utilizado pela primeira vez por Lindermann (1944) observando experiência de esposas de soldados que iam para a guerra. Pacientes terminais sob o estigma da “sentença de morte” enfrentam vulnerabilidades reais no contato com sua finitude e rompimento dos vínculos. O luto antecipatório é um fenômeno adaptativo que possibilita preparação cognitiva e emocional para a despedida e a morte (FONSECA, 2004); a família que tem facilidade de expressão de sentimentos terá uma melhor adaptação. Um suporte a paciente e família, por equipe interdisciplinar envolvendo Psicologia e Musicoterapia, é importante para ultrapassar esse período positivamente. A psicologia busca favorecer a percepção da perda, facilitando a expressão das emoções. A musicoterapia auxilia na adaptação à ausência futura e as perdas, abrindo novos canais de comunicação em espaço seguro. A música penetra nos domínios cognitivo e afetivo e evoca memórias singulares possibilitando a projeção do futuro e ajudando a ‘dizer adeus’. Compartilhando as “suas músicas”, paciente e familiares podem refletir sobre as realizações da existência, encontrar conforto e serenidade na vivência das perdas (BRIGHT, 2000; DILEO & PARKER, 2005, MAGILL, 2005), re-encontrar sentido de completude e da continuidade da vida após a morte. Revisão bibliográfica e situações clínicas vivenciadas apóiam essas reflexões.

Palavras chaves: Luto antecipatório, finitude, Psicologia; Musicoterapia.

Abstract

The term "anticipatory grief" was first used by Lindemann (1944) experience of watching wives of soldiers who went to war. Terminally ill patients under the stigma of "death sentence" face vulnerabilities in real contact with their finiteness and rupture of the bonds. The anticipatory grief is a phenomenon that enables adaptive cognitive and emotional preparation for the farewell and death (FONSECA, 2004), the family that has ease of expression of feelings have a better adaptation. A patient and family support, by an interdisciplinary team involving psychology and music therapy, it is important to overcome this period positively. Psychology seeks to promote the perception of loss, facilitating the expression of emotions. Music therapy helps in adapting to the future and no losses, opening new channels of communication in safe space. The music penetrates in the cognitive and affective and evokes memories allowing the natural projection of the future and helping to 'say goodbye'. Sharing "their music", patient and family can reflect on the

¹²¹ Bacharel em Musicoterapia e Piano (Conservatório Brasileiro de Música-CBM-CEU). Especialização em Psico-oncologia (Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais). Capacitação em Cuidados Paliativos (CEPUERJ-UERJ). Áreas de atuação: Cuidados Paliativos (Hospital Universitário Pedro Ernesto), Gerontologia e Neurologia (domiciliar), Saúde Mental (Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco). E-mail: bethpet2@yahoo.com.br

¹²² Bacharel em Psicologia, Especialização em Psicologia Médica. Capacitação em Cuidados Paliativos (CEPUERJ-UERJ). Área de atuação: CTI Geral e Cuidados Paliativos - Instituição: Hospital Universitário Pedro Ernesto E-mail: netteallves@hotmail.com

achievements of existence, find comfort and serenity in the experience of loss (BRIGHT, 2000, DILEO & PARKER, 2005, MAGILL, 2005), re-found sense of completeness and continuity of life after death. Literature review and clinical situations experienced support these reflections.

Keywords: Grief anticipatory, finiteness, psychology, music therapy.

O Luto Antecipatório trata-se de uma fase onde se fica no fio da navalha, pois, por um lado, temos que nos preparar para a morte que se avizinha e, por outro, precisamos dedicar todo o nosso amor, atenção e carinho ao paciente em fase terminal. (FONSECA 2004, p.97)

Introdução:

Doenças ameaçadoras à vida ou de prognóstico reservado acarretam transformações na vida de pacientes e familiares, acompanhadas de perdas multidimensionais – concretas ou simbólicas: perda da saúde, de segurança, de controle, de poder, das funções físicas, da imagem corporal (decorrente dos tratamentos invasivos e/ou mutilações), das habilidades e capacidades, dos papéis sociais, da independência, da autoestima, do convívio com as pessoas amadas e amigos, de *status* financeiro decorrente do afastamento de trabalho e do curso prolongado da doença, de perspectivas de futuro e da própria vida que vai chegando ao fim (FONSECA, 2004; FRANCO, 2008b).

Familiares e cuidadores vivem, ainda, a perda de uma até então aparente estrutura equilibrada de vida, ocasionada pelos cuidados direcionados ao paciente, em função da maior dependência no processo de adoecimento: o cuidado pessoal é deixado de lado e novas funções precisam ser assumidas, acarretando, comumente, grande sobrecarga física e emocional para familiares e cuidadores, além da perspectiva da morte.

A experiência dessas perdas antecipadas, desse enlutamento que ocorre “antes da morte concreta” (KOVÁCS, 2008, p.394) constitui o processo de luto antecipatório, que se inicia com o diagnóstico, acompanha todas as fases do adoecimento e se intensifica nos estágios mais avançados, quando as possibilidades de cura se esgotam e a morte se anuncia. Possibilita, dessa forma, uma elaboração do luto, a partir do processo de adoecimento.

O termo LUTO ANTECIPATÓRIO foi cunhado por Erich Lindemann em 1944, significando o luto ou enlutamento que “envolve a preparação simbólica para a perda de uma pessoa amada” tal como observou ao acompanhar esposas de soldados que iam para a

2ª Guerra Mundial, embora não assegurasse completa preparação para “uma súbita notícia de morte” (LINDEMANN, 1944, apud HENDRICKS & BYERS, 2006, p.343).¹²³

A aplicação do termo se estendeu, posteriormente, a outras situações de crise vividas pelos indivíduos, como o diagnóstico de doenças ameaçadoras à vida, de tratamentos invasivos e prolongados; provocam estresse em toda a rede familiar, que necessita encontrar formas de enfrentamento para lidar com a situação. Ruth Bright (2006) considera que ocorre uma perda de controle sobre a vida como um todo, um desempoderamento numa etapa de adaptação à realidade inexorável da finitude. A incerteza quanto ao futuro e a dependência geram no paciente preocupações quanto às condições de sobrevivência dos familiares após a morte.

Para os familiares, todas as perdas que acompanham a doença do paciente trazem muito sofrimento e podem perturbar psiquicamente tanto quanto a morte real (CAMPOS, 2009). Há uma ambivalência de sentimentos, de investimento no acompanhamento do paciente, e, em outras situações, de desejos ocultos de que o sofrimento termine, gerando culpas (BROMBERG, 2000, apud SCHNEIDER, 2004).

Entre os autores que pesquisam o assunto, Therese Rando considera que viver essa fase antecipada “permite absorver a realidade da perda gradualmente, ao longo do tempo; resolver questões pendentes com a pessoa doente (...); iniciar mudanças de concepção sobre vida e identidade; fazer planos para o futuro” (RANDO, 1986, apud FRANCO, 2008b, p.402). É um processo singular a cada indivíduo, sejam pacientes ou familiares, e poderá ser menos ou mais complicado dependendo de determinados fatores que influem diretamente para isso.

As intervenções no luto antecipatório buscam identificar as necessidades para uma atuação mais direcionada ao fortalecimento dos vínculos afetivos, ao aprofundamento e clarificação da dinâmica familiar, aos mecanismos de adaptação dos cuidadores às demandas de cuidado crescente, e possibilitar o “luto da perda de sonhos e esperanças

¹²³ “ ‘anticipatory grief’ involves the symbolic preparation for the loss of a loved one (e.g., such as the soldier going off to war). (...) there is no assurance that anticipatory grief will prepare someone for ‘... a sudden death notice’ (...).” (HENDRICKS & BYERS, 2006, p.343). Tradução livre. Disponível em http://books.google.com.br/books?id=73cW3DfPvSsC&pg=PA343&lpg=PA343&dq=Eric+Lindemann+-+anticipatory+grief&source=bl&ots=Zdc2StaWbp&sig=COs5yh9VSdDvSanlP83jNV_Ied4&hl=pt-BR&as=X&ei=uzs6UIjLJYH50gHXgoDQBw&ved=0CEMQ6AEwAw#v=onepage&q=Eric%20Lindemann%20-%20anticipatory%20grief&f=false

futuras, explorando opções de experiências positivas alternativas” (ROLLAND, 1998, p.167).

Lisboa e Crepaldi (2003) entrevistaram familiares de pacientes em processo de terminalidade que relataram o acompanhamento da evolução de doença por tempo prolongado como um ritual - uma forma de estreitar os laços afetivos, de melhor aceitar a morte e de se despedir. Funcionam como “tarefas de adaptação para a família da pessoa que está morrendo (...) uma maneira de ir ‘fechando’ a relação, de se despedir aos poucos, (...) diminuir a sensação de impotência [e] trazer a sensação (...) missão cumprida” (LISBOA & CREPALDI, 2003, p.101-2). No entanto, as famílias cuja história apresenta dificuldades de aceitação, mágoas, situações conflituosas não elaboradas, falta de recursos econômicos e sociais, terão mais dificuldades de se adaptar à situação do acompanhamento do paciente no agravamento de seu quadro de saúde e de elaboração do luto.

O apoio psicológico no processo do luto antecipatório é fundamental para minimizar a angústia e ansiedade dos familiares, criando um espaço de acolhimento às dores, às perdas, e oferecendo uma escuta ativa à expressão desses sentimentos. A sobrecarga do cuidado e do sofrimento, e a hospitalização do paciente podem se constituir fatores para um luto mal elaborado ou complicado (KOVÁCS, 2003, apud GENEZINI & RUSSO, 2009)

O Luto Antecipatório, no entanto, não substitui o Luto pós-morte, quando familiares terão novas necessidades a serem abordadas: a aceitação da realidade sem a presença da pessoa que morreu, a reestruturação emocional, a continuidade da vida com outras perspectivas, a busca de um significado para a morte (CAMPOS, 2009, FRANCO, 2008a).

A essência do cuidado neste contexto único pode, pois, ser sintetizada na filosofia dos Cuidados Paliativos, termo originado do latim *pallium*, que significa "manto": que ‘cobre’ e acolhe o paciente portador de doença crônico-degenerativa, procurando aliviar a dor, os sintomas e o sofrimento decorrentes desse enfrentamento (PESSINI & BERTACHINI, 2004). Como prática, a Medicina Paliativa objetiva o cuidado de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, priorizando a pessoa doente e seu contexto, mais que a doença da pessoa. Privilegia os princípios da bioética que dizem respeito à beneficência e à não-maleficência, não adiando nem prolongando a vida, nem exercendo uma obstinação terapêutica.

A abordagem em Cuidados Paliativos pressupõe uma visão humanista, pautada no alívio do sofrimento biopsicossocial e espiritual; num “entorno de delicadezas, atravessado pela cultura, espiritualidade, costumes, valores e crenças a respeito da morte” (SEKI & GALHEIGO, 2010), considerando como unidade de cuidado o paciente e seus familiares e cuidadores, durante o processo de tratamento, incluindo o luto.

As fases do processo de morrer que Elizabeth Kübler-Ross (2002) definiu no trabalho com pacientes na terminalidade (negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação), são também vividas no processo de Luto, da perspectiva do paciente e, por extensão, também pelos familiares.

Nesse contexto, Musicoterapia e Psicologia, em conjunto, podem proporcionar cuidado, presença afetiva e efetiva, conforto emocional e espiritual, estímulo ao resgate de histórias de vida e do legado de realizações, expressos através de narrativas e canções, no enfrentamento da terminalidade, do luto antecipatório e dos rituais de despedida.

Metodologia:

Foi realizada pesquisa bibliográfica para análise e estudo do tema em publicações especializadas na abordagem do luto, do luto antecipatório, de intervenções psicológicas a pessoas em processo de enlutamento. No campo da musicoterapia, o foco direcionou-se aos Cuidados Paliativos e intervenções musicoterápicas com pacientes em estágios avançados de doenças ameaçadoras à vida e relacionadas à abordagem dos aspectos do luto antecipatório. Foram também utilizados os relatórios e observações de atendimentos clínicos realizados a pacientes e familiares/cuidadores no período de maio de 2011 a julho de 2012, no Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE-UERJ), onde os autores exercem sua prática clínica em equipe interdisciplinar.

Musicoterapia e cuidado nos processos de saúde

Ao longo da existência humana a música tem estado relacionada a diversas atividades e eventos da vida; para cada indivíduo em particular, diferentes associações remetem a lembranças singulares, evocando sentimentos e emoções vivenciados em contextos os mais distintos. A música acompanha a vida, e pode ajudar a enfrentar a doença e expressar a dor do morrer; traz o passado para o presente e projeta perspectivas de futuro.

A principal função da música, segundo Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001, p.79) relaciona-se à “necessidade humana de expressar seu mundo interno, subjetivo, onde as emoções têm nuances movimentos que estão à margem de uma descrição discursiva”. A música exerce influência sobre o ser humano em sua integralidade – biopsicossocial e espiritualmente.

Em musicoterapia, um dos objetivos de sua atuação junto ao paciente é de promover melhor qualidade de vida; a música possibilita o fortalecimento da consciência emocional, empodera e desperta habilidades de ação/comando, promove um senso de pertencimento e vinculações interpessoais e transcendentais, e dá significado e coerência à vida (RUUD, 1998). Para o autor, todos esses aspectos contribuem para conectar música, identidade e saúde, considerando-se esta última “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, [mas] o estado de completo bem-estar físico, mental e social”¹²⁴, como definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

“A música pode restaurar a identidade que precedia a doença. Há uma saúde para a música, uma vida para a música” (SACKS, 1995, p.41, apud ROSKAM & REUER, 1999, p.143). Borchgrevink (1991) considera, ainda, que a música “deve ser considerada um meio de comunicação [não-verbal], e, como na maioria das manifestações artísticas, as emoções, (...) podem ser expressadas frequentemente de forma mais direta do que através do código verbal ...” (p. 57). Dizer musicalmente, cantando ou tocando, parece menos ameaçador para o paciente, e, ao mesmo tempo, resgata uma potência de criação, de se colocar no comando do fazer musical, percebendo-se produtivo, sendo valorizado e ouvido sem julgamento quanto aos valores estéticos.

Na dinâmica musicoterápica, o processo de abordagem dos aspectos relacionados às perdas e ao luto antecipatório pode se intensificar ou ser facilitado por intermédio das intervenções musicoterápicas, ajudando a criar uma atmosfera de confiança para a livre expressão de sentimentos, a reflexão e o discernimento ampliados da situação vivenciada na terminalidade (BRIGHT, 2006). A música pode ser recriada, parodiada ou improvisada, escolhida e lembrada pelo paciente ou pelos familiares. Em algumas situações, ela parte do

¹²⁴ Definition of health: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO – World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/en/> Acesso em 06/08/2012)

musicoterapeuta, objetivando ajudar a clarificar o que o paciente está vivendo, mas não consegue expressar - verbal nem musicalmente.

Para tanto, a música viva e a relação terapêutica inter-ativa (BARCELLOS, 1992) nos atendimentos musicoterápicos permitem ao musicoterapeuta alterar os elementos da música de acordo com as necessidades dos pacientes: mudanças de tonalidades e de modos, alteração do andamento, utilização de esquemas harmônicas do mais simples ao mais elaborado ou criando pontos de tensão, o prolongamento de pausas ou inclusão de fermatas, variações melódicas, e de formas diversas de utilizar os recursos dos instrumentos no acompanhamento rítmico.

A voz e o violão, associados culturalmente a experiências do cotidiano das pessoas criam um ambiente sonoro de acolhimento, intimidade e aproximação; trazem vida e saúde ao contexto do enfrentamento da terminalidade – unindo passado, presente e futuro – validando o vivido, legitimando o aqui-e-agora e apoiando a preparação para as despedidas do viver.

A Psicologia e a Musicoterapia ajudando a dizer adeus

O trabalho em Cuidados Paliativos exige uma abordagem ao paciente e familiares por equipe multiprofissional, onde se inserem médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e musicoterapeutas. As necessidades biopsicossociais e espirituais dos pacientes demandam uma prática interdisciplinar que vem se construindo, de forma a melhor responder aos objetivos de promover qualidade de vida até os últimos dias. Não raro, os atendimentos são conjuntos, envolvendo diferentes profissionais que complementam suas especificidades de saberes, na busca de mais eficazes alternativas na abordagem biopsicossocial do paciente e familiares.

No Núcleo de Cuidados Paliativos do HUPE, os pacientes em estágio avançado de doenças limitadoras da vida (em sua quase totalidade, portadores de câncer)¹²⁵ são atendidos em unidade ambulatorial, em consultas que variam em periodicidade conforme a progressão da doença e o estado geral do paciente. O foco não se concentra apenas no controle da dor e alívio de sintomas decorrentes da doença, mas abrange o sofrimento

¹²⁵ Em levantamento estatístico do ano de 2011, 99,1% dos pacientes eram portadores de neoplasia maligna.

psicossocial e espiritual do adoecimento e terminalidade. Paciente e familiares/cuidadores constituem a unidade-foco de cuidado e acolhimento por toda a equipe. E o luto antecipatório torna-se uma experiência mais intensamente vivida.

As abordagens interdisciplinares da Psicologia e da Musicoterapia, muitas vezes em conjunto, objetivam, desse modo, possibilitar ao paciente e familiares a expressão da angústia de separação, dos sentimentos vivenciados com a aproximação da morte (aceitação ou não, medos, anseios), do rompimento futuro dos vínculos, além de focalizar possíveis decisões a serem tomadas e auxiliar nas despedidas.

Canções – recriadas ou improvisadas, Narrativas e Reflexões permeiam o dizer adeus. A voz que canta cria pontes que conectam corpo e mente, pensamento e sentimento (AUSTIN, 1998), um indivíduo ao outro, o ser em transcendência e o Sagrado. Ao cantar ou ouvir a música solicitada, o paciente pode expressar musicalmente o que é verbalmente indizível, e favorecer a legitimação do sofrimento, a reflexão sobre as realizações em sua trajetória, pelo próprio paciente ou intermediado pelo psicólogo e musicoterapeuta e a lembrança de eventos compartilhados em conjunto com familiares: são momentos de maior companheirismo, descontração, comoção, solidariedade (MAGILL, 2005).

*“Eu já sonhei com a vida, agora vivo um sonho
Mas viver ou sonhar com você, tanto faz
(...)
Mas tem que ser assim, pra ser de coração,
Não diga não precisa, ah, ah, ah”*¹²⁶

A aceitação da impossibilidade de alteração no curso do avanço da doença em direção à terminalidade é um dos comportamentos mais difíceis de serem vivenciados por alguns familiares, no processo do Luto Antecipatório. A esperança na intervenção do Divino ajuda-os a manter um controle relativo da situação no sentido de proteger o paciente; há uma superposição das fases da negação e da barganha (KÜBLER-ROSS, 2002), embora o paciente possa estar bem consciente da aproximação da partida, aceitando-a como etapa final de sua existência.

¹²⁶ “Não Precisa” – música de Paula Fernandes, escolhida e cantada em todos os atendimentos pelo paciente G (42 anos – câncer de intestino), até o dia de sua morte.

*“Mestre, não há outro que possa fazer
Aquilo que só o Teu nome tem todo poder
Eu preciso tanto de um milagre”¹²⁷*

A presença considerável de músicas de cunho religioso¹²⁸ confirma o pensamento de Hinton (1967, apud BRIGHT, 2006) e de Lima (2002) de que as crenças religiosas sobre as expectativas da vida para além da morte podem trazer conforto e possibilitar o compartilhamento de sentimentos de fé e confiança entre pacientes, familiares, amigos e cuidadores nos momentos finais da vida. Quanto mais próximo da morte, mais frequente se torna a solicitação desse gênero musical, podendo representar a 5ª etapa do processo de morrer, apontada por Kübler-Ross (2002) - a aceitação.

*“Eu quero cantar com você esta nossa canção
E enquanto cantamos segure a mão do seu irmão
E dá glória a Deus
Levante as mãos para o alto
E peça pra Deus derrama poder
Que coisas maravilhosas vão acontecer”¹²⁹*

As despedidas, ou os últimos atendimentos que antecedem a morte do paciente, caracterizam-se por declarações de amor por parte de familiares e de preparação para o momento da real separação. Costumam ser momentos de muita comoção, de muita mobilização, de muita beleza e entrega (DILEO, PARKER, 2005).

*“Eu tenho tanto pra te falar,
Mas com palavras não sei dizer
Como é grande o meu amor por você”¹³⁰*

Elementos do discurso do paciente podem também ser introduzidos em improvisações musicais conduzidas pelo musicoterapeuta, complementando a abordagem da Psicologia, buscando estabelecer um diálogo musical com o paciente, de modo que sua

¹²⁷ “Ressuscita-me” – música de Anderson Freire, cantada por L. (25 anos), nora da paciente C (45 a – câncer de mama metastático), reafirmando a esperança da cura.

¹²⁸ Música Religiosa é “aquela que pode possibilitar a expressão de conteúdos internos, relacionados à fé, esperança, cura, vitória, espiritualidade, independente da música ser originária de uma religião ou de alguma igreja” (LIMA, 2002, p.21)

¹²⁹ “Nossa Canção” – música de Shirley Carvalhaes, cantada por F (8 anos), filha do paciente L (40 anos – câncer de laringe), nas últimas semanas de vida do mesmo.

¹³⁰ “Como é Grande o Meu Amor por Você” – música de Roberto Carlos e Erasmo Carlos, cantada pelos familiares da paciente MP (34 anos), portadora de Sarcoma.

voz (do paciente) expresse, cantando, os pensamentos e sentimentos relacionados com a vida aqui-agora (de dor e sofrimento) e com a instância do ‘depois que se morre’ (paz, céu).

Cena Clínica

Paciente R, 34 anos, chega para uma primeira consulta já em estágio de terminalidade, câncer de intestino avançadíssimo, edema em abdômen total e membros inferiores, caquexia, dificuldades respiratórias e dor intensa. As irmãs que o acompanhavam tinham comportamentos distintos: a primeira, pouco mais receptiva à abordagem da psicologia e à comunicação da iminência da morte; a segunda, em negação e esperançosa do milagre, fechada a qualquer aproximação para a mesma abordagem da psicologia. Ambas nutriam o pensamento de que o paciente não sabia o que estava acontecendo – a gravidade do quadro e a proximidade da morte.

Visando avaliar a condição do paciente e possíveis sinais de seu entendimento a respeito da situação que estava vivenciando, foi realizada uma abordagem musicoterápica ao paciente, utilizando apenas voz e violão. Após buscar acessar o mundo sonoro-musical do mesmo através do referencial apontado pelas irmãs (da preferência pela música *gospel*), foi-lhe oferecido o louvor “*Não Há Deus Maior*”¹³¹ (de andamento mais lento, frases curtas que possibilitavam ressoar o ritmo de respiração do paciente e estabelecer algum tipo de vínculo de confiança).

*Não há Deus maior,
Não há Deus melhor,
Não há Deus tão grande,
Como o nosso Deus!*

*Criou o céu, criou a terra
Criou o sol e as estrelas*

*Tudo Ele fez,
Tudo Criou,
Tudo formou.
Para o Seu Louvor*

¹³¹ “Não Há Deus Maior” – música da Comunidade Evangélica Lagoinha. Disponível em <http://www.vagalume.com.br/andre-valadao/nao-ha-deus-maior.html#ixzz24nvDQfbM> Acesso em 10/08/2012

Para o Seu Louvor

O paciente parecia não poder acompanhar, tão intensa era sua dispnéia; nas últimas frases, porém, onde a melodia é repetitiva e adia a resolução da tensão harmônica, R. começou a cantar, com muita dificuldade, o que foi entendido como a abertura de um canal de comunicação.

Para o Seu

Para o Seu

Para o Seu louvor.

A musicoterapeuta inicia, então, uma improvisação musical; aos poucos, o paciente vai interagindo, respondendo cantando até que toma para si a liderança; expressa sua percepção sobre a “Casa do Senhor” (sic), onde não há dor, sofrimento, brigas. Sua voz ganha mais energia e a música, a forma de um “Corinho”¹³². Cria um estribilho, que é cantado por todos os que estão no atendimento – as irmãs do paciente, a psicóloga, a médica-residente, a assistente social – e onde o paciente ‘confirma’ o que parecia indizível.

Me leva para o céu, Jesus de Nazaré

Salva, Senhor, Salva, Senhor

Estribilho: Salva, salva, salva, Senhor(bis)

(...)

Essa batalha aqui na terra

Eu vou vencer, eu já venci, ai Senhor.

Estribilho: Salva, salva, salva, Senhor(bis)

No dia seguinte, o paciente vai a óbito, em seu domicílio, cercado da família. A irmã, por contato telefônico, informa que o paciente e familiares estavam em paz e agradecidos pelo acolhimento de todos eles, pela equipe e pela música.

Considerações Finais:

Viver a antecipação da morte anunciada pelo avanço da doença é, talvez, a fase mais difícil para o paciente: o luto pela vida que se encerra, o luto de si mesmo, ainda em vida, na percepção da vertiginosa fragilização e debilidade física e psíquica. Quanto mais doloroso se torna o viver, mais pode-se perceber a incapacidade para tolerar o sofrimento impresso na experiência musical – seja com as músicas da preferência do paciente ou nas

¹³² “Corinhos são cânticos de cunho evangelístico, que se caracterizam por uma estrutura melódica simples e intuitiva, de pequena extensão, com o conteúdo [apelo emocional] e estilo extremamente fácil”. O acompanhamento do violão imprimiu um caráter mais alegre e ritmicamente marcado. A letra tem estilo poético de extrema simplicidade. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Corinhos> Acesso em 25/08/2012.

improvisações em que são inseridos os sentimentos e pensamentos do paciente, expressos nas abordagens realizadas em conjunto pela Psicologia e Musicoterapia.

Para os familiares, o luto antecipatório é uma fase de adaptação e preparação para a realidade que apresenta no futuro: a continuidade da vida sem a presença de seu ente querido, fase em que o luto será completamente vivenciado. A esperança de uma mudança de rumo na trajetória da terminalidade se expressa, principalmente, através das músicas religiosas, o que os ajuda a se manterem no controle para acompanhar e assistir o paciente nos cuidados inerentes a essa etapa.

O suporte de Psicologia e Musicoterapia proporciona aos familiares e paciente conforto, numa olhar humanista com uma presença efetiva para uma escuta ativa dos sentimentos e emoções que estes precisem expressar: medos, culpas, tristezas, preocupações, desânimo. E pode contribuir para uma aproximação da família em torno do paciente e de seu sofrimento, através do fazer musical conjunto, da utilização da linguagem verbal e não-verbal.

As despedidas, intermediadas pela música reafirmam “os laços de ligação entre as pessoas, [construídos ao longo da vida], ajudando a fazer do morrer uma experiência compartilhada” (KELLEHEAR & LEWIN, 1988-89 apud LISBOA, 2003, p.104). Ao mesmo tempo, preparam para a ruptura definitiva dos vínculos, e possibilitam revisões de vida e declarações de amor, de agradecimento, de perdão – de verdadeiro encerramento do último capítulo da vida da pessoa amada.

A música que embala o nascituro ajuda a dar segurança, o quanto possa, também ao moribundo para partir com serenidade, em paz.

Referências Bibliográficas:

AUSTIN, Diane. When the Psyche Sings: Transference and Contratransference in Improvised singing with individuals adults. In: BRUSCIA, Kenneth. (Org.) *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998. pp.315-333.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. *Cadernos de Musicoterapia* nº 2. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

BORCHGREVINK, Hans M. O cérebro por trás do potencial terapêutico da música. In: RUUD, Even (org.). *Música e saúde*. São Paulo: Summus, 1991. pp.57-86.

BRIGHT, Ruth. *Grief and Powerlessness: helping people regain control of their lives*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2006.

DILEO, Cheril; PARKER, Courtney. Final Moments: the use of song in relationship completion. In: DILEO, Cheril; LOEWY, Joanne. (Ed.) *Music Therapy at the End-of-Life*. Cherry Hill: Jeffrey Books, 2005. pp.43-56

FONSECA, João Paulo. *Luto Antecipatório*. Campinas: Livro Pleno, 2004.

FRANCO, Maria Helena Pereira. Luto em Cuidados Paliativos In: *Cuidado Paliativo / Cadernos CREMESP*. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008a. Parte 4, Cap.IV, p.559-570.

_____. Trabalho com Pessoas Enlutadas. In: CARVALHO, Vicente Augusto et al (Orgs). *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008b. pp.398-402

KOVÁCS, Maria Julia. Aproximação da Morte. In: CARVALHO, Vicente Augusto et al (Orgs). *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008. pp.388-397.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2002.

LIMA, Nivea Raquel de Carvalho. *A Música Religiosa no Tratamento Musicoterápico de Pacientes com Câncer*. Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música—Centro Universitário. Rio de Janeiro, 2002.

MAGILL, Lucanne. Music Therapy: Enhancing Spirituality at the End-of-Life. In: DILEO, Cheril; LOEWY, Joanne. (Ed.) *Music Therapy at the End-of-Life*. Cherry Hill: Jeffrey Books, 2005. pp.3-18.

MILLECO FILHO, Luiz Antonio; BRANDÃO, Maria Regina E.; MILLECCO, Ronaldo P. *É preciso Cantar - Musicoterapia, Cantos e Canções*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.

ROLLAND, John S. Ajudando Famílias com Perdas Antecipadas. In: WALSH, Froma & MCGOLDRICK, Mônica. *Morte na Família: sobrevivendo às perdas*. Trad. Claudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. pp.166-186.

ROSKAM, Kay & REUER, Barbara. A Music Therapy Wellness Model for Illness Prevention. In: DILEO, Cheryl. (org) *Music Therapy and Medicine: Theoretical and Clinical Applications*. Silver Spring: The American Music Therapy Association, Inc, 1999. pp.139-147.

RUUD, Even. *Music Therapy: Improvisation, Communication and Culture*. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.

Referências Webgráficas

CAMPOS, Christine de M. F. Uma Família que Está Vivendo um Processo de Luto Antecipatório. *Boletim Eletrônico SBPO* - Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia. Ano IV, edição 3. Abril/Maio/Junho 2009. Disponível em http://www.sbpo.org.br/newsletter/boletins/boletim_abril_maio_junho_2009/luto_antecipatorio.pdf Acesso em 06/08/2012.

GENEZINI, Débora; RUSSO, Adriana. A importância da atenção ao luto antecipatório da família frente a ausência psíquica e social do idoso com perdas físicas e cognitivas em assistência domiciliar. In: *Prata da Casa, 2: Escritas do Cotidiano de uma Equipe que Cuida*. São Paulo: Interações Domiciliares Grupo MAIS. 1ª ed. São Paulo: Oboré, 2009. p.68. Disponível em http://www.obore.com.br/utilitarios/editor2.0/UserFiles/File/05%20PRATADACASA2_COMPLETOj.pdf Acesso em 05/08/2012.

HENDRICKS, James Earnest & BYERS, Bryan. *Crisis Intervention in Criminal Justice/Social Service*. 4ª ed. Springfield: Charles C.Thomas Publishers 2006, p.343 Disponível em http://books.google.com.br/books?id=73cW3DfPvSsC&printsec=frontcover&dq=Crisis+Intervention+in+Criminal+Justice/Social+Service&source=bl&ots=Zdc3JmbT6p&sig=3_rX_yvP9Q6n8RZQaI9D6PbXEa0&hl=pt-BR&sa=X&ei=dLM6UIGgM8HX0QH9zYCQBw&ved=0CDAQ6AEwAA#v=onepage&q=Crisis%20Intervention%20in%20Criminal%20Justice%20Social%20Service&f=false Acesso em 21/08/2012

LISBOA, Márcia Lucrecia; CREPALDI, Maria Aparecida. Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 25, June 2003. PP.101-2. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2003000200009&lng=en&nrm=iso Acesso em 06/08/2012.

SCHNEIDER, Priscila. *O Enfrentamento das Fases do Processo de Adoecer de Idosos Portadores da Doença de Alzheimer pelos Familiares*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004. 173p. Disponível em <http://www.labsfac.ufsc.br/documentos/dissertacao/PriscilaSchneider.pdf> Acesso em 05/08/2012.

SEKI, Natalie Hidemi; GALHEIGO, Sandra Maria. O uso da música nos Cuidados Paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.14, n.33, June 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200004&lng=en&nrm=iso Acesso em 06/08/2012.

WHO – World Health Organization. *Definition of health*. Disponível em <http://www.who.int/en/> Acesso em 06/08/2012.

A Musicoterapia em uma Instituição de Saúde Mental: Enquadres Diferenciados

Lucas Antunes Tibúrcio¹³³

Pollyanna de Azevedo Ferrari¹³⁴

O presente trabalho relata o funcionamento da musicoterapia nos diversos setores de um hospital psiquiátrico da rede pública estadual. Inicia com um breve histórico da profissão nessa instituição. Narra o processo de implantação do projeto de musicoterapia no hospital, abarcando desde o mapeamento da demanda, a elaboração do projeto, sua implantação até o momento atual. A partir da experiência dos dois musicoterapeutas durante os cinco primeiros meses de trabalho, analisa-se o impacto, a relevância e a especificidade da musicoterapia, levando em consideração a complexidade e a peculiaridade dos diversos setores da instituição. Este trabalho pretende promover reflexão sobre os diferentes enquadres e a atuação da musicoterapia nesse cenário da saúde mental.

Palavras-chave: Musicoterapia. Saúde Mental. Enquadres.

¹³³ Especialização em Educação Musical e Licenciatura em Música em curso pelo Conservatório Brasileiro de Música. Bacharel em Musicoterapia (2009) pelo CBM-CEU. 1º Tesoureiro da AMT-RJ. Musicoterapeuta do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Atendimento em consultório. Coordenador da Comissão Científica do XVIII Fórum Estadual de Musicoterapia. Violonista do Fala Brasil.

¹³⁴ Especialista em Saúde Mental, residência pela UFRJ (2010). Bacharel em Musicoterapia (2007) pelo CBM-CEU. Presidente da AMT-RJ. Coordenadora do Coletivo Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou! Musicoterapeuta do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Atendimentos domiciliares. Integrante da Comissão Científica de eventos de musicoterapia nos últimos anos. Supervisora do Ecomuseu Negavilma. Cantora do Fala Brasil.

TEORIAS PSICOSSOCIOLÓGICAS EM MUSICOTERAPIA

Marly Chagas¹³⁵

RESUMO

O campo da Psicossociologia tem se mostrado fértil no auxílio ao pensamento em algumas importantes questões dentro da prática atual da musicoterapia. Esse ensaio teórico-conceitual propõe as questões psicossociais como àquelas que partem da integração indivíduo-sociedade, sem privilégio nem do indivíduo, nem da sociedade. Inicia-se com uma discussão breve sobre o movimento da sociedade: em um panorama contemporâneo. A seguir, integra as posições ecológicas - aquelas em que propõe o foco no estudo das interações dos seres vivos entre si e com o meio ambiente -. à Musicoterapia. Finaliza-se com uma discussão sobre os conceitos de empoderamento, participação popular, rizoma e rede. Esse trabalho pretende contribuir para o desenvolvimento da musicoterapia inserido em diversos contextos sociais, através do enriquecimento de ferramentas teóricas de reflexão e análise.

Palavras- chave: musicoterapia, teorias psicossociais; contemporaneidade.

¹³⁵ É doutora (2007) e mestre (2001) em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001). Especialista em Psico-oncologia (2001) Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (1977), em Musicoterapia - Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário (1978), em Licenciatura em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (1976). Atualmente é professora da graduação e da pós-graduação do Conservatório Brasileiro de Música-Centro Universitário (CBM-CEU). É supervisora técnica musicoterapeuta do CBM-CEU no Instituto Nacional de Câncer. Presidente do Comitê Latino Americano de Musicoterapia, presidente da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro, membro da Comissão Editorial da BAPERA Editora, membro do Conselho Editorial e parecerista da Revista Brasileira de Musicoterapia; membro do Conselho Consultivo da revista Pesquisa e Música do Conservatório Brasileiro de Música. Coordena a sessão de musicoterapia -na revista On line - Arte de Cura, . psicóloga e musicoterapeuta em clínica particular. Tem experiência na área de Artes, com ênfase em Artes, atuando principalmente nos seguintes temas: musicoterapia, contemporaneidade, oncologia, humanização e interdisciplinaridade.

O campo da Psicossociologia tem se mostrado fértil no auxílio ao pensamento de algumas importantes questões dentro da nossa prática profissional. Em primeiro lugar é necessário estabelecer que a característica deste conhecimento é o espaço da interseção entre o psicológico individual e a sociedade. Para isso, é interessante conhecermos tanto os dois elementos destes termos, isto é, indivíduo e sociedade, além das questões, inclusive musicais, surgidas ultrapassam o conhecimento de ambas os fenômenos em separado. A Abordagem Psicossocial, tal como aqui é entendida, enfoca problemas e práticas próprios deste olhar, que comumente se denomina o olhar no *entre*, e o olhar do meio do caminho.

Autores contemporâneos há muito não consideram o indivíduo como algo indiviso ou construído na interioridade. O estudo das subjetividades, sob essa perspectiva, deriva da demarcação dos limites de um eu, interior, estrutural, para o “efeito de uma função ou operação que sempre se produz na exterioridade desse eu”. (DOMENECH; TIRADO; GÓMEZ, 200, p. 122) . O sujeito, então, deixa de ser unidade-identidade, para ser concebido como “envoltura, pele, fronteira: sua interioridade transborda em contato com o exterior.” (*Idem.*, p. 122). Em musicoterapia, essa concepção não se interessa pelo mundo interior do sujeito, mas por processos que podem fazer/desfazer subjetivações. Por outro lado, tanto quanto o sujeito, o próprio conceito de social é também questionado, já que não pode ser visto como ponto de partida, estabelecido *a priori* (LATOURE, 2006). Nesse ponto de vista, podemos pensar as questões musicoterapêuticas como aquelas que partem desta integração indivíduo sociedade, sem privilégio nem do indivíduo, nem da sociedade. A abordagem psicossocial permite partir do meio para as bordas, da mistura para a purificação, do centro para os pólos indivíduo e sociedade, e, daí retornar ao centro turbulento onde vivem ambos.

Embora sejam muitas as questões conceituais deste campo, essas discussões tornaram-se urgentes com a recente inclusão do profissional musicoterapeuta no Sistema Único de Assistência Social - SUAS (BRASIL, 2011). Esse trabalho oferece alguns aspectos que nos podem enriquecer teoricamente ao atuarmos nesse campo.

A percepção do movimento da sociedade: um panorama contemporâneo

Até o século XX, nossa sociedade se movimentava ao redor de uma forma de poder disciplinar (FOUCAULT,2000): espaços organizados, esquematizados, um conhecimento hierarquizado e especializado. A disciplina tornou possível manipular, adestrar e dominar também os corpos, que se tornaram dóceis, submissos, capazes de desempenhar as funções pedidas pelos mecanismos sociais vigentes. O indivíduo não cessava de passar de um espaço fechado ao outro: família, escola, fábrica, universidade e eventualmente prisão ou hospital.

A partir da segunda metade do século XX a sociedade ocidental vem se transformando no que, primeiro Foucault (2000) e depois Deleuze e Guatarri (1995) denominaram de sociedade de controle. O confinamento da fábrica deu lugar à empresa, hoje globalizada; a escola e sua terminalidade deram lugar à necessidade imperiosa da formação permanente e, muitas vezes, a distância... O essencial ,hoje, é uma senha (DELEUZE, 1992 pp 219 - 226), que nos faz sentir potentes integrantes de um banco de dados.

Há os que acreditam que a mudança na organização social pode ser percebida pelo que acontece ao ruído. A mudança seria audível antes de ser visível (ATALI *apud* BRAUER, 2000, p 373). Nos interessa, particularmente como musicoterapeutas, a hipótese proposta por Wisnik "as sociedades existem na medida em que possam fazer música" (1989, p 30). Fazer música implica em uma série de acordos sobre a constituição de uma ordem social. Curioso observarmos o tipo de acordo que fazemos nas sonoridades de nossas músicas: tecnológicas, rápidas, com facilidades e dificuldades próprias ao nosso mundo plugado.

As posições ecológicas

Nesta maneira de nos relacionarmos, provocamos problemas e soluções. A ecologia está dentre eles. Partindo das graves ameaças que construímos para os nós mesmos ao dilapidar a natureza, a abordagem ecológica propõe o foco no estudo das interações dos seres vivos entre si e com o meio ambiente. Na medida em que nenhum organismo, sendo ele uma bactéria, uma árvore, um inseto, ou um ser humano, pode existir autonomamente sem interagir com outros ou mesmo com ambiente físico no qual ele

se encontra, os problemas da ecologia são de tal ordem complexos, que suas soluções englobam um nível de atenção interdisciplinar notável. Tal interação faz surgir uma ecologia chamada de ecologia social - o estudo dos grupos humanos em interação com o meio em que vivem, levando-se em consideração, principalmente, a dimensão cultural como organizadora da dinâmica destes grupos. As possibilidades de um desenvolvimento sustentável, isto é àquele que preserva os recursos naturais e culturais para as populações futuras, estão dentre as principais questões contemporâneas, incluindo as sonoridades dentre as matérias passíveis de sustentabilidade. Suas ações abrem para a musicoterapia a possibilidade da utilização de um modelo radical.

Bruscia chama de Musicoterapia Ecológica àquela que

a terapia ultrapassa os limites de tratamento, independente do setting, ela também se estende para além da relação cliente terapeuta para incluir diversas camadas de relação entre cliente e a comunidade e entre as comunidades. (2000 p 239).

Stige chama de Comunitária esta abordagem (2002), diferenciando-se de Bruscia no sentido da Musicoterapia Comunitária propor bases teóricas e a Musicoterapia Ecologia de Bruscia buscar situações da prática musicoterapêutica. São diferenças sutis que apontam para a importância do trabalho que se situa em um espaço diferente do *setting* clínico tradicionais. Stige propõe do trabalho com ênfase na cultura, lembrando a importância da cultura como produtora de sentidos, sentidos esses que a música e a musicoterapia podem também produzir.

Em termos metodológicos, a musicoterapia comunitária, ou ecológica, prioriza a participação do musicoterapeuta, que trabalha junto aos sujeitos na busca de explicações para os problemas colocados, no planejamento e na execução de programas de transformação da realidade vivida, na expressão de sentimentos grupais ou em qualquer tipo de participação social envolvida.

Isto significa que, para a execução do trabalho em comunidades, mais do que um profissional treinado em sua visão clínica, o musicoterapeuta precisa ser um investigador. Precisaremos partir do ponto inquietante do não saber para a descoberta de ações; participaremos deste processo aberto de investigação das realidades, que se apresentam sempre novo. Os valores envolvidos nos trabalhos de musicoterapia comunitária enfatizam,

sobretudo, a ética da solidariedade, os direitos humanos fundamentais e a busca da melhoria da qualidade de vida da população atendida.

Os trabalhos comunitários partem de um levantamento das necessidades e das carências vividas pelo grupo-cliente, sobretudo no que se refere às condições de saúde, educação e saneamento básico (CAMPOS, 1998, pp 9-15).. Em musicoterapia, por exemplo, podemos pensar em levantar às preferências musicais, a forma de integração não-verbal, a existência dos rituais comunitários, e também a forma de andamento, o ritmo. a altura musical das conversas e o repertório de memórias sonoras.

Utilizando-se igualmente dos métodos e dos processos de conscientização, a musicoterapia, trabalhando com grupos populares, poderá contribuir para que as pessoas neles envolvidas assumam seu papel de sujeitos de sua própria história, donos de suas próprias vozes e ritmos, cidadãos ativos na busca de soluções para os problemas enfrentados. (CHAGAS, 2001)

A perspectiva atual é a do aumento do campo de trabalho em musicoterapia comunitária. Por isso é necessário que nos preparemos para enfrentar mais este desafio. Precisamos compreender as teorias de grupos; incluir a psicossociologia; pesquisar as expressões musicais da comunidade, perceber os elementos musicais que têm força nos grupos e como estão sendo utilizados na condução das lideranças locais e globais.

Um exemplo de uma atuação deste tipo foi o de Elisabeth Petersen, Daysi Mouta e Luis Aragão no estágio com mães da Casa Ronald Mc Donald. Avaliando as dificuldades no relacionamento entre as mães nesse espaço de convivência -onde o foco de atenção é o acompanhamento de um processo de tratamento oncológico dos filhos - , optaram por trabalhar em um setting aberto: a CANTORIA, que consiste na re-criação de músicas por elas escolhidas em um cantar coletivo.

O objetivo principal foi propiciar o conhecimento de cada uma delas no grupo, considerando a subjetividade e suas preferências, o respeito a essas diferenças individuais e de repertórios, possibilitando a expressão dos sentimentos e um resgate de suas histórias de vida por intermédio da música.

Um outro foco foi a necessidade de reafirmação de suas identidades próprias - de mulheres que não são só 'mães de um filho com câncer', mas que têm um nome, pensamentos próprios, impulsos, afetos, sexualidade, crenças e valores espirituais, culturais e materiais, desejos, que afluíam com as canções - nas letras, na forma de cantá-las, nos relatos das lembranças que vinham associadas, nas histórias que eram por elas contadas.

Assinalamos a importância da escuta dos musicoterapeutas ao desejo manifesto desses clientes de gravação de um CD, com as canções surgidas nas sessões, fruto do investimento da elevação da auto-estima e da revalorização dos aspectos subjetivos 'adormecidos' face à situação vivida com o filho, doente, longe da família e da casa.

Paralelamente ao fazer musical foi tomando forma, então, uma idéia que ia ganhando corpo a cada semana, com a contribuição de cada uma que participava, pelo incentivo dos próprios filhos a que suas mães comparecessem.

Relatamos como se deu esse processo - que nasceu de um sonho e tornou-se realidade: a gravação de um CD. Fase por fase, foi uma geração das mães como um todo, desde a seleção do repertório - as mais significativas para elas dentre todas as que elas trouxeram para as sessões - os gêneros contemplados, os instrumentos de base, a auto-exigência de melhor cantarem para resultar uma melhor apresentação, os "ensaios", a gravação propriamente dita, a foto e o nome do CD.

Entre o início do processo musicoterápico, com as CANTORIAS, e a gravação do CD decorreram-se quatro meses, durante os quais a meta primeira foi sendo alcançada ao mesmo tempo que outras vertentes apresentaram-se, na promoção de um verdadeiro trabalho de cuidar de quem cuida.

As mães puderam reconhecer a necessidade desse tempo e espaço (sagrados) como uma possibilidade de se cuidarem, com música, para melhor cuidarem dos filhos; encontraram na estrutura rítmica, melódica e harmônica de suas músicas um novo suporte para ajudá-las no enfrentamento da doença e da distância de casa; puderam aproximar-se mais afetivamente dos filhos, participantes costumeiros nesse convívio musical; puderam ser elas mesmas - mulheres.

Essa produção concreta - sadia - restituiu a elas, de alguma forma, algo que haviam 'perdido' e é dessa forma que associamos o trabalho desenvolvido a uma Reabilitação Psicossocial, de investimento em suas capacidades, de poder de decisão, de produtividade, de resgate de credibilidade dessa grande rede social, de recuperação de um crédito perdido (com elas mesmas, com os outros, com a vida). (PETERSEN; MOUTA; ARAGÃO, 2007)

O empoderamento e a participação popular.

O termo empoderamento significa “a ação coletiva desenvolvida pelos indivíduos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social dos direitos sociais” (PEREIRA, 2007). Essas ações podem favorecer tanto a emancipação individual quanto a consciência coletiva que visem a “superação da dependência social e dominação política” (*idem*, 2007).

Max Neef, em palestra intitulada “‘Empoderamento’ de Comunidades e Desenvolvimento Alternativo” (2007) analisando as necessidades humanas básicas – e diferenciando as necessidades dos meios de satisfazê-las – aponta as de compreensão, ócio, criação, participação, subsistência, proteção, e afeto ou amor, identidade e liberdade.

Afirma que as ações para o empoderamento de qualquer comunidade, deve passar pela satisfação dessas necessidades.

A musicoterapia, podemos perceber, pode ser uma importante ferramenta (teórica e técnica) para a implementação de processos e mecanismos de empoderamento. Através da musicoterapia pode-se criar e ampliar espaços e situações favorecedoras de participação, criação e compreensão entre as pessoas, inclusive entre os de alguma maneira, excluídos.

O empoderamento requer poder e dignidade dos sujeitos, bem como a “liberdade de decidir e controlar seu próprio destino com responsabilidade e respeito ao outro” (PEREIRA, 2007).

A ideia de empoderamento representa importante papel na mobilização social em torno de contextos específicos, como o de desenvolvimento sustentável local, orientado não só para a emergência de projetos e ações de fortalecimento de grupos sociais tradicionalmente negligenciados dos processos políticos; mas também significativo espaço institucional de articulação e emergência de novos agentes/atores políticos envolvidos na transformação democrática da relação Estado-sociedade.(*Idem,*)

O trabalho pioneiro como os “Cancioneiros do IPUB”, os “Mágicos do Som” e o “Harmonia Enlouquece” são exemplos visíveis das possibilidades de empoderamento em musicoterapia..

=

As redes e o rizoma

Nas discussões avançadas sobre a construção de conhecimento e formas de ações participativas na contemporaneidade, surge a noção de rede. Uma rede é um objeto constituído por nós com ligações dois a dois, diretas ou indiretas, dependentes ou não de outros nós. A utilização de sua metáfora, no campo das ciências humanas e sociais, no qual se inclui a musicoterapia, serve para a análise e a compreensão de processos, ou fenômenos constituídos por interações complexas. A perspectiva em rede, necessariamente estabelece um processo dinâmico das relações que compõe, e seu caráter é não hierarquizado, já que

reticular (BRUNO, 2002) . A rede não se fixa em um espaço, é processual e acontece no tempo. Adotando a concepção em rede, adotamos a fluidez. O conceito de rede, e de rede sócio-técnica como chama Latour, envolve a idéia de vários nós e múltiplas relações. Esta configuração é altamente instável e dinâmica, com trocas intensas entre os vários pontos, conexões e atores.

Há, nesta constituição, objetivos e metas comuns, em torno das quais se articulam as parcerias. O componente sócio-político inerente a estas redes implica possibilidades de tensão e de conflitos, de tal modo que a formação de qualquer consenso – a transformação do múltiplo em Um – torna-se um processo altamente complexo. (TRANIN & PEDRO, 2007)

Na rede, cada elemento é um **ator** cuja atividade consiste em fazer alianças com novos elementos. A **rede** é capaz de redefinir e transformar seus componentes, moldar relações heterogêneas. Um efeito de rede participa e molda outras redes. Na medida em que a rede se caracteriza por estabelecer um campo de tensões heterogêneas, a síntese não é um resultado necessário.

Deleuze e Guattari inspiram-se no rizoma para falar de fenômenos parecidos com a rede. O rizoma é metáfora inspiradora para propor uma concepção de fenômenos, uma visão das coisas, uma interpretação do mundo: um mundo repleto de multiplicidades, agenciamentos e linhas de fuga. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 11). A idéia de rizoma é oposta a de árvore: o rizoma é múltiplo, a árvore é única, o rizoma se multiplica, se conecta a qualquer parte, a árvore somente a partir de seu caule. Um rizoma é um tipo de caule de crescimento horizontal, com hastes subterrâneas ou aéreas que se cruzam em todas as direções; pode ter folhas de vários tipos e tamanhos e até mesmo frutos¹³⁶, bulbos ou tubérculos. É uma raiz espalhada. “Não existem pontos ou posições num rizoma como se encontra numa estrutura, numa árvore, numa raiz. Existem somente linhas”. (*Idem*, 1992 p 17).

Um mundo em rizoma não tem começo nem fim, é um meio pelo qual cresce e transborda. A conexão de uma parte a outra do rizoma não requer das partes o pertencimento à mesma natureza para se efetivar. Ele pode colocar em relação regimes de

¹³⁶ A banana, tão conhecida entre nós, é o fruto de um rizoma.

signos muito diferentes. Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas.

“A música é rizoma” (DELEUZE; GUATTARI, 1992., p. 21)

O pensamento em rede, rizomático foi utilizado no projeto “*Buscando Caminhos Através da Arte*”, realizado em parceria entre o Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário e a Fundação Leão XIII, do Estado do Rio de Janeiro. Desenvolvido em abrigos de adultos em situação de rua nas unidades da Fundação, nos bairros Fonseca e Itaipu (Niterói), e Campo Grande e Triagem (Rio de Janeiro) durante os anos de e 2002 – primeiro formato- e 2003,2004- o segundo(CHAGAS, 2006). Nestes Centros, encontramos os usuários em uma situação limite de vida, e necessitando de um atendimento especializado. O Projeto dirigido aos usuários e aos funcionários dos abrigos ofereceu: atividades de música, teatro, artes plásticas, movimento corporal, contação de histórias e Musicoterapia. As experiências com as linguagens artísticas e com a Musicoterapia, diretamente ligadas à percepção, à comunicação das sensações, das emoções e das reflexões, permitem ao ser humano construir formas de se perceber e perceber ao outro. Pretendíamos também levar apresentações artísticas aos abrigos provocando uma interação e participação dos usuários e funcionários com os artistas. Conseguimos essas apresentações somente algumas vezes: A bateria mirim da Mangueira, a apresentação de um grupo de forró, a presença da palhacinha Batucá¹³⁷. Organizamos, também. Apresentações dos usuários, planejadas pela equipe de profissionais, ao final de cada três meses de trabalho.

Nesse programa, além das atividades realizadas na Fundação Leão XIII, participamos de reuniões técnicas de acompanhamento e seminários teórico-técnicos envolvendo os profissionais do projeto e representantes dos abrigos.

O projeto pode ser entendido como um facilitador de algumas práticas saudáveis, já que buscou a produção de uma subjetividade construída em territórios existenciais experimentados em diferentes campos da cultura. O estabelecimento de um intercâmbio entre as equipes do projeto e da Fundação foi fundamental para o êxito desse trabalho.

Confirmamos, nessa experiência, a potência da arte como produtora de “*afectos* que transbordam a força daqueles que são atravessados por eles” (DELEUZE; GUATTARI,

¹³⁷ - Personagem de Cristiana Brasil, profissional do projeto.

1992, p. 213). Durante o projeto, ampliaram-se significativamente as conexões entre as pessoas, expandindo, de forma significativa, a produção de saúde na instituição.

Por fim...

Esses são apenas alguns aspectos teóricos que podem nos auxiliar a pensar a música e a musicoterapia em abordagens psicossociais. O campo é complexo e a discussão continua...

BIBLIOGRAFIA

BAUER, M. W. “Análise de ruído e música como dados sociais” In BAUER, M.W. e GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003 (365-387).

BRUNO, F. A rede e o problema da mediação: uma nota sobre o ciberespaço. Série Documenta, Rio de Janeiro, v. VIII, n. 12-13, pp. 185-212, 2002.

BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**. Segunda edição. Rio de Janeiro: Enelivros.2000.

CAMPOS, R.H. F. ‘ Introdução A Psicologia Social Comunitária’ in CAMPOS, REGINA HELENA DE FREITAS (org). **Psicologia Social Comunitária**, da solidariedade à autonomia. Petrópolis, Vozes, 1998 (9-15).

CHAGAS, M. **A arte pelo caminho**. In XII SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA. Goiânia, UBAM, SGMT, UFG, 2006 .

CHAGAS, M. **Musicoterapia e Comunidade**. I Congresso Latino-americano de Musicoterapia -III Encontro Latino-americano de Musicoterapia, Buenos Aires, 2001

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, vol. 1, 1995 a. 196 p.

DOMENECH, M.; TIRADO F.; GÓMEZ L. A dobra: psicologia e subjetivação. In: SILVA, T. T. **Nunca fomos modernos** – nos rastros do sujeito. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 111 – 136.

FOUCAULT. **A arqueologia do saber** Rio de Janeiro: Forense . 2000

LATOUR, B . **Changer de société-’refaire de la sociologie** – Pesquisado em http://www.bruno-latour.fr/livres/xii-INTRO_ANT.pdf. acessado em 08/09/07

NEEF, M. “**Empoderamento**” de Comunidades e Desenvolvimento Alternativo. Acessada em http://www.pedagogiasocial.com.br/_files/artigos_frame_arquivos/Artigos%20do%20site/Artigos_002.pdf 09/09/2007

PEREIRA, F.C. **O que é empoderamento (Empowerment)**. Acessado em <http://www.fapepi.pi.gov.br/sapiencia8/artigos1.php> no dia 09/09/2007

PETERSEN; MOUTA; ARAGÃO, 2007. “**Mães a espera de um milagre**”, produzindo música, **reabilitando a vida**. Acessado em http://www.amtrj.com.br/XI_forum6.shtml no dia 09/09/07

STIGE,B. **Culture-centered Music Therapy**. IIsun,NH: Barcelona Publishers, 2002.

TRANIN, M,C & PEDRO, R. **Cartografando comunicabilidades em redes sóciotécnicas**: um estudo da rede Instituto Fábrica do Milênio. XIII Congresso Brasileiro de Sociologia. 20 de maio a 1 de junho, RECIFE, PE. 2007

WISNIK, J. M. *O Som e o Sentido: uma outra História das Músicas*. São Paulo:Companhia das Letras, 1989.

INTERFACES ENTRE MUSICOTERAPIA E PSICOACÚSTICA

Luiz Rogério Jorgensen Carrer¹³⁸

RESUMO

A Psicoacústica pode ser definida, em síntese, como o estudo do “Porque ouvimos o que ouvimos?” (Roederer, 2002: 30). Além disso, ela estuda a percepção das relações auditivas e dos fenômenos físico-acústicos dos estímulos de toda natureza e suas influências na cognição. O presente trabalho propõe reflexões sobre a compreensão desses fenômenos e suas relações com a música e a musicoterapia, dentro de uma perspectiva interdisciplinar através de conceitos científicos, exemplos clínicos, e das implicações destes na formação e na clínica musicoterapêutica. Assim, busca-se aqui fornecer subsídios teóricos e práticos para que, tanto musicoterapeutas, quanto professores, alunos e profissionais de disciplinas relacionadas à musicoterapia possam ampliar seus conhecimentos acerca do fenômeno das *ondas* sonoras (Menezes, 2004: 43) e da música, visando também estimular a busca por ciências interdisciplinares e seus estudos para uma formação integral e contemporânea dos musicoterapeutas. Serão feitas ainda considerações a respeito de um programa de ensino para a disciplina Psicoacústica dentro de um curso de graduação em Musicoterapia e, ao final, serão apresentadas técnicas de geração de áudio e análise acústica em programas de computador com aplicações na formação, na pesquisa, e na prática musicoterapêutica.

Palavras chave: musicoterapia, música, psicoacústica, interdisciplinaridade

ABSTRACT

Psychoacoustics can be defined, in synthesis, as the study of “Why do we hear what we hear?” (Roederer, 2002: 30). Indeed, it studies the perception of the auditory perception relations and the physioacoustics phenomenon of all natural stimulus and their influences in cognition. The purposes of the present work is to make reflections about the comprehension of these phenomenon and their relations to music and music therapy, in a interdisciplinary perspective through scientific concepts, clinical examples and their clinical implications in music therapy. We are looking for providing theoretical and practical subsidies for music therapists, teachers, students, and professionals of music therapy related areas to enhance their knowledge of the sound *waves* phenomenon (Menezes, 2004: 43) and music, stimulating research in interdisciplinary sciences and their studies for a global and contemporary formation of music therapists. There will be also made some considerations regarding a pedagogical program for the discipline Psychoacoustics in Music Therapy graduation. At the end, it will be presented some computer technics for audio generation and analysis in computer programs with application in the graduation, research and practice in music therapy.

¹³⁸ Músico, Musicoterapeuta e Produtor Musical. Estudou piano e violão e atua como músico profissional desde 1984. Formou-se técnico em áudio pelo Conservatório Souza Lima (SP – 2003). Graduado em Musicoterapia pela Faculdade Paulista de Artes (SP - 2007), foi professor na Faculdade Paulista de Artes (SP - 2008) e coordenador de musicoterapia do PEPA - Projeto Especial para Adolescentes e Adultos (SP – 2008 - 2010). Atualmente é pós-graduando em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência na Universidade Federal de São Paulo. Áreas de interesse: musicoterapia vibroacústica, música ansiolítica, psicofisiologia do som e da música, cognição musical, música e desenvolvimento humano, educação musical e educação musical especial.

Key words: music therapy, music, psychoacoustics, interdisciplinarity

* Músico, Musicoterapeuta e Produtor Musical. Estudou piano e violão e atua como músico profissional desde 1984. Formou-se técnico em áudio pelo Conservatório Souza Lima (SP – 2003). Graduado em Musicoterapia pela Faculdade Paulista de Artes (SP - 2007), foi professor na Faculdade Paulista de Artes (SP - 2008) e coordenador de musicoterapia do PEPA - Projeto Especial para Adolescentes e Adultos (SP – 2008 - 2010). Atualmente é pós-graduando em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência na Universidade Federal de São Paulo. Áreas de interesse: musicoterapia vibroacústica, música ansiolítica, psicofisiologia do som e da música, cognição musical, música e desenvolvimento humano, educação musical e educação musical especial.

INTRODUÇÃO

A Psicoacústica como campo de investigação pode envolver várias áreas do conhecimento científico como: Física, Acústica, Matemática, Psicologia, Música, Medicina, Fonoaudiologia, Ecologia Sonora e Musicoterapia, dentre outras. Ao longo deste trabalho faremos uma incursão por alguns dos principais conceitos que definem a psicoacústica dentro de uma perspectiva interdisciplinar visando a sua aplicação teórica e prática em musicoterapia. Ao longo do trabalho serão apresentados também alguns instrumentos tecnológicos para a análise e a compreensão dos fenômenos físicos e psíquicos do som e da música. Durante o percurso vamos articular os conceitos com instrumentos e aplicações que podem ser utilizados sem a necessidade de uma formação teórica aprofundada, pois isto pode, e deve ser realizado também através de cursos de extensão e formação continuada. Os musicoterapeutas em sua formação acadêmica podem adquirir e desenvolver um conhecimento básico dos recursos técnicos necessários para a utilização dos fenômenos físico-acústicos como agentes terapêuticos e material de análise para a prática clínica e a pesquisa.

É na interdisciplinaridade que encontramos recursos para a aplicação da psicoacústica na formação e na prática clínica musicoterapêutica. Segundo Japiassú “...à interdisciplinaridade faz-se mister a intercomunicação entre as disciplinas, de modo que

resulte uma modificação entre elas, através de diálogo compreensível, uma vez que a simples troca de informações entre organizações disciplinares não constitui um método interdisciplinar” (Japiassú, 1976 apud Alves; Brasileiro & Brito, 2004). A música e as vibrações sonoras exercem grande influência no ser humano, tanto do ponto de vista da percepção física, por meio das ondas sonoras que penetram no corpo, e também relativamente aos efeitos psíquicos provocados pelo som e pela música (Roederer, 2002; Wigram, Pedersen e Bonde, 2004; Skille, 1982 e Carrer, 2007). O ouvido, a pele e outros órgãos sensoriais do corpo humano são meios que contribuem para nosso modo de ser e estar no mundo, que nos permitem localizar obstáculos, manter o equilíbrio, reconhecer sons, identificar ameaças no ambiente, perceber elementos materiais e imateriais no espaço que nos circunda, interpretar e reconhecer sons, ruídos e música, além de reagir em resposta a esses estímulos, todos estes importantes para a sobrevivência. O entendimento desses fenômenos é de grande importância para a profissão de musicoterapeuta. Além disso, gostaríamos de ressaltar que em musicoterapia seria de grande utilidade avaliar a saúde auditiva dos pacientes através de uma entrevista (anamnese/ficha musicoterapêutica), e de um exame simples de audiometria, um teste utilizado pelos fonoaudiólogos para verificar a integridade da audição e detectar disfunções na capacidade de perceber e interpretar os sons. Por exemplo: se, em uma sala de hospital repleta de pacientes temos uma grande quantidade de sons variados circulando e reverberando (eco), pessoas falando, máquinas para tratamento e musicoterapeutas tocando e cantando, não temos a certeza de que todos na sala ouvem com a mesma acuracidade e da mesma forma, ou seja, os sons e a música produzidos em uma sala de hospital podem ser terapêuticos para alguns, e iatrogênicos para outros. A pergunta que surge neste momento é: Estamos realmente ajudando essas pessoas, ou aumentando os níveis de poluição sonora ambiental causando assim desconforto, mesmo que a maioria das pessoas na sala gostem de música? Na musicoterapia contemporânea, onde somos cada vez mais envolvidos e transpassados por uma gama de sons e ruídos cada vez mais volumosos, torna-se fundamental o entendimento da psicoacústica e da percepção sonora e musical. Para entender melhor essas questões, passaremos agora a uma descrição de alguns elementos básicos que compõem o som e a música. Na sequência faremos uma incursão pelas aplicações destes conceitos na formação e na clínica musicoterapêutica. Depois disso serão apresentados alguns tópicos para um programa de ensino que pode ser

utilizado em um curso de graduação em musicoterapia. Ao final vamos apresentar exemplos práticos e alguns instrumentos para que o musicoterapeuta possa registrar, editar e analisar a produção sonora em uma sessão de musicoterapia para então tecer considerações a respeito de suas influências na formação e na clínica musicoterapêutica.

PSICOACÚSTICA, SOM E MÚSICA

Iniciamos nosso percurso complementando o pensamento de Roederer citado em nosso resumo com a seguinte definição: “A *psicoacústica*, um ramo da psicofísica, é o estudo que relaciona os estímulos acústicos com as sensações auditivas” (Roederer, 2002: 27).

A *acústica* pode ser compreendida como:

- 1) parte da ciência da música que pesquisa as características do som; seu mais importante instrumento é a análise do som (*Meyers Grosses Taschenlexikon*, 1998, vol. 1);
- 2) parte da Física que estuda a *ressonância*, parte da mecânica; em especial, a ciência das oscilações e das ondas nos meios elásticos (*idem*).

Sobra a relação da física com os instrumentos musicais Roederer nos esclarece que: “Dados o comprimento, a massa e a tensão de uma corda de violino, a física prevê as frequências possíveis em que essa corda vibrará se for puxada ou friccionada de certa maneira.” Além disso, ele coloca que: “Dadas a forma e as dimensões de um tubo de órgão, e a composição e temperatura do gás lá dentro (ar), a física prevê a frequência fundamental do som emitido quando ele for soprado” (Roederer, 2002: 27-28).

Em pleno século XVI, o cientista e músico Vincenzo Galilei já estudava e contestava as relações numéricas entre os sons e os materiais através de vários experimentos com instrumentos musicais, tubos e vasos com água, discordando das origens divinas e metafísicas dos sons. Para Galilei, os sons não obedeciam regras matemáticas, mas sim poderiam ser parcialmente compreendidos por ela, até certos limites, onde a matemática não dava mais conta da infinitude de possíveis combinações sonoras e timbrísticas que superam a capacidade de sua tradução em fórmulas complexas (Bromberg, 2011). A mesma

matemática não era precisa, pois só era verificável em escalas de curto alcance, já que depois de algumas oitavas o som se comportava diferentemente do que deveria soar, ou seja, o cálculo das oitavas se tornava impreciso à medida que mais oitavas eram consideradas com as mesmas proporções. A nota musical DO poderia ser calculada com precisão por algumas oitavas limitadas. Acima ou abaixo de certa referência a nota não soava mais como DO, mas como uma nota próxima de DO (Bromberg, 2011). A ciência e a tecnologia alteram e atualizam constantemente a nossa percepção de mundo. Programas como o PRO-TOOLS, da empresa Digidesign/Avid, que grava, edita e realiza a análise de áudio tem um papel fundamental neste processo.

A compreensão da percepção humana frente ao fenômeno acústico sonoro é importante para a musicoterapia considerando a variabilidade na maneira que as pessoas percebem os sons musicais. A psicoacústica aplicada à musicoterapia foca seus estudos em elementos como: timbre, volume, afinação (alturas) e duração (Cf. Wigram, Pedersen e Bonde, 2004: 48). Assim, apresentamos a seguir alguns conceitos importantes para o estudo da psicoacústica que precedem as qualidades musicais dos sons. Os sons puros, ou senoidais, somente são produzidos por equipamentos eletrônicos, visto que os sons naturais (ambiente, voz, instrumentos musicais) contém vários elementos agregados como: som fundamental, harmônicos (sons que se sobrepõem ao som fundamental), além de sons com características diretamente relacionadas ao material e à forma (timbre) do instrumento com os quais são produzidos (voz, madeira, metal, plástico). O som viaja pela atmosfera e dentro dos instrumentos de diversas formas, que então moldam suas características finais (Roederer, 2002). Passaremos agora a uma descrição dos vários conceitos que explicam o som e suas características físicas.

SOM, VIBRAÇÃO E PROPAGAÇÃO DE ONDAS SONORAS

A física é uma ciência de conteúdo vasto e fronteiras não muito definidas, que investiga as propriedades dos campos, as interações entre os campos de força e os meios materiais, as propriedades e a estrutura dos sistemas materiais, e as

leis fundamentais do comportamento dos campos e dos sistemas materiais (Dic. Aurélio, 1994).

Relacionamos abaixo as definições das características apresentadas pelo som.

a) Vibração

A vibração é uma característica física existente em qualquer partícula elementar. Para entendermos este conceito precisamos pensar na ideia de movimento. Roederer afirma que: “Há um certo tipo de movimento em que o ponto material segue um padrão temporal que se repete sempre. Este é o chamado movimento periódico, ou vibração” (Roederer, 2002: 38). Este fenômeno é observável através dos sentidos e/ou de equipamentos para medição de ondas vibratórias. O som se propaga no espaço por meio de movimentos vibratórios periódicos (movimentos que se repetem dentro de um dado padrão de tempo).

b) Som

O som é uma oscilação mecânica perceptível ao ouvido, que nasce da superposição de ondas vibratórias (*Meyers Grosses Taschenlexikon*, 1998, vol. 11).

Som é energia emanando de uma fonte que induz vibrações. Estas vibrações propagam-se como em um efeito dominó através de qualquer meio que permita àquela forma de energia acessar uma passagem livre. Isto se dá porque este meio apresenta uma permeabilidade à energia sonora. (Schneck & Berger, 2006: 36)

c) Ressonância

Define-se ressonância a transferência de energia de um sistema oscilante para outro quando a frequência do primeiro coincide com uma das frequências próprias do segundo (Dic. Aurélio, 1994).

d) Onda Sonora

Ondas sonoras são oscilações de pressão do ar (compressão e rarefação), ou seja, o produto da fonte sonora (Roederer, 2002: 106).

e) Volume

A amplitude das oscilações no tímpano do ouvido leva à sensação de volume. O volume está relacionado diretamente à intensidade total (fluxo de energia), é a soma das intensidades individuais (Roederer, 2002: 109 - 112). O volume é medido em *decibéis*

(Db).

f) Fonte Sonora

Chama-se ‘fonte sonora’ o ponto de partida de uma onda sonora. É o movimento vibratório da matéria, depois transmitido por um meio (*Ibidem*).

g) Amplitude

A amplitude da onda sonora é a altura da crista da onda em relação ao eixo de propagação da onda, que em música é variável de acordo com o número de ondas sobrepostas (*Ibidem*).

h) Frequência

A frequência de uma onda é representada pelo número de oscilações desta onda por segundo. A unidade de medida utilizada é a escala em Hertz (Hz). As ondas têm sempre a mesma frequência da fonte que as emitiu, independentemente do meio em que se propagam (Roederer, 2002: 44).

i) Propagação do Som

As ondas sonoras precisam de um meio para se propagar. O som não se propaga no vácuo, onde não há a presença de ar. Em sua maioria os sons chegam aos ouvidos transmitidos pelo ar. O som se propaga em maior velocidade nos meios sólidos. Quanto maior a densidade do meio, maior a rapidez com a qual é transmitido o som. Podemos averiguar a velocidade de transmissão de um som ao ouvir seu eco, que é o resultado do som emitido por uma fonte e refletido por uma superfície em seu meio (Roederer, 2002: 109-112). Quando um objeto vibra no meio, ele movimentam as partículas de ar ao seu redor. Estas partículas, por sua vez, movimentam as outras ao seu redor e assim sucessivamente. O movimento das partículas transporta e transmite a vibração. Podemos notar também a diferença entre *sons musicais* e *ruídos*; embora sejam muito parecidos, quando falamos em música, temos várias ondas sonoras sobrepostas de forma organizada. Ruídos são grupos complexos de ondas sonoras emitidas de forma desorganizada, ocasionando estranhamento em nossa audição e sendo, portanto, muitas vezes desagradáveis (*Ibidem*).

O corpo humano é constituído em sua maior parte por água. Este é um dado relevante quando consideramos o contexto clínico para a aplicação de vibrações sonoras e da música através de uma escuta somática por ressonância (psico-fisiológica), ou teleológica

direcionada, com variação entre sistemas auditivo e corporal. É necessário também esclarecer que os efeitos do som e das vibrações estão relacionados ao meio-ambiente físico e aos estados psíquicos subjetivos.

Apresentaremos a seguir as velocidades de propagação do som em alguns meios. As velocidades de propagação sonora contidas na tabela abaixo podem, portanto, variar de acordo com o meio ambiente, com a constituição física e com as condições psíquicas do indivíduo no momento da experiência da escuta, sendo que esta também envolve a auto-percepção sonora e corporal.

<i>MEIO/VELOCIDADE</i>
Oxigênio a 0°C: 316 metros por segundo (m/s)
Ar seco a 0°C: 331 m/s
Ar seco a 20°C: 343 m/s
Hidrogênio: 1372 m/s
Água: 1450 m/s
Granito: 6000 m/s

(www.if.usp.br - Instituto de Física da Universidade de São Paulo, 2007)

j) Superposição de ondas sonoras (som e música)

Para termos um som, suas vibrações devem estar superpostas. Uma superposição de ondas ocorre quando duas ou mais ondas são emitidas simultaneamente (Roederer, 2002: 123).

É importante lembrar que o conceito de música em musicoterapia pode abranger todas as suas formas de manifestação sonora, organizadas ou não. Em análise musicoterapêutica todas as formas sonoras possuem potencial para significação. Chamamos também de harmonia a forma organizada pela qual sobrepomos os sons, ou notas musicais, para possibilitar a construção de acordes musicais (mais de duas notas tocadas simultaneamente). Em música, temos quase sempre uma somatória de grupos complexos de ondas sonoras agindo de forma simultânea e com intensidades e durações variáveis.

k) Absorção e Reflexão das Ondas Sonoras

Uma onda sonora quando encontra uma superfície material passa por alterações em sua energia. O material encontrado tem a propriedade de absorver e também de refletir as ondas sonoras que chegam. Parte da energia é absorvida pelo material e parte é refletida. A onda sonora refletida retorna para o meio com menor intensidade (*Ibidem*). Ambientes específicos como teatros, cinemas e laboratórios para experimentos acústicos são projetados para absorver e refletir ondas sonoras de modo controlado, calculados segundo as dimensões espaciais e materiais do ambiente para permitir uma maior qualidade acústica da sala, propiciando assim uma audição mais confortável e nítida para a audiência.

Vimos até agora algumas das principais características dos fenômenos psicofísicos relacionados à física do som e à psicoacústica. Então podemos formular uma nova pergunta: Como ouvimos o que ouvimos? Apresentaremos na sequência uma breve descrição do processamento auditivo, que é um conteúdo já contemplado na formação do musicoterapeuta e nos fornece subsídios para compreender a audição. Consideramos que uma anomalia, tanto física, quanto funcional do ouvido pode alterar nossa percepção de mundo, causando enormes dificuldades à sobrevivência.

PSICOACÚSTICA EM MUSICOTERAPIA

Na interface entre psicoacústica e musicoterapia é de grande importância a compreensão dos fenômenos sonoro-musicais que descrevemos a seguir. Dentre eles: a intensidade, a altura ou afinação de um som, e a duração destes sons durante a produção em uma sessão de musicoterapia e a sua posterior edição, onde os sons podem ser filtrados para retirar os elementos indesejados. Estes recursos fazem emergir importantes impressões acerca da produção sonora dos pacientes e a sua análise pode contribuir para a formulação de relatórios clínicos e também para se elaborar e melhorar a estratégia a ser utilizada no tratamento. Faremos agora uma descrição das três propriedades citadas.

a) Intensidade é a quantidade de energia sonora que é recebida pelo ouvido e pelos sensores corporais proprioceptivos. A intensidade pode variar de acordo com a sensação

subjetiva do ouvinte, ou seja, uma mesma intensidade pode ser interpretada diferentemente dependendo de fatores como o ambiente e a condição auditiva individual (Cf. Wigram, Pedersen e Bonde, 2004: 49). Ressaltamos ainda a necessidade de se atentar para a surdez causada pela poluição sonora presente em diversos ambientes, não só de trabalho, mas também nas grandes cidades e em eventos onde os limites de intensidade sonora *saudável* para o ser humano não são respeitados. Apresentamos abaixo uma tabela com os níveis de intensidades sonoras ambientais encontrados por Lent (2010).

<i>Fonte ou Descrição do som</i>	<i>Nível de intensidade em Db</i>
Limiar de dor	130
Show de Rock	120
Britadeira de rua	100
Rua com muito trânsito	80
Estações e aeroportos	60
Grande loja	50
Auditório cheio	40
Igreja vazia	20
Limite de audibilidade (referencia)	0

b) A Altura, ou afinação, pode ser medida de duas formas: 1. Quantas ondas sonoras ocorrem em uma dada distância, ou; 2. Quantas ondas sonoras ocorrem em um dado período de tempo. A segunda forma é geralmente a mais utilizada. Para tanto, em uma nota LÁ em um piano de concerto temos 440Hz (frequência de ciclos ou ondas por segundo) – quanto mais rápidas forem as vibrações, mais alta será a afinação e mais curtas serão as ondas sonoras. Quanto mais lentas forem as vibrações, mais longas serão as ondas sonoras (*Ibidem*). Ou seja, se quisermos tocar a mesma nota LÁ uma oitava acima, multiplicamos sua frequência por 2 e teremos 880Hz; e assim sucessivamente para qualquer tom que quisermos calcular, pois as proporções permanecem as mesmas, lembrando que este cálculo matemático é quase preciso se considerarmos uma gama que compreende as oitavas geralmente presentes em um piano de concerto e podem também ser calculadas para os instrumentos musicais de uma orquestra. Para a voz segue-se o mesmo conceito.

c) **A duração** é um elemento importante do som, pois é quando podemos observar várias expressões de intensidade, afinação e também de timbre. A medição do tempo percorrido entre o início e o fim destes elementos é chamada *duração*. Intensidade, afinação e timbre podem sofrer alterações na duração de um som. Estes elementos podem ser notados de forma bem consistente na sustentação de uma nota musical em um instrumento de sopro. (*Ibidem*)

Vimos anteriormente no trabalho que o timbre, também importante para a musicoterapia, é formado por vários fatores que incluem o material com o qual é construído o instrumento que produz o som, e também pela maneira com a qual é produzido, seja através de voz, sopro, percussão, fricção ou gestualidade (instrumentos ativados por sensores eletrônicos de movimento). Passaremos agora à uma descrição resumida do processamento auditivo.

A figura abaixo representa o ouvido humano e seus componentes no processamento auditivo.

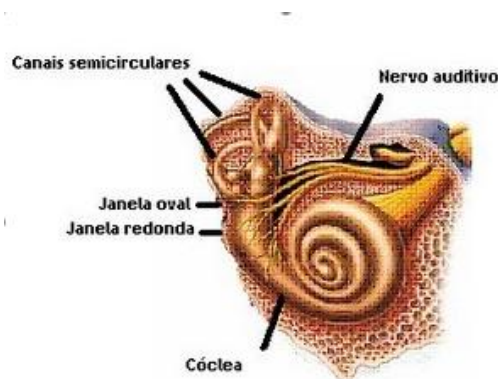


Disponível em (2012): <http://www.saudecominteligencia.com.br/zumbido-nos-ouvidos.htm>

Caminho do som

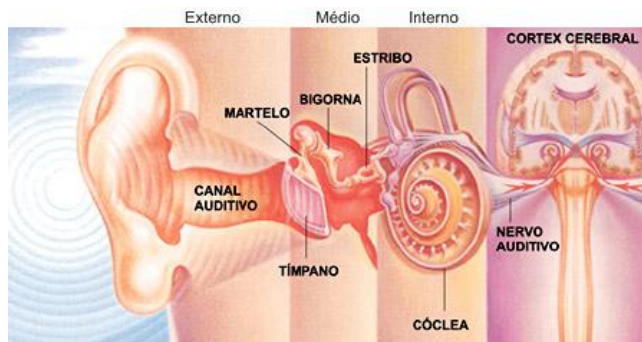
O som que chega aos ouvidos através do pavilhão auditivo é transportado pelo canal auditivo externo até o tímpano, ou membrana timpânica, que funciona como um transdutor (receptor que ressona e transmite as vibrações do ambiente). Esta membrana extremamente fina pode perceber cada vibração recebida, seja de uma grande orquestra, de um coral, ou do público, e pode vibrar como um todo ou por segmentos, percebidos através do princípio

de ressonância descrito anteriormente e cobrindo uma enorme e complexa gama de frequências. O som então é transmitido através do canal auditivo para o ouvido médio onde três ossículos: Martelo, Bigorna e Estribo, conduzem as vibrações através do ouvido médio. Sem estes ossículos, o som iria diretamente para a cóclea e 97% da massa sonora retornaria e seria perdida. Os ossículos estão em ação constante e percebem as vibrações mesmo durante o sono. Quando nascemos, esses ossículos já estão completamente formados e são os únicos ossos do corpo humano que não crescem. Durante o envelhecimento os ossículos se deterioram e tornam-se mais rígidos, causando uma perda auditiva principalmente das altas frequências. Na segunda fase do processamento auditivo entra em ação a cóclea (imagem abaixo).



Disponível em (2012) : <http://audicaoervisao.blogspot.com.br>

Na cóclea, as vibrações passam através de um fluído e estimulam as células ciliadas (sensores nervosos) que disparam e transmitem os sinais para as células aferentes (receptoras), que enviam estes sinais para o sistema nervoso através do nervo auditivo, que então transmite os sons, agora convertidos em impulsos elétricos, ao cerebelo (localizado na parte posterior do cérebro). O tálamo (localizado na parte central do cérebro) é responsável pela integração e a posterior transmissão destes dados para áreas apropriadas ao longo do córtex, nesse caso para o córtex auditivo (Cf. Wigram, Pedersen e Bonde, 2004: 50-52). Para ilustrar melhor este percurso, colocamos abaixo uma figura que representa o processamento auditivo.



Disponível em (2012): <http://implantecoclearbahia.blogspot.com.br/2011/01/ii-encontro-de-adultos-usuarios-de.html>

Em musicoterapia é também importante compreender o funcionamento do ouvido na perspectiva psicoacústica quanto às funções e disfunções causadas por diversos distúrbios da percepção auditiva, principalmente em uma condição onde o som e a música são uma das principais formas de terapia para patologias e desordens auditivas dos ouvidos externo, médio e interno. Exemplo: otites (inflamações no ouvido), otosclerose (formação anormal de osso que imobiliza progressivamente o estribo o que impede que as vibrações sonoras passem para o ouvido interno), perda auditiva e surdez, onde musicoterapeutas tem grande participação no tratamento. (Cf. Wigram, Pedersen e Bonde, 2004: 50). Destacamos também a importância da audição nos métodos receptivos em musicoterapia, onde alterações na audição podem exigir modificações no processo musicoterapêutico. Todos os conceitos e processos descritos no trabalho até agora são fundamentais quando se fala em saúde auditiva, ecologia sonora e musicoterapia na formação ou na prática clínica em uma abordagem interdisciplinar.

Para auxiliar no processo da aquisição dos conhecimentos citados em nosso trabalho, apresentaremos a seguir uma proposta pedagógica para a sua aplicação prática dentro de um curso de graduação em musicoterapia.

PROPOSTA PARA UM PROGRAMA DE ENSINO PARA A DISCIPLINA:

“PSICOACÚSTICA EM MUSICOTERAPIA”

Os itens descritos a seguir serão apresentados na forma de tópicos como sugestões a serem desenvolvidas segundo os critérios e recursos possíveis dentro das instituições de ensino

que oferecem o curso de graduação em musicoterapia e devem ser consideradas conforme a coordenação de cada curso com o objetivo de proporcionar uma formação interdisciplinar e integral aos estudantes de musicoterapia.

Dentre os objetivos de um programa de ensino podemos destacar:

- conhecer e compreender noções e fundamentos de acústica e psicoacústica;
- técnicas sonoras de geração, gravação e edição de áudio;
- sistemas de criação e análise musical em computador para a aplicação na clínica;
- noções e técnicas em audiometria e saúde auditiva.

Do conteúdo programático podemos destacar:

- percepção musical e psicoacústica;
- o ouvido como analisador de frequências;
- linguagem musical analógica e digital;
- técnicas de gravação, edição, modificação e reprodução de áudio e música;
- técnicas de síntese sonora (digital);
- técnicas de pesquisa musicoterapêutica em programas (softwares) de áudio e música;
- análise computacional da cognição musical;
- aplicações práticas da psicoacústica em musicoterapia;
- microanálise em musicoterapia (em programas de computador);
- noções sobre musicoterapia vibroacústica.

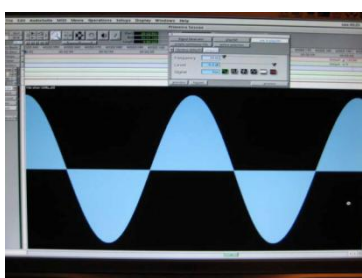
A metodologia e as avaliações podem ser construídas de acordo com as demandas da instituição em que esta disciplina for realizada.

Apresentaremos a seguir alguns recursos tecnológicos em um programa de computador disponível no mercado, além de um exemplo de uma sessão musicoterapêutica registrada e editada com estes recursos para a prática musicoterapêutica.

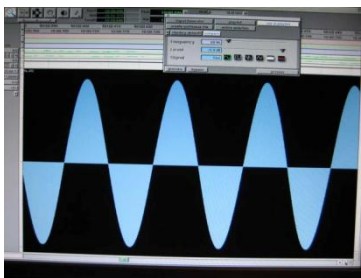
TECNOLOGIA APLICADA À MUSICOTERAPIA

As imagens apresentadas a seguir e, a sessão musicoterapêutica em questão, servem à ilustração dos elementos, dos conceitos e recursos descritos anteriormente no trabalho. O ‘analisador de espectro’ apresentado na imagem logo abaixo trabalha em conjunto com o programa PRO-TOOLS, instalado em um computador com plataforma Mac-OS 9.2 (Apple/Macintosh).

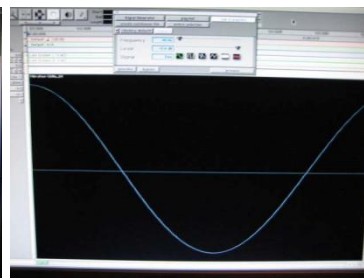
Apresentamos a seguir as imagens geradas pelo PRO-TOOLS, e as ondas sonoras puras correspondentes:



a) 48Hz



b) 68Hz



c) 24Hz

A figura abaixo pode representar uma música, ou uma sessão de musicoterapia decodificada em ondas sonoras pelo mesmo programa no computador:



CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil do século XXI, a musicoterapia está cada vez mais presente dentro de equipes interdisciplinares, tanto na formação acadêmica, como na pesquisa, consolidando-se como participante ativa em práticas clínicas multidisciplinares, seja em instituições médicas, sociais ou de ensino e formação acadêmica. Cabe aos musicoterapeutas e pesquisadores utilizar-se cada vez mais de recursos pedagógicos, musicais e tecnológicos empregados na formação, no tratamento clínico e na pesquisa interdisciplinar. Ressaltamos que a formação continuada, a prática clínica e a pesquisa são os alicerces da construção e do desenvolvimento da musicoterapia. A música é um recurso rico em elementos que podem promover a saúde e o bem estar do indivíduo e da comunidade de modo global. A formação, a tecnologia e a ciência podem contribuir muito para a realização desta missão.

BIBLIOGRAFIA

- ALVES, Railda F.; BRASILEIRO, Maria do Carmo E.; BRITO, Suerde M. de O. *Interdisciplinaridade: um conceito em construção*. Episteme, Porto Alegre, n. 19, jul./dez. 2004.
- BROMBERG, Carla. *Vincenzo Galilei contra o número sonoro*. SP: Editora PUC-SP, 2011
- CARRER, Luiz R. J. *Musicoterapia Vibroacústica: um movimento transdisciplinar promovendo qualidade de vida*. Monografia apresentada para a obtenção do título de bacharel em musicoterapia na Faculdade Paulista de Artes. SP, 2007
- FRANZ, David. *Producing in the Home Studio with PRO TOOLS. 2 ed.* Boston (US): Berklee Press, 2003.
- LENT, Roberto. *Cem bilhões de neurônios? conceitos fundamentais de neurociência. 2.ed.* SP: Editora Atheneu, 2010.
- MENEZES, Flo. *A acústica musical em palavras e sons*. SP: Ateliê Editorial, 2003.
- MEYERS GROSSES TASCHENLEXIKON, Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich, vol. 1, vol. 11: B.I. Taschenbuchverlag (1998)
- ROEDERER, J. G. *Introdução à física e psicofísica da música*. Trad. de Alberto Luis da Cunha. 2ª ed. SP: Edusp (2002)
- SCHNECK, J. D.; BERGER, S. D. *The Music Effect. Music Physiology and Clinical Applications*. UK: Jessica Kingsley Publishers (2006)
- WIGRAM T.; PEDERSEN, I.N.; BONDE, L. O. *A comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and training*. UK: Jessica Kingsley Publishers (2002).