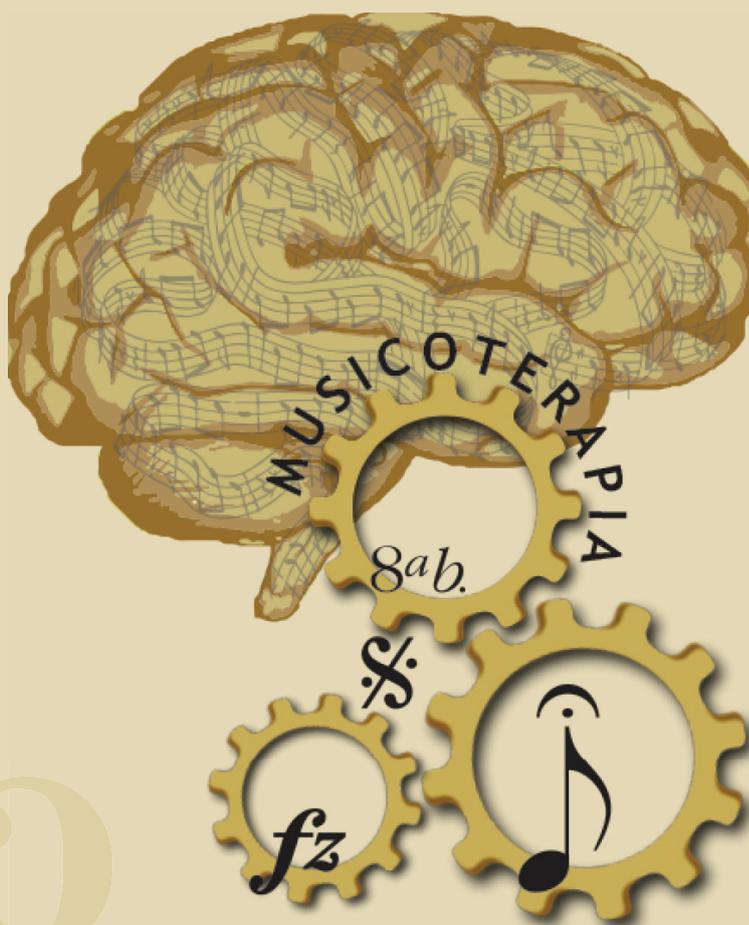




# REVISTA DE MUSICOTERAPIA DA AMTRJ

## Aniversário dos 50 anos da AMTRJ



Edição Especial

Ano 1

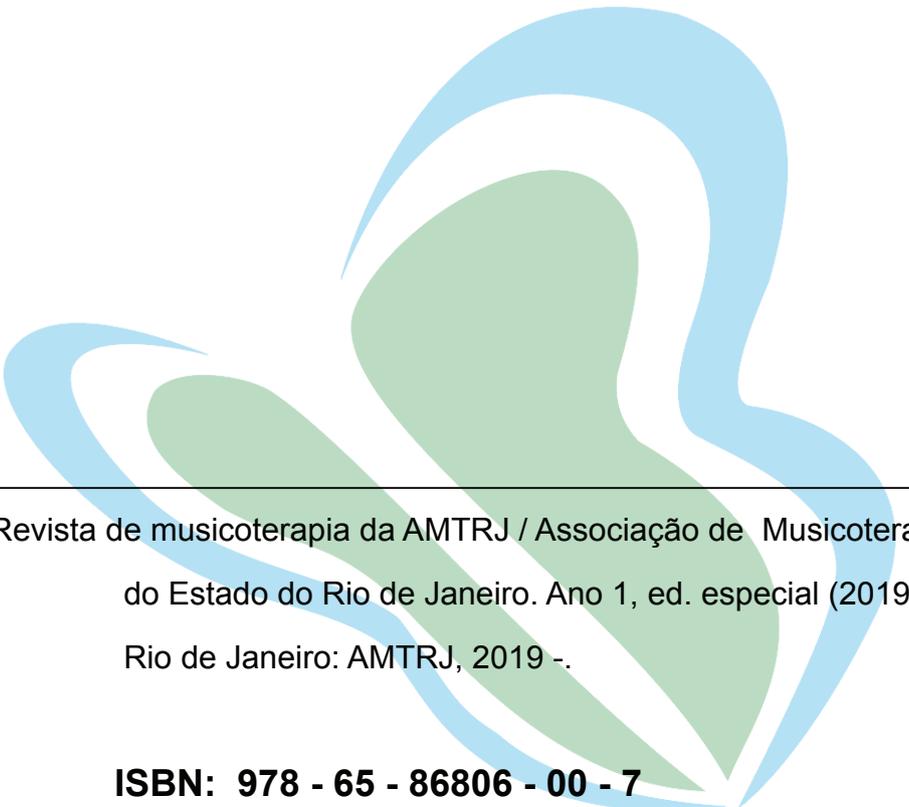
2019

# REVISTA DA AMTRJ 50 ANOS

## Edição Especial



AMTRJ/UFRJ - Rio de Janeiro  
2019



Revista de musicoterapia da AMTRJ / Associação de Musicoterapia  
do Estado do Rio de Janeiro. Ano 1, ed. especial (2019) - .  
Rio de Janeiro: AMTRJ, 2019 -.

**ISBN: 978 - 65 - 86806 - 00 - 7**

1. Musicoterapia - Periódicos. I. Associação de Musicoterapia  
do Estado do Rio de Janeiro.

CDD: 615.85154

## ASSOCIAÇÃO DE MUSICOTERAPIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

### DIRETORIA

#### Diretoria período 2018-2020

**Presidente:** Mt Dr<sup>a</sup>. Marly Chagas

**1<sup>a</sup> Vice Presidente:** Mt. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Salles

**2<sup>a</sup> Vice Presidente:** Mt. Dr<sup>a</sup>. Claudia Eboli

**1<sup>a</sup> Secretária:** Mt. Kelly Campos

**2<sup>a</sup> Secretária:** Mt. Márcia Bulcão

**1<sup>a</sup> Tesoureira:** Mt. Ms. Bárbara Cabral

**2<sup>o</sup> Tesoureiro:** Mt. Esp. Di Lutgardes

### Editores AMTRJ

Mt. Dr<sup>a</sup>. Claudia Eboli

Mt. Dr<sup>a</sup>. Lia Rejane Barcellos

Mt. Dr<sup>o</sup>. Marcus Vinicius Almeida

Mt. Dr<sup>a</sup> Marly Chagas

## **REVISTA DA AMTRJ**

**Edição Especial**

Evento em Comemoração dos 50 Anos da  
Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro

Realização da AMTRJ e da UFRJ

6 a 8 de setembro de 2018

EDITORA AMTRJ

2019

**ASSOCIAÇÃO DE MUSICOTERAPIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**SEMINÁRIO ESTADUAL DE MUSICOTERAPIA**

**DIRETORIA**

**Diretoria período 2018-2020**

**Presidente:** Mt Dr<sup>a</sup>. Marly Chagas

**1<sup>a</sup> Vice Presidente:** Mt. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Salles

**2<sup>a</sup> Vice Presidente:** Mt. Dr<sup>a</sup>. Claudia Eboli

**1<sup>a</sup> Secretária:** Mt. Kelly Campos

**2<sup>a</sup> Secretária:** Mt. Márcia Bulcão

**1<sup>a</sup> Tesoureira:** Mt. Ms. Bárbara Cabral

**2<sup>o</sup> Tesoureiro:** Mt. Esp. Di Lutgardes

**COMISSÃO CIENTÍFICA**

**Coordenador**

Mt. Dr<sup>a</sup>. Marly Chagas

**Núcleo organizador**

Mt. Dr<sup>a</sup>. Lia Rejane Mendes Barcellos

Mt. Dr<sup>a</sup> Leila Bergold

Mt. Dr<sup>a</sup> Beatriz Salles

Mt. Dr<sup>a</sup>. Claudia Eboli

Mt. Ms. Liliam Ameal

**Pareceristas**

Mt. Dr<sup>a</sup>. Thelma Syndestrück Alvares

Mt. Dr<sup>a</sup>. Leila Brito Bergold

Mt. Dr. Marco Antônio Carvalho Santos

Mt. Dr<sup>o</sup>. Marcus Vinicius Machado

Mt. Dr<sup>o</sup>. Gunnar Taets

## **Coordenadores de sala de trabalhos**

Mt. Bee Campos  
Mt. Ms. Flávia Piazzol  
Mt. Carmen Di Novic  
Mt. Ana Carolina Arruda  
Mt. Cecilia Altieri  
Mt. Luiza Santiago Monteiro  
Mt. Anna Coelho  
Mt. Esp. Fátima Brasil

## **Comissão de lançamento de livros**

Mt. Márcia Bulcão

## **Comissão de elaboração da revista da Amtrj edição especial**

Mt. Dr<sup>a</sup>. Claudia Eboli  
Mt. Esp. Daniela Périssé Pastana  
Mt. Dr<sup>a</sup> Marly Chagas

## **Comissão de elaboração de anais**

Mt. Dr<sup>a</sup> Marly Chagas  
Mt. Daniela Peçanha  
Mt. Ms. Vanya Marques

## **Comissão Organizadora**

Mt. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Salles (Coordenadora)

## **Núcleo organizador**

Mt. Ms. Barbara Penteadó Cabral  
Mt. Dr<sup>a</sup>. Marly Chagas  
Mt. Esp. Fatima Brasil  
Mt. Ms. Liliam Ameal  
Mt. Esp. Di Lutgardes  
Mt. Ms. Tânia Marques Cardoso

## **ARTICULAÇÃO AMTRJ – IPUB**

Mt. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Salles (Coordenação)

Mt. Gabriela Koatz

### **Comissão Design Gráfico**

Mt. Esp. Daniela Périssé Pastana

Mt. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Salles

Mt. Dr<sup>a</sup>. Marly Chagas

### **Comissão de Divulgação**

Mt. Gabriela Koatz

Ms. Vera Lúcia Barreto

### **Elaboração e atualização do site do seminário**

Mt. Dr<sup>a</sup>. Marly Chagas

Marcel da Mata Chagas

### **Comissão de produção**

Mt. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Salles

Mt. Dr<sup>a</sup>. Marly Chagas

Mt. Gabriela Koatz

Mt. Esp. Di Lutgardes

Robson Ferreira

### **Comissão de hospedagem de convidados**

Mt. Ms. Bárbara Penteado Cabral

Mt. Esp. Di Lutgardes

### **Comissão de credenciamento**

Mt. Ms Lilam Ameal

Mt. Cecília Altieri

Mt. Ms. Tanya Marques

Mt. Dr<sup>a</sup>. Rosana Cardoso

### **Comissão de organização da feirinha**

Mt. Esp. Di Lutgardes

### **Comissão Lanchinho**

Mt. Ms. Bárbara Penteado Cabral

### **Comissão de Momentos Musicais**

Mt. Ms. Di Lutgardes (Coordenador)

Mt. Dr<sup>o</sup>. Marcello Santos

Mt. Jackie Hecker

Mt. Alice Salles

Mt. Gabriela Koatz

Mt. Carla Lavratti

### **Colaboradores na preparação e funcionamento do Seminário**

Mt. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Salles

Mt. Adriana Padilha

Mt. Cecília Altieri

Mt. Ms. Flavia Dal Pizzol

Mt. Nathaly Ramírez Gaitán

Robson Ferreira

Mt. Dr<sup>a</sup>. Rosana Cardoso

Rosemary Honorato

Thalita Uttembergue Benvenuti

Ms. Vera Lucia Barreto

### **PROJETO MEMÓRIAS**

Mt. Dr<sup>a</sup>. Marly Chagas (Coordenação)

### **ATUALIZAÇÃO DO SITE COM DOCUMENTOS HISTÓRICOS**

#### **Digitalização de documentos**

Monica Cruz

### **EXPOSIÇÃO 50 ANOS**

Mt. Carla Lavratti (Curadora e produtora)

Mt. Márcia Bulcão

Mt. Ms Tanya Marques

Mt. Ana Luiza Nolly

Mt. Ms. Clara Marcia Piazzetta

Mt. Cristiana Brasil  
Mt. Esp. Daniela Périssé Pastana  
Mt. Gabriela Kpatz  
Mt. Antonio Lino  
Mt. Dr<sup>a</sup> Rosana Cardoso  
Monica Cruz  
Leandro Soares  
Gabriele Limdemberg  
Marcia Martins

## **CONCURSO LIA REJANE MENDES BARCELLOS - VIDA E OBRA**

Mt. Martha Negreiros (Coordenação)

Mt. Ana Carolina Arruda  
Mt. Dr<sup>a</sup>. Susana Cardoso  
Mt. Nathaly Ramírez Gaitán  
Mt. Yuri Machado Ribas  
Mt. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Salles  
Mt. Dr<sup>a</sup>. Marly Chagas

### **Comissão Julgadora de trabalhos acadêmicos**

Mt. Dr<sup>o</sup>. Marcello Santos  
Mr Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Rockembach  
Mr Dra. Rosemyriam Cunha

### **Comissão Design Gráfico**

Mt. Esp. Daniela Périssé Pastana  
Mt. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Salles  
Mt. Dr<sup>a</sup>. Marly Chagas

## UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ

### REITORIA

#### Reitora

Professora Denise Pires de Carvalho

#### Vice-reitor

Professor Carlos Frederico Leão Rocha

#### Chefe de gabinete do reitor

Lucia Abreu Andrade

#### Pró-reitora de graduação-pr/1

Professora Gisele Viana Pires

#### Pró-reitora de pós-graduação e pesquisa-pr/2

Professora Denise Maria Guimarães Freire

#### Pró-reitor de planejamento, desenvolvimento e finanças-pr/3

Professor Eduardo Raupp de Vargas

#### Pró-reitora de pessoal-pr/4

Luzia da Conceição de Araujo Marques

#### Pró-reitora de extensão-pr/5

Professora Ivana Bentes Oliveira

#### Pró-reitor de gestão & governança-pr/6

André Esteves da Silva

#### Pró-reitor de políticas estudantis - pr/7

Roberto Vieira

#### Prefeito

Marcos Benilson Gonçalves Maldonado

## Apresentação

É com enorme satisfação que apresentamos a primeira edição da Revista de Musicoterapia da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro – AMTRJ, que traz publicações relevantes para a história da musicoterapia no Brasil. Estamos festejando, com esta primeira edição, os 50 anos de atividades da AMTRJ e alguns dos musicoterapeutas mais eminentes da cena brasileira como Clarice de Moura Costa, Lia Rejane Barcellos, Marco Antônio Carvalho Santos, Marly Chagas e Martha Negreiros trazem suas contribuições com narrativas sobre a construção da musicoterapia no Rio de Janeiro, histórias que se misturam com a própria história da AMTRJ.

Dividimos a revista em três seções que, além das narrativas históricas, trazem temas que giram em torno dos “saberes, processos e fazeres” em musicoterapia. Na primeira seção são apresentadas as falas dos palestrantes nas mesas redondas; na segunda, os relatos de experiência e os artigos que foram apresentados em comunicações de temas livres e na terceira seção incluímos os textos submetidos ao concurso “Lia Rejane Mendes Barcellos – Vida e Obra. Todo o conteúdo da revista, então, foi originado no “IV Seminário Estadual de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro – AMTRJ – 50 anos: de onde viemos, para onde vamos?”, realizado no Instituto de Psiquiatria da UFRJ em Setembro de 2018.

Com esta edição, damos início a uma trajetória de publicações que pretendem dar visibilidade as relevantes contribuições teóricas e práticas dos musicoterapeutas brasileiros, tanto na forma de repositórios quanto na forma de publicações de artigos científicos, de revisão, relatos de experiência ou comunicações de pesquisa, oriundos de seminários, encontros ou congressos realizados no Estado do Rio de Janeiro.

Dedicamos este primeiro número da Revista à memória de nossa querida mestra Cecília Conde que tanto contribuiu com a musicoterapia em todos os momentos da sua história e infelizmente nos deixou por ocasião da realização do Seminário.

Nosso muito obrigado a todos que, de alguma forma, contribuíram com a realização do “IV Seminário Estadual de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro – AMTRJ – 50 anos: de onde viemos, para onde vamos?”, evento que deu origem a esta Revista.



Claudia Eboli  
Organizadora

## Homenagem à Cecília Conde

Antes de tudo, temos que louvar a iniciativa da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro (AMT-RJ) em organizar esta edição que celebra os seus 50 anos. Tempo de luta e de pessoas que iniciaram um trabalho em várias frentes, começando pela fundação da referida Associação, em 1968, e estabelecendo o trabalho clínico e, posteriormente, a formação e o consequente desenvolvimento da área

Médicos psiquiatras como o Dr. Roberto Quilleli (IPUB-UFRJ) e Dr. Jacques Nirenberg (Hospital Pinel) estiveram implicados nessa fundação e foram seus primeiros presidentes, e o Dr. Paulo Cesar Muniz, como seguidor dos mesmos nesse cargo (à época neurologista da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação - ABBR - RJ).

Além destes, três educadoras musicais: Cecília Conde, Dóris Hoyer de Carvalho e Gabriele Souza e Silva - vindas do Curso de Especialização em Educação Musical onde a grande mestra era a profa. Liddy Mignone -, transformaram suas práticas de educação musical em práticas terapêuticas, em áreas distintas: Conde, na Saúde Mental na Casa das Palmeiras, com a Dra. Nise da Silveira; Carvalho, na Sociedade Pestalozzi do Brasil com Deficientes Intelectuais e Souza e Silva, na ABBR com reabilitação física, história já bem conhecida de todos.

No entanto, aqui, quero concentrar minha atenção naquela que abriu as portas da “sua instituição”, o tradicional Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro, para criar o primeiro Curso de Formação de Musicoterapeutas no Brasil, em nível de Graduação, em 1972, tendo sido a sua primeira Diretora.

Mas, pensar na nossa formação abre “as cortinas” de um palco onde posso ver

as cenas de um filme que tem por centro episódios onde redes de afeto se entrelaçam, levando-nos a fatos que, mesmo tendo a vida profissional como foco, passaram a se entrecruzar com aspectos da vida particular e, conseqüentemente, laços de amizade, que cada vez mais se estreitavam.

As reuniões de trabalho da Diretora com as primeiras coordenadoras, já musicoterapeutas: Lenita Moraes, Jeanette Elpern e eu, inicialmente capitaneadas pelo Dr. René Leibinger, (médico neurologista) provocavam acirradas discussões não só sobre a formação, mas, também, sobre a clínica. Estávamos criando tudo. Ainda não tínhamos modelos.

Pouco tempo depois, ficamos somente a “chefe” Cecília, diretora, e eu, coordenadora. Nossas discussões eram acirradas! Nossas opiniões, muitas vezes divergentes, sem alguém para provocar o equilíbrio. Nossos argumentos tinham que ser convincentes. Mas, Cecília sabia discutir. E desafiar... E foram os seus desafios que provocaram o nosso desenvolvimento. Fui empurrada por ela, desafiada, provocada, estimulada, enfim, devo o meu crescimento à sua inteligência e afeto.

No entanto, quando a porta da sala de reuniões se fechava atrás de nós tudo mudava porque a amizade ultrapassava os limites do trabalho.

Cecília gostava de uma boa mesa, de um bom vinho, lugar aonde nunca pude acompanhá-la. Mas, também de uma boa discussão e, principalmente, de grandes desafios. E aí nem sempre eu conseguia segui-la porque ela tinha argumentos e, sobretudo criatividade. Via muito à minha frente. Quando eu estava tentando ficar junto, ela já tinha chegado lá há muito tempo e já estava voltando com tudo “pensado”. Aqui caberia muito bem o ditado que diz: “Enquanto eu ia com a farinha ela já estava voltando com o pão”. Ou, mais ou menos isto, já utilizando a criatividade que ela me ensinou!

Começamos a viajar juntas, a dar aulas: ela a prática e eu a teoria. Na verdade, nos divertíamos muito porque eu trabalho, mas preciso me divertir senão não consigo trabalhar bem!

As discussões acirradas é que nos impulsionavam ao crescimento. Divergências, sempre! Esse era o nosso lema! E nem sempre estávamos preparadas para abrir mão de nossas ideias. Cada uma defendia as suas, com garras, unhas e dentes. E assim íamos compondo o nosso Rondó, que tinha como Refrão a afetividade e o respeito, porque eu sempre reconheci que ela estava sempre à frente em ideias e provocações e em tudo o que nos impulsionasse ao crescimento.

E, assim vivemos trabalhando por 40 anos de trocas de ideias e afetos; por momentos de crise e crescimento e, agora, mergulhados, todos nós que privamos da sua amizade, na saudade daquela que foi a mola propulsora da musicoterapia, desafiadora, transgressora, e que assim vai permanecer entre nós!

Com a nossa saudade e afeto,

Lia Rejane Mendes Barcellos

## Sumário

### MESAS REDONDAS

#### AMTRJ: DE ONDE VIEMOS PARA ONDE VAMOS

##### A História Oficial

O panorama visto da ponte: a água que passou até 2005

(Mt. Clarice Moura Costa) ----- 21

##### O início da História do CAPS

De onde viemos e onde estamos: um 'ponto de mutação' no caminho da musicoterapia

(Mt. Dra. Lia Rejane Mendes Barcellos) ----- 37

### SABERES EM MUSICOTERAPIA

#### Nosso terreno comum: A música em Musicoterapia:

(Mt. Dr. Marcus Vinicius Machado de Almeida) ----- 44

#### Compreendendo a prática: Teorias em Musicoterapia:

(Mt. Dra. Marly Chagas) ----- 64

#### Construindo saberes: A formação em Musicoterapia

(Mt. Dr. Marco Antônio Carvalho Santos) ----- 73

### PROCESSOS EM MUSICOTERAPIA

#### Processos Clínicos:

(Mt. Dr. Renato Tocantins Sampaio) ----- 91

#### Processos Institucionais:

(Mt. Ms. Martha Negreiros Viana) ----- 104

**Processos Políticos:**

(Mt. Cristiana Brasil) ----- 108

**FAZERES EM MUSICOTERAPIA:**

**TRABALHOS COMPLETOS**

A musicoterapia no trabalho de articulação entre usuários da rede de saúde mental e seus territórios

(Thereza Christina Accioly e Franklin Torres Neto) ----- 115

Desenvolvimento da musicoterapia no Hospital Central do Exército (HCE): relato histórico de 1985 a 2017

(Leila Brito Bergold e Marcus Marcello Porto Leopoldino) ----- 129

AMT-RJ: um referencial ético no percurso do musicoterapeuta

(Márcia Maria da Silva Cirigliano) ----- 145

“Solfejo Andante” - um recurso para a musicoterapia em estimulação cognitiva de idosos demenciados

(Gabriela Lorenzo Fernandez Koatz e Antônio Carlos Ferreira Lino) ----- 153

Reflexões sobre musicalidade, interações iniciais e a importância do olhar musicoterapêutico em espaços educativos para bebês

(Fabiana Leite Rabello Mariano) ----- 167

Tornando musicoterapia ciência?

(Murillo Brito) ----- 184

A musicoterapia no tratamento de um paciente portador da doença de Alzheimer

(Murillo Brito2) ----- 193

A criação musical como expressão artística promotora de saúde por meio da Oficina Dialógica Musical (Victor Stratner ) -----	204
Contribuição da Musicoterapia para Educação Musical: o olhar em prol do protagonismo do aluno (Thelma Sydenstricker Alvares) -----	217
Musicoterapia e envelhecimento ativo: relato de uma experiência (Laura Tinoco de Paula Ramos) -----	226
<b>CONCURSO LIA REAJANE: VIDA E OBRA</b>	
<b>Trabalhos Acadêmicos Vencedores:</b>	
Clínica Ronaldo Milleco: “tenho muito pra contar, dizer que aprendi” (Antônio Carlos Ferreira Lino e Adriana Padilha Nascimento da Silva) -----	243
Lia Rejane Mendes Barcellos em Ação: a coordenação de um grupo musicoterapêutico de mulheres climatéricas numa unidade básica de saúde (Yuri Machado Ribas) -----	252
<b>Trabalhos Acadêmicos Hors Concours:</b>	
A Ciranda dos saberes e práticas de docentes musicoterapeutas (Noemi Nascimento Ansay) -----	271
A Trajetória de Lia Rejane Mendes Barcellos na Revista Brasileira de Musicoterapia (Sheila Beggiato) -----	278
Musicoterapia Intergeracional – uma realidade possível	

(Sofia Cristina Dreher) ----- 298

A Musicoterapia no Centro-oeste do Brasil e a Professora Dra. Lia Rejane Mendes Barcellos: Tecendo Caminhos

(Eliamar A. B. Fleury, Fernanda Valentin e Tereza R. M. Alcântara Silva) ----- 309

A Música como metáfora narrativa em musicoterapia: alguns apontamentos

(Gustavo Schulz Gattino) ----- 320

Por que Musicoterapia? Reflexões a partir da obra de Lia Rejane Mendes Barcellos

(José Davison da Silva Júnior) ----- 334

A senhora musicoterapia

(Raquel Siqueira da Silva) ----- 347

Implementação de serviço musicoterapêutico de pacientes neurológicos em Centro de reabilitação em SP

(Marilena do Nascimento) ----- 360

## O PANORAMA VISTO DA PONTE: A ÁGUA QUE PASSOU ATÉ 2005<sup>1</sup>

*Clarice de Moura Costa<sup>2</sup>*

O que muitos podem dizer é: Águas passadas não movem o moinho, o que passou, passou. É verdade, o passado não volta. Mas a memória do passado é imprescindível para acumularmos experiência, fundamental para ajudar a traçar nossos caminhos. O desmemoriado começa sempre da estaca zero.

A nascente da musicoterapia no Rio de Janeiro é a educação musical, que fluiu para instituições de saúde e educação especial transformando-se em musicoterapia. Como consequência foi fundada a Associação para congregar os profissionais envolvidos e partilhar suas experiências. Isto desaguou na criação do Curso para formar novos profissionais que poderiam se beneficiar da sistematização destas experiências e serem mais proficientes em sua atuação.

Ao mesmo tempo, foi-se construindo o nosso saber. No início havia relatos do que havia ocorrido nas sessões e/ou da evolução dos casos. Com a fundação da associação aumentou o compartilhamento destas experiências e após a criação do curso os textos foram aumentando e se aprofundando, resultando em teorizações e pesquisas.

Ao contar nossa história, evito a personalização. São tantas as pessoas envolvidas que trabalharam com entusiasmo, que não se pode citar algumas, sob pena de fazer injustiças. Somente aquelas que formaram a base de nossa profissão serão nomeadas.

<sup>1</sup> Participação na Mesa Redonda “De onde viemos, para onde vamos” no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018 no IPUB – UFRJ.

<sup>2</sup> Musicoterapeuta formada pelo CBM, especializada em Psiquiatria, 25 anos trabalhando em hospitais psiquiátricos (IPUB, e hospitais particulares em Portugal e São Paulo), lecionou Musicoterapia em Psiquiatria no Curso de Musicoterapia do CBM. Pesquisas feitas com financiamento do CNPq e FINEP. Inúmeros artigos em revistas científicas da área de psiquiatria e psicologia. E cinco livros publicados. [kice@uol.com.br](mailto:kice@uol.com.br)

## A transformação na clínica

A musicoterapia não surgiu do nada. Sua origem se deve a Liddy Mignone que, em 1938, assumiu a direção do Curso de Educação Musical do Conservatório Brasileiro de Música (CBM). Liddy acreditava que a educação musical devia visar o desenvolvimento integral da criança, não apenas a musicalização e a vocação musical. Para tal se baseava na criatividade, na espontaneidade, no brincar. Numa atitude arrojada, recebia nos grupos de musicalização crianças “normais” e deficientes, sendo precursora da inclusão.

As mulheres que propiciaram a transformação da educação musical em musicoterapia, Ruth Loureiro Parames, Dóris Hoyer de Carvalho, Cecília Conde e Gabriele Souza e Silva formaram-se no curso de Liddy, em anos diferentes.

Nossa história começou quando Nise da Silveira, responsável pela Terapia Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional (hoje com seu nome) pediu que Liddy indicasse uma professora para fazer atividades musicais com seus pacientes. Assim, em 1955, Ruth foi contratada como técnico em musicoterapia. Foi esta a primeira referência encontrada aqui no Rio ao termo musicoterapia. Foi efetivada como professora de educação especial, por não existir aquela função nos cargos públicos. Os pacientes eram encaminhados pelo médico que indicava também a finalidade do atendimento. Nise da Silveira era orientadora e supervisora. Ruth recebeu, em 1972, 45 estudantes do recém-iniciado Curso de Musicoterapia. Aposentou-se em 1987, após 32 anos de serviço.

Cerca de dois anos depois de Ruth, em 1957, Dóris Hoyer de Carvalho iniciou seu trabalho na Sociedade Pestalozzi e quase ao mesmo tempo no IPCEP. Transformou em musicoterapia as atividades musicais oferecidas aos aprendizes por Helena Antipoff, desde 1946. Quando Dóris saiu, após 20 anos de trabalho, Ana Sheila (Uricoechea) Tangarife, que começou a trabalhar com ela em 1969, continuou

seu trabalho nas duas instituições. A Pestalozzi foi um importante local de estágio para os musicoterapeutas.

A próxima a atuar nesta transformação da recreação musical em musicoterapia foi Cecília Conde que trabalhou de 1963 a 1966, na Casa das Palmeiras, uma clínica psiquiátrica dirigida pela Dr<sup>a</sup> Nise da Silveira, pela grande afinidade com suas ideias e ideais.

Pouco depois, Gabriele Souza e Silva, em 1964, iniciou o trabalho na Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e lá permaneceu em 2005. Foi contratada para formar uma “bandinha” de crianças, mas no decorrer do tempo montou um setor de musicoterapia, atendendo adultos e crianças, grupal e individualmente, junto com uma fisioterapeuta. Os estudantes de musicoterapia e de fisioterapia faziam ali seu estágio na área de reabilitação. AABBR foi um marco, porque o setor de musicoterapia integrava oficialmente a equipe profissional.

Estas pioneiras, desde o início, publicavam seus trabalhos em boletins internos das instituições e muitas vezes os apresentavam em Encontros e Congressos da área de saúde.

Após o início do Curso de Musicoterapia, outras Instituições de saúde começaram a receber estagiários: o IPUB (Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, hoje UFRJ), onde uma estagiária foi contratada em 1976, após formada; pouco depois a Casa de Saúde Dr. Eiras, onde uma estagiária também foi contratada; o Hospital Central do Exército, no qual também uma estagiária foi contratada; o Hospital da Aeronáutica, em janeiro de 1985, em que três musicoterapeutas foram contratadas pelo Regime Jurídico Único da União. Este fato é da maior importância porque criou oficialmente o cargo de musicoterapeuta na aeronáutica. E em 1988 a Maternidade Escola da UFRJ, para onde foi transferida uma musicoterapeuta do IPUB. Esta foi

uma área completamente nova na musicoterapia. O trabalho clínico desenvolvido em todas estas instituições contribuiu decisivamente para iniciar nossa profissão.

## Associação

Continuando nosso percurso histórico, temos a fundação da Associação Brasileira de Musicoterapia (ABMT). Em 1968, Dóris foi convidada para apresentar o trabalho que fazia na Pestalozzi nas Primeiras Jornadas de Musicoterapia, na Argentina. Lá existiam, desde 1966, a Comissão de Estudos de Musicoterapia e uma Escola de Musicoterapia fundada por Rolando Benenzón. Estiveram presentes nas Jornadas, Gabriele Souza e Silva e outros professores de educação musical do Brasil que tinham propostas semelhantes, mas quase nenhum contato.

Na volta decidiu-se fundar uma Associação de Musicoterapia no Brasil. Dóris conversou sobre as Jornadas com um psiquiatra músico no IPUB, Dr. Roberto Quilelli, e propôs fundar uma associação para divulgar e ampliar o trabalho já existente em algumas instituições brasileiras.

Em 21 de setembro de 1968, foi fundada, no IPUB a ABMT. Teve como patrono Liddy Mignone e como presidente o psiquiatra Roberto Quilelli. Cecilia Conde foi a vice-presidente e Dóris e Gabriele fizeram parte do primeiro Conselho Diretor. Ruth Parames, e muitas figuras proeminentes assinaram a ata inaugural. O evento foi importante no meio de saúde e objeto de uma reportagem do jornal “A Notícia”.

Pouco foi encontrado sobre esta primeira gestão, talvez porque seus documentos e atas tenham sido perdidos ou nunca feitos. Só encontramos a informação de duas palestras e de um Curso no Conservatório, bastante concorrido. Quilelli demitiu-se em 1970 e a Associação praticamente desapareceu.

Em 1972, Cecília, Dóris e Gabriele uniram-se para criar um Curso de Musicoterapia. Talvez como consequência, a Associação foi “refundada” em maio de 1973 na Sociedade Pestalozzi, por Dóris, que se tornou presidente, eleita junto com uma nova diretoria, com mandato de um ano e direito à reeleição.

Os estatutos foram aprovados na data da posse da nova diretoria o que leva a crer que foram elaborados na gestão anterior. Um ano depois os estatutos foram registrados no Registro Civil de Pessoas Jurídicas. Este foi um fato importante e o estatuto tornou-se a base e o modelo dos subsequentes.

A ABMT tinha um Conselho Diretor, composto de um presidente, dois vice, dois secretários e dois tesoureiros. A diretoria poderia contratar um diretor executivo, fixando-lhe atribuições e salário, o que nunca ocorreu. Os estatutos estabeleceram o mandato de um ano para o Conselho Diretor. Poderia ser sócio e fazer parte da diretoria qualquer profissional que se afinasse com as finalidades da Associação e que pudessem promover a musicoterapia, por sua atuação e prestígio pessoal (médicos, psicólogos, músicos, diretores de escolas de excepcionais, psicopedagogos, etc.) Nas quatro primeiras gestões, três médicos foram presidentes da ABMT.

Um Conselho Consultivo era escolhido por cada diretoria, e o número de membros variava. Em sua maioria eram diretores de instituições e outras funções semelhantes, na área pública ou privada, para dar maior penetração à musicoterapia.

A partir de 1973, na refundação da ABMT, foram criados os departamentos de Cursos, Pesquisa, Aplicação e Divulgação.

O Departamento de Cursos promoveu, só nos primeiros dois anos, doze cursos e palestras com temas diversos, a maioria no CBM.

O Departamento de Pesquisa faz uma pesquisa, em colaboração com o Instituto de Psicologia da UFRJ. Não há novas menções a iniciativas deste Departamento. A única atuação do Departamento de Aplicação encontrada foi um estudo sobre o mercado de trabalho, em 1982.

O Departamento de Divulgação pede para divulgar no Conservatório as atividades da ABMT e propõe criar uma Biblioteca pela qual seria responsável um membro do Departamento. Algum tempo depois o Departamento passa a contar com uma e mais tarde duas tradutoras, para facilitar o contato com o exterior.

Um Boletim foi criado em 1975 por Gabriele, para divulgar a produção científica e as atualidades da musicoterapia. Era prevista uma publicação trimestral, o que não foi possível. Foram publicados 14 boletins em oito anos, menos de dois por ano, o último em 1983. A partir de 1981, um Informativo dividiu as funções – o Boletim publica artigos voltados para a produção de conhecimentos e o Informativo divulga as atualidades. A distribuição cabia ao Departamento de Divulgação. Em três anos, de 1981 a 1984, são publicados 20 informativos. Como vemos, havia uma grande divulgação, tanto dos conhecimentos quanto das atualidades.

Em 1983, os Departamentos são extintos e substituídos por Comissões, instituídas para tratar dos assuntos específicos priorizados por cada gestão. As principais realizações da ABMT durante seu percurso foram: a promoção de inúmeros eventos (cursos, palestras, encontros); a luta pela regulamentação da profissão; e a união das diversas associações que existiam no Brasil.

Os eventos visavam aumentar e divulgar o saber musicoterápico. Em 10 anos, entre 1973 e 1983 foram realizados cerca de 70 eventos em Instituições diversas para divulgar a musicoterapia em outros meios profissionais. Em 1974, I Encontro Brasileiro de Musicoterapia, congregou cerca de 200 participantes do Brasil e de

outros países. Pela preocupação de manter contatos políticos, foram convidados para presidentes de honra os ministros da Saúde, da Educação e Cultura, e da Previdência e Assistência Social, e dezenove convidados de honra como o Governador do Estado da Guanabara, diversos secretários de Estado e outras personalidades de destaque.

Além dos eventos promovidos, a ABMT também enviou representantes para inúmeros Congressos e Encontros no Brasil e no exterior.

Outra atuação de destaque foi o enorme esforço para obter a regulamentação da profissão. Em 1978 é apresentado no Congresso um projeto de lei que foi arquivado. No ano seguinte é apresentado um substituto. O Conselho Federal de Psicologia se posiciona contra, originando um longo período de lutas. Foi travada uma verdadeira batalha para tentar obter a regulamentação da profissão, e expedida uma intensa correspondência entre a ABMT, outras associações de musicoterapia e o Congresso Federal. Apesar de todos os esforços, o Projeto de Lei 2303/1979, aprovado em todas as Comissões da Câmara dos Deputados, foi rejeitado no plenário.

Como os projetos de lei para regulamentação da profissão não tiveram sucesso, o foco mudou para a união das Associações. A primeira medida seria alterar as denominações da ABMT para AMT-RJ (Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro) e da ASBMT (Associação Sul-Brasileira de Musicoterapia) para AMT-RS (Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul). Houve bastante reação dos musicoterapeutas do Rio, porque a ABMT tinha alcance nacional e a AMT-RJ seria apenas regional.

Em 30 de junho de 1984 foi fundada a AMT-RJ e aprovados seus estatutos, estipulando dois anos para cada gestão. O caminho para a União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) estava aberto. A presidente da nova Associação durante seu primeiro ano foi Marly Chagas.

São reativados, em 1990, substituindo as Comissões, os Departamentos de Cursos, Pesquisa, Divulgação e Musicoterapia Aplicada, além de ser criado o Departamento de Intercâmbio Internacional,. É também criado o cargo de Relações Públicas.

As realizações da AMT-RJ que sobressaem são a luta pela vida profissional dos musicoterapeutas, o esforço para aumentar a produção e divulgação de conhecimento e a retomada da tentativa de regulamentar a profissão.

Para aumentar as oportunidades profissionais dos musicoterapeutas, a AMT-RJ envia carta-consulta ao Ministério da Administração para saber como criar a categoria de musicoterapeuta nos quadros públicos; inclui a musicoterapia na LBA e na Campanha Nacional de Saúde Mental; manda representantes para a Comissão de Trabalhadores de Saúde Mental. Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, propõe a criação da categoria de musicoterapeuta nos quadros municipais, estaduais e federais. A proposta é aprovada em plenária e encaminhada ao Ministério da Saúde. Além disto, publica nos Informativos os novos locais de trabalho, que se difundem cada vez mais. São veiculadas notícias sobre concursos municipais, entre eles o da Secretaria de Saúde, com 15 vagas para musicoterapeutas.

A AMT-RJ retoma o trabalho pela regulamentação, que tinha sido deixada de lado nos últimos anos da ABMT, cujo foco mudou para a união das Associações. Em 1997 estava em tramitação da Câmara de Deputados um novo projeto de lei. A Associação empenhou-se muito: colheu e obteve o dobro de assinaturas necessárias para uma moção de apoio à regulamentação da nossa profissão; levou a Brasília, em várias ocasiões, diversos membros da diretoria para pressionar pela regulamentação. Apesar dos esforços, o projeto foi arquivado, ou por lobby dos psicólogos ou pela mudança do governo em relação à criação de novos Conselhos.

AAMT-RJ continua também a lutar para o aperfeiçoamento teórico e da prática clínica da musicoterapia, promovendo eventos, cada vez mais numerosos, que concorrem para a produção e divulgação de conhecimentos. O mais importante foi o VI Congresso Mundial de Musicoterapia, em 1990 em que foi criada uma comissão de países sul-americanos. Foram publicados mais de 60 Informativos da AMT-RJ. Embora o objetivo fosse divulgar atualidades da musicoterapia, foi incluído um espaço para publicação de pequenos artigos, mas houve poucas contribuições.

### **Alguns percalços**

A ABMT e a AMT-RJ fizeram esforços heróicos para conseguir uma maior aproximação com os sócios. As diretorias tentam saber o que os sócios desejam, pedem sugestões para programas, divulgam nos Informativos os objetivos visados, anunciam oportunidades profissionais. Este esforço parece não ser percebido porque os sócios quase não atendem aos apelos para colaboração e não assumem um comprometimento com a Associação.

Um forte indicador deste pouco compromisso é o desinteresse em participar da diretoria. As chapas são formadas na última hora e, de modo geral, constituídas por algum membro do Conselho anterior que aceita a presidência e convence alguns colegas a participar, o que não propicia a oportunidade de refletir sobre programas. Apenas numa eleição houve duas chapas, sendo divulgados os programas, possibilitando escolha. Na eleição seguinte não houve concorrentes, obrigando os membros da diretoria a aceitar a reeleição. Esta dificuldade se estende à formação dos departamentos, cujos cargos são frequentemente acumulados pelos membros da diretoria. Até mesmo a convocação para a Assembleia Geral em que foi fundada a AMT-RJ, em que foram discutidos e aprovados seus estatutos, teve uma resposta ínfima com um comparecimento baixíssimo dos sócios.

Outro indício do desinteresse dos musicoterapeutas, desde os primeiros tempos, é a inadimplência. Publicou-se, em algumas ocasiões, o número de sócios pagantes e devedores, que superam em muito os primeiros. A eterna escassez monetária é um dos motivos da Associação ser extremamente dependente do CBM.

Os eventos, na maioria, só podem ser organizados em parceria ou com o apoio do Conservatório. Até 2005 a Associação não tinha sede própria, apesar de ser pessoa jurídica. Foi dado o endereço “provisório” do Conservatório, que cedia salas para reuniões e onde a Associação possuía um armário. Quando não se realizavam no CBM, as reuniões eram feitas na casa de algum membro do Conselho Diretor.

Algumas falhas administrativas prejudicam o desenvolvimento das atividades. As decisões das diretorias demoram um tempo excessivo para serem cumpridas, porque não se estabelece um prazo para sua execução, o que torna difícil cobrar os resultados. Muitas vezes nem se sabe se os resultados ocorreram, porque não há registro em ata.

Entretanto, dadas as grandes dificuldades, é preciso louvar a dedicação das diretorias que conseguiram muitos sucessos no crescimento da musicoterapia.

## **O curso**

Como dito anteriormente, no hiato entre a fundação e refundação da Associação, Cecília, Dóris e Gabi decidiram criar um curso técnico de musicoterapia, para sistematizar os conhecimentos necessários à prática clínica e aumentar o número de profissionais habilitados a exercê-la. Benenson deu suas credenciais, ideias e sugestões para o currículo a partir do curso que fundara e dirigia em Buenos Aires.

Em 1972, o primeiro Curso de Formação de Técnicos em Musicoterapia foi

criado. A direção geral coube a Cecília, que imprimiu sua visão de educação. Dóris ficou como coordenadora e Benenson responsável pela orientação técnica .

O Curso foi planejado para o período de um ano. Em 1972, matricularam-se 130 alunos, sendo necessário organizar três turnos – duas turmas pela manhã, uma à tarde e uma à noite. No final do primeiro ano os alunos foram informados de que o curso seria ampliado para três anos, e dos 130 alunos, continuaram apenas cerca de 40. As turmas reduziram-se a duas – manhã e noite. No decorrer do segundo ano, o curso foi novamente ampliado e passou a ser de quatro anos.

Em 1973, ano seguinte ao início do Curso, foi enviado um projeto ao Conselho Federal de Educação, para sua aprovação em nível superior. O relator do projeto propôs mudanças e foi elaborado um novo projeto com quatro anos de duração (como já acontecia), incluindo aulas teóricas, aulas práticas e estágios supervisionados. O vestibular exigia prova de instrumento ou canto, teoria musical, biologia, tradução de um texto em língua estrangeira e entrevista prévia. Para obtenção do diploma era necessário apresentar uma monografia.

O Curso foi homologado pelo Conselho Federal de Educação em 1978. O programa aprovado era dividido em três áreas – científica, musical e sensibilização – e focava três campos de aplicação – retardo mental, psiquiatria e reabilitação – áreas estas em que havia a prática clínica anterior.

As características do curso e as vivências na sensibilização, área inexistente em qualquer outra especialidade no campo terapêutico, surpreendiam os alunos, especialmente as aulas de Corpo, Som e Objeto Sonoro, dadas por Cecília, que “mexem com criatividade, mexem com o ser humano” segundo ela própria.

O currículo foi modificado através dos anos, para atender exigências do Ministério da Educação, suprir falhas verificadas pelo corpo docente e direção e ainda para atender a reivindicações dos alunos. Com o decorrer dos anos, o ensino específico

de musicoterapia foi se tornando cada vez mais aprofundado, pelo aumento das pesquisas e teorizações.

Formaram-se na primeira turma cerca de 40 alunos. Este número foi caindo e a partir de 2000, havia menos de 15 alunos por turma.

Em 1992, Cecília incumbiu Lia Rejane Mendes Barcellos de elaborar um curso de especialização para musicoterapeutas graduados. Como profissionais formados em áreas afins (professores de educação musical, de musicologia, da área de saúde) trabalhavam usando música, julgou-se que era necessário dar uma formação adequada e a especialização foi aberta a eles. Os musicoterapeutas resistiram muito, por acharem que aumentaria a concorrência no mercado de trabalho, mas a ideia prevaleceu.

O curso de pós-graduação *latu sensu* teve início em janeiro de 1994, com carga horária de 390 horas, além de estágios. Há um processo de seleção, que inclui, entre outras, uma prova de habilidade no instrumento de domínio do candidato, constando da execução de duas peças eruditas e improvisação no instrumento. Há ainda o exame do curriculum vitae e uma entrevista individual. Foram oferecidas 15 vagas.

O curso foi organizado em módulos, nos meses de janeiro e julho, para facilitar o acesso à musicoterapia a graduados que morem distante dos centros de formação de musicoterapia. O primeiro módulo visava nivelar os graduados em áreas afins.

A procura era pouca no Rio, mas muitas pessoas de fora, das mais diversas áreas profissionais, têm se formado como especialistas, ajudando a difundir a musicoterapia por outros locais do Brasil. A pós-graduação foi um grande sucesso do curso. A coordenadora é, desde seu início, Lia Rejane.

## O saber

A nossa produção de saber deixa a desejar. Nos 14 números dos Boletins da ABMT, publicados durante oito anos, encontramos cerca de trinta trabalhos de 19 musicoterapeutas do Rio. Destes, poucos foram escritos especialmente para os Boletins. Grande parte era constituída de resumos de monografias, principal produção de saber musicoterápico na ocasião, ou trabalhos apresentados em eventos. Encontramos nestes oito anos, apenas três artigos de cunho teórico e três sobre pesquisa. Os restantes referem-se à prática clínica, a formação do musicoterapeuta e à implantação de serviços.

Os demais artigos eram traduções de autores estrangeiros e contribuições de médicos e outros profissionais de saúde sobre a musicoterapia como coadjuvante dos tratamentos tradicionais. Interessante a transcrição de um texto de 1906 “O valor da música como terapia” de Oscar Nery da Costa.

Os primeiros textos não apresentavam bibliografia, uma vez que descreviam experiências pessoais. Naquele primeiro momento ainda era necessário frisar que a musicoterapia é um tratamento e não apenas diversão.

Quando começam a ser apresentados referenciais teóricos, eram citados mais frequentemente alguns postulados de Benenzon como o Princípio de ISO, o uso dos instrumentos musicais como objeto intermediário da relação terapêutica e a abertura de canais de comunicação. A ênfase estava na música, embora não se explicasse o porquê do seu uso. Poucos destes primeiros textos sobre a clínica se referem à relação terapeuta/paciente e à música como linguagem.

O último Boletim foi publicado em 1983 e só em 1996 foi criada a Revista de Musicoterapia pela UBAM.

Na Revista, a preocupação em buscar bases científicas para a musicoterapia torna-se evidente. Inicialmente a maioria dos artigos debruça-se sobre teorias psicológicas e/ou pedagógicas, e são relegados a segundo plano os estudos sobre a música em si, o elemento que nos difere e nos identifica enquanto terapeutas. Posteriormente, valorizam-se ambos os aspectos – a música e a relação terapêutica. Diversos autores afirmam que a música é uma linguagem com elementos não ou pré-verbais o que propicia a comunicação de conteúdos próprios e a relação/comunicação entre o musicoterapeuta e o paciente; outros que a música ativa áreas cerebrais, pelos efeitos do movimento vibratório dos sons e/ou pela ação de fazer música. Poucos estudam ambas as hipóteses.

Todos os artigos na Revista apresentam bibliografia, mas poucos citam musicoterapeutas brasileiros. Porque o desinteresse ou a ignorância do que foi publicado por nossos musicoterapeutas? Talvez pelo complexo de vira-lata”, talvez pela dificuldade de acesso aos textos nacionais. Durante treze anos não tivemos um veículo para publicar nossos artigos, que eram divulgados principalmente nos diversos eventos. Era necessário procurar revistas médicas, psicológicas ou psicopedagógicas para publicar. Alguns publicaram em revistas estrangeiras. Exemplo candente Gaby, “Musicoterapia com deficientes físicos no Brasil” no British Journal of Music Therapy em 1973. Como dissemos, em 1996 foi criada a Revista. Em 2005, estava previsto o lançamento do oitavo número. No primeiro ano foram lançados dois números. A periodicidade diminuiu, e até o fim deste estudo foi publicado menos de um número por ano. Acredito que a falta de recursos financeiros tem dificultado manter a periodicidade.

Um ponto a ser abordado é a pequena quantidade de livros sobre musicoterapia. O primeiro livro brasileiro foi publicado no Paraná em 1977, por Clotilde Leinig, pouco conhecido pelos musicoterapeutas do Rio de Janeiro. Após 12 anos, começaram a ser publicados livros no Rio de Janeiro.

No meu conhecimento, de 1989 a 2005, um período de 16 anos, haviam sido publicados doze livros, de 10 autores, alguns com mais de um livro, outros escrevendo em parceria. A publicação de livros esbarra muitas vezes na resistência das editoras, que temem não conseguir vendê-los e por este motivo exigem freqüentemente que os autores arquem com parte dos custos, se não com a totalidade, o que nem todos têm a possibilidade de fazer. Alguns de nós tivemos a oportunidade de publicar sem ônus e até recebendo direitos autorais.

A pesquisa e sua pequena produção também merece ser abordada. ABMT criou um Departamento de Pesquisa em 1973, mas poucas pesquisas foram realizadas. O Departamento menciona apenas uma pesquisa feita em colaboração com a faculdade de psicologia da UFRJ.

Nos boletins foram publicados somente três textos sobre o assunto. Um sobre a necessidade da pesquisa, um sobre métodos e um terceiro, uma pesquisa incipiente, cujos resultados não foram significativos, principalmente pelo nível de respostas obtidas, menos de um terço dos questionários distribuídos.

Merecem destaque duas pesquisas realizadas no IPUB, a partir de 1982, por dois motivos. A obtenção das duas primeiras bolsas do CNPq para musicoterapeutas e a concessão de verba da FINEP para o IPUB, a fundo perdido. A primeira pesquisa visava comprovar a eficácia da musicoterapia e como ocorria o desenvolvimento do paciente durante o processo musicoterápico. Estendeu-se por dois anos. Os bons resultados obtidos levaram à segunda que propôs-se a fundamentar teoricamente o processo musicoterápico, focalizando aspectos psicológicos e a linguagem musical. Foi desenvolvida em três anos.

A partir de 1997, começam a ser publicados resultados de pesquisas na Revista Brasileira de Musicoterapia. Até 2004, ocorreram cinco Encontros Nacionais

de Pesquisa em Musicoterapia. No V Encontro foram apresentados 19 temas livres referentes a estudos e pesquisas. Foram feitas várias propostas para incrementar a produção de pesquisas, mas não foram concretizadas. As pesquisas aumentaram principalmente devido aos Cursos de pós-graduação strictu sensu feitos pelos musicoterapeutas. Outro fato importante foi a criação do Núcleo de Pesquisa do CBM, do qual fazem parte duas musicoterapeutas.

## Para onde vamos

Após 2005, muita mudança deve ter ocorrido. Na internet uma chapa para 2006 -2008, possivelmente revendo o passado, faz uma crítica às gestões da AMT-RJ que, acreditam, “tem girado em torno de atividades, muitas vezes desvinculadas de objetivos precisos (...) trazendo uma falta de clareza (...), uma diminuição da eficácia das ações.” Para sanar este problema querem implantar um modelo de gestão com uma visão estratégica e estabelecer meios de avaliação que direcionem a tomada de decisões. Com isto seria evitado o desgaste de pessoas e recursos em iniciativas de pouco impacto. Foram determinados metas e objetivos prioritários. As atividades foram encaixadas como planos de ação, relacionados aos objetivos e metas.

Traçar uma estratégia para as ações do Conselho Diretor merece parabéns. É um grande passo adiante, mas não basta. Nenhuma diretoria tem o poder de realizar tudo que é necessário sem o apoio dos sócios. Quanto maior for a união dos musicoterapeutas com a associação, oferecendo críticas e sugestões e contribuindo financeiramente, quanto maior o interesse dos musicoterapeutas em produzir saber e divulgá-lo, mais cresceremos. Depende de nossa vontade. Vamos para onde quisermos. Depende de nós.

## DE ONDE VIEMOS E ONDE ESTAMOS: UM 'PONTO DE MUTAÇÃO' NO CAMINHO DA MUSICOTERAPIA<sup>1</sup>

Lia Rejane Mendes Barcellos<sup>2</sup>

Vou fazer um pequeno recorte e parar sobre a mesma ponte à qual a nossa colega Clarice Moura Costa se referiu em sua palestra, para uma visão de um rio que foi se abrindo num caminho que permitiu uma mudança que pode ser considerada como um ponto de mutação.

Vou fazer um pequeno recorte e parar sobre a mesma ponte à qual a nossa colega Clarice Moura Costa se referiu em sua palestra, para uma visão de um rio que foi se abrindo num caminho que permitiu uma mudança que pode ser considerada como um ponto de mutação.

Essa mudança adveio de um convite no início da década de 80, para que a profa. Cecília Conde<sup>3</sup>, Diretora do Curso de Musicoterapia e eu<sup>4</sup>, à época Coordenadora do Curso de Formação de Musicoterapeutas, visitássemos o *Centro de Recepção e Triagem de Menores*<sup>5</sup>, localizado na cidade do Rio de Janeiro, na Ladeira do Ascurra, com o objetivo de inserção de estagiários de musicoterapia na referida instituição. Imediatamente um grupo de estagiários iniciou o trabalho, supervisionados pela

---

1 Participação na Mesa Redonda "De onde viemos e para onde vamos" no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - AMT-RJ 50 anos: De onde viemos, para onde vamos? IPUB, Rio de Janeiro, Setembro de 2018.

2 Doutora em Música (UNIRIO); Mestre em Musicologia (CBM-CeU - RJ); Especialista em Musicologia e em Educação Musical (CBM-CeU - RJ). Graduada em Musicoterapia (CBM-CeU); Graduada em Piano (AMLF-RJ). Coordenadora e profa. da Pós-graduação e do Bacharelado em Musicoterapia (CBM-CeU). Fundadora da Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco (CBM-CeU). Professora convidada de Cursos de Pós-graduação no Brasil (Ceará; Bahia). Musicoterapeuta pesquisadora convidada da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Autora de livros sobre musicoterapia, capítulos de livros nos Estados Unidos, Espanha e Colômbia, e artigos publicados na Alemanha, Argentina, Brasil, Espanha, França, Estados Unidos e Noruega. Membro do Conselho Diretor da World Federation of Music Therapy e Coordenadora da Comissão de Prática Clínica por dois mandatos. Parecerista e Editora para a América do Sul da Revista Eletrônica Voices (Noruega) de 2001 a 2015. Ex-Membro do Conselho Diretor da World Federation of Music Therapy. [liarejane@gmail.com](mailto:liarejane@gmail.com)

3 Fundadora do primeiro Curso de Graduação em Musicoterapia oferecido no Brasil em 1972 (com Doris Hoyer de Carvalho e Gabriele Souza e Silva).

4 Coordenadora do referido Curso (de 1976 a 1990).

5 Uma instituição da Fundação Estadual de Educação de Menores (FEEM).

Profa. Cecília Conde e, provavelmente aí nascia a musicoterapia na Área Social, como passou a ser chamada.

Logo depois, a *Fundação Estadual de Educação do Menor* (FEEM) solicitou estagiários para outras instituições a ela ligadas. Novo grupo foi formado, trabalhando ainda sob a mesma supervisão. Como à época a Profa. Conde realizava uma pesquisa sobre música no Morro da Mangueira, logo depois, novo estágio ali foi aberto, expandindo o trabalho na Área Social.

E aqui cabe uma palavra sobre a terminologia “Área Social”, por nós adotada desde então: o musicoterapeuta norueguês Brynjulf Stige, convidado internacional deste evento, que se dedica à musicoterapia comunitária, escreveu um artigo em 2003 sobre as raízes dessa musicoterapia, a partir de um levantamento da literatura mundial sobre o tema. Um dos aspectos aí discutidos é a ampla terminologia usada para definir a área. No entanto, parece que na América Latina, segundo o autor, haveria um consenso no emprego de “Área Social”, terminologia esta anteriormente abandonada mas voltando a ser utilizada.

Seguindo o curso desse rio, voltamos ao início do ano de 1999, quando ainda a profa. Conde, a então coordenadora do curso de graduação em Musicoterapia do CBM: a Mt. Paula Carvalho e eu, fomos a uma reunião com o Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o médico Dr. Ronaldo Gazolla, e com a Equipe Municipal de Saúde, que à época era encarregada da implantação da Reforma Psiquiátrica e da organização e direção dos CAPS<sup>6</sup>, momento em que estava nascendo a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Nessa reunião ficou resolvido que a musicoterapia seria imediatamente

---

<sup>6</sup> Centros de Atenção Psicossocial, que têm o objetivo de oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Dos dispositivos de atenção à saúde mental, os CAPS têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a sua criação possibilitou a organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país ou seja, uma mudança na tradição hospitalocêntrica.

inserida nos CAPS e, em agosto de 99, quatro CAPS receberam musicoterapeutas, mais dois em setembro, e outro em janeiro de 2000<sup>7</sup>. Também nessa ocasião ficou decidido que a musicoterapia seria inserida no primeiro concurso que fosse realizado para contratação de pessoal, o que aconteceria logo após, em 10 de junho de 2001, selando a parceria CBM - Prefeitura do Rio de Janeiro.

Também se decidiu que todos os musicoterapeutas que fossem trabalhar tivessem supervisão, em caráter obrigatório, com um musicoterapeuta<sup>8</sup>.

A partir de então, concursos públicos vêm sendo realizados no Estado do Rio de Janeiro e muitos são os musicoterapeutas que trabalham não só nos CAPS, mas, também, em outras instituições, como resultado da participação nesses concursos.

Assim, desde 90 estamos, no Estado do Rio de Janeiro, participando de concursos, juntamente com outros profissionais da saúde. No entanto, só em 2011, essa situação foi oficializada em todo o Brasil com a inserção da musicoterapia no SUAS (VITOR, 2012).

Portanto, talvez a mudança mais significativa tenha advindo da Reforma Psiquiátrica, pois, certamente, abriu as portas para novas práticas, na medida em que eram muitas, e ainda devem ser, as atribuições que os musicoterapeutas tinham e têm nos CAPs, além do exercício da musicoterapia, como se pode constatar no esquema abaixo.

Como supervisora de estágios na área de Saúde Mental, assim registrei as atividades realizadas pelos musicoterapeutas nos CAPs

<sup>7</sup> A Lei Federal de Saúde Mental, nº 10.216, que regulamenta o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi aprovada em abril de 2001.

<sup>8</sup> Na época eu era a supervisora em Saúde Mental mas passei a dar uma supervisão exclusiva aos musicoterapeutas dos CAPs.



Não sei se ainda hoje todas estas atividades continuam a ser desempenhadas pelos musicoterapeutas mas, seguramente, algumas delas ainda devem fazer parte dessas práticas.

Contudo, o que deve ser registrado, aqui, é que estas mudanças provocaram um 'efeito cascata' com alterações tanto das disciplinas que faziam parte do currículo do curso de Musicoterapia, como dos estágios que se ampliaram e que deram origem ao surgimento do que reconheço como 'Novas práticas', que defino como

aquelas que diferem da musicoterapia tradicional (reabilitação, deficiência intelectual e saúde mental, psiquiatria em hospitais psiquiátricos, deficiências sensoriais - auditiva e visual) por serem realizadas em **novas áreas** de atuação, em **novos espaços**, por **adequarem os procedimentos tradicionais** ou criarem novos (entrevista, testificação musicoterapêutica...), por admitirem **novas teorias** de fundamentação, realizarem **novas atividades** e empregarem **novas técnicas**, pelo fato de os musicoterapeutas **assumirem papéis** anteriormente não desempenhados (terapeuta de referência, por exemplo), ou, ainda, pela utilização de **novas ferramentas tecnológicas** não só na prática mas, também, para análise e avaliação dos processos terapêuticos (BARCELLOS, 2013).

Nessas novas práticas, o musicoterapeuta sai da sua sala, onde está "protegido" pela sua identidade, para se expor mais, ocupando os mesmos espaços que os outros terapeutas e com eles compartilhar/dividir as mesmas responsabilidades, inclusive a de **terapeutas de referência**.

Entretanto, outras práticas podem ser consideradas novas, se comparadas às

tradicionais: o atendimento a ‘meninos de rua’<sup>9</sup> (MORAES, Lenita e BARCELLOS, 1993); projetos com experiências de composição, gravação e comercialização de CDs<sup>10</sup>; a inserção dos integrantes dos CAPS na Comunidade; no carnaval; no carnaval no *setting* musicoterápico e na rua, como o Coletivo Carnavalesco “Tá pirando, pirado, pirou!” criado em 16 de dezembro de 2004, pelo psicanalista Alexandre Wanderley e do qual a mt. Polyana Ferrari participou durante alguns anos (FERRARI, 2012); nos movimentos desinstitucionalizantes com usuários em longa permanência: a clínica dentro dos lares protegidos (AQUINO, 2009); nos ‘consultórios de rua’; nas salas de espera de postos de saúde; nos ambulatórios de hospitais (ZANINI, 2013); na clínica domiciliar (WROBEL, 2012), (existente desde 80 mas hoje mais no atendimento a idosos); no sistema de saúde privado (na UNIMED com DELABARY, em Bagé, no RS - DELABARY, 2012); no Coro da UNIMED com MAIDANA e BRASIL, 2016), no atendimento de crianças e adolescentes em diálise (BARCELLOS e FLORENZANO, 2010); com vítimas de acidentes de trânsito no NAVI<sup>11</sup> (Núcleo de Apoio às Vítimas de Trânsito - DETRAN (RJ, 2012/2013), com ‘luto inesperado’ (AZEVEDO, T. de M. 2015<sup>12</sup>), e muitas outras, certamente, das quais não tenho informações.

Abaixo estas novas práticas, mostrando a ampliação da prática clínica da musicoterapia

9 Mantida a terminologia da época em que o trabalho foi realizado (1993). Hoje, “Meninos em situação de rua”.

10 Com a organização de songbook (Vidal, A. *Cancioneiros do IPUB*, 1998); Sidney Dantas (*Harmonia enlouquece*), com três CDs gravados, s/d e apresentações públicas, incluindo a participação em novela de sucesso da TV Globo, que pelo alto padrão de produção de suas novelas as exporta para muitos países do mundo; Raquel Siqueira da Silva (*Os Mágicos do Som*, s/d), e Richa e Moraes (*Os Impacientes*, s/d, em Juiz de Fora).

11 Núcleo de Apoio às Vítimas de Trânsito - DETRAN (RJ, 2012/2013), com ‘luto inesperado’.

12 Azevedo, Thalyta de Matos. “A lembrança que o outro cantou”: musicoterapia no processo de ‘luto inesperado’. Monografia de conclusão do Curso de Bacharelado em Musicoterapia. Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 2015.

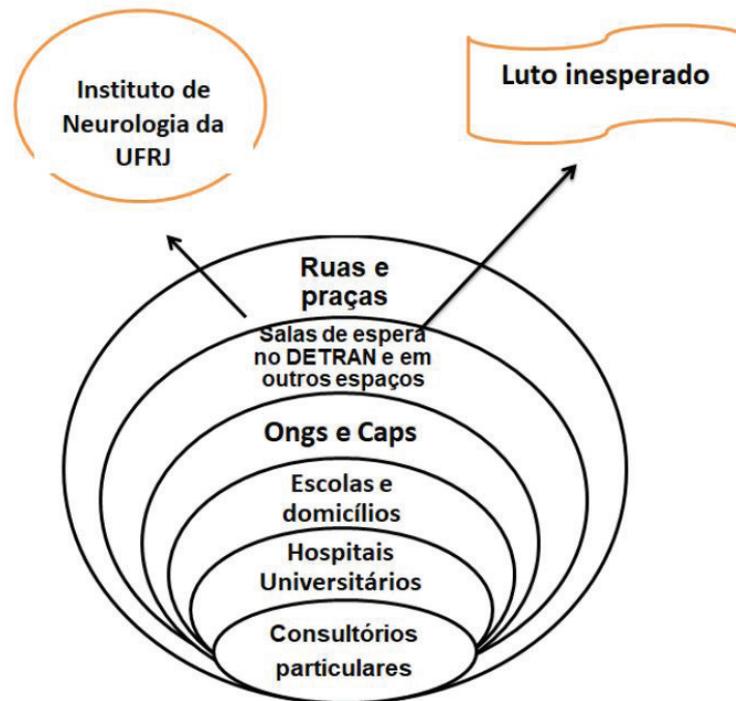


Figura 2.

E, para terminar, quero me referir ao trabalho do mt. Paulo de Tarso Peixoto, que vem sendo realizado em Macaé – com sua Heterogênese Urbana - que tem braços que atualmente chegam a países da Europa onde o musicoterapeuta tem sido chamado para se apresentar.

Enfim, considero que a denominada Musicoterapia Social e a Reforma Psiquiátrica alavancaram e foram as sementes de práticas que ampliaram não só a prática da musicoterapia mas, também, os horizontes dessa prática.

## Referências

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

FAGUNDES JÚNIOR, Hugo Marques; DESVIAT, Manuel. FAGUNDES DA SILVA, Paulo Roberto. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. **Ciência & Saúde Coletiva vol. 21 no. 5**. Print version ISSN 1413-8123. On-line version ISSN 1678-4561. Rio de Janeiro. May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.00872016>.

VITOR, Jaqueline S. F. **Implementação da Musicoterapia no Sistema Único de Assistência Social**: Movimentos e Organização Política. XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Olinda, 2012.



## NOSSO TERRENO COMUM: MÚSICA EM MUSICOTERAPIA<sup>1</sup>

*Marcus Vinicius Machado de Almeida<sup>2</sup>*

O campo conceitual da musicoterapia é diverso, amplo e até algumas vezes contraditório e paradoxal. Entretanto, apensar da dificuldade de circunscrever pensamentos hegemônicos para a profissão, em algumas zonas temáticas, uma certa aproximação entre os diferentes atores parece um pouco mais possível. A problematização sobre o que seria música em Musicoterapia, não só é extremamente tensa, mas, ao mesmo tempo aparenta conectar de maneira mais ou menos interessante os profissionais musicoterapeutas.

Mas a aproximação produzida no campo pela discussão do que seria a música em Musicoterapia não se faz sem dificuldades e o tema, ao longo da trajetória brasileira da profissão, vem apresentando importantes discussões. É possível talvez afirmar que a Musicoterapia no Brasil se constitui como campo na medida em que discute sobre o entendimento da música na profissão. Um dos textos mais emblemáticos que se tornou um clássico na área é “A natureza polissêmica da música e musicoterapia” (1996) escrito por Lia Rejane Mendes Barcellos e Marco Antônio Carvalho Santos. Destacam-se também as pesquisas realizadas por Clarisse Moura Costa (1989) dentre outras

Neste texto, produzido para a mesa “Saberes em Musicoterapia” no IV Seminário Estadual De Musicoterapia no Rio de Janeiro me foi solicitado que retomasse o tema da música em musicoterapia. O que me provocou para pensar neste tema foi minha experiência na tentativa de construção do curso de Musicoterapia na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Este processo

1 Participação na Mesa Redonda “Saberes em Musicoterapia” no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018 no IPUB – UFRJ.  
2 Professor do Departamento de Arte Corporal e Coordenador da Graduação em Musicoterapia da UFRJ. Graduação em Composição Musical (CBM), Graduação em Terapia Ocupacional (FRASECE) e especialista em Musicoterapia (CBM). [marcusvmachado@globocom](mailto:marcusvmachado@globocom)

extremamente longo, perdurando mais de nove anos, teve várias tensões na sua estruturação. Uma destas foi exatamente a problematização de como deveria acontecer a formação musical do profissional musicoterapeuta. Estas discussões praticamente apareceram em todas as fases de organização e aprovação do projeto político pedagógico, talvez sendo a mais problemática na organização do fluxograma. Há dois motivos relevantes deste processo da graduação de musicoterapia que devem ser revelados. O primeiro é que desde o início da construção do projeto do curso eu e a professora Beatriz Salles defendíamos, por uma questão de princípio ideológico existencial, a não realização da prova de habilidade específica e o segundo é que, na primeira fase do projeto, a Escola de Música da UFRJ não seria uma unidade acadêmica que participaria da graduação, sendo que a formação musical ficaria a cargo do Departamento de Arte Corporal/Dança da Escola de Educação Física e Desportos.

Neste processo de criação do curso de Musicoterapia na UFRJ me indaguei várias vezes se havia uma certa área comum quando se pensa Música em Musicoterapia. Isto implica indagar se há uma clareza sobre quais saberes musicais devem participar da formação de um musicoterapeuta ou quais os universos sonoros seriam importantes vivenciar e dominar nesta formação, bem como arguir sobre o que entendemos como música, que é geralmente compreendida como comunicação, linguagem, expressão. Retornamos então, a partir destas questões, a problematização entre os conceitos de som e música e indagamos: quando o som é caracterizado como música? Seria a musicoterapia o campo que lida com som ou música?

É claro que aqui não serão apresentadas respostas, mas apenas queremos fomentar um campo complexo, divergente, contraditório. Não para buscar um antagonismo improdutivo nestas diferenças, mas para habitar um potente campo de inúmeras problematizações e criações. Mas o nosso caminho preferencial aqui tomado será o da genealogia, segundo a intuição de Nietzsche (2009). A genealogia

é uma forma de pesquisa que não privilegia história monumental, isto é dos grandes fatos históricos reconhecidos e consagrados. Mas na contramão da história oficial, tenta trazer à tona e dar visibilidade a fatos e subjetividades que, por forças políticas, foram sepultados, apagados, negligenciados ou esquecidos, acreditando que nesta indivisibilidade há forças políticas da história que torna menores eventos diferenciados daquelas que se constituíram como legítimas. Desenvolver uma genealogia significa compor as múltiplas forças, vozes e olhares que constituíram determinados saberes; trata-se de investigar e analisar muito mais os jogos de forças que constituíram a história do que apresentar a própria história. Ao revelar o que a história ocultou, muitas vezes compreendemos de forma mais intensa subjetividades que nos formam e descobrimos o que pensamos e porque pensamos e, então, desnaturalizamos aquilo que é tomado como verdadeiro e universal. Nietzsche afirma que

quanto maior for o número de afetos aos quais permitamos dizer sua palavra sobre uma coisa, quanto maior for o número de olhos, de olhos diferentes que saibamos empregar para ver uma mesma coisa, tanto mais completo será nosso "conceito" dela (NIETZSCHE, 2005, p. 155).

Outro elemento relevante que devemos arguir no campo da musicoterapia é como o som ou a música pode funcionar como dispositivo nas práticas clínicas, ou como sua ação transformadora e terapêutica se processaria. Aqui apresentamos algumas possibilidades para pensar esta questão.

Dentre as concepções mais presentes na musicoterapia, a defesa da música como linguagem, como expressão singularizada do sujeito parece ser uma das mais presentes. Nesta direção, a música permitira a expressão da pessoa e formas de comunicação que fazem surgir relações entre os indivíduos e a partir daí a compreensão das angústias e desejos deste, possibilitando transformações da subjetividade.

Outra possibilidade para pensar os processos musicoterapêuticos se voltaria para o aspecto físico das ondas sonoras. Dificilmente poderíamos negar que existem propriedades físicas dos sons que contêm efeitos clínicos. Na fisioterapia, por exemplo, o ultrassom (frequência sonora que é inaudível ao ser humano) pode ser

usado como anti-inflamatória e diminuição da dor. Outro exemplo, ainda mais simples, ocorre quando um diapasão é tocado e colocado em uma proeminência óssea. O osso como um todo, funciona como uma caixa de ressonância, logo ele vibra e por isso também faz vibrar o periósteo. Esse é um dos caminhos que pode ser empregado para normalizar a sensibilidade do corporal quando há uma lesão encefálica central. Neste caso, a música ou o som é usado não como uma estrutura de linguagem, mas como um efeito sonoro em um processo acústico e fisiológico. Essa seria uma ação pertinente à musicoterapia, pois aqui não estamos falando propriamente de música?

Outra questão muito importante a ser mencionada: a execução musical como recurso para a estruturação do corpo. A formação pedagógica de instrumentistas e cantores possui métodos eficazes para a conquista de certas tecnologias e ações corporais, que poderiam ser empregados em processos de reabilitação na deficiência física e que levariam ao restabelecimento de certos movimentos e funções psicomotoras perdidas ou não desenvolvidas.

Problematizando esses diversos usos do som e da música, chegamos a indagação sobre o que caracteriza a musicoterapia: é uma relação terapêutica estabelecida? A escuta terapêutica realizada pelo musicoterapeuta? Técnicas e procedimentos da área? O entendimento da música como linguagem?

Porém há mais problematizações. A área social, crescente na atualidade, faz uma crítica profunda aos modelos clínicos, uma vez que estes profissionais tem que lidar com certos fatos (que eu vou chamar aqui de um sofrimento social), em que a discussão política sobre aquela situação seria muito mais pertinente do que as provocadas pelo modelo do sofrimento do sujeito em sua intimidade ou qualquer outra inferência clínica ou terapêutica. Portanto, as questões políticas e sociais também nos atravessam e fazem repensar o papel da musicoterapia, bem como o da música na formação do musicoterapeuta.

Uma última questão aqui levantada é qual o universo musical que deve pertencer à formação do musicoterapeuta, pois quando falamos de música sabemos da diversidade de produção desta arte em diversas culturas e tempos.

Nessa minha desventura não linear, para refletir a música na musicoterapia, um caminho faz sentido para mim, que é buscar em certos aliados algumas questões para discutir novas direções. A primeira coisa a entender é que a musicoterapia é extremamente diversa nos seus métodos, atuações e formas de pensar. Não só a música é polissêmica (BARCELLOS; SANTOS, 1996), mas a própria musicoterapia carrega uma polissemia de sentidos que também dificulta entender com clareza esse território que nos seria comum.

No campo da musicoterapia brasileira a formação musical ainda apresenta uma hegemonia da música tonal ocidental. E devido a esta base teórica podemos seguir algumas pistas. É claro que o uso preferencial do sistema tonal ocidental na formação já conduz alguns sentidos para a música em musicoterapia. Podemos realizar a estratégia de aproximar a musicoterapia de sensibilidades provenientes de outras linguagens artísticas. Entretanto, é comum quando estudamos a arte ocidental, num primeiro momento, buscarmos um certo paralelismo entre as linguagens artísticas, como se todo o Romantismo ou todo o Modernismo fosse igual. Não! Cada linguagem, dentro de um mesmo período, tem um caminho diferente. O exemplo clássico para isso encontra-se no Expressionismo. O Expressionismo na música foi completamente diferente do que ocorreu no Expressionismo em dança. Enquanto o Expressionismo na música tem como forte caracterização a criação do dodecafonismo por Schoenberg, com uma sistematização extremamente sofisticada e complexa da composição musical, na dança se concebe uma perspectiva completamente distinta: entender que qualquer corpo, em sua simplicidade gestual poderia dançar. Rudolf Laban, um personagem principal deste movimento, gostava de experimentar sua arte com trabalhadores e não bailarinos, caracterizando uma outra lógica corporal.

Acredito que a lógica expressionista em dança é mais próxima aos processos clínicos que do que a da música do mesmo período. Como se observa, outros campos, com suas lógicas diferentes, nos ajudam a pensar certos processos em musicoterapia. Creio que diversos pensamentos que compõem o campo da arte e clínica, não vieram do campo musical, porém de terrenos estrangeiros.

A separação ocorrida entre as linguagens artísticas foi uma estratégia do mundo ocidental estudada por Bourdieu (2005) que é identificada como um processo de autonomização, de limitação e criação das regras e modos de funcionamento de cada uma das modalidades artísticas. Num primeiro momento, Bourdieu aponta que a arte ocidental precisou se separar da ciência na Modernidade, formando um campo próprio, autônomo. Mas, seguindo a mesma lógica de autonomização, as próprias linguagens artísticas buscaram sua autonomia entre elas e, nesta trajetória, passam a refletir sobre seus próprios conteúdos, sobre seus próprios elementos composicionais em um procedimento que será denominado de autoreflexivo (VALIER, 1980).

A música ocidental, dentre todas as linguagens, foi a mais bem sucedida neste processo de autonomização, logo se tornou a mais hegemônica entre as demais modalidades artísticas, conseguindo um rápido processo de legitimação (BOURDIEU, 2005). E como consequência deste fato, temos hoje a musicoterapia. A música é a única linguagem artística própria no campo da clínica que conseguiu estruturar uma profissão específica de forma mais efetiva. Esta proeza da musicoterapia, conseguindo se afirmar como uma profissão universitária, se deve a legitimação do campo da música como um todo. Não devemos pensar que a musicoterapia teria funções clínicas superiores à dança, ou ao teatro, por exemplo, e por isso foi a mais legitimada. Contudo, seu reconhecimento se dá num campo de forças repleto de hierarquias e legitimações. Com o reconhecimento da musicoterapia, que pertence ao campo hegemônico da música, corremos o risco de criarmos lógicas que às vezes são clichês e impedoras de reflexões feitas a partir de forças minoritárias, extremamente importantes para se

repensar e recriar o campo da profissão.

Continuando com essas problematizações, vou trazer duas derivas do campo da arte para entendermos possíveis caminhos para pensarmos a música em musicoterapia. Primeiramente eu retomo ao Renascimento. Neste período, nas obras produzidas, além da criação singular de cada artista, a arte teria a função apresentar certas estruturas codificadas que dariam um plano de composição e ao mesmo tempo deveriam ser lidas. Havia uma espera do esperado (TROTТА, 2011), entendendo por a espera do esperado a forma como cada criador expressava de maneira pessoal elementos considerados universais da arte e que devem e são ansiados em uma obra. Quando olhamos, por exemplo, a arte renascentista, ela tem uma lógica de estrutura muito organizada e certas figuras geométricas devem aparecer, identificadas e lidas. Era comum a pintura apresentar o triângulo, o quadrado e o círculo. Elas tinham um significado: o quadrado representaria a terra, com seus quatro vértices simbolizando os quatro elementos - terra, água, fogo e ar. O triângulo representaria o mundo espiritual e os vértices indicavam a santíssima trindade (pai, filho e espírito santo). O círculo é a figura que seria capaz de unir os dois mundos.



Fig 1 – Santa Ceia de Leonardo da Vinci (1498)

Na famosa pintura de Leonardo da Vinci, “A Santa Ceia” (1498), Cristo, figura espiritual e ao mesmo tempo terrena, tem seu corpo em forma de triângulo, atrás

dele o aparece um quadrado marcado pela porta e acima uma semicírculo em forma de portal. Caberia ao espectador encontrar estas e outras estruturas geométricas e interpretar: cristo é a figura espiritual que desceu a terra para unir estes dois mundos.

Assim, o homem renascentista deveria saber reconhecer as estruturas artísticas, consideradas universais, metafísicas e indispensáveis a toda e qualquer obra. Além destas estruturas, outros elementos deveriam ser apresentados, só que agora os símbolos específicos de mitologias, sejam eles Cristãos ou Greco-romanos. Por exemplo, no quadro “A primavera” (1482), de Botticelli, o espectador deve reconhecer e identificar os personagens e também o significado dado às diversas vegetações que aí se encontram e que se relacionam a estas mitologias formando um todo considerado coerente e narrativo. Eu vou chamar aqui, tanto os personagens e temáticas envolvendo o cristianismo e a cultura Greco-Romana de temas extraordinários.



Fig 2 – Primavera de Botticelli (1482)

Pode-se perceber que a música também tem essas mesmas relações, com a necessidade de serem identificadas certas estruturas e personagens. Na análise musical tradicional, identifica-se o sujeito, o contra-sujeito, demais estruturas

harmônica, rítmicas e a estas se configura uma certa significação esperada ou uma certa função estética, bem como usamos na música tonal clássica específicos modos musicais e não outros. Também é possível perceber que nas sinfonias, nas sonatas o número três aparece: os três movimentos. Igualmente as relações com o número quatro estão visíveis nas estruturas das frases musicais, geralmente com quatro compassos e na formação das quatro vozes dos grupos de instrumentos ou do coro.

Nessa forma de pensamento, com elementos codificados, há a necessidade de conquistar um conhecimento prévio dessas estruturas e signos. Para isso era preciso que os sujeitos necessitassem de uma formação acadêmica anterior, permitindo a ler ou estruturar esse modo de criação estética. Esta “leitura a priori de estruturas universais” pode ser reconhecida em certas maneiras de operar a musicoterapia.

Em algumas práticas da Musicoterapia, pode ocorrer o desejo de se verificar estruturas musicais ou “personagens sonoros” que poderiam ser lidos e correlacionados com certas subjetividades, comportamentos, sentimentos, imagens. Há uma conexão direta entre estruturas e universos musicais com uma dada interpretação. Neste caminho, o ato de decifrar, analisar ou ler contém uma parcela de singularidade que se verifica no modo como cada artista expressa de maneira própria estes elementos já precodificados.

Mas os sentidos dos símbolos e estruturas já estão dados, e o conhecimento destes foi produzido por um longo processo de inculcação, provenientes de uma formação escolar.

Em outra direção distinta, uma segunda deriva que pode ser observada na trajetória da arte ocidental é trazida pelo conceito de Paixão. Devemos lembrar que as estruturas geométricas na arte, sobretudo desejadas no Renascimento, têm uma relação com a valorização da razão como propriedade humana fundamental,

principalmente com o nascimento da modernidade. Entretanto, a partir do século XIX, com o nascimento do Romantismo há um certo espírito revolucionário contra um modo de existência da Era Moderna. Assim, a paixão representava uma resistência à consciência e a razão. Este modo de pensar dos românticos influenciará Freud em sua teoria do inconsciente e Nietzsche e sua radical crítica à metafísica e à racionalidade, sobretudo, à científica.

Com a valorização do conceito de paixão, ocorrem profundas transformações no modo como a arte era vista. Estas mudanças foram fundamentais para que se pensasse a arte como terapia. Na célebre obra de Nietzsche, “O nascimento da tragédia”, a embriaguez, estado humano não racional, aparece como vertente de resistência à razão; e a arte surge como consolo metafísico. “A força artística de toda a natureza, para a deliciosa satisfação do Uno-primordial, revela-se aqui sob o frêmito da embriaguez” (NIETZSCHE, 2003, p. 31). Além da embriaguez como modo de existir, o filósofo afirma a vida como sofrimento, pois somos marcados pela finitude da existência. Entretanto, a vida não precisa ser experimentada como sofrimento, pois a arte é um consolo metafísico, capaz de superar a dor, trazendo, através de sua embriaguez, a alegria. A arte, em sua embriaguez estética, é o que torna possível suportar o sofrimento real da existência. Para Nietzsche somente a arte e não a razão salva o ser humano. Na obra deste autor, o canto e a dança das bacantes realizadas durante o ritual dionisíaco criam uma ilusão, uma embriaguez. Para nós o conceito de embriaguez está próximo do conceito de paixão, como uma superação à razão, para que a vida se expresse em sua máxima potência. Assim, Nietzsche afirma: “A arte dionisíaca quer nos convencer do eterno prazer da existência” (NIETZSCHE, 2003, p. 105).

Estas mudanças no modo de ver a arte podem ser percebidas como forças iniciais constituidoras da subjetividade que possibilitará a arte no campo da clínica, incluindo a musicoterapia.

Além da arte como consolo metafísico, Nietzsche (2003), na obra “O nascimento da tragédia”, também trará uma nova concepção que será, de certa forma, importante para os processos da arte como clínica e conseqüentemente para a musicoterapia. Referimos-nos a ideia de hermenêutica. Como vimos, este filósofo, através da embriaguez realiza uma profunda crítica à subjetividade ocidental, que foi constituída baseada na metafísica e por isso a razão passa a ser valorizada. Mas Nietzsche resiste a este estatus quo, criando uma ontologia. Tomando como ponto de análise a tragédia grega de Eurípedes, “As bacantes”, Nietzsche cria para a arte uma hermenêutica particular. Na peça as “A bacantes” é narrado por Eurípedes o nascimento de Dioniso, filho de Zeus com uma mortal. Desta forma Dioniso era apenas um semideus e no Olimpo ele sofre para se fazer reconhecido. Ele entra em desentendimentos com seu pai e fora desqualificado como divindade por suas tias e por seu primo-irmão Penteu que era rei da cidade grega de Tebas, onde estava proibido o culto a este semideus. Para se vingar, Dioniso desce do Olimpo e na terra passa a realizar um estranho cerimonial: as mulheres das cidades gregas abandonavam seus lares para juntar-se a ele, transformando-se em bacantes, realizando rituais orgásticos que produziam um certo estado alterado da consciência, uma certa loucura, uma certa embriaguez. A permanente embriaguez das bacantes era provocada pela música, pela dança e pelo vinho presentes no ritual. Em sua vingança, Dioniso chegando à cidade de Tebas, abduz a mãe de Penteu, Agave, rainha de Tebas. Nua e em um transe, a rainha se junto ao grupo das bacantes, dançando e cantando. Penteu, enfurecido, tenta prender Dioniso, que logo é libertado. Mas durante sua presença no palácio de Tebas, ao lado de seu primo Penteu, Dioniso diz que o único modo de ser vencido seria por alguém que conhecesse os mistérios de seu ritual. Solicita a Penteu que ele mesmo fosse verificar as liturgias das bacantes das quais sua mãe participava. Travestido de mulher, para tentar se aproximar do grupo, Penteu, em cima de uma árvore, observa o ritual. Porém, instigadas por Dioniso, as Bacantes o descobrem e comandadas pela própria mãe do príncipe, o derrubam da árvore e o esquartejam, acreditando que ali

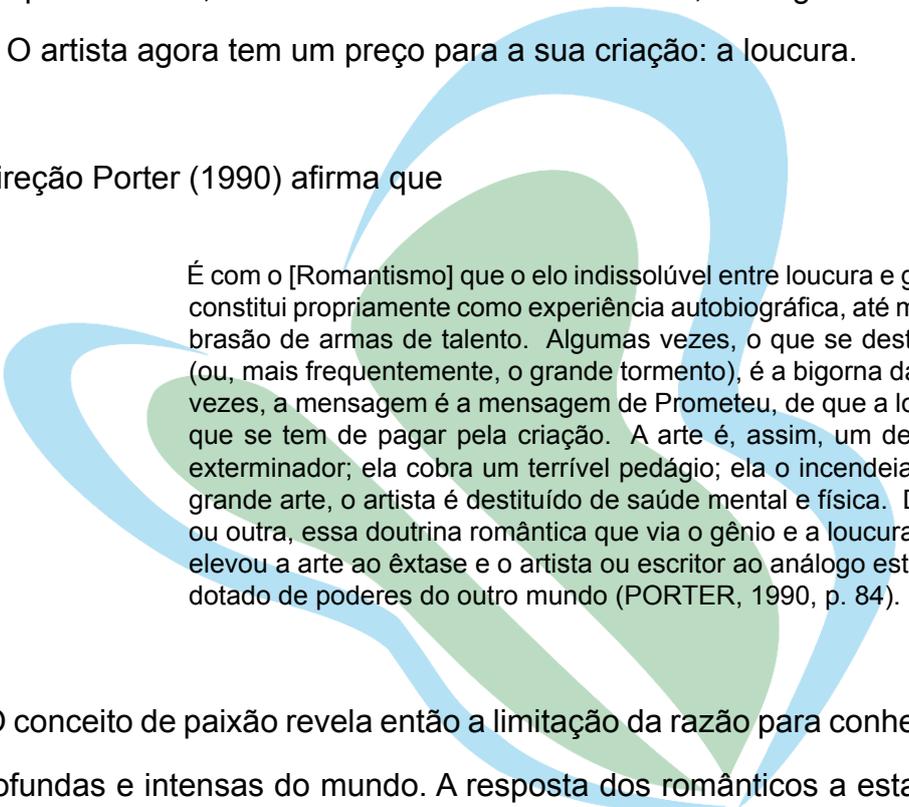
estava um filhote de leão. A própria rainha de Tebas, mãe de Penteu, Agave, coloca a cabeça arrancada do corpo do próprio filho morto em um tirso, e passa a desfilar com ela pelas ruas de Tebas. Por estar na ausência de sua consciência, embriagada, não percebe seu ato. O avô de Penteu e Pai de Agava, observando os poderes de Dioniso faz um pedido ao próprio semideus: que jamais acorde sua filha daquela embriaguez, pois se tivesse a consciência do ato que havia realizado, sofreria intensamente até o fim de sua vida. Assim, Agava, rainha de Tebas, é condenada a vagar por toda sua vida embriagada, e em alegria pelos rituais dionisiacos.

Nietzsche realiza uma singular interpretação da tragédia, isto é uma hermenêutica, afirmando que esta contém mistérios metafísicos, não uma metafísica a moda racionalista platônica, mas uma metafísica de artista. Para Nietzsche, a embriaguez de Agave é emblemática. A vida da rainha, após ter matado seu filho, seria marcada pela dor e sofrimento em sua realidade, entretanto sua embriaguez, produzida pela arte (dança e música) destituía sua razão e trazia a alegria.

Nesta interpretação particular feita pelo filósofo, não só é trazida uma nova subjetividade para a vida, isto é, a embriaguez superior a razão, como também cria-se uma hermenêutica: sobre as narrativas da obra de arte há sentidos, mensagens, significados ocultos que precisam ser revelados. Contudo, estas mensagens ocultas contidas na arte, não são compreendidas pela faculdade da razão simplesmente. Para desvendar estes segredos escondidos, é necessário ser um iniciado em seus mistérios, não mais através de uma formação técnica, mas sim através da sensibilidade, da intuição. Pela via não consciente, não racional é que chegamos à verdadeira experiência estética e existencial. Se no Renascimento a expertise da arte deveria ser formada na tradição para poder visualizar as estruturas consideradas belas e universais, agora o sentimento da paixão é que seria o guia condutor para desnudar o que há de mais oculto, intenso e importante na obra de arte. A partir do Romantismo, o cogito cartesiano é subvertido, e através da paixão é produzido um

novo cógito, o cógito do sonhador, como diria Bachelard (1978). A arte revela agora uma outra realidade, não aquela que se dá imediatamente, clara, linear pela razão, mas a arte permite sentir a existência através de uma embriaguez, uma ilusão reveladora, um sonho, um desejo oculto irracional, um delírio. E somente através deste outro modo de perceber a vida, a totalidade da existência acontece, neste fluxo de sensibilidade e irracionalidade. A arte, então, tem um preço: é a embriaguez, a desmesura, o desarrazoamento, a loucura, mas só nesta loucura do homem apaixonado é que somos capazes de ler, através da hermenêutica da arte, os segredos mais intensos da vida. O artista agora tem um preço para a sua criação: a loucura.

Nesta direção Porter (1990) afirma que



É com o [Romantismo] que o elo indissolúvel entre loucura e gênio artístico se constitui propriamente como experiência autobiográfica, até mesmo enquanto brasão de armas de talento. Algumas vezes, o que se destaca é a loucura (ou, mais frequentemente, o grande tormento), é a bigorna da arte nobre. Às vezes, a mensagem é a mensagem de Prometeu, de que a loucura é o preço que se tem de pagar pela criação. A arte é, assim, um demônio, um anjo exterminador; ela cobra um terrível pedágio; ela o incendeia. Para produzir grande arte, o artista é destituído de saúde mental e física. De uma maneira ou outra, essa doutrina romântica que via o gênio e a loucura como dúplices, elevou a arte ao êxtase e o artista ou escritor ao análogo estético do profeta, dotado de poderes do outro mundo (PORTER, 1990, p. 84).

O conceito de paixão revela então a limitação da razão para conhecer as coisas mais profundas e intensas do mundo. A resposta dos românticos a esta limitação da razão e da ciência foi buscar a essência das coisas por outras faculdades humanas e métodos capazes de abrir a visão plena do homem. Se a razão é cega à essência, por outro lado a paixão alastra nossa visão aos fundamentos mais profundos da vida e a arte — plena de sensibilidade, criação, emoção — é um dos canais privilegiados para nos conduzir à verdade.

Mas estas mensagens ocultas provenientes da arte não se mostram de forma simples, simétrica, cristalinas, logo não são geometrias perfeitas simplesmente visualizadas pela faculdade da razão. Para acessá-las é preciso operar uma outra

faculdade humana, a paixão, que não busca mais a figura esperada, mas espera pelo inesperado: formas singulares e díspares de revelar a essência.

Em um texto clássico de Freud, “Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância” (1996), o autor discute o quadro “A Virgem e o Menino com Santa Ana” (1508).

Neste quadro, Freud orchestra sua hermenêutica e realiza diversas interpretações e associações. Assim, as duas mulheres presentes na tela, Maria e Santana, seriam imagens que simbolizariam a relação amorosa com as duas mães que da Vinci teve em sua vida, a mãe biológica e a madrasta. Na pintura também pode ser visualizada a figura de um abutre desenhado nas vestes de Maria. Freud entende que essa figura, surgida de modo inconsciente, se relaciona com a homo afetividade do artista.



Fig 3 - A Virgem e o Menino com Santa Ana (1508) de daVinci

Freud para chegar a estas interpretações o faz por diversas associações entre memórias do artista, mitologias e fatos históricos, numa maneira que foge muito a

lógica linear clara e evidente de uma causalidade racional. Há um outro caminho agora: ao invés de apresentar as estruturas universais e metafísicas já conhecidas e esperadas, na hermenêutica do inconsciente, vasculha-se as imagens de modo singular e diretamente relacionados ao sujeito em questão. Tanto em Freud como em Nietzsche, a arte deve ser interpretada, através desta nova hermenêutica que busca os sentidos mais secretos que o artista quis expressar, que não são percebidos pela razão e que são mobilizados pelas paixões intensivas.

Aqui acontece um fator importante que ajudará a pensar a música em na musicoterapia. As letras das canções se tornam bastante significativas, ganham nexos especiais à medida que elas evidenciam sentidos e sentimentos inconscientes. Cabe agora ao profissional analisar o verdadeiro, mas não claramente exposto, significado do que está sendo dito através das canções.

Neste caminho, de desvendar estes mistérios mais ocultos da arte, o modelo de homem é modelo do artista. Ele tem as pistas para desvendar, desvelar o oculto da Arte, ele é um hermeneuta, e sua lente de olhar o mundo é a paixão.

O conceito de paixão já aparece nos gregos, mas na modernidade será Descartes uns dos responsável por rerepresentar este conceito. Descartes afirma que a paixão é o pensamento do corpo. Quando o corpo sente, se relaciona com o mundo sensível, ele o faz através das sensações. O corpo percebe odores, sons, cores, texturas, temperaturas etc. Mas o humano pode dar um conceito a estas sensações. Da temperatura surgem os conceitos de quente e frio; das texturas o liso e o áspero; da visão surgem as cores, classificadas em azul, verde, amarelo... Todas as sensações podem ser verbalizadas através de um termo, uma palavra. O corpo apenas sente o mundo sensível, mas a razão pode nomear estas sensações e, quando isto acontece, é porque a razão está atuando junto com o corpo e transforma a pura sensação em conceito. Para Descartes a paixão seria o conceito criado pela razão para uma sensação, ou seja, o pensamento do corpo. Estas paixões, regadas pela razão, que

produzem conceitos referentes às sensações reais do mundo, Descartes as nomeou de paixões adventícias. Contudo, há momento em que o corpo e suas sensações se manifestam de forma excessiva, intensa e quando há fortes sensações e emoções a razão não consegue exercer seu regramento sobre o corpo. O que seria um pensamento objetivo torna-se uma fantasia, um delírio, uma alucinação. Esta paixão intensa, desmesurada que se expressa, não possui conexão com um mundo real existente; cria-se outro mundo para além do concreto a nossa frente. Temos aqui um outro tipo de paixão, as paixões factícias, isto é, as paixões fantasiosas. Estas paixões acontecem quando a razão não consegue mais controlar o corpo e esta é a condição tanto do louco, como a do artista romântico. As primeiras teorias que constituíram o campo da psiquiatria viram nas paixões excessivas a gênese da loucura.

Pinel estruturou a sua psiquiatria, isto é, seu tratamento moral muito relacionado ao conceito de paixão. Roberto Machado (1978) ao comentar o surgimento da psiquiatria com Pinel afirma:

a psiquiatria produz um deslocamento: a inteligência não é mais, a partir de então, o referencial básico para se aferir a existência ou o grau de loucura. Se encontramos na definição citada de monomania o aspecto de delírio da inteligência e predominância de uma paixão, podemos afirmar que toda sua teoria deixa claro, desde o primeiro momento, que o nível das paixões é muito mais fundamental, como característica da alienação mental, do que o da inteligência (MACHADO, 1978, p. 388).

Mas na psiquiatria de Pinel há um desejo de combater as paixões em excesso, e para isso não será a arte, que estimula as paixões, o dispositivo privilegiado do tratamento moral, mas sim o trabalho. O trabalho é a forma de operar o cotidiano que ajudaria o sujeito a ordenar, a regrar suas paixões.

Entre a psiquiatria e o Romantismo cria-se um relativo afastamento. Se a psiquiatria de Pinel, Esquirol e outros desejava regrar as paixões excessivas, o artista acreditava que era apenas na intensidade das paixões, da embriaguez que um novo mundo de sonho, delírio, fantasia era visualizado, e este mundo é mais necessário

que o mundo real e a condição sine qua non da grande obra. A paixão passa não apenas a ser tema das obras Românticas, mas também é a condição de possibilidade pela qual a produção artística se torna possível.

A partir da valorização dos conceitos de paixão, personagens que não eram apresentados na obra de arte clássica começam a surgir. Na arte acadêmica os personagens e os temas eram sempre extraordinários, isto é, mitológicos ou ligados a questões religiosas. Porém, a partir do Romantismo, o cotidiano, o simples aparece. Não é necessário mais os grandes fatos históricos extraordinários como os deuses gregos ou o filho do deus cristão. O conceito de paixão possibilita que, através do olhar apaixonado, o simples se torne extraordinário. A partir do Romantismo, trabalhadores, gente simples, etnias diferentes da ocidental começam a fazer parte das narrativas.



Fig 4 - Marte desarmado por Vênus e as três Graças (1824) de Jacques-Louis David (o Extraordinário na cena do quadro).



Fig 5 - As Respigadoras (1857) de Jean-François Millet (um olhar extraordinário sobre temas simples).

Na música, influenciada pelos ideais do Romantismo, mudanças também ocorrem, não é preciso mais somente pensar através de estruturas sofisticadas e complexas, como as da fuga e do contraponto. A percepção musical se abre para a música étnica, a música folclórica, a música dos povos simples. O que interessa agora, não é somente o grau de complexidade, mas o grau de intensificação da vida que a obra convoca. Abre-se o campo a uma estética do simples, do precário, do cotidiano, das diversas culturas. Lógica esta fundamental para possibilitar o surgimento dos processos clínicos.

Ligado à teoria das paixões, surge na Inglaterra uma deriva do Romantismo, denominado de Movimento de Artes e Ofícios (MAO) que é o primeiro movimento artístico a fazer uma subversão de uma lógica muito frequente no campo da arte: o que importa agora não é mais a obra produzida, mas sim a experiência estética intensiva vivida por cada ser humano. Este movimento se interessa muito mais pela arte enquanto uma experiência coletiva e anárquica do que imortalizar obras de arte legitimadas por instituições de consagração cultural. Se num primeiro momento, influenciados pelos pensamentos românticos, a grande arte faz uma troca temática,

retirando da cena personagens e eventos extraordinários, dando voz a sujeito e imagens simples do cotidiano, o MAO quer que a experiência estética seja vivida na simplicidade do cotidiano por todo e qualquer indivíduo. Nesta direção, a experiência estética é entendida como elemento fundamental, necessário e vital para humanidade como qualquer condição biológica, como a comida e a moradia. Assim John Ruskin (2004) precursor do MAO afirma:

A dona-de-casa ideal [expressa] de modo proposital a divisão equilibrada de seus cuidados entre os dois grandes objetivos que são a utilidade e o esplendor. Em sua mão direita, alimento e linho, para a vida e vestuário; na mão esquerda, púrpura e bordado, para honra e beleza. Toda boa economia doméstica ou nacional se caracteriza por essas duas divisões: na falta de uma ou outra, a economia é imperfeita (RUSKIN, 2004, p. 29).

O Movimento de Arte e Ofícios vai contribuir bastante para os processos clínicos uma vez que entende que a felicidade humana, em sua totalidade, só se completa com experiência estética vivida cotidianamente. Sendo que o modelo das grandes artes não é o mais democrático para produzir esta revolução sensível, cabendo ao artesanato, que foge da lógica do extraordinário, encabeçar estas transformações. Como é um movimento artístico baseado no conceito de paixão, e no artesanato como prática coletiva, o processo da experimentação, como construção do sujeito, produtor de vida, se torna muito mais importante do que o objeto construído. Assim, uma linha, um som, um movimento, mesmo que precários, podem trazer forças intensificadores da existência e seguramente estes pensamentos nos conduziram a outras possibilidades para a estruturação de processos clínicos.

Para finalizar, baseado nessas pequenas intuições que trago do campo geral da arte, eu acredito que a música em musicoterapia pode ter vários modos de se perceber, escutar, sentir, entender. A ideia é de estarmos abertos para as múltiplas possibilidades, quer trabalhemos com a arte monumental ou a mais rudimentar. O conceito de caixa de ferramenta, de Deleuze e de Guattari (1992), atribui importância a elementos díspares, provenientes de muitos territórios distintos, usados para dar

conta de acontecimentos singulares. Isto significa dizer que podemos usar a música de diversos modos nos processos clínicos, incluindo mundos sonoros e teorias musicoterápicas muito diferentes. Todos os modos de ver, ler, escutar e entender a música são possíveis, desde que fundamentados por uma ética. Talvez só assim, nesta diversidade, daremos conta dos inúmeros territórios existências plasmados dentro de uma perspectiva ética da valorização da diferença. Eu diria então que o nosso terreno comum, pensando a música em musicoterapia, seria entender a música, em suas infinitas manifestações, como potente experiência estética, produtora de vida.

### Referências:

- BARCELLOS, L.R.M.; SANTOS, M.A.C. A natureza polissêmica da música e a musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v.1, n.1, p.5-18, 1996.
- BACHELARD, Gaston. **A poética do espaço**. São Paulo: Martins Fontes, 1978.
- BOUDIEU, Pierre. **Economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- COSTA, Clarice Moura. **O despertar para o outro**. São Paulo: Summus, 1989.
- DELEUZE, G; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- FREUD, Sigmund. **Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- MACHADO, Roberto. **A danação da norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MORRIS, W. **Artes menores**. Lisboa: Antígona, 2003.
- PORTER, Roy. **História Social da Loucura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.
- NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. **Genealogia da Moral**. São Paulo: Martin Claret, 2009.
- \_\_\_\_\_. **O nascimento da tragédia ou helenismo e pessimismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- RUSKIN, J. **A economia política da arte**. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- TROTTA, Mariana. **O discurso da dança**. Curitiba: CRV, 2011.
- VALIER, Dora. **A arte abstrata**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

## A CONSTRUÇÃO TEÓRICA<sup>1</sup>

*Marly Chagas<sup>2</sup>*

A Musicoterapia surgiu no cenário acadêmico como conhecimento sistematizado na última metade do século passado, tal como muitos dos conhecimentos interdisciplinares. Com a revolução paradigmática apontada por Thomas Khun (2013), a ciência abriu-se para processos antes impensados pelas modernas purificações acadêmicas. A prática, o real, os fatos se impuseram de maneira avassaladora, mediando antigas purificações com as complexidades impostas pelas misturas cotidianas (LATOIR, 1994).

A produção de conhecimento, nesse novo paradigma, surgiu a partir de um desafio imposto pela prática. A vivência do real complexo se impôs aos antigos nichos disciplinares. A prática, historicamente, precedeu a teoria em todas as interdisciplinas (CHAGAS; PEDRO, 2008). Desde os famosos músicos chamados a tocar em hospitais com soldados combatentes na guerra mundial nos Estados Unidos, à experiência pedagógica de professores de música com alunos portadores de necessidades especiais proposta por Liddy Mignone na década de 50, no Brasil (CONDE; FERRARI, 2008).

A experiência clínica da musicoterapia brasileira acompanhou, em seu início, relatos de experiências surpreendentes em muitas áreas de atuação. Depois encontramos a teoria de outros campos subsidiando nosso trabalho. No site da AMTRJ [www.amtrj.com.br](http://www.amtrj.com.br) estão disponibilizados boletins de 1975 a 1982 onde se pode acompanhar esse aspecto no desenvolvimento de nossa teoria. Recentemente temos chegado ao que chamo, com Rosa Pedro (CHAGAS; PEDRO, 2008), de fase de elaboração de conceitos próprios, ocorridos nessa fusão entre muitos campos de

<sup>1</sup> Participação na Mesa Redonda “Saberes em Musicoterapia” no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018.

<sup>2</sup> Psicóloga e Musicoterapeuta. Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Autora e coautora de livros na área da Musicoterapia. Presidente da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro (gestão 2018-2020). [marlychagas53@gmail.com](mailto:marlychagas53@gmail.com)

saber e a música.

Na busca da compreensão teórica de nossa atividade clínica, lembremo-nos que a teoria precisa estar a serviço da prática. “Os conceitos devem render-se às realidades e não o inverso” (GUATTARI, 1988, p.145). O que percebo acontecer em Musicoterapia me instiga a explicar o acontecido. Muitas vezes me deparo, e creio que vocês também, com novas interrogações clínicas. As concepções teóricas existem e hoje são muito amplas em Musicoterapia. No entanto, não podemos nos esquecer de que, por mais fiéis que sejamos a um e ao outro aspecto, o encaixe entre teoria e prática nunca é perfeito. Um fato possibilita muitas interpretações. Todas possíveis. Nenhuma detentora da verdade. Se esse fato é a arte, a música, outras tantas questões se impõem: o material sensível das vibrações, das expressões, do movimento e seu acoplamento com a ciência. Sentimos a angústia da impossibilidade de traduzir o vivido, de não encontrar as palavras suficientes para apresentar a experiência sensível do outro, e transformá-la em conhecimento. A música e seus eteceteras terapêuticos misturam-se a uma atividade vibrante, a uma teoria iniciante.

Há anos acreditavam-se no Brasil que as teorias em musicoterapia eram as citadas no livro de Even Ruud (1990), “Os caminhos da musicoterapia”. Psicanálise, Behaviorismo e Existencialismo aliadas à brilhante concepção de nossa profissão como uma atividade de ativismo cultural. Essas teorias colaboram imensamente com o musicoterapeuta que, de alguma forma, realiza seu trabalho com foco no psiquismo humano. No entanto, aqueles que se dedicam à reabilitação motora e cognitiva, às mudanças sociais, aos transtornos do neurodesenvolvimento, a preparação para nascer ou morrer, só como exemplo, evocam outras teorias: a do neurônio espelho (BUCCINO, G., BINKOFSKI; RIGGIO, 2004), as de participação social e empoderamento (SILVA, 2012), as corporalidades (ALMEIDA, 2004).

No Brasil, a pesquisa em musicoterapia em nível de mestrado e doutorado

é muito jovem, possuindo menos de 20 anos. Podemos acompanhar, graças à exigência da CAPES de publicizar o material produzido nos programas de pesquisa, a diversidade de campos e de enfoques adotados por nossos colegas. A pesquisa é companheira fundamental da problematização teórica e a Universidade, principalmente a Universidade Pública, abrindo portas à graduação em Musicoterapia ou aceitando musicoterapeutas e objetos de pesquisa de nosso campo em seus programas de pós-graduação mestrado e doutorado, contribui de forma definitiva para a maior consistência de nosso saber.

Hoje, somos mestres e doutores que entendemos melhor a nossa prática e instigamos as práticas alheias com o nosso questionamento.

Apesar de várias teorias embasarem a problematização das pesquisas acadêmicas de musicoterapeutas doutores, a produção teórica propriamente conta com duas teses teóricas em Musicoterapia, delimitando dois grandes campos de compreensões sobre a produção de subjetividade em Musicoterapia, ambas do Rio de Janeiro (CHAGAS, 2007; BARCELLOS, 2009). Esses grandes eixos se colocam de um lado com a percepção dos seres construídos a partir de dentro, e nesse campo encontram-se aqueles que propõem com suas práticas o acesso através da música ou de seus elementos a um mundo interno (BARCELLOS, 2009), e os que realizam suas ações musicoterapêuticas construindo um processo de subjetivação que foca a arte como produtora do lado de fora do sujeito (CHAGAS, 2007). Ambas são propostas teórico-clínicas interessantes, potentes e inconciliáveis em suas bases teóricas (CHAGAS, 2017).

A complexidade de nosso campo ressoa na diversidade de nossas pesquisas. Vejamos, sendo bastante parcial, nessa mesa redonda que trata dos saberes envolvidos com a AMTRJ, a pesquisa produzida por doutores do Rio de Janeiro:

a) Mt. Dra. Thelma Syndestick Alvares, nossa primeira doutora em Musicoterapia,

completou em 2001 seus estudos na área de Educação Musical/Musicoterapia na University of Miami, nos Estados Unidos. Seu título: *The Experience of Being a Mother of Children up to Two-And-A-Half Years Old and the Bonny Method of Guided Imagery and Music*. Sua pesquisa está disponível em livro desde 2013 pela editora CRV em português “*Coisa de Mulher?: a maternidade e a musicoterapia. Jornadas no mundo patriarcal*” (ALVARES, 2013).

b) Mt. Dra. Elieth Nick, em 2003 pesquisou no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, “Mosaico de olhares e de interesses para além do enquadre do setting terapêutico”.

c) Mt. Dra. Jacila Maria Silva doutorou-se em 2004 no programa Teoria Psicanalítica da UFRJ. Pesquisou “Variações quase atonais entre psicanálise e música - a escuta, o silêncio e a musicalidade, na perspectiva da psicanálise”. Entende as férteis nuances da música e da fala na compreensão dos sujeitos.

d) Mt. Dr. Marco Antônio Carvalho Santos realizou sua pesquisa na área de Educação na UFF. Trouxe, em 2004, contribuições essenciais à compreensão da utilização da música em tempos sombrios em sua tese “Música, Educação e Democracia”.

e) Mt. Dr. Marcus Vinicius Machado doutorou-se na área de Educação Física na Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP com a pesquisa “A Selvagem dança do corpo” contribui para nosso entendimento sobre a corporalidade humana”, em 2006. Sua tese foi publicada pela CRV em livro com o mesmo nome.

f) Eu, Marly Chagas Oliveira Pinto, pesquisei “Processos de subjetivação na música e na clínica em musicoterapia” no Programa de Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social (EICOS) da UFRJ em 2007. A pesquisa problematiza a arte como produtora de subjetividade e sua utilização em Musicoterapia (CHAGAS, 2007).

g) “A música como metáfora de sujeitos” foi investigada pela Mt. Dra. Lia Rejane Mendes Barcellos, que defendeu a tese de que a música e os sons podem ser metáfora de nosso mundo interno, em 2009 no programa de Música, Estruturação e Linguagem musical - da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Esta pesquisa propõe a utilização da música em Musicoterapia como portadora do efeito

de sentido metafórico. Considera o paciente como o narrador de sua(s) história(s). Discute a questão do significado e do sentido em música e admite o emprego da música no lugar do discurso verbal, quando os pacientes não podem ou não querem se comunicar verbalmente, constituindo-se como portadora do efeito de sentido metafórico na Musicopsicoterapia (BARCELLOS, 2009).

h) Mt. Dra. Leila Brito Bergold, em 2009, aborda “Encontros musicais: uma estratégia de cuidado de enfermagem junto a sistemas familiares no contexto da quimioterapia”. Enfermeira e musicoterapeuta, doutora em enfermagem pela UFRJ, contribui na área da enfermagem para disso ver mal entendidos existentes entre essas duas áreas de conhecimentos

i) Mt. Dr. Paulo de Tarso Peixoto, concluiu na UFF sua pesquisa sobre Composições Modais de Individuação, Heterotopias & Heterogênese Urbana - Para Uma Democracia Composicional. Problematiza as condições de produção dos espaços estáticos e estéticos, dando visibilidade às composições e decomposições, às misturas entre indivíduos, instituições e experiências urbanas. A dinâmica musical proporciona a visão de um mundo polifônico repleto de tensionamentos, entrechoques e dissonâncias dos quais emerge a vida da cidade como uma obra de arte, em puro estado de composição.

j) “A ironia das canções do grupo Harmonia Enlouquece: estratégia discursiva de enfrentamento ao estigma da loucura” foi pesquisada pelo Mt. Dr. Sidnei Martins Dantas, no doutorado em Letras da UFF, em 2010. A pesquisa aborda o discurso das canções do grupo musical Harmonia Enlouquece (grupo criado no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro – CPRJ), a partir das considerações da Análise do Discurso. Demonstra-se que o referido grupo instaura um lugar de enfrentamento ao estigma da loucura tendo o discurso irônico como principal estratégia (DANTAS, 2016).

k) “Contemporaneidades e Produção de Conhecimento: A Invenção da Profissão de Musicoterapeuta”, foi a pesquisa do Mt. Dr. Marcello Silva Santos. Concluído em 2011 na UFRJ no Programa EICOS, indaga como um coletivo produz esse tipo de emergência em uma rede sociotécnica. Cartografa, segundo a Teoria Ator Rede de

Bruno Latour, os actantes, os agenciamentos e as controvérsias envolvidas em nosso campo, partindo de uma das maiores materialidades dessa rede, o Projeto de Lei 0025/2005. Mapeia controvérsias, inscrições, porta-vozes e todos os dispositivos necessários para as contendas e disputas que performam o coletivo-musicoterapeutas.

l) Mt. Dra. Raquel Siqueira da Silva investiga “Grupos Musicais em Saúde Mental: conexões entre estética musical e práticas musicoterápicas contemporâneas” em 2012, em doutorado na UFF, em Psicologia, na área de Concentração Estudos da Subjetividade. Sua pesquisa pode ser encontrada no livro Conexões Musicais – Musicoterapia, Saúde Mental e Teoria Ator Rede, publicado pela Editora Appris, em 2015.

m) Mt. Dra. Roseane Vagas Rorn realizou em 2013, na Faculdade de Enfermagem Ana Neri, da UFRJ a pesquisa “Educação em saúde facilitada por música: uma estratégia de cuidado e pesquisa em enfermagem junto a sujeitos com diabetes mellitus tipo 2”. Em sua pesquisa, concebe a música e a elaboração de paródias como valiosos recursos para profissionais que trabalham em projetos de Educação em Saúde.

n) Mt. Dra. Mariângela Aparecida Rezende Aleixo, com delicadeza analisa a sua experiência com idosos no IPUB e propõe, em 2014, “Canções de ontem...Lembranças de hoje: Demência, Musicoterapia e Produção de Subjetividade”. Estabelece a possibilidade da música apresentar sentidos em idosos demenciados em pesquisa realizada no Instituto de Psicologia da UFRJ.

o) Mt. Dr. Gunnar Glauco De Cunto Carelli Taets, enfermeiro e musicoterapeuta, doutorou-se em 2014 pela UNIRIO com a pesquisa no campo da enfermagem: “Um biomarcador de dor para pacientes em estado de coma em terapia intensiva submetidos à intervenção de enfermagem banho no leito: uma pesquisa quase-experimental sobre o neurotransmissor substância P”. Hoje, realiza um estudo transversal de intervenção com pré e pós-testes em um único grupo cujo objetivo é avaliar o efeito da atividade de canto coral nos discentes da Cidade Universitária de Macaé.

- p) Mt. Dra. Beatriz de Freitas Salles no Programa de Pós Graduação em Artes - PPGART. Universidade de Brasília, UnB, pesquisou: “Rede Social com música, arte e tecnologia”. Concluído em 2014 seu trabalho visa a democratização do acesso aos conteúdos musicais e o mapeamento georeferenciado das iniciativas com música através da criação de uma rede social de trocas de experiências.
- q) Mt. Dra. Marcia Maria da Silva Cirigliano aprofunda no doutorado em Letras da UFF a pesquisa “Uma pontuação possível aos discursos sobre o autismo: a voz no autista - interlocuções entre Análise de Discurso, Psicanálise e Musicoterapia” em 2015. Sua tese utiliza o referencial teórico lacaniano de pulsão invocante nas observações de atendimentos musicoterapêuticos com crianças e adolescentes autistas do Instituto Benjamim Constant. São também examinadas as falas das mães e profissionais do referido Instituto. A pesquisa constata a eficácia da utilização da música no acesso aos pacientes autistas.
- r) Mt. Dra. Claudia Eboli Corrêa dos Santos, em 2018, na UNIRIO, pesquisou “A música como ferramenta de desenvolvimento para crianças autistas: um estudo na interface da musicoterapia com a educação musical à luz dos conceitos de Vigotski”. Esse trabalho, além de enfatizar a importância da música para as crianças autistas, apresenta a metodologia da microanálise como instrumento de pesquisa em Musicoterapia.

Cada um desses trabalhos de doutorado, creiam, instigou mudanças em nosso campo e no campo de saber em que estavam inseridos. A Musicoterapia não passa despercebida. Tivemos um grande caminho trilhado de 2002 até hoje. Temos um enorme caminho pela frente. Toda a problematização de como a música atua terapeuticamente nas áreas de saúde, educação cultura e política é de nossa responsabilidade esclarecer. Esse campo de problematização é nosso. Ainda há muito a fazer. Como a construção teórica é coletiva, já que ninguém pensa sozinho, esse trabalho é nosso. Como pesquisadores, nosso desafio é ampliar nossa teoria sem distorcer nossa prática; como clínicos é ampliar a nossa prática contando com teorias

que nos acompanhem. Precisamos incluir os desafios teóricos contemporâneos como a inclusão da Musicoterapia nas PICS e a aplicação de nosso conhecimento na atenção básica; a desterritorialização de nossas etnias; a diminuição do estado de direito e o respeito à vida em propostas de uma Musicoterapia instigante e inovadora.

## Referências

ALMEIDA, Marcus V.M. **Corpo e Arte em Terapia ocupacional**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

\_\_\_\_\_. **A Selvagem dança do corpo**. Tese. Doutorado em Educação Física. UNiCamp, 2006. [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/275220/1/Almeida\\_MarcusViniciusMachadode\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/275220/1/Almeida_MarcusViniciusMachadode_D.pdf)

ALVARES, T. **Coisa de Mulher?: a maternidade e a musicoterapia**. Jornadas no mundo patriarcal. Curitiba: CRV. 2013.

BARCELLOS, Lia R. M. **A música como metáfora em musicoterapia**. Rio de Janeiro. Tese. Doutorado em Música. UNIRIO, 2009.

BERGOLD, Leila B. **Encontros musicais: uma estratégia de cuidado de enfermagem junto a sistemas familiares no contexto da quimioterapia**. Tese. Doutorado em Enfermagem. Faculdade Ana Neri: UFRJ, 2009; Disponível em <http://objdig.ufrj.br/51/teses/731587.pdf>

BUCCINO, G., BINKOFSKI, F., & RIGGIO, L. The mirror neuron system and action recognition. In **Brain and Language**, vol 89, pp 370–376.2004.

CHAGAS, Marly. A Musicoterapia e o homem construído por fora. **Revista Brasileira de Musicoterapia**. UBAM: Curitiba, Ano XIX, Edição Especial. 2017. Pp. 44-42. Pesquisado em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/anais-do-xvii-encontro-nacional-de-pesquisa-em-musicoterapia/>

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

CHAGAS, M. **Processos de subjetivação na música e na clínica em musicoterapia**. Rio de Janeiro, 2007, 188f. Tese. Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, UFRJ. 2007.

CONDE, Cecília; FERRARI, Poliana. A criação do Curso de Musicoterapia no Rio de Janeiro e suas reverberações, in Costa, C.M (org.). **Musicoterapia no Rio de Janeiro, novos rumos**, Rio de Janeiro: Editora CBM, 2008 (pp. 32-47)

DANTAS, S. M. A loucura na canção: protagonismo e emancipação através da música. In **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.18, pp.111-131, 2016. Pesquisado em <http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/3884/4625>

GUATTARI, Felix. **O inconsciente maquínico: ensaios de esquizo-análise**. Campinas: Papyrus Editora. 1988.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Editora Perspectiva.

Coleção Debates, 2013

LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

RUUD, Even. **Caminhos da musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1990.

SALLES, Beatriz. **Rede Social com música, arte e tecnologia**. Tese. Doutorado em Artes. Brasília: UnB, 2014. Pesquisada em [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17367/1/2014\\_BeatrizSalles.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17367/1/2014_BeatrizSalles.pdf)

SANTOS, Claudia Eboli C. **A Música como ferramenta de desenvolvimento para crianças autistas: um estudo na interface da musicoterapia com a educação musical à luz dos conceitos de Vigotski**. Tese. Doutorado em Música, UNIRIO, 2018.

SILVA, Raquel. **Grupos musicais em saúde mental: conexões entre estética musical e práticas musicoterápicas**. Tese. Doutorado em Psicologia. UFF, 2012. Disponível em [https://app.uff.br/slab/uploads/2012\\_t\\_Raquel.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/2012_t_Raquel.pdf)



# A FORMAÇÃO EM MUSICOTERAPIA<sup>1</sup>

Marco Antônio Carvalho Santos<sup>2</sup>

## Introdução

Agradeço, inicialmente, à AMT-RJ o convite que me possibilitou estar aqui tratando do tema “Formação em Musicoterapia” num evento que comemora os 50 anos da criação da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro (AMT-RJ). Como a nossa profissão atua principalmente na área de saúde, cabe lembrar que este ano se comemora também 30 anos da criação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Sem pretender comparar as dimensões e alcance das duas instituições, podemos considerar que tanto a criação da AMT-RJ como a do SUS representam grandes conquistas, mas que ambas as instituições enfrentam grandes desafios.

Em julho deste ano realizou-se o 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva no qual Jairnilson Silva Paim, professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e uma das lideranças do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, participou de uma mesa sobre os desafios e perspectivas do SUS. Segundo Paim

“O maior desafio do SUS é político”, afirmou. E enumerou. É político, disse, porque se relaciona com a questão do Estado; porque lida com a disputa pelo fundo público que é determinante do subfinanciamento dos serviços públicos; porque trata das relações espúrias entre público e privado; porque precisa enfrentar os desafios das relações interfederativas. (<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/desafios-e-perspectivas-para-o-sus>).

O SUS luta, desde a sua criação, contra o subfinanciamento e outras formas de resistência e até mesmo de sabotagem de interesses privados e de setores do

1 Participação na Mesa Redonda “Saberes em Musicoterapia” no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? IPUB, Rio de Janeiro, Setembro de 2018.

2 Graduado em Musicoterapia (CBM), licenciado em Educação Artística – Habilitação em Música (CBM), mestre e doutor em Educação (UFF), pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. [santosma@ism.com.br](mailto:santosma@ism.com.br)

próprio Estado brasileiro à sua plena implementação. Criado num momento em que a sociedade brasileira se mobilizava numa expectativa de democratização, o SUS passou logo a enfrentar os defensores da iniciativa privada no campo da saúde - planos de saúde, indústria farmacêutica, donos de hospitais e clínicas particulares. Contra a ideia de uma saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado, já se afirmava, desde o final do século XX, que o século atual seria marcado pela transformação da saúde e da educação nas grandes áreas de investimento do mercado. Se o SUS conseguiu realizar importantes avanços apesar das dificuldades que atravessou até aqui, a Emenda Constitucional 95 de dezembro de 2016, congelando por 20 anos os gastos primários, lança grandes sombras sobre o futuro da saúde. Na contramão desse verdadeiro desmonte, amplos segmentos do país, tanto trabalhadores como usuários do SUS, têm se empenhado na sua defesa como o próprio Congresso da Abrasco acaba de demonstrar. É que não se pode aceitar que, num país no qual 162 milhões de pessoas dependem exclusivamente do SUS, se congele por 20 anos um orçamento que hoje já não atende às necessidades da saúde da população.

Prática quase desconhecida por ocasião da criação da AMT-RJ em 1968, a Musicoterapia foi conquistando, ao longo dos anos, o reconhecimento tanto de profissionais da saúde quanto dos que, de diferentes formas, entraram em contato com esta forma de terapia. Muitas dificuldades tiveram de ser enfrentadas: ora confundida com uma forma de recreação, ora questionada sobre a sua efetividade ou sobre os seus fundamentos científicos, ou ainda sendo considerada como uma concorrente por outros profissionais, a musicoterapia progressivamente conquistou um espaço na área de saúde no Rio de Janeiro. Hoje musicoterapeutas atuam em instituições públicas e privadas na saúde mental, na reabilitação, no atendimento a idosos e portadores de necessidades especiais, para indicar apenas alguns dos muitos campos dessa prática.

Uma das questões-chave para o desenvolvimento da musicoterapia foi, desde

o início, a formação dos seus profissionais. Como em todo novo campo, não existia consenso sobre como deveria se dar a formação ou sobre quem poderia se intitular musicoterapeuta. Pensado inicialmente como curso de curta duração, já na primeira turma se entendeu que a formação deveria se estender por quatro anos. No Paraná a Musicoterapia começou com uma especialização que foi substituída depois pelo curso de graduação. No CBM a pós-graduação só veio a ser criada em 1992. Até hoje existem, no entanto, divergências sobre o status dos graduados e dos que cursaram as especializações. Nos anos 70 e 80 havia poucos cursos e as dificuldades eram ainda maiores já que muitas pessoas com formação em música ou em saúde consideravam-se capacitados a “exercer” a musicoterapia.

As graduações em Musicoterapia ainda são pouco numerosas, embora possamos hoje contar com dois cursos em universidades federais (UFG e UFMG) e em uma estadual (UNESPAR), além de três cursos em instituições privadas de ensino: Conservatório Brasileiro de Música (RJ), Centro Universitário Faculdades Metropolitanas Unidas (SP), Faculdades EST (São Leopoldo – RS). Outras instituições de ensino superior já ofereceram curso de Musicoterapia, como a Universidade Católica do Salvador (BA) e a Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), mas, posteriormente, deixaram de fazê-lo.

A pós-graduação do Conservatório Brasileiro de Música foi criada em 1992 e atendeu desde então, além de candidatos à formação residentes no Rio, vários profissionais de outros estados que desejavam uma formação em musicoterapia. Residentes em outros estados ou cidades mais afastadas, estes profissionais tinham formação superior e não contavam com a possibilidade de cursar uma graduação em Musicoterapia em seus locais de residência e nem de vir cursá-la no Rio. Entendia-se que o curso de especialização contribuía para atender a necessidade de difundir nacionalmente a Musicoterapia. Neste sentido, a pós-graduação efetivamente cumpriu o que se esperava dela. Criou, no entanto, uma situação de duplicidade na carreira

que passou a ser integrada por graduados e especialistas o que deu origem a muitas divergências conforme assinalamos acima.

As pós-graduações em Musicoterapia apresentam hoje um cenário que merece atenção. Atualmente têm surgido vários cursos de pós-graduação sobre os quais não tenho maiores dados. O pequeno número de graduações e a criação de vários cursos de pós-graduação podem colocar em situação delicada a carreira de musicoterapia, considerando que o entendimento predominante é que as profissões de nível superior são definidas pelas graduações e não pelas especializações. Cabe lembrar que a organização de cursos de especialização envolve da parte da instituição que os cria investimentos muito menores com a estrutura educacional, com o corpo docente e com equipamentos e instalações, contribuindo para torná-los mais interessantes economicamente. Por outro lado, a legislação sobre as pós-graduações lato sensu (especializações) tem sido flexibilizada, facilitando a criação de cursos fora de instituições de ensino superior.

A ausência de um órgão da categoria que possa realizar algum tipo de fiscalização dos cursos, contribui para a proliferação de pós-graduações sobre os quais se conhece pouco em termos de qualidade e consistência. A União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) criou uma comissão que estudou critérios de avaliação de cursos de pós-graduação, mas, na verdade, não dispõe de autoridade para normatizá-los, podendo apenas emitir recomendações sobre eles. A última informação de que disponho indica que existem atualmente 16 cursos de pós-graduação em Musicoterapia no Brasil.

### **A Musicoterapia e a questão da formação na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**

Esse quadro no campo da formação ganha uma nova significação quando

consideramos as possibilidades de ampliação do campo profissional com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS que inclui entre tais práticas a Musicoterapia.

É importante deixar claro logo de início que não pretendo me posicionar contrariamente à adoção de novas ou antigas práticas de saúde ou discutir a sua relevância, reconhecida aliás pela Organização Mundial de Saúde (OMS), mas problematizar a atual política em relação à questão da formação e certificação dos profissionais que irão exercer tais práticas.

APNPIC, instituída em 2006 por portaria do Ministério da Saúde (Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006), situava o campo das Práticas Integrativas e Complementares, na Introdução do seu Anexo, nos seguintes termos:

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), conforme WHO, 2002. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

Trata-se, segundo o documento do Ministério da Saúde (MS), de práticas apoiadas pela OMS que, no final da década de 70, criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. O documento “Estratégia

da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” reafirma o desenvolvimento desses princípios.

A Portaria de 2006 tratava das seguintes práticas:

- Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura
- Homeopatia
- Plantas Medicinais e Fitoterapia
- Termalismo social/Crenoterapia<sup>3</sup>

A Portaria determinava ainda:

3.2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.

Documento extenso e detalhado, a Portaria aborda a questão do desenvolvimento de estratégias de qualificação para profissionais no SUS, “em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente”. Não há espaço aqui para uma análise mais detalhada, mas cabe destacar o cuidado adotado pelo MS no tratamento da questão neste primeiro documento.

No final do mesmo ano é publicada a Portaria 853 (de 11 de novembro de 2006) que inclui na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares compondo-o com as seguintes classificações e ampliando o número de práticas relacionadas:

<sup>3</sup> Segundo a portaria, “o termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde”.

Código do Serviço	Descrição	Código da Classificação	Descrição da Classificação
068	Práticas Integrativas e Complementares	001	Acupuntura
		002	Fitoterapia
		003	Outras técnicas em Medicina Tradicional Chinesa
		004	Práticas Corporais/Atividade Física
		005	Homeopatia
		006	Termalismo/Crenoterapia
		007	Medicina Antroposófica

Quatro anos depois, em 2010 a Portaria nº 048-DGP (22 de fevereiro de 2010), do Chefe do Departamento-Geral do Pessoal, aprova a Diretriz para Implantação de Núcleos de Estudos em Terapias Integradas (NETI) no Âmbito do Serviço de Saúde do Exército, através da qual se resolve “inserir, no âmbito do Serviço de Saúde do Exército, a prática das terapias integrativas e complementares *por profissionais com formação universitária na área de saúde e qualificação reconhecida por seus respectivos conselhos de classe*, assegurando a prática das terapias integrativas e complementares em caráter multiprofissional” [grifo meu]. O texto destacava a formação universitária na área de saúde e o reconhecimento pelos conselhos de classe como requisito para o exercício de tais práticas.

Em 2017 é publicada Portaria do Ministério da Saúde (Portaria 145 de 11 de janeiro de 2017) que “Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica” na qual aparece o quadro que segue abaixo:

Procedimento:	01.01.05.008-9 Sessão de Musicoterapia
Descrição:	Prática que utiliza a música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), num processo para facilitar e promover os objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo.
Instrumento de Registro:	02 BPA Individualizado
Modalidade:	01 Ambulatorial
Complexidade:	Atenção Básica
Tipo de Financiamento:	01 Atenção Básica (PAB)
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R\$ 0,00
CID Principal	-
CBO	2212-05 Biomédico, 2231-F8 Médico em medicina preventiva e social, 2231 - F9 Médico residente, 2232-08 Cirurgião dentista - clínico geral, 2232-93 Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família, 2234-05 Farmacêutico, 2234-25 Farmacêutico práticas integrativas e complementares, 2235-05 Enfermeiro, 2235-30 Enfermeiro do trabalho, 2235-45 Enfermeiro obstétrico, 2235-55 Enfermeiro puericultor e pediátrico, 2235-60 Enfermeiro sanitaria, 2235 - 65 Enfermeiro da estratégia de saúde da família, 2236-05 Fisioterapeuta geral, 2236-50 Fisioterapeuta acupunturista, 2236-60 Fisioterapeuta do trabalho, 2237-10 Nutricionista, 2238-10 Fonoaudiólogo, 2239-05 Terapeuta ocupacional, 2241-E1 Profissional de educação física na saúde, 2251-05 Médico acupunturista, 2251-24 Médico pediatra, 2251-25 Médico clínico, 2251-30 Médico de família e comunidade, 2251-39 Médico sanitaria, 2251-42 Médico da estratégia de saúde da família, 2251- 54 Médico Antroposófico, 2251-70 Médico generalista, 2263-05 Musicoterapeuta, 2263-20 Naturólogo, 2344-10 Professor de educação física no ensino superior, 2515-10 Psicólogo clínico, 2515-40 Psicólogo do trabalho, 2515-55 Psicólogo Acupunturista, 2516- 05 Assistente social, 3222-05 Técnico de enfermagem, 3222-30 Auxiliar de enfermagem, 3222-45 Técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família, 3222-50 Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família, 3224-25 Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família, 3224-30 Auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família, 3522-10 Agente de saúde pública, 5151-05 Agente comunitário de saúde, 5151-10 Atendente de enfermagem, 5151-20 Visitador sanitário, 5162 - 20 Cuidador em saúde.
Renases	007 - Práticas Integrativas e Complementares, 008 - Ações Comunitárias, 010 - Atividades Educativas, Terapêuticas e de Orientação à População.

Apesar do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) registrar que “para o exercício da ocupação Musicoterapeuta, é exigida graduação ou especialização na área”, na Portaria nº 633, de 28 de março de 2017, lê-se que

Art. 1º Fica atualizada, na tabela de Serviço Especializado do CNES<sup>4</sup>, a composição do Serviço 134 - Práticas Integrativas e Complementares conforme Anexo.

§1º Fica alterado o nome da Classificação 004 de Práticas Corporais / Atividade Física para Práticas Corporais e Mentais.

§2º Fica incluída a Classificação 008 Práticas Expressivas, 009 Ayurveda e 010 Naturopatia.

Quando se compara Práticas Expressivas com a Fitoterapia na mesma Portaria, encontramos o seguinte:

4 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SERVIÇO ESPECIALIZADO 134 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO
	008 PRÁTICAS EXPRESSIVAS	01	**	Qualquer ocupação da área da saúde
002 FITOTERAPIA	01	2251* ou 2253*	Médicos Clínicos* ou Médicos em medicina diagnóstica e terapêutica*	
	02	2235*	Enfermeiros e Afins*	
	03	2212-05	Biomédico	
	04	2232-08	Cirurgião dentista - clínico geral	
	05	2232-93	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família	
	06	2234-05	Farmacêutico	
	07	2234-25	Farmacêutico práticas integrativas e complementares	
	08	2236-05	Fisioterapeuta geral	
	09	2236-50	Fisioterapeuta acupunturista	
	10	2236-60	Fisioterapeuta do trabalho	
	11	2237-10	Nutricionista	
	12	2238-10	Fonoaudiólogo	
	13	2239-05	Terapeuta ocupacional	
	14	2241-E1	Profissional de Educação Física na Saúde	
	15	2263-20	Naturólogo	
	16	2515-10	Psicólogo clínico	
	17	2515-40	Psicólogo do trabalho	
	18	2515-55	Psicólogo Acupunturista	
	19	2516-05	Assistente social	

A Portaria nº 702, de 21 de março de 2018 “Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC”.

Art. 1º Ficam incluídas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC, as seguintes práticas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia apresentadas, nos termos do Anexo A.

A Portaria não traz, no entanto, qualquer indicação sobre que formação habilita ao exercício de tais práticas. Assim o que poderia parecer inicialmente como uma possibilidade de ampliação das práticas de saúde deixa em aberto uma questão fundamental para a segurança dos usuários e para garantir a qualidade dos

serviços.

É preciso considerar que numa sociedade capitalista se o Estado não regula, tal papel será assumido, na prática, pelo mercado. Mesmo um defensor do mercado como Adam Smith reconhecia que os interesses do empresário muitas vezes se colocariam em oposição aos da sociedade. O entendimento desse risco norteou durante anos as políticas de saúde e educação, colocando esses campos sob o controle e regulação do Estado. Havia, por exemplo, limitações legais a instituições que atuassem na educação e tivessem fins lucrativos. Assim, quando o Estado se exime de legislar sobre o campo da saúde não podemos ter ilusões: essa “liberdade” não favorecerá a todos. Certamente nas disputas por tal espaço as forças em jogo são muito desiguais.

Na medida em que as PICs podem ser incorporadas ao SUS, a formação de profissionais parece se tornar um mercado promissor para instituições que formem tais profissionais. Escrevi anos atrás sobre a transformação da educação em negócio e citei a revista Exame (3 de abril de 2002) que trazia como reportagem de capa uma matéria intitulada “Nota alta”, na qual aparece uma citação de Peter Drucker, apresentado como “o maior pensador da administração moderna”: “a educação será a indústria de maior crescimento nos próximos anos, acompanhada apenas pela saúde” (p. 36). Segundo o artigo, a educação já movimentava 90 bilhões de reais por ano no Brasil e só as instituições privadas de ensino superior teriam aumentado o seu faturamento de 3 bilhões em 1997 para 10 bilhões de reais em 2001. Os negócios de educação já representariam, na ocasião, 9% do PIB brasileiro, o triplo do setor de energia.

Isso tudo coloca a urgência de se pensar o sentido de educação e de formação.

## A formação em Musicoterapia

Quando comecei a pensar sobre o que apresentar aqui, não pretendia abordar estas questões, mas me concentrei na discussão da ideia da musicoterapia como campo científico, como espaço de produção de conhecimento e das disputas que o atravessam tal como desenvolvido por Pierre Bourdieu considerando que aspectos fundamentais para abordar essa questão estão ligados à história e sociologia da ciência. Por este caminho estaria enfocando alguns temas que me parecem fundamentais para o debate sobre a formação, embora pouco abordados na nossa área. No início de julho, quando comecei a esboçar este texto, tive um sonho curioso.

Era um grupo de formação como os que funcionavam na clínica de arteterapia onde trabalhei por vários anos. No sonho as pessoas eram convidadas a se movimentar sobre o que ora parecia uma fina camada de argila, ora de pano. Com um lápis eu desenhei um par de óculos. Nos comentários logo após a atividade alguém se refere ao desenho e na roda que se segue um dos alunos pergunta à coordenadora da atividade se se pode fazer isso, ao que ela responde que sim. Penso ou digo que fiz aquilo intencionalmente. Ao meu lado um dos alunos conversa com outro sem parar. Fico preocupado com a pouca atenção que dá ao que está sendo dito.

O sonho me chamou a atenção para os aspectos práticos da formação que a minha intenção inicial não contemplava e me levou de volta à organização do curso de graduação de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música que estruturava o currículo em três grandes áreas: a científica, a musical e a de sensibilização, as quais se somavam à realização de estágios. Assim, já na sua organização das disciplinas, o CBM indicava que a formação deveria contemplar diferentes aspectos e que a ciência, mesmo entendida de forma bastante ampla, era apenas parte da formação de um musicoterapeuta. A **área científica** incluía além de várias disciplinas ligadas à saúde (disciplinas tradicionalmente da Medicina, da Psicologia e da própria Musicoterapia), outras do campo das Ciências Sociais – Antropologia, Sociologia – e Filosofia.

A **área musical** buscava uma abordagem abrangente da música visando proporcionar conhecimentos e experiências diversas, considerando a situação dos

alunos que apresentavam, frequentemente, muitas lacunas no domínio da música. A maioria dos alunos que cursavam Musicoterapia não contava com uma formação musical anterior sistemática e aprofundada, predominando um nível bastante precário tanto de conhecimento teórico como de execução instrumental, o que, aliás, é um problema bastante comum entre os ingressantes em cursos superiores de música em nosso país. As dificuldades relativas à formação musical a ser proporcionada nos cursos e as expectativas sobre o que um musicoterapeuta precisa conhecer e ser capaz de realizar musicalmente têm sido motivo de polêmicas que acompanham a carreira no Brasil desde o seu início. O tema da formação musical se constitui desde sempre em aspecto de importância fundamental para o estabelecimento de uma identidade profissional neste campo.

A **área de sensibilização** era para a maioria dos alunos uma grande novidade. Buscando explorar potenciais criativos através de propostas de improvisação e utilizando diversos recursos expressivos (instrumentos musicais, o próprio corpo, a voz e objetos sonoros), a área de sensibilização mobilizava níveis de consciência pouco atingidos/trabalhados pela educação tradicional. O papel e os impactos da área de sensibilização certamente merecem um estudo que, ao que me consta, ainda não foi realizado com a profundidade que merece.

Os **estágios** proporcionavam o contato progressivo – desde o segundo ano do curso até o seu final – com a prática da Musicoterapia, o que, além de novos conhecimentos, levava a questionamentos sobre atitudes e dificuldades dos musicoterapeutas em formação.

Quando se observava a organização do currículo do curso, ficava evidenciado o equilíbrio entre disciplinas de caráter formativo e informativo que compunham em seu conjunto o processo de formação. Entendo aqui como caráter formativo das disciplinas a articulação entre teoria e prática que envolve tanto a transformação pessoal como

a construção da capacidade de desenvolver práticas fundamentadas teoricamente. O trabalho realizado ao longo do período de quatro anos da graduação produziu mudanças, por vezes, bastante profundas nas concepções e comportamentos dos egressos.

Uma análise histórica da formação e da carreira são partes necessárias de uma compreensão mais ampla do tema da formação. Acredito que não é possível entender a musicoterapia brasileira sem considerar o contexto cultural, político, econômico em que se desenvolveu, embora esta não seja a proposta deste texto. Algumas indicações já foram feitas sobre um conjunto de influências que levaram, no período em que foi criado o curso de MT do CBM, à valorização da arte e da cultura como espaços de resistência e de liberdade. Podemos listar entre estas influências a contracultura, o movimento hippie, o tropicalismo, a revolução sexual, o movimento feminista, o contexto político brasileiro marcado pelo fechamento ainda maior dos espaços de expressão e manifestação popular que se seguiu às mobilizações de 1968.

A Associação Brasileira de Musicoterapia, nome inicial da atual Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro, foi criada em 21 de setembro de 1968. Um ano marcado por amplas mobilizações estudantis e operárias no Brasil e no mundo. O Rio de Janeiro havia sido o cenário de uma série de manifestações lideradas pelo movimento estudantil que culminaram com uma passeata de cem mil pessoas no Centro do Rio. Uma análise mais ampla do contexto mundial e brasileiro, para a qual não há espaço aqui, destacaria, entre outros, os movimentos no campo da cultura e em particular da música como manifestações das aspirações por liberdade e de oposição ao autoritarismo vigente. Enfim, 1968 foi tema de livros e debate que se prolongam até os nossos dias. Menos de três meses depois das mobilizações populares nas ruas do Rio, o país mergulhou no período mais sombrio da ditadura que se implantou em 1964: em 13 de dezembro de 1968 foi baixado o Ato Institucional nº5 (AI-5) que vigorou até dezembro de 1978 dando poderes de exceção ao governo para punir os considerados

inimigos do regime. Já no final de 1968, 11 deputados federais tiveram cassados seus mandatos e direitos políticos e, no mês seguinte, as cassações atingiram até ministros do Supremo Tribunal Federal. A associação de musicoterapia nascia num período de grande efervescência política e cultural logo seguido de um forte fechamento dos espaços de manifestação social.

O curso de musicoterapia, ao ser criado em 1972, não tinha a pretensão de constituir-se numa graduação, mas de oferecer a formação em apenas um ano, como dissemos antes. Logo se percebeu a necessidade de ampliar esse tempo e a primeira turma se formou com quatro anos de curso. Se o cenário político nacional quando da criação da Associação Brasileira de Musicoterapia era marcado por grandes mobilizações populares no Rio de Janeiro, em 1972, quando o curso foi criado, o país estava sob o governo mais repressivo da ditadura. A violência do regime contribuiu para um silêncio em torno das questões sociais e políticas que, não podendo ser discutidas abertamente, acabaram por encontrar expressão em novos canais e espaços. A arte se constituiu como um desses canais privilegiados e a música ocupou lugar de destaque com a metaforização nas canções que faziam um difícil jogo de tentar driblar a censura.

Se o curso ao se instituir considerava a formação de maneira bastante ampla (como evidencia a divisão das disciplinas em três grandes áreas), o clima político certamente contribuiu para uma abordagem cautelosa das questões políticas ligadas às Ciências Sociais e uma ênfase na área de sensibilização. Provavelmente não seria mesmo possível alcançar um equilíbrio entre as diversas dimensões formativas num clima tão desfavorável de medo e falta de liberdade. Essa é outra questão que ainda aguarda um estudo mais aprofundado. A proposta da Musicoterapia representava, no entanto, um caminho novo, novas perspectivas. Tratava-se da possibilidade de utilizar a música num processo terapêutico que poderia beneficiar pessoas com diferentes necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. Envolveria a mobilização

e desenvolvimento da criatividade, novas formas de comunicação, de expressão e de relações interpessoais e grupais, processos de aprendizagem. Com isso o curso atraiu um grande número de alunos nos seus primeiros anos de existência possibilitando um crescimento da carreira no Rio de Janeiro e em outros poucos estados.

### **Alguns aspectos para pensar a formação em Musicoterapia neste momento**

No Simpósio Brasileiro de Musicoterapia de 1995 apresentei um trabalho intitulado “Musicoterapia – aspectos da construção de uma carreira<sup>5</sup>.” Nele destacava três aspectos que considerava relevantes naquele momento:

- 1 - “Sem pesquisa, publicações e um esforço de qualificação acadêmica de uma parte de seus profissionais a musicoterapia não alcançará reconhecimento junto à comunidade acadêmica.(...)”
- 2 - A prática clínica precisa ser documentada e colocada em discussão para que possa aprimorar-se através da análise e crítica do conjunto dos musicoterapeutas.(...)”
- 3 - A consolidação de uma carreira é o resultado do trabalho coletivo de uma categoria”. (SANTOS, 1996, p.43).

Creio que muita coisa já mudou em relação aos três pontos propostos na ocasião. Os três aspectos se relacionam de diferentes maneiras com a formação. Rapidamente podemos apontar o número crescente de musicoterapeutas que realizam ou realizaram estudos posteriores à graduação e hoje temos vários mestres e doutores o que é significativo e importante para a carreira. Cabe lembrar que após a realização do Congresso Mundial de Musicoterapia no Rio de Janeiro em 1990 quando surgiu a possibilidade de criar um curso de pós-graduação na UERJ, não havia um só musicoterapeuta com título de mestre o que inviabilizou a proposta. Ainda sentimos falta de maior número de publicações que acolham nossas produções, mas a Revista Brasileira de Musicoterapia tem conseguido contornar dificuldades, manter-se e consolidar-se.

---

5 O trabalho foi publicado na Revista Brasileira de Musicoterapia nº 2.

O papel das Associações de Musicoterapia tem sido também fundamental para manter espaços coletivos de intercâmbio como o presente seminário. Gostaria de colocar em questão, no entanto, o caráter coletivo da formação quando se pensa não em indivíduos isolados, mas numa categoria inteira de profissionais. Paulo Freire escreveu na “Pedagogia do oprimido” que “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão” (FREIRE, 1983, p. 27). Creio que o mesmo raciocínio se aplica à formação, apesar de ser mais comum pensarmos que esta é um processo essencialmente individual.

Um primeiro ponto que pode ser considerado é que formação é um processo que não se encerra. Estamos sempre em formação se a entendemos como um processo que envolve, simultaneamente, de um lado, adaptação ao que já foi construído social e historicamente, apropriação crítica de conhecimentos, atitudes, valores e, de outro, desenvolvimento da autonomia, entendida como a capacidade de se posicionar e tomar decisões baseadas na própria consciência. Esse foi o sentido de formação defendido por Theodor Adorno.

Gramsci chamava a atenção para o fato de que a nossa consciência se forma de maneira bastante fragmentária e, sob muitos aspectos, contraditória como resultado das múltiplas influências que atuam sobre nós: família, escola, igreja, classe social e diversos tipos de grupos sociais dos quais participamos. Hoje devemos acrescentar a mídia e a indústria cultural. O desafio formativo para Gramsci se coloca em termos de, pela análise e crítica permanente, tornar a nossa consciência progressivamente mais unitária, mais coerente. Esse desafio é coletivo na medida em que implica na organização de espaços formativos, isto é, que articulem ação, estudo e reflexão. Centros de estudos, clínicas sociais, grupos de pesquisa, associações de musicoterapia podem ser espaços fundamentais para o desenvolvimento da formação no nosso campo e por isso precisam ser fortalecidos e ampliados. Ainda temos uma fraca tradição no sentido do que Raymond Williams chamou de uma democracia

educada e participativa.

Outro ponto é a consideração de que esse processo se desenvolve a partir das relações sociais e que envolve, portanto, consenso e conflito. Administrar o consenso é sempre o mais simples, mas democracia supõe a capacidade lidar com a diferença e a divergência como aspectos inevitáveis das relações sociais. Discutir e explicitar nossas diferenças de opiniões e posições não nos enfraquece, ao contrário, nos torna mais fortes. Isso, é claro, se tratarmos o diálogo nos termos de Paulo Freire para quem só há diálogo se suponho que o outro pode ter razão. Isso é o contrário do aferrar-se às suas ideias e recusar-se à possibilidade de mudanças. Os processos políticos, no entanto, têm evidenciado no Brasil a face excludente de posições de grupos e classes que não apenas se consideram os “donos do país” como defendem e adotam como práticas políticas a eliminação política ou até física dos adversários. O que nos leva a outro aspecto do tema da democracia. Williams pergunta no seu texto “A cultura é algo comum” referindo-se à democracia:

quantos de nós realmente acreditam nela? Os capitalistas não acreditam, estão consolidando um poder que possa sobreviver a mudanças parlamentares. Muitos líderes do Partido Trabalhista também não acreditam nela: eles interpretam democracia como uma sociedade governada por especialistas, em nome de uma abstração chamada interesse público. (...) Quem então acreditaria na democracia? A resposta é bem simples.: as milhões de pessoas na Inglaterra que ainda não têm acesso à democracia, onde trabalham e vivem (WILLIAMS, 2015, p. 27).

Para encerrar, gostaria de lembrar que o processo de formação envolve transformação das pessoas. Jung escreveu no seu livro “A prática da psicoterapia” que o que o terapeuta leva para o seu trabalho, mais do que o que sabe, é o que ele mesmo se tornou. Um tornar-se que certamente não tem fim nem individual nem coletivamente.

## Referências

ADORNO, Theodor. Educação e emancipação. 2ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

FREIRE, Paulo. A Pedagogia do oprimido. 15ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GRAMSCI, Antonio. Cadernos do cárcere, vol. 1. 3ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004

JUNG, Gustav. A prática da psicoterapia. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

SANTOS, Marco A.C. Musicoterapia – aspectos da construção de uma carreira in Revista Brasileira de Musicoterapia nº 2, 1996.

WILLIAMS, Raymond. Recursos da esperança. São Paulo: Editora UNESP, 2015.

## Documentos

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 853 de 11 de novembro de 2006

BRASIL. Ministério do Exército. Portaria nº 048-DGP (22 de fevereiro de 2010), do Chefe do Departamento-Geral do Pessoal

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 145 de 11 de janeiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018.

# PROCESSOS CLÍNICOS EM MUSICOTERAPIA<sup>1</sup>

*Renato Tocantins Sampaio<sup>2</sup>*

**Resumo:** Este artigo apresenta uma reflexão sobre o processo clínico musicoterapêutico tendo como foco o processo de tomada de decisão no qual o musicoterapeuta escolhe e/ou conduz experiências musicais coativas. A partir de estudos no campo das Neurociências discute-se que nem sempre tais escolhas são plenamente conscientes e que, portanto, tornam-se fundamentais a supervisão clínica e formação do terapeuta, incluindo sua terapeutização pessoal.

**Palavras-Chave:** Musicoterapia. Processos Clínicos. Tomada de Decisão. Neurociências.

## O Processo Clínico Musicoterapêutico

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia:

Musicoterapia é o uso profissional da música e de seus elementos como uma intervenção em contextos médicos, educacionais e sociais com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que buscam otimizar sua qualidade de vida e melhorar seu bem estar e sua saúde física, social, comunicacional, emocional, intelectual e espiritual. A pesquisa, a prática profissional, o ensino e o treinamento clínico em musicoterapia são baseados em padrões profissionais de acordo com contextos culturais, sociais e políticos (WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY, 2011, tradução nossa).

Por sua vez, a American Music Therapy Association define:

Musicoterapia é o uso clínico e baseado em evidências de intervenções musicais para alcançar objetivos individualizados no contexto de uma relação terapêutica por um profissional credenciado que completou um programa acadêmico aprovado.

A Musicoterapia é uma profissão da saúde estabelecida na qual a música é utilizada no contexto de uma relação terapêutica para acessar necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais de indivíduos. Após avaliar as forças e necessidades de cada cliente, o musicoterapeuta qualificado fornece o tratamento indicado incluindo criar, cantar, ouvir e mover-se com a música.

<sup>1</sup> Apresentação na Mesa Redonda “Processos em Musicoterapia” no IV Seminário Estadual de Musicoterapia – AMT - RJ 50 anos: De onde viemos para onde vamos? IPUB, Rio de Janeiro, setembro de 2018.

<sup>2</sup> Musicoterapeuta, Educador Musical, Doutor em Neurociências. Professor Adjunto de Musicoterapia, Universidade Federal de Minas Gerais. [renatots@musica.ufmg.br](mailto:renatots@musica.ufmg.br)

Por meio do envolvimento musical no contexto terapêutico, as habilidades do cliente são reforçadas e transferidas para outras áreas de sua vida. A Musicoterapia também fornece meios para comunicação que podem ser úteis para aqueles que encontram dificuldades em se expressar em palavras. A pesquisa em Musicoterapia dá suporte para sua eficácia em muitas áreas como: reabilitação física global e facilitação do movimento, motivação para maior engajamento em tratamentos, suporte emocional para clientes e seus familiares e fornecimento de meios de expressão para sentimentos (AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION, s/data, tradução nossa).

Em ambas as definições, bem como em várias outras encontradas em livros, artigos científicos e sítios de associações de musicoterapia, podemos encontrar dois aspectos que sempre estão presentes e que compõem o próprio nome desta prática: a música e a terapia. Em todas estas definições encontramos descrito, de um modo ou de outro, que a Musicoterapia é o uso da música segundo critérios específicos para alcançar uma melhora da condição de saúde do paciente. Mas, como se dá o equilíbrio entre estes dois lados: a música e a terapia?

Durante uma palestra proferida na II Jornada Gaúcha de Musicoterapia, na cidade de Porto Alegre em 1999, Lia Rejane Barcellos (2004a, p.1) descreve uma imagem da Musicoterapia como “[...] um rio cujas águas correm tanto pelo leito da terapia como da música” sendo que, em muitos momentos os pensares atuais navegam por tal rio e ora se aproximem mais no leito da música e, ora, no da terapia”. Uma das importantes problematizações que Barcellos traz neste texto é que muito terapeutas brasileiros, naquele momento, talvez devido a uma formação musical insuficiente, dentre outros tantos motivos possíveis, se apoiavam mais no leito da terapia que no da música para descrever e refletir sobre suas práticas. Concordamos plenamente com Barcellos no sentido de que precisamos estudar mais profundamente como a experiência musical no contexto de uma relação terapêutica cria as mudanças na condição de saúde do paciente.

Bruscia (2014) considera que a Musicoterapia consiste em um processo sistemático de intervenção no qual o terapeuta ajuda o paciente a promover sua saúde utilizando experiências musicais no contexto de uma relação terapêutica. Na

Musicoterapia, o paciente vivencia a música no contexto de uma relação terapêutica através de atividades de audição, recriação, composição e improvisação musicais que são selecionadas, sugeridas e guiadas pelo musicoterapeuta em função das necessidades clínicas do paciente, levando em consideração suas habilidades já desenvolvidas, habilidades ainda não desenvolvidas (potenciais), gostos, histórico e ideias sobre a música, conjugados com a abordagem teórica e metodologia clínica adotadas pelo terapeuta (SAMPAIO; SAMPAIO, 2005). Como em qualquer processo terapêutico, na Musicoterapia ou em outras modalidades terapêuticas, independentemente da necessidade clínica do paciente e do ambiente em que o processo clínico ocorre, todo processo clínico busca uma mudança, uma transformação no estado do paciente para que ele alcance uma melhor condição de saúde (Zinker, 2005).

Segundo Bruscia (2014) o processo clínico musicoterapêutico se desenvolve como um conjunto de intervenções sistemáticas, planejadas, longitudinais e sequenciais. As intervenções selecionadas e implementadas pelo musicoterapeuta pretendem conduzir o paciente a uma alteração em seu estado de saúde por meio de engajamento do paciente em uma experiência musical coativa (com o terapeuta) no contexto de uma relação terapêutica. Podemos descrever este processo com uma imagem de uma jornada (Figura 1), no qual o paciente irá de um “estado atual” de menos saúde ou de pior condição de saúde para um “estado pretendido” de mais saúde ou melhor condição de saúde. O paciente parte de um lugar de “menos saúde” e, com o apoio do terapeuta, busca um lugar de “mais saúde”, sendo tal lugar correspondente aos objetivos terapêuticos traçados no planejamento do processo terapêutico. O ponto de partida desta jornada será conhecido e descrito a partir de uma avaliação diagnóstica musicoterapêutica; e, o plano de atendimento musicoterapêutico, caracterizado como um percurso a ser trilhado, incluindo o ponto de partida, o ponto de chegada e a previsão de caminho que paciente e terapeuta irão percorrer (SAMPAIO, no prelo).

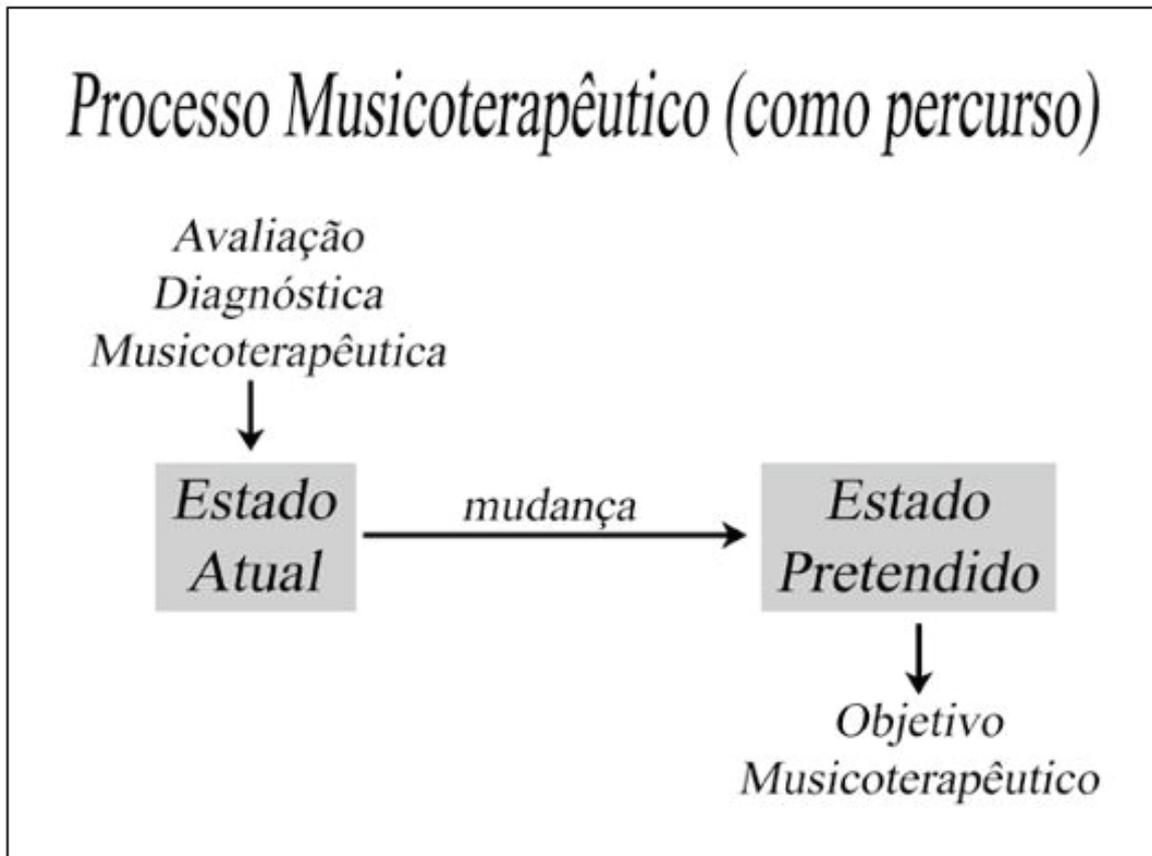


Fig. 1: Representação esquemática do Processo Musicoterapêutico, no qual o paciente se engaja em uma experiência musical no contexto de uma relação terapêutica a fim de obter uma mudança em seu estado de saúde (SAMPAIO, no prelo).

Neste contexto, Saúde pode ser compreendida como o processo no qual o organismo (entendendo-se aqui o ser vivo em toda a sua totalidade) vai atualizando suas potências, intencionalmente escolhendo caminhos e, desde modo, se mantendo ajustado ao meio para sobreviver com o mínimo de sofrimento possível (SAMPAIO, 2007). É importante salientar que não há aqui um objetivo transcendente, ou seja uma meta de chegada em algum lugar ou em alguma forma. Saúde é compreendida como uma ação, ou seja, uma pessoa não “é saudável”, ela “está sendo saudável” à medida que se mantém neste fluxo de ajustamentos ao mundo e atualizando suas potências. E isso é válido mesmo com pessoas em cuidados paliativos, como descrevem Sampaio e Sampaio (2011):

Na prática clínica (musicoterapêutica ou não) faz-se necessário lembrar que o

home deve assumir-se em sua finitude, o que implica assumir-se em sua facticidade (sua condição atual) e tentar restituir a si mesmo sua potência de vir a ser, mesmo na iminência da morte. A musicoterapia consiste em um dos vários meios possíveis desse processo, uma vez que possibilita ao paciente a reabilitação do contato consigo e com o mundo, na experiência de cantar, tocar, compor, improvisar e ouvir música, favorecendo a emergência de novas linhas de fuga de atribuições de sentido, para além da circularidade de entendimento cotidiano. (SAMPAIO; SAMPAIO, 2011, p. 246)

Tal pensamento está em conformidade com o conceito de saúde como performance de Aldridge (1996, 2004), no qual perform the self [performar o Eu] integra tanto aspectos psicossociais como fisiológicos e psicofisiológicos.

Isto se torna mais claro quando a performance “falha” ou é severamente limitada por uma doença aguda ou crônica – no nível físico, cognitivo, expressivo ou social. Em um nível mais existencial, podemos também observar como nosso estado saúde-doença e nossa identidade é performativa. Então, quando os pacientes tocam na musicoterapia conosco [terapeutas], eles estão executando suas vidas perante nós – quem eles são neste momento (suas doenças e sua saúde) e quem eles podem ser. Seu fazer musical é então uma performance de saúde (ANSDELL, 2010, p. 171, tradução nossa, grifos do autor).

## **O lugar da Música**

Sampaio (2002, 2007) considera que, quando paciente e terapeuta fazem música de modo coativo no processo musicoterapêutico, há um encontro do paciente com o terapeuta em um território que é ao mesmo tempo musical e clínico, havendo demandas e forças destes dois tipos (Figura 2). Caberá ao musicoterapeuta conjugar as condições clínicas do paciente com suas possibilidades de expressão musical na seleção e na condução de atividades musicais a fim de permitir ao paciente mudar seu estado de saúde a partir deste encontro. A experiência musical está sendo aqui

compreendida como “uma rica e imbricada trama de experiências ou acontecimentos neuropsicológicos (ligados ao processamento cerebral da informação musical), afetivos (pessoais e sociais), culturais (significados e expectativas sociais) e espirituais” (SAMPAIO; SAMPAIO, 2011, p. 246).

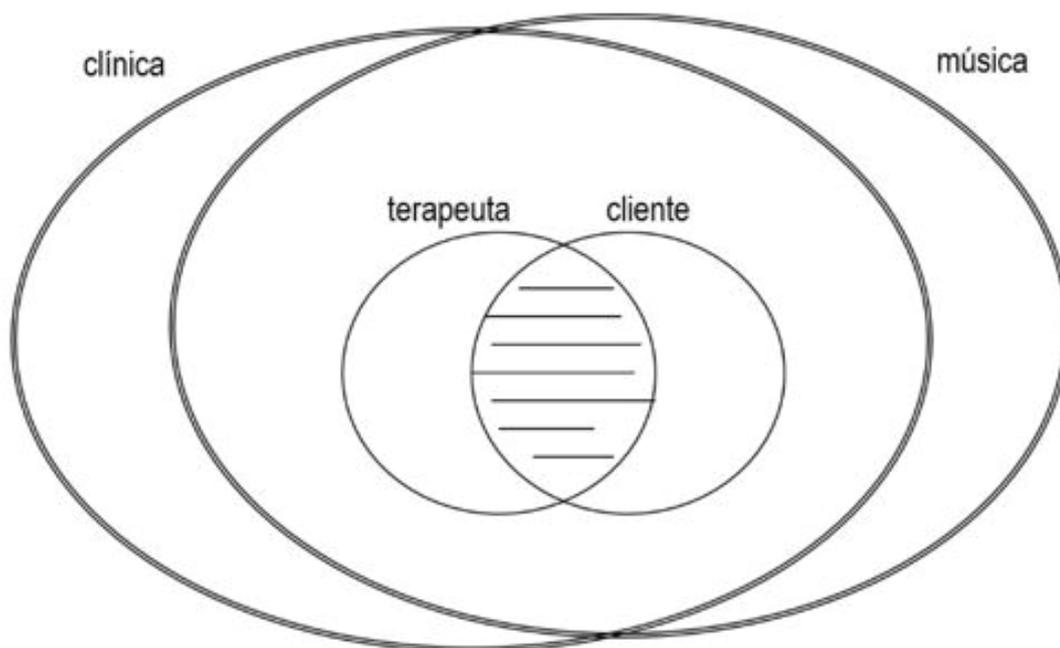


Fig. 2: Representação esquemática do encontro do paciente e do terapeuta intersecção dos territórios existenciais musicais e clínicos (SAMPAIO, 2007).

Ocorre, neste momento, um processo de comunicação musical e no fazer musical que corresponde a uma coordenação de ações do musicoterapeuta e do paciente, e as resultantes sígnicas (musicais, verbais, gestuais etc.) deste processo de comunicação pode também ser analisada por meio de análises musicoterapêuticas. Quando o foco desta análise recai sobre as variações intraindividuais, pode-se alcançar uma melhor compreensão do que ocorre no processo musicoterapêutico por meio da verificação do desenvolvimento de cada paciente e de aspectos intrínsecos da relação terapêutica que, em muitas ocasiões, acabam por ser desconsiderados em estudos populacionais tradicionais (ALDRIDGE, 2005). Sampaio (2015) ressalta que, nesta análise, pode-se focar tanto no processo do fazer musical do terapeuta e/ou do paciente, no produto musical deste fazer e/ou nos aspectos interpessoais, isto

é, relativos à qualidade da relação terapêutica. Saliencamos, porém, que, conforme descreve Barcellos (1999a, 2004a), é importante compreender a música que é feita em musicoterapia e suas várias “tramas internas” para além de uma análise musical tradicional, acrescentando os elementos próprios do processo musicoterapêutica que transformarão tal análise em uma análise musicoterapêutica<sup>3</sup>.

### **Como escolhemos as intervenções?**

Sampaio e Sampaio (2011) descrevem uma proposta de como selecionar e intervir na experiência musical do paciente dentro de um processo musicoterapêutico:

A partir da história, gosto e conhecimento/experiência musical do paciente e de sua condição cognitiva, motora e simbólica para produzir música, não apenas será selecionado um repertório musical próprio para cada atendimento (ou processo), mas também serão consideradas as possibilidades de significação que música pode ter para cada paciente (estímulo ou facilitação do movimento corporal, promoção de recordações ou lembranças, fruição de emoções e sentimentos, expressão de opiniões, favorecimento de percepção corporal, entre outros). Isto é, as intervenções do musicoterapeuta devem considerar os objetivos clínicos do atendimento, além de contemplar o background musical e, eventualmente, as expectativas estéticas do paciente. (SAMPAIO; SAMPAIO, 2011, p. 246, grifo dos autores).

Porém, será que estamos sempre conscientes de nossas escolhas quando estamos intervindo na experiência musical coativa com nosso paciente? De acordo com os estudos sobre Tomada de Decisão no campo das Neurociências, podemos pensar que nunca estamos plenamente conscientes pelo fato de isso não ser possível. Cosenza (2016) explica que as evidências dos estudos na área de neurociências cognitivas apontam a existência de dois tipos de cognição, ou seja, de duas formas

<sup>3</sup> Sobre análise musicoterapêutica, consultar também os trabalhos dos musicoterapeutas brasileiros André Brandalise, Clara Piazzetta, Leomara Craveiro de Sá e Maristela Smith, dentre outros.

de processar as informações relacionadas a fundamentos neuropsicológicos distintos: O primeiro tipo é quase um “piloto automático”, utilizando uma circuitaria neuronal menos sofisticada em termos de circuitaria neuronal e sendo mais dependente dos estímulos ou deixas ambientais, como ocorre com o comportamento instintivo ou com os condicionamentos; o segundo, por sua vez, é controlado por mecanismo neurais mais complexos, que mobilizam a atenção e a consciência para examinar aspectos salientes (i.e., os que se destacam e chamam atenção) do ambiente ou do processamento interno, ou ainda aqueles que fogem às rotinas habituais. Segundo Cosenza (2016), a literatura científica muitas vezes os denomina como processamento automático e processamento consciente, processamento algorítmico e processamento reflexivo; sistema impulsivo e sistema reflexivo, ou, ainda, como descreve Stanovich (2011, apud Cosenza 2016), processamentos do Tipo 1 (T1) e do Tipo 2 (T2).

O processamento T1 é mais automático, instintivo, autônomo, de rápida execução e não apresenta uma grande demanda computacional, podendo operar em paralelo com outros fluxos do pensamento. Ele é mais primitivo do ponto de vista filogenético e não é exclusivo da espécie humana, estando presente em várias espécies animais. Ele predomina a maior parte do tempo na vida cotidiana e, nele, estão incluídos a regulação do comportamento pelas emoções, os módulos neurofisiológicos para resolver problemas adaptativos, a aprendizagem implícita (como os condicionamentos), além dos comportamentos “mais que aprendidos”, que passaram a ser automáticos (Cosenza, 2016). Este comportamento pode ameaçar o comportamento racional quando, por exemplo, hábitos são generalizados em demasia e não se aplicam a situações específicas.

O processamento T2, em oposição, é mais deliberado e consciente, envolve o uso de memória operacional, é muitas vezes baseado na linguagem e demanda maiores recursos computacionais. Por trabalhar em série (computando uma coisa de cada vez), é mais limitado em sua capacidade de processamento. Muitas vezes

precisa se sobrepor e substituir o processamento T1 naquelas ocasiões que requerem uma análise mais detalhada da situação atual para tentar solucionar alguma questão (Cosenza, 2016).

Retornando às escolhas que o musicoterapeuta deverá fazer o tempo todo durante a sessão musicoterapêutica com seu paciente, pode-se observar que pela própria situação terapêutica, devem ser buscadas situações que despertem e privilegiem o processamento T2, para que o musicoterapeuta possa intervir de modo mais consciente e dirigido para os objetivos terapêuticos traçados. O hábito, em especial o hábito musical, pode ser muito perigoso, por exemplo, ao tentar enquadrar a produção musical do paciente em um estilo musical familiar para o terapeuta. Nesta ocasião, muito provavelmente o terapeuta tenderá a dar repostas musicais e a fazer intervenções musicais padronizadas, isto é, fundamentadas no processamento T1, que podem direcionar o fazer musical coativo para uma repetição de padrões ao invés de explorar novas possibilidades de fazer música e, portanto, de ser-no-mundo-com-o-outro-na-música.

Do ponto de vista do paciente, quando retomarmos o conceito de Saúde abordado anteriormente, ficará claro que funcionar exclusivamente em processamento T1 poderá dificultar ou até mesmo impedir uma melhora de sua condição de saúde, uma vez que o indivíduo, mesmo apresentando sofrimento, tenderá a fazer escolhas não conscientes e a repetir padrões de respostas anteriores<sup>4</sup>.

### **Duas implicações...**

A formação acadêmica do musicoterapeuta tem como um de seus objetivos

<sup>4</sup> Na abordagem Gestáltica, o conceito de “ajustamento criativo” é utilizado para descrever um tipo particular de contato que o indivíduo mantém em sua fronteira do campo organismo/ambiente, visando à sua auto regulação, diferenciando-se de ajustamentos conservativos, nos quais há um processamento irrefletido e involuntário, não conscientes (chamado também muitas vezes de “ajustamento neurótico”) (D’ACRI; LIMA; ORGLER, 2007; PERLS, 1997; ZINKER, 2007). Pode-se, portanto, fazer uma aproximação do ajustamento neurótico como modos de processamento e de escolhas do tipo T1, e do ajustamento criativo, com o tipo T2.

o desenvolvimento de sua musicalidade clínica, que corresponde à capacidade do musicoterapeuta perceber os elementos musicais contidos no fazer musical do paciente e, então, interagir e intervir de modo adequado na produção do paciente (BARCELLOS, 2004b). Para tanto, o musicoterapeuta deve ser musicalmente capaz de interagir com o paciente de acordo com seu nível de desenvolvimento musical, bem como o estilo, gosto e outros aspectos estéticos do paciente, de modo a lhe auxiliar a vivenciar no fazer musical coativo a experiência que necessita para alcançar a mudança que o conduzirá para a melhora de saúde. O musicoterapeuta deve estar “apto” tanto em termos musicais como clínicos (GFELLER; DAVIS, 2008), mas isso não significa que tudo o que ocorre na sessão seja pré-definido e imutável (em relação ao plano de sessão). O musicoterapeuta deve ter abertura para o novo, para o acaso, para o inusitado que pode surgir em um dado momento da sessão e, então, favorecer o desenvolvimento de linhas de fuga que direcionem o fazer musical coativo para outros direcionamentos, quebrando o círculo vicioso da extrema previsibilidade e recursividade (SAMPAIO, 2012).

A preparação da sessão inclui o planejamento da sessão, em função dos objetivos terapêuticos traçados, das necessidades clínicas do paciente, de suas condições e habilidades musicais, do momento atual do processo terapêutico e de suas necessidades mais imediatas, bem como a preparação musical do terapeuta, envolvendo, dentre outros, a escolha dos instrumentos que comporão o setting musicoterapêutico, o estudo (e/ou composição) de repertório apropriado, incluindo fundamentos de improvisação, e a disponibilização de gravações de áudio que forem pertinentes. No entanto, o musicoterapeuta deve estar atento às condições e necessidades que se apresentam a cada momento do processo terapêutico para escolher entre seguir o que foi planejado ou mudar a direção em função de alguma deixa (musical ou não) que foi apresentada naquele instante (SAMPAIO, 2012). E isto implica em não seguir somente no fluxo de processamentos cognitivos do tipo T1 mas, dependendo da situação, oportunizar processamentos do tipo T2.

Além disso, em função de todos os processos transferências e contra transferências que emergem na relação terapêutica (BARCELLOS, 1999b; BRUSCIA, 1998), é muito importante que o terapeuta também passe por um processo terapêutico como um paciente, para que ele possa adquirir consciência do seu modo de ser e de agir e não contaminar ou ser contaminado pelas questões trazidas pelo paciente (BARCELLOS, 2016). A Supervisão também é um elemento importante a ser pensado neste jogo, uma vez que auxilia o terapeuta a compreender o processo musicoterapêutico sob uma outra perspectiva (GFELLER; DAVIS, 2008; WIGRAM; PEDERSEN; BONDE, 2002).

### **Considerações Finais**

Em uma perspectiva das Práticas Baseadas em Evidências (PBE) (ABRAMS, 2010; FERRER, 2018), podemos compreender que as intervenções utilizadas pelo musicoterapeuta não podem ter como base somente sua experiência prévia ou a fundamentação teórica que ele/ela utiliza. É necessária também a pesquisa, que trará evidências científicas que comporão, ao lado da experiência prévia do terapeuta e das necessidades, características e condições de cada paciente, o tripé para a PBE. Mesmo assim, não temos como garantir o sucesso (eficácia) de nossas intervenções. Podemos apenas garantir a integridade do processo terapêutico em termos da presença e da qualidade da relação terapêutica, da adequação do setting e do enquadramento terapêutico e, portanto, das intervenções terapêuticas que realizaremos.

Ainda, se não temos como garantir os resultados das intervenções durante o processo musicoterapêutico, menos ainda podemos prever quais os desdobramentos que podem ocorrer a partir de nossas intervenções. Isso não quer dizer que possamos atuar profissionalmente de modo irresponsável, mas que há grandes limitações do que podemos fazer, uma vez que, em última instância, o paciente é sempre o principal responsável pelo seu desenvolvimento em qualquer processo terapêutico e cabe a

ele, neste processo, adquirir consciência, autonomia e empoderamento para fazer as escolhas que considerar mais pertinentes para alcançar uma melhor qualidade de vida.

## Referências

ABRAMS, B. **Evidence-Based Music Therapy Practice: An Integral Understanding.** *Journal of Music Therapy*, v. 47, n. 4, p. 351–379, 2010.

ALDRIDGE, D. **Music therapy research and practice in medicine: from out of the silence.** London: Jessica Kingsley, 1996.

\_\_\_\_\_. **Health, the individual, and integrated medicine: revisiting an aesthetic of health care.** London: Jessica Kingsley, 2004.

ALDRIDGE, D. (Ed.). **Case study designs in music therapy.** London: Jessica Kingsley, 2005.

AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION. Music Therapy Definition. **What is Music Therapy?**, s/data. Disponível em <<https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>>. Acesso em 15 ago. 2018.

ANSDELL, G. **Where performing helps: processes and affordances of performance in community Music therapy.** In: STIGE, B. et al. (Eds.). *Where music helps: community music therapy in action and reflection.* Farnham: Ashgate, 2010. p.161-184.

BARCELLOS, L. R. M. **A importância da análise do tecido musical para a Musicoterapia.** Dissertação (Mestrado em Musicologia). Rio de Janeiro: Conservatório Brasileiro de Música, 1999(a).

BARCELLOS, L. R. M. (Ed.) **Musicoterapia: transferência, contratransferência e resistência.** Rio de Janeiro, Brasil: Enelivros, 1999(b).

BARCELLOS, L. R. M. **Para uma Atualização do Pensar a Musicoterapia.** In: *Musicoterapia: Alguns Escritos.* Rio de Janeiro: Enelivros, 2004(a). p.1-26.

BARCELLOS, L. R. M. **Musicalidade Clínica.** In: *Musicoterapia: Alguns Escritos.* Rio de Janeiro: Enelivros, 2004(b). p. 67-84.

BARCELLOS, L. R. M. **Quaternos de Musicoterapia e Coda.** Dallas: Barcelona, 2016.

BRUSCIA, K. E. (ED.). **The Dynamics of Music Psychotherapy.** Gilsum: Barcelona, 1998.

BRUSCIA, K. E. **Defining music therapy.** 3. Ed. Gilsum: Barcelona, 2014.

COSENZA, R. M. **Por que não somos racionais: Como o cérebro faz escolhas e toma decisões.** Porto Alegre: Artmed, 2016.

D'ACRI, G.; LIMA, P.; ORGLER, S. **Dicionário de gestalt-terapia “gestaltês”.** São Paulo: Summus, 2007.

FERRER, A. J. **Current Trends and Future Directions in Music Therapy**. In: Music Therapy: Research and Evidence-Based Practice. [s.l.] Elsevier, 2018. p.125-138.

GFELLER, K. E.; DAVIS, W. B. **Clinical Practice in Music Therapy**. In: DAVIS, W. B.;

GFELLER, K. E.; THAUT, M. H. (Eds.). **An Introduction to Music Therapy: Theory and Practice**. 3. Ed. Silver Spring: American Music Therapy Association, 2008. p.3-16.

PERLS, F. **Gestalt-terapia**. 2. Ed. São Paulo: Summus, 1997.

SAMPAIO, A. C.; SAMPAIO, R. T. **Da escuta à Intervenção**. In: Apontamentos em Musicoterapia, volume 1. São Paulo: Apontamentos, 2005, p.9-12.

SAMPAIO, R. T. **O Protocolo de Análise Semiótica Musicoterapêutica de Canções e seu uso como instrumento de Avaliação Musicoterapêutica**. Musica Hodie, no prelo.

\_\_\_\_\_. **Novas Perspectivas de Comunicação em Musicoterapia**. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Semiótica). São Paulo: PUC-SP, 2002.

\_\_\_\_\_. **Considerações sobre a Linguagem na Prática Clínica Musicoterapêutica numa Abordagem Gestáltica**. In: VII Encontro Nacional da Associação de Pesquisa e Pós-Graduação em Música. Anais... São Paulo: Instituto de Artes - UNESP, 2007.

\_\_\_\_\_. **Preparo e Acaso na Clínica Musicoterapêutica**. In: XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Olinda: Associação de Musicoterapia do Nordeste, 2012. (Trabalho não publicado)

\_\_\_\_\_. **Avaliação da Sincronia Rítmica em crianças com Transtorno do Espectro do Autismo em Atendimento Musicoterapêutico**. Tese (Doutorado em Neurociências). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

SAMPAIO, R. T.; SAMPAIO, A. C. **Musicoterapia e Cuidados Paliativos**. In: SANTOS, F. S. (Ed.). Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011. p.245-250.

WIGRAM, T.; PEDERSEN, I. N.; BONDE, L. O. **A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research, and Training**. London: Jessica Kingsley, 2002.

WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY. Music Therapy Definition. **What is Music Therapy?**, 2011. Disponível em <<https://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>>. Acesso em 15 ago. 2018.

ZINKER, J. **Processo criativo em gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2007. *Martha Negreiros Viana, Bianca Bruno Bárbara*

## PROCESSOS INSTITUCIONAIS<sup>1</sup>

*Martha Negreiros Viana<sup>2</sup>, Bianca Bruno Bárbara<sup>3</sup>*

Discutir sobre processos institucionais é complexo. Os processos institucionais são muito variados, porque as diferenças entre as instituições determinam processos distintos de trabalho. Portanto, marcam diferenças nos processos institucionais aos quais o musicoterapeuta está convidado a se inserir. Não há como falar das marcas dos processos institucionais sobre o musicoterapeuta sem considerar que a diversidade desses processos vai alterar o modo de apresentação da clínica que o musicoterapeuta faz naquela instituição. Por exemplo, um hospital geral tem uma institucionalidade, um processo de trabalho diferente de um centro de atenção psicossocial, que por sua vez é diferente de um hospital psiquiátrico, ou de uma casa de longa permanência institucional para idosos, ou de uma maternidade – e ainda, nos diferentes espaços de uma mesma instituição.

Questiona-se aqui como vai se inserir o musicoterapeuta, uma vez que a categoria musicoterapeuta não é uma profissão regulamentada. Que inserção vai ser essa que nós vamos encontrar e criar nos diferentes espaços institucionais? E de que maneira, através dos processos de trabalho, nós vamos institucionalizar a nossa clínica nesses espaços, e, conseqüentemente, a nossa profissão?

A diversidade de práticas da musicoterapia e da clínica que se faz a partir de diferentes referenciais teóricos dará uma institucionalidade a cada contexto em particular, seja no âmbito domiciliar, em consultório, ou instituição privada, beneficente, organização não governamental ou pública - onde nos inserirmos. No caso, Bianca e

<sup>1</sup> Participação na Mesa Redonda “Processos em Musicoterapia” no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ. Rio de Janeiro, Setembro de 2018.

<sup>2</sup> Musicoterapeuta graduada (CBM, 1980); Mestre em Ciências pelo programa de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ; Coordenadora do Setor de Musicoterapia da Maternidade Escola da UFRJ; musicoterapeuta clínica. [marthanegreiros@hotmail.com](mailto:marthanegreiros@hotmail.com)

<sup>3</sup> Musicoterapeuta graduada (1997); Mestre em Saúde Coletiva: Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ; Doutoranda em Psicologia Clínica: psicanálise, clínica e cultura pela PUC – RIO. [biancabrunob@bol.com.br](mailto:biancabrunob@bol.com.br)

eu temos toda a nossa trajetória marcada pela saúde pública. Mesmo o que fazemos particularmente tem as marcas da formação na saúde pública.

Além da institucionalização da prática musicoterápica sofrer diferenças a partir do próprio fazer do musicoterapeuta, que é orientado por um referencial teórico particular, que tem um estilo próprio, a instituição também determina um tanto o lugar daquele musicoterapeuta nas relações de trabalho e nos processos de trabalho daquela instituição. Isso pode ser extremamente conflitante. Podem ser relações que se estabelecem de forma muito tensas, ou relações que são rompidas, passando a não existir um processo de institucionalização. Ou que vão se fazendo com o tempo pela marca mesmo dos processos de trabalho instituídos ou que o musicoterapeuta institui de acordo com as singularidades de cada um.

Cada musicoterapeuta, também na sua prática cotidiana, e especialmente quando ele está numa instituição, ele encarna um tanto do que é a musicoterapia.

Quando você fala “sou musicoterapeuta”, já se estabelece uma transferência, específica. Além de facilitar as relações transferenciais, o musicoterapeuta, em alguma medida, institucionaliza a categoria da musicoterapia. A partir da prática dele é que se tem notícia do que é ser musicoterapeuta, de que existe uma categoria que está lutando pela regulamentação, por essa institucionalidade da carreira, por essa institucionalização em nível de políticas públicas.

De onde viemos? A musicoterapia brasileira veio de uma tradição de educadores musicais que trabalhavam na área da educação especial. Pensando do ponto de vista histórico, em que se inseria? Nós estamos falando em 50 anos da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro, em 1968, em pleno movimento de contracultura, em que havia o movimento hippie, revolução da pílula anticoncepcional, Martin Luther King, toda aquela proposição de que haveria um movimento contra o estado instituído.

Então, a musicoterapia no Rio de Janeiro nasce nessa proposição de um certo rompimento com as práticas clínicas já instituídas. Talvez tenhamos vindo desse momento político-histórico, de uma proposição de algo que rompesse com o instituído. Nessa proposição de movimento, a formação do musicoterapeuta, e tudo o que se estabeleceu por longos anos como grade curricular do curso de musicoterapia no Brasil, talvez tenha sido marcado por essa posição da musicoterapia mais ligada à clínica do sensível, em oposição ao que antes estava mais amplamente divulgado como a clínica da palavra.

Isso marca a formação de grande parte de nós e teve consequências. A prática muito catártica, muitas vezes, da musicoterapia; uma certa suposição de que a palavra não podia ter um lugar nas relações transferenciais com o musicoterapeuta; ou não se podia dar à palavra o mesmo lugar discussão que vem sendo retomada ao longo dos anos. Como é possível manter um lugar transferencial com a música, ainda que acolhendo o sujeito em qualquer manifestação que ele faça?

Para onde vamos? Estamos tratando agora de uma certa institucionalização da categoria pela formação. O quanto a formação também institucionaliza a musicoterapia. Nós estamos nos defrontando com uma multiplicação das especializações no Brasil. Para onde vamos e para onde queremos ir?

Temos que nos perguntar para onde vamos, se, por exemplo, estivermos com uma graduação em uma universidade pública no Rio de Janeiro. Como que isso também pode institucionalizar a carreira, dar maior visibilidade para a carreira. Os musicoterapeutas estão sendo formados de outro modo agora. Nas próprias universidades públicas existentes têm poucos alunos. Atualmente, os alunos não estão vindo do movimento de contracultura, mas da música e da educação musical para ampliar suas práticas para a área da saúde, porque a arte e a cultura vêm sendo sucateadas.

Temos uma obrigação de continuarmos pensando na formação. A formação também institucionaliza. Temos que pensar como que as marcas dessa medicina baseada em evidências, faz questão para a prática do musicoterapeuta, para quem está lidando na área médica. O trabalho se faz e o trabalho diz por ele próprio, mas em uma discussão sobre fomento, sobre verba, cada vez mais está tendendo para uma prática baseada em evidências.

Finalmente, nestas breves reflexões não propomos respostas, mas indagações que possam nos provocar a pensar.



# PROCESSOS POLÍTICOS EM MUSICOTERAPIA<sup>1</sup>

*Cristiana Brasil<sup>2</sup>*

## A política na Musicoterapia

Hoje em dia é um comentário corriqueiro entre os musicoterapeutas: “Não vamos discutir política”, “Não vamos falar sobre política”. Os que me conhecem sabem de minha discordância em relação a essa perspectiva. Então hoje, eu, conhecida aqui no Rio de Janeiro pelo meu engajamento com as questões políticas que envolvem a saúde na nossa cidade, vou aproveitar esse momento em que o microfone está na minha mão para colocar para vocês alguns pontos importantes desta questão. Quero ressaltar aqui que nesse momento faz um ano que o meu salário e de meus colegas está atrasado. Essa é uma situação terrível, mas até os impedimentos me empurram para frente e estou aqui, no Seminário que celebra os 50 anos da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro, falando de política.

Em primeiro lugar, o que quero dizer quando afirmo que temos que falar sempre sobre esse assunto? Política é viver em comunidade. Mais do que isso, é a garantia do direito de todos à cidade (HARVEY, 2012). Nessa perspectiva, vou compartilhar com vocês a minha experiência de uma clínica política.

Trabalho como musicoterapeuta em um CAPS AD III, o Miriam Makeba, um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas da prefeitura do Rio de Janeiro, aberto 24h, responsável por atender toda área programática da 3.1. Lá, todo o dia eu aprendo, reaprendo e reaprendo: a nossa clínica é sempre política. Somos o único serviço especializado em uso abusivo de álcool e outras drogas para

<sup>1</sup> Participação na Mesa Redonda “Processos em Musicoterapia” no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ. Rio de Janeiro, Setembro de 2018.

<sup>2</sup> Musicoterapeuta, atriz, palhaça e arte educadora. Atualmente faz parte da equipe do Caps Ad III Miriam Makeba, é integrante e fundadora do grupo Roda Gigante. Membro do corpo docente do núcleo de desenvolvimento estruturante do projeto de capacitação pedagógica para preceptoria na Associação Brasileira de Educação Médica. Presidente da comissão de negociação dos musicoterapeutas do Rio de Janeiro. Integrante do Nenhum Serviço de Saúde a Menos. [crisbatuca@gmail.com](mailto:crisbatuca@gmail.com)

uma população de aproximadamente um milhão de habitantes na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Por dia, atendemos mais de sessenta usuários e temos quase mil pacientes matriculados. Em sua maioria, pessoas negras, em situação de rua, com baixa escolaridade entre outras vulnerabilidades sociais.

O nosso atendimento é realizado na unidade. A concepção do CAPS, em sua inauguração em 2014, previu oficinas socioculturais, espaço de convivência, acesso à documentação básica, acolhimento à crise, acolhimento noturno, visita domiciliar, assistente social, terapia ocupacional, educador físico, musicoterapia, atendimento psicológico, grupos e orientação à família, alimentação, atendimento médico. Durante alguns anos, esse funcionamento foi garantido (portaria ad). O trabalho do CAPS na atenção psicossocial não se restringe ao acompanhamento dos usuários na unidade. A reforma psiquiátrica entende que a atenção especializada precisa acontecer nos territórios em que as pessoas habitam. Eu cumpro uma carga horária de trinta horas semanais, sendo que vinte ou mais horas eu as cumpro no território. A cidade do Rio de Janeiro tem vivenciado uma realidade atípica de muita dificuldade e ainda assim mantemos a frente de trabalho que orienta o funcionamento do CAPS junto a estes territórios: ações de promoção de cidadania e de redução de danos nas cenas de uso, atendimentos domiciliares e outros meios de cuidado na comunidade com o intuito de receber o maior número de usuários, que não conseguem acessar nenhum outro serviço por se tratar de uma população muito vulnerável.

No território, encontro as pessoas, promovo situações de acolhimento e orientação. Eu digo que faço uma musicoterapia peripatética. Essa musicoterapia não tem fala, não tem horário definido, não tem, não tem, não tem... O que tenho é a relação que estabeleço com aquele território e com essas pessoas com as quais convivo. Minha preocupação é oferecer o cuidado possível àquelas pessoas. Em meu trabalho no território, a palavra que me conduz todo dia é **acesso**. Essa população que a gente atende nem sabe que têm direitos, está conhecendo seus direitos a ter

direito, perdendo direitos. São atravessados pela dinâmica da cidade. Exemplo disto: há duas semanas, fomos surpreendidos no território por um tanque de guerra que passava na rua no lugar onde a gente atua.

Essa população é o tempo inteiro revistada, tem os seus corpos invadidos, violentados. Sua presença é incômoda aos outros. Não basta o fato de serem negros. São negros drogados. São negros drogados e malucos. Cada vez é mais difícil garantir-lhes o direito à circulação na cidade.

### **A Musicoterapia no território**

Na clínica da Musicoterapia com usuários de álcool e outras drogas, me chama muito atenção a nossa capacidade de estabelecer a comunicação não verbal em uma relação. Ou melhor dizendo, depois do exposto por Martha Negreiros nessa mesa, nós, musicoterapeutas, desenvolvemos uma capacidade de estabelecermos com excelência a comunicação sem a necessidade de elaboração pela palavra.

Faz parte do meu trabalho no território uma ação às sextas-feiras: o “Samba de Craque”. Funciona na cena de uso conhecida como Cracolândia, no Complexo da Maré, na Nova Holanda. Vocês já devem ter visto as pessoas que atendemos na televisão, perambulando pela Avenida Brasil. Cada pessoinha daquelas tem uma história, cada pessoinha é capaz de ser muito afetuoso. Pois bem, às sextas-feiras acontece um baile na Maré. Chegam ônibus de tudo quanto é lugar, de toda a cidade. As pessoas vêm para o baile e alguns passam pela Cracolândia. No Samba de Craque, não estão somente os usuários de craque, estão outros moradores da cidade que vão passar o fim de semana na favela e, passando por lá, participam do Samba. Chamamos a nossa música de aquecimento para o baile. Levamos instrumentos, uma caixa de som portátil e um microfone que circula e todos que desejam falam, cantam, tocam sem nenhuma dinâmica fechada, sem nenhum protocolo. No microfone aberto, para a

música e para a fala, damos acesso à voz para aquele público. Que importância tem em propiciarmos o acesso à voz e a escuta da voz? A chance que eles têm de explicitar o que desejam evidencia, mais uma vez, a incoerência de políticas elaboradas de cima para baixo, sem a participação dos que se beneficiariam dela. Por exemplo, fala-se em construção de abrigos, que se propõem a cada vez mais socar pessoas lá dentro. A população de rua não quer só abrigos. Pelo que escuto, o desejo dessa população é a existência de Centros de Convivência, um espaço possível de permanecer. Sei disso porque, através do microfone e de uma caixa, dou acesso ao som, amplifico e reverbero a voz daqueles sujeitos. Garanto-lhes o direito à cidade.

### **A Musicoterapia no CAPS**

Recentemente, vivemos uma grave falta de medicamentos na rede pública da cidade do Rio de Janeiro. Apesar do CAPS não ter como conduta um cuidado apenas baseado na medicação, ela é necessária porque muitas vezes evita uma violência maior, dado que o sujeito, em certos casos, não pode circular no território, devido as suas alterações psíquicas.

Uma de nossas pacientes é uma menina alcoolista e psicótica, que se encontra envolvida em uma relação de grande violência entre ela e seu companheiro. Outro dia, chegou ao CAPS muito alterada. Não tínhamos nem soro glicosado, nem nenhum outro medicamento. Passei duas horas e meia cantando todos os pontos das religiões de matriz africana que sabia e os que não sabiam. Não podia parar, nem entrar em nenhuma sala, utilizar nenhum instrumento. A menina se acalmava com os cantos e as danças produzidas ali. A equipe sensibilizada me trazia água. Foram duas horas e meia de contenção sem medicamento e com música. Só então ela pôde começar uma conversa.

Esses momentos acontecem com muita frequência. A população, extremamente

musical, realiza a elaboração emocional através da palavra depois da experiência musical vivenciada na presença de um musicoterapeuta que os escuta.

### **Na musicoterapia, onde estamos?**

Realizando um exercício político, substituo a indagação básica deste seminário, “de onde viemos”, pela pergunta “onde estamos?”. Somos, em maioria, musicoterapeutas terceirizados, contratados pelas OSs e poucos os servidores do estado. Essa é uma realidade da saúde no Brasil. A qualidade da atenção básica, que constrói um cuidado longitudinal com o usuário, tem muito a perder em um serviço terceirizado. A quantidade de idas e vindas de profissionais, devido às demissões e novas contratações, fragilizam demais o tratamento. A atuação no território possui uma lógica de a pessoa não precisar somente ir ao serviço, mas o serviço estar também perto da pessoa. Todos são muito diferentes dentro do serviço e no seu território. Podemos acrescentar muito ao tratamento com observações do usuário no território.

Toda a construção desta rede de cuidados fragiliza-se nesta lógica imposta pela terceirização de serviços básicos de saúde.

No ano passado, quando o prefeito do Rio de Janeiro, Marcelo Crivela, ameaçou cortar onze clínicas da família, surgiu o movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos. Apoiando-se mutuamente, os profissionais de saúde entraram em greve. Nós, musicoterapeutas que não possuímos sindicato, não tínhamos direito a uma greve legal. A AMTRJ ocupou um papel importantíssimo para a nossa categoria: contratou um advogado que nos orientou em todo o processo, possibilitando que realizássemos uma greve legítima (CHAGAS, BRASIL, CABRAL, 2018). Hoje, já sabemos a conduta necessária para entrar em greve, caso um estado caótico de desassistência aos profissionais e à população volte a se instalar.

## Para onde vamos?

Temos muito boas notícias: a UFRJ abrirá a graduação de Musicoterapia. A Musicoterapia em uma Universidade Pública é uma grande comemoração.

Na ampliação de nosso campo, além do início da graduação aqui, proponho que já para o ano façamos um acordo; para isso convoco a musicoterapeuta Andrea Farnettane, coordenadora de um CAPS importantíssimo no Rio de Janeiro, o CAPS 3 Joao Ferreira no Complexo do Alemão, aqui presente, para irmos juntas procurar o Centro de Estudos do Instituto Municipal Nise da Silveira para tratar desse assunto.

Outro ponto importantíssimo que determina para onde vamos é a volta do profissional musicoterapeuta no programa de residência multiprofissional do IPUB. Hoje em dia, os profissionais residentes, ao terminarem seu curso, encontram emprego imediatamente. Garantir o musicoterapeuta na residência é garantir um lugar no serviço público. Tão importante quanto a graduação na Universidade Pública é a garantia do trabalho do musicoterapeuta no serviço público.

## Uma homenagem, um sonho

Para terminar, confesso a vocês que nessa noite sonhei com Pedro Dominguez, meu professor na graduação de Musicoterapia, artista plástico, provocador político, ser inquieto, companheiro da Cecilia Conde, dono de um olhar amplo para a arte e para vida. Pedro me influenciou na concretização de ousadias com seu pensamento livre. Para ele, dedico o conto “A Noite do Resgate das Tartarugas”, do livro *Contos de Lugares Distantes*.

Na noite do resgate das tartarugas, achei que nós fôssemos morrer. Eu ficava puxando meus cabelos e repetia a mesma pergunta sem parar: por que eu sempre dou ouvido aos seus planos malucos? Por que não ficamos em casa assistindo TV que nem todo mundo? Que diferença isso vai fazer? Olhei para trás e vi nossos perseguidores implacáveis cada vez mais próximos,

tão maiores e mais poderosos que nós, jovens tolos de ideais patéticos. “É o fim!”, berrei com toda a minha voz. “Vamos nos entregar enquanto ainda temos chance!”. E então, iluminados pelos ameaçadores holofotes, vi nosso carregamento pela primeira vez: as patas minúsculas fazendo de tudo para se segurar, rostinhos confusos olhando em todas as direções, bocas sem voz que se abriam e fechavam. Nove tartaruguinhas – todas que conseguimos salvar – só nove. Elas viraram as cabeças, olhando para mim com olhos que pareciam botões negros, como pontos finais, piscando. Só consegui pensar em uma coisa, que veio como uma erupção de meus pulmões enquanto nos lançávamos escuridão adentro: “Não pare! Não pare! Não pare!” (TANS, p. 92, 2012).

## Referências

CHAGAS, Marly; BRASIL, Cris; CABRAL, Bárbara. **Associação de musicoterapia e sua inserção política como modo de ampliar fronteiras e unir possibilidades em musicoterapia**. Trabalho apresentado no XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, Teresina. AMPI, UBAM, 2018.

FURTADO, J. P.; ODA, W. Y.; BORYSOW, I. C.; KAPP, S. A concepção de território na Saúde Mental. In **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(9):e00059116, set, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00059116.pdf>.

HARVEY, D. O direito à cidade. In **Lutas Sociais**, São Paulo, n.29, p.73-89, jul./dez. 2012, pp73-89 file:///C:/Users/AMTRJ/Downloads/18497-46482-1-SM.pdf.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

TAN, Shaun. **Contos de lugares distantes**. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

# A MUSICOTERAPIA NO TRABALHO DE ARTICULAÇÃO ENTRE USUÁRIOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL E SEUS TERRITÓRIOS<sup>1</sup>

Thereza Christina Accioly,<sup>2</sup> Franklin Torres Neto<sup>3</sup>

**Resumo:** Esse artigo propõe ser uma narrativa em primeira pessoa que, dentre outros aspectos, relata a chegada de uma musicoterapeuta no Centro de Convivência e Cultura Oficinas Integradas, dispositivo que compõe a Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Niterói/RJ. No decorrer da narrativa será realizada uma breve exposição da trajetória histórica desse dispositivo. Além disso, serão tratados os desafios encontrados no trabalho de (re)inserção dos usuários da Rede em seus territórios, através da articulação e parcerias com dispositivos de Cultura e Trabalho existentes na cidade. Para tal, a função de articulador social, exercida por toda a equipe de profissionais que compõe este dispositivo, e a especificidade do profissional de Musicoterapia, nessa clínica ampliada, ganhará relevo e será analisada.

**Palavras-chave:** Musicoterapia. Saúde Mental. Inserção. Território.

## Breve histórico do centro de convivência e cultura oficinas integradas

O projeto que resultou na criação do espaço denominado Oficinas Integradas nasceu no ano de 1996, com quatro técnicos de enfermagem inconformados com a escassez de atividades propostas ao tratamento de pacientes na enfermaria de agudos em que trabalhavam no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, situado na cidade de Niterói/RJ. O projeto, que inicialmente era realizado junto às pacientes da enfermaria feminina, ganhou notoriedade e passou a ser desempenhado no hospital como um todo, conquistou um espaço próprio, dentro das dependências do hospital, e foi estendido a todos os pacientes que se beneficiavam das atividades ofertadas, o que inclui os pacientes residentes do hospital, os ditos de longa permanência.

Com o passar do tempo o trabalho foi sendo (re)pensado, principalmente no que

1 Trabalho apresentado no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018, no IPUB-UFRJ.

2 Graduada em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná com Especialização em Psicologia Analítica pela PUC-PR; formada pelo Instituto Incorporarte do Rio de Janeiro em Arteterapia; Musicoterapeuta no Instituto Fluminense de Saúde Mental de Niterói/RJ e Musicoterapeuta em Centro de Convivência e Cultura Oficinas Integradas da Rede de Saúde Mental de Niterói/RJ.

3 Mestrando em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio de Janeiro; Especialista em Educação na Saúde - Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Professor da Graduação em Psicologia e da Pós-Graduação em Saúde Mental – Faculdades Integradas Maria Thereza; Psicólogo da Rede de Atenção Psicossocial da cidade do Rio de Janeiro – Secretaria Municipal de Saúde.

dizia respeito ao local onde estava funcionando, dentro de um hospital psiquiátrico. De acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica em andamento e a partir da evidente necessidade de criação de novos modos de cuidado e estratégias para a (re) inserção na sociedade de pessoas portadoras de algum transtorno mental, o trabalho ali realizado mudou-se para um espaço fora do hospital, embora ainda muito próximo, numa sala do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que ficava ao lado do hospital.

Iniciaram-se uma série de mudanças que não iriam se limitar apenas ao espaço físico, para fora das enfermarias, mas todo um conjunto de pensamento e lógica aintimanicomial construído pela equipe e usuários desse serviço, tornando-se a partir daí o Centro de Convivência e Cultura Oficinas Integradas.

Essa transição se deu aos poucos, com o fim das oficinas dentro do espaço do equipamento, porque se entendeu que cabia ao Centro de Convivência o trabalho efetivo para “fora” dos lugares de tratamento e para “dentro” do território, da cidade, sendo essa a lógica que passa a nortear a noção de cuidado deste dispositivo. O trabalho passou então a ser no sentido de procurar pensar e favorecer sempre a desinstitucionalização dos usuários da Rede de Saúde Mental de Niterói.

Segundo Magda Dimenstein (2009), a reforma psiquiátrica, que está em curso, precisa descolar-se da predominância que ainda persiste nos seus modos de pensar e tratar a loucura. Modos esses atrelados às práticas de cuidado no modelo asilar, construído pelos saberes da psiquiatria e suas instituições, “(...) pela tutela, controle, domínio, normatização e medicalização” (DIMESTEIN, 2009).

O Centro de Convivência, numa progressão, desde sua criação até o momento atual, procura o que Magda Dimenstein (2009) chama de “produção de novos modos de subjetivação”. Nesses novos modos de subjetivação está o trabalho de articulação

dos nossos usuários em seus territórios através dos dispositivos de Cultura e Trabalho existentes na cidade.

Isso se efetiva através dos profissionais da equipe do Centro de Convivência que, a partir das demandas que chegam dos usuários, partem em busca de parceiros na cidade, parceiros estes que já ofertam atividades/projetos voltados para o público, para os cidadãos. Não há, portanto, nenhuma intenção de criação de espaços restritos e projetos específicos voltados exclusivamente para pessoas com transtornos psiquiátricos.

Após diversas mudanças de espaço físico, o Centro de Convivência hoje ocupa uma sala em um edifício no Centro da cidade, não desenvolve oficinas ali para os usuários frequentadores desse equipamento, possui uma equipe pequena e multidisciplinar formada por 1 coordenadora, 2 oficinairos, 1 psicólogo, 1 técnico de enfermagem, 1 assistente social, 1 musicoterapeuta e 2 residentes de psicologia. Todos na equipe têm o papel de “Articulador Social”, que implica em atuar com o propósito de promover e fomentar a (re)inserção dos usuários da Rede de Saúde Mental no território.

Para isso, o Centro de Convivência organizou-se em dois núcleos de produção, sendo um da Cultura e o outro do Trabalho. Ambos desenvolvem projetos em parceria com instituições da cidade para promover essa (re)inserção dos usuários no território, na vida. Essa divisão é apenas no sentido de aperfeiçoar o trabalho da equipe, que se divide nesses núcleos, mas atua em ambos sempre que necessário.

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde (2005), os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos que oferecem espaços de convívio, cultura, sociabilidade e intervenção na cidade às pessoas com transtorno mental, facilitando a construção de laços sociais e inclusão social.

O valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde. Os Centros de Convivência e Cultura não são, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura (BRASIL, 2005, p.38).

Os usuários do Centro de Convivência prioritariamente são os pacientes e seus familiares da Rede de Saúde Mental, ou seja, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Ambulatórios, Enfermarias e Albergue do hospital psiquiátrico, embora o trabalho seja no sentido de agregar as pessoas da comunidade em geral, já que é um serviço da Rede Pública de Saúde aberto à comunidade.

### **Contexto da chegada da profissional de musicoterapia ao centro de convivência**

No ano de 2015 a Fundação Municipal de Saúde do município de Niterói/RJ, realizou um processo seletivo simplificado com o intuito de completar o quadro de profissionais da Rede de Saúde Mental da cidade, em um contrato temporário, com a duração de no máximo três anos, com duas vagas para Musicoterapeutas.

Assim, através dessa seleção simplificada, cheguei ao Centro de Convivência e Cultura Oficinas Integradas. Meu conhecimento sobre esse dispositivo era nenhum, apenas o da política pública de Atenção Psicossocial que prevê os Centros de Convivência como espaços de socialização, produção e intervenção na cultura e na cidade (BRASIL, 2011).

Logo na chegada, fiquei surpresa porque o equipamento funcionava em uma pequena sala dentro do Centro de Referência Especializado para População de Rua

(CREPOP). Não tinham oficinas ali e a equipe era pequena. O primeiro contato com o coordenador do serviço foi num espaço externo, num café no centro comercial ali próximo. Ele passou então a narrar um pouco da história do Centro de Convivência, seu funcionamento, direção de trabalho e definiu os dias e horários em que eu estaria no Centro de Convivência e Cultura.

O primeiro projeto que participei foi a “Tarde Musical”. Esta acontecia às quartas-feiras à tarde com usuários em um quiosque na beira da praia de Charitas. A proposta era a de reunir ali aqueles que tinham interesse e gosto por música e ir tocando e cantando com eles o que surgisse de repertório. Esse projeto estava inserido no Núcleo de Cultura.

Como dito anteriormente, o Centro de Convivência e Cultura, para dinamizar e aperfeiçoar o trabalho dividiu a equipe, de acordo com o interesse e as competências de cada profissional, em dois núcleos: Núcleo de Cultura e Núcleo de Trabalho. Embora eu, enquanto Musicoterapeuta, me identificasse mais com o Núcleo de Cultura, pude atuar também no Núcleo de Trabalho, já que todos os projetos desenvolvidos pelos dois núcleos são do Centro de Convivência e Cultura Oficinas Integradas. Daí a necessidade de toda a equipe conhecer e poder atuar em ambos os Núcleos. Todos os projetos desenvolvidos estão voltados para a articulação e inserção dos usuários na cidade, construindo e habitando territórios.

A primeira indicação que me foi feita pelo coordenador do Centro de Convivência, tratava sobre a minha atuação no serviço. Segundo ele, todos na equipe multidisciplinar, incluindo ele próprio, não desempenhavam especificamente as funções técnicas das categorias profissionais de formação. Ou seja, eu não faria ali grupos de Musicoterapia, tampouco atenderia individualmente qualquer usuário do serviço com Musicoterapia. O papel desempenhado por todos era o de “Articulador Social”.

Essa indicação por si só gerou muitas questões. O que eu, Musicoterapeuta, faria então? A que ele se referia exatamente quando designou esse papel de Articulador Social? O que seria isso? Como fazer isso? O que fazer com a prática até então conhecida e desempenhada em todos os outros lugares e instituições onde trabalhei dentro da Saúde Mental? Como contribuir com esse trabalho que me pareceu tão encantador? Quantos desafios... Estava decidida a encarar os desafios, sabia que tinha muito a aprender ali, o novo sempre me atraiu...

Sendo assim, parti para esse “desconhecido” com muita vontade e empenho em não só conhecer e aprender, mas também em poder compreender este trabalho, uma prática sob outro viés, mas ainda orientada pela mesma clínica, a desinstitucionalização! Interessante pensar como, por vezes, os conhecimentos adquiridos na academia, não só, mas especialmente na área da saúde mental, vão nos limitando e nos reduzindo a uma visão dicotomizada do todo.

As especializações, tão necessárias na obtenção de uma profundidade maior no conhecimento, ao mesmo tempo em que nos aprofundam nos reduzem, na medida em que passamos a só nos sentirmos atuando quando estamos dentro dos padrões conhecidos e gerados pelo conhecimento especializado.

Com todas essas questões, comecei a trabalhar no Centro de Convivência e Cultura Oficinas Integradas. Inicialmente observando, acompanhando e perguntando muito. Perdida muitas vezes durante as reuniões de equipe, mas com uma equipe acolhedora e um coordenador disposto a orientar, aos poucos fui me ambientando e entendendo o trabalho.

Esse trabalho inicia com o acolhimento daquele que chega até nós. Então é pensado em equipe, a partir de uma orientação clínica para cada um, numa articulação com a Rede, que inclui o local de tratamento desse usuário. É pensado, inclusive, de que forma os projetos desenvolvidos pelo Centro de Convivência e Cultura podem ser

incorporados aos projetos de tratamento dos usuários, o que pode acontecer tanto em grupo como individualmente.

### **Um caso acompanhado pela musicoterapeuta no centro de convivência**

No contexto musicoterapêutico, acredita-se que a música e seus elementos (melodia, ritmo, harmonia, timbres, intensidade, altura) podem se colocar como uma ponte capaz de ligar a pessoa às suas emoções, seus sentimentos, e seu pensamento. Purdon apud Shapira (2007) destacou cinco funções constantes da música em Musicoterapia: música como ponte, como território seguro, como portadora e relatora da história do paciente, música como resposta às necessidades humanas e como base para o desenvolvimento da identidade.

Segundo Shapira (2007), há um consenso entre os estudiosos de que as pessoas constroem uma dimensão sonora chamada música interna. Essa sonoridade sentida e percebida pela audição interna seria como que um fundo emocional que ressoa por trás da estrutura dos pensamentos. Entende-se que a música interna está presente no núcleo da psique, portanto a musicalidade se constitui em um elemento inerente ao ser humano.

Por essa via, compreende-se que toda a produção sonora musical que se manifesta nas experiências musicais revela o sujeito, fala de como ele está no mundo, sua estruturação psíquica, até os limites de sua música interna.

Para Schafer (1997) “(...) a música é um indicador da época, revelando, para os que sabem como ler suas mensagens sintomáticas, um modo de reordenar acontecimentos sociais e mesmo políticos.” (p.23). Sendo assim, com base nos princípios próprios da Musicoterapia, pude, no Centro de Convivência e Cultura, ampliar minha prática para além do setting Musicoterapêutico.

Meu entendimento de cuidado, clínica, acolhimento e intervenção foram aos poucos sendo amplificados também, na medida em que a prática se dava fora das quatro paredes de uma clínica convencional. No convívio com os usuários no território, nos passeios a museus, praias, teatros, shoppings e eventos culturais da cidade, foi possível perceber que a clínica acontece invariavelmente, independente do local, quando se tem uma escuta refinada que se propõe a um cuidado integral com os sujeitos.

O local torna-se o menos importante, mas o que de fato está em pauta é a necessidade daquele sujeito que busca a ajuda para (re)construir-se socialmente. A escuta refinada pressupõe compreender o que ele precisa para a sua (re)inserção na comunidade a que pertence e como é possível fazê-lo de uma forma que não seja com tutela, domínio e controle, mas gerando a tão desejada autonomia desse sujeito.

Surge então um caso que chama a atenção por estar diretamente ligado às questões musicais. C.A, antigo usuário e frequentador do Centro de Convivência, após um longo tempo afastado por conta de um projeto que já não existia mais, retorna ao Centro de Convivência a partir de um novo contato feito por mim. Ele passa a frequentar novamente as reuniões e passeios junto ao grupo “Arte e Expressão à Vista”, volta para a “Tarde Musical”, se aproximando cada vez mais, com uma demanda bem específica para a música.

O usuário, com grande potencial criativo, se autodenomina compositor, o que de fato é! Porém tem uma ansiedade enorme em encontrar alguém que possa tocar violão para ser seu parceiro porque julga que seria melhor para compor. Embora ele componha sem nenhum conhecimento de teoria musical, faz o ritmo, melodia e letra sem instrumento algum, insiste que precisa de um parceiro. Como se torna cada vez mais difícil encontrar um parceiro para ele, o mesmo decide que precisa aprender violão.

No Centro de Convivência iniciamos o movimento de procurar na cidade algum curso de violão gratuito junto aos nossos parceiros. Encontramos um curso no “Abrigo de Bondes”, instituição que realiza diversos projetos sociais. O local oferece vários cursos gratuitos, inclusive aulas de violão. Preparamo-nos junto aos usuários para fazer uma visita ao local e saber quais cursos seriam ofertados naquele semestre. C.A. estava entre eles, muito animado.

Fizemos então a visita, nos informamos quanto às datas para as matrículas e quais documentos seriam necessários. Visto todos os detalhes, marcamos com os usuários interessados no dia da matrícula lá no local. C.A, no entanto, não consegue chegar a tempo para a matrícula e fica bastante frustrado. Seguimos procurando alternativa e ao mesmo tempo cuidando para que essa frustração não gerasse alguma crise.

Apareceu então no SESC de Niterói, instituição parceira do Centro de Convivência e Cultura, um curso gratuito de violão básico com duração de quatro meses. C.A fica empolgado e nos preparamos novamente, investigando todos os detalhes para a matrícula. Fizemos contato com a referência do usuário em seu CAPS, local de tratamento dele, informamos o que estava se passando e ficou combinado que todos acompanharíamos bem de perto o caso.

A referência do usuário comentou na conversa que ele já havia iniciado vários cursos, mas que não conseguia nunca levar até o final nenhum deles. E que depois entrava numa certa depressão por conta disso. A preocupação aumentou e o cuidado também. O caso foi discutido na reunião de equipe e pude dizer que na verdade C.A não precisava do violão para compor porque ele já fazia isso. Mas não conseguia se apropriar de fato desse potencial.

No entanto, como o usuário decidiu fazer o curso, conseguiu se matricular e

iniciaram as aulas, passei a acompanhar de perto o caso, bem como toda a equipe do Centro de Convivência. Após a empolgação do começo, C.A passou a relatar suas dificuldades e frustrações com o curso. Segundo ele, todos os alunos já sabiam muito e ele passou a se sentir desestimulado.

Foi então que fiz intervenções junto ao usuário no sentido de ajuda-lo a perceber que sim, muito bom estudar e aprender um instrumento, mas que ele definitivamente não precisa do violão para compor suas canções. Aprender um instrumento demanda tempo, paciência e perseverança e que ele pode, com calma, no tempo dele, no seu ritmo, aprender e me proponho a ajuda-lo no que for preciso.

C.A decidiu então ir até o fim do curso, mesmo achando que não está aproveitando tanto quanto os outros alunos. Após essa conversa definimos que a partir da próxima reunião do grupo “Arte e Expressão à Vista”, que acontece na sala do Centro de Convivência e Cultura de 15 em 15 dias com o intuito de definir, dentre outras coisas, qual local iremos visitar, C.A vai levar seu material de aula de violão para que eu, enquanto Musicoterapeuta, possa começar a ajuda-lo.

Esse é só um dos exemplos de muitos dos casos onde o Centro de Convivência e Cultura realiza o acompanhamento individual de um usuário. O papel da Musicoterapeuta nesse caso está justamente na escuta refinada e no entendimento e leitura da expressão musical desse usuário. Essa leitura, própria da Musicoterapia, me permitiu o entendimento do usuário para além da sua expressão verbal ou digital. Na leitura da linguagem analógica, ou seja, da música, ficou clara a capacidade e habilidade de C.A em transformar seus sentimentos, sua subjetividade em prosa, verso e canções, tornando assim seu mundo organizado e facilitando seu bom funcionamento na vida.

O trabalho com ele segue em frente, se possível que ele aprenda a tocar o violão,

mas isso já não é o mais importante, o que se deve preservar, afirmar e incentivar é que ele se autorize e se aproprie dessa sua habilidade para a composição, como de fato sendo um recurso próprio e poderoso para a manutenção da sua organização mental, além de ser recurso facilitador das entradas nas relações, uma vez que ser compositor o inscreve no social de modo muito particular.

### **Considerações finais**

Como sabido, no campo da saúde mental, a especificidade de cada saber técnico beira a ineficiência, se este saber se reduz a um tecnicismo surdo, que não se apresenta de mãos dadas à inventividade, à possibilidade de invenção de arranjos que comportem tantos compassos quanto forem necessários.

O Centro de Convivência e Cultura Oficinas Integradas provoca, em todos que compõem sua equipe, uma estadia em um não-lugar, uma posição para o exercício do trabalho que exige constantes reposicionamentos. Daí que temos musicoterapeuta que toma banho de mar, com os usuários; assistente social que faz brigadeiros e sai para vendê-los, com os usuários; oficineiro que vai ao teatro numa sexta-feira ou sábado à noite, com os usuários; técnico de enfermagem que pinta quadros em ateliês pela cidade, na companhia dos usuários. Enfim, com os usuários, experimentamos, nós técnicos, a possibilidade de vê-los cidadãos, somos surpreendidos quando notamos que o rótulo de usuário ou paciente deixa de existir dando lugar ao título de “mais um”. Mais uma pessoa qualquer vivendo na cidade, vivendo a cidade. Suspeitamos que a possibilidade de serem reconhecidos como “mais um”, no lugar de pacientes, tenha alguma relação com o fato de nos posicionarmos para o exercício de uma clínica que comporta o não-lugar. Arriscamos dizer que estamos advertidos que esta posição, do não-lugar, não se traduz em ausência de referência, mas de uma presença que rompe com estereótipos já instituídos, estereótipos de técnicos e pacientes. Não queremos com isso camuflar a loucura, dizer que ela não existe ou que deva ser ignorada, mas

afirmamos que, na mediação dos encontros, temos a chance de inseri-la no campo das relações, no socius que comporta múltiplas subjetividades.

Para a Musicoterapia, esse sujeito subjetivo, cidadão, como dito anteriormente, possui uma musicalidade e um potencial criativo que são inerentes a sua psique. Suas histórias, vivências e experiências musicais vão se constituindo a partir da cultura a qual pertence, somada à paisagem sonora que o circunda.

Na Musicoterapia acredita-se que a música e seus elementos podem se colocar também como ponte capaz de ligar o sujeito às suas emoções e sentimentos, aos seus pensamentos e ao seu corpo e ainda que “(...) pode ser reveladora e/ou restauradora da alma humana” (BRANDÃO, MILLECCO R., MILLECO F., 2001, p.95).

As canções populares que vão sendo criadas em cada época e presentes na vida, no cotidiano de todos nós, podem funcionar também como pontes para nos territorializar e desterritorializar quando, por exemplo, lembrando-nos de situações vividas e somos imediatamente remetidos aquele tempo e lugar onde as situações aconteceram.

A música é anterior à linguagem verbal, pois a criança, que ainda não aprendeu a falar, percebe a voz de sua mãe com suas melodias como um tipo de linguagem que está comunicando de forma transparente os sentidos e significados que são indizíveis. O espaço sonoro é o primeiro espaço psíquico do ser humano.

Sendo assim, podemos inferir que a Musicoterapeuta nessa clínica ampliada, para fora das paredes do setting, com sua escuta sensível à complexidade que é a “orquestra sonora” de sons do ambiente (seja ele urbano ou do campo), somada as dos sujeitos, com todas as suas expressões sonoras, seus ritmos e melodias, pode contribuir sobremaneira para o trabalho de (re)inserção desses sujeitos em seus

territórios.

A harmonia do tecido sonoro-social vai sendo composta com as melodias e ritmos próprios de cada um de nós. Na medida em que conseguimos ter uma escuta sensível e respeitosa pela diversidade de sons que ecoam, sem nos colocarmos no papel de dominadores, controladores e juízes da qualidade e valor de cada som emitido, poderemos então, ouvir quem sabe aquela música que ainda nem conhecemos... Precisamos escutar para além de ouvir... Ainda que no início seja difícil de escutar, o exercício é esse!!

Sendo assim, escutando de forma sensível, fazemos música juntos, ao tomar banho de mar, ouvindo o som das ondas, o vento e as vozes daqueles ao redor, fazemos música juntos quando caminhamos pelas ruas da cidade e cantamos trechos de canções lembrada pelos usuários, ao irmos ao teatro juntos assistir um show, uma ópera, um espetáculo ou simplesmente no meio de uma reunião, quando um deles lembra de uma canção e começa a cantá-la!

Fazemos música o tempo todo porque somos musicais, sonoros e vivemos em um mundo sonoro.

## Referências

BRANDÃO, M.R.E.; MILLECO FILHO, L.A.; MILLECO, R.P. **É Preciso Cantar: Musicoterapia, Cantos e Canções**. Rio de Janeiro, Enelivros, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.090**, de 23 de Dezembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

DIMEMSTEIN, M.; LIBERATO, M. T. **Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e o trabalho em rede**. Cad. Bras. Saúde Mental, v.1, n. 1, p. 1-10, 2009. Disponível em: <[http://www.esp.rs.gov.br/imag2/21Magda dimestein.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/imag2/21Magda%20dimestein.pdf)> Acesso em: 01 ago. 2018.

SCHAFFER R.M. **Afinação do Mundo**. São Paulo: Editora Unesp, 1997.

SCHAPIRA, D. **Musicoterapia: Abordagem Plurimodal**. Argentina: ADIM Ediciones, 2007.



# DESENVOLVIMENTO DA MUSICOTERAPIA NO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO (HCE): RELATO HISTÓRICO DE 1985 A 2017<sup>1</sup>

*Leila Brito Bergold<sup>2</sup>, Marcus Marcello Porto Leopoldino<sup>3</sup>*

**Resumo:** Este relato histórico tem por objetivo descrever a inserção e o desenvolvimento da musicoterapia no Hospital Central do Exército (HCE) - Rio de Janeiro, desde 1983 até 2017. A inserção da musicoterapia se iniciou na psiquiatria, estendendo-se a pacientes de outros setores, encaminhados pela equipe de saúde. Inicialmente o enfoque clínico era voltado para reabilitação física e/ou psicossocial. Os pacientes internados ou de ambulatório eram atendidos no Setor de Musicoterapia individualmente ou em grupos, semanalmente. A musicoterapia depois se disseminou pelo hospital com Visitas Musicais para humanização hospitalar oferecida pela equipe de musicoterapia, e também Oficinas de Música, visando reabilitação e integração entre pacientes de diferentes clínicas e funcionários. Posteriormente iniciaram-se outras atividades como o Coral Polívida para idosos; o Grupo de Pacientes Egressos da Psiquiatria, visando reabilitação psicossocial; e Palco Livre, voltado para apresentações musicais de pacientes e servidores. A musicoterapia no HCE ampliou-se de atendimentos clínicos para atividades musicais voltadas para humanização hospitalar, promoção da saúde e qualidade de vida, promovendo integração entre pacientes e equipe.

**Palavras-Chave:** Musicoterapia; Hospital; Humanização da Assistência; Promoção da Saúde.

## Introdução

Este artigo relata a inserção da Musicoterapia no Hospital Central do Exército (HCE), na cidade do Rio de Janeiro-RJ, e se refere principalmente ao período de 1985 até 2017, no qual os autores trabalharam como Chefes do Setor de Musicoterapia desta instituição.

O HCE foi um dos primeiros hospitais a oferecer musicoterapia no Brasil. Por ser um hospital geral de grande porte, atendia pacientes de perfis muito variados, o

que propiciou oportunidade dos musicoterapeutas atenderem a um amplo espectro de

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018, no IPUB-UFRJ.

<sup>2</sup> Musicoterapeuta e Enfermeira, professora adjunta da UFRJ – Campus Macaé, chefe do setor de musicoterapia do HCE de 1985 a 2011. [leilabergolg@gmail.com](mailto:leilabergolg@gmail.com)

<sup>3</sup> Musicoterapeuta e Psicólogo, chefe do setor de musicoterapia do HCE de 2011 a 2017. [marcusuff@gmail.com](mailto:marcusuff@gmail.com)

condições de saúde. O hospital tem por finalidade prestar assistência a militares do Rio de Janeiro e de outras localidades do país, pois congrega diversas especialidades médicas e de outros profissionais de saúde, além de contar com recursos materiais diversos para atender à média e alta complexidade da assistência em saúde. Atende não só a militares, mas também a seus dependentes e aos servidores civis.

Durante os 32 anos descritos neste texto, os autores acompanharam a evolução do HCE, realizando também alterações na forma de atendimento ao público, compatíveis com as demandas coletivas e/ou individuais que surgiram ao longo desse período. Essa é a história dessa evolução. O objetivo desse artigo é descrever a implementação e desenvolvimento da musicoterapia no HCE de 1985 até 2017.

### **Descrição da experiência**

Esse é um relato de experiência sobre 32 anos da musicoterapia no HCE. A descrição dessa experiência foi baseada em registros de documentos pessoais dos autores, em alguns registros da instituição e também em trabalhos científicos publicados em anais, revistas ou capítulos de livros, referentes a este período. Destaca-se que a implantação da Musicoterapia no HCE ocorreu em 1983, com a Mt. Márcia Godinho, tendo enfoque maior no atendimento a pacientes psiquiátricos crônicos internados, que posteriormente abrangeu também os casos agudos e expandiu-se para outros pacientes. A descrição será realizada por períodos, caracterizados por demandas institucionais ou maior desenvolvimento de determinadas atividades.

Período de 1985 a 1994 – Implementação e expansão da Musicoterapia: ambulatório e internação hospitalar

Em 1985, com a saída da musicoterapeuta Maria Isabel Cursino e entrada da Mt Leila Brito Bergold que já era enfermeira da instituição, a direção do Hospital criou

o Setor de Musicoterapia em caráter permanente, pela possibilidade de oficialização deste com a presença de um profissional concursado.

A musicoterapia funcionava em uma sala provisória, mas em 1986 foi inaugurado o Setor de Musicoterapia junto com os Setores de Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicologia. O serviço era composto de duas salas, uma para atendimento individual e outra para atendimento em grupo. As paredes eram forradas de material próprio para absorver o som, e o chão foi pavimentado com tábuas corridas para permitir vibração acústica em atividades de expressão corporal ou com pessoas com deficiência auditiva.

Nessa época ampliaram-se os encaminhamentos de pacientes para musicoterapia a nível ambulatorial, realizados pelos setores vizinhos já citados. O perfil dos pacientes eram crianças e adolescentes autistas ou com comprometimentos neurológicos, adultos com transtornos mentais e adultos com deficiência física. Com o tempo iniciou-se uma equipe informal, interdisciplinar, que discutia os casos e adotava condutas conjuntas, visando ampliar os recursos para intensificar o alcance terapêutico dos tratamentos.

A assistência musicoterápica a pacientes psiquiátricos internados continuava, mas iniciou-se atendimento a pacientes de outro pavilhão inaugurado - Pavilhão de Crônicos - voltado para internação de adultos e idosos com comprometimento motor, sequelas neurológicas e dependência de cuidados. Esse pavilhão passou a contar com uma equipe específica, sendo contratados novamente terceirizados, como a Mt. Maria Isabel Cursino que passou a atender especificamente os pacientes desse pavilhão, sendo um ano depois substituída pela Mt Elizabeth Conservani, até que houve a demissão de todos os terceirizados, permanecendo então a partir disso somente a Mt. Leila no HCE.

Período de 1995 a 2000 – Grupos de Família, Grupos Interativos e Oficinas

## Musicais: abordagens interdisciplinares e pedagógico-terapêuticas

Ocorreram mudanças físicas no HCE que promoveram novas alterações, com o deslocamento da Reabilitação e Psiquiatria para outros locais do hospital e reorganização das equipes, que retomaram as reuniões interdisciplinares nestas clínicas.

Na psiquiatria, constatou-se a necessidade de incluir mais os familiares nos tratamentos aos pacientes, visto que o engajamento destes no tratamento contribuía para acelerar o processo de alta hospitalar. Criou-se à época também o Grupo Interativo para atender as demandas da internação psiquiátrica. Era um atendimento grupal cujo objetivo era proporcionar maior interação entre os participantes, incluindo terapeutas e pacientes. O atendimento era coordenado por três terapeutas alternadamente (psicóloga, terapeuta ocupacional e musicoterapeuta), sendo realizadas atividades diversas que permitiram a ampliação dos recursos de cada profissional, ampliando também os efeitos terapêuticos.

Na Clínica de Reabilitação também se iniciou atendimento interdisciplinar com a participação de diferentes profissionais da equipe de reabilitação. Contudo, o processo era um pouco diferente, pois os familiares dos pacientes internados, além das reuniões ocasionais com a equipe de saúde, passaram a participar dos atendimentos grupais interdisciplinares com os pacientes, realizados uma vez por semana.

Em 1998 foi reformado um espaço para potencializar a reabilitação dos pacientes internados, formado por jardim e coreto, dentro da área hospitalar. A sala localizada embaixo do coreto foi designada para a utilização do Setor de Musicoterapia. Implementou-se então o projeto Oficinas Musicais voltadas para pacientes, internados ou de ambulatório, com o objetivo de desenvolver o ensino de instrumentos musicais (flauta, violão e cavaquinho) e aprimoramento vocal (oficina coral).

A Oficina Coral era composta em sua maioria por servidores civis e militares do HCE, mas ocasionalmente também participavam pacientes da clínica psiquiátrica. O maestro era um oficial dos bombeiros aposentado que trabalhava como voluntário.

Período de 2000 a 2011 – Implantação das Visitas Musicais e Encontros Musicais: novas abordagens voltadas para a Humanização Hospitalar

Nesse período alguns profissionais foram deslocados para outros setores, prejudicando a dinâmica dos atendimentos interdisciplinares. O Grupo Interativo terminou, mas a musicoterapia manteve os grupos de psiquiatria de ambulatório e de internação. O enfoque institucional no tratamento ambulatorial reduziu os pacientes de reabilitação física, e o grupo de atendimento interdisciplinar também acabou. Contudo, houve um aumento significativo de pacientes de musicoterapia em atendimento ambulatorial, iniciando-se também apresentações musicais mensais ao Grupo de Terceira Idade do ambulatório, visando promover integração social.

Outras modificações na internação hospitalar propiciaram a oportunidade para novas abordagens. Alguns pacientes de longa internação e dependência de cuidados, encaminhados ao setor, não podiam ser transportados até a sala de atendimentos, sendo realizados atendimentos de musicoterapia no leito. Com o tempo, alguns servidores civis e militares do hospital que tocavam violão e cavaquinho e atuavam nas oficinas musicais como professores, passaram a participar desses atendimentos. Essas Visitas Musicais, como ficaram denominadas, foram bem-sucedidas e outros pacientes passaram a solicitá-las também, e acabou sendo disseminada por todo o hospital.

Essa atividade trouxe tanto impacto ao ambiente hospitalar que dois sargentos – Denilson Marinho e Márcio Araújo - que participavam voluntariamente das atividades

foram transferidos permanentemente para o Setor de Musicoterapia para promover a humanização hospitalar. Lá foram treinados para a abordagem aos pacientes e familiares e para os cuidados para evitar infecção hospitalar, e prepararam um vasto repertório para atender da melhor maneira os pedidos de música. Após algum tempo mostraram-se capacitados para realizar as atividades sozinhos, ampliando assim as possibilidades de atender mais setores do hospital.

Após algum tempo, percebeu-se também a importância de incluir como público as equipes de saúde nas Visitas Musicais, visando humanizar o ambiente de trabalho. Essa abordagem acabou disseminada por todas as clínicas do hospital e ocasionalmente eram dirigidas também para os setores administrativos. Outra atividade iniciada à época foram apresentações musicais (voz, violão e cavaquinho) em eventos do hospital, tendo uma apresentação mensal para os servidores no auditório, ampliando a integração.

Outra abordagem importante neste período iniciou-se com uma pesquisa sobre Encontros Musicais no Hospital-Dia do HCE, realizada com pacientes em quimioterapia e seus familiares. Nesses encontros os participantes tinham a possibilidade de escolher músicas e de falar sobre elas e/ou fazerem relatos. Essa atividade grupal mostrou-se muito potente, trazendo benefícios tanto aos pacientes e familiares quanto à equipe envolvida.

Período de 2011 a 2017 – Implementação do Coral Polivida, Palco Livre e Grupo de Pacientes Egressos da Enfermaria Psiquiátrica

Nesse período ocorreu nova mudança de musicoterapeutas com a aposentadoria da Mt. Leila Bergold e a entrada do Mt. Marcus Leopoldino, que era tenente psicólogo, com especialização em musicoterapia. Os sargentos músicos permaneceram como membros da equipe de Musicoterapia, mantendo as atividades de Humanização

Hospitalar com músicas, e outras atividades foram criadas por demandas da instituição.

O Coral Polivida foi uma atividade desenvolvida em outra instituição de saúde, a Policlínica Militar do Rio de Janeiro. Surgiu a partir do Grupo Polivida, já existente nessa unidade, que tinha por finalidade oferecer atividades físicas e socialização para a clientela de 3ª idade. A partir de 2014, por iniciativa de um de seus integrantes, o grupo formou um coral que foi coordenado pelos próprios integrantes, até que o diretor da unidade convidou o Setor de Musicoterapia do HCE para apoiar o grupo.

De início percebeu-se que haviam integrantes com pouca assiduidade nos ensaios, que vinham somente para os dias de festas e apresentações. A partir de avaliação inicial, buscou-se encontrar o melhor equilíbrio possível entre socialização, diversão e performance, de forma que a maior parte deles participasse e fosse mantida a finalidade terapêutica.

Outra estratégia desenvolvida à época foi o Palco Livre, voltada para atender às demandas da equipe de saúde do hospital. Essa estratégia surgiu a partir de apresentações regulares que a equipe de Musicoterapia já desenvolvia em diversas situações no hospital, atendendo a convites oficiais da instituição, sendo já tradicionais no hospital. Eram consideradas como oportunidade de divulgar a musicoterapia e ao mesmo tempo contribuir para o bem-estar da equipe e a interação entre os profissionais.

O Palco Livre tinha um diferencial que potencializava os efeitos dessas apresentações, pois não se tratava de promover um evento aberto à participação de diferentes músicos, mas sim de encontrar talentos escondidos nas diferentes equipes, promover ensaios e eventualmente convidá-los para as apresentações musicais regulares.

Outra abordagem desenvolvida nesse período foi a alteração do formato do

Grupo de Pacientes Egressos da Enfermaria Psiquiátrica, que tinha por objetivo acompanhar os pacientes oriundos da enfermaria psiquiátrica no pós-alta, e era coordenado por equipe multidisciplinar. Funcionava com sessões de 90min de duração, aberto a todos os ex-pacientes da enfermaria e a encaminhamentos do ambulatório de psiquiatria ou psicologia, sem limite de número de sessões para cada paciente, que podiam retornar quando quisessem. Quando o Mt. Marcus assumiu a Chefia do Serviço de Musicoterapia, passou a coordenar esse grupo, que acabou tendo a música como foco principal. Apesar do caráter “aberto”, não havia grande rotatividade nem superlotação, exceto por ocasiões pontuais.

## Resultados

As mudanças ocorridas no Setor de Musicoterapia, devido às demandas, institucionais ou dos pacientes, promoveram alterações nas abordagens em musicoterapia. Observou-se que no período de 1985 a 1994, os atendimentos tinham um enfoque mais clínico, voltados para tratar condições de adoecimento ou perdas de funções devido a transtornos mentais ou perdas neurológicas.

Os atendimentos eram baseados em sua maioria nas seguintes experiências em musicoterapia (BRUSCIA, 2000): receptivas, recriação e improvisação. Entre as experiências receptivas, utilizava-se a escuta musical para mobilizar a conversa, desenhos ou expressões corporais diversas. A improvisação era geralmente desenvolvida através de ritmo, pois poucos pacientes tinham alguma formação musical. Destaca-se que a maior parte do tempo os pacientes vivenciavam a experiência de re-criação, cantando e acompanhando com os instrumentos de percussão canções populares escolhidas por eles próprios. A vivência do prazer para os pacientes hospitalizados já melhorava sua qualidade de vida, mas a percepção de suas possibilidades criativas e habilidades de comunicação através da música contribuíram muito para o empoderamento dos participantes e conseqüentemente,

para a reabilitação física e/ou psicossocial.

Também eram desenvolvidas técnicas voltadas para o déficit de atenção ou desenvolvimento psicomotor de crianças, e para a reabilitação de adultos que apresentavam déficit de memória, afasia ou hemiplegia. Eram utilizados repetições de ritmos ou fragmentos melódicos, percepção auditiva e rítmica. Também foram utilizadas outras técnicas para atender às demandas de paciente em atendimento.

Em 1997, o manejo terapêutico dos familiares de pacientes psiquiátricos passou a ser uma necessidade e levou a novas abordagens junto com a equipe. Buscava-se inserir ativamente a família no tratamento, contribuindo assim para reduzir o número de reinternações e melhorar a qualidade de vida dos sistemas familiares atendidos. A troca de informações e a sensibilização sobre a importância do tratamento ambulatorial são imprescindíveis, tendo em vista que o retorno ao meio familiar sem um preparo adequado é um dos responsáveis pelo ciclo internação-reinternação que se verifica na história de muitos pacientes (BERGOLD, 2003).

A inserção da família como parte do processo musicoterápico trouxe maior ampliação dos recursos terapêuticos também para a área da reabilitação, e a inserção de familiares no setting musicoterápico contribuiu para esse processo, visto que o foco da terapia passava a ser o próprio relacionamento familiar (BERGOLD, 2008). Nessa busca foram desenvolvidas diferentes técnicas de experiências receptivas, de improvisação e re-criação em musicoterapia, sendo observado a evolução individual e familiar, que contribuíam para o processo de alta hospitalar.

Outra estratégia inovadora foi o Grupo Interativo, criado para atender às demandas de pacientes psiquiátricos. A abordagem interdisciplinar utilizando diferentes recursos despertavam novas possibilidades de atuação e interação que auxiliaram no resgate de aspectos saudáveis do paciente. Iniciou-se com atendimento

aos pacientes internados e ampliou-se para ambulatório apoiando os pacientes após a alta (BERGOLD, 2003).

Esses atendimentos produziram modificações na rotina hospitalar, passando a ser parte do protocolo da Psiquiatria a participação dos profissionais nas reuniões com os familiares dos pacientes internados, que ocorriam semanalmente. A troca de informações e experiências facilitava a compreensão da doença e promovia redução da ansiedade e novas ideias de como lidar com o paciente, contribuindo para a possibilidade de desenvolvimento de rede social entre os familiares. A rede social é gerada pelas histórias que constituem a identidade de seus membros, e possibilitam construir novas narrativas que ampliam as possibilidades de ação de cada sistema familiar (SLUZKI, 1997).

Esse atendimento familiar contribuiu para a redução do número de internações, e também do tempo de internação. Por vezes, o familiar do paciente internado solicitou continuar frequentando as reuniões de família, mesmo após a alta hospitalar, o que acabou ensejando a criação de Grupo de Famílias de Ambulatório.

Essa abordagem baseada em uma visão interdisciplinar e sistêmica (MORIN, 2006) trouxe diversos benefícios, pois a equipe constatou que houve uma maior vinculação dos pacientes ao tratamento ambulatorial, além disso o trabalho ficou menos fragmentado, tornando as intervenções mais coesas. Esse processo estimulou novas formas de atuação, saindo do modelo biomédico para o da reabilitação psicossocial. (CARDOSO; FURTADO; BERGOLD, 2008).

A essa época, nos atendimentos grupais para pacientes em processo de reabilitação física, também foram desenvolvidas propostas terapêuticas como passeios terapêuticos para locais como o Museu Imperial em Petrópolis, dos quais algumas famílias participaram. Esse processo interdisciplinar era coordenado pela

Musicoterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Assistência Social, e teve êxito com diversos pacientes que ampliaram seus recursos para adaptação domiciliar após a alta.

Outra estratégia inovadora foi a criação das Oficinas Musicais que tinha por objetivo criar um ambiente alternativo saudável tanto para pacientes quanto para funcionários do hospital, um espaço para desenvolver potenciais e diminuir o estresse inerente à internação prolongada ou ao trabalho em um hospital. Os pacientes que mais participaram desse espaço foram os internados nas clínicas Ortopédica e de Reabilitação, justamente as que mantinham mais tempo os pacientes internados devido aos procedimentos específicos como cirurgias.

A oficina de Coral fazia apresentações mensais nos corredores da Clínica Médica ou em um saguão com grande ressonância que permitia que a música atingisse os andares da internação do prédio principal, com o objetivo de humanizar o ambiente hospitalar. Também se apresentava em eventos do hospital, tendo por finalidade promover bem-estar aos profissionais. Participaram de dois encontros de corais, sendo esse um momento importante para os servidores integrantes, aumentando sua auto-estima.

As Visitas Musicais se iniciaram na enfermaria ortopédica, que foi o cenário de uma pesquisa que apontou a influência positiva das visitas musicais em trazer conforto, bem-estar e a expressão de emoções. Além disso, estimularam a auto-estima e autonomia dos pacientes através do respeito ao seu estilo musical, relacionado à possibilidade de escolha das músicas. Os sujeitos do estudo também apontaram a qualidade integradora das visitas musicais ao estimular a comunicação e interação entre os participantes e entre estes e a equipe de, mostrando sua contribuição para a humanização hospitalar (BERGOLD; ALVIM, 2009).

Os Encontros Musicais foi outra tecnologia de cuidado desenvolvida, que

contribuiu para reduzir a tensão no ambiente da quimioterapia, promover a sensação de pertencimento e reflexões sobre o significado da vida. Propiciou espaço de discussão sobre recursos para enfrentamento do medo da morte, da situação de adoecimento e do tratamento, o que possibilitou um verdadeiro encontro e a ampliação da qualidade de vida do paciente oncológico e seus familiares (BERGOLD; ALVIM, 2011). A escolha musical e o canto coletivo facilitaram a expressão de sentimentos e sua identificação. As narrativas que surgiram sobre a escolha musical contribuíram sobre reflexões sobre a condição emocional e vivências atuais, ampliando o auto-conhecimento e o conhecimento do grupo (BERGOLD; ALVIM, 2014). As diferentes funções terapêuticas da música desenvolvidas nos EM evidenciaram a importância de serem desenvolvidas novas estratégias de cuidado, em um enfoque interdisciplinar, voltadas para pacientes e familiares no ambiente da quimioterapia (BERGOLD; ROHR; ALVIM, 2012).

Essa mudança do foco da assistência em musicoterapia de aspectos mais clínicos para atividades coletivas e integradoras foi ampliada com a entrada do Mt. Marcus Leopoldino. No desenvolvimento do Coral Polívoda, a socialização era entendida como o “engajamento” progressivo dos integrantes com a atividade – coletiva por definição. O bom funcionamento do coral pressupunha assiduidade e conversas para escolha do repertório, que acabou motivando a criação de um “grupo de whatsapp” para melhorar a comunicação, o que motivou o primeiro contato de muitos com um smartphone.

No quesito “diversão”, mais da metade do grupo já havia passado dos 80 anos de idade, e ainda assim participavam com alegria das atividades propostas. Buscava-se ainda aprimorar a sonoridade do coral: iniciou com uníssono, depois com alguns contracantos e só então se utilizou a segunda e terceira vozes, mantendo sempre a fileira da primeira voz aberta ao participante ocasional, criando um recurso para a integração de todos, mantendo a estética musical e bem-estar.

As apresentações do coral iniciaram-se para o corpo clínico da policlínica e em

eventos do próprio grupo. Em seguida se apresentaram nas salas de espera e também em outras unidades, como o HCE. Mas no Natal de 2016, o coral aproximou-se dos pacientes internados, subindo até os corredores das enfermarias. Esta atividade produziu um efeito interessante, pois estar próximo de pacientes internados deu a eles a experiência “dupla” de serem pacientes e agentes da musicoterapia. Tal efeito originou propostas de criar um grupo menor para se apresentar nas enfermarias, mostrando a mudança de perspectiva e empoderamento dos integrantes do Coral Polivida.

As atividades do Palco Livre também implicaram ativamente os sujeitos: além de aproximar mais a musicoterapia dos diferentes setores do hospital, a estratégia desmontou a principal resistência a essa, frequentemente considerada “música de elevador”. Ver um colega cantar ou tocar junto da equipe de musicoterapia envolveu os participantes, disseminando os efeitos desta, mesmo entre os mais insensíveis.

Essa perspectiva foi ampliada e essas ‘parcerias’ integraram as atuações da equipe de musicoterapia pelas enfermarias e unidades fechadas, sem nunca limitar o foco de atuação aos pacientes, esquecendo-se da equipe que lhes presta os cuidados. Da mesma forma, pacientes também passaram a integrar o rol das “parcerias”, se apresentando em diferentes eventos, o que promoveu o desenvolvimento de habilidades musicais e empoderamento desses participantes.

Sobre a mudança ocorrida no Grupo de Pacientes Egressos da Psiquiatria, o objetivo era torná-lo um espaço de favorecimento da autonomia de seus integrantes, com escuta de suas demandas e debate sobre o tratamento. O perfil dos pacientes foi se delimitando aos poucos e por fim, o perfil predominante era de militares reformados com transtornos de personalidade e de humor. Na prática, cada sessão se iniciava com uma conversa, apresentações no caso de novos integrantes e comentários sobre qualquer assunto trazido por eles. Era feito então o convite ao início da atividade

musical e por consenso se decidia como começar: improviso, uma canção popular ou mesmo uma sessão voltada para se aprender determinado instrumento.

No período entre 2013 e 2016, entretanto, o grupo assumiu um caráter especial, pois houve pouquíssima rotatividade, e a quase totalidade das sessões aconteceu com os mesmos integrantes. Se por um lado a falta de encaminhamento e adesão de novos pacientes revelava uma falha na parceria antiga entre musicoterapia e enfermagem psiquiátrica, a regularidade provocada no grupo possibilitou um efeito interessante. As sessões de improvisação passaram a ser mais requisitadas e a revelar a intimidade entre seus integrantes. Aqueles que não tocavam nenhum instrumento tiveram oportunidade de aprender e, os que já tocavam, tiveram oportunidade de ensinar. Algumas composições apareceram, instrumentais e canções, compostas durante as sessões, em grupo ou pessoais, trazidas de casa.

As sessões aos poucos ganharam o caráter de prática de conjunto com ensaios, e o grupo realizou algumas apresentações no hospital, em sua maioria eventos da enfermagem psiquiátrica, mas também festas para todo o público do hospital. Da forma como começou, sem ser planejado, o conjunto se desfez depois de mudanças de horário, incompatibilidades de agenda e o aparecimento de novos integrantes que mudaram mais uma vez o perfil do grupo. A experiência da “transformação” pela qual o grupo passou aponta que o potencial terapêutico de nossa prática deve transbordar ou transcender para territórios desconhecidos.

Nesses anos de prática de musicoterapia no HCE, buscou-se o que Bruscia (2000) descreve como “estratégia orientada para a experiência”. Conforme cada paciente iniciava a experiência musicoterápica, seus problemas e recursos eram revelados dentro daquele contexto, dando indicações sobre como era possível transformar primeiro sua experiência no atendimento e então, por consequência, suas experiências fora dele.

Cada atividade proposta, como exposto acima, criava um contexto diferente que permitiu trabalhar variadas questões. Como sistematizado por Bruscia (2000), diferentes níveis da prática musicoterápica agem sobre diferentes facetas da experiência musical, criando uma experiência única a cada vez.

A faceta física permite trabalhar habilidades sensório-motoras, adequação temporal do comportamento, autodisciplina e autoconfiança, as duas primeiras muito importantes para os pacientes idosos e em reabilitação, enquanto as duas últimas são especialmente preciosas para pacientes no pós-alta psiquiátrica. A faceta emocional é desenvolvida no lidar com as emoções que precedem uma apresentação musical ou seção de improviso, assim como pela recriação e audição de um repertório específico.

Os objetivos variam para cada paciente em cada atividade, desde um nível de suporte, como diminuir o impacto negativo de uma internação ou promover saúde e ampliar a qualidade de vida, até o nível primário onde temos tempo e oportunidade para elaborar conflitos inconscientes, promover readaptações psicológicas e utilizar a música como forma de trazer um novo sentido e completude para a vida.

### **Considerações finais**

A musicoterapia no HCE iniciou-se com um enfoque clínico, voltado principalmente para pacientes psiquiátricos e pacientes em reabilitação física, mas a partir de demandas institucionais ampliou o público alvo e as atividades realizadas, passando de atendimentos na sala de musicoterapia para abordagens coletivas em todos os ambientes do hospital.

Dessa forma, o foco do Setor de Musicoterapia ampliou-se de tratamento e recuperação de agravos para o de promoção da saúde e qualidade de vida, desenvolvendo atividades que promoviam sensibilização, relaxamento e bem-estar.

Nessa perspectiva, a musicoterapia no HCE também se relacionava às políticas públicas em saúde que surgiam à época, abrangendo humanização hospitalar, saúde do idoso, reabilitação psicossocial, e o cuidado com os profissionais, promovendo também integração entre pacientes, familiares e profissionais.

## Referências

BERGOLD, L.B. Um atendimento transdisciplinar no acompanhamento a pacientes psiquiátricos e suas famílias. **Nova Perspectiva Sistêmica**. Ano XII, n. 20, pág. 32-37, janeiro 2003.

BERGOLD, L.B. **Interface entre teoria e prática no contexto hospitalar: reflexões sobre uma abordagem sistêmica da Musicoterapia**. In: COSTA, C.M. (org). Rio de Janeiro: Editora CBM, 2008. p. 198-217.

BERGOLD, L.B.; ALVIM, N.A.T. Visita Musical como uma tecnologia leve de cuidado. **Texto e Contexto Enferm**. Jul-Set, v. 18, n. 3, 2009. p. 532-41.

BERGOLD, L.B.; ALVIM, N.A.T. Influência dos Encontros Musicais no processo terapêutico de sistemas familiares na quimioterapia. **Texto e Contexto Enferm**. n. 20 (Esp.), 2011. p. 108-16.

BERGOLD, L.B.; ROHR, R.V.; ALVIM, N.A.T. Análise Musical de uma estratégia de cuidado grupal: Funções terapêuticas da música para sistemas familiares na quimioterapia. In **Cantare: Rev. do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**. Curitiba, v.3, 2012, p. 42- 63.

BERGOLD, L.B.; ALVIM, N.A.T. Encontros Musicais: uma estratégia de cuidado e de pesquisa com grupos de clientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. IN: TRENTINI, M.; PAIM, L. **Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 27-48.

BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000. 312 p.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006, 128 p.

SANTOS, L.F.C.; FURTADO, W.F.; BERGOLD, L.B. Atividades terapêuticas de enfermagem e a reabilitação psicossocial: o resgate da autonomia do paciente internado. **Anais do 2º Fórum Internacional de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro, 2008.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 147 p.

## AMT-RJ: UM REFERENCIAL ÉTICO NO PERCURSO DO MUSICOTERAPEUTA<sup>1</sup>

Márcia Maria da Silva Cirigliano<sup>2</sup>

**Resumo:** Este relato de experiência tem por objetivo circunscrever a importância do trabalho engajado, do profissional musicoterapeuta, na Associação de Musicoterapia, como sócio e também participante de uma gestão. Ao longo de trajetória pessoal, ocupando cargos de secretário e vice-presidente, respectivamente nas gestões de 1990 e 1992 da AMT-RJ, foi possível constatar o quanto o contato com os pares alimentou o compromisso, comportamento ético e a construção de uma carreira, no exercício da clínica. Exemplo disso é a atuação, ao longo do tempo em psicanálise e musicoterapia, com produções teóricas articulando os dois campos. Tais produções culminaram em tese de doutorado e consequentes artigos publicados. Verifica-se, ainda, na prática docente, o incentivo aos alunos para que se filiem a associações e trabalhem, em suas gestões para, assim, alimentar a competência pessoal, no comportamento ético. Acredita-se, pois, que a singularidade do musicoterapeuta é alimentada pela trajetória da profissão como um todo e esta, por sua vez, enriquece o estilo único e postura teórica de cada musicoterapeuta. Neste interjogo de contribuições, entre o musicoterapeuta e sua classe profissional, tem-se, como principal resultado positivo, o fortalecimento da profissão, sua ética e lugar destacado na promoção de saúde.

**Palavras-chave:** Musicoterapia. Ética. Associação profissional.

Este artigo tem por objetivo relatar algumas experiências profissionais em Musicoterapia, circunscrevendo a importância do trabalho engajado, do profissional musicoterapeuta, na Associação de Musicoterapia, como sócio e também participante de uma gestão. Ao longo da trajetória profissional que percorro, sendo psicanalista e musicoterapeuta, a formação em musicoterapia é preocupação constante para o exercício ético das disciplinas sob minha responsabilidade em docência. Sabe-se que, devido à profusão de aportes teóricos que se articulam à utilização da música e seus elementos em trabalho musicoterápico, cada musicoterapeuta trilha um caminho singular, a partir de sua bagagem musical e, também, seu investimento nos estudos de cunho científico. Por isso, uma das marcas de nossa profissão é abrigar diversas

1 Trabalho apresentado no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018, no IPUB-UFRJ.

2 Musicoterapeuta (Conservatório Brasileiro de Música - CBM, RJ); Mestre em Musicoterapia (Temple University, Philadelphia, USA); Psicóloga (PUC-RJ); Doutora em Estudos de Linguagem (Universidade Federal Fluminense - UFF, RJ); Professor de Graduação e Pós Graduação em Musicoterapia (CBM - RJ); Psicanalista, membro da Escola Lacaniana de Psicanálise - RJ.

definições para musicoterapia (BRUSCIA, 2000). Em toda definição que respalde seu trabalho, entretanto, o musicoterapeuta tem sua identidade profissional regida por um código de ética que envolve responsabilidades e constante exercício de suas competências, pessoais e profissionais (DILEO, 2000).

Para esse percurso, desde os bancos da graduação até o exercício de sua clínica e pesquisa, o musicoterapeuta necessita se inserir em sua comunidade profissional, recebendo, dela, contribuições para seu desenvolvimento e a ela oferecendo suas descobertas e experiências de trabalho.

Acompanhar alunos é um desses presentes que recebemos ao longo de uma caminhada. Diversas vezes, em aulas e em escritos, comento insistentemente naquilo que considero uma das palavras-chave na conduta, terapêutica de um modo geral, e musicoterápica, em particular: o cuidado (CIRIGLIANO, 2008). Nesse sentido é fundamental insistir a respeito do cuidado do terapeuta consigo próprio. No atendimento clínico, cada paciente nos remete a esse aspecto do cuidado - ou, deveria nos remeter. Isso nos leva a examinar mais detidamente as origens, de onde vêm as palavras que usamos, a música com que trabalhamos, já que, muitas vezes, absorvemos sem questionamentos, aquilo que o senso comum nos diz.

Enveredando pela articulação entre psicanálise e música é importante recortar a música como linguagem, pois a sonoridade, para a psicanálise, traz algo da singularidade do inconsciente e, portanto, do sujeito. Em psicanálise sujeito não se confunde com pessoa, indivíduo indivisível: ao contrário, o sujeito do inconsciente porta uma divisão. Essa divisão muitas vezes nos faz pensar uma coisa e falar outra: em psicanálise é importante atentar para o que se diz, muitas vezes sem querer, trocando palavras... Isso porque em psicanálise falar é “bla bla bla” ... distinto de dizer, pois o dizer surpreende, irrompe muitas vezes sem ter sentido. Ao analista que oferece a escuta importa, pois, a musicalidade da voz, o que passaria despercebido

ao sujeito, mas que fala nele, e o designa.

Essas pontuações são significativas para o marco de uma carreira profissional em musicoterapia, mas aqui não serão detalhadas, pois fugiria ao propósito e extensão desse artigo. Entretanto, marca um posicionamento que se desenhou na prática do contato com outros profissionais que seguiam referenciais teóricos diferenciados na prática musicoterápica e souberam escutar e intercambiar experiências nos espaços de discussão das problemáticas pertinentes à classe.

Ao longo dessa trajetória pessoal, ocupando cargos de secretário e vice-presidente, respectivamente nas gestões de 1990 e 1992 da AMT-RJ, foi possível constatar o quanto o contato com os pares, em reuniões da Associação para tratar assuntos da profissão, alimentou o compromisso, quanto ao comportamento ético e à construção de uma carreira, no exercício da clínica.

Nas gestões em que tomei parte pude constatar efeitos distintos que, passado o tempo, se ressignificaram através dos conceitos estudados ao longo de minha formação. O contato com os pares, em reuniões da Associação para tratar assuntos profissionais, alimentou o compromisso ético e a construção de uma carreira, no exercício da clínica. Assim, na gestão de 1990, onde ocupava cargo de secretário sob a presidência da musicoterapeuta Lia Rejane Mendes Barcellos, tive uma primeira participação junto a ex-professores do curso. Os efeitos, que daí se depreenderam, localizam-se principalmente no âmbito da afetividade. E penso que não poderia ser diferente: afinal, ainda havia grande idealização de pares que antes eram meus professores, e que, aos poucos, foram tomando outra posição no imaginário das relações interpessoais. Assim, na época, o apoio dos membros daquela diretoria da AMT-RJ se mostrou fundamental em afastamento temporário da clínica, logo no início da carreira devido à perda pessoal em acidente automobilístico. Anos depois, na gestão de Ronaldo Millecco (1992), a marca de um cargo de vice-presidente já trouxe

efeitos nomeadamente profissionais. Dentre eles, a participação, formando dupla com a musicoterapeuta Márcia Godinho, em reunião de Associações em São Paulo, marca indelével para a evolução do lugar político nas discussões da profissão, cuja regulamentação se faz luta até os dias atuais. Além disso, a gestão de 1992 foi marcada pela participação ativa na criação do primeiro Fórum Estadual de Musicoterapia, na Casa de Cultura Laura Alvim, com o incentivo da musicoterapeuta Esther Nizembaum. O evento se propagou até os dias atuais em diversas edições, que passaram também a abrigar os Encontros de pesquisa do campo musicoterápico.

Na esteira dos efeitos afetivo e profissional, reconhecidos nas passagens pelas referidas gestões de 1990 e 1992, uma experiência inédita na História da Musicoterapia teve lugar uma década após. Em eleição para Diretoria da AMT-RJ, pela primeira vez apresentaram-se duas chapas. Talvez porque naquela ocasião ainda fosse a única musicoterapeuta com Mestrado em universidade americana, residindo no Brasil e atuante na docência, fui convidada a integrar ambas as chapas concorrentes. Optei, após comparecer às reuniões de ambas as chapas, mantendo o devido sigilo acerca dos propósitos de cada uma: decidi integrar a chapa AFINAÇÃO como concorrente à gestão 2002 / 2004. Conscientemente, para fomentar a disputa, afiliei-me à chapa que, a partir das discussões, mostrava-se com menor possibilidade de vencer. Assim, a disputa estaria garantida. De fato, venceu por uma diferença mínima de votos, a chapa mais forte em termos de preferência dos musicoterapeutas, na ocasião. Mas até hoje a chapa AFINAÇÃO é lembrada com carinho pela classe.

Desde a tomada de posição para esse evento da inscrição dupla em eleições de Diretoria da AMT-RJ, acontecimento único, até os dias atuais, parece ter sido formalizado, em meus artigos, um traço pessoal e singular, de lutar constantemente pela interlocução entre campos do saber. Essa característica já me acompanhava, embora não conscientemente, desde a graduação em Musicoterapia quando, já graduada em Psicologia, propunha articular conceitos da psicanálise à prática musicoterápica.

No caminho percorrido, ao longo do tempo, formou-se essa conexão entre psicanálise e musicoterapia, com produções teóricas articulando os dois campos. Tais produções culminaram em tese de doutorado (CIRIGLIANO, 2015). Nesta, são discutidos conceitos importantes da teoria de Jacques Lacan, como já mencionado anteriormente, que permitem fomentar futuras discussões em musicoterapia.

Ainda como consequência da experiência adquirida em trabalho na AMT-RJ, verifica-se, em várias disciplinas da prática docente, o incentivo aos alunos para que se filiem a associações e trabalhem, em suas gestões para, assim, alimentar a competência pessoal, no comportamento ético.

Um grande aliado que temos neste relato de experiências e suas implicações no exercício profissional é a nossa memória. A própria situação do país muitas vezes, nos reclama que a resgatemos quando exercemos nosso direito político, enquanto defensores da saúde e da vida humana, por exemplo.

Pois, a partir do episódio da chapa Afinação, retomo em nossas memórias o que ouvimos no Fórum de Musicoterapia, naquela época, através da fala do filósofo e músico Antônio Jardim. Este destacou que PENSAR não é ter ideias, mas CUIDAR, não sendo possível entender o que não se cuida. A isso acrescento: SABER é SABOREAR. Assim, necessitamos, por mais comprometido que esteja o paciente, perceber que ele está CONSIDERANDO, isto é SIDERANDO JUNTO. Isso supõe uma dimensão de tempo que não se encaixa no tempo cronológico, que nossa sociedade privilegia. Requer escuta, não só do musical, mas de si próprio. Porque, a partir de articularmos o pensar com o cuidar e o considerar, concluímos que pensamos com o corpo todo, não apenas com o intelecto.

A vida profissional de um musicoterapeuta atuante em seu campo de conhecimento se apoia em um tripé: tratamento, estudo e supervisão. Esses três

elementos da formação se colocam inseparáveis e, se ficamos sem um deles, nossa evolução se dá de forma incompleta. Todas as demais escutas, se não derivam desta, perigam de nos deixar “surdos”, desatentos para algumas coisas que nos são ditas, não necessariamente com palavras.

Nessa direção, alguns comentários, se fazem necessários.

Uma supervisão nada se parece com uma “visão super”. Entretanto, ela será sempre bem-vinda para discutirmos as implicações inconscientes na relação terapeuta-paciente, onde o cuidado pode contraditoriamente se mostrar em excesso, por parte do terapeuta, a ponto de converter-se em patologia, tutela, ou superproteção.

O estudo, que abrange a formação acadêmica, necessita seguir além da mesma, passando por uma constante reciclagem... Mas também vai além disso. Estudo envolve a responsabilidade ética de uma formação continuada, um compromisso com a pesquisa e os avanços do campo da Musicoterapia, principalmente nos tempos atuais, onde a velocidade de informação muitas vezes sufoca os limites humanos de percepção e assimilação dos acontecimentos de seu entorno.

O tratamento do próprio musicoterapeuta, ao longo de sua formação se coloca como extensão de seu compromisso profissional, pois para cuidar é preciso SE cuidar. Por uma questão ética, não se pode exigir que um aluno faça terapia. Pode-se, quando muito, buscar conscientizá-lo para tal e talvez seja esta, a tarefa mais delicada na docência. Isto porque o estudo pode ser alcançado no cumprimento das disciplinas de um currículo universitário, nem que seja como obrigação para obter um diploma; a supervisão, ainda pode ser solicitada nos estágios. Entretanto, o tratamento, esse elemento do tripé de formação do musicoterapeuta abriga o mais íntimo do desejo daquele que se profissionaliza. Muitas vezes, nosso narcisismo se encontra mais desenvolvido que nós mesmos, sendo necessário que uma boa dose de humildade

em nossa alma de artista, nos faça reconhecer que devemos, também, nos tratar. Nem sempre isso é simples. Geralmente, apresentamos uma lista interminável de desculpas: felizmente há, para elas, possíveis soluções.

Uma queixa muito comum, entre os alunos dos cursos de musicoterapia, se faz sobre o quão caro um tratamento psicológico, musicoterápico ou analítico parece ser. Entretanto, há serviços até gratuitos e de boa qualidade em clínicas sociais e centros universitários. Outra desculpa recorrente nos alunos é o tempo. “Não tenho tempo”, dizem, como que se esquecendo de que tempo se articula a prioridades. Vale pontuar que a dimensão temporal não pode ser aqui tomada como cronológica: o sofrimento humano deveria ser contemplado e trabalhado em uma dimensão que não se mede pelo calendário, mas pela potência das questões existenciais que, muitas vezes, nos aprisionam, sem que tenhamos a mais leve percepção de seus efeitos.

Finalmente, é comum escutar, em relação à busca de autoconhecimento, uma justificativa curiosa: “não preciso de terapia”... Geralmente essa afirmação provém daquele futuro musicoterapeuta, ou de um profissional atuante que mais precisa.

Esbarramos também em questões mais intelectuais, que se nos prendermos a elas entraremos em intermináveis discussões, que a meu ver, só adiarão o problema do autoconhecimento: que linha escolher? Musicoterapeuta tem que fazer musicoterapia, enquanto cliente? Há que se ter liberdade para escolher. Como tudo na vida, desde a prática de um instrumento musical até construções filosóficas, só fazemos boas escolhas exercitando nossa capacidade de escolher ante o leque de opções, de que atualmente dispomos. Numa visão muito simplista, funcionaria mais ou menos assim: quanto mais sintonizados estamos conosco mesmos e com o mundo, mais acertada é a escolha. Isso faz parte de um aprendizado, que só se consegue exercitando. Para isso erra-se. Mas felizmente, os pacientes melhoram apesar dos terapeutas. Ou seja, para além do que nós vemos, experienciamos ou sabemos (saboreamos)

há um compromisso com a vida, que nos leva, por mais perdidos que estejamos, ao encontro. Porque para escutar o paciente é preciso reconhecer (conhecer o que já sabemos) em si mesmo o que é estranho (porque ainda não consCIENTE), o que não agrada para (Re)construir aquilo que necessitamos e talvez perdemos em algum ponto da trajetória.

Acredita-se, pois, a partir desse relato de experiência, que a singularidade do musicoterapeuta é alimentada pela trajetória da profissão como um todo e esta, por sua vez, enriquece o estilo único e postura teórica de cada musicoterapeuta. Neste interjogo de contribuições, entre cada musicoterapeuta e sua classe profissional, tem-se, como principal resultado positivo, o fortalecimento da profissão, sua ética e lugar destacado na promoção de saúde.

## Referências

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

CIRIGLIANO, Márcia. **Uma pontuação possível aos discursos sobre o autismo: a voz no autista – Interloquções entre Análise de Discurso, Psicanálise e Musicoterapia**. Tese. Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, RJ, 2015.

\_\_\_\_\_. **Quando Enseñar es También Aprender: las interfaces entre Musicoterapia y Educación**. XII Congreso Mundial de Musicoterapia. Buenos Aires, Argentina, 2008.

DILEO, Cheryl. **Ethical Thinking in Music Therapy**. Cherry Hills, USA: Jeffrey Books, 2000.

# “SOLFEJO ANDANTE” - UM RECURSO PARA A MUSICOTERAPIA EM ESTIMULAÇÃO COGNITIVA DE IDOSOS DEMENCIADOS<sup>1</sup>

*Gabriela Lorenzo Fernandez Koatz<sup>2</sup>, Antônio Carlos Ferreira Lino<sup>3</sup>*

**Resumo:** Apresentaremos um relato de experiência sobre estimulação cognitiva, musicoterapia e idosos demenciados atendidos no Centro-Dia do Centro de Doenças de Alzheimer do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB / UFRJ). O “solfejo andante” consiste em entoar os sons da escala pentatônica caminhando ao lado de vogais no piso. Verificaremos as necessidades cognitivas dos transtornos demenciais dos pacientes - Doença de Alzheimer, Demência Vascular e Demência Frontotemporal - estimuladas pelo “solfejo andante”. Esta prática se fundamenta nas evidências da neurociência (PFEIFFER, ZAMANI, 2017; LEVITIN, 2010) sobre a atuação da música na estimulação cognitiva; nos conceitos de ISO de Altshuler e de Benenzon (BENENZON, 1988); na teoria de desenvolvimento musical de Swanwick (FRANÇA; SWANWICK, 2002) e no conceito de sentimento de competência (FEUERSTEIN; FEUERSTEIN; FALIK, 2014). Visamos contribuir com a literatura específica de Musicoterapia em estimulação cognitiva com técnica ativa, não relatada em pesquisas já desenvolvidas sobre o tema (ALCANTARA-SILVA, MIOTTO e MOREIRA, 2014). Verificamos que o “solfejo andante” promove: estimulação de memória remanescente, imediata e de evocação; capacidade construtiva visual; raciocínio; concentração; neuroplasticidade; intencionalidade; orientação espacial, propriocepção e equilíbrio. O “solfejo andante” vem se revelando um valioso recurso no desenvolvimento da musicoterapia em estimulação cognitiva a idosos demenciados.

**Palavras-chave:** Musicoterapia. Demências. Estimulação Cognitiva. Solfejo.

## Introdução

Este relato de experiência conta uma prática desenvolvida através de solfejo em Musicoterapia num serviço de Centro-Dia (CD) para idosos em processos demenciais atendidos no Centro de Doenças de Alzheimer (CDA) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB / UFRJ). Este CD consiste em atendimentos de semi-internação para os pacientes idosos e seus cuidadores, com oficinas de estimulação cognitiva, prevenção de quedas, psicoeducação e, mais

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018, no IPUB-UFRJ.

<sup>2</sup> Bacharel em Musicoterapia (CBM-CEU, 2007) e em Flauta Transversal (CBM-CEU, 2009), Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil (ME/UFRJ, 2013). Musicoterapeuta do IPUB/UFRJ. [gabriela.koatz@ipub.ufrj.br](mailto:gabriela.koatz@ipub.ufrj.br)

<sup>3</sup> Bacharel em Musicoterapia (CBM-CEU, 2016). Especializando em Psicogeriatria (IPUB/UFRJ-2018/2019). [linoac9@gmail.com](mailto:linoac9@gmail.com)

recentemente, musicoterapia. O grupo de pacientes do CD inseridos na Musicoterapia é composto por idosos na faixa etária de 63 a 88 anos, sendo sete homens e seis mulheres, com as seguintes síndromes demenciais: Demência na doença de Alzheimer (DA), Demência vascular (DV) de Demência frontotemporal (DFT).

O “solfejo andante” consiste em entoar, a princípio, os sons da escala pentatônica caminhando ao longo de uma sequência de placas indicando as vogais, fixadas no piso, dispostas em um percurso semelhante ao do jogo “amarelinha”. Os musicoterapeutas do CDA atuam como facilitadores, orientando a execução da atividade e iniciando o “solfejo andante” para exemplificar e resgatar a memória recente desta nova atividade, desenvolvida há cerca de 3 meses. Objetivamos a estimulação cognitiva de modo que possíveis benefícios estético-musicais do solfejo são secundários a ela. Dessa maneira, criamos o “solfejo andante” como uma prática de “aquecimento vocal” a ser inserida na rotina dos atendimentos de Musicoterapia no CD. Ao longo deste artigo, verificaremos os objetivos terapêuticos necessários à estimulação cognitiva em relação aos fenômenos clínicos observados na musicoterapia com esta prática.

## Objetivos

Elaboramos o “solfejo andante” de modo a articular conhecimentos prévios comuns aos nossos pacientes a formas de utilização de tais conhecimentos de maneira não tradicional, importando ferramentas de áreas afins com vistas à estimulação cognitiva. As estruturas previamente conhecidas são as vogais e a escala de cinco sons, equivalentes às cinco letras utilizadas (inicialmente a escala pentatônica, mas posteriormente adaptada ao pentacorde Maior, como relataremos adiante); o novo elemento se insere na forma não tradicional de solfejar: andante, correspondendo cada passo a uma letra e cada letra a um som.

Buscamos verificar as correlações entre o “solfejo andante” e as demandas

de estimulação cognitiva dos quadros de transtornos demenciais presentes em nossos pacientes do CD: Doença de Alzheimer, Demência Vascular e Demência Frontotemporal. Estes quadros demenciais apresentam causas diferenciadas, embora manifestem alterações similares nas funções cognitivas, e têm em comum sintomas como perda de memória; prejuízos na propriocepção e no equilíbrio, na capacidade de abstração e de organização, de planejamento e sequenciamento; alterações de comportamento social, assim como comprometimentos das funções motoras e de linguagem, de acordo com o CID-10 (BRASIL, 1993). A seguir, são apresentadas características dessas síndromes.

#### Demência da doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é a principal causa de demência, caracteriza-se predominantemente por alterações no metabolismo de proteínas no cérebro (BERTOLUCCI, 2015). É um tipo de demência degenerativa, de início insidioso, piora progressiva e irremissível. Apresenta declínio cognitivo global, sem prejuízo da consciência, e afeta a rotina de vida diária do paciente (HOTOTIAN; BOTTINO; AZEVEDO, 2006). Em sua fase inicial apresenta ligeiras alterações de memória e em outras habilidades cognitivas, caracterizando o estágio Comprometimento Cognitivo Leve (CCL). Evolui para a demência quando dois ou mais aspectos da cognição e do comportamento são afetados a ponto de interferir na condução das atividades rotineiras. Já na fase avançada da doença, apresenta perdas cognitivas generalizadas afetando a fala, atenção, memória, execução de movimentos organizados e funções executivas. Evolui de intensidade passando pelos graus leve, moderado ou grave (LAKS; MARINHO; ENGELHARDT, 2006).

#### Demência vascular (DV)

Apresenta a segunda maior incidência, associada a acidentes vasculares

cerebrais como isquemias e derrames. Pode ocorrer em duas formas: a macrovascular e a microvascular. A macrovascular - afeta grandes vasos cerebrais - ocorre de maneira abrupta gerando demência de instalação aguda, como alterações motoras, cognitivas e comportamentais. A microvascular - atinge pequenos vasos cerebrais - está associada a “infartos silenciosos” (HOTOTIAN; BOTTINO; AZEVEDO, 2006, p. 57), levando a déficits cognitivos de evolução lenta. A DV caracteriza-se por déficits cognitivos múltiplos, comprometimento da memória, afasia, apraxia, agnosia e transtorno das funções executivas (HOTOTIAN; BOTTINO; AZEVEDO, 2006).

### Demência frontotemporal

Está relacionada à atrofia cerebral em regiões frontais e temporais anteriores, apresenta sintomas comportamentais e alteração da linguagem. Podemos considerar que “as desordens associadas com degeneração frontotemporal configuram o segundo maior grupo de doenças degenerativas corticais com predomínio pré-senil” (MARINHO, 2006, p. 196). A demência frontotemporal é de evolução lenta, afeta predominantemente o comportamento, implica em falha de julgamento e alegria inapropriada. Produz alterações na personalidade como desinibição social, oscilações no humor, alterações de personalidade e comportamento. Leva à desinibição, impulsividade, inquietude, perda de julgamento, labilidade emocional, apatia, desinteresse, passividade, perda de motivação, afastamento social e ocupacional (MARINHO, 2006).

### Descrição da experiência

Nossos pacientes apresentam uma gama diversa de experiências de vida e de experiências com a música, desde pessoas que não tiveram muito contato com música exceto através de rádio e televisão até a uma cantora de rádio aposentada. Como já foi descrito, algumas características comportamentais surgem ou se acentuam em detrimento da demência, como certos prejuízos de julgamento ou de

motivação. A chegada de dois musicoterapeutas no serviço deflagrou um “conflito musical” no grupo: muitos extremamente autocríticos e que não permitiam que alguns “desafinados” pudessem cantar junto. Uma paciente trouxe uma história remanescente de sua experiência em idade escolar quando, na escola regular, tinha aulas de solfejo e propôs que todos pudessem “aprender a solfejar” para cantar afinados.

Elaboramos, então, o “solfejo andante” levando em consideração a atuação da música na estimulação cognitiva, mas cujos fins meramente estéticos seriam apenas uma hipotética consequência do trabalho terapêutico desenvolvido. Apresentamos placas com vogais de modo que cada letra corresponda a uma nota a ser cantada, inicialmente, da escala pentatônica Maior, enquanto um paciente caminha ao lado das placas no piso, lembrando o jogo “amarelinha”, correspondendo cada passo a uma letra e, por sua vez, a um som vocal. Enquanto um conduz o solfejo no centro da sala, os outros pacientes, sentados, têm que cantar acompanhando os passos de quem conduz. Os musicoterapeutas orientam a execução da atividade e iniciam o “solfejo andante” para exemplificar e resgatar a memória recente desta nova atividade.

Utilizamos inicialmente a proposta de estruturação do “solfejo andante” baseados na escala pentatônica Maior por dois motivos: primeiro, por se tratar de uma escala primitiva arquetípica, presente em diversas culturas ao redor do mundo, constituindo-se, assim, como parte dos ISOs Cultural e Universal, definidos por Benenzon (1988) ; segundo, pelo fato de nela ocultarmos os semitons naturais, de modo a não criar pontos de tensão em nossa escala. Acreditamos até que o segundo motivo seja a fundamentação para a existência do primeiro. O pesquisador e neurocientista Daniel Levitin afirma que as estruturas musicais presentes na cultura já estão apreendidas em nosso cérebro desde os cinco anos de idade.

Para que o cérebro proceda dessa forma, as redes de neurônios precisam formar representações abstratas da estrutura musical e também regras musicais, o que fazem automaticamente, sem envolver nossa consciência. (...) À medida que envelhecemos, os circuitos neurais tornam-se de certa forma menos flexíveis, ficando mais difícil incorporar profundamente novos

sistemas musicais ou sistemas linguísticos (LEVITIN, 2010, p. 50).

Dessa maneira, quando utilizamos uma estrutura musical previamente constituída (escala pentatônica) no trabalho com idosos em processo de demência, estamos resgatando e fortalecendo um conhecimento adquirido em tenra idade, auxiliando não apenas no resgate de suas memórias como também na estimulação da cognição por meio do saber abstrato, visto que as estruturas sonoro-musicais são sentidas, porém não são palpáveis.

O paralelo entre os sons das cinco notas da escala pentatônica e as cinco letras vogais também recorre a estruturas cognitivas estabelecidas em idade pré-escolar, de modo que este conhecimento já está muito arraigado e fortalecido em nossos pacientes. Isto quer dizer que, ainda que a maneira de fazer musical seja nova para alguns dos nossos idosos, a associação com um conhecimento linguístico ao qual eles têm grande familiaridade facilita a execução do “solfejo andante”. Observamos esse fenômeno mesmo quando um paciente tem uma musicalidade menos desenvolvida e que, ao conduzir sozinho, não entoa diferenças significativas de alturas entre os graus da escala (não varia o som das letras), mas é capaz de cantar afinado quando está reproduzindo o “solfejo andante” conduzido por outro paciente. Em pesquisa sobre solfejo e consciência fonológica, Pedro Neto (2017) faz um paralelo entre o código verbal e o código musical, em que ambos se estruturam e se organizam de maneira sequencial, de modo a possibilitar o domínio de tal linguagem (seja musical, seja linguística). O autor relata ainda que na idade de pré-alfabetização, crianças apresentam “níveis correlatos de consciência fonológica e de percepção para alturas e timbres” (NETO, 2017, p. 66). Outros autores estudados por Neto sugerem que “os mesmos mecanismos de decodificação fonológica podem estar empregados na decodificação de frequências sonoras, inclusive aquelas incluídas em contextos musicais” (NETO, 2017, p. 67), concluindo que “o mesmo indivíduo tende a perceber fonemas com a mesma precisão com que percebe alturas musicais” (NETO, 2017, p. 67). Em outra pesquisa sobre tipos de solfejo, Goldemberg (2011) considera

características que venham facilitar a aprendizagem musical:

cantar sempre as mesmas notas em alturas definidas tem o potencial de produzir uma memória subvocal cinestésica, que oferece pistas adicionais no processo de leitura cantada. Nesse sentido, (...) o papel da memória muscular, aliada à memória da sensação vibratória no cantor, é capaz de produzir referenciais bastante precisos no processo de reconhecimento e emissão de notas musicais (GOLDEMBERG, 2011, p.114).

A prática do “solfejo andante” nos chama atenção também para a estimulação de produção de neurônios-espelho. Pesquisas afirmam que continuamos a produzir neurônios até o fim da vida (ERIKSSON et al, 1998). Muitos dos neurônios-espelho estão localizados na área de Broca, grande responsável pela fala e aprendizado. No campo da neurociência e música há evidências de que os neurônios-espelhos são ativados mesmo ao se ouvir música ou assistir uma performance musical ao vivo, ainda que de maneira espectadora somente (PFEIFFER, ZAMANI, 2017; LEVITIN, 2010). Isso porque

o processamento musical é altamente complexo e requer a participação passiva e ativa das funções não musicais, tais como a atenção, a memória ou a linguagem. Escutar música é um processo ativo para toda a mente, que envolve áreas subcorticais (...) e corticais, integrando a atividade neural de ambos os hemisférios cerebrais (PFEIFFER, ZAMANI, 2017, p. 33).

Sendo assim, a interação entre o condutor do “solfejo andante” e os outros pacientes ao redor observando (e cantando junto sempre que possível), é fundamental para a estimulação desses neurônios e para a preservação das habilidades cognitivas necessárias para a comunicação verbal.

Levitin fala sobre a evolução da espécie humana e a função da música neste processo desde os primeiros anos de vida:

Nessa fase, a música é uma forma de jogo, um exercício que invoca processos integrativos de mais alto nível que fomentam a competência exploratória, preparando a criança para explorar o desenvolvimento da linguagem generativa por meio dos balbucios e, em última análise, de produções linguísticas e paralinguísticas mais complexas (LEVITIN, 2010, p. 295-296).

A escolha de vogais para nomear os sons emitidos no “solfejo andante” parte do princípio de que as vogais são os primeiros sons orais que produzimos no início da vida. Da mesma forma, achamos importante tirar o foco de nomes de notas que denotem uma necessidade de conhecimento teórico prévio, uma vez que este não é nosso objetivo nem é pré-requisito para a realização do “solfejo andante”.

## **Conclusão**

Sabemos que nossos pacientes apresentam sintomas comuns em graus variados de intensidade, descritos pelo CID-10 (BRASIL, 1993) como: prejuízo da memória, linguagem, praxias, abstração, organização, capacidade de planejamento e sequenciamento. Observamos que a prática do “solfejo andante” evidencia algumas informações primárias para o atendimento terapêutico, acerca do grau de comprometimento ou capacidade de absorção de novas informações de cada paciente que realiza o solfejo. Isso porque o “solfejo andante” requer que os pacientes desenvolvam percepção sonoro-musical associada ao movimento, levando ao desenvolvimento de habilidade executiva de dupla tarefa, planejamento, atenção, orientação espacial e temporal e memória recente. Camila Pfeiffer (PFEIFFER, ZAMANI, 2017) aborda em seu livro pesquisas clínicas e teóricas sobre musicoterapia e neurociências que apontam o fato de que a percepção e produção musicais, sob orientação específica e intensa em musicoterapia, são capazes de gerar trocas cerebrais a nível estrutural e neuroquímico, modificando assim o funcionamento do cérebro. Isso, em nossa abordagem, reitera a necessidade de uma musicoterapia ativa para estimulação cognitiva de cérebros já demenciados. Destacamos que pesquisas anteriores sobre musicoterapia e estimulação cognitiva relatam unicamente experiências de musicoterapia passiva (ALCÂNTARA-SILVA, MIOTTO e MOREIRA, 2014).

Por ser nosso objetivo promover a estimulação cognitiva através do “solfejo

andante”, não nos colocamos em papel de corrigir “notas erradas”, apenas orientando inicialmente e aplaudindo a participação e disponibilidade de cada um que o realiza. Percebemos o que é possível para cada um e respeitamos suas limitações, sempre valorizando os acertos, conforme o parâmetro de Mediação do Sentimento de Competência (FEUERSTEIN; FEUERSTEIN; FALIK, 2014). Observamos um impasse quanto a seguirem a escala pentatônica, tendendo fortemente a cantarem o pentacorde Maior, de modo que reavaliemos nossos objetivos terapêuticos e assumimos em seguida a utilização do pentacorde, como discutiremos mais adiante.

À medida que o “solfejo andante” se tornou recorrente, alguns pacientes em melhores condições clínicas já se colocam à disposição para “arriscar” mais e variarem seu percurso no “solfejo andante”. Assim, a já tradicional sequência A-E-I-O-U / U-O-I-E-A abre espaço para outros desenhos melódicos, como por exemplo: A-E-I-E-I-O-U-O-I-O-I-E-I-A. A orientação dada inicialmente pelos Musicoterapeutas é de que se comece na letra A, mas não houve nenhuma orientação para que se termine na letra A. Aqueles que apresentam maior prejuízo cognitivo sequer retornam a sequência, dando-se por satisfeitos em solfejar apenas A-E-I-O-U.

Daniel Levitin (2010) parte do princípio de que a linguagem é generativa, uma vez que não pode ser aprendida mecanicamente, por mera repetição, e considera que a música também é generativa, pois “a cada frase musical que ouço, sempre posso adicionar uma nota no início, no fim ou no meio para gerar outra” (LEVITIN, 2010, p. 295). Ao pensarmos no exercício do “solfejo andante” em paralelo ao conceito de ISO de Altshuler (BENENZON, 1988), cada paciente que conduz o solfejo nos mostra a sua condição clínica a partir da maneira como elabora sua frase melódica, ou seja, se ele(a) se limita a seguir a sequência de vogais e de graus, apenas ida ou ida e volta, ou se é capaz de alternar o caminho sequencial, mesmo que apenas utilizando graus conjuntos, mas sem obrigação de ir necessariamente do A ao U, quer dizer, do I ao V graus. Esta afirmação de Levitin nos mostra ainda outras possibilidades de

intervenção musicoterapêutica, à medida em que podemos provocar os pacientes a inserirem uma nova nota adicional ao início, fim ou meio da melodia que criarem.

A proposta inicial de utilização da escala pentatônica, não teve a adesão esperada pelos musicoterapeutas e algumas teorias foram levantadas para justificar esse fenômeno. A espiral de Swanwick (FRANÇA; SWANWICK, 2002) indica que determinadas habilidades musicais estão relacionadas com determinadas capacidades cognitivas desenvolvidas, a princípio por uma criança em fase de crescimento.

Nosso argumento atesta que as estruturas cognitivas que permeiam as diferentes modalidades correspondem aos esquemas interpretativos do indivíduo, à dimensão que chamamos de compreensão musical. A técnica, os procedimentos e as experiências que ligam o ato de compor, tocar e ouvir são completamente diferentes; o que é compartilhado entre eles é a atenção àquelas dimensões do discurso musical. Não obstante, a demonstração do refinamento da compreensão musical do indivíduo depende do refinamento das suas habilidades técnicas naquela modalidade específica (FRANÇA; SWANWICK, 2002).

Pensar na espiral de Swanwick em relação ao “solfejo andante”, assim como o Princípio de ISO de Altshuler, nos permite analisar o grau de prejuízo cognitivo de cada paciente, uma vez que o conhecimento musical prévio não implica necessariamente na capacidade de realização da atividade proposta. Dessa maneira, percebemos que a maioria de nossos pacientes não é capaz de entoar a escala pentatônica, aplicando então o pentacorde Maior, isso quando são capazes de variar a entonação de alturas de uma letra para outra. Atribuímos a necessidade do pentacorde em lugar da pentatônica pelo fato de utilizar-se apenas de graus conjuntos. Tanto na emissão vocal quanto nos passos dados ao longo das letras, poucos são os pacientes que têm as habilidades motora e cognitiva para realizarem “saltos” de intervalos disjuntos, como sugere a estrutura da escala pentatônica. Observamos, ainda, que os pacientes

com habilidades cognitivas mais preservadas não somente absorvem a proposta indicada pelos musicoterapeutas durante o “solfejo andante” como também se desafiam a experimentar sair da sequência de vogais para letras alternadas. Uma proposta de estudo a partir desta experiência seria correlacionar os seus testes de habilidades cognitivas com a espiral de Swanwick (in FRANÇA; SWANWICK, 2002), para elaborar intervenções musicoterapêuticas mais direcionadas ao estágio mental de cada paciente.

No que diz respeito à característica “andante” do solfejo em musicoterapia com idosos demenciados, podemos compreender não apenas a necessidade dos pacientes de desenvolvimento da praxis motora, mas também atendendo a uma necessidade neuroevolutiva humana. Daniel Levitin (2010) estudou a teoria da evolução de Darwin para compreender os processos evolutivos do cérebro humano em relação à sua produção musical. O autor afirma que a improvisação e a novidade numa performance - em relação à dança, mas também associada à música - “indicariam flexibilidade cognitiva” (LEVITIN, 2010, p. 286).

Uma descoberta impressionante é a de que, em todas as sociedades de que temos notícia, a música e a dança são inseparáveis” (...) só nos últimos cem anos, aproximadamente, que vieram a ser minimizados os vínculos entre sons musicais e movimento humano (LEVITIN, 2010, p. 290).

Isto nos leva a confirmar a importância neuroevolutiva da associação de sons a movimentos, em especial no nosso trabalho de estimulação cognitiva com pacientes idosos demenciados. Sair da condição de “meros espectadores” dadas as limitações inerentes à idade e ao quadro clínico e colocá-los como protagonistas do fazer sonoro, ainda orientados por uma movimentação espacial, promove ativação cerebral de níveis inconscientes e primitivos, ressaltando que tal capacidade não é atribuída necessariamente a um talento ou conhecimento prévio musical, mas da própria natureza humana, assim como andar e falar.

Uma possibilidade de justificar o caráter evolutivo da música na espécie humana é a

“vinculação e coesão sociais”.

O fazer musical coletivo pode estimular a coesão social: os seres humanos são animais sociais, e a música pode ter servido historicamente para promover sentimentos de associação e sincronia grupal, talvez constituindo, além disso, um exercício para outros fatos sociais, como a capacidade de esperar seu momento de falar numa conversa (LEVITIN, 2010, p. 291).

Esta habilidade é comumente deficitária em casos de demência onde o quadro já esteja mais agravado e há prejuízo de controle inibitório.

Alguns pesquisadores defendem que a música tem função no desenvolvimento humano de modo a “preparar a mente para complexas atividades cognitivas e sociais, exercitando o cérebro e deixando-o preparado para as exigências a que terá de atender nos terrenos da linguagem e da interação social” (LEVITIN, 2010, p. 295). Por sua vez, tais exigências nos terrenos da linguagem e interação social estão diretamente relacionadas à capacidade cognitiva do indivíduo, de modo que atividades musicais desenvolvidas por musicoterapeutas a pacientes idosos com demências estimulam essas habilidades, desacelerando suas perdas cognitivas.

Verificamos ainda que o “solfejo andante” desperta em nossos pacientes a iniciativa para realizar as propostas sugeridas pelos musicoterapeutas, o que pode aumentar neles a consciência do que é possível, desejável e alcançável (FEUERSTEIN; FEUERSTEIN; FALIK, 2014). Outro olhar sobre a questão é o fazer lúdico para estimulação terapêutica, essência da musicoterapia, em que o “solfejo andante” pode ser entendido como um jogo.

Jogos de memória, de timbres, notas e instrumentos, dominós de células rítmicas ou instrumentos musicais e brincadeiras de solfejo podem ativar os sistemas de controle de atenção, da memória, da linguagem, de ordenação sequencial e do pensamento superior (ILARI, 2000, p.15).

A respeito da memória, provocamos a estimulação de: memória remanescente, a partir do resgate das experiências em idade escolar; memória imediata e da memória

de evocação, para emitir os sons correspondentes a cada letra e que variam a cada pessoa que se desloca pelas letras. Essa dinâmica também possibilita a capacidade construtiva visual, raciocínio, concentração para realização do movimento e do canto; neuroplasticidade para absorção de novos conteúdos, sempre que há uma variação da sequência habitual. Quanto às praxias motoras, estimulamos a intencionalidade para escolher o caminho a ser percorrido entre as letras e os sons, juntamente à orientação espacial, propriocepção e equilíbrio.

## Referências

ALCÂNTARA-SILVA, T. R. DE M.; MIOTTO, E. C.; MOREIRA, S. V. Musicoterapia, Reabilitação Cognitiva E Doença De Alzheimer: Revisão Sistemática. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano XIV n° 17, ANO 2014. p. 56 a 68.

BENENZON, R. **Teoria da musicoterapia**: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. Tradução de Ana Sheila M. de Uricoechea. São Paulo: Summus, 1988.

BERTOLUCCI, P. H. F. Doença de Alzheimer. In: SANTOS, F. H. dos; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. **Neuropsicologia hoje** - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2015. P: 261-266.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** - CID-10. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) - CBCD / Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo FSP-USP, 1993. Disponível em <[http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f00\\_f09.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f00_f09.htm)> acesso em 31/08/2018.

ERIKSSON, P. S.; PERFILIEVA, E.; BJÖRK-ERIKSSON, T.; ALBORN, A.; NORDBORG, C.; PETERSON, D. A.; GAGE, F. H. Neurogenesis in the adult human hippocampus. In: **Nature medicine**, Volume 4, Number 11. Nature America Inc: 1998. p 1313-1317. Disponível em: <[https://www.nature.com/articles/nm1198\\_1313](https://www.nature.com/articles/nm1198_1313)> Acesso em 3 de setembro de 2018.

FEUERSTEIN, R; FEUERSTEIN, R. S.; FALIK, L. H. **Além da inteligência**: aprendizagem mediada e a capacidade de mudança do cérebro. Tradução: Aline Kaehler. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FRANÇA, C. C.; SWANWICK, K. Composição, apreciação e performance na educação musical: teoria, pesquisa e prática. In: **Em pauta** - v. 13 - n. 21 - dezembro, 2002. P 5-41. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/EmPauta/article/viewFile/8526/4948>> acesso em 23/1/2013.

GOLDEMBERG, R. Modus Novus e a abordagem intervalar da leitura cantada à primeira vista. In: **Opus**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 107-120, dez. 2011. Disponível em: <<https://www.anppom.com.br/revista/index.php/opus/article/view/203/183>> acesso em 01/09/2018.

HOTOTIAN, S. R.; BOTTINO, C. M. C.; AZEVEDO, D. Critérios e instrumentos para diagnóstico da síndrome demencial. In: BOTTINO, C. M. C.; LAKS, J.; BLAY, S. L.

**Demência e transtornos cognitivos em idosos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P: 51-67.

ILARI, B. A música e o cérebro: algumas implicações do neurodesenvolvimento para a educação musical. In: **Revista da ABEM.** Ano 9. Porto Alegre: Associação Brasileira de Educação Musical, 2003. P: 7-16.

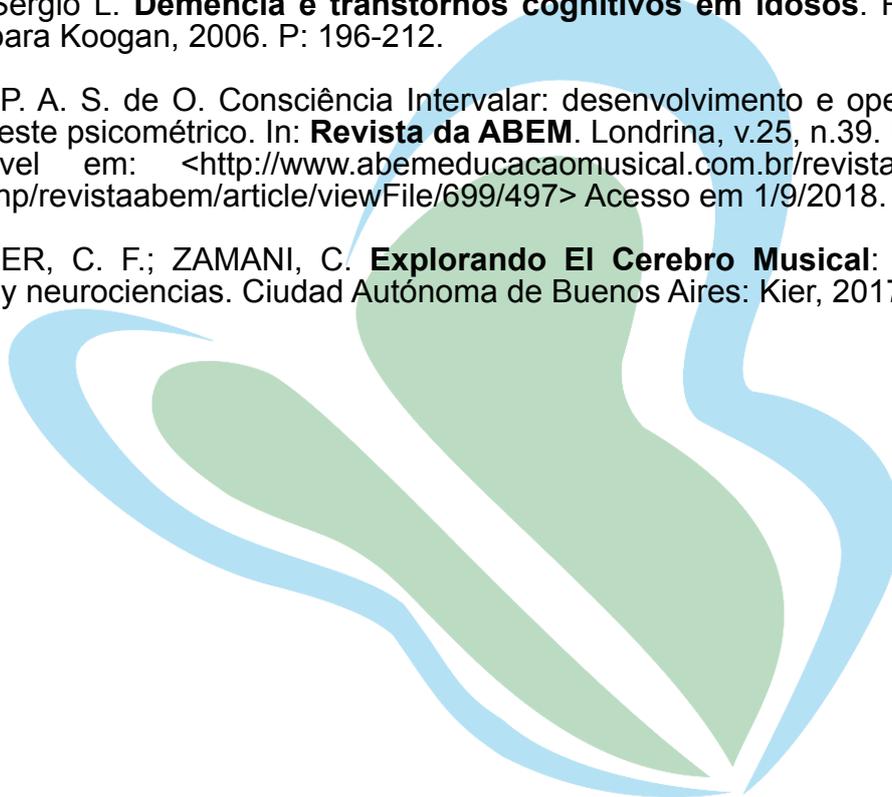
LAKS, J.; MARINHO, V.; ENGELHARDT, E. Diagnóstico clínico da doença de Alzheimer. In: BOTTINO, C. M. C.; LAKS, J.; BLAY, S. L. **Demência e transtornos cognitivos em idosos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P: 173-176.

LEVITIN, D. J. **A música no seu cérebro:** a ciência de uma obsessão humana. Tradução: Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

MARINHO, V. Demência frontotemporal. In: BOTTINO, Cassio M. C.; LAKS, Jerson; BLAY, Sérgio L. **Demência e transtornos cognitivos em idosos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P: 196-212.

NETO, P. A. S. de O. Consciência Intervalar: desenvolvimento e operacionalização de um teste psicométrico. In: **Revista da ABEM.** Londrina, v.25, n.39. P. 61-80, 2017. Disponível em: <<http://www.abemeducacaomusical.com.br/revistas/revistaabem/index.php/revistaabem/article/viewFile/699/497>> Acesso em 1/9/2018.

PFEIFFER, C. F.; ZAMANI, C. **Explorando El Cerebro Musical:** musicoterapia, música y neurociencias. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Kier, 2017.



# REFLEXÕES SOBRE MUSICALIDADE, INTERAÇÕES INICIAIS E A IMPORTÂNCIA DO OLHAR MUSICOTERAPÊUTICO EM ESPAÇOS EDUCATIVOS PARA BEBÊS<sup>1</sup>

*Fabiana Leite Rabello Mariano<sup>2</sup>*

**Resumo:** A história da humanidade revela a constituição musical ao longo de milhares de anos como uma linguagem significativa para o cotidiano do ser humano moderno. A música, segundo Trehub, entendida como a linguagem das emoções, materializa em estruturas sonoras os sentimentos presentes no imaginário humano. Assim, as proposições presentes neste artigo têm por objetivo uma reflexão sobre a relevância da música no início da vida dos bebês, como um direito ao pleno desenvolvimento de sua musicalidade. Trata-se de uma revisão bibliográfica<sup>3</sup> delineada como um ensaio científico. O artigo tem início com a apresentação de estudos oriundos, sobretudo, da área do evolucionismo cultural e da biomusicologia, relacionados ao desenvolvimento musical ao longo da história, tornando-se essencial na vida cotidiana das pessoas como forma de expressão e comunicação. Em seguida, o texto estabelece discussões que definem o conceito de musicalidade e apresentam a relevância das vivências musicais nos primeiros anos de vida da criança como parte do desenvolvimento da comunicação expressiva a partir dos pressupostos da Teoria da Intersubjetividade Inata; por fim, discutem-se a importância do olhar e a presença da musicoterapia nesse processo.

**Palavras chaves:** Bebês. Musicalidade. Desenvolvimento musical. Musicoterapia.

É intrigante pensar no processo pelo qual a espécie humana desenvolveu a sua capacidade musical. Muitos pesquisadores, ao longo de séculos, preocuparam-se com esta questão e fizeram da música o objeto de suas pesquisas. Entretanto, foi no século XX que as pesquisas floresceram com mais força, muitas delas apoiadas, sobretudo, no advento tecnológico no campo das neurociências. Contudo, buscaram-se explicações sobre a sua origem em diversos campos do conhecimento, como, por exemplo, o da Biologia, da Sociologia e da Antropologia.

O livro *The Origins of Music* (WALLIN et al, 2000), ainda sem tradução para o português, apresenta proposições com diversas abordagens, ampliando a discussão e o entendimento sobre o porquê da importância da música para a espécie humana.

1 Trabalho apresentado no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018, no IPUB-UFRJ.

2 Musicoterapeuta (CBM- RJ); Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento (UPM); Doutora em Educação (FEUSP); Docente do Instituto Federal de São Paulo.

3 Reflexões estabelecidas a partir do referencial teórico de minha tese de doutoramento: "Música no berçário: Formação de professores e a teoria da aprendizagem musical de Edwin Gordon", 2015.

Com temas relevantes, os autores convidam os leitores para uma reflexão mais adensada sobre esse campo do conhecimento.

Segundo Sandra Trehub (2003), algumas das questões sobre as origens da musicalidade foram possíveis graças aos estudos etnomusicológicos, que identificaram os processos musicais como uma atividade universal.

A Etnomusicologia originou-se dos estudos de Musicologia Comparativa, uma subárea da Musicologia que investiga as estruturas do som e as configurações musicais, entretanto, ela deixa de lado as questões antropológicas e culturais, fato que motivou um novo olhar para a presença da música na vida humana e levou, na década de 50, o musicólogo holandês Jaap Kunst a cunhar o termo Ethno-musicology. Com a fundação da Society for Ethnomusicology nos Estados Unidos, essa disciplina ganhou um status internacional. Pinto (2001) destacou as proposições de Alan P. Merriam em seu livro “The Anthropology of Music”, de 1964, onde ele afirmava que a música é um meio de interação social, sendo assim, indissociável da cultura.

A visão dos estudos Etnomusicológicos é relevante pela sua concepção interdisciplinar e por trazer o contexto cultural para a discussão, ponto essencial para a perspectiva apresentada nesse artigo.

Brown, Merker e Wallin (2000), no prefácio do livro “The Origins of Music”, apresentam a tese denominada “Biomusicologia”, que abarca a Musicologia Evolucionista, a Neuromusicologia e a Etnomusicologia. Segundo os autores, a ideia evolucionária da música discutida com força nos idos dos anos 40, por membros da Escola de Berlim, perdeu força após a 2ª guerra mundial, sobretudo nos Estados Unidos, onde um approach antropológico-cultural, como mencionado acima, ocupou as discussões.

Com o passar dos anos, segundo os autores, houve um renascimento dessas ideias e uma reconsideração das questões relacionadas à evolução humana que não podem ser desconsideradas, como eles dizem: “It is time to take music seriously as an essential and abundant source of information about human nature, human evolution, and human cultural history.” (BROWN; MERKER; WALLIN, 2000, p. 6)<sup>4</sup> .

Os autores acreditam que a Musicologia Evolucionária é um campo novo que traz questões profundas a serem debatidas no sentido de uma compreensão mais amplificada do ser humano nos seus aspectos mais íntimos, ou seja, a própria razão da existência.

Nesta direção, Brown (2000) sugere um modelo de evolução da música denominado “Musilanguage”, no qual ele busca traços evolucionários comuns entre os primórdios da música e da linguagem oral. O foco deste modelo é a compreensão do estágio que antecederia, supostamente, o momento onde a música e a linguagem seguiram caminhos independentes. Ele afirma que outros modelos coexistem, no entanto, nesta sua proposta, ele parte da ideia de que tanto o fazer musical quanto a linguagem (entende-se aqui a linguagem como língua), ambos fazem uso de duas ferramentas fundamentais: a emoção e a referência do som para a sua estruturação. Brown (2000) sugere que dois elementos constitutivos da música, altura e duração, bem como a emoção e princípios expressivos, estão presentes também na linguagem, por isso o autor pontua que a relação entre música e linguagem ultrapassa os limites de uma simples analogia. Haveria, portanto, uma relação extremamente imbricada entre o surgimento de ambas, ou seja, música e linguagem, na evolução do ser humano teriam um tronco comum do qual, em certo momento da evolução humana, elas tenham se separado, cada qual com as suas especializações.

Assim, ao apresentar este modelo teórico, este autor propõe que todas as

---

4 É tempo de considerar seriamente a música como um recurso de informação abundante e essencial sobre a natureza, a evolução humana e a construção da história da humanidade. (Tradução livre)

diferenças e especializações entre música e linguagem se estabeleceram após este estágio inicial de fusão entre ambas. Enquanto a linguagem, posteriormente, desenvolve-se em direção à estrutura referencial, a música passa a desempenhar outras funções, possivelmente ações mais voltadas para a expressão de emoções e atividades interpessoais.

Encontramos em Panksepp e Trevarthen (2009) considerações sobre a intrínseca relação entre a música e a expressão de emoções; Para os autores, a música aumenta o senso de pertencimento ao mundo natural. Através da música inúmeros sentimentos podem ser aflorados, como por exemplo, os sentimentos de compaixão, de poder, de alegria e tristeza, ou de pertencimento. Afirmam que o amor pela música demonstrado pelo homem contemporâneo oferece um indício de que se trata de um fenômeno de ordem adaptativa vivenciado pelo homem primitivo, ou seja, o aflorar da linguagem só foi possível pela capacidade humana de sentir emoções, e que, talvez, a “comunicação vocal afetiva” possa ter sido uma pré-condição para o desenvolvimento da “comunicação proposital da fala” (PANKSEPP; TREVARTHEN, 2009, p. 132).

Sabe-se que a música possui duas características distintas que se refletem sobre o grupo, que são: a capacidade de vocalização - a mescla dos tons, ou seja, as diversas frequências sonoras organizadas e a construção isométrica, que é a manutenção de uma métrica constante, uma medida de regularidade temporal, a partir da qual se estabelece o ritmo. Isto fornece um caráter de interação social que pode ser promovido pela atividade musical. Os elementos musicais podem ser observados frequentemente no nosso cotidiano como, por exemplo, nas manifestações populares, culturais e religiosas.

Segundo Brown (2000), a métrica musical, ou a dimensão rítmica da música, talvez seja o que há de mais importante quando se trata de manter a unidade grupal. Uma das funções da experiência de entretenimento interpessoal seria a capacidade

que o ritmo exerce na promoção de sentimentos de cooperação e de união do grupo.

Entretanto, ele afirma que pesquisar o fazer musical dos nossos ancestrais ultrapassa a compreensão de como eles utilizaram a música para a coesão e cooperação dentro do grupo. É necessário o entendimento dos mecanismos precedentes a estes comportamentos, pois são inúmeros os fatores envolvidos neste processo evolucionário. O autor sugere que os modelos culturais apresentados pela Etnomusicologia podem colaborar na reconstrução do modelo “Musilanguage”, e que eles devem ser considerados e aprofundados, conjuntamente com a musicologia evolucionária.

Benzon (2001), outro autor que caminha pela linha evolucionista cultural, para o qual a origem da música pode estar relacionada a um processo de ordem adaptativa e de sobrevivência ao meio ambiente dos primeiros hominídeos, este comportamento vai se transformar, ao longo dos anos, de um comportamento essencial à sobrevivência da espécie humana, para um comportamento mais relacionado à interação social, tornando-se parte da cultura e consolidando-se dentro do seu próprio processo. A ideia deste comportamento adaptativo para Benzon (2001) relaciona-se a uma capacidade que o homem primitivo desenvolveu em relação à comunicação, oriunda de uma necessidade premente de sobrevivência em ambientes rudes, pois no período em que viveu nas estepes, a sua subsistência foi basicamente encontrada na caça, assim, a adaptação do aparelho fonador para imitar os sons dos animais foi essencial para a manutenção da vida.

Para Flohr e Hodges (2006), o mimetismo vocal visto hoje em dia não representa, absolutamente, a importância e o peso que este teve para os hominídeos.

Para aqueles significou a construção de um repertório vocal a partir dos sons da natureza. Um impacto tremendo na evolução biológica sonora e vocal. Esta capacidade deste homem primitivo em imitar, segundo eles, talvez seja uma das

chaves para a diferenciação da espécie humana.

Os animais, como os pássaros, por exemplo, também são capazes desta produção sonora voltada para a comunicação, no entanto, estes apresentam uma clara limitação, o que não ocorreu com a espécie humana. O que diferencia as duas espécies é que o ser humano aprendeu a diferenciar alturas, reconhecer e transpor frequências, e com isso criar música, somos seres culturais, moldamos e somos moldados pela cultura, por meio das interações, assim, o percurso evolutivo do ser humano possibilitou o fazer musical para além de uma função de sobrevivência. Já para os pássaros, lidar com os elementos sonoros é uma ação estritamente ligada à sua sobrevivência, ou seja, as diversas espécies de pássaros vocalizam em determinadas alturas e com padrões que não se alteram, para que não haja a competição sonora no ambiente entre elas.

Outra limitação se refere à memória musical. Os golfinhos, que demonstram ter uma habilidade musical mais desenvolvida, não retêm informação musical por mais de dois segundos de duração, por cada trecho. Ao contrário do ser humano que é provido de uma memória extremamente mais extensa (FLOHR; HODGES, 2006).

Benzon (2001) aponta três questões determinantes que são alguns dos marcos importantes na escala desta evolução: Primeiro, o mimetismo vocal, ou seja, esta capacidade de imitação sonora por parte do Homem; segundo, a origem da música enquanto um processo comunicativo, que envolve uma ação musical, remetendo-se ao conceito *Musicking*<sup>5</sup> apresentado por Small (2011); e terceiro, a diferenciação entre a linguagem e a ação musical (o *Musicking*) a partir do pressuposto de que ambas teriam a mesma origem. Estas transformações deram-se há milhares de anos, onde aos poucos estas mudanças se consolidaram da forma como pode ser observada hoje em dia. Percebe-se aqui uma aproximação entre as reflexões de Benzon (2001)

<sup>5</sup> Conceito apresentado por Christopher Small, no livro *Musicking: The Meanings of Performing and Listening*, última edição publicada pela editora Wesleyan University Press em 2011.

e o modelo Musilanguage proposto por Brown (2000), sobre a origem da música e sua relação com a linguagem.

Oliver Sacks (2007) ao estudar pessoas com algum tipo de deficiência musical, afirma que este grupo é composto por poucos, pois a imensa maioria dos seres humanos possui a musicalidade preservada. Reitera que a música é essencial para todas as culturas e, possivelmente, por ser tão intrínseca à nossa natureza, seria inata. Por isso, também para ele, ela se entrelaça com o processo do surgimento da linguagem. Lembra ainda que, há mais de 200 anos, tecem-se debates nesta direção, Sacks refere-se aos estudos de C. Darwin onde esse supôs existir uma semelhança, ou ligação, entre a música primitiva e o surgimento da linguagem, ele diz:

Nossos ancestrais semi-humanos usavam tons e ritmos musicais nos períodos de corte, quando todos os tipos de animais excitavam-se não só por amor, mas também por intensos arroubos de ciúme e rivalidade e triunfo. A fala, ainda conjecturou Darwin, teria evoluído dessa música primal. (SACKS, 2007, p.10).

Sacks sugere que a música e linguagem relacionam-se de forma muito próxima e que elas estão profundamente vinculadas aos primórdios evolutivos da espécie humana. Daí ele afirmar que a música é parte fundamental da constituição cognitiva e psíquica do Ser Humano, e que estas conjecturas somam-se à tentativa de se explicar a importância e a função da música em nossas vidas.

Ao explicar a função da música para os seres humanos, Sandra Trehub (2003) pontua que, ao contrário da linguagem, a música, enquanto uma ação humana, não desempenha função comunicativa de informações objetivas, ou seja, uma função referencial. Ao contrário ela empenha-se em comunicar sentimentos e experiências que irão se refletir no comportamento social, através de seus elementos: alturas, durações, timbres. Portanto, esta seria uma das possíveis funções da música na história da humanidade, ou seja, o caráter de interação social suscitado pela música,

externa ou interna, pois ela pode evocar sentimentos, pensamentos, sensações e memórias.

Nos estudos de Malloch e Trevarthen (2009) há referências à música como agente de promoção da expressão dos aspectos afetivos emocionais desde o nascimento.

Estas proposições estão sintonizadas com o que os pesquisadores já citados têm apontado e fortalece o escopo das pesquisas em torno do tema. Além disso, validam afirmações oriundas da musicoterapia, que há muitos anos defende a possibilidade de uma comunicação “não verbal” através da música, uma vez que esta teria a função de evocar memórias e sentimentos que a linguagem verbal, por si só é incapaz de exprimir em sua totalidade (BRUSCIA, 2000).

No contexto da infância, por exemplo, onde bebês que ainda não dispõem da plena comunicação verbal, a música pode favorecer esta comunicação.

### **A música como facilitadora da comunicação inicial**

Como o bebê, ao nascer, inicia suas interações com o mundo? Esta questão moveu e continua a mover pesquisadores de diversos lugares em busca do entendimento e compreensão de como os seres humanos se comunicam. Esta capacidade é inata ou é aprendida? Ou ainda, existem algumas condições inatas que favorecerão as primeiras interações?

O recorte teórico aqui delineado destaca os pressupostos da Teoria da Intersubjetividade Inata, de Colwin Trevarthen (1996). Este autor dialogou com outros importantes nomes, como Daniel Stern, Jerome Bruner, e Berry Brazelton, que se

destacaram no campo das teorias sobre o desenvolvimento das interações precoces.

Segundo Colwin Trevarthen (1996, p. 13) o conceito de “Intersubjetividade Inata”, significa que os bebês são dotados de uma capacidade inata de realizarem trocas de sentimentos, troca de interesses e intenções com outras pessoas.

Para o autor, todo ser humano nasce com uma disposição interna que o possibilita a estabelecer suas primeiras interações. Neste sentido a criança recém-nascida é um ser com recursos internos prontos para serem utilizados na comunicação, portanto, compreende-se o bebê como um ser que deve receber toda a atenção que lhe é devida para além dos cuidados básicos de sobrevivência, pois ao nascer o bebê já está construindo suas trocas interpessoais.

Trevarthen et al. (1997) afirmam que a habilidade da criança para iniciar seus jogos interativos e suas primeiras imitações só é possível porque a criança possui habilidades inatas para começar seu processo de adaptação, que já seria iniciado durante a gestação (1997). Nesse sentido os autores pontuam que a imitação ultrapassa a função de estabelecimento de uma coerência emocional ou de autoconhecimento, apesar de considerarem que os jogos imitativos possam favorecer esses aspectos.

Outra proposição fundamental de Trevarthen (1999-2000) que complementa essas reflexões refere-se ao conceito do ‘Intrinsic Motive Pulse – IPM’, ou seja, um pulso intrínseco, uma força motriz interna representada por um pulso, que é uma constante temporal. Esse mecanismo é que faz com que o bebê na mais tenra idade estabeleça com sua mãe uma sintonia de movimentos, variações melódicas e gestos, ou seja, uma comunicação intersubjetiva que ocorre com bases em elementos de natureza musical, como tempo, alturas (frequências sonoras) e movimento. Para o autor, esse forte impulso para a comunicação é inato.

A comunicação se realiza através da música quando, por exemplo, a mãe canta

para o bebê, daí a relevância e presença das canções de ninar em, praticamente, todas as culturas. Como a música vincula-se às emoções, ela possibilita a expressão qualitativa dos sentimentos humanos. Experiências musicais podem, dessa forma, favorecer o encontro intersubjetivo. (TREVARTHEN; MALLOCH, 2000).

Para Trevarthen (2006. p. 12), a musicalidade presente nos bebês é um mecanismo facilitador para o processo de relacionamento social. As brincadeiras musicais, as canções e os gestos são um recurso para que os bebês atraiam a atenção dos adultos. Esses rituais prazerosos colaboram para o estabelecimento dos relacionamentos interpessoais. As brincadeiras e jogos musicais, onde elementos musicais como o pulso, o ritmo, as alturas, a melodia estão presentes, favorecem a comunicação, possivelmente devido ao significado que a música representa na constituição psíquica do ser humano.

Trevarthen et al. têm afirmado que o bebê já se reconhece como um ser separado de sua mãe, essa afirmação pode ser percebida na comunicação estabelecida entre mãe e bebê em um mecanismo denominado de protoconversa, onde os elementos musicais se fazem presentes. (PAPAELIOU; TREVARTHEN, 1994; TREVARTHEN, 1994; TREVARTHEN; KOKKINAKI; FIAMENGHI, 1997; TREVARTHEN, 1999).

Malloch e Trevarthen (2009), ao esclarecerem o sentido musical presente nas primeiras interações dos bebês, afirmam que a “musicalidade” no ser humano estaria relacionada ao nosso desejo pela “aprendizagem da cultura” e esse desejo é possibilitado por habilidades inatas, que segundo os autores, relacionam-se com a capacidade humana para se mover e para se recordar.

Ainda para eles, todo o aprendizado do bebê, incluindo a fala e, posteriormente, a escrita, teriam suas raízes no que eles denominam como “musicalidade comunicativa”, ou seja, experiências sonoras vivenciadas no movimento, e é nesse movimento que

se estabelece a base para se pensar, imaginar, relembrar e compartilhar com o outro (2009, p.9).

O exercício intersubjetivo entre mãe e bebê também foi discutido por Bruner (2001), para ele a intersubjetividade é a habilidade de produzir sentidos ao que o outro pensa ou sente, esta atividade comunicativa inicia-se entre a díade (mãe e bebê) por meio do contato visual, logo no início da vida do bebê, ampliando-se até a criança estar preparada para a troca de palavras com outras pessoas, caracterizando-se por um processo que não se encerra.

Para o autor, essa interação acontece por meio do “discurso compartilhado”, ou seja, há uma construção dialógica vivenciada durante o aprendizado, que acontece mesmo antes do bebê dominar os códigos da linguagem, realizando-se por meio de várias formas comunicativas, como balbucios, gestos, movimentos e expressões faciais. Bruner (2001) refere-se aos estudos de Trevarthen sobre a mente do bebê e destaca o sincronismo entre os padrões gestuais e vocais entre a mãe e o bebê. Esse fenômeno também foi estudado por Daniel Stern (1992), denominado por ele de “Sintonia dos Afetos”.

Daniel Stern (1992) refere-se à importância da inter-afetividade, processo considerado por ele como a primeira forma de compartilhamento de experiências subjetivas. A construção interpessoal se constrói a partir de elementos como a intensidade, a duração, as alturas e o ritmo, que se manifestam não apenas sob a forma sonora, mas também sob a forma do movimento corporal. Esses elementos aparecem em comportamentos como gestos, sons, olhares, balbucios e choros, estão presentes na comunicação inicial, apresentando-se muitas vezes de uma forma sutil, por isso faz-se relevante a observação atenta das expressões do bebê.

Seidl de Moura et al (2004) ao estudarem bebês dentro do contexto brasileiro

mostram que eles, desde seus primeiros dias de vida, já realizam trocas interpessoais e também estão de acordo com resultados de pesquisas semelhantes em outras culturas, apontando que há uma competência universal do recém-nascido para processos interacionais.

Mendes e Pessoa (2013) lembram que a família, mãe e pai, são os primeiros mediadores na construção do mundo social e cultural dos bebês. As autoras chamam a atenção, como os autores apresentados, para o forte componente emocional presente nestas relações iniciais, onde as mães exercitam a troca interpretativa. Elas afirmam que os aspectos afetivos dirigidos aos bebês entre 5 a 20 meses observados, estão traduzidos desde muito cedo em uma fala afetiva, representada por uma suavidade na entonação pelo uso de sons onomatopéicos, pelo ajuste da fala da mãe com intenção de chamar a atenção do bebê e pela atribuição de significados para a comunicação.

As autoras concluem nesse estudo, que os pais adequam suas falas e seus gestos voltados para os bebês de maneira intencional, pois através desse processo a comunicação pode ser facilitada, este ponto tangencia as proposições de Malloch e Trevarthen (2000), Stern (1999), dentre outros, relativas à comunicação inicial.

Os estudos de Trehub (2002) sobre o papel das mães no desenvolvimento musical do bebê mostram que para a permanência da atenção do bebê na interação, a “voz cantada” da mãe é mais relevante do que a “voz falada”. Essa afirmação alinha-se com as ponderações apresentadas, pois reforça a importância da música, expressa, sobretudo, no ato de cantar, para as primeiras interações entre mãe/bebê, representada, por exemplo, pelas canções de ninar. (TREHUB; NAKATA, 2001-2002).

Os estudos sobre os bebês, portanto, têm demonstrado que desde muito cedo eles já exercitam as suas capacidades comunicativas, têm sentidos aguçados e estão prontos para estabelecerem suas primeiras interações e demonstrarem emoções.

Devido ao fato da música ser de natureza expressiva e parte constitutiva do ser humano, justifica-se estar presente logo no início da vida.

As interações iniciais entre mãe e bebê realizadas através da fala/canto estão carregadas de aspectos afetivos e dão sustentação psíquica para os jogos interativos subsequentes. Ao considerar essa proposição como fundamental para o desenvolvimento do bebê, podemos inferir que esse jogo interativo inicial pode e deve ser vivenciado em outros contextos sociais, como o ambiente da creche, por exemplo, já que os bebês, por um longo período do dia e desde muito cedo, permanecem sob os cuidados de outras pessoas. Acredita-se que retomar esse contato afetivo pode favorecer a sensação de segurança, aflorar afetos, e com isso, facilitar o estabelecimento de novos vínculos sociais.

### **Considerações sobre a presença do Musicoterapeuta em espaços educacionais para infância**

É fato que cada dia mais cedo os cuidadores e professores de creches, berçários e centros de Educação Infantil dividem o cuidado dos bebês com as famílias, nesse caso, presume-se que estes profissionais desempenharão em muitos momentos um papel relevante na formação da criança.

Os educadores da infância e os educadores musicais – em algumas circunstâncias, são os responsáveis por oferecerem as vivências musicais nos espaços educativos. Contudo, pergunta-se: estariam esses profissionais preparados para compreender a importância do significado do campo sonoro no início da vida do bebê?

Analisando a realidade brasileira, percebe-se que em muitas situações esses profissionais não estão ou não se sentem preparados para isso (MARIANO, 2015). O que ocorre muitas vezes é que essas atividades acontecem de forma intuitiva,

geralmente devido à ausência de um conhecimento musical adequado, possivelmente uma falha do nosso sistema de formação de professores.

Apesar dos documentos oficiais preverem a música para a Educação Infantil como um eixo norteador, nem sempre ela ocupa o lugar de relevância que deveria. Como já abordado anteriormente, por meio dela o desenvolvimento psíquico e linguístico do bebê, bem como o estabelecimento de trocas interpessoais saudáveis, podem ser favorecidos. Pensando dessa forma, a música deveria estar presente e ser tratada no contexto das creches e berçários como uma atividade especial.

Adentrando ao campo da musicoterapia, Bruscia (2000) faz uma distinção entre “Música para o desenvolvimento” e “Musicoterapia do desenvolvimento”, consideradas relevantes para as reflexões aqui propostas:

A Música para o Desenvolvimento é auxiliar porque as crianças não apresentam problemas de saúde como previamente definidos, e pelo fato de as intervenções não serem de natureza terapêutica. Quando “intervenções terapêuticas” são necessárias em função de ameaças ao desenvolvimento saudável, esta prática adquire o caráter de Musicoterapia do Desenvolvimento. (BRUSCIA, 2000, p. 188).

Pode-se, por um lado, considerar que vivenciar atividades musicais no contexto das creches e berçários auxilia no desenvolvimento saudável do bebê. Compreende-se que, nesse caso, trata-se de Música para o Desenvolvimento. Por outro lado, a partir do que se apresentou nesse ensaio, a música é mais do que um estímulo externo absorvido pelo bebê, ela é intrínseca ao seu ser, nesse ponto, retomando Trevarthen, que preconiza que a musicalidade é inata, por fazer parte de um complexo necessário para o estabelecimento das trocas interpessoais, entende-se que, nesse caso, onde a prática musical poderá favorecer, ou não, que o bebê tenha o desenvolvimento saudável das suas possibilidades comunicativas e interpessoais, considera-se que essa atividade tange o campo da Musicoterapia do Desenvolvimento.

Sendo assim, propõe-se que os contextos educativos para bebês se abram

para a presença dos profissionais da musicoterapia, seja em serviços de orientação musical; seja na prática com as crianças, já que este profissional é preparado para isso; seja na orientação das famílias sobre os aspectos do desenvolvimento subjetivo e musical; ou na orientação dos profissionais que atendem diretamente essas crianças, sobretudo, nos aspectos relacionados ao desenvolvimento emocional dos bebês durante as atividades de musicalização infantil.

Lembrando as palavras de Ruud (p. 12, s/d) “*Thus music therapy could reclaim music back to the everyday life, as a central force in humanizing the culture*”<sup>6</sup>, a musicoterapia pode contribuir para a ressignificação do sentido da música presente nesses contextos educacionais. Ao agregar a esse fazer musical um conhecimento que possibilite que a música seja compreendida como um dos elementos constitutivos da psique humana, por isso essencial para o desenvolvimento saudável dos aspectos emocionais e interacionais que sustentam as relações humanas nos diversos contextos culturais, ela deve estar presente na vida do bebê para além da música da recreação ou de aprendizagem musical.

## **Conclusão**

Esse ensaio apresentou estudos que têm procurado explicar como a música constituiu-se histórica e biologicamente como uma parte intrínseca da constituição psíquica e social do ser humano. Foram elencados autores que discutem como os elementos constitutivos da música são relevantes para o estabelecimento das primeiras formas de comunicação e interação humanas, e como as canções de ninar e as canções da infância podem ser facilitadoras desse processo.

Finalmente, compreendendo que a música faz parte dos contextos educativos como creches e berçários, reconheceu-se que o profissional da musicoterapia está habilitado para orientar as primeiras ações musicais direcionadas aos bebês, pois ele

<sup>6</sup> Assim, a musicoterapia poderia trazer a música de volta para a vida cotidiana, como uma força central na humanização da cultura. (Tradução livre).

detém um conhecimento que o possibilita olhar para o bebê de uma forma holística; ele está capacitado para desenvolver aspectos que tangem o desenvolvimento emocional e comunicativo dos bebês, portanto apto para trabalhar com aspectos que ultrapassam as questões educativas.

Conclui-se que a educação de bebês deve contemplar um olhar mais cuidadoso sobre os aspectos psíquicos, sociais e emocionais, assim, sugere-se que a possibilidade de atuação do musicoterapeuta seja considerada nesses contextos, tanto em um trabalho individualizado, quanto em conjunto com os cuidadores, educadores e educadores musicais.

## Referências

BENZON, William. **Beethoven's anvil: Music in Mind and Culture**. Basic Books, New York, NY, 2001.

BROWN, Steven; MERKER, Björn; WALLIN, Nils. L. An Introduction to Evolutionary Musicology. IN: **The Origins of Music**. Edited by Nils L. Wallin, Björn Merker, and Steven Brown. Massachusetts Institute of Technology, 2000.

BROWN, Steven. The "Musilanguage" Model of Music Evolution. IN: **The Origins of Music**. Edited by Nils L. Wallin, Björn Merker, and Steven Brown. Massachusetts Institute of Technology, 2000.

BRUNER, Jerome. Juego, pensamiento y lenguaje. **Perspectivas**, vol. XVI, nº 1, 1986

\_\_\_\_\_. **A Cultura da Educação**. Ed. Artmed. Porto Alegre, 2001.

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

FLOHR, John W., HODGES, Donald A. Music and Neuroscience. IN: **MENC Handbook Of Musical Cognition and development**. Edited By Richard Colwell. Oxford University, New York, 2006.

MALLOCH, Stephen, TREVARTHEN, Colwyn. Musicality: Communicating the vitality and interests of life. IN: MALLOCH, Stephen, TREVARTHEN, Colwyn. (Ed). **Communicative Musicality: Exploring the basis of human companionship**. Oxford University, New York. 2009.

MARIANO, Fabiana L. Rabello. **Música no berçário: Formação de professores e a teoria da aprendizagem musical de Edwin Gordon**. Tese de doutoramento. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2015. DOI: 10.11606/T.48.2015.tde-14122015-153241 Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/>

tde-14122015-153241/pt-br.php Acesso em: 01/08/2018.

MENDES, Deise Maria Leal Fernandes; PESSÔA, Luciana Fontes. Emotion, Affection and Maternal Speech in Parental Care, Parenting in South American and African Contexts Maria Lucia Seidl-de-Moura, **IntechOpen**, (December 18th 2013). DOI: 10.5772/57337. Disponível em: <https://www.intechopen.com/books/parenting-in-south-american-and-african-contexts/emotion-affection-and-maternal-speech-in-parental-care> Acesso em: 15/08/2018.

PANKSEPP, Jaak, TREVARTHEN, Colwyn. The neuroscience of emotion in music. IN: MALLOCH, Stephen, TREVARTHEN, Colwyn (Ed). **Communicative Musicality: Exploring the basis of human companionship**. Oxford University, New York. 2009. PINTO, Tiago Oliveira. Questões de Antropologia Sonora. Revista de Antropologia. São Paulo, USP. V. 44 n° 1 Som e música; p. 221-286; 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ra/v44n1/5345.pdf> Acesso em 17 Nov. 2013.

RUUD, Even. **Community Music Therapy**. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4PkiBwVY-bUJ:https://www.hf.uio.no/imv/personer/vit/emeriti/evenru/even.artikler/CMTherapy.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 25/07/2018.

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

SEIDL- DE- MOURA, Maria Lúcia; RIBAS, Adriana Ferreira P.; SEABRA, Karla da C.; PESSÔA, Luciana fontes; RIBAS JR, Rodolfo de C.; NOGUEIRA, Suzana E. Interações Iniciais mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 17(3), p. 295-302, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010279722004000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722004000300002&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 15/08/2018.

STERN, Daniel. **O mundo interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1992.

TREHUB, Sandra. The developmental origins of musicality. **Nature Neuroscience**. Vol. 6; N° 7; July 2003. Disponível em: [http://www.brainmusic.org/EducationalActivitiesFolder/Trehub\\_development2003.pdf](http://www.brainmusic.org/EducationalActivitiesFolder/Trehub_development2003.pdf). Acesso em: 21/08/ 2013.

\_\_\_\_\_. Mothers are musical mentors. **Zero to Three**, (2002). n° 23(1), p. 19-22. Disponível em: [http://www.utm.utoronto.ca/infant-child-centre/sites/files/infant-childcentre/public/shared/sandra-trehub/Mothers\\_are\\_musical\\_mentors.pdf](http://www.utm.utoronto.ca/infant-child-centre/sites/files/infant-childcentre/public/shared/sandra-trehub/Mothers_are_musical_mentors.pdf). Acesso em: 12/03/ 2015.

TREHUB, Sandra. E., & NAKATA, Takayuki. Emotion and music in infancy. **Musicae Scientiae**, Special Issue, (2001-2002), p. 37-61. Disponível em: [http://www.utm.utoronto.ca/infant-child-centre/sites/files/infant-child-centre/public/shared/sandra-trehub/Trehub\\_Nakata.2001-2002.pdf](http://www.utm.utoronto.ca/infant-child-centre/sites/files/infant-child-centre/public/shared/sandra-trehub/Trehub_Nakata.2001-2002.pdf) Acesso em: 12/03/2015.

TREVARTHEN, Colwin. (1994). **What music communicates**: Evidence from mother's songs to infants. Notes for a talk at St. Michael House, Baker Street, London.

\_\_\_\_\_. Musicality and the intrinsic motive pulse: evidence from human psychobiology and infant communication. **Musicae Scientiae**. Special issue, (1999-2000), p. 155-215.

TREVARTHEN, Colwin., KOKKINAKI, Theano. & FIAMENGHI JR, Geraldo. A. What infant's imitations communicate: with mothers, with fathers and with peers. In: J. Nadel e G. Butterworth (Eds.). **Imitation in infancy**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

WALLIN; Nils L., MERKER, Björn, BROWN, Steven. **The Origins of Music**. Massachusetts Institute of Technology, 2000.

## TORNANDO MUSICOTERAPIA CIÊNCIA?<sup>1</sup>

Murillo Brito<sup>2</sup>

A proposta desta apresentação é pensar como a cultura ocidental legitima o saber enquanto condição de possibilidade deste se converter em CIÊNCIA, trazendo à tona um esforço de pensar o quanto pode se tornar problemática esta relação da Musicoterapia com ciência, enquanto atividade que se proponha subjetivante e promotora de saúde.

Inicialmente, gostaria de introduzir alguns aspectos do que, na nossa tradição ocidental, se convencionou nomear ciência. Ciência significa, segundo o dicionário de Antônio Houaiss, um conhecimento profundo sobre alguma coisa. Entretanto, esse conhecimento, enquanto ciência, só poderia se realizar ante a possibilidade de ser ORGANIZADO por meio da demonstração de certos acontecimentos, fatos, fenômenos e SISTEMATIZADOS por métodos ou de maneira racional: as NORMAS DA CIÊNCIA.

O problema já se anuncia com a determinação da ciência, ou seja, o conhecimento, ter que ser, para vigorar, organizado ou sistematizado ou determinado pela razão ou por algum método. Esta determinação passa a dominar a noção de ciência enquanto possibilidade desta se converter, a partir da ideia, em conceito. Conceito este, que se pretende, absoluto e universal. Este movimento do conhecimento ser convertido em ciência, a partir da enunciação do conceito se inaugura com Platão, sendo hegemônico até hoje.

No período pré-platônico, na Grécia remota, o conhecimento se dava por

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018, no IPUB-UFRJ.

<sup>2</sup> Musicoterapeuta do CAPS Ernesto Nazareth desde 1999 e das ILPIs Bem Viver, Casa da Bisa e Tito Rezende desde 2018. Atua em consultório e realiza atendimentos a domicílio.

tudo aquilo apreendido do Real pelo sentido. Sentido diz de tudo o que pode se apresentar, se apreender ou depreender a partir daquilo que se sente. Enuncia-se, então, uma dinâmica concreta do pensar como instauradora do conhecimento. Um pensar concebido como cuidado enquanto sentir. Uma perspectiva substantiva do ato de pensar, do gesto de pensar, do por-se a pensar enunciadora do Real. Ou seja, o conhecimento advindo do pensar era inconcebível sem o “sentido”, uma vez ser iletrada a Grécia antiga. Com o advento da escrita na Grécia há uma profunda mudança de perspectiva. Segundo Havelock, a partir de Jardim (2005),

o alfabeto converteu a língua num artefato, desse modo separando-a do locutor e tornando-a uma “linguagem”, isto é, um objeto disponível para inspeção, reflexão, análise...Um artefato visível podia ser preservado sem o recurso da memória...Se fosse possível designar o novo discurso por uma palavra nova, o termo seria CONCEITUAL (grifo meu) . A fala iletrada favorecera o discurso descritivo da ação; a pós-letrada alterou o equilíbrio em favor da reflexão. A sintaxe do grego começou a adaptar-se a uma possibilidade crescente de enunciar proposições, em lugar de descrever eventos. Esse foi o legado fundamental do alfabeto à cultura pós-alfabética (HAVELOCK, 1996, p. 16 apud JARDIM, 2005, p.107).

O mundo sensível para Platão passa a ser hierarquicamente inferior ao mundo inteligível, letrado, determinado pelo conceito. A distinção platônica entre o mundo sensível e inteligível equivale, de certa maneira, à distinção entre DOXA e EPISTEME. DOXA aqui entendida como um conhecimento advindo “naturalmente”, sem rigor, sem necessidade de comprovação ou elaboração racional, logo, menos importante. EPISTEME, por sua vez, seria o conhecimento instaurado pela razão, conceitual, elaborado, sem possibilidade de contra posição. DOXA diz de um mundo das aparências, mutável e EPISTEME, um conhecimento imutável, absoluto, eterno. Em suma, um conhecimento que se pretenda científico. O conhecimento da DOXA está mais perto da opinião e o da EPISTEME, da verdade. O esforço da ciência, instaurado pela EPISTEME, se pretende eterno, não vulnerável, absoluto.

O propósito da ciência, instaurada pela racionalidade, é tornar possível paulatinamente um controle total do homem sobre a natureza. Para que este projeto

se perpetue, é preponderante que a ciência se fundamente em princípios ou maneiras que não deem margem ao imponderável, à dúvida, à questão. Assim, a ciência precisa ser organizada para se legitimar. Esta organização se apresenta em forma de pesquisa, avaliação, controle, sistematizada pelo método. Enfim, a ciência precisa de normas para poder sempre pre-ver e não arriscar ao que lhe escapa. Se escapar, não é mais ciência. A ciência é objetiva, opera sempre no sentido de comprovar uma hipótese. A ciência generaliza, para que se apresente como universal. O saber profundo não se abre a nada que possa desestabilizar este saber. Ela captura do Real tudo que possa ser mensurado, quantificado, avaliado, passando, a partir disto, a conceber o Real como tudo aquilo que possa ser representado. Jardim (2005) pontua:

[...] para a constituição deste real, sob a égide da chamada Idade Moderna, Martin Heidegger nos aponta cinco características fundamentais, a saber: em primeiro lugar, a ciência; em segundo lugar, esta, de algum modo, convertida em técnica mecanizada; em terceiro lugar, o processo que introduz a arte no horizonte da estética; em quarto, o fato de que o obrar humano se interpreta e realiza como cultura; e, por último em quinto lugar, a desdivinação, a dessacralização ou a perda dos deuses (JARDIM, 2005, p.23).

Para o saber ou conhecimento racional, o Real, no âmbito da Idade Moderna, precisa ser convertido em algo delimitável, circunscrito, pensável, por conseguinte, pelo ordenamento da Razão. Assim, não por outro motivo, a Idade Moderna despreza para constituição do Real a sacralização ou a presença dos deuses por estes escaparem a qualquer instância cognoscível. A compreensão do Real, mais especificamente da Realidade, enquanto captura do Real, se dá desde uma ordenação estipulada pela ideia, pelo conceito, enquanto possibilidade destes serem representados, avaliados, identificados, medidos no exercício mental, instaurado pela Razão.

A ciência moderna, que se inicia com Francis Bacon e atinge sua formulação mais elaborada em Descartes, pretende circunscrever o conhecimento através de determinados padrões, para que este conhecimento se dê como forma de apropriação e domínio do Real. A ciência se pretende absoluta e objetiva. A efetivação do conhecimento se dá pelo percurso de algumas instâncias, a saber: o binômio teoria/prática, entendida

como técnica ou experimento, organizado por um método ou metodologia. A ciência opera o conhecimento de um objeto ou evento ou fenômeno de uma maneira em que estes confirmem uma determinada previsão ou prescrição. O inusitado não cabe à ciência, o que escapa deve ser operado e entendido para se conformar a esta prescrição. Previsão e prescrição dizem do que se enuncia anteriormente. Visão e criação indicam uma relação estreita com aquilo que se percebe pelo olho, de maneira inaugural. O homem da ciência realiza um movimento permanente para confirmar na Razão aquilo que ele vê. A ideia ou o conceito de algo, para a ciência, se impõe pela representação na escrita, que é internalizada no pensamento pelo olho. Posteriormente se comprova esta enunciação. Este é o percurso de algo que se pretenda científico. Em última instância a ciência torna-se um evento determinado pelo olho. Assinala Cavarero (2011):

Na transição da centralidade do ouvido para o olho, nasce um pensamento capaz de capturar os eventos sonoros e de congelá-los em imagens abstratas e universais, dotadas de objetividade, estabilidade e presença, bem como organizáveis em um sistema coerente. Nasce, em resumo, o estatuto da ciência, ou seja, daquele saber certo e incontrovertível a que os filósofos gregos chamam de episteme e que fundamentam na teoria (CAVARERO, 2011, p.105).

Theoria, portanto, diz em sua origem “olhar para algo”. A técnica ou prática tratam da dimensão da ação no âmbito da ciência. Colocar na ação o fenômeno para que o que está prescrito ou previsto se encaminhe em direção a um objetivo ou “resultado”, confirmando o que se pretende. De qualquer maneira, por se tratar de um dos aspectos que compoem a ciência, o experimento está associado à objetividade, meta, “resultado”. Finalmente, o método é o elemento que articula, na ciência, todas as categorias envolvidas.

A questão que se apresenta neste momento é se a Musicoterapia deve ser concebida enquanto ciência. Entendo o esforço de se enquadrá-la enquanto tal por ser a ciência, em nossa cultura, e, de resto em toda a cultura ocidental, a possibilidade legitimada de enunciação de todo e qualquer saber. Acrescente-se a isso, um campo

que envolve música e expressão não verbal novamente em uma cultura que percebe a música, sobretudo, unicamente, como elemento de entretenimento e lazer, nunca como fonte de conhecimento ou promoção de saúde. Para se empenhar um caráter de seriedade, credibilidade e aceitação social, todos os esforços são direcionados para entendê-la como ciência, num universo em que a palavra estruturada em ideia e conceito detem o privilégio de reinar absoluta no território da razão, enquanto condição de possibilidade de vigorar enquanto ciência.

Desdobrando a questão: poderia toda e qualquer terapia se estabelecer ou se enunciar enquanto ciência? A palavra terapia provém do grego THERAPEIA que diz do ato de curar ou de restabelecer. Este ato de curar ou de restabelecer se efetivaria através da prerrogativa de um saber absoluto, objetivo, inerente à condição de ciência? Talvez, se considerássemos que na medicina essa condição de objetividade e certeza seja necessária para salvar vidas, na implementação de insumos e medicações. Mas em se tratando de psicoterapia ou de musicoterapia, essa objetividade, inerente à ciência, seria potente para tratar, curar e restabelecer a saúde ou, ao contrário, nivelando as pessoas a um mesmo padrão agravaria a doença pela impossibilidade de serem concebidas a partir de suas singularidades e diferenças? Se concordarmos que uma terapia para ser potente e libertadora precisa considerar a subjetividade, ou as infinitas possibilidades de concepção de mundo, de constituição e configuração do Real, como poderíamos entendê-la? Ou, ainda se para entendê-la, seguindo o trajeto da razão constitutiva da própria ciência, necessitaríamos nomeá-la ou classificá-la percorrendo alguma outra instância atribuidora de sentido?

O educador espanhol Larrossa (2017), nos brinda com alguns argumentos que podem nos auxiliar a pensar terapia. Ressalta:

Costuma-se pensar a educação do ponto de vista da relação entre a ciência e a técnica ou, às vezes, do ponto de vista da relação entre teoria e prática. Se o par ciência/técnica remete a uma perspectiva positiva e retificadora, o par teoria/prática remete, sobretudo a uma perspectiva política e crítica. De fato, somente nesta última perspectiva tem sentido a palavra “reflexão” e expressões como “reflexão crítica”, “reflexão sobre prática ou não prática”, “reflexão emancipadora” etc. Se na primeira alternativa as pessoas que trabalham em educação são concebidas como sujeitos técnicos que

aplicam com maior ou menor eficácia as diversas tecnologias pedagógicas produzidas pelos cientistas, pelos técnicos e pelos especialistas, na segunda alternativa estas mesmas pessoas aparecem como sujeitos críticos que, armados de distintas estratégias reflexivas, se comprometem, com maior ou menor êxito, com práticas educativas concebidas na maioria das vezes sob uma perspectiva política. Tudo isso é suficientemente conhecido, posto que nas últimas décadas o campo pedagógico tem estado separado entre os chamados técnicos e os chamados críticos, entre os partidários da educação como ciência aplicada e os partidários da educação como práxis política, e não vou retomar a discussão.

O que vou lhes propor aqui é que exploremos juntos outra possibilidade, digamos que mais existencial (sem ser existencialista) e mais estética (sem ser esteticista), a saber, pensar a educação a partir do par experiência/sentido (LARROSA, 2017, pp.15-16).

A proposta de Larrosa no campo pedagógico é atribuível ao campo terapêutico. O que parece estar evidenciado é o problema da educação, assim como o da terapia, ser enquadrado em alguma perspectiva prescritiva, pré-concebida ou pré-determinada. Isto impõe algum tipo de limite. Exatamente o que rechaça a experiência, que diz de um movimento para fora; para além do limite, uma vez estruturada pelo prefixo EX, para fora e pelo radical PEIRO, limite. Experiência pode também apontar para o sentido de travessia, indicado pela presença da raiz indo-europeia per. Em grego há numerosos derivados dessa raiz que dão sentido de travessia, percorrido, passagem: peirô, atravessar; pera, mais além; peraô, passar através; perainô, ir até o fim. Portanto, sempre algo que se dá no caminho, estando nele, a partir de dentro. A experiência se dá no encontro, sem previsão, sem determinação, a experiência é necessariamente libertadora, por tudo aquilo que não pode ser controlado, reprimido, amarrado. O “para além do limite” envolve uma abertura para o desconhecido, uma vez acontecendo no instantâneo do momento, sem qualquer antecipação daquilo que se pode afetar. A experiência, portanto, é sempre singular, única, não pode se repetir, emerge subjetividades que estão permanentemente em dinâmica. A experiência mobiliza, é incerta, gera insegurança, uma vez confrontada com o desconhecido, o ignorado. Experiência é colocar-se em trabalho. Experiência não se faz, enquanto tudo aquilo que se pretende manejar, controlar. Experiência não se planeja. Experiência se vive, se sofre, a experiência envolve, nos toma. Experiência é o que nos acontece. Novamente Larrosa (2017):

A experiência é sempre do singular, não do individual ou do particular, mas do singular. E o singular é precisamente aquilo que não pode haver ciência, mas sim paixão [...] Na experiência, então, o Real se apresenta para nós em sua singularidade. Por isso o Real nos é dado na experiência como não identificável (transborda qualquer identidade, qualquer identificação), como irrepresentável (se apresenta de um modo que transborda qualquer representação), como incompreensível (ao não aceitar a distinção entre o sensível e o inteligível transborda qualquer inteligibilidade) ou, em outras palavras, como incomparável, não repetível, extraordinário, único, insólito, surpreendente. (LARROSA, 2017, p.68).

Para finalizar, ainda com o mesmo autor: “A experiência tem a ver com o não saber, com o limite em que sabemos. Na experiência, sempre existe algo de ‘não sei o que me acontece’, por isso não pode se resolver em dogmatismo” (LARROSA, 2017, p.69).

O que se tenta, então, diante de tantas proposições, é se apontar para o caráter substantivo da experiência, algo que sempre se dará de si mesma, de dentro de si, de forma inédita, que não seja ela própria. Diante do constante caráter revelador e desvelador da experiência, o não vivido passa a ser sabido, porquanto dotado de sentido. Na experiência o pensar se realiza em sua plenitude. Na experiência, não há lugar para o conceito, enquanto instância ajuizadora do pensamento racional. Na experiência, o vivido passa a suscitar questões, como possibilidades de manutenção do pensar em constante movimento de abertura. A questão é aberta, o conceito é fechado. Em terapia, a experiência deve vigorar como condição de se apreender e não se aprisionar no Real. A saúde se apresenta a partir da experiência como despertar de novos saberes, novas percepções, novos sentimentos; uma consciência que se constrói na interação com o outro em sua singularidade e com a natureza.

Heidegger (1987) aponta para o caráter transformador da experiência:

fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em “fazer” uma experiência, isso significa precisamente que nós a façamos acontecer, “fazer” significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo. Fazer uma

experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela entrando e submetendo-nos a isso. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo (HEIDEGGER, 1987, p.143 apud LARROSA, 2017, p.27).

A experiência torna-se crucial no mundo atual, justamente pela impossibilidade de se “fazê-la” nos termos propostos por Heidegger. No advento da Pós Modernidade, do Real concebido enquanto seu simulacro, a experiência não se dá, uma vez que não se criam identidades e singularidades. A subjetividade, paradoxalmente, vigora enquanto esforço advindo da globalização de se perpetuar a padronização, o igual, o mesmo. A (não) experiência se dá enquanto condição de se instaurar protótipos. Essa máxima se deriva da noção do embotamento como mecanismo de controle e consumo. O sistema opera no sentido de promover a confusão entre conhecimento e maxi informação. A informação é efêmera, não exige que o indivíduo pense. A informação é dada, passiva; o conhecimento é ativo, requer um colocar-se em trabalho. A informação se vende, o conhecimento não. Torna-se imperioso o despertar do indivíduo de seu vazio existencial.

Constata, então, o quanto a experiência pensada a partir da educação pode ser também transposta para o contexto da terapia e, especificamente, da Musicoterapia. Penso que a experiência entendida como despertar de singularidades e modos de subjetivação deve tanto gerar conhecimento quanto promoção de saúde. Isto, transposto para o terreno da música, transborda o limite (lembrando o sentido inaugural do termo) entre a Educação Musical e a Musicoterapia. Na experiência e pela experiência, não se concebe conhecimento sem promoção de saúde, nem promoção de saúde sem conhecimento. Um indivíduo saudável é aquele que se coloca a aprender, ao mesmo tempo em que o indivíduo que se coloca a aprender é um indivíduo saudável, uma vez integrado a outros indivíduos e à natureza. A experiência se dá na intercessão.

Finalizando, Larrosa (2017) aponta para o aspecto “musical” da experiência, sendo esta convertida em canto:

A experiência não é uma realidade, uma coisa, um fato, não é fácil de definir nem de identificar, não pode ser objetivada, não pode ser produzida. E tampouco é um conceito, uma ideia clara e distinta. A experiência é algo que nos acontece e que às vezes treme ou vibra, algo que nos faz pensar, algo que nos faz sofrer ou gozar, algo que luta pela expressão, e que às vezes, algumas vezes, quando cai em mãos de alguém capaz de dar forma a esse tremor, então, somente, então, se converte em canto. E esse canto atravessa o tempo e o espaço. E ressoa em outras experiências e em outros tremores e em outros cantos. Em algumas ocasiões, esses cantos de experiência são cantos de protesto, de rebeldia, cantos de guerra ou de luta contra as formas dominantes de linguagem, de pensamento e de subjetividade. Outras vezes são cantos de dor, de lamento, cantos que expressam a queixa de uma vida subjugada, violentada, de uma potência de vida enjaulada, de uma possibilidade presa ou acorrentada. Outras são cantos elegíacos, fúnebres, cantos de despedida, de ausência ou de perda. E às vezes são cantos épicos, aventureiros, cantos de viajantes e de exploradores, desses que vão sempre mais além do conhecido, mais além do seguro e garantido, ainda que não saibam muito bem aonde (LARROSA, 2017, p.10).

## Referências

CAVARERO, Adriana. **Vozes Plurais, Filosofia da expressão vocal**. Belo Horizonte: UFMG, 2011.

JARDIM, Antonio. **Música: Vigência do Pensar Poético**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2005.

LARROSA, Jorge. **Tremores, Escritos sobre experiência**. Belo Horizonte: autêntica, 2017.

## A MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE UM PACIENTE PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER<sup>1</sup>

*Murillo Brito<sup>2</sup>*

A musicoterapia voltada para a Terceira Idade vem sendo desenvolvida e aprimorada há cerca de quarenta anos no Rio de Janeiro. Em função de uma demanda cada vez mais abrangente, muitos profissionais da categoria vêm se especializando nesta área. Contudo, outros profissionais como Musicistas; Arteterapeutas; Terapeutas Ocupacionais e até Psicólogos, sem especialização, também utilizam a música no trabalho com idosos, causando, não raro, confusão sobre a singularidade e especificidade da atividade em Musicoterapia.

Musicoterapia é a possibilidade de utilização da música e seus elementos constitutivos na promoção de saúde. Fazendo tal colocação, já se apresenta a possibilidade de SUBSTANTIVAÇÃO da música no processo terapêutico. Ou seja, a música toma para si o seu protagonismo, fazendo com que o Musicoterapeuta a utilize de forma a que ela seja o elemento a efetivar as transformações necessárias ao crescimento e bem estar do indivíduo. Como SUBSTANTIVO, a música é concebida como um próprio, não admitindo reduções, equivalentes ou contrários. Sugiro que na musicoterapia, a música resgate a sua função primeva: a de não ser entendida por suas representações ou códigos, mas que ela, por sua materialidade, desencadeie subjetividade e realidade.

Jardim (2005), em sua proposição para o problema sobre a música ser ou não linguagem, enfatiza:

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no IV Seminário Estadual de Musicoterapia, realizado entre os dias 6,7 e 8 de setembro de 2018, no IPUB-UFRJ. O seminário foi organizado pela Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>2</sup> Musicoterapeuta do CAPS Ernesto Nazareth desde 1999 e das ILPIs Bem Viver, Casa da Bisa e Tito Rezende desde 2018. Atua em consultório e realiza atendimentos a domicílio.

Na realidade não se trata de saber se a música é ou não uma linguagem, pois tanto é possível a aceitação ou não aceitação desta formulação. A afirmação da nossa terceira formulação, acima, diz ser a música capaz de realizar a unidade. Ora, tomando-se, mais uma vez o fragmento nº 50 de Heráclito<sup>3</sup> : é na dimensão do logos que a unidade se mostra [...].

[...] Quer ainda nos parecer que, seguindo os passos de Heráclito, a possibilidade de realização da unidade está na indiferenciação entre música e linguagem. Desse modo, dizer música é dizer linguagem, visto que ao se dizer música se está dizendo [...] “é como um logos que a música configura formulação de sentidos. Portanto, dizer que a música é uma linguagem é, sobretudo, ocioso, além de criar uma instância atributiva de todo indesejável para a realização da unidade. Esta se dá no logos. O modo pelo qual música realiza esta unidade é constituindo, com sua materialidade, um que se apresenta, que se mostra a cada vez que música se realiza. A música é a unidade que música realiza (JARDIM, 2005, p. 146 e p.?).

Diferente da aplicação da música em processos terapêuticos por outros profissionais, quando a mesma é entendida como suporte para desenvolvimento de determinadas atividades e preenchimento de determinados objetivos, na Musicoterapia é a música que vai se constituir no próprio processo e proporcionar ELA PRÓPRIA o alcance dos objetivos vislumbrados.

Exemplificando, no caso da Terceira Idade, é comum um profissional de outra categoria programar uma atividade com música, escolhendo previamente as canções que irá utilizar, partindo de um referencial próprio, muitas vezes desconectado da realidade existencial do público com o qual irá trabalhar. Já se apresenta de imediato um primeiro problema. Pensando hipoteticamente, se tenciona trabalhar memória através da música, utilizará a mesma como suporte: tocará uma música mecânica e posteriormente fará perguntas pertinentes a música OUVIDA. Perguntas do tipo: qual o título da música percebida; qual o intérprete; em que época a referida canção fez sucesso etc.. Outra situação frequente é a utilização e entendimento da música como distração e entretenimento, nunca como propiciadora de CONHECIMENTO e AUTOCONHECIMENTO. Neste contexto, o profissional desfila uma sucessão de músicas sem conexão entre elas e dinamiza a atividade como se fosse um “animador de auditório”. Tal característica é problemática para a propagação da Musicoterapia

3 Dando ouvidos (não a mim, mas...) ao logos (JARDIM, 2005, p.145).

como atividade zelosa e com procedimentos precisos e criteriosos. No Brasil, ao mesmo tempo em que a música é valorizada, o é como fator de aglutinação por suas propriedades de diversão; lazer e entretenimento, unicamente. Portanto, quando se propõe uma atividade com Musicoterapia, as pessoas, em geral acham “belíssima” a proposta, mas não a encaram como um processo cuidadoso de promoção de saúde.

A proposta que se segue é relatar a evolução de um caso clínico, onde se fará um esforço por evidenciar a substantivação da música na condução do processo. Trata-se de um senhor de 87 anos, com quadro demencial, diagnóstico de Doença de Alzheimer, CID 10: G 30.1, que passarei a denominar Walter.

Walter, engenheiro civil, casado há 58 anos, pai de duas filhas; com duas netas e um neto e dois bisnetos. Trabalhou até os 78 anos, primeiramente como engenheiro em grandes obras e, posteriormente, como diretor técnico em firmas da construção civil. Devotado ao trabalho, sacrificou grande parte de seu tempo à sua profissão, que exercia com afinho e paixão.

Foi forçado a aposentar-se pela idade e pelo encerramento das atividades da Firma onde exercia cargo representativo. Vida saudável: nunca fumou, praticava caminhadas com assiduidade, bebia esporadicamente vinhos que cultivava em adega particular. Aos 79 anos, foi acometido por duas isquemias e teve colocado um stent em seu coração. Começou a apresentar sinais da doença aos 81, quando saía de casa e se perdia; se confundia com dinheiro, algo com que sempre lidou com muita desenvoltura; perguntava por pessoas já falecidas etc.

O quadro foi se deteriorando com a gradativa perda da memória e não situação espaço temporal: se arrumava para trabalhar, já há muito aposentado; sinalizava querer voltar para a casa, se referindo à moradia de sua infância e perguntava pela sua mãe. Com frequência, acordava de madrugada para se arrumar em direção

ao trabalho. Ficava inquieto. Fazia menção de sair de casa. Sua esposa tinha que esconder a chave. Apesar da situação adversa, cultivavam um casamento estável e amoroso. Tratavam-se por “De Amor”.

Walter apresentava como características um pensamento objetivo e cartesiano, talvez fruto de sua formação. Temperamento dócil, apesar da labilidade de humor, provocado pela doença e muita dificuldade em demonstrar emoções, embora fosse afetuoso. Ficava irritadiço, a partir do Alzheimer, quando não conseguia concretizar suas vontades, além do empobrecimento paulatino de sua linguagem, decorrente dos lapsos de memória.

Fui acionado para melhorar sua labilidade de humor; estímulo e preservação da memória; agitação psicomotora, que se tornara mais constante em função de suas vontades não concretizadas e canalização e manifestação das emoções. Walter com frequência se queixava de estar angustiado, sem saber a que atribuir tal angústia.

Sempre cultivou grande proximidade com a música. Com frequência assistia a shows e concertos no Theatro Municipal. Possui um gosto musical, por assim dizer, sofisticado: apreciador da Bossa Nova, Samba e Canção Modernos prenunciadores da mesma e, especialmente, Elizeth Cardoso.

Quando iniciamos o processo, Walter, embora não demonstrasse hostilidade, manifestava enorme resistência ao trabalho, evidente em sinalizações como: “agradeço a sua visita, mas agora tenho um compromisso e terei que sair”. Acolhia sua recusa, porém, em contrapartida, ofertava uma canção para ele ouvir. Sabendo de sua sofisticação e de sua predileção por Elizeth Cardoso, ataquei Canção de Amor<sup>4</sup> de Elano de Paula e De Chocolat, grande sucesso em sua voz:

4 Disponível em <https://www.letras.mus.br/elisete-cardoso/280903/> acessado em 25/11/18.

*Saudade*

*Torrente de paixão*

*Emoção diferente*

*Que aniquila a vida da gente*

*Uma dor que eu não sei de onde vem [...]*

Toquei esta canção procurando a maior proximidade possível com o estilo de Elizeth, colocando a voz e incrementando a harmonia: B7M | B° | D#m7 | G#7 G#7(#5) | C#7(9) | C#m7 F#7 | D#m7 D7M | C#m7 C7M |

Aqui se apresenta a proposição da estética musical como elemento de persuasão para engajamento do paciente no processo terapêutico. Com frequência se enfatiza que, em Musicoterapia, o objetivo estético não é buscado, uma vez que o mais importante é a utilização da música pelo paciente como externalização de conteúdos na forma possível. Neste caso, a estética foi buscada como possibilidade de cativar o paciente e envolvê-lo no caminho que começava a se delinear. Com base no conhecimento de sua identidade sonora, lancei mão dos recursos que dispunha para despertá-lo. A sofisticação na harmonia foi buscada baseada no seu gosto e em sua tradição de audição e recepção musical. Finalizada a canção, Walter expressou um “muito bem”, porém pediu licença para encerrar.

Tal situação alternou por muito tempo. Em algumas ocasiões, Walter me acolhia e realizávamos sessões muito proveitosas, em que sua adesão era imediata e total, enquanto em outras, manifestava a mesma postura. Por vezes, lancei mão do auxílio de sua cuidadora, com quem nutria um vínculo muito positivo e isto, não raro, viabilizou a continuidade das sessões. Sua parceria foi fundamental, pois, em muitos momentos foi ela que conseguiu fazer com que ele ouvisse ao menos uma canção, pois ficava olhando o relógio ininterruptamente, fixado na suposta reunião a qual teria que comparecer. Lançava mão do argumento de que o horário em sua

agenda permitia que ele ficasse para o nosso atendimento.

Portanto, num primeiro momento, utilizei canções que tinham como objetivo envolvê-lo na atividade; no processo. O critério para veiculação destas canções foi: sofisticação, utilização de harmonias com dissonâncias em canções que fizessem parte de seu universo. Assim, surgiu a primeira modalidade de canções trabalhadas, as quais denominei: canções para envolver na atividade.

Outro critério adotado foi o de utilizar canções que, de alguma forma, simbolicamente, aludissem a sua realidade. Uma canção emblemática deste exemplo foi Meiga Presença de Paulo Valdez e Otávio, também conhecida na voz de Elizeth:

*Quem, ao meu lado, esses passos caminhou.*

*Esse beijo em meu rosto quem beijou?*

*A mão que afaga a minha mão*

*Esse sorriso que não vejo de onde vem?*

*Quem foi que me voltou?*

Tais canções serviam para Walter como uma espécie de porta voz de sentimentos que, provavelmente, ele sentia e não conseguia mais verbalizar ou, talvez mesmo, pela dificuldade inerente à sua personalidade mais retraída, nunca tenha chegado a manifestar. Outra canção emblemática, inserida neste exemplo, foi “A Saudade Mata A Gente” de Braguinha e Antônio Almeida. Frases como: “a saudade nas noites de frio em meu peito vazio irá se aninhar” são emblemáticas da gama de sentimentos incomunicáveis verbalmente por Walter naquele momento. Ele balançava as pernas, ficava desconcertado, sorria timidamente. Exclamava: “bonito!”

Paulatinamente, inseri uma segunda categoria, com Walter já mais implicado no processo, as quais denominei: canções para preservação e estimulação da memória. Através destas canções, fazia um trabalho, baseado também na sua identidade sonora,

de estimular sua memória. Inicialmente, cantava canções de seu conhecimento, para ele completar com uma ou duas palavras. Exemplo: “Se Todos Fossem Iguais A Você” de Tom e Vinícius. Esta canção, inclusive, segundo sua esposa, seria a canção dos dois. Eu cantava: “se todos fossem iguais a você, que maravilha...” e ele completava: “VIVER”. Outro exemplo: “Diz Que Fui Por Aí” de Zé Keti.

....Eu : *em qualquer esquina*

Ele : *eu paro*

....Eu : *em qualquer botequim*

Ele : *eu entro*

.... Eu : *se houver motivo*

Ele: *é mais um samba que eu faço.*

Este exemplo é interessante, pois, além de estimular a memória, estimula a atenção e a organização dentro da métrica musical, tornando o exercício mais musical. O passo seguinte foi estimular que ele aumentasse o espectro das letras, até conseguir chegar a lembrar de letras inteiras, o que foi possível com canções curtas como: Duas Contas, de Garoto e General da Banda, de José Alcides e Sátiro de Mello.

Aos poucos, Walter foi se engajando mais no processo, tornando-se mais expressivo e confiante. Inicialmente, apenas complementava dizendo as “deixas”. Importante ressaltar que as canções eram cuidadosamente selecionadas durante a atividade para que Walter lograsse êxito nas propostas e conseguisse realizá-las, de acordo com suas possibilidades. O êxito nas propostas foi provocando em Walter uma maior autoconfiança. Com a continuidade das sessões, passou a falar as palavras com mais expressividade, mais envolvido afetivamente com o que estava comunicando. Bom exemplo disto foi quando fizemos “Copacabana” de Braguinha e Alberto Ribeiro. Ao final da canção, ao dar a deixa depois de “E hoje vivo a murmurar, só a ti Copacabana”, ele arremata: “eu HEEEEEEI de amar!”.

As canções já provocavam respostas emocionais. Diante de canções mais passionais e melódicas, de construções eficazes no sentido de provocar reações emocionais: vocalizações longas; andamentos lentos; registros mais agudos; movimentos melódicos ascendentes com grandes saltos intervalares, Walter se comovia e por vezes chegou a chorar. Em se tratando dele, era excelente, pois Walter se caracterizava por um embotamento. Inseri estas canções na categoria de geradora de emoções. Foram várias: Manhã de Carnaval, de Antonio Maria e Luis Bonfá; Ouça, de Maysa; Por Causa de Você, de Tom e Dolores Duran; Nossos Momentos, de Haroldo Barbosa etc. A esta altura do trabalho já percebia que quando ele começava a balançar as pernas, era sinal de emotividade. No início, ele franzia os lábios; nesta etapa, não conseguia conter os olhos marejados. Outras canções, por se referirem a aspectos de sua vida ou a traços em comum com seu universo, geravam no paciente reação da ordem da alegria como: Helena, Helena, de Constantino Silva e Antônio Almeida . No caso desta, trata-se do nome de sua esposa. Em Manias, de Celso e Flávio Cavalcante, além de ser uma das canções de sua predileção, se identificava com o interlocutor: “mania de não deitar, sem antes ler o jornal”. Walter sempre teve o hábito de, religiosamente, antes de dormir, ler todos os jornais e se manter muito bem informado.

Decorrente de sua maior autoconfiança passou a, gradativamente, cantar as “deixas” ao invés de simplesmente falar. Percebe-se musicalmente uma evolução na implicação no trabalho. No início do processo, Walter falava. Em seguida, passou a falar com mais expressividade. Nesse momento, começa a cantar. Em “Valsa de Uma Cidade” de Ismael Netto, canta a coda (“Lá iá, lá iá, lá iá, lá lá); em “ Dó, Ré, Mi” de Fernando César, sucesso na voz de Dóris Monteiro, ele passa a completar as frases cantando.

Eu: *eu sou feliz tendo você*

Ele: *sempre a meu lado*

Eu: *e sonho sempre com você*

Ele: *mesmo acordado*

Eu: *saiba também que só você*

Ele *(na melodia)*: *mora em meu coração*

Eu: *e é de você e prá você esta canção. É de você*

Ele *(inserindo melodicamente)*: *que vem a minha inspiração*

Eu: *você é corpo e alma*

Ele: *em forma de canção*

Eu: *você é muito mais do que*

Ele: *em sonhos eu já vi*

Eu: *você é dó*

Ele: *é ré, mi, fá, é sol, lá, si.*

Percebam que, à medida que a canção se desenrola, a sua participação aumenta, em decorrência de sua implicação e crescente autoconfiança.

Algumas canções se enquadram em mais de uma categoria e são utilizadas com propósitos diferentes simultaneamente. Duas Contas, por exemplo, ao mesmo tempo em que é trazida para estimular a memória, possui a propriedade de, em Walter, produzir respostas emocionais. Eu Não Existo Sem Você, de Tom e Vinícius, imortalizada por sua diva / divina Elizeth Cardoso, inseri: “Eu sei e você sabe que a vida quis assim/ que nada nesse mundo levará você de mim”, ao mesmo tempo em que provoca emoções intensas, o incita a cantar junto. Estas canções são talvez as mais poderosas no setting, uma vez que potencializam várias frentes de trabalho terapêutico paralelamente.

Outra categoria de canções trabalhadas é a de estímulo de memória, apenas pela evocação das melodias, introduções ou codas das mesmas. Fiz isto utilizando as seguintes canções: Corcovado, de Tom Jobim (Introdução); inseri Chega de Saudade



trabalho robustece a gente”.

### Referências

JARDIM, Antônio. **Música**: Vigência do Pensar Poético. Rio de Janeiro: Ed. Sete Letras, 2005.



# A CRIAÇÃO MUSICAL COMO EXPRESSÃO ARTÍSTICA PROMOTORA DE SAÚDE POR MEIO DA OFICINA DIALÓGICA MUSICAL<sup>1</sup>

*Victor Stratner<sup>2</sup>*

**Resumo:** Este trabalho apresenta as bases teóricas e o desenvolvimento da Oficina Dialógica de Linguagem Musical no Instituto Oswaldo Cruz que visa mostrar como foi feito o seu processo de criação em 2016, promovendo uma articulação teórica e prática entre a Promoção de Saúde, o método ABR e o fazer musical. Justifica-se o presente estudo pelo fato de que nele toma corpo o método da Art-Based Research, haja vista que ela permite que a pesquisa seja apresentada pela performance artístico-musical, e por isso, em alguma medida, possui aspectos ou atribuições terapêuticas. A monografia que gerou este artigo apresenta dados sobre a criação e o desenvolvimento da ODLM. A pesquisa insere-se no campo da Saúde Pública, buscando estabelecer uma interlocução teórica com a área da Promoção da Saúde, com a CienciArte, assim como com as ideias sobre a importância da música para a Saúde Pública. Postulamos a prática da nossa oficina como dialógica, com influência da pedagogia freireana acerca de que o conhecimento não se ensina, ele se constrói através do diálogo. A oficina é oriunda da Art-Based Research (ABR) que pode ser entendida como uma abordagem metodológica com o uso de diferentes formas de expressões artísticas como um caminho primário para o entendimento do fenômeno estudado e experimentado por outras pessoas envolvidas na pesquisa. Nesse trabalho demos importância ao processo da prática musical em conjunto, correlacionando prática com reflexões teóricas sobre Educação e Promoção da Saúde. Tanto a construção teórica como as ODLM demonstraram que a metodologia da ABR motiva para responsabilidade entre os envolvidos, expande as possibilidades de divulgação do trabalho científico ao alcançar um maior número de pessoas, que não só a comunidade acadêmica, assim como leva a formulação de novas perguntas que sugerem outros caminhos possíveis para a pesquisa qualitativa em saúde.

**Palavras-chave:** Promoção de Saúde. Música. Musicoterapia. Educação Não Formal. Art-Based Research.

## Introdução

A musicoterapia tem sido pensada a partir da utilização dos parâmetros do som e da combinação destes produzindo música visando ao bem-estar do indivíduo do ponto de vista bio-psico-social-espiritual. Dessa maneira percebo a necessidade de realçar projetos interdisciplinares como foi o caso dessa monografia que teve como objetivo analisar do ponto de vista teórico a criação da Oficina Dialógica de Linguagem

1 Trabalho apresentado no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018, no IPUB-UFRJ.

2 Bacharel em Musicoterapia - Conservatório Brasileiro de Música. Especialista em Ciência, Arte e Cultura na Saúde pela FIOCRUZ - IOC e Mestrando em Ensino de Biociências em Saúde, linha de pesquisa Ciência, Arte e Promoção de Saúde pelo Instituto Oswaldo Cruz - IOC.

Musical ODLM (2017).

Este projeto se insere primordialmente na nova área de Promoção da Saúde, dentro da Saúde Pública, por ser voltado diretamente para aumentar a Qualidade de Vida do público ao qual se destina. Também se direciona às diversas estratégias de Educação em Saúde, uma vez que alia à informação científica um material de cunho artístico que pode ajudar ao melhor entendimento desta informação e também à adesão aos comportamentos por ela recomendados através do estímulo afetivo e sensorial proporcionado pela experiência artística.

Em termos epistemológicos, vincula-se à abordagem da CienciArte, segundo a qual as duas formas de conhecimento, a científica e artística, devem ser exercidas o mais concomitantemente possível, em diversos tipos de alianças teóricas e operacionais para conseguir um melhor resultado nos programas de saúde a cujo planejamento dão embasamento.

Nossa principal metodologia é a da Art-Based Research, segundo a qual a pesquisa em questão é apresentada por intermédio de recursos artísticos, em especial da própria performance. Trata-se de um método altamente inovador em relação ao uso prioritário mais convencional de um material de cunho intelectual nas apresentações e defesas de propostas acadêmicas. Está estreitamente relacionado às pesquisas qualitativas, com as quais revela diversos pontos de contato.

A Art-Based Research (ABR) é oriunda dos EUA tendo surgido na década de 70 e começou a ser desenvolvida no Brasil recentemente. Pode ser entendida como uma maneira de expandir as possibilidades de coleta de dados da pesquisa qualitativa tradicional, criando diálogos junto à comunidade científica de onde pode ser pensada como uma forma de pesquisa que visa ir além da experiência artística per si, de forma a alargar o espectro de usos de diversas racionalidades para fazer avançar o conhecimento sobre o tema da pesquisa em questão.

O cerne do projeto desta pesquisa, entretanto, é uma valorização substantiva da música como auxiliar na Promoção e Educação em Saúde. Procuramos aqui ressaltar desde os aspectos neurobiológicos até aqueles altamente simbólicos dos efeitos positivos da música no indivíduo e no grupo social. As questões relativas ao aumento da coesão social e do senso de pertencimento que permeiam as atividades musicais em grupo são ressaltadas pela sua importância fundamental no entendimento de como a música pode auxiliar, através de um viés sócio cultural, ao estabelecimento de uma vivência plena de um conceito ampliado de saúde.

A partir do exposto acima, este trabalho retrata o desenvolvimento de uma oficina denominada primeiramente de Oficina Dialógica de Linguagem Musical ODLM (2017) que teve seu início na apresentação final da matéria CiênciArte do programa CACS, que significa Ciência, Arte e Cultura na Saúde na FioCruz em 2016. Desde a sua primeira realização veio se desenvolvendo no decorrer do ano de 2017, com seis oficinas já realizadas com diferentes públicos na FioCruz - IOC, e em 2018 passou a ser denominada de Oficina Dialógica de Linguagens Sonora e Corporal ODLSC (2018) com a participação de novos alunos ao grupo de pesquisa Arte, Cultura e Promoção de Saúde.

### **Justificativa**

A ODLM (2017), em consonância com sua explícita inserção na promoção da saúde, valoriza uma reviravolta diante daquela concepção “clássica”, em que a saúde é avaliada a partir de sua ausência, traduzida na doença e na morte (DUCHIADE, 1995). Ou seja, faz parte de um conjunto de projetos e estratégias que valorizam a qualidade de vida e o estado positivo de saúde.

Utilizamos a epistemologia da CiênciArte, pois situamo-nos entre estas duas formas, Ciência e Arte, de decodificar a realidade em termos teóricos e práticos.

O raciocínio perceptual (saber sensível) e o pensamento como interação combinatória (a procura do inteligível) constituem o cenário do pensamento criativo, de forma correlata, complementar, cooperativa, interdisciplinar e multimidiática no intuito de pensar-fazer a luz. (PLAZA, 2003, p. 47).

No projeto acumulamos ou alternamos nossos papéis de artistas, cientistas, educadores e/ou profissionais de Saúde que estão realizando pesquisa e arte. Acreditamos que podemos produzir conhecimentos com base em nossas experiências, sem necessariamente separar o nosso “pensar”, do nosso “fazer”, nem depender de teorias ou técnicas pré-estabelecidas por um certo cientificismo vazio.

Todo esse arcabouço teórico vai afinar-se com a nossa metodologia da ABR, escolhida por ser a expressão concreta de uma pesquisa teórica que apresenta-se através de uma performance.

Esta metodologia adequa-se perfeitamente à nossa preocupação de proporcionar espaços de experiência criativa para um público mais amplo, com uma linguagem acessível para que o maior número de pessoas possível possa experienciar o prazer de participar e usufruir dos bons resultados em termos de Qualidade de vida que um projeto de Promoção de Saúde deve oferecer.

A música é um veículo ideal para este fim, pois seus efeitos terapêuticos em termos de alívio de tensões e aumento de bem-estar psicológico são altamente reconhecidos. Acrescente-se a forte ligação existente entre atividades em grupo como as artísticas que fortalecem a adesão sociocultural e o bem-estar com o estado positivo de saúde. A música também acentua e aprofunda as dimensões das experiências sociais.

A oficina em questão reúne aspectos teórico-metodológicos tanto da educação não-formal como do conceito ampliado de saúde. Os aspectos da educação não formal dizem respeito aos processos metodológicos de ensino-aprendizagem que esta se

utiliza para que diversos indivíduos se relacionem com a música de modo amplo e consciente por meio do ensino de instrumentos de percussão com exemplos práticos e de uma execução imediata dos mesmos. Já os aspectos do conceito ampliado de saúde dizem respeito a uma utilização da música como forma de promover uma reflexão-ação que busque ir além do binarismo saúde versus doença. Neste sentido, creio que este trabalho tem sua relevância centrada na possibilidade de mover o terreno da Musicoterapia para que esta possa, em alguma medida, sair um pouco da lógica binária entre saúde e doença e começar a operar numa lógica ampliada de saúde e, por essa maneira, estar aberta a diferentes públicos, visando pensar o sentido da saúde ampliada e sobre como o fazer musical em conjunto pode trabalhar em prol da saúde dos participantes.

Dessa maneira, a oficina trabalha a coordenação motora com o acompanhamento dos ritmos brasileiros que se dão por intermédio das figuras musicais como: mínimas, semínimas, colcheias e semicolcheias, distinguindo os movimentos do braço direito e esquerdo ao tocar os instrumentos de percussão. A auto-expressão por meio da possibilidade de cantar as músicas, assim como a leitura das partituras com as letras das canções trabalhadas.

## **Objetivos**

Objetivo Geral:

- Promover uma articulação teórica e prática através da oficina (ODLM, 2017) entre a Promoção de Saúde, a ABR e o fazer musical.

## **Objetivos Específicos:**

- Investigar os efeitos benéficos do fazer e da apreciação musical sobre a

saúde, em especial junto a grupos participativos;

- Promover a educação em saúde a partir da cooperação entre o saber científico e artístico;
- Implementar o projeto (ODLM, 2017) junto a programas de saúde, na FioCruz/RJ e Hospital do Amparo Feminino;
- Contribuir para alargar o fazer musical às estratégias de alcance da Educação Não-Formal;
- Contribuir para a ampliação do campo conceitual, teórico e aplicado da Musicoterapia.

## **Metodologia**

O início do século XXI pode ser visto como um dinâmico tempo para a pesquisa acadêmica, com as fronteiras metodológicas se expandindo entre as disciplinas sociais. Isto porque até o início do século passado a pesquisa era considerada uma atividade em busca da neutralidade, de alguma forma não totalmente relacionada à sociedade e os pesquisadores eram vistos como separados dos seus resultados de pesquisa. Considerando que hoje se observa que pesquisador, objeto e demais sujeitos da pesquisa estão inseparavelmente imbricados, surgem metodologias de pesquisa mais interativas como é o caso da como Art-Based Research (ABR).

A ABR pode ser entendida como o uso de diferentes formas de expressões artísticas como um caminho primário para o entendimento de experiências científicas tanto do pesquisador, como para as pessoas envolvidas em seus estudos (Leavy, 2009). Desde o início da década de 1970 já existiam investigações sobre o processo artístico nas pesquisas acadêmicas das quais um dos precursores é McNiff (1989). Este pesquisador passou de uma perspectiva segundo a qual seus métodos de fundamentação teórica vinham também da Psicologia para aqueles segundo os quais a Arte funciona como modelo primário de pesquisa. Todo o desenvolvimento da ABR

veio através de movimentos de universidades nos EUA, que davam ênfase ao diálogo da Arte com outras disciplinas, assim como de artistas procurando maneiras de usar suas habilidades como pesquisadores.

Nove anos mais tarde, já trabalhando com alunos de Mestrado e Doutorado, McNiff escreve no livro *Art-Based Research* (1998), que fala sobre a importância desse método ao ressaltar aspectos da inteligência criativa e comunicação, gerando informações importantes que podem complementar uma visão mais lógica de um mesmo fenômeno. Este tipo de pesquisa se diferencia das demais, pois utiliza a arte como possibilidade de construção de dados de investigações, em paralelo às pesquisas mais tradicionais que fazem uso de métodos mais estatísticos para descrição e/ou análise de fenômenos.

É importante destacar que no caso da pesquisa em música torna-se necessário que o facilitador da oficina tenha um certo domínio da habilidade técnica dos instrumentos musicais escolhidos, visto que essa habilidade pode afetar os resultados, no que diz respeito ao engajamento dos participantes. No livro *The Practice of Imagination in Life, Art, and the Workplace* (MCNIFF, 2003), o autor dá exemplos de como a arte pode nos ajudar na interação com outras pessoas, ao olhar o mesmo fenômeno por outro ângulo, possibilitando formas originais de se trabalhar um determinado tipo de problema. Podemos aplicar tal pressuposto, por exemplo, no caso da melhora da saúde de idosos em processo de demência, os quais através da prática de performances musicais se tornam mais integrados e ativos nas atividades cotidianas. Além disso, em vários outros grupos que têm executado atividades musicais similares, podemos observar o quanto esta pode gerar no grupo um sentimento de maior potência existencial ao proporcionar ambientes que inspirem a expressão criativa.

O meio acadêmico vem se tornando mais responsivo a novas estratégias de investigação e sabe-se que tanto a ciência quanto a arte envolvem o uso sistemático de

expressões com o objetivo de novas expressões sobre a vida. Em vez de refletir sobre fenômenos artísticos em estudos de casos, entrevistas ou outros textos exploratórios, os estudiosos da ABR se perguntam mais a respeito do processo de impacto que a arte proporciona, criando meios de comunicação sob um espectro mais inteligente, acurado e criativo.

Lembremos ainda que, há uma interconexão estreita entre epistemologia e a metodologia (MINAYO, 2002). A nossa influência epistemológica principal é a CienciArte com a qual a ABR tem forte ligação através da valorização da expressão artística. A metodologia principal da monografia é, pois, a da Art-Based Research (ABR), ao lado da metodologia qualitativa tradicional.

A definição da ABR, adaptada a partir de Patrícia Leavy (2009), consiste em

um conjunto de ferramentas metodológicas que, por meio da arte, incentiva as mais diversas expressões dos participantes, sendo usada por pesquisadores qualitativos, entre as disciplinas durante toda a fase da pesquisa social, incluindo a coleta de dados, análise, interpretação, e representação (adaptado de Leavy, 2009 pág. IX prefácio).

Para a ABR, o fazer artístico (em nosso caso, o musical) é visto menos como experimento e mais como uma realização. As pesquisas da ABR são apresentadas como 'performances', (em nosso caso, a partir de uma música), paralelas ou não às análises dos discursos a elas relativas. Associando a ABR às metodologias qualitativas tradicionais, pode-se dizer que "a partir das capacidades das artes criativas, a prática da ABR possibilita, para pesquisadores qualitativos, alternativas sobre o método da pesquisa tradicional" (LEAVY, 2009, p. ix). Desta forma, leva-se em conta os relatos de seus participantes quanto à consecução dos objetivos pretendidos, através de entrevistas semiestruturadas.

A grande vantagem deste método (ABR) é sua condição de, transformando as práticas de construção de conhecimento, criar uma sinergia entre o objetivo da

pesquisa e o público, constituindo-se, pois, em um projeto holístico. A própria autora (LEAVY, 2009) sinaliza que “estas ferramentas emergentes adequam-se aos princípios da arte criativa de maneira a se referir a questões da pesquisa social de maneira holística e engajada, nas quais teoria e prática estão entrelaçadas” (p. 3).

A ABR lida com seis diferentes linguagens artísticas segundo Leavy (2009), sendo estas: 1. Análise Narrativa, 2. Poesia, 3. Música, 4. Estudo da Performance, 5. Dança e Movimento, 6. Arte Visual.

AABR tem como objetivo tornar um assunto de relevância para a pesquisa mais acessível a um público diversificado e leigo, propondo um diálogo entre pesquisador e público através da linguagem artística, no caso, musical. Em nosso caso, aplicamos a ABR em temas relativos à saúde.

O material produzido através da ABR pode ter grande repercussão política, podendo realçar um texto ideológico, enfatizar uma prática de resistência ao status quo ou ajudar a compreender melhor aspectos da vida social como, por exemplo, os rituais. Dessa maneira não é apenas performance artística, visto que é ao mesmo tempo uma atividade com finalidades sociais, educacionais e terapêuticas.

Por intermédio desse método podemos trabalhar uma outra maneira de comunicação que não seja apenas a verbal com os participantes. No caso da música utilizamos os parâmetros musicais e as propriedades do som, tais como: o ritmo, a melodia e a harmonia, a altura, a duração, a intensidade, o timbre como forma de expressar emoções e compartilhar informações relativas à saúde, inclusive as científicas.

Segundo McNiff (2002) a ABR é definida como o uso da expressão artística como um modelo primário de pesquisa que discute a necessidade de aplicar a arte

a disciplinas da saúde, arteterapia, ciência e arte para aperfeiçoar os métodos de pesquisa artística e realizar os recursos únicos propiciados pela arte como forma de entendimento e comunicação das experiências humanas. Cada vez mais percebe-se que o conhecimento artístico pode complementar o científico.

McNiff (2002) sinaliza que a definição da qualidade da ABR é bem descrita em um número do “Journal of Applied Arts e Health” como o uso empírico da experimentação artística tanto para o processo de pesquisa como para a comunicação dos resultados.

Alguns autores como Coemans & Hannes (2017) alegam que o uso de métodos baseado em artes possibilita diferentes formas de compreensão, principalmente em contextos comunitários, visto que têm possibilidade de fomentar uma relação mais horizontalizada entre pesquisador e pesquisado, no qual o conhecimento é construído em conjunto.

Conforme McNiff (1998), a maioria dos profissionais artistas, ainda não conseguem ver os diálogos entre investigação artística e pesquisa formal. O estudo dos efeitos das experiências com as linguagens artísticas junto aos processos de pesquisa é o que distingue pesquisa baseada em arte de outras tradições de pesquisa.

## **Resultados**

Para exemplificar, trago relatos dos participantes da Associação Rio-Chagas que participaram de uma atividade de CienciArte na FioCruz com a metodologia da ABR. Durante as oficinas, foi possível perceber que cada participante tinha uma ligação com a música. E a música se tornou algo experimentado na rotina, muitas vezes com um auxílio para enfrentar os problemas da vida.

Participante 1: Eu adorei, eu queria que tivesse todo fim de semana, seria

muito bom. Muito bom mesmo. Participante 2: Hoje foi maravilhoso, foi muito bom. Desde quando estou participando do (Grupo de Chagas) foi o primeiro evento que até dancei, tinha doze anos que eu não dançava e hoje dancei, dançamos até quadrilha, cada um dança do seu jeito, mas foi muito bom, foi mil. Participante 3: Nós tivemos aqui uma experiência muito boa, de música e ciência, foi muito bom, foi relaxante, a gente ficou numa alegria imensa e colaborou muito para o nosso bem-estar.

### **Considerações finais**

Pretendemos através da realização desse trabalho refletir sobre os resultados obtidos entre os campos da Ciência e da Arte e suas ramificações na tríade Música, Promoção da Saúde e Art-Based Research, incorporando a metodologia da ABR como forma de apresentar os dados da pesquisa qualitativa através da performance e apresentação artística, em nosso caso de forma musical, para dessa maneira contribuir para o avanço da (ABR) no Brasil.

Ressalta-se a importância que foi a pesquisa bibliográfica para o desenvolvimento deste trabalho, visto que percebemos a hegemonia americana com mais de 40 anos de pesquisa sobre essa metodologia, e a quase a inexistente pesquisa Brasileira, salvo o trabalho feito na USP (São Paulo) e na FioCruz (Rio de Janeiro).

Nesse trabalho demos importância ao processo da prática musical em conjunto, ressaltando aspectos musicais, tais como: Parâmetros e propriedades do som correlacionando a prática musical em conjunto com reflexões teóricas sobre Educação em Saúde e Promoção de Saúde.

A construção teórica bem como as (ODLM, 2017) demonstraram que a metodologia da ABR estimula responsabilidades para os envolvidos, expande as possibilidades de divulgação do trabalho científico ao alcançar um maior número de

peessoas, que não só a comunidade acadêmica, assim como têm a possibilidade de formular outras perguntas de pesquisa mais amplas que sugerem outros caminhos possíveis para a pesquisa qualitativa em saúde.

## Referências

ATLAN, H., 1994(1986). **Com Razão ou Sem Ela**: intercrítica da Ciência e do Mito. Lisboa: Piaget. 1994.

BARROS, N. F. **A Construção da Medicina Integrativa**. Um desafio para o campo da saúde. São Paulo: Aderaldo& Rothschild editores, 2008.

CSEKÖ, L.C. **A reimplantação da educação musical no ensino fundamental e médio** OLM – Uma pedagogia musical para o século 21: Artigo de 1970.

CZERESINA, Dina. **O Conceito de Saúde e a Diferença Entre Prevenção e Promoção**. Esse texto é uma versão revisada e atualizada do artigo `The concept of health and the difference between promotion and prevention`, publicado nos Cadernos de Saúde Pública (Czeresina, 1999). In: Czeresina D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.p. 39-53.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **O que é filosofia?** Tradução de Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz. – São Paulo: Editora 34, 2010 (3a edição). 272 p. (Coleção TRANS).

LEAVY, Patricia, 2015. **Method Meets Art**. Second Edition: Arts-Based Research Practice .

McNIFF, Shaun. **Art-based research**, 1998.

McNIFF, J., & WHITEHEAD, J. (2002). **Action research**: Principles and practice (2nd ed.). London ; New York: RoutledgeFalmer.

McNIFF, S. (2003). **Creating with others**: The practice of imagination in life, art, and the workplace. Boston: Shambhala Publications.

McNIFF, Shaun. **Art as Research**: Opportunities and Challenges, 2013. Intellect, 2013.

MELLO, Márcio. **Notas de aula** da matéria Educação Popular Cultura e Saúde no curso de pós-graduação Ciência, Arte e Cultura na Saúde no IOC\_ FIOCRUZ , 1º semestre de 2016.

Moon, L. **Art-Based Group Therapy**: Theory and Practice, 2010. Editora Charles C. Thomas, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOREL, Leo. **Monobloco**: uma biografia. 1ª ed. Rio de Janeiro, Editora azougue editorial, 2015.

NUTBEAM, D. **Glosario de Promoción de la Salud**. In Promoción de la Salud: una antologia . Publicación Científica nº 557. OPAS, pp. 393-403. Washington, 1996.

PLAZA, Julio, TAVARES, Monica. **Processos criativos com os meios eletrônicos: poéticas digitais**. São Paulo: Hucitec, 1998.

\_\_\_\_\_. **Arte/ciência: uma consciência**. In: Ars, São Paulo, v.1, n. 1, p. 37-47, 2003.

RIBEIRO, R. J. (organizador). **Humanidades: Um novo curso na USP** . São Paulo: Edusp. 2001. pp. 11-29.

SAWADA, Anunciata Cristina Marins Braz; ARAUJO-JORGE, Tania C.; FERREIRA, Francisco Romão. **Cienciarte ou Ciência e Arte?** refletindo sobre uma conexão essencial. In: Educação, Artes e Inclusão. v. 13, n. 03, set./dez. 2017.



# CONTRIBUIÇÃO DA MUSICOTERAPIA PARA EDUCAÇÃO MUSICAL: O OLHAR EM PROL DO PROTAGONISMO DO ALUNO<sup>1</sup>

*Thelma Sydenstricker Alvares<sup>2</sup>*

**Resumo:** Tendo em vista os desafios encontrados por indivíduos que possuem diagnósticos psiquiátricos, propomos discutir a contribuição da Musicoterapia para a Educação Musical na Diversidade que parte do pressuposto de que o ser humano possui uma natureza complexa que se manifesta de diferentes maneiras incluindo diferenças religiosas, culturais, de gênero, étnicas, sexuais, econômicas que podem levar o indivíduo, com ou sem deficiência, à situação de vulnerabilidade ou risco social. Discutiremos como conceitos da Musicoterapia, como por exemplo, a musicalidade clínica e o *music child*, podem contribuir com o trabalho do educador musical, principalmente quando este se depara com pessoas em situação de vulnerabilidade ou risco social. O trabalho será ilustrado com a experiência das aulas com um grupo de pessoas em sofrimento psíquico que desenvolve um processo coletivo de criação musical. Estas aulas são ministradas por uma musicoterapeuta e educadora musical em uma instituição psiquiátrica com participação de alunos do curso de licenciatura em música. Neste trabalho enfatizamos a importância do protagonismo dos alunos, defendido por Paulo Freire, defendendo que eles sejam o sujeito de sua educação e não o objeto dela. O processo de criação coletiva tem início com a discussão do grupo sobre temas que os participantes consideram relevantes e que são, então, desenvolvidos no processo de criação musical. Acreditamos que as aulas de música têm contribuído com a emancipação do grupo que tem refletido sobre questões relativas ao sofrimento psíquico assumindo um papel ativo no movimento da Luta Antimanicomial. As apresentações do grupo são oportunidades para educar o público e desconstruir preconceitos relativos à pessoa em sofrimento psíquico.

**Palavras-chave:** Musicoterapia. Educação Musical. Diversidade. Protagonismo.

Segundo Foucault (1977, 1978, 1979), a exclusão, a marginalização de determinados grupos, foram historicamente construídas. Por exemplo, Arbex (2013) descreve a situação do maior hospício brasileiro, em Barbacena, onde apenas 30% dos pacientes internados tinham algum diagnóstico psiquiátrico:

Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (ARBEX, 2013, p. 14).

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no IV Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018, no IPUB-UFRJ.

<sup>2</sup> Professora titular da Escola de Música da UFRJ; atua no curso de Licenciatura em Música, no programa de pós-graduação e é docente do curso de Musicoterapia da UFRJ. Autora do livro "Coisa de Mulher? A Maternidade e a Musicoterapia: Jornadas no Mundo Patriarcal"; formação em Musicoterapia no Brasil e no exterior; [tsydalvares@gmail.com](mailto:tsydalvares@gmail.com)

Observamos que ainda que a reforma psiquiátrica e os movimentos sociais tenham realizado conquistas significativas, as pessoas em sofrimento psíquico, com deficiência, e em outras situações de vulnerabilidade e risco social, continuam a encontrar muitas barreiras em seu processo de inserção social. Para tornar o panorama brasileiro ainda mais complexo, presenciamos um retrocesso de políticas públicas que promoveram uma melhora na qualidade de vida de pessoas em situações sociais desfavorecidas. Infelizmente, o cenário se agrava com o aumento de episódios de agressão a homossexuais, negros, índios, mulheres que denunciam uma intolerância, ou mesmo aversão, à diversidade em nosso país.

Além dos problemas apresentados acima, percebemos também que em nenhuma época da história do homem tivemos tantos diagnósticos psiquiátricos como na atualidade. Infelizmente o discurso médico tem se apropriado da vida contemporânea. Observamos pessoas descrevendo comportamentos alheios como patológicos, e chegando, inclusive, a aventar diagnósticos. Segundo Amarante (2014),

Quando falamos em desmedicalização, não estamos falando em diminuição do medicamento, e sim na diminuição do papel da medicina. Queremos diminuir a apropriação que a medicina faz da vida cotidiana, o discurso médico sobre a vida. Isso não conseguimos (AMARANTE, 2014, p.17).

De acordo com Amarante (2011, p.19), “Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social”. Segundo o pesquisador, o processo de desinstitucionalização, proposto pela reforma psiquiátrica, propagou a ideia de se abandonar o modelo de tratamento centrado no conceito de doença e tratar o indivíduo em sua totalidade. Acreditamos na importância do protagonismo para o processo de desinstitucionalização. Afinal, a mudança de paradigma em relação a grupos marginalizados só concretizar-se-á a partir do momento em que estes grupos assumam o protagonismo deste processo de transformação, aqui eles são as pessoas mais capacitadas para falar sobre suas questões. Segundo Venturini (2010):

Mais do que um tratamento ou uma adaptação, a desinstitucionalização consiste em um crescimento da pessoa. Nela o paciente é finalmente o verdadeiro protagonista da cura: considera os próprios pontos de força e de fraqueza, as oportunidades e os aspectos problemáticos de sua vida pessoal; constrói estratégias “úteis” para sua vida, até mesmo em redes de sentido frágeis e provisórias. Em geral reconhece-se para o paciente o valor da competência adquirida com a própria experiência (VENTURINI, 2010, p. 143).

No entanto, além do protagonismo é também essencial legitimar a diversidade humana. Segundo Alvares e Amarante (2016) a diferença é inerente à natureza humana, e não um desvio ou doença. Paulo Freire (2011) destaca a importância da escuta do outro para a compreensão da diversidade:

Aceitar e respeitar a diferença é uma dessas virtudes sem o que a escuta não se pode dar. Se discrimino o menino ou menina pobre, a menina ou o menino negro, o menino índio, a menina rica; se discrimino a mulher, a camponesa, a operária, não posso evidentemente escutá-las, e se não as escuto, não posso falar com elas, mas a elas, de cima para baixo. Sobretudo, me proíbo entendê-las. Se me sinto superior ao diferente, não importa quem seja, recuso escutá-lo ou escutá-la. O diferente não é o outro a merecer respeito, é um isto ou aquilo, destrutável ou desprezível. Se a estrutura do meu pensamento é a única certa, irrepreensível, não posso escutar quem pensa e elabora seu discurso de outra maneira que não a minha. Nem tampouco escuto quem fala ou escreve fora dos padrões da gramática dominante. E como estar aberto às formas de ser, de pensar, de valorar, consideradas por nós demasiado estranhas e exóticas, de outra cultura? (FREIRE, 2011, p.118).

Segundo Kuenzer (2002), o processo de inserção social caracteriza-se por uma inclusão excludente, na maioria das vezes apoiada por um aparato legal ainda incapaz de garantir o respeito e o direito à diversidade social, cultural, econômica e política em nosso país. O processo de exclusão e desvalorização social faz parte da realidade vivida por indivíduos estigmatizados, seja por questões étnicas, religiosas, de gênero, por estar em situação de extrema pobreza, por serem sujeitos em sofrimento psíquico, com algum tipo de deficiência ou pela combinação destes fatores.

A arte, a educação e a cultura são ferramentas eficientes para criar uma rede que viabilize a expressão, interação e valorização de grupos isolados. Este processo propicia o convívio como campo para desenvolvimento e fortalecimento de ações nos

âmbitos das Artes, fundamentando e possibilitando a troca de experiências. McNiff (2004), arteterapeuta, afirma que as Artes têm um papel na cura por propiciar uma ação assertiva que oferece uma alternativa para a resignação passiva à psicopatologia e à disfunção pessoal. Segundo o autor, a Arte pode curar onde quer que seja praticada e sua capacidade transformadora se potencializa quando o trabalho é desenvolvido em grupo. Portanto, a cura para McNiff não se limita ao trabalho terapêutico profissional.

Acreditando no potencial das Artes para promoção do bem estar pessoal e social de pessoas em situação de vulnerabilidade ou risco social, e com o propósito de criar um espaço dialógico para lidar com as diferenças humanas, desenvolvemos dois projetos de extensão que se comunicam. Os projetos são frutos de uma parceria entre a Escola de Música e o Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O primeiro teve início em 2009 e envolve os alunos do curso de Licenciatura em Música da UFRJ. Como parte da grade curricular obrigatória, os discentes desenvolvem uma prática pedagógica no Instituto de Psiquiatria durante um semestre. O semestre acadêmico também compreende aulas teóricas sobre Educação Musical na Diversidade (ALVARES & AMARANTE, 2016). Esta experiência permite que os licenciandos conheçam, de forma breve, a realidade de pessoas em sofrimento psíquico e favorece a desconstrução da imagem do louco. Os alunos têm a oportunidade de ensinar música para um grupo que os desafia de diferentes maneiras. Primeiro eles precisam desconstruir a imagem do louco como alguém perigoso, incapaz e imprevisível; esta é uma etapa difícil para muitos discentes. Precisam entender as peculiaridades do sofrimento psíquico que envolve efeitos colaterais de remédios psiquiátricos, rotina de consultas médicas/terapêuticas que interferem na frequência das aulas, em alguns casos a convivência com uma instabilidade emocional e com delírios, entre outros desafios.

Nessa prática pedagógica, os alunos são convidados a (re)pensar o que é Educação Musical e qual é o papel do professor no processo educacional ao lidar

com um contexto educacional tão peculiar. De modo geral, ao iniciar o semestre, os alunos percebem o trabalho como Musicoterapia (ou “algo terapêutico” como dizem). No entanto, ao decorrer do trabalho, passam a perceber nossos encontros como educacionais, pois aprendem a necessidade do professor chegar ao aluno entendendo a complexidade das diferenças humanas e trabalhando a partir da diversidade humana.

O segundo projeto, o Festival de Arte e Cultura da Diversidade, foi criado em 2012 e envolve vários parceiros, entre eles, Instituto Benjamin Constant, Prefeitura do Rio de Janeiro, Coletivo Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou, Companhia de Dança Pulsar e Teatro Novo. Realizamos dois eventos anuais, que incluem rodas de conversa, apresentações artísticas, exposições, mostra de vídeos e oficinas que versam sobre as diferenças humanas. Desenvolvemos ações que visam à desconstrução de preconceitos relativos aos negros, aos homossexuais, transexuais, travestis, índios, às mulheres, às pessoas em sofrimento psíquico, aos idosos, aos usuários de droga, às pessoas com deficiência, ou em qualquer condição que as coloquem em situação desfavorável socialmente. Após realização de onze eventos percebemos a eficiência dos festivais em quebrar o isolamento social dos usuários, estimulando sua interação com outros grupos.

O evento é também uma oportunidade para interação de pessoas que conhecem pouco a realidade de grupos marginalizados. Portanto o Festival de Arte e Cultura da Diversidade é um meio de educação do público sobre questões sociais relevantes, tendo pessoas em situação de marginalidade como protagonistas dos eventos. Contamos também com a participação de grupos artísticos que apoiam o evento, tais como, Sôdade Brasilis, Jongo da Serrinha, Camerata Carioca, entre outros. A participação de grupos artísticos é fundamental, pois torna o Festival de Arte e Cultura da Diversidade um movimento social. Durante o semestre da prática pedagógica no Instituto de Psiquiatria, os licenciandos tem a oportunidade de participar do Festival, podendo trazer seus alunos do IPUB para uma apresentação musical.

## As aulas de música no Instituto de Psiquiatria

Nosso trabalho se compõe por dois momentos. Inicialmente dividimos os alunos em pequenos grupos para aula de instrumento (canto, violão, flauta doce, percussão e teclado). Em seguida, reunimos todos os alunos para a prática musical coletiva. O repertório a ser trabalhado é sempre escolhido com os alunos do Instituto de Psiquiatria. A partir da escolha dos alunos, os licenciandos elaboram arranjos e pensam na metodologia de ensino que é reformulada sempre que necessário.

Além desta prática descrita, temos também outro grupo que trabalha com processo de criação coletiva que se inicia com a discussão sobre temas que os participantes consideram relevantes. De modo geral, o grupo traz temas relativos ao sofrimento psíquico, por exemplo, a invisibilidade social, o preconceito contra a pessoa em tratamento psiquiátrico ou a necessidade de atuar ativamente na desconstrução do preconceito. Com as ideias oriundas da discussão, elaboramos um roteiro musical que vai se aperfeiçoando no decorrer das aulas. Incluímos neste roteiro tanto canções da MPB, como músicas e paródias criadas pelo próprio grupo. Acreditamos que as aulas de música têm contribuído com a emancipação do grupo que tem refletido sobre questões relativas ao sofrimento psíquico assumindo um papel ativo no movimento da Luta Antimanicomial.

Nordoff (apud AIGEN, 1996) descreve como o musicoterapeuta deve preparar-se para uma sessão de Musicoterapia e acreditamos que esta maneira seja também a melhor maneira para iniciar um planejamento de aula:

Medita sobre a criança antes de você vir para a sessão, pense sobre ela; para isso, reserve cinco minutos, três minutos. Tenha-a em sua mente. Lembre-se de como ela parece, lembre-se do que ela fez, lembre-se como é estar com ela na sala. Esta é a melhor preparação de todas. (p.10)

As palavras de Paul Nordoff são inspiradoras e contribuem muito para se

pensar o ensino de música. Muitas vezes professores escolhem atividades de Educação Musical, desconsiderando quem são as pessoas envolvidas no processo de ensino e aprendizagem; é como se um plano de aula fosse eficiente para qualquer turma de uma determinada faixa etária, nível musical, vizinhança, etc. A Musicoterapia nos ensina a começar pelo outro; precisamos nos aproximar percebendo com quem estamos, para então atuar. Assim como Paulo Freire (2011) defende, a Musicoterapia nos ensina a importância da percepção ou escuta do outro. A musicalidade clínica (BRANDALISE, 2001) também nos prepara para aguçar esta percepção do paciente, ou do grupo, antes de intervir em uma sessão. Acreditamos que o professor também precise refinar sua escuta e sua percepção do outro para atuar em seu ambiente de trabalho. Obviamente sem objetivos terapêuticos, mas com o intuito de educar de forma significativa. Segundo Alves (2001), a criança aprende apenas aquilo que é vital para ela: “O conhecimento é uma árvore que cresce da vida” (p.49). Se não nos aproximamos de nossos alunos, como saberemos o que é vital para eles?

Observamos tanto em nossas aulas, como em outros projetos que envolvem a música com os quais temos contato, entre eles, Coletivo Carnavalesco Tá Pirando Pirado Pirou, Cancioneiros do IPUB, Harmonia Enlouquece, que as pessoas em sofrimento psíquico melhoram muito quando se envolvem com atividades musicais. O conceito de *music child*, desenvolvido por Robbins e Nordoff (1979), descreve como o fazer musical permite um desenvolvimento global da personalidade:

A música torna-se uma esfera de experiências, um meio de intercomunicação e a base para atividade na qual crianças com deficiência podem encontrar liberdade, em diversos níveis, para as dificuldades derivadas das deficiências que restringem suas vidas. Como tal, a música possui capacidades inerentes que desencadeiam um contato único e significativo em crianças com deficiência. Desta forma, cria-se um espaço do experimentar que gera engajamento, desenvolvimento da personalidade e integração individual e social destas crianças. (p.16)

Em tempos de retrocesso de tantas conquistas dos movimentos sociais, esses projetos tornam-se ainda mais relevantes. Não temos garantias de que o Brasil seguirá

com uma política que vá ao encontro daquilo que desenvolvemos nos últimos anos. Nossas ações estavam de acordo com as metas do Plano Nacional da Cultura (2011):

A construção de uma cartografia universal da diversidade cultural brasileira deve abranger das expressões culturais tradicionais às linguagens artísticas. Ao mesmo tempo, deve destacar as especificidades culturais de cada estado da federação e contemplar todas as expressões do patrimônio artístico e cultural brasileiro (material e imaterial). Não apenas aquelas assimiladas ou reconhecidas, mas também as que necessitam afirmação especial, como as de gênero, dos povos tradicionais de matriz africana, dos povos indígenas, dos ciganos, das culturas populares, dos imigrantes, dos grupos LGBT, das pessoas com deficiência, dos saberes e fazeres tradicionais, das tribos urbanas, entre outras.

Não sabemos como o Brasil estará nos próximos anos, mas reafirmado nossos compromisso com a população brasileira. Consideramos que a Universidade pública tem um papel importante na discussão e na produção de conhecimento vivo e dialógico sobre questões sociais relevantes, principalmente aquelas referentes à população mais vulnerável.

## Referências

AIGEN, Kenneth. **Being in music**: foundation of Nordoff-Robbins Music Therapy. Saint Louis: MMB, 1996.

ALVARES, Thelma; AMARANTE, Paulo. **Educação musical na diversidade**: um caminho para a ressignificação do sujeito em sofrimento psíquico. In: ALVARES, Thelma; AMARANTE, Paulo(orgs.). **Educação Musical na Diversidade: construindo um olhar de reconhecimento humano e equidade social em Educação**. Curitiba: CRV, 2016, p. 17-42.

ALVES, Rubem. **A escola com que sempre sonhei sem imaginar que pudesse existir**. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

AMARANTE, Paulo. D. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AMARANTE, Paulo. **Queremos diminuir a apropriação que a medicina faz da vida cotidiana**. Radis. Rio de Janeiro: Fiocruz, n.146, Nov. 2014, p.14-17.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRANDALISE, André. **Musicoterapia músico-centrada**. São Paulo: Apontamentos, 2001.

BRASIL, Ministério da Cultura. **As metas do Plano Nacional de Cultura**. São Paulo: Instituto Via Pública; Brasília: MinC, 2012.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1977.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

KUENZER, Acacia Z. **Exclusão includente e inclusão excludente: a nova forma de dualidade estrutural que objetiva as novas relações entre educação e trabalho**. In: LOMBARDI, J. C. et al. (orgs.) **Capitalismo, trabalho e educação**. Campinas: Autores associados, 2002.

McNIFF, Shaun. **Art heals**. Boston, MA: Shambala, 2004.

NORDOFF, Paul; ROBBINS, Clive. **Therapy in music for handicapped children**. London: Victor Gollancz, 1979.

VENTURINI, E. **A Desinstitucionalização: limites e possibilidades**. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, 20(1): 138-151, 2010.

# MUSICOTERAPIA E ENVELHECIMENTO ATIVO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA<sup>1</sup>

*Laura Tinoco de Paula Ramos<sup>2</sup>*

**Resumo:** O presente artigo tem por objetivo relatar as atividades realizadas em oficinas musicoterápicas da Universidade da Maturidade, Macaé – RJ, tendo em vista os benefícios que a Musicoterapia proporciona para as pessoas que estão em processo de envelhecimento. As oficinas reúnem indivíduos a partir dos 50 anos, uma vez por semana, com duração de uma hora e quarenta minutos. A partir de atividades lúdicas como: jogos musicais, brincadeiras cantadas, práticas corporais e outras, observou-se boa participação de todo o grupo, promovendo a circulação dos laços sociais. Buscando oferecer melhor qualidade de vida aos participantes, as oficinas musicoterápicas apresentam estratégias e recursos para estimulação das áreas cognitiva e motora, a partir da memória afetivo-musical. Utilizam-se algumas técnicas musicoterápicas como desencadeadoras do processo terapêutico, tais como: Recriação, Audição e Improvisação. A Musicoterapia, nas oficinas, atua como suporte preventivo social visando estabelecer vínculos entre os indivíduos do grupo, que buscam um envelhecimento ativo entre todos os desafios e necessidades acarretadas nesta etapa da vida. Entre os vários objetivos do envelhecimento ativo estão a participação e a autorrealização que podem ser alcançados através do trabalho musicoterapêutico. Este forneceu resultados positivos quanto à autoaceitação, a socialização e a manutenção de habilidades cognitivas apresentados e discutidos neste artigo.

**Palavras-chave:** Musicoterapia. Demências. Estimulação Cognitiva. Solfejo.

## Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso, suas particularidades e os desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. A expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. No entanto, este aumento do número de anos de vida, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida.

Há cada vez mais, uma busca pelo bem estar, levando o indivíduo a se

1

2 Laura Tinoco é musicoterapeuta (CBM-CEU). Formada em Piano Clássico (UNIRIO), graduada em Pedagogia (FAFIMA), pós-graduada em Psicopedagogia (UFRJ) e em Linguística Inglesa Aplicada e Tradução (FSMA). Foi Musicopedagoga por 22 anos (INSG, Macaé) e Fundadora/regente por 15 anos do Coral Infanto-juvenil “Clave de Sol”. Musicoterapeuta na Universidade da Maturidade (FSMA). [lauratinocodepaula@hotmail.com](mailto:lauratinocodepaula@hotmail.com)

preocupar com fatores relacionados à saúde e doença. Tal fato tem alavancado uma grande quantidade de pesquisas, que trazem inovações quanto às práticas geradoras de melhor qualidade à saúde da população.

Assim, terapias complementares, como a musicoterapia, podem atuar tanto no aspecto de prevenção das doenças, quanto no tratamento ou cura das mesmas.

Neste artigo apresentaremos atividades realizadas em âmbito universitário, notadamente na Universidade da Maturidade, em Macaé- RJ. Inicialmente, contextualizaremos a população idosa tanto de modo geral, como enquanto participante de atividades musicoterápicas. Em seguida, descreveremos tais atividades e sua contribuição para um envelhecimento mais saudável. Finalmente, pretendemos promover discussões quanto ao envelhecimento ativo destacando a importância da musicoterapia. Esta busca, a partir do resgate da música do indivíduo e do grupo, propicia um lugar para o encontro deste com suas próprias vivências, reintegrando-o socialmente.

### **O idoso e o envelhecimento ativo**

A população mundial está envelhecendo e, segundo as estatísticas da Organização Mundial da Saúde, em 2025 teremos aproximadamente 840 milhões de pessoas idosas, ou seja, 70% da população mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 11).

Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo uma melhoria das condições de vida. De acordo com projeções do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos ou mais e, por volta de 2050 estima-se que essa proporção chegará em uma a cada cinco pessoas,

significando também que haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. O Fundo projetou, ainda, que esse número alcançará a marca de 1 bilhão em menos de dez anos, possivelmente dobrando até 2050, o que representará 22% da população global (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Novas necessidades foram sendo apresentadas pela pessoa que está em processo de envelhecimento, como de autonomia, mobilidade, acesso a informações, serviços, segurança e saúde preventiva. A fim de atender a essas novas expectativas, foram estruturados nos últimos trinta anos instrumentos legais que garantem proteção social e ampliação de direitos às pessoas idosas, num esforço conjunto de vários países.

As Nações Unidas estabeleceram um padrão de idade de 60 anos, para descrever pessoas “mais velhas”. Essa idade pode parecer baixa no mundo desenvolvido e nos países em desenvolvimento, onde houve um grande aumento na expectativa de vida. Porém, a idade cronológica não é um marcador definitivo e equalizador para as mudanças que acompanham o envelhecimento, pois existem variáveis que dependem do estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que têm a mesma idade. Nesse sentido, políticas sociais e programas baseados somente na idade cronológica podem ser contraproducentes e discriminatórios para o bem-estar dos indivíduos nesta faixa etária. Portanto, essas variáveis precisam ser consideradas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 6).

Deve-se levar em consideração também as condições biológicas, intimamente relacionadas com a idade cronológica, traduzindo-se por um declínio harmônico de todo conjunto orgânico, tornando-se mais acelerado quanto maior a idade. Naturalmente as funções cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de atenção, memória, concentração e orientação, podendo haver a perda da autonomia e independência.

Assim, gradativamente, mudanças físicas, psicológicas e sociais acometem a pessoa em processo de envelhecimento.

No entanto, é importante incluir as funções cognitivas no conceito de envelhecimento saudável e ativo, pois sua preservação é essencial para a manutenção da autonomia. “As intervenções para a estimulação cognitiva podem ajudar a promover a resiliência e aumentar a qualidade de vida e, portanto, o envelhecimento saudável” (MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENZA, 2013).

A resiliência, que é a habilidade de se adaptar de forma positiva aos acontecimentos adversos, pode ser útil na elaboração de estratégias para promover um melhor enfrentamento das adversidades no envelhecimento.

Simone de Beauvoir lutou para dar voz e trazer maior compreensão social sobre o fenômeno do envelhecimento a partir da década de 70. Para a autora, a velhice não é apenas um fenômeno biológico, mas um catalizador de mudanças profundas na psique humana (BEAUVOIR, 1990). Por propor essa visão abrangente e inclusiva dos diversos aspectos que envolvem o envelhecimento, ela acreditava na contribuição que o envelhecer trazia para a coletividade social, sobretudo aos aspectos relacionados à experiência e à capacidade de julgamento, que são componentes altamente valorizados em sociedades organizadas. (BEAUVOIR, 1990). Enquanto biologicamente faltam a força, a saúde e a capacidade adaptativa dos jovens, o envelhecimento traz um maior poder de julgamento e execução, que são habilidades influenciadas diretamente pelas experiências vividas e pelas memórias (BEAUVOIR, 1990).

Uma forma de ajudar pessoas a se manterem ativas e independentes à medida que vão envelhecendo e de melhorar a sua qualidade de vida pode ser encontrada no conceito de “envelhecimento ativo”, que foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (2005) e aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Ele permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, mental

e social ao longo da vida, que elas participem da sociedade de acordo com as suas necessidades, capacidades e desejos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, mantendo a autonomia e independência, à medida que as pessoas ficam mais velhas.

## **A música e a musicoterapia**

Existem muitos recursos que podem auxiliar na promoção da saúde do idoso, e a música é um deles. Segundo Kenneth Bruscia (2000), a música não é só uma forma de arte tipicamente auditiva (passiva), mas é capaz de mobilizar os sentidos do homem e produzir estímulos cognitivos, motores, comportamentais, emocionais e sociais.

A música surge como uma forma de expressão e comunicação. Os sons vêm da natureza, mas a música é o homem quem faz. A música não é um objeto, mas sim uma ação do homem sobre o mundo: “ela se realiza como uma forma do homem entender, organizar, classificar, interagir, manipular, ser manipulado, construir, desconstruir, enfim, uma forma de se relacionar com o mundo” (SAMPAIO, 2005, p.22).

A música está presente em nosso cotidiano, influenciando nosso comportamento, seja numa loja ou em um elevador, onde não vemos o tempo passar, em uma festa ou em qualquer lugar onde estejamos, participando na interligação de memórias de situações passadas e na construção de novas memórias (MAGUIRE, 2012). Assim como outras manifestações culturais e artísticas, é capaz de despertar sentimentos e reviver lembranças. É um universo de significados, representações e percepções distintas, tornando possível afirmar que cada pessoa a perceberá de um modo diferente, seja qual for o nível de inteligência ou condição dessas pessoas, abrindo assim canais de comunicação para que se aumentem suas possibilidades de expressão.

A musicoterapia iniciou-se enquanto profissão e disciplina em 1950 nos Estados Unidos (BRUSCIA, 2000). Desde então, tem-se procurado aprofundar ainda mais os estudos científicos a respeito do papel da música sendo utilizada como elemento terapêutico.

Os médicos começaram a notar resultados evolutivos e progressivos de veteranos de guerra, que passavam por sessões onde escutavam músicas nos hospitais. No Brasil, a formação acadêmica surgiu somente em 1972, pelo Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro.

A musicoterapia é uma disciplina interdisciplinar e multidisciplinar, que bebe da fonte de outras ciências, além de utilizar do principal: a música e as expressões e estímulos sonoros. Segundo Barcellos (2004), a musicoterapia é uma disciplina que utiliza a música, e pode utilizar de vários campos que esta inclui, tais como: a Psicologia da Música, a Musicologia e Etnomusicologia, a Educação Musical, a Estética Musical, a Acústica e a Psicoacústica, a História e a Sociologia da Música para sua fundamentação (2004, p.51). Para a prática profissional, é fundamental ter profissionais devidamente capacitados, específicos, formados e especializados no saber musicoterápico.

Uma das definições de Musicoterapia mais utilizadas pelos profissionais da área diz:

Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia, harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou estabelecer funções do

indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento. (REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA – Ano 1 – NÚMERO 2-1996).

Segundo Millecco Filho, a musicoterapia pode ser definida como uma terapia autoexpressiva, que estimula o potencial criativo e a ampliação da capacidade comunicativa, mobilizando aspectos biológicos, psicológicos e culturais. Ele ressalta que, ao utilizarmos a música terapeuticamente, acreditamos em seu alcance e em suas possibilidades como reveladora e restauradora da alma humana (2001, p.80).

Na prática da musicoterapia há uma constante busca da Identidade Sonora de cada paciente. A identificação de tais sons é delimitada a partir da Identidade Sonora (Iso), que Benenzon (1985) conceitua como a base do processo musicoterapêutico. A Identidade Sonora é composta pelo complexo de sons que integram o todo psicofisiológico de cada indivíduo; os sons e movimentos internos que resumem nossos arquétipos e vivências sonoras gestacionais, intrauterinas e nossas vivências sonoras de nascimento e infantis até os dias de hoje. É sobre a Iso de cada paciente que o musicoterapeuta trabalha (LOURO, 2006 p.64).

Segundo Baranow (1999), na Musicoterapia utilizamos os efeitos que a música pode produzir nos seres humanos nos níveis físico, mental, emocional e social, atuando como um facilitador da expressão humana, dos movimentos e sentimentos.

Na musicoterapia preventivo-social, o atendimento em grupo é recomendado, não retirando a importância, em determinados casos, do atendimento individual. A musicoterapia busca reativar o processo de ressocialização do indivíduo potencializando a sua força criativa a partir do prazer de cantar, tocar, criar, improvisar, movimentar-se ao som das canções, partilhando experiências. A partir do resgate da música do

indivíduo e do grupo, a Musicoterapia propicia um lugar para o encontro do indivíduo com suas próprias vivências, integrando-o socialmente. Para Souza (2013, p.1220), a música é um forte e poderoso canal de comunicação entre as gerações e dentro de uma época. A musicoterapia, atuando como suporte de caráter preventivo-social, visa em primeira instância, estabelecer um elo entre os participantes de um grupo, no compartilhar de experiências a partir do canal sonoro-musical. A música, com seu poder estruturador, organizador e disciplinador, atinge justamente o tempo, que é o lugar da suposta perda objetiva e subjetiva que o processo natural de envelhecimento nos impõe.

### **Relato de experiência musicoterápica: universidade da maturidade**

A Faculdade Salesiana Maria Auxiliadora de Macaé- RJ, criou um curso de extensão universitária denominado “Universidade da Maturidade - UNIMAT”, cujo objetivo é promover a saúde física e mental para um envelhecimento saudável. O público alvo são indivíduos que já se aposentaram, com mais de 50 anos, independente do grau de escolaridade. Além das disciplinas do curso (Exercícios de memória, Direito do cidadão, Grupos terapêuticos e Musicalização) são oferecidas oficinas que variam mensalmente. Dentre elas, foi incluída a oficina de musicoterapia. Cada oficina tem um encontro semanal, totalizando 4 encontros.

No primeiro encontro com o grupo de oito participantes, todas do sexo feminino, houve a busca de informações que nos levaram à uma compreensão a respeito de quais canções fizeram parte de suas trajetórias e experiências de vida, ao porquê de tais músicas serem tão significativas e a que lembranças elas remetiam. Buscamos captar o Iso Grupal (Benenson, 1985, p.49) e estabelecer a relação terapêutica, pois só a partir desse vínculo criado é que há possibilidade do processo musicoterápico iniciar-se. “O vínculo terapeuta-paciente proporciona a confiança e a segurança para a exposição dos conteúdos internos do paciente e a sua elaboração”, como nos diz

López (1999, p.29).

Na coleta de dados procuramos ouvir, em entrevista coletiva, todo o grupo, perceber a capacidade de relacionamento, o saber ouvir o outro e conhecer as suas preferências musicais. A média de idade entre as participantes era de sessenta e oito anos, tendo a integrante mais nova 57 anos e a mais velha 79 anos, todas já aposentadas. Entre as profissões encontravam-se donas de casa, empresárias, professoras e comerciantes. Pedimos que cada uma falasse seus nomes, um pouco de sua história de vida e se elas se lembravam de alguma canção que as remetesse à sua infância. A partir de então, todas sentiram a necessidade de falar sobre si mesmas, despertando nelas um senso de pertencimento e identidade; percebendo que ali, naquele espaço, elas teriam vez e voz. Depois da coleta e da seleção de músicas trazidas pelo grupo, como sendo as suas preferidas, cantamos pelo menos uma canção de cada uma delas. Os dados proporcionaram uma visão do perfil musical das participantes, pois se referem à frequência com que ouvem música, à participação em atividades musicais, ao gosto musical e outros.

Iniciamos as atividades com canções sugeridas pelo grupo. Foram acompanhadas pela musicoterapeuta ao teclado eletrônico e as participantes percutindo seus instrumentos preferidos. Os instrumentos musicais disponíveis ficavam à mostra numa mesa, ao alcance de todas. Tinha-se vários tipos de chocalhos, maraca, caxixis, coco, triângulo, *egg shake*, pandeiros e agogôs.

A seguir foram entoadas canções em que era visível a busca do Iso Grupal, que começou a acontecer com a canção “O vira”<sup>3</sup>, solicitada por S., de 74 anos. Aqui foram feitas intervenções rítmicas, melódicas e dramatizações musicais com movimentos corporais. Isso veio a proporcionar a facilitação do fazer musical do grupo. Com esta canção, houve um resgate de gostos e sentimentos de cada uma (Iso Individual) e do

<sup>3</sup> O Vira é uma canção composta em 1973, por João Ricardo e Luhli e que aparece no primeiro álbum do grupo Secos e Molhados. É um glam rock com influência na dança portuguesa.

grupo (Iso Grupal). O prazer do grupo, com esse resgate fica estampado nos rostos das participantes. Elas foram remetendo a evocação da memória passada para o tempo presente com grande satisfação.

As músicas de suas histórias de vida, trazidas pelo grupo, vêm consolidar no presente as épocas vividas, e esse processo de recordação ativa e exercita as memórias intelectual, emocional e corporal do indivíduo. Esse reviver épocas estimulou a autoconfiança e autoestima delas, trazendo de volta o prazer da redescoberta e a descoberta de novos valores.

Para Tourinho (2005), música é o estímulo potente para a evocação de lembranças, e é lembrando que podemos avivar fatos inconscientes que ampliam o significado do “ser velho”, e a memória quando reativada pela música, faz a senescência ser encarada como tempo de lembrar, possibilitando que o idoso reconstrua e reviva passagens significativas de sua vida, resgatando sua identidade.

O grupo mostrou-se bem eclético, passeando desde os tempos da Era do Rádio, da Tropicália, do Rock ‘n Roll, dos Festivais da Canção, da Bossa Nova e MPB até as canções Italianas, Japonesas e Espanholas. As canções Sertanejas, Nordestinas e Gospel também foram citadas e cantadas. Vale ressaltar que, antes de apresentarmos as propostas de atividades nos quatro encontros que tivemos, primeiramente as conduzimos a um relaxamento e aquecimento, com o objetivo de diminuir a tensão, que permite que o indivíduo esteja mais apto para conhecer as propostas (BARCELLOS, 2006 apud OLIVEIRA et al., 2012, p. 89).

A partir do segundo encontro, o grupo já mais à vontade, relatou fatos de suas vidas, expectativas e limitações. Frente às dificuldades impostas pelo tempo ao indivíduo, a música funciona como uma ponte para que as relações interpessoais se realizem.

Segundo Zanini (2003), cantar em grupo traz para o idoso a autoexpressão, o autoconhecimento e a autorrealização. A autora cria um novo conceito de coro terapêutico, conduzido por Musicoterapeuta, onde se realizam atividades diversas entre as quais destacamos aquelas que estimulam o conhecimento do corpo através de exercícios de relaxamento e respiração, a melhora nas relações intra e interpessoais, a amplificação da voz, o revigoramento do aparelho fonador e a prevenção de problemas de saúde mental, demências e distúrbios da memória. A voz é utilizada como recurso para a comunicação, satisfação, expressão e interação social.

Pudemos observar que ao cantarmos uma canção pedida por uma das participantes, C., de 64 anos, ao escutá-la, imediatamente sua fisionomia mudou, primeiramente sorriu e depois chorou, ficando clara a estreita conexão límbica, canal de comunicação entre a música e a emoção. “Pesquisas em Neurociências indicam uma forte conexão entre o sistema auditivo e o sistema límbico” (TOMAINO, 1999, p.116). A música penetra nessa estrutura afetiva, auxiliando o idoso na busca do vínculo perdido, ao associar o estímulo musical externo ao consonante interno. Segundo Souza (2013, p.1221), a música nos alcança onde, muitas vezes, a palavra não consegue alcançar. Na emoção expressada em cada canção pode estar a conexão do passado com o presente, impulsionando o indivíduo à vivência do novo. Utilizamos a técnica da Recriação musical nessas atividades, que é uma das técnicas mais utilizadas na musicoterapia com idosos. Segundo Bruscia (2000), na Recriação, o cliente canta ou toca, de memória ou utilizando partitura, uma peça musical composta anteriormente. No entanto, na musicoterapia, não somente se utiliza músicas, mas sim, apoia-se nas experiências musicais como objetivo primário, como processo e como resultado da terapia. Nas experiências recreativas o grupo aprende ou executa músicas vocais ou reproduz qualquer tipo musical apresentado como modelo.

Durante as intervenções musicoterapêuticas, as participantes da oficina demonstraram bastante satisfação ao vivenciar experiências musicais (BRUSCIA,

2000), que proporcionaram relacionar fatos vividos com a música; tiveram a oportunidade de resgatar suas reminiscências e espaço para expressar suas emoções.

No terceiro encontro, por exemplo, o grupo reviveu e compartilhou momentos do passado. Essas reminiscências são ferramentas que podem auxiliar na ressignificação da vida e amenizar as perdas decorrentes ao envelhecimento. Essas atividades musicais auxiliaram as participantes a recordar o passado e surgiram comentários que expressaram saudosismo, como o que relatou R., de 61 anos: “Meu pai cantava músicas sertanejas com a gente na varanda da nossa casa, lá na roça. Era tão bom! Que saudade dessa época!”.

O objetivo das atividades foi resgatar as memórias de longo prazo, episódica e semântica. Essas memórias geralmente estão preservadas em idosos saudáveis e, a partir destas, pode-se atuar em benefício da memória de curto prazo.

Executamos uma das variações da Recriação que são as atividades e os jogos musicais, que são atividades estruturadas pela música.

Utilizamos diversos jogos musicais tais como: Batata quente, reprodução de células rítmicas, reconhecer melodias (qual é a música) entre outros.

Exemplificaremos a brincadeira rítmica cantada, “Escravos de Jó”: fizemos um círculo com as carteiras bem encostadas umas nas outras e com as participantes segurando, cada uma, uma casca de coco (instrumento de percussão) na mão direita. O combinado era passar o coco para a colega do seu lado direito à medida em que a música era cantada. Todas juntas, no mesmo ritmo. E quando cantássemos o trecho “zig-zig-zá” não deveríamos entregar o coco à colega e sim, logo depois desse trecho da canção. Começamos com um andamento mais moderado e gradativamente aumentando o mesmo. Pudemos observar que a atividade funcionou melhor com o

andamento mais rápido. Essa atividade mostrou-se extremamente prazerosa para todo o grupo. Notou-se nitidamente a satisfação, a alegria e o riso fácil entre elas, apesar de se culparem mutuamente pela não concretização do combinado.

Uma das participantes do grupo, M.C., mineira, de 79 anos diz ao final: “Essa brincadeira é gostosa demais! Essa cadência, esse ritmo, faz a gente trabalhar a mente, faz a memória trabalhar. Temos que coordenar a mente e o corpo e ter ritmo. É linda demais! Quando a gente era criança, fazíamos esse tipo de brincadeira, muito saudável”, evidenciando o prazer e a autorrealização.

Outra participante, M., baiana, de 62 anos, diz sorrindo: “Eu adorei! Quando um erra, todos erram, num efeito dominó! Interessante é que quando a música (o andamento) estava mais rápida, o grupo foi melhor. Acho que é porque todas se concentraram mais”.

Outra atividade feita com o grupo foi uma brincadeira cantada, com uma canção folclórica chamada “O cacau”, onde as participantes formaram uma dupla, e, ao ritmo da música, fazem uma coreografia combinada previamente.

Os objetivos clínicos dessas atividades foram: desenvolver habilidades sensório-motoras, melhorar a atenção e orientação, promover comportamento ritmado e a adaptação, melhorar as habilidades interativas e de grupo, dentre outros.

Acreditando em todas as possibilidades e potencialidades do grupo, optamos por utilizar uma abordagem teórica Humanista- Existencial para fundamentar a nossa prática. Essa teoria, desenvolvida por Carl Rogers, acredita que a experiência de cada pessoa é única e que todas elas têm dentro de si mesmas uma força que as leva ao crescimento. Nesta abordagem, o musicoterapeuta trabalha a partir do paciente, que é o centro da terapia (BARCELLOS, 1994). Segundo Rogers (1977, p.33), toda

pessoa é como uma ilha, e que ela só pode construir uma ponte para se comunicar com o outro se, ela primeiramente se dispuser e se lhe for permitido ser ela mesma. E que quando podemos aceitar uma outra pessoa, com seus sentimentos, atitudes e crenças, que a constituem como elementos integrantes reais e vitais, é que podemos ajudá-la a tornar-se pessoa.

Um musicoterapeuta com uma linha filosófica rogeriana teria por objetivo a interação terapêutica numa relação na qual o cliente é livre para crescer, com o terapeuta ajudando a clarificar e conscientizar suas experiências internas. Na abordagem Humanista-Existencial, “o terapeuta tem o papel de facilitador, daquele que se “introduz” no mundo perceptivo do cliente e partilha com ele seus sentimentos e percepções” (BARCELLOS, 1994, p.12).

Ao final do semestre, com o encerramento do curso, houve uma formatura, onde todas as alunas receberam um certificado de participação e fizeram uma mostra de todas as atividades realizadas. Em nossa oficina de musicoterapia preparamos cinco canções preferidas pelo grupo para apresentarmos nesse evento. Foi feita, pelas alunas do curso de extensão, uma avaliação geral de todas as disciplinas e oficinas oferecidas pelo curso, na qual foi pedido que a oficina de musicoterapia, que antes era temporária, passasse a ser uma disciplina fixa a partir do próximo semestre.

Tendo em vista os resultados satisfatórios obtidos nesta oficina, acredita-se no tratamento musicoterápico como uma intervenção que preserva a qualidade de vida das pessoas em processo de envelhecimento.

### **Considerações finais**

As mudanças ocorridas na compreensão do envelhecimento nos últimos anos foram de suma importância e contribuíram muito para a garantia do bem-estar e

da qualidade de vida das pessoas que estão envelhecendo. A percepção social e a autopercepção do constructo sociocultural da velhice mudaram, de um estado de limitação e degeneração inevitável, para um momento de acúmulo de sabedoria e potencialidades sociais.

A musicoterapia aplicada em pessoas nessa fase da vida é um campo fértil de buscas, descobertas e possibilidades. Com ela o indivíduo tem espaço para se expressar, para produzir e ver que esta fase da vida pode ser explorada de forma criativa e que as músicas que fizeram parte de sua vida, agora são suas aliadas na busca de seu bem-estar. Vale ressaltar que a utilização de canções e músicas que fizeram parte da história de vida de cada um, pode contribuir diretamente na elevação de sua autoestima, no prazer de jogar e brincar musicalmente. Assim, a partir de músicas que marcaram suas vidas, as participantes da UNIMAT puderam cantar suas dores e amores, suas perdas e ganhos, reconhecendo-se em seu fazer musical, elaborando conteúdos internos, afetivos e emocionais, num processo de redescobertas.

Dessa forma, espera-se que este artigo sirva como um instrumento de pesquisa, capaz de despertar uma reflexão a respeito da prática musicoterápica com pessoas que estão em processo de envelhecimento, abrindo possibilidades, mostrando caminhos para que os indivíduos se integrem vivendo assim, com melhor qualidade de vida.

## Referências

- BARANOW, Ana Léa Von. **Musicoterapia uma visão geral**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.
- BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Musicoterapia: Alguns Escritos**. Lia Rejane Mendes Barcellos – Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Cadernos de musicoterapia 3**. Lia Rejane Mendes Barcellos. – Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.
- BEAUVOIR, S. **A velhice** (4. Ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

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

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

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. 2012. Disponível em: <[https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf)>. Acesso em: 07 jun. 2018.

LÓPEZ, Anna Lúcia Leão; CARVALHO, Paula Maria Ribeiro. **Musicoterapia com hemiplégicos**: um trabalho integrado à fisioterapia. Rio de Janeiro , Enelivros, 1999.  
LOURO, Viviane dos Santos. **Educação Musical e deficiência**: propostas pedagógicas. São José dos Campos, SP : Ed. Do Autor, 2006.

MALLOY-DINIZ, Leandro F.; FUENTES, Daniel.; COSENZA, Ramon M. **Neuropsicologia do Envelhecimento**: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MAGUIRE, Melissa Jane. **Music and Epilepsy**: A critical review. *Epilepsia*, v. 53, n.6, p. 947 – 961, 2012.

MILLECCO FILHO, Luís Antônio. **É preciso cantar**: Musicoterapia, cantos e canções. Luís Antônio Millecco Filho, Maria Regina Esmeraldo Brandão, Ronaldo Pomponét Millecco. – Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

OLIVEIRA, Glauber Correia de et al. **A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso**. *Cadernos UniFOA, Volta Redonda*, n. 20, p.85-94, dez. 2012.

ROGERS, Carl Ransom, 1902. **Tornar-se pessoa** (por) Carl R. Rogers. Tradução de Manoel José do Carmo Ferreira. São Paulo, Martins Fontes, 1977.

SAMPAIO, R. **Por uma nova noção de Música em Musicoterapia**. In: *Apontamentos em Musicoterapia*, 1, 21-24. São Paulo: Apontamentos, 2005.

SOUZA, Márcia Godinho Cerqueira de. **Musicoterapia e a clínica do envelhecimento**. In *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Elizabete Viana de Freitas...[et al.]. 3 ed.-[Reimp.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TOMAINO, C, M. **Active music therapy approaches for neurologically impaired patients**. In. Maranto D. *Music Therapy & Medicine: Theoretical and Clinical Applications*. Silver Spring, USA: American Music Therapy Association, 1999.

TOURINHO, Lúcia Maria Chaves. **Musicoterapia e a terceira idade**. Disponível em: <<http://www.musicaeadoracao.com.br/efeitos/musicoterapia.htm>>. Acesso em: 28/05/2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Brasília). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 07 jun. 2018.

ZANINI, C. R. O. **O Coro Terapêutico**: um olhar do musicoterapeuta para o idoso no novo milênio 143 f, 2002. Dissertação (Mestrado em Música). Escola de Música e Artes Cênicas. EMAC - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.

# **CONCURSO LIA REJANE: VIDA E OBRA**

- 1- Trabalhos Acadêmicos Vencedores**
- 2- Trabalhos Acadêmicos Hors Concours**

# CLÍNICA RONALDO MILLECO: “TENHO MUITO PRA CONTAR, DIZER QUE APRENDI”<sup>1</sup>

*Antônio Carlos Ferreira Lino<sup>2</sup>, Adriana Padilha Nascimento da Silva<sup>3</sup>*

**Resumo:** Este trabalho apresenta uma síntese histórica da Clínica Social Ronaldo Millecco, desde as primeiras sementes plantadas, passando por sua inauguração em 5 de julho de 2002, tendo como fundadora a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mt. Dra. Lia Rejane Mendes Barcellos, até os dias de hoje. Relata a experiência dos autores deste trabalho durante seus estágios supervisionados e inclui depoimentos de personagens importantes na história da Clínica. Acima de tudo presta uma homenagem à sua fundadora e a todos aqueles que contribuíram para a realização desse sonho que teve como principais objetivos servir a comunidade e complementar a formação dos alunos do Curso de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música.

**Palavras-chave:** Clínica Social Ronaldo Millecco. Estágio. Musicoterapia.

## Introdução

Inicialmente cabe justificar o estilo de escrita narrativa, adotado neste trabalho, um convite ao leitor a adentrar na história.

Este estilo vem sendo cada vez mais utilizado no campo da psicologia, por enfatizar o entendimento de que o ser humano é um contador de histórias, que estrutura seu conhecimento como um sistema de histórias, conforme descreve Dorit Amir, citando os psicólogos americanos Jerome Bruner (1986) e Kenneth Gergen (2001).

A motivação para realização deste trabalho é apresentar, de forma resumida, a história da Clínica Social Ronaldo Millecco, parte integrante do CBM-CEU - Conservatório Brasileiro de Música, e prestar uma homenagem à sua idealizadora e fundadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mt. Lia Rejane Mendes Barcellos.

1 Trabalho inscrito no concurso “Lia Rejane Mendes Barcellos: vida e obra” promovido pelo Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018. [linoac9@gmail.com.br](mailto:linoac9@gmail.com.br)

2 Bacharel em Musicoterapia (CBM-CEU, 2016), Especializando em Psicogeriatria (IPUB/UFRJ- 2018/2019). [dri.padilha@gmail.com](mailto:dri.padilha@gmail.com)

3 Bacharel em Musicoterapia (CBM – CEU, 2016).

Nele destacamos a importância da Clínica no desenvolvimento da Musicoterapia no Rio de Janeiro, apresentamos nossa experiência de estágio e relatamos dizeres de musicoterapeutas quanto à importância da Clínica em suas carreiras.

Reveremos o importante papel social da Clínica na oferta de atendimentos musicoterápicos gratuitos à comunidade e na formação de alunos dos Cursos de Bacharelado e de Pós-graduação em Musicoterapia do CBM-CEU.

Sonho

Na década de 80 a Prof.<sup>a</sup> Lia Rejane, então Coordenadora do Curso de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música - CBM, começou a alimentar a ideia de criação de uma clínica no CBM, semelhante às clínicas sociais das escolas de psicologia, tendo como objetivos principais oferecer atendimento à comunidade e contribuir para a melhor formação do musicoterapeuta.

Nessa época as instalações do CBM não comportavam a criação de uma clínica, o que impediu que essa ideia se materializasse.

Em 1990 o Prof. Marco Antonio Carvalho Santos, nessa época coordenador do Curso de Musicoterapia, promoveu atendimentos de musicoterapia na filial Tijuca do CBM. Esses atendimentos eram realizados aos sábados por musicoterapeutas formados e estagiários.

Nesse mesmo ano a Prof.<sup>a</sup> Lia Rejane Mendes Barcellos, através da Musicoterapeuta Barbara Hesser, coordenadora dos cursos de musicoterapia da Universidade de Nova York, tomou conhecimento da existência de uma clínica especializada em musicoterapia intitulada através da Clínica Nordoff-Robbins, parte integrante dos Cursos de Musicoterapia em nível de Mestrado e Doutorado dessa universidade. No ano seguinte, em visita à essa clínica, a Prof.<sup>a</sup> Lia Rejane idealizou

a criação de uma clínica semelhante, em escala reduzida, nas instalações do CBM.

## **Construção**

Onze anos se passaram, até que em 2001 o CBM teve suas instalações ampliadas no sétimo andar do mesmo prédio em que até hoje se encontra localizado na Avenida Graça Aranha, 57. Nessa oportunidade a Prof.<sup>a</sup> Marina Lorenzo Fernández Silva, então diretora do CBM e grande incentivadora da Musicoterapia no Brasil, sabedora do desejo da Prof.<sup>a</sup> Lia Rejane de criar uma clínica social, reservou uma sala para essa finalidade.

## **Começo**

Assim, em 5 de julho de 2002 foi criada a clínica, recebendo o nome de Clínica Social Ronaldo Millecco, em homenagem a esse Musicoterapeuta por toda a sua dedicação à Musicoterapia. Esse projeto visava oferecer atendimento a comunidade e oferecer a possibilidade de realização de estágios aos alunos que frequentam o Curso de Musicoterapia do CBM. Desde sua fundação a Clínica ocupou várias locações, ver figuras 1 a 4:



Figura 1 - CBM Centro (7° andar)



Figura 2 - CBM Tijuca (8° andar)



Figura 3 - CBM Tijuca (8° andar)



Figura 4 - CBM Centro (13° andar)

## Estágio supervisionado

A experiência do estágio é de fundamental importância na complementação da formação profissional. Conforme as palavras de Vygotsky, citadas por Gotardo, referenciando Rego: “O saber que não vem da experiência não é realmente saber” (GOTARDO, 2012, p. 5).

O estágio supervisionado faz parte os requisitos a serem cumpridos para obtenção dos graus de Bacharel em Musicoterapia e Pós-Graduação em Musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música - CBM - CEU.

## Estágio supervisionado

A experiência do estágio é de fundamental importância na complementação da formação profissional. Conforme as palavras de Vygotsky, citadas por Gotardo, referenciando Rego: “O saber que não vem da experiência não é realmente saber” (GOTARDO, 2012, p. 5).

O estágio supervisionado faz parte dos requisitos a serem cumpridos para obtenção dos graus de Bacharel em Musicoterapia e Pós-Graduação em Musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música - CBM - CEU.

O Curso de Bacharel em Musicoterapia requer um estágio com carga horária de 280 horas, distribuídas em diversas áreas obrigatórias, como: Educação Musical, Deficiência Intelectual, Reabilitação motora e Saúde Mental. As áreas opcionais são: Geriatria, Oncologia, Drogadição, Área social, Deficiência sensorial, Saúde Materno Infantil e Musicoterapia em medicina (Doenças renais, Diabetes, AIDS).

O Curso de Pós-Graduação em Musicoterapia requer um estágio com carga horária de 60 horas, em uma das áreas obrigatórias para a Graduação.

Existe a possibilidade do estágio de ser realizado em outra instituição, desde que reconhecida pelo CBM-CEU

Os atendimentos na Clínica são sempre realizados em dupla, composta por um Musicoterapeuta formado e um formando que tenha completado o quarto semestre do curso de formação.

Nesses atendimentos os estagiários têm a oportunidade de estabelecer um contato direto com os pacientes, criando vínculos, familiarizando-se com as

características das diversas patologias e exercitando práticas de caráter geral ou específico para cada caso.

Esse processo permite ao estagiário consolidar a compreensão das características dos quadros clínicos apresentadas durante o curso de formação e a desenvolver o manejo com os mesmos. Do ponto de vista técnico oferece o cenário para aplicação dos conceitos teóricos adquiridos.

Esse processo conta com o apoio de um musicoterapeuta que, durante os atendimentos, compartilha com o estagiário sua experiência, e da Coordenação da Clínica que, através de reuniões periódicas, acompanha a evolução dos atendimentos e o processo de capacitação do estagiário.

Todos os atendimentos são registrados pelos musicoterapeutas e estagiários e ao final de cada semestre são produzidos relatórios específicos sobre cada paciente, revisados pela Coordenadora da Clínica e encaminhados à Coordenadora da Musicoterapia no CBM-CEU.

Uma amostragem do desempenho da Clínica é apresentada na Tabela 1, que cobre o período de 2014 até a presente data. Os totais de pacientes e musicoterapeutas que passaram pela Clínica nesse período foram, respectivamente, 41 e 22. Os totais da tabela consideram pacientes e musicoterapeutas que permaneceram na Clínica por mais de um ano.

Desempenho da Clínica Ronaldo Millecco - 2014 a 2018

Ano	Pacientes	Musicoterapeutas	Atendimentos
2014	9	6	110
2015	12	12	248
2016	13	11	239
2017	17	10	238
2018	15	14	97
Total	66	53	932

Tabela 1

### **Estágio do MT. Antonio C. F. Lino**

Quando iniciei meu estágio na Clínica não tinha nenhuma experiência de convívio com pessoas especiais, devo dizer que o primeiro contato foi impactante. Tratava-se de um jovem com 15 anos, com sério dano neurológico, não falante, com dificuldades motoras e transtorno opositor. A missão de atendê-lo coube ao Musicoterapeuta Bruno de Carvalho Reis, acompanhado por mim, a qual classifico como uma das experiências mais enriquecedoras de minha vida em termos pessoais e profissionais. Cabe ressaltar o companheirismo e profissionalismo de meu colega de atendimento e o apoio e orientação de minha Supervisora Prof.<sup>a</sup> Ms. Mt. Ana Sheila Tangarife.

Outros pacientes chegaram, quando também pude contar com a supervisão da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mt. Lia Rejane Mendes Barcellos, novos companheiros de trabalho compartilharam os atendimentos, contribuindo com seus conhecimentos e habilidades, em um processo que se estendeu de dezembro de 2014 até dezembro de 2016. A partir dessa data, a convite da Coordenadora da Clínica atuei com Musicoterapeuta voluntário, até a presente data.

Durante meu estágio na Clínica conheci a realidade de pessoas especiais e seus familiares, aprendi, através da música, a me comunicar com eles e a auxiliá-los em seu processo de desenvolvimento. Convivi com colegas e mestres, amigos que ganhei, e aprendi muito através do fazer.

### **Estágio da MT. Adriana Padilha**

A Clínica Social surgiu de um sonho, um desejo de organizar um espaço terapêutico para atender a comunidade. O sonho se realizou, os atendimentos foram sendo oferecidos à comunidade e os propósitos da Clínica foram alcançados: minimizar o sofrimento de tantas famílias que enfrentavam enormes dificuldades para custear o tratamento e mais que isso, oferecer aos alunos do curso de Musicoterapia a oportunidade de realizarem seus estágios. Foi durante a realização dos estágios que me deparei com a dura realidade vivida por essas famílias, fui tomando conhecimento do impacto causado e sofrido por elas a cada diagnóstico fechado. Essa proximidade com as famílias, experiências adquiridas no dia a dia, os diversos casos atendidos, dentre eles: autismo, microcefalia, deficiência intelectual e ainda com crianças que aguardavam um diagnóstico conclusivo, foi fundamental para nossa formação, nos preparou para seguir a carreira e nos fez ter a real noção da importância da Clínica para todos os que recebem como também para aos que se doam.

Desde sua inauguração até os dias atuais, milhares de atendimentos foram realizados pela Clínica, cumprindo seu propósito com excelência.

### **Relatos sobre a importância da clínica**

Para falar da importância da Clínica Social Ronaldo Millecco em suas carreiras, convidamos as Musicoterapeutas Ana Sheila Tangarife, Barbara Cabral e Lia Rejane Mendes Barcellos, que gentilmente nos enviaram seus relatos, anexos 1 a 3.

A forma vibrante com que descrevem suas experiências na Clínica evidencia as bases em que essa se apoia, o amor e a dedicação à Musicoterapia, voltados para o serviço social e a capacitação profissional.

## Homenagem

Desde sua criação pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mt. Lia Rejane Barcellos, a Clínica Social Ronaldo Millecco vem cumprindo os objetivos para os quais foi criada, promovendo o atendimento a pacientes da comunidade, contribuindo com a formação de musicoterapeutas e, conseqüentemente, com o desenvolvimento da Musicoterapia no Brasil.

Todos os que tiveram a oportunidade de passar pela Clínica Social Ronaldo Millecco, seja na condição de estagiário, supervisor ou coordenador, declaram a importância dessa experiência em suas carreiras. Nesta oportunidade rendemos nossa homenagem a nossa querida Mestra Lia Rejane Barcellos por sua brilhante carreira, sua incansável dedicação à Musicoterapia, sua visão de futuro, sua capacidade produtiva e de mobilização de pessoas para a realização de sonhos, pois: “Quando se sonha sozinho é apenas um sonho. Quando se sonha junto é o começo da realidade” (CERVANTES).

## Referências

AMIR, Dorit. **The Use of “First Person” Writing Style in Academic Writing: An Open Letter to Journal Editors, Reviewers and Readers.** Disponível em: [www.voices.no](http://www.voices.no). Acesso em 14/03/2005.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Implantação da Clínica Social de Musicoterapia “Ronaldo Millecco”.** CBM-CEU - Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 2013.

\_\_\_\_\_. **Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco.** CBM-CEU - Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 2014.

# LIA REJANE MENDES BARCELLOS EM AÇÃO: A COORDENAÇÃO DE UM GRUPO MUSICOTERAPÊUTICO DE MULHERES CLIMATÉRICAS NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE<sup>1</sup>

Yuri Machado Ribas<sup>2</sup>

**Resumo:** Este trabalho pretende abordar a coordenação de um projeto de intervenção musicoterapêutica, implementado por Lia Rejane Mendes Barcellos, aplicado em um grupo de mulheres no período do climatério/menopausa, atendidas em uma unidade básica de saúde: Centro Municipal de Saúde D. Helder Câmara (CMS – DHC), no Rio de Janeiro. **Metodologia:** utilização do “Modelo Clínico Bipartite”<sup>3</sup> (Vianna, 2017) na redução de sintomas relacionados ao climatério/menopausa e avaliação dos efeitos da intervenção musicoterapêutica por meio da utilização do questionário de qualidade de vida SF36 (QoLSF36)<sup>4</sup>. **Abordagem teórica:** A fundamentação do trabalho clínico se deu através do olhar de Enrique Pichon-Rivière<sup>5</sup> (1988) que trabalhou com grupos operativos e que se baseia no ‘interjogo de papéis’. **Resultados:** os dados obtidos através dos Questionários de Qualidade de Vida SF36 apontam para uma mudança significativa nos domínios vitalidade e saúde mental, indicando recrudescimento do cansaço e mais paz interior.

**Palavras-chave:** Musicoterapia clínica; Menopausa/climatério; Coordenação de grupos; Lia Rejane Mendes Barcellos.

## Introdução

Muitos foram os caminhos traçados nestes 50 anos de trajetória da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro (AMT – RJ). Não seriam singelas as honrarias àquela que por primeira vez lhe presidiu, assumindo uma posição de vanguarda na produção teórica e técnica desta disciplina no Rio de Janeiro, no Brasil e no Mundo. Não obstante todos estes anos, para Lia Rejane Mendes Barcellos, sempre é tempo de atuar, pesquisar e inovar.

1 Um dos trabalhos vencedores do Concurso Lia Rejane Mendes Barcellos: vida e obra, realizado no IV Seminário Estadual de Musicoterapia, celebrado entre os dias 6 e 8 setembro de 2018, em comemoração aos 50 anos da AMT – RJ.

2 Musicoterapeuta clínico; Bacharel em Música e Especialista em Musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música – CBMCEU; Coautor do Projeto de Implementação da Musicoterapia no Climatério/ Menopausa no Centro de Saúde D. Helder Câmara.

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

4 Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF36).

5 Psiquiatra e psicanalista suíço que se naturalizou argentino e trabalhou com grupos operativos, englobando a dialética e o “Inter-jogo de papéis”.

Nós, entusiastas da musicoterapia, já sabemos de sua vasta trajetória pelos rumos desta deslumbrante senda. Graduada em piano e em musicoterapia, especializada em educação musical, mestre e doutora em música. Além de musicoterapeuta clínica, Lia Rejane é professora titular do curso de graduação e pós-graduação em musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música (CBM-CEU), assim como coordenadora da referida pós.

Apesar de seu extenso histórico de publicações nacionais e internacionais, sua grandiosidade, todavia, não se resume a seus títulos, e algo a mais extravasa de sua fantástica carreira.

Kenneth Bruscia sintetiza, no prefácio dos Quaternos de Musicoterapia e Coda, ao dizer que Lia Rejane é uma liderança nos círculos de musicoterapia do Brasil, da América Latina e do Mundo. E não exagera ao afirmar que “Rejane ocupa um lugar central no coração da musicoterapia”. Bruscia ainda sinaliza que Lia Rejane defende que a prática clínica, a teoria e a pesquisa não podem ser discutidas sem considerarmos a formação e a supervisão dos musicoterapeutas. Neste sentido, este trabalho busca evidenciar este aspecto integralizador da atuação profissional de Lia Rejane na musicoterapia.

Tudo se deu a partir da sugestão de Lia Rejane, durante o segundo módulo do curso de pós-graduação em musicoterapia, no ano de 2017, de ser criado um grupo de musicoterapia destinado a mulheres com sintomas de menopausa. Desde o início do projeto, o espírito inovador de Lia Rejane e sua vasta experiência, lhe fizeram intuir sobre os rumos certos a serem tomados, diante das circunstâncias apresentadas. Tanto eu, quanto a médica homeopata e também então aluna do curso de pós-graduação, Thereza Imbroise, fomos afortunados em sermos escalados para integrar este projeto.

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

A mulher climatérica possui uma expectativa de usufruir ainda 1/3 de sua vida, levando em conta que a menopausa ocorre em média entre 48 e 50 anos, e se considerarmos sua expectativa de vida em 79,4 anos. Partindo-se da premissa que os sintomas que acometem as mulheres na fase do climatério podem ser impeditórios de uma vida normal, cabe, portanto, vários tipos de intervenção e, dentre eles, sem dúvida, a musicoterapia, para tentar reduzir a intensidade desses sintomas, melhorando a qualidade de vida das mulheres que estão passando por esse período da vida (BARCELLOS, 2018).

Segundo Barcellos (2018), a musicoterapia pode atuar na prevenção de sintomas relacionados ao climatério/menopausa tais como nervosismo, ansiedade, depressão e distúrbios do sono, fadiga, irritabilidade, lapsos de memória, labilidade emocional, dificuldade de concentração e redução de libido.

Segundo O “Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa”, do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008), a atenção básica é o nível adequado para atender a grande parte das necessidades de saúde das mulheres neste período. Desta maneira, um Centro Municipal de Saúde se constituía como o espaço ideal para se desenvolver um trabalho musicoterapêutico com esta população.

Sendo assim, este trabalho pretende abordar um projeto de intervenção

musicoterapêutica, realizado com um grupo de mulheres climatéricas, no Centro Municipal de Saúde Dom Helder Câmara no Rio de Janeiro, o qual foi coordenado por Lia Rejane Barcellos numa fundamentação teórica pichoniana. Buscaremos então, evidenciar aspectos relacionados à coordenação do grupo, discorrendo sobre a implantação do projeto e o desenvolvimento do processo terapêutico. Relataremos alguns exemplos da atuação de Lia Rejane que nos podem esclarecer como a prática clínica, a teoria, a pesquisa e a docência se integram na musicoterapia.

## **O projeto de musicoterapia e a formação do grupo**

### *Planejamento e ações iniciais*

Como dito, o “Projeto para implantação da musicoterapia no período do Climatério/Menopausa” surgiu no segundo módulo do curso de pós graduação em musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música, realizado em Julho de 2017. Durante as recomendações de estágio aos alunos, Lia Rejane viu a oportunidade de criar um trabalho novo, e teve a brilhante ideia de organizar a criação de um grupo de musicoterapia para tratar sintomas relacionados à menopausa. Assim, tanto eu, quanto a aluna Thereza Imbroise, fomos convidados a integrar o que, em poucos dias, viria a se tornar um projeto de musicoterapia.

Nos encontramos logo após o encerramento das aulas para nossa primeira reunião formal da equipe. Lia Rejane então, nos apresentou um pré-projeto, o qual redigiu em poucos dias, mesmo diante da intensa jornada requerida no curso de especialização. Nos reunimos no próprio conservatório, de forma que cada um leu e contribuiu com a finalização do projeto. Gentilmente, Lia Rejane nos ofereceu a escrita das considerações finais, confiando-nos uma maior inserção na redação do projeto. Assim, nós, que até então participaríamos apenas como estagiários, fomos imediatamente promovidos a coautores do projeto.

Poucos dias depois, nos reunimos com a direção do Centro Municipal de Saúde Dom Helder Câmara, em Botafogo, Rio de Janeiro, para apresentarmos o projeto. Lia Rejane elogiou a direção, que nos acolheu bem lendo todo o projeto diante de nós. Porém, uma vez que nosso projeto tinha uma duração estipulada em 3 meses, não tínhamos tempo hábil para esperar pela via comum que um projeto deste tipo costuma percorrer nestas instâncias. Assim, nossa inserção no posto se deu como uma prática integrativa<sup>6</sup> relacionada à homeopatia. A médica homeopata, servidora do posto, e então estagiária de musicoterapia, Thereza Imbroise, além de ter assegurado nosso ingresso na instituição, foi fundamental no processo de constituição do grupo. Ela mobilizou o CMS, e conseguiu reunir dez mulheres, com idade entre 51 e 59 anos, que apresentavam queixas relacionadas aos sintomas do climatério/ menopausa, e que desejavam participar da experiência musicoterapêutica.

Lia Rejane destacou que existiam diferenças importantes na constituição do grupo: dentre as nove pacientes, 60% eram cariocas, sendo 40% do Nordeste, de modo que as diferenças culturais enriqueceram o grupo; outro aspecto difícil, segundo ela, era a diferença do nível de instrução, pois algumas pacientes possuíam terceiro grau completo e outras podiam ser consideradas analfabetas funcionais<sup>7</sup>. A religião professada do grupo surpreendeu, onde a maioria era espírita, cinco e a minoria evangélica, uma, sendo três católicas. No entanto, este fator não interferiu no andamento do projeto, já que em nenhum momento, foi sugerida ou cantada música religiosa. (BARCELLOS, 2018)

Para entender mais sobre o assunto e averiguar o “estado da arte” da musicoterapia no climatério/menopausa, Lia Rejane realizou uma busca por artigos que pudessem esclarecer mais sobre o tema em questão. Para tanto, palavras como Musicoterapia, Climatério e Menopausa foram utilizadas nos principais sites de busca.

6 Conjunto de práticas que, combinadas à medicina convencional, consideram o sujeito globalmente, colocando-o como sujeito ativo de seu processo de cura. Promovem o resgate das práticas antigas de cura. Em 2017 a Musicoterapia foi incorporada à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), sendo implementada no Sistema Único de Saúde (SUS).

7 As pessoas que não possuem o domínio pleno da leitura, da escrita e das operações matemáticas.

Lia Rejane encontrou 22 artigos, sendo um da Turquia, dois da Inglaterra, dois da Austrália, um dos Estados Unidos, um de São Paulo, quatro da Coreia, 10 da China e um publicado no Congresso Mundial sobre Climatério, realizado em Berlim em 2002. Não obstante, nenhum destes artigos era relacionado à utilização da musicoterapia no tratamento do climatério/menopausa. Lia Rejane também realizou uma busca no Book of Abstracts do 15th World Congress of Music Therapy, realizado em Tsukuba no Japão em julho de 2017. Dos 671 resumos contidos no documento, nenhum deles foi apresentado com o referido tema (BARCELLOS, 2018). Neste sentido, Rejane considerou o tema como atual para a musicoterapia.

Cabe destacar um ponto muito importante para a concretização do projeto. Lia Rejane se dispôs a realizá-lo de modo voluntário, sem receber nenhum retorno econômico por isto. Neste sentido, uma grande generosidade permeou todo o processo, estendendo-se para além dos limites do próprio projeto, desdobrando-se em respeito, admiração e gratidão de todos que participaram para com Lia Rejane Barcellos.

### **Documentação e contrato terapêutico**

Com o grupo formado, iniciamos as sessões no final do mês de agosto de 2017. Na primeira sessão, aplicamos a ficha musicoterapêutica que foi elaborada por Lia Rejane ainda antes de o projeto começar. Este documento permitiu obter dados importantes sobre os gostos musicais das pacientes, como compositores, sons e músicas preferidas, como também as não preferidas. Esta ficha também continha os dados sociodemográficos das pacientes, como local de nascimento, idade, estado civil, profissão, local de residência e escolaridade. Assim, a ficha musicoterapêutica, somada ao primeiro contato travado nesta sessão, forneceu dados importantes, que permitiram a coordenação do projeto elaborar uma estratégia de atuação mais concisa.

Nesta sessão, também aplicamos o Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este termo, também foi elaborado por Lia Rejane e apresentava o projeto, revelando seu objetivo de promover a saúde de mulheres com sintomas provocados por estados de climatério e menopausa, utilizando-se a música como elemento terapêutico. Nele, as pacientes foram convidadas, voluntariamente e sob nenhuma obrigação econômica, a participar do “estudo” cantando, dançando, tocando ou participando de qualquer outra atividade pertinente proposta pelos musicoterapeutas. Faz-se aqui importante, destacar o caráter de proposição de tarefa que o documento continha. Com a tarefa estipulada, conceito que discutiremos adiante, as pacientes estavam cientes de que teriam de interagir musicalmente com o grupo, sendo esta, a atividade padrão definida a ser exercida por todos no grupo. Outro caráter importante do documento é apresentar o projeto como sendo um estudo veiculado ao Conservatório Brasileiro de Música. Sendo assim, as pacientes sabiam que sua imagem e sua participação no projeto poderiam ser utilizadas para fins e/ou em espaços científicos e acadêmicos.

Finalmente, ainda na primeira sessão, demos início a aplicação do questionário Medical Outcome Study (MOS) Short-Form Health Survey SF36. Trata-se de um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida que permite avaliá-la em oito diferentes domínios: capacidade funcional; aspecto físico; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspecto social; aspecto emocional e saúde mental. Ao adota-lo, Lia Rejane quis obter dados complementares sobre as pacientes. No entanto, como veremos, sua aplicação permitiu ir além e realizar uma análise quantitativa dos efeitos da intervenção musicoterapêutica na qualidade de vida do grupo.

Desta maneira, a primeira sessão se constituiu, em primeiro lugar, como uma entrevista inicial, onde fomos oficialmente apresentados às pacientes. Com a elaboração dos referidos documentos, Lia Rejane pôde colher impressões fundamentais para a condução do processo musicoterapêutico. Além disso, neste primeiro momento, foi

estabelecido um contrato terapêutico entre a musicoterapeuta e as pacientes, no qual estas poderiam se recusar a participar e retirar seu consentimento a qualquer momento. Neste sentido, uma tarefa, um objetivo terapêutico e uma liderança foram inicialmente estabelecidos.

### *Metodologia e abordagem teórica.*

A partir da segunda sessão, já se deu o início efetivo da utilização de técnicas e experiências específicas do processo musicoterapêutico, como a recriação<sup>8</sup> de músicas sugeridas pelas pacientes. Nesta sessão, Rejane adotou uma estratégia, visando reduzir a ansiedade gerada por “trazer a tona” a música do interior da paciente, pedindo que uma delas dissesse uma palavra e que, a partir desta, alguém cantasse uma canção.

Ainda na segunda sessão, também demos início a utilização do “Modelo Clínico Bipartite” (Vianna, 2017), que utiliza a “musicoterapia interativa” e a “musicoterapia receptiva”, através de música popular e erudita, e no qual nos apoiamos durante todo o projeto. Lia Rejane, juntamente com a musicoterapeuta Martha Negreiros, realizou a análise de músicas eruditas, criando um repertório de músicas selecionadas, segundo critérios prévios estabelecidos, para serem trabalhadas com gestantes de alto risco na maternidade escola da UFRJ<sup>9</sup>. Algumas destas músicas foram utilizadas no grupo de pacientes climatéricas, enquanto outras foram adotadas no decorrer do processo, advindas do poder de síntese da coordenação.

A fundamentação teórica do projeto se deu através do olhar de Enrique Pichon-

<sup>8</sup> Na recriação o cliente aprende ou interpreta canções ou músicas instrumentais já existentes. Inclui interpretação, reprodução ou assimilação de qualquer parte de qualquer música existente (BRUSCIA, 1998). O autor considera que existem quatro principais métodos em musicoterapia, os quais Lia Rejane considera como técnicas. A saber: recriação; audição, improvisação e composição.

<sup>9</sup> Trabalho apresentado no XVII ENPEMT – Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. IX ENEMT - Encontro Nacional de Estudantes de Musicoterapia. Goiânia, 2017.

Revière. Nesta abordagem, é importante que tenhamos em mente sempre dois eixos ao trabalharmos com grupos: o vertical, que diz respeito ao individual, e o horizontal, que diz respeito ao coletivo. Desta relação, emerge a figura do porta-voz, sendo aquele que comunica o que se refere não somente a ele, mas a todo o conjunto. Ainda é importante salientar outros papéis que são importantes na vida do grupo, além do porta-voz: o de bode expiatório, o de líder, o depositário (dos aspectos negativos), e o sabotador. Desta maneira, Lia Rejane olhava o grupo na perspectiva do “interjogo de papéis” que ocorria nele, identificando-o e articulando os conteúdos subjetivos emergidos desta relação. Podemos admitir que, com quanto mais mobilidade estes papéis se movem, mais saudável está o grupo.

Outro aspecto importante no grupo operativo pichoniano é a noção de tarefa. O grupo operativo se caracteriza por ter uma tarefa grupal como eixo central do processo. O conceito de tarefa, na ótica pichoniana, vai além da noção de uma atividade a ser desempenhada, e caracteriza-se como a estrutura central do processo. Assim, o conceito de tarefa opera como uma meta a partir do qual o grupo se configura (BASTOS, 2010).

Este eixo central possui duas dimensões igualmente importantes que são: a tarefa explícita, que é o elemento manifesto pelo grupo, e a tarefa implícita, que é a elaboração das ansiedades básicas relacionadas à execução da tarefa. O grupo esta em tarefa apenas quando ambas dimensões estão em andamento e, desta maneira, a elaboração dos receios individuais, em relação ao grupo, favorece a construção coletiva e a aprendizagem. O grupo, entretanto, não é constituído somente pela tarefa, mas também pelo coordenador que, por não estar imerso na situação vivida, consegue ampliar sua a visão e captar aspectos mais profundos referentes ao processo (DALL’AGNOL, MAGALHÃES, MANO, OLSCHWSKY, SILVA, 2012). Sendo assim, podemos considerar que a tarefa explícita do grupo consistia no fazer musical, sempre com uma meta terapêutica implícita.

Nós, enquanto estagiários de musicoterapia, poderíamos ser considerados como observadores da dinâmica grupal. No entanto, a eventual abertura da musicoterapeuta para nossas intervenções no grupo, sejam verbais, corporais e/ou musicais, nos passava de uma posição passiva, para uma posição ativa, colocando-nos como membros integrantes da equipe de coordenação. Rejane, além de nos permitir esse espaço de atuação, nos encorajava a fazê-lo, sempre com uma posterior reflexão, ao término das sessões, sobre seus desdobramentos.

## **O processo musicoterapêutico**

### *Ética, estratégia e comunicação*

Na terceira sessão, as pacientes e nós, os estagiários, ainda estávamos sentindo o andamento do trabalho, enquanto Lia Rejane já buscava um caminho para as introduzir no processo musicoterapêutico. O resultado de seus intentos, foi a surpreendente sugestão de uma paciente, ao final da sessão, de “fazermos uma reflexão” sobre a música *Lista* de Oswaldo Montenegro. Quem já foi aluno de Lia Rejane sabe de sua relação, digamos complicada, com esta música. Ela diz possuir duas experiências muito dolorosas com esta música e já ter até discutido com o compositor sobre seu título.

Durante as aulas do segundo módulo da pós-graduação, que se deram no mês de julho e as quais acabáramos de ter, Lia Rejane utilizou a *Lista* para nos elucidar aspectos negativos que o uso de uma canção pode trazer a seus pacientes. Imaginem nossa surpresa, tanto dos estagiários, como principalmente de Lia Rejane, quando uma paciente sugeriu esta música logo na terceira sessão do projeto. Terminada a sessão, Lia Rejane diz aos estagiários que se recusa a utilizar esta música. No entanto, com o decorrer do tempo e durante a elaboração do relatório da referida sessão, o qual compartilhávamos entre nós por e-mail e onde púnhamos nossas reflexões, Rejane escreveu:

Mas, chego em casa e continuo a pensar na sessão e tenho alguns “insights”:  
1 – em primeiro lugar não só a Maria foi a emergente, mas, percebo que a Darília continua a ser emergente e que mostra o meu erro inicial quando disse, antes da sessão, que não deveríamos “aprofundar” de repente, mas, sim, aos poucos. Que elas ainda não deveriam estar prontas para isso. No entanto, Darília mostra que eu estava errada “pois ela propõe uma reflexão”, o que, a partir daquela música vai ser “complicado”, para não dizer “pauleira”!!!!!!!!!!!!!!  
Ou vai ver que eu estou errada!  
2 – também pensei no erro quando disse que me “recusava” a usar a música: por mais difícil que seja para o terapeuta utilizar um material que para ele não seja bom, “NUNCA” um terapeuta pode dizer que “se recusa” a utilizar esse material. O paciente é o centro da terapia e não o terapeuta!!!!!!!!!!!!!!  
Portanto, prepare a Lista.

Rejane comenta sobre este ocorrido no capítulo intitulado: “A ética do musicoterapeuta”, no artigo em que discorre sobre a abordagem clínica do projeto, publicado em Teresina em 2018. Nele, diz ter estado diante de uma ‘questão ética’, escrevendo:

Deve-se dizer que, felizmente, o pedido foi que a referida música fosse trazida na sessão seguinte. Assim, quando a sessão terminou o musicoterapeuta reagiu firmemente dizendo aos estagiários que se recusava a trazer a música. Mas, alguns minutos depois de pensar, entendeu que jamais poderia fazer isto, pois o paciente é o centro da terapia. Ao terapeuta, caberia levar a questão à sua terapia pessoal. Mas, isto não foi necessário pois o musicoterapeuta percebeu que se trata de uma “questão ética” (BARCELLOS, 2018).

Zimmerman, (1997), elenca aspectos que considera atributos desejáveis para o bom desempenho do papel de coordenador de grupos. Dentre estes aspectos, podemos destacar alguns que se mostram presentes neste caso da sugestão da música Lista pela paciente: primeiramente, o ‘senso de ética’, como evidenciado pela própria Lia Rejane no relatório da sessão, que significa a não imposição de seus valores ao grupo; outro aspecto é a ‘capacidade negativa’, que é a capacidade do coordenador de conter suas próprias angústias, que neste caso, certamente foram geradas, ao lidar com a inesperada sugestão; finalmente, a ‘paciência’ deve ser destacada, uma vez que Lia Rejane expressa, antes da terceira sessão começar, que “não deveríamos ‘aprofundar’ de repente, mas sim aos poucos, pois elas ainda não deveriam estar prontas”, proporcionando-lhes um espaço importante para encontrar seu próprio tempo.

Ainda como se pode ver no trecho extraído do relatório da terceira sessão, Lia Rejane me solicita que eu prepare a Lista para fazermos a audição na próxima sessão. Isto significa que eu deveria baixar a música para meu celular e preparar o equipamento para a devida reprodução. Além disso, pede que eu prepare um repertório de músicas nordestinas para iniciarmos a sessão recriando-as, cantando e dançando. E o que chama a atenção, é que ela pede pra eu começar a cantar e tocar antes delas, para não ter problema de tom do violão com relação a voz das pacientes. Ocorre que, nas primeiras sessões, eu tive problemas, enquanto “responsável” por executar as recriações das músicas e os instrumentos populares, em encontrar a tonalidade das pacientes, o que acabou gerando um incômodo, sobretudo em uma determinada paciente. Desta maneira, Lia Rejane adotou uma estratégia, de forma que elas entrassem em minha tonalidade, e não ao contrário. Estratégia esta que funcionou muito bem, poupando-nos de uma possível frustração, antes de uma atividade delicada como a audição da Lista.

Ainda como se pode ver no relato, Lia Rejane também sugere que iniciemos a próxima sessão com a recriação das músicas nordestinas antes de fazermos a audição da *Lista*. Isto visou promover uma elevação da energia das pacientes para que, em seguida, estivessem em melhores condições para realizarem a audição da música. Como mencionado anteriormente, 40% do grupo se constituía por pacientes oriundas do Nordeste, desta maneira, um repertório de músicas nordestinas objetivava oferecer um acolhimento cultural, sendo uma abordagem da musicoterapia centrada na cultura.

Assim foi feito na sessão 4, no entanto, Lia Rejane trouxe um trunfo à sessão. Antes de iniciarmos, ela preparou alguns pedaços de papel contendo “palavras às quais o compositor se referia como perdas”, que foram: Amores; Fotos; Pessoas; Amigos; Sonhos; Mentiras e Defeitos. Desta maneira, após um relaxamento conduzido pela musicoterapeuta, com as pacientes deitadas em colchonetes e com a luz apagada,

reproduziu-se a música no aparelho de som. Encerrada a audição, os papéis foram dispostos no chão e, com todas sentadas em círculo, Lia Rejane propõe que cada uma escolha a palavra que quiser e que diga, falando ou cantando, o que a palavra representa para si.

O resultado foi impressionante. Uma a uma, as pacientes começaram a se abrir, trazendo a tona sentimentos como nostalgia, tristeza, saudade, dificuldades de relacionamentos, traumas, necessidade de cuidar de si e sonhos não realizados. A sessão termina e nem todas as pacientes conseguem falar sobre suas experiências, tamanho foi o conteúdo de seus 'desabafos'. Fica acordado então, que na próxima sessão as demais pacientes irão trazer suas experiências. Um detalhe importante, todavia, deve ser ressaltado: Lia Rejane sugere que as pacientes escrevam sobre sua experiência, para não se esquecerem.

No relatório desta sessão (sessão 4), Rejane comenta que:

...considero que o fato de as principais palavras – centro das perdas nomeadas na música – terem sido escritas e colocadas no centro da sala, foi outra estratégia importante. Não acredito que sem aquele estímulo, a profundidade da participação teria sido a mesma.

Na sessão seguinte (sessão 5), as pacientes prosseguem com seus discursos, geralmente com uma fala seguida pela sugestão de uma música. Todavia, Maria, traz uma paródia feita por ela, inspirada pela palavra pessoas. Ela o faz sobre o trecho de uma melodia que lhe é familiar, mas que desconhece. Algumas pacientes aparentam reconhecer a música, no entanto, também a desconhecem. Todos, então, cantam a paródia de Maria, repetindo por algumas vezes. Encerramos a sessão e, ao debatermos, concordamos no elevado grau de elaboração da paciente Maria e no importante conteúdo de sua paródia.

Faz-se importante então, destacar outro aspecto considerado necessário por

Zimmerman (1997) para o coordenador, que é a ‘comunicação verbal’. Vale lembrar que foi a musicoterapeuta quem sugeriu às pacientes, na sessão anterior, que escrevessem suas reflexões sobre a audição da música Lista. Neste sentido, Lia Rejane, por meio de uma intervenção verbal, apontou o caminho, propondo uma atividade que colaborasse com a elaboração das pacientes sobre a experiência musicoterapêutica prévia.

### *Síntese e integração, liderança e supervisão*

Após o episódio da paródia de Maria, e durante o período que antecedeu a próxima sessão (sessão 6), Lia Rejane identificou qual era a música. Tratava-se da canção *Um Homem Também Chora/Guerreiro Menino* de Gonzaguinha. Ao analisar a letra da música, Lia Rejane percebeu que ela estava intimamente relacionada com as questões intrínsecas das pacientes. Sendo assim, elaborou uma nova paródia para a próxima sessão, onde substituiu o gênero masculino da música pelo feminino, intitulado-a como “Mulheres também choram/Guerreira Menina”, também substituindo o final da música, passando de “não dá pra ser feliz” para “mas dá pra ser feliz”.

Para Zimmerman (1997), ‘síntese e integração’ refere-se à capacidade do coordenador de extrair um denominador comum dentre as inúmeras comunicações provindas das pessoas do grupo. Desta maneira, Lia Rejane soube identificar de onde estava provindo o conteúdo subjetivo a ser elaborado no grupo. Por meio de sua percepção e memória musical, pôde investigar as raízes do conteúdo subjetivo, expresso em forma de melodia pela então porta-voz do grupo.

Além disso, Lia Rejane também transcreveu a melodia da música para a partitura num tom já apropriado para o registro vocal do grupo, a harmonizou e criou um arranjo para piano, executando a música no teclado na sexta sessão, enquanto todos cantávamos. Tal paródia fez tanto significado para o grupo, que ficou consagrada como seu hino.

Pereira (2013) salienta que o coordenador tem a função de facilitar a comunicação entre os integrantes, a fim de que o grupo seja operativo, isto é, que ultrapasse os obstáculos na resolução da tarefa. Dessa maneira, o conhecimento e a aprendizagem gerados no grupo constituem o material sobre o qual o coordenador do grupo irá se debruçar.

Andaló (2001) ressalta que um grupo sem coordenador gasta muito tempo superando resistências e, um líder forte, encoraja a espontaneidade e a desinibição, na medida em que oferece uma figura de autoridade que transmite segurança e respalda a ação.

Grifos de Andaló (2001), acerca de comentários tecidos por Macêdo (1998), mencionam o papel do coordenador como o de facilitador: “o facilitador age como um catalisador e intermediário do processo de reconhecimento da realidade por parte do grupo.” E recomenda: “Para isso, ele deve fluir com o grupo, não impondo-se à realidade, para não comprometer o livre curso das coisas: as coisas devem se auto-revelar naturalmente, e o facilitador conduz o grupo como um maestro conduz uma orquestra – com cientificidade, tecnicidade, espontaneidade, sensibilidade, poder de entrega e capacidade para criar (Adaló, 2001).

Além de coordenadora do grupo, cabe destacar a atuação de Lia Rejane neste projeto, enquanto supervisora de nosso estágio. Além de se empenhar em conduzir as sessões musicoterapêuticas, também se propunha a nos esclarecer e alertar sobre os processos terapêuticos que ocorriam na clínica. Um exemplo disso é percebido no relatório da sessão 5, após o episódio da paródia de Maria, em que Lia Rejane solicita que atentemos para um dos princípios básicos propostos por Virgínia Axline (1972), no qual o paciente indica o caminho e o terapeuta segue. Também pede que tenhamos atenção para o que chamou de “fio condutor das sessões”. Neste sentido, ela mesma estava a perseguir este fio, uma vez que buscava descobrir qual era a

música sobre a qual a paciente havia construído sua paródia.

### *Assimetria e modelo de identificação*

Em última instância, é importante destacar a distância que existe entre o coordenador e o grupo. Esta distância é caracterizada pela *assimetria*, que faz com que haja uma tendência de aproximação entre os opostos. Neste sentido, o coordenador emerge como um modelo de *identificação*, sendo o depositário dos anseios do grupo e representando seu futuro.

Andaló (2001), diz que se faz necessário ressaltar que no ponto de partida o que existe de fato é *assimetria*, ou seja, coordenador e grupo não são iguais, uma vez que detêm papéis complementares e contraditórios. Se os dois polos dessa relação fossem iguais, ela não teria razões para existir e se extinguiria, ou seja, a igualdade e a simetria estão no ponto de chegada e não no ponto de partida.

Tendo isso em vista, devido a sua faixa etária, Lia Rejane já havia confrontado e superado as mudanças que implicam o período do climatério/ menopausa. Já possuía então uma experiência própria sobre este fenômeno, experimentando-o em seu próprio corpo. No entanto, segundo ela mesma, não sentiu grande parte dos sintomas que estavam relacionados a ele. Sabemos que os sintomas variam de mulher para mulher, de forma que nem todas apresentam a mesma sintomatologia.

Neste sentido, mesmo numa idade mais avançada, Lia Rejane aparentava estar “em melhores condições” que muitas das pacientes que ali estavam. As pacientes perceberam isso, e projetaram nela seus anseios de prosseguir com uma vida repleta de saúde e cheia de planos para o futuro. Desta forma, Lia Rejane gerou uma motivação em todo o grupo, sendo, além de uma liderança forte, um exemplo de vida para as pacientes e, porque não, para os estagiários.

Assim, as pacientes insistiam em enaltecer a “elegância” de Lia Rejane, que era vista como sinônimo de vitalidade e saúde. Os trechos apresentados a seguir são extraídos dos depoimentos fornecidos pelas pacientes, ao final do projeto. Suas palavras falam por si, ao se referir a coordenadora do projeto:

Rejane, foi um prazer te conhecer. Encantada com seu comportamento né, a tua idade... Olha, eu te vejo andando assim toda durinha e falo : gente, eu estou com cinquenta e já estou andando “assim”. Ozeli Alves

A você, que é um exemplo realmente de ser humano. Eu quero chegar a sua idade com essa vitalidade que você tem. Maria Gomes

Realmente o seu exemplo é pra levar pra vida. Olha a sua elegância sentada me ouvindo, olha!... Isso serve de exemplo porque, não vamos falar da idade, mas a vida continua e continua com qualidade... você realmente é um exemplo de postura. Ângela Ribeiro

## Considerações finais

O projeto de musicoterapia aplicado a mulheres no estado do climatério/menopausa estendeu-se entre agosto e dezembro de 2017 e compreendeu 15 sessões, as quais foram realizadas uma vez por semana e com duração média de uma hora. Apesar do período relativamente curto desta experiência musicoterapêutica, o processo se deu de uma forma muito intensa. Os resultados foram comprovados por meio da comparação entre os dados obtidos com os questionários SF36, que foram aplicados no início e no final do projeto.

Temos que, dentre os oito domínios que constituem a qualidade de vida, os domínios *vitalidade e saúde mental* apresentaram melhora significativa, ao final do processo. Desta maneira, as pacientes estavam se sentindo menos esgotadas, com aumento da energia e a predominância de sentimentos de paz e felicidade (RIBAS, 2018). Não sabemos, no entanto, se estas melhoras se deram pela própria característica dos grupos operativos, que acabam por atuar na saúde mental de seus integrantes, ou pela competência e liderança da coordenação do projeto, que atuou como um

catalizador do processo terapêutico. Talvez a confluência destes dois aspectos, por meio da utilização da música como elemento terapêutico, tenha possibilitado os bons resultados.

Enquanto coordenadora, Lia Rejane imprimiu um ritmo singular no tratamento do grupo, conduzindo com maestria os materiais e recursos apresentados pelas pacientes. Suas estratégias, diante da demanda do grupo, como as exemplificadas no corpo deste trabalho e tantas outras que se estenderam ao longo do projeto, tiveram desdobramentos importantes durante todo o processo. Desta forma, suas intervenções possibilitaram criar condições para que os papéis circulassem no grupo e que se quebrassem estereótipos e velhos comportamentos.

Enquanto supervisora de estágio e docente Lia Rejane nos proporcionou, nesta oportunidade única, a construção de uma fundação suficientemente forte para sustentar toda uma carreira de musicoterapeuta. Eu e Thereza Imbroise, tivemos ainda a oportunidade de redigir, juntamente com Lia Rejane, dois artigos sobre esta experiência musicoterapêutica; um sobre a abordagem clínica e outro sobre a avaliação quantitativa dos resultados; que foram publicados no XVI simpósio de Musicoterapia / XVIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, celebrado em 2018, em Teresina. Lia Rejane Mendes Barcellos segue, inspirando-nos, alimentando-nos com seu profundo conhecimento e transformando as vidas de quem lhe cerca, sejam pacientes, alunos, colegas ou amigos.

## Referências

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

VIANNA, Martha Negreiros de Sampaio. BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. 'Desenho clínico **bipartite**' de musicoterapia com gestantes de alto risco hospitalizadas na **Maternidade Escola da UFRJ** (ME-UFRJ). Rio de Janeiro, 2017

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. IMBROISI, Thereza e RIBAS, Yuri Machado. **A**

**musicoterapia aplicada no período do climatério/menopausa: uma abordagem clínica** (parte 1) Rio de Janeiro, 2018.

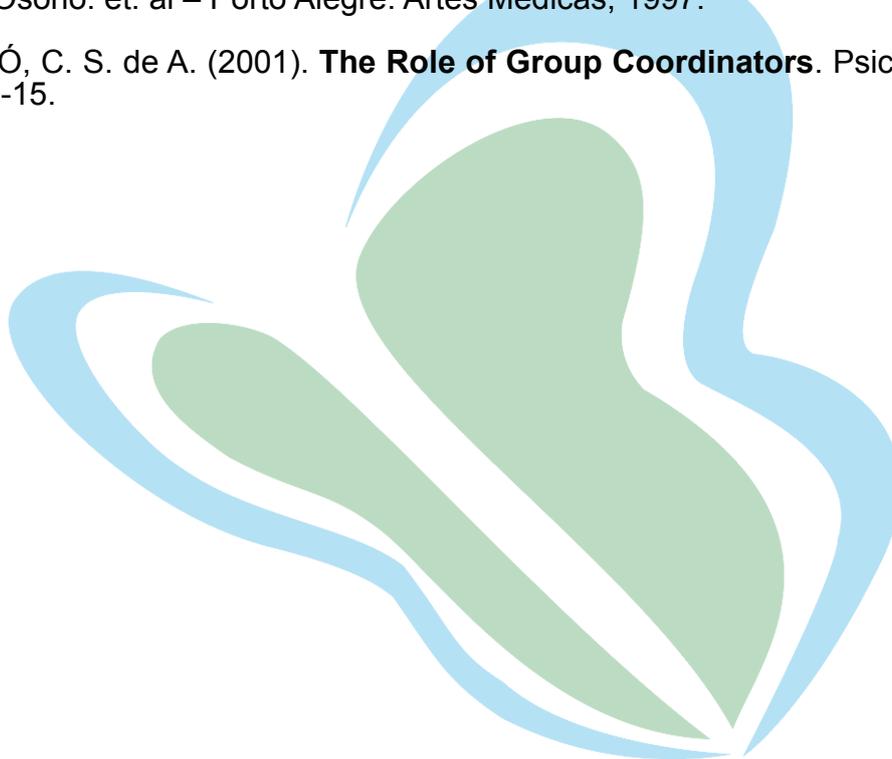
DALL'AGNOL C.M; MAGALHÃES AMM; MANO GCM; OLSCHOWSKY A; SILVA FP. A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):186-90.

RIBAS, Yuri Machado. BARCELLOS, Lia Rejane Mendes e IMBROISI, Thereza. **A musicoterapia aplicada no período do climatério/menopausa: uma análise quantitativa** (parte 2) Rio de Janeiro, 2018.

PEREIRA, T. T. S. O. (2013). **Pichon-Rivière, a Dialética e os Grupos Operativos.** BASTOS, Alice Beatriz B. Izique. (2010). A Técnica de Grupos-Operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo inFormação*, 14 (14).

ZIMERMAN, David E. **Como Trabalhamos com Grupos** / David E. Zimmerman. Luiz Carlos Osório. et. al – Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ANDALÓ, C. S. de A. (2001). **The Role of Group Coordinators.** *Psicologia USP*, 12 (1), 135-15.



## A CIRANDA DOS SABERES E PRÁTICAS DE DOCENTES MUSICOTERAPEUTAS<sup>1</sup>

Noemi Nascimento Ansay<sup>2</sup>

Ao receber o convite da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro<sup>3</sup> para escrever um texto homenageando a professora doutora Lia Rejane Mendes Barcellos, renomada musicoterapeuta, pesquisadora, docente e, sobretudo, uma mulher sábia e íntegra, me senti honrada, mas também intimidada por tal responsabilidade. Como escrever sobre a maior referência mundial da Musicoterapia brasileira na contemporaneidade?

As primeiras memórias foram pessoais. Um coração de estudante<sup>4</sup> que teve os primeiros contatos com os textos da professora ainda na década de 1990, no Bacharelado em Musicoterapia<sup>5</sup>, os preciosos Cadernos de Musicoterapia (BARCELLOS, 1992) e, posteriormente, por estar presente em um dos Fóruns Paranaenses de Musicoterapia, onde a ouvi pela primeira vez.

A professora doutora Lia Rejane é musicoterapeuta desde 1975, pianista, especialista em Educação Musical, mestra e doutora em Música, autora de livros, professora titular de cursos de graduação e pós-graduação do Conservatório Brasileiro de Música (CBM), coordenadora do curso de pós-graduação em Musicoterapia da mesma instituição e conferencista mundialmente conhecida. (BARCELLOS, 2018)<sup>6</sup>.

*Ser todas juntas num só ser*, como nos diz Lenine (2004)<sup>7</sup>. Eis um desafio

1 Trabalho inscrito no concurso “Lia Rejane Mendes Barcellos: vida e obra” promovido pelo Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018.

2 Professora do Bacharelado em Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná. <http://lattes.cnpq.br/2522951277654216>.

3 Por ocasião dos 50 anos da AMTRJ.

4 Referência à canção de mesmo nome, Coração de estudante de Milton Nascimento (1983).

5 Na Faculdade de Artes do Paraná.

6 Canção composta por Lenine, Todas elas juntas num só ser (2004).

7 Canção composta por Lenine, Todas elas juntas num só ser (2004).

que a vida da professora Lia nos ensina e que professoras(es) musicoterapeutas<sup>8</sup> ou musicoterapeutas professoras(es)<sup>9</sup> precisam encarar todos os dias: ser docente, pesquisadora(or), terapeuta e ter conhecimentos musicais. Como bem nos lembra Bruscia (2016), o exercício da profissão requer habilidades terapêuticas, científicas e artísticas. Desta maneira, docentes dos cursos em Musicoterapia<sup>10</sup> atuam em diversas frentes: no ensino, pesquisa e extensão nas instituições de ensino superior.

Sabe-se que a docência, em qualquer área de conhecimento, prevê compromisso intelectual, participação política e ética profissional nas relações entre professor e estudante, professor e outros professores e instituições, e entre professor e sociedade, de tal forma que sem uma das pernas desse tripé, a qualidade na formação de novos musicoterapeutas fica comprometida.

### **Docentes musicoterapeutas: saberes, engajamento político e ética profissional**

A palavra docente tem origem no latim docen-entis, que significa 'que ensina, que diz respeito a professores', 'professor lente', 'dócil e douto' (CUNHA, 2007). Desta maneira, podemos inferir que os professores têm papel fundamental como mediadores nos processos de ensino e aprendizagem, e que, para isso, desenvolvem um saber-fazer, habilidades e competências (TARDIF, 2007), que são explicitados, de forma enfática por Paulo Freire (1996), como exigências para aqueles que ensinam: rigorosidade metódica; pesquisar; respeitar os saberes dos educandos; ter criticidade, estética e ética; corporificar as palavras pelo exemplo; assumir riscos; aceitar o novo; rejeitar a discriminação; refletir criticamente sobre a prática; reconhecer e assumir a identidade cultural; ter consciência do inacabamento; respeito à autonomia do educando; bom senso; humildade e tolerância; lutar em defesa dos direitos dos educadores; apreender a realidade; ter alegria e esperança; convicção de que a mudança é possível; curiosidade; segurança e competência profissional;

8 No caso de professores que têm dedicação exclusiva à instituição a que pertencem.

9 No caso de musicoterapeutas que atuam na profissão, e como professores da área, em dedicação parcial.

10 Graduação e pós-graduação.

generosidade; comprometimento; compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo; liberdade e autoridade; tomada de consciência nas decisões; saber escutar; ser disponível para o diálogo e querer bem os educandos. Obviamente que a construção de tal identidade é realizada ao longo do tempo, com as experiências de vida e a construção de um repertório teórico e prático.

Professores musicoterapeutas ou musicoterapeutas professores não têm uma formação específica no Brasil para o magistério superior. Diante deste cenário, a construção da identidade e da carreira docente se dá a partir da busca pessoal e coletiva, por referenciais teóricos, na relação de professores iniciantes com aqueles mais experientes, em contextos formais e informais, em contato com os estudantes, nas experiências clínicas como musicoterapeutas, orientadores ou supervisores.

É seu, portanto, o compromisso de preservar uma tradição de saberes, revisitá-los de forma crítica e construir novos. Sua participação na formação das novas gerações é fundamental, para que os saberes sejam consolidados e aprimorados. Docentes criam, por meio do saber plural, da formação profissional, de conhecimentos disciplinares e curriculares, e de suas próprias experiências de vida, condições para o processo de ensino e aprendizagem formais (TARDIF, 2007).

Para Giroux (1997), docentes são intelectuais transformadores, ou seja, realizam um trabalho intelectual que contrasta com aqueles puramente instrumentais e técnicos. Produzem conhecimentos, reiterando dados históricos, legitimando ou não interesses políticos, educacionais e sociais, evidenciando e contrariando, desta forma, movimentos como o da *Escola sem partido*<sup>11</sup>, que desejam criar leis contra o abuso de ensinar dos professores, que mostram profunda contradição quanto ao papel da escola e tentam desqualificar a posição de professoras(es) como profissionais reflexivos e transformadores.

<sup>11</sup> Movimento político criado no Brasil em 2004 e que preconiza ser defensor de pais e estudantes contra a “doutrinação ideológica”. Disponível em: <<https://www.programaescolasesempartido.org/>>.

Os intelectuais transformadores precisam desenvolver um discurso que una a linguagem da crítica e a linguagem da possibilidade, de forma que os educadores sociais reconheçam que podem promover mudanças. Desta maneira eles devem se manifestar contra as injustiças econômicas, políticas e sociais dentro e fora da escola. Ao mesmo tempo, eles devem trabalhar para criar condições que deem aos estudantes a oportunidade de tornarem-se cidadãos que tenham conhecimento e coragem de lutar a fim de que o desespero não seja convincente e a esperança seja viável.

Apesar de parecer uma tarefa difícil para os educadores, esta é uma luta que vale a pena travar. Proceder de outra maneira é negar aos educadores a chance de assumirem o papel de intelectuais transformadores (GIROUX, 1997, p. 163).

Professoras (es) musicoterapeutas são, de fato, intelectuais transformadores, pois, para além do discurso teórico, aliam suas práticas às diferentes áreas de atuação, promovendo um espaço para o exercício profissional, no caso dos estágios.

Além disso, docentes e estudantes, dos cursos de graduação e pós-graduação de Musicoterapia no Brasil, publicam seus trabalhos e achados científicos em periódicos especializados, entre eles, a Revista Brasileira de Musicoterapia, a Revista InCantare<sup>12</sup> e anais de eventos científicos.

E quanto à participação política de docentes, destaco aqui o engajamento com a classe de trabalhadores da Musicoterapia. Sabe-se que os *direitos dos musicoterapeutas*, a priori, não são dados, mas conquistados a partir de tensionamentos constantes entre o Estado e a sociedade civil. Neste sentido os movimentos de musicoterapeutas e das associações de musicoterapia, bem como da União Brasileira de Musicoterapia (UBAM), além de outros grupos da sociedade, são fundamentais para a valorização e reconhecimento da profissão. Nos dois quesitos, é preciso destacar a atuação da professora Lia Rejane.

Juntamente com o professor doutor Marco Antônio Carvalho Santos, publicou o primeiro artigo do primeiro volume da Revista Brasileira de Musicoterapia, *A natureza*

<sup>12</sup> A Revista InCantare é uma publicação semestral do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná.

*polissêmica da música e musicoterapia*, em 1996.

E a professora doutora Lia Rejane também sempre participou de forma ativa na Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro e em outras associações no Brasil e no exterior, confirmando a importância da articulação política da profissão (BARCELLOS, 2009). E em complemento ao perfil da professora, quanto aos aspectos éticos da profissão, percebe-se, em suas falas e nos trabalhos dos quais participa, a preocupação no cuidado e no compromisso com o outro, com pacientes e estudantes. Também no trato com colegas de profissão, é perceptível seu respeito e o bom relacionamento na comunidade de musicoterapeutas.

Sua postura nos faz lembrar aqui de que é necessária a atenção constante aos aspectos éticos da profissão, e que de acordo com o Código Nacional de Ética, Orientação e Disciplina do Musicoterapeuta,

Art. 1 – É considerado musicoterapeuta o profissional qualificado em cursos de graduação ou de especialização em Musicoterapia, devidamente autorizados e realizados por Instituições de Ensino Superior reconhecidas pelo Ministério da Educação e Cultura (UBAM, p. 8, 2018).

E que neste sentido, cabe às Instituições de Ensino Superior, e aos docentes musicoterapeutas, formar os profissionais que atuarão de forma ética na sociedade. No caso desses musicoterapeutas, e que sejam também pesquisadores, o Código Nacional de Ética preconiza as seguintes orientações:

rt. 51 – O musicoterapeuta ao realizar pesquisa deve: a) obter uma autorização de consentimento livre e esclarecido do indivíduo ou responsável, e da instituição, quando vier ao caso, antes de iniciar a pesquisa ou estudo; b) informar o indivíduo participante da pesquisa, ou responsável pelo mesmo, sobre os possíveis riscos e benefícios da participação do mesmo na pesquisa; c) considerar que o indivíduo ou responsável pode interromper, a qualquer momento, sua participação na pesquisa. (UBAM, p.17, 2018).

Todos os aspectos éticos da profissão devem, portanto, ser ensinados e vivenciados por docentes, estudantes, estagiários ou profissionais. E também as

Associações de Musicoterapia, nos estados, devem zelar pela divulgação e pelo cumprimento de suas funções, sempre com vistas ao fortalecimento da profissão, conforme vem sendo feito nestes anos por profissionais como a professora doutora Lia Rejane.

Finalizo este trabalho, enfatizando que docentes são insubstituíveis na formação de estudantes. O diálogo e as trocas no convívio pessoal são molas propulsoras para a construção de saberes e o desenvolvimento de habilidades musicoterapêuticas, musicais e científicas no campo da Musicoterapia. A presença da Professora Lia Rejane nos eventos regionais, nacionais e internacionais, bem como sua trajetória acadêmica, reforçam importantes aspectos para construção de nossa identidade como Musicoterapeutas brasileiros e latino-americanos.

Cirandar  
Para Lia Rejane Barcellos

*Na ciranda das mulheres sonoras,  
vamos entrar e bailar  
a plenitude da vida compartilhada,  
no unir das mãos,  
nas vozes que cantam,  
na roda que não para de girar.*

*Na ciranda das mulheres acolhedoras,  
todas as expressões são bem-vindas.  
Vamos soar, sussurrar, respirar,  
escutar, sentir, tocar,  
percutir, cantar, bailar,  
pensar, musicar e silenciar.*

*Na ciranda das mulheres cientistas,  
as perguntas são tão importantes quanto as respostas,  
os caminhos metodológicos viáveis e criativos,  
as análises contextualizadas e aprofundadas.  
Curiosidade e pensamento crítico são pilares  
para a construção de novos saberes.*

*Na ciranda das mulheres amorosas  
o respeito, o bem-querer, o carinho  
são regras do convívio fraterno.  
Celebrar os encontros,  
as palavras e os sons.  
Festejar a essência de ser.*

*Na ciranda das mulheres generosas,  
o conhecimento é partilhado,  
o pão é partido.  
Todos podem entrar,  
crianças, jovens, adultos e velhos.  
- Ciranda, cirandinha, vamos todos cirandar!*

Noemi N. Ansay 04.09.2018.

# A TRAJETÓRIA DE LIA REJANE MENDES BARCELLOS NA REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA<sup>1</sup>

*Sheila Beggato<sup>2</sup>*

**Resumo:** Este trabalho apresenta a trajetória da renomada musicoterapeuta brasileira Lia Rejane Mendes Barcellos na Revista Brasileira de Musicoterapia (UBAM). Buscou-se, por meio de uma revisão bibliográfica histórica as ocorrências do nome Lia Rejane Mendes Barcellos, em todas as edições da revista, inclusive na edição especial. A partir da coleta de dados foram criadas as seguintes categorias: como editora; como autora; trabalhos citados e respectivas obras; menções ao nome Lia Rejane Mendes Barcellos; resenha de um de seus livros; comentários sobre trabalho publicado na revista; entrevistadora; suas citações. Os resultados mostram que Lia Rejane Mendes Barcellos é amplamente citada e mencionada, além de possuir publicações de relevante importância para a Musicoterapia.

**Palavras chaves:** Lia Rejane Mendes Barcellos. Revista Brasileira de Musicoterapia. Trajetória.

## Introdução

A proposta deste trabalho é apresentar a trajetória da musicoterapeuta brasileira Lia Rejane Mendes Barcellos na Revista Brasileira. Lia Rejane é graduada em piano pela Academia de Música Lorenzo Fernandez, possui Especialização em Educação Musical e graduação em Musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Musicoterapia (CBM - CEU). Possui vasta experiência clínica de musicoterapia.

É autora de diversos livros e capítulos de livros. Possui artigos publicados em língua portuguesa, inglesa, espanhola, francesa e alemã. É convidada a participar de bancas de trabalho de qualificação e conclusão de mestrados e doutorados. Ministra aulas na graduação e em pós-graduação.

<sup>1</sup> Trabalho inscrito no concurso "Lia Rejane Mendes Barcellos: vida e obra" promovido pelo Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018.

<sup>2</sup> Musicoterapeuta formada pela FAP (atual UNESPAR). Mestre em Educação pela PUC- PR. Formação em Psicodrama Pedagógico. Professora e orientadora no Curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR. Editora Geral da Revista Brasileira de Musicoterapia.

## Desenvolvimento

Este trabalho foi desenvolvido tendo como base em uma revisão bibliográfica histórica, cuja fonte para coleta dos dados foi unicamente a Revista Brasileira de Musicoterapia, em todas as suas edições, inclusive a Edição Especial - referente ao XVII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia/IX Encontro Nacional de Estudantes de Musicoterapia. Isto incluiu o período de 1996 até o ano de 2017, totalizando 22 números regulares e uma edição especial.

Para a busca das revistas em papel, foram revisados todos os números manualmente, buscando pelas palavras e suas combinações: Barcellos; Lia Rejane Mendes Barcellos; Lia Rejane; Lia Rejane Barcellos; Mendes Barcellos. Foram consideradas todas as ocorrências em que o nome apareceu.

Para a busca online foram usados os mesmos critérios para busca em papel. Foi feito download de todos os arquivos disponíveis online, para que a busca pelas palavras chaves fosse mais precisa, arquivo por arquivo. Foram consideradas todas as ocorrências do nome.

## Resultados

Após consulta a todos os números da Revista Brasileira de Musicoterapia apresentamos os resultados obtidos. Para organizar o material coletado foram criadas as seguintes categorias para o aparecimento do nome Lia Rejane Mendes Barcellos: como editora; como autora; trabalhos citados e respectivas obras; menções ao nome Lia Rejane Mendes Barcellos; resenha sobre um livro; comentários sobre trabalho publicado na revista; entrevistadora; suas citações.

Como editora Lia Rejane M. Barcellos exerceu a função de Editora Geral da

revista de 2001 até 2006, publicando quatro números. Foi a partir de sua gestão como editora que as normas para publicação tiveram início, conforme publicado na página 118, do número 5, de 2001. Nesse mesmo número da revista, na página 19, anuncia-se que a partir do próximo número da revista os trabalhos serão submetidos a um Conselho Editorial que será formado pelos seguintes musicoterapeutas: Cléo Monteiro França Correia; Marcia Maria Cirigliano da Silva; Jacila Maria Silva; Marco Antônio Carvalho Santos; Jônia Maria D. Messagi; Maristela Smith (Revista Brasileira de Musicoterapia, 2001, p.119).

As normas continuaram a ser publicadas nos números subsequentes (6, 7 e 8). Vale registrar que as revistas existiam somente na versão impressa. Posteriormente passou-se a versão online e as revistas em versão papel foram digitalizadas e disponibilizadas no site.

### **Como autora**

Como autora, Lia Rejane publicou na Revista Brasileira de Musicoterapia sete artigos, sendo três deles com outros autores, conforme no quadro 1.

<b>Título do artigo</b>	<b>Ano/nº.</b>	<b>Ano</b>	<b>Páginas</b>
A natureza polissêmica da música e a musicoterapia (coautoria com Marco Antônio C. Santos)	Ano I Rev.1	1996	5-18
Da “Re-criação Musical à Composição” - um caminho para a expressão individual de meninos de rua	Ano III Rev. 4	1998	56-65
As “Experiências Musicoterápicas” nos cursos de Musicoterapia: uma pesquisa qualitativa - fenomenológica	Ano IX Rev. 7	2004	66-83
Revisando o passado: a trajetória da revista brasileira de musicoterapia e a sua contribuição para o desenvolvimento da área no país	Ano XVIII Rev. 20	2016	24-49
A audição musical nas atividades laborais e suas possíveis contribuições para a musicoterapia (coautoria Antônio Carlos Ferreira Lino)	Edição Especial	2017	16-26
A ‘audição musical’ como experiência terapêutica e imunogênica: evidências e pesquisas.	Edição Especial	2017	282-295
Desenho clínico bipartite de Musicoterapia com gestantes de alto risco hospitalizadas na Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFPR) (coautoria com Martha Negreiros de Sampaio Vianna)	Edição Especial	2017	61-67

**Quadro 1 - Artigos de autoria de Lia Rejane Mendes Barcellos\***  
 \* Fonte: Revista Brasileira de Musicoterapia (do nº1 ao nº 22, e edição especial)

### ***Trabalhos citados e respectivas obras***

No que se refere ao quantitativo de citações da musicoterapeuta Lia Rejane Mendes Barcellos na Revista Brasileira de Musicoterapia, temos o seguinte cenário: das 23 revistas publicadas, desde 1996 até 2017 (considerando a Edição Especial), ela foi citada em 22 revistas. Somente na Revista de número 14 não há nenhuma citação de seu nome. No montante de vezes em que a autora é citada encontrou-se 92 citações, sendo identificadas 23 obras. Em dois artigos não foram localizadas no texto a citação direta e nem indireta da autora em questão, mas a obra da mesma aparece na bibliografia. Essas duas ocorrências não foram computadas no soma das citações, mas somente considerada a obra. Cabe esclarecer que esse fato teve ocorrência na

revista no. 3, período em que ainda não havia normas estabelecidas para a publicação dos artigos. Não foram consideradas as referências de obras não publicadas, como por exemplo, cursos de curta duração ministrados pela referida musicoterapeuta. O quadro 2 apresenta os artigos em que Lia Rejane foi citada, o(s) autor(es) do artigo, o número da revista e ano de publicação, a quantidade de vezes em que a mesma foi citada no artigo e a(s) obra(s) citada(s).

Título	Auto (res)	Nº	Ano	Citação	Obra/fonte
Feedback em Musicoterapia grupal	Marcus Vinicius A. Galvão/Claudia Regina de Oliveira Zanini	22	2017	2	BARCELLOS, L. R. M. <b>Levanta-mento sobre o Estado da Arte da Pesquisa em Musicoterapia no Mundo.</b> In: Anais do XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. Associação de Musicoterapia do Nordeste. Olinda, 2012.
Revisão sistemática sobre intervenções com idosos na área da Musicoterapia	Maria Cristina Nemes/Mariana L. Arruda/ Fabio R. Hilgenberg Gomes/ Gislaine C.Vagetti	22	2017	2	BARCELLOS, L. R. M. A <b>Movimentação Musical em Musicoterapia: interações e intervenções.</b> Cadernos de Musicoterapia, n.2, Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.
A improvisação e o <i>Journal of Music Therapy</i> : houve um período de "surdez" da comunidade mundial em relação ao método?	Melyssa Woituski/ André Brandalise/ Gustavo Schulz Gattino/ Gustavo Andrade de Araújo	22	2017	1	Cadernos de Musicoterapia 1. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

A aplicação da música, realizada por musicoterapeutas e por outros profissionais, com bebês: uma revisão sistemática	André Brandalise	21	2016	4	BARCELLOS, L. R. M. Familiarity, Comfortableness and Predictability of Song as “Holding Environment” for Mothers of Premature Babies. <b>Voices: A World Forum For Music Therapy</b> , V. 6, 2016.
A experiência da composição musical na musicoterapia: revisão de literatura	Caroline Karasinski Barros/ Noemi Nascimento Ansay	20	2016	1	BARCELLOS, L.R.M. Da <b>“Re-Criação Musical à Composição” – um caminho para a expressão individual de meninos de rua.</b> Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano III, n.4, p. 56-65, 1998.
Construção e gestão do conhecimento no ensino superior de musicoterapia no Brasil	Michelle de Melo Ferreira	19	2015	1	BARCELLOS, L. R. M. <b>40 anos urdindo e tecendo fios.</b> In: COSTA, C. M. Musicoterapia no Rio de Janeiro: Novos rumos. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora CBM, 2008.
Música e musicoterapia com famílias: uma revisão sistemática	Fernanda Valentin/ Mayara Kelly Alves Ribeiro/ Maria Inês Gandolfo Conceição/Ana Paula G. dos Santos	18	2015	4	BARCELLOS, L. R. M. <b>Cadernos de Musicoterapia 1.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1992. 46 p. BARCELLOS, L. R. M. <b>Musicoterapia: Alguns escritos.</b> 1. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004. 132 p
Cuidados de enfermagem à criança hospitalizada: efeitos da música como terapêutica complementar no cuidar em pediatria	Ledjane Neves de Oliveira/ Cristina Peres Cardoso	17	2014	1	BARCELLOS, L.R. M; TAETS, G.G.C. <b>“Musicoterapia” ou música em enfermagem?</b> In: IV ENCONTRO DE PESQUISA DO NÚCLEO DE PESQUISA JOSÉ MARIA NEVES- Conservatório Brasileiro de Música, nº4, 2011. Rio de Janeiro: Centro Universitário, 2011, p.1-11.

<p>A promoção dos direitos humanos do outro sob a perspectiva da ética e da alteridade: uma escuta musicoterapêutica à criança com câncer</p>	<p>Mayara Divina Teles Niceias/ Lara Teixeira Karst / Elizena Cristina Fleury e Cunha / Eliamar Aparecida de Barros Fleury</p>	<p>16</p>	<p>2014</p>	<p>7</p>	<p>BARCELLOS, L. R. M. <b>Cadernos de Musicoterapia 2.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1992. 46 p. BARCELLOS, L. R. M. <b>Cadernos de Musicoterapia 3.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1994. 58 p. BARCELLOS, L. R. M. A música como metáfora em musicoterapia. Janeiro, 2009, 229f. Tese. (Doutorado). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009.</p>
<p>Um estudo sobre as práticas da musicoterapia em direção à promoção da saúde</p>	<p>Mariane Oselame/ Ruth Barbosa Machado/ Marly Chagas</p>	<p>16</p>	<p>2014</p>	<p>1</p>	<p>BARCELLOS, C. &amp; MONKEN, M. <b>O território na promoção e vigilância em saúde.</b> In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). O território e o processo saúde- doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.</p>
<p>A história da musicoterapia na psiquiatria e na saúde mental: dos usos terapêuticos da música à musicoterapia</p>	<p>Mariana Cardoso Puchivailo/ Adriano Furtado Holanda</p>	<p>16</p>	<p>2014</p>	<p>2</p>	<p>BARCELLOS, L. R. M. <b>Levantamento sobre o 'Estado da Arte' da Pesquisa em Musicoterapia no Mundo.</b> Anais do XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, Olinda, PE, Brasil, 2012.</p>
<p>Musicoterapia aplicada à pessoa com transtorno do espectro do autismo (tea) - uma revisão sistemática</p>	<p>André Brandalise</p>	<p>15</p>	<p>2013</p>	<p>2</p>	<p>BARCELLOS, L. R. M. <b>Autismo: Aparelhagens Eletroeletrônicas como Elementos Iatrogênicos</b> . In L. R. M. Barcellos (Ed.). Musicoterapia: Alguns Escritos (pp. 119-128), Rio de Janeiro, RJ: Enelivros</p>

Práticas musicoterapêuticas em grupo: planejar para intervir	Fernanda Valentin/Leomara Craveiro de Sá/ Elizabeth Esperidião	15	2012	1	<p>BARCELLOS, L.R. <b>Mecanismos de Atuação do Musicoterapeuta: Ações, Reações e Inação</b> s. In: Anais do V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, Rio de Janeiro, 2004.</p> <p>BARCELLOS. <b>Musicoterapia – alguns escritos</b> . Rio de Janeiro: Enelivros, 2004b</p> <p>BARCELLOS, Cadernos de Musicoterapia 4 . Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.</p> <p>BARCELLOS. <b>Análise musicoterápica: Da recepção à produção musical do paciente – Um caminho para a compreensão de sua história</b>. Apostila do Curso ministrado na Estação Eki Musicoterapia, São Paulo, 2007.</p>
Setting musicoterapêutico: encontros visuais e sonoros	Carolina Ferreira Santos	13	2012	1	<p>BARCELLOS, L. R. M. <b>Cadernos de Musicoterapia 4</b>. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999, 78 p.</p>
Musicoterapia e o cuidado ao cuidador: uma experiência junto aos agentes comunitários de saúde na favela monte azul	Mariana Carvalho Caribé de Araújo Pinho / Belkis Vinhas Trench	13	2012	2	<p>BARCELLOS, L. R. M. <b>Cadernos de musicoterapia, 1</b>. Rio de Janeiro: Enelivros; 1992.</p> <p>BARCELLOS, L. R. M. <b>A importância da análise do tecido musical para a musicoterapia</b>. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Musicologia). Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.</p>

A canção e a construção de sentidos em musicoterapia: história de mulheres em sofrimento psíquico	Andressa Arndt, Sheila Volpi	12	2012	4	<p>BARCELLOS, L.R.M. <b>A Música como Metáfora em Musicoterapia</b>. 239 f. Tese (Doutorado em Música). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009.</p> <p>BARCELLOS, Lia; SANTOS, Marco Antonio. <b>A Natureza Polissêmica da Música e a Musicoterapia</b>. Revista Brasileira de Musicoterapia. Rio de Janeiro, ano 1 – no 1, p. 5-18, 1996.</p>
A relação entre os aspectos sonoro-musicais e a dinâmica do grupo em musicoterapia	Talita Faria Almeida/ Claudia Regina de O. Zanini / Ludmila de Castro Silva/ Roberta Borges dos Santos	12	2012	3	<p>BARCELLOS, L.R.M. <b>Cadernos de musicoterapia n.1</b>. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.</p> <p>BARCELLOS, L.R.M. <b>Cadernos de Musicoterapia n.3</b>. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.</p>
Pisando no palco: um resultado da musicoterapia com pacientes adultos cegos	Mara Reis Toffolo e Marina Reis Toffolo	11	2011	4	<p>Uma delas não consta nas referências</p> <p>BARCELLOS, L.R.M. <b>El paciente como narrador musical de su própria historia</b>. Trabalho apresentado na mesa redonda “Música em Musicoterapia. II Congresso Latino americano de Latino-americano de Musicoterapia. Montevideo, julho 2004, p. 1-5</p> <p>BARCELLOS, L. R. M. <b>Teorias, técnicas e métodos I</b> (curso de curta duração Ministrado /especialização) Rio de Janeiro, 2008.</p>

Improvisação no setting musicoterápico: uma experiência com pacientes adultos cegos	Marina Reis Toffolo e Mara Reis Toffolo	10	2010	8	BARCELLOS, L.R.M. <b>Musicoterapia: transferência, contratransferência e resistência.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1999. <b>Teorias, técnicas e Métodos I-</b> Curso de curta duração ministrado/especialização (2008) BARCELLOS, L.R.M. <b>A previsibilidade da canção popular como “holding” às mães de bebês prematuros.</b> Trabalho apresentado no II Congresso Latino americano de MT Montevideu: julho 2004. <b>Cadernos de Musicoterapia 3.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.
Relato de experiência musicoterapêutica de paciente adulto com deficiência mental moderada	Ludmila da Castro Silva/ Talita Faria Almeida/ Tereza Raquel de M. Alcântara- Silva	10	2010	3	<b>Cadernos de Musicoterapia 4.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1999. <b>Cadernos de Musicoterapia 1.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1992. <b>Musicoterapia: alguns escritos.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.
Interfaces entre musicoterapia e bioética	José Davison da S. Junior/ Leomara Craveiro de Sá/ Maria M. Bachion	09	2009	2	<b>Musicoterapia: alguns escritos.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 2004. BARCELLOS, L.R.M. <b>Mecanismos de atuação do musicoterapeuta: ações, reações e inações.</b> In: Encontro Nacional de Pesquisa em MT, 5, 2004a. Anais. Rio de Janeiro: AMT-RJ. CD ROM
O movimento estudantil frente aos desafios da musicoterapia: uma experiência do CAMT-RJ/ CBM-CEU	Pollyanna Ferrari/ Lucas Antunes Tibúrcio/Ana Carolina Arruda	09	2009	1	BARCELLOS, L.R.M. Sobre <b>pesquisa em Musicoterapia.</b> In: BARCELLOS, L. Musicoterapia: alguns escritos. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004, p.27-41.

Música em uma unidade de terapia intensiva	Ana Maria Loureiro de S. Delabary	08	2006	2	<b>Cadernos de Musicoterapia no. 2.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.
A atuação do musicoterapeuta na educação especial -experiência clínica	Eliane Faleiro de Freitas Nascimento	08	2006	10	<b>Cadernos de Musicoterapia 4.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.
A música, as palavras e a comunicação do sujeito: ressonâncias na clínica do autismo e da psicose infantil	Bianca Lepsch Vivarelli	08	2006	1	<b>Cadernos de Musicoterapia 4.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.
Como pode um observador ajudar o musicoterapeuta na compreensão de uma sessão?	Nelson Falcão de Oliveira Cruz	05	2001	1	<b>Cadernos de Musicoterapia 3.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.
A influência das músicas infantis no desenvolvimento psicomotor da criança.	Anna Lúcia Leão López	04	1998	2	BARCELLOS, L.R.M. <b>Etapas do Processo Musicoterápico.</b> Rio de Janeiro, 1979. BARCELLOS, L.R.M. <b>Cadernos de Musicoterapia I e II.</b> Enelivros, Rio de Janeiro, 1992
A musicoterapia na neuropsiquiatria infantil: os estados autísticos.	Leomara Craveiro de Sá	04	1998	1	BARCELLOS, L.R.M. <b>Etapas do Processo Musicoterápico.</b> Rio de Janeiro, 1979. BARCELLOS, L.R.M. <b>Cadernos de Musicoterapia I e II.</b> Enelivros, Rio de Janeiro, 1992
Ruídos da massificação na construção da identidade sonora-cultural.	Ronaldo Pomponét Millecco	03	1997	?	BARCELLOS, L.R.M. <b>Musicoterapia e Cultura.</b> In "Cadernos de Musicoterapia 1". Rio de Janeiro: Enelivros, 1992. pp.31-43

Musicoterapia nas oficinas terapêuticas: trilhando e recriando horizontes.	Claudia Leis e Maria Lucia Romera	03	1997	2	<b>Cadernos de Musicoterapia nº1.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.
Musicoterapia breve com uma paciente que me foi apresentada como terminal.	Jaíra Perdiz de Jesus	02	1996	?	<b>Cadernos de Musicoterapia nº1.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.
Teoria, linguagem y ética en musicoterapia.	Diego Schapira	01	1996	1	BARCELLOS, L.R.M. <b>Cadernos de Musicoterapia nº1.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.
A improvisação e o <i>Journal of Music Therapy</i> : houve um período de “surdez” da comunidade mundial em relação ao método?	Melyssa Woituski, André Brandalise, Gustavo Gattino	Edição Especial - Anais do XVII ENPEMT e IX ENEMT 2017	Edição Especial - Anais do XVII ENPEMT e IX ENEMT 2017	1	BARCELLOS, L.R.M. <b>Cadernos de musicoterapia 1.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.
A musicoterapia e o homem construído por fora. A subjetividade contemporânea.	Marly Chagas	Edição Especial - Anais do XVII ENPEMT e IX ENEMT 2017	Edição Especial - Anais do XVII ENPEMT e IX ENEMT 2017	6	BARCELLOS, L.R.M. <b>Quaternos de Musicoterapia e Coda,</b> Dallas: Barcelona Publishers, 2016.  BARCELLOS, L.R.M. <b>A Música como metáfora em musicoterapia.</b> Rio de Janeiro. 2009. 219 f. Tese. Doutorado em Música. Centro de letras e artes, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro, 2008.  BARCELLOS, L.R.M. <b>Musicoterapia: Transferência, Contratransferência e Resistência.</b> Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

As oficinas de música nas práticas musicais da reforma psiquiátrica brasileira	Tânia Marques Cardoso, Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima	Edição Especial - Anais do XVII ENPEMT e IX ENEMT 2017	Edição Especial - Anais do XVII ENPEMT e IX ENEMT 2017	1	BARCELLOS, L.R.M. <b>Cadernos de Musicoterapia 4</b> . Rio de Janeiro, Enelivros, 1999.
O que cantam as mulheres em tratamento de infertilidade acompanhadas em musicoterapia?	Eliamar Ap. de Barros Fleury, Mário Silva Approbato <sup>2</sup> , Maria Alves Barbosa	Edição Especial - Anais do XVII ENPEMT e IX ENEMT 2017	Edição Especial - Anais do XVII ENPEMT e IX ENEMT 2017	4	BARCELLOS, L. R. M. A <b>“Composição Musical Assistida” em Musicoterapia: aspectos teóricos e práticos</b> . Rio de Janeiro. Inédito, 2011. BARCELLOS, L. R. M. <b>Musicoterapia e medicina: uma tecnologia leve na promoção da saúde - a dança nas poltronas</b> . Música Hodie, v. 15, n. 2, p. 33-47, 2015.

\*Fonte: Revista Brasileira de Musicoterapia (do nº1 ao nº 22, e edição especial)

### Suas citações

A personagem alvo dessa pesquisa, Lia Rejane Mendes Barcellos, foi amplamente citada como apresentado no quadro 2. Mostraremos a seguir alguns dos temas/conceitos/pesquisas dessa importante musicoterapeuta que foram mencionados pelos autores e autoras que publicaram na Revista Brasileira de Musicoterapia:

- fases do processo musicoterapêutico,
- improvisação musical,
- feedback no processo musicoterapêutico,
- pesquisa em Musicoterapia,
- recriação musical,
- composição musical,
- intervenção musicoterapêutica,
- música em Musicoterapia,
- história sonoro-musical,

- sobre a experiência musical em Musicoterapia,
- interação musical em Musicoterapia,
- empoderamento,
- identidade sonora,
- narrativa musical,
- musicalidade clínica,
- iatrogênia na musicoterapia,
- sobre a atuação do musicoterapeuta (ações, reações e inações),
- música em terapia e música como terapia,
- Musicoterapia ativa/musicoterapia passiva

### ***Menções ao nome Lia Rejane Mendes Barcellos***

André Brandalise, no artigo “Music-centered Music Therapy” (revista no. 19, 2015, p.54), menciona nome de Lia Rejane pela participação no Simpósio (Music in the Life of Man) organizado por Barbara Hesser, no ano de 1982. Brandalise destaca que 31 influentes musicoterapeutas, de 14 países estiveram presentes, entre eles Lia Rejane Barcellos.

A musicoterapeuta Claudia Zanini também faz menção a Lia Rejane Barcellos, em seu trabalho “Um olhar sobre o 14th Congresso Mundial de Musicoterapia” (Revista no. 17, 2014), ao referir-se a participação de musicoterapeutas brasileiros no evento. A participação da referida musicoterapeuta se deu no Spotlight Session (sobre Diversidade de Tradições e Culturas), com o trabalho: Dancing on the Couches: Culture in Brazilian Interactive Music Therapy (p.118). Na sessão de fotos do evento, na página 125, Lia Rejane aparece na foto 6, referente a Mesa com Palestrantes e Coordenadora da Primeira Sessão Spotlight do Congresso Mundial.

André Brandalise, em sua análise crítica da literatura, da obra “Aspectos da

Música e da Musicalidade de Paul Nordoff e suas Implicações para a Prática Clínica da Musicoterapia”, cujo autor é o musicoterapeuta Gregório Pereira de Queiroz, cita Lia Rejane Mendes Barcellos. Queiroz abre o livro com um

preface where he acknowledges colleagues whom he considers important in of motivating and encouraging him in this journey through the work of Paul Nordoff and Clive Robbins. Among his Brazilian influences are: Maristela Smith, Cleo Correia, Lia Rejane Mendes Barcellos, Renato Sampaio (publisher), Juliana Carvalho and myself (André Brandalise)”. (Revista Brasileira de Musicoterapia, no. 16, 2014, p.200).

Na Revista número 11 (2011), em entrevista realizada com o musicoterapeuta argentino Diego Schapira, o mesmo menciona Lia Rejane, quando em conversa com a mesma, ela lhe aponta que o que ele estava chamando inicialmente de Método Plurimodal era uma Abordagem, nas palavras do mesmo

Algun tempo depois, eu estava dando um seminário da abordagem, nesse momento era Método Plurimodal, no Rio de Janeiro, e foi (Lia) Rejane (Barcellos) que falou para mim (eu sempre aprendo com ela) que não é um método. “O que você está fazendo é uma abordagem”. Eu fiquei pensando e mais uma vez me dei conta que ela tinha razão. E mudei para Abordagem Plurimodal, então ela [Lia Rejane] é parte responsável do nome (Revista Brasileira de Musicoterapia, 2011, p. 187).

Na sequência, quando apontado pela entrevistadora Sheila Volpi se a mesma seria como uma madrinha, o mesmo responde que seria uma honra tê-la como madrinha de sua abordagem. Em outro trecho da mesma entrevista Diego Schapira considera Lia Rejane um teórica da musicoterapia, em suas próprias palavras “Eu também quero mencionar a Rejane Mendes Barcellos, [como] uma imensa teorizadora e uma lutadora pela Musicoterapia” [...] (Revista Brasileira de musicoterapia, 2011, p. 200).

No artigo “Musicoterapeutas pesquisadores - uma atualização de dados e sugestões para futuros encaminhamentos”, de autoria de Claudia Zanini, Clara Piazzetta, Barbara Trelha e Leonardo Albuquerque, que se encontra na Revista nº 10,

do ano de 2010, há uma menção a tese de doutorado “A música como metáfora”, de Lia Rejane M. Barcellos, no levantamento que foi realizado pelo autores para identificar as pesquisas desenvolvidas pelos musicoterapeutas brasileiros (p.20).

No artigo “Musicoterapia e a reabilitação: estudo piloto com paciente acometido de trauma ortopédico” (Revista Brasileira de Musicoterapia, nº 15, 2013), a autora Nathalya de Carvalho Alvelino cita a obra de Lia Rejane Barcellos, “Vozes da Musicoterapia Brasileira” (2007), mais especificamente o capítulo Musicoterapia e oncologia em unidade hospitalar especializada, citando a autora Elisabeth Martins Petersen.

Lia Rejane Mendes Barcellos é mencionada como membro orientadora do Projeto MAME, no artigo “Acalanto: um embalo para a vida”, de Priscila Winandy (Revista de Musicoterapia nº 09, 2009).

No artigo “Música, cérebro e regulação temporal”, de Leomara Craveiro de Sá (Revista Brasileira de Musicoterapia, nº 08, 2006), sua dissertação de mestrado “A importância do tecido musical para a musicoterapia” (1999), aparece nas referências, pois o autor Brelet é citado apud Barcellos.

O livro “Transferência, contratransferência e resistência” (1999) aparece nas referências, pois os autores Mayra Hugo e Diego Schapira, citam Helen Bonny apud Barcellos.

Nas páginas finais da Revista nº 6 (2002) apresentam-se dois eventos ocorridos nos anos 2001 e 2002, respectivamente XIII Encontro da ANPPOM/2001 e 10o. Congresso Mundial de Musicoterapia. Em ambos aparece o nome de Lia Rejane Mendes Barcellos. No evento da ANPPOM, como participante do Grupo de trabalho - pesquisa e pós-graduação em Musicoterapia no Brasil: histórico e perspectivas. No

que se refere ao segundo evento, seu nome é mencionado por sua participação na apresentação dos trabalhos “Student’s Experience of Experimental Music Therapy - a Qualitative Research Study” (citado duas vezes, nas páginas 116-117 e 118) e “A Survey of Music Therapy Clinical Practice World-Wide”.

No artigo “A musicoterapia na neuropsiquiatria infantil: os estados autísticos”, Lia Rejane é citada além de suas obras (ver quadro 2), também em nota de rodapé como membro da equipe multidisciplinar, como supervisão clínica.

A Revista nº 3 (1997) publicou resumos das monografias elaboradas pela primeira turma do Curso de Especialização em Musicoterapia da Universidade de Goiás. Por conta disso Lia Rejane Mendes Barcellos é apontada como orientadora de quatro monografias, a saber: “Música em terapia e música como terapia - musicoterapia - duas práticas distintas”. (autora: Arleth Gonçalves Macêdo); “A influência da MT no equilíbrio emocional do deficiente físico” (autora: Joana D’Arc Rios); “Aspectos comuns da improvisação musical livre na educação instrumental e na Musicoterapia” (autora: Leomara Craveiro da Costa Campos); “A deficiência visual e a Musicoterapia (autora: Jaíra Perdiz de Jesus).

Ao ser apresentada a definição de musicoterapia da Federação Mundial de Musicoterapia (Revista Brasileira de Musicoterapia, nº 2, 1996), o nome de Lia Rejane aparece como membro que fez parte da Comissão de Prática Clínica, inclusive como presidente da mesma.

Na Edição Especial, além de seus trabalhos autorais, Lia Rejane é apontada como pertencente à Comissão Científica do evento e também como parecerista.

### **Resenha sobre seu livro**

A Revista no. 17, do ano de 2014, traz uma resenha crítica do livro organizado por Lia Rejane Mendes Barcellos, intitulado “Transferência, contratransferência e Resistência”. O autor da resenha é o musicoterapeuta gaúcho André Brandalise.

### **Como entrevistadora**

Como entrevistadora Lia Rejane Barcellos realizou uma entrevista com Clive Robbins, por ocasião de sua estadia no Brasil. Essa entrevista está publicada na revista nº 6, do ano de 2002, das páginas 61 até a 81.

### **Comentários de autores sobre obra**

Barbara Wheeler, musicoterapeuta estadunidense teceu um comentário a partir do artigo “Experiências musicoterápicas nos curso de Musicoterapia: uma pesquisa qualitativa-fenomenológica”, de autoria de Lia Rejane Mendes Barcellos (Revista Brasileira de Musicoterapia, nº 7, 2004).

Esse mesmo artigo também foi comentado pelo musicoterapeuta Marco Antonio C. Santos, na Revista nº 7, 2004. Cabe destacar as ressonâncias que o artigo gerou levando dois autores a escrever sobre o mesmo.

O artigo “A natureza polissêmica da música e a Musicoterapia”, de autoria de Lia Rejane e Marco Antonio C. Santos gerou reflexões e uma discussão apresentada no texto de autoria do prof. Dr. Rolando Benenzon, “Transferência e contratransferência em Musicoterapia - reflexões sobre o artigo “A natureza polissêmica da música e a Musicoterapia” (Revista Brasileira de Musicoterapia, nº 2, 1996).

## **Considerações finais**

Como pode ser constatado ao longo deste trabalho a musicoterapeuta Lia Rejane Mendes Barcellos possui uma vasta produção científica de reconhecimento nacional e internacional. Destaca-se o quantitativo de vezes em que foi citada e o montante respeitável de sua produção acadêmico-científica.

Lia Rejane distingue-se por sua vasta experiência clínica, como professora e supervisora, como membro em comissões e colegiados nacionais e internacionais e como teorizadora, usando das palavras do musicoterapeuta argentino Diego Schapira. Diante do exposto neste trabalho não podemos deixar de reconhecer toda a contribuição que Lia Rejane Mendes Barcellos tem feito ao longos dos anos para o campo teórico e prático da Musicoterapia.

## **Referências**

- União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** , Ano I, no. 1, 1996. 83 pp. (em papel).
- União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** , Ano I, no. 2, 1996. 88 pp. (em papel).
- União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** , Ano II, no. 3, 1997. 93 pp. (em papel).
- União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** , Ano III, no. 4, 1998. 80 pp. (em papel).
- União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** , Ano IV, no. 5, 2001. 122 pp. (em papel).
- União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** , Ano V, no. 6, 2002. 123 pp. (em papel).
- União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** , Ano IX, no. 7, 2004. 90 pp. (em papel).
- União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** , Ano X, no. 8, 2006. 168 pp. (em papel).
- União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** , Ano XI, no. 9, 2009. 132 pp. (em papel).

União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** , Ano XII, no. 10, jan/dez 2010. 168 pp. (em papel).

União Brasileira das Associações de Musicoterapia **Revista Brasileira de Musicoterapia.** , Ano XIII, no. 11, 2011. 211 pp. (em papel).

União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** Ano XIV, no. 12, 2012. 91 pp. Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/ano-xiv-numero-12-2012/>

União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** Ano XV, no. 13, 2013. 65 pp. (online). Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/ano-xv-numero-15-2013-2/>

União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** Ano XV, no. 14, 2013. 85 pp. (online). Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/ano-xv-numero-14-2013/>

União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** Ano XV, no. 15, 2013. 131 pp. (online). Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/ano-xv-numero-15-2013/>

União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** Ano XVI, no. 16, 2014. 189 pp. (online). Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/ano-xvi-numero-16-2014/>

União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** Ano XVI, no. 17, 2014. 128 pp. (online). Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/ano-xvi-numero-17-2014/>

União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** Ano XVII, no. 18, 2015. 131 pp. (online). Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/ano-xvii-numero-18-2015/>

União Brasileira das Associações de **Revista Brasileira de Musicoterapia.** Ano XVII, no. 19, 2015. 96 pp. (online). Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/ano-xvii-numero-19-2015/>

União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** Ano XVIII, no. 20, 2016. 140 pp. (online). Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/ano-xviii-numero-20-2016/>

União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** Ano XVIII, no. 21, 2016. 139 pp. (online). Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/ano-xviii-numero-21-2016/>

União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia.** Ano XIX, no. 22, 2017. (online) Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/ano-xix-numero-22-2017/>

# MUSICOTERAPIA INTERGERACIONAL – UMA REALIDADE POSSÍVEL<sup>1</sup>

Sofia Cristina Dreher<sup>2</sup>

**Resumo:** A musicoterapia intergeracional vem ganhando espaço no contexto latino-americano. O presente artigo visa demonstrar a implementação desse trabalho em uma instituição de longa permanência – ILPI no âmbito brasileiro, desde a sua concepção, busca por materiais até os resultados provindos deste trabalho.

**Palavras-chave:** Musicoterapia intergeracional. Relação idoso-criança. Musicoterapia.

## Introdução

*Uma pessoa só é uma pessoa por causa das outras pessoas  
- provérbio Zulu –*

Em uma sessão de musicoterapia com idosos em uma ILPI, onde a bisneta de uma residente esteve presente, pude observar o acender de muitos idosos com a presença dela. Tratava-se de uma criança por volta de seus três anos de idade. O alvoroço estava instalado. “olha que menina mais fofa”; “vem cá com a vovó”. A menina então se dispôs a me ajudar a entregar e recolher algumas folhas de canto, o que tornou a aproximação ainda maior, com recompensas de beijos e abraços. Aquela imagem não saiu mais da minha cabeça, pois vi o despertar de alguns idosos como nunca tinha visto antes. Dali em diante iniciaram as tratativas com o lar e a busca por um grupo de crianças que pudesse participar conosco das sessões de musicoterapia. De outro lado, passei a buscar leituras e relatos desses encontros entre gerações.

## Características dos grupos de escolha

O lar de idosos no qual realizei os encontros intergeracionais é um lar de classe

<sup>1</sup> Trabalho inscrito no concurso “Lia Rejane Mendes Barcellos: vida e obra” promovido pelo Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018.

<sup>2</sup> Bacharel em Musicoterapia pela FAP; Especialista em Comunicação e Semiótica pela PUC-PR; Mestre em Filosofia pela UNISINOS. Musicoterapeuta clínica AMT-RS 402/2006. [sofiadreher@hotmail.com](mailto:sofiadreher@hotmail.com)

média alta. Trago essa informação, para que possamos visualizar a história de vida dos idosos residentes neste local. Muitos deles foram secretários de consulados, vereadores, esposas de governadores, professoras, mas há também agricultores que hoje podem estar ali através do custeio de seus filhos. Muitos tiveram a oportunidade de conhecer diversas partes do mundo, de frequentar conservatórios, de ter acesso à cultura.

No momento de escolher uma turma de crianças, em conversa com a casa, optamos por acolher crianças de escolas públicas, que normalmente não tem acesso a atividades diversificadas. Entrei em contato com uma creche municipal, onde expliquei a proposta que foi prontamente acolhida. A escolha da turma ficou a cargo da equipe pedagógica.

No segundo semestre de 2016 iniciamos então os encontros que eram realizados uma vez por mês com duração de 1 hora. O lar se dispôs a pagar o transporte para o deslocamento das crianças e professoras até a escola.

### **A busca por experiências anteriores**

Quando iniciei a busca por materiais para a formatação do projeto, Lia Rejane Mendes Barcellos me forneceu prontamente seu artigo intitulado: “La Musicoterapia en el campo psicosocial en Brasil: la problemática de la comunicación intergeneracional” apresentado no II Encuentro Iberoamericano de musicoterapia sob o tema Musicoterapia en las relaciones intergeneracionales en Iberoamérica na cidade de Bogotá, entre os dias 18 y 19 de noviembre de 2015 na Universidad Nacional de Colombia. No artigo Lia Rejane traz inúmeros trabalhos de musicoterapeutas brasileiros que realizaram trabalho musicoterapêutico com gerações diferentes, mas com enfoques diferentes da musicoterapia intergeracional. O livro conta ainda com riquíssimas contribuições de toda a América Latina sobre o tema.

Na mesma época, entrei em contato com o documentário Present Perfect de Evan Briggs (2015), disponível na internet. O documentário inicia com o provérbio Zulu que diz: “Uma pessoa só é uma pessoa por causa das outras pessoas”. Se nos tornamos pessoas a partir da convivência com o outro, precisamos repensar e retomar essas relações. O documentário não retrata nenhum trabalho de musicoterapia, mas traz à tona a convivência entre crianças e idosos em um mesmo ambiente. Ele nos convida a refletir sobre “o que os mais jovens e os mais velhos tem a oferecer uns aos outros com o presente sendo seu único reino compartilhado”.

Nos últimos tempos, tempos de modernidade líquida, conforme Zigmunt Bauman(2001), assistimos o fragilizar de inúmeras relações, seja no contexto professor-aluno, pais-filhos; mas também idoso-criança. Crianças que cada vez mais convivem menos com pessoas idosas, principalmente quando estão num estágio mais adoentado. Normalmente esses idosos se encontram em lares e/ou em hospitais, o que já gera em si uma desculpa, pois esses não seriam locais para crianças! Da mesma forma, enquanto sociedade, parecemos esconder a realidade de nossa finitude para toda uma geração de crianças e jovens. A partir dessas e de outras reflexões, passei então a elaborar não apenas uma aproximação, mas uma interação entre essas gerações.

### **Musicoterapia intergeracional**

Arrisco a dizer que, assim como em outros campos de atuação da musicoterapia, já vínhamos realizando diversos trabalhos na área, mas que, por um motivo ou outro, não denominamos como musicoterapia intergeracional. Lembro que assim foi quando no ano de 2006 tivemos o XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia na cidade de Goiânia/GO e na ocasião o MT norueguês Brynjulf Stige(2006) realizou palestras acerca do tema Musicoterapia Comunitária. Após ouvirmos a sua explanação, era comum ouvirmos nos bastidores que diversos musicoterapeutas já realizavam

trabalhos dentro dessa perspectiva, porém não a intitulavam como tal.

Mas como podemos identificar um trabalho de cunho intergeracional? Silvia Andreu Munõz(2015), musicoterapeuta chilena, relata com base em documentos da Unesco de 2001 que:

trabajar desde una mirada intergeneracional consiste en facilitar las relaciones de apoyo entre personas de diferentes generaciones, entendiendo que los programas intergeneracionales son una herramienta que propicia el intercambio de recursos, experiencias y aprendizaje entre las generaciones jóvenes y viejas(MUNÓZ, 2015, p. 57).

A musicoterapeuta Gabriela Wagner(2015) relata que podemos pensar então na musicoterapia intergeracional como a aplicação de recursos e técnicas específicas de interação terapêutica sonoro-musicais em um processo de intervenção preventivo grupal social e comunitário com o objetivo de promover as relações entre duas ou mais gerações distintas que convivem em um mesmo tempo, buscando respostas conjuntas a necessidades, carências e desejos.

Esse buscar por respostas conjuntas a necessidades, carências e desejos foi o que mais me moveu no refletir e organizar as sessões. Não se tratava de fazer uma aula de musicalização infantil para os idosos assistirem, nem tão pouco realizar as sessões de musicoterapia com o grupo de idosos institucionalizados para as crianças verem. Buscar atividades que fossem ao encontro das necessidades de ambos, era o desafio.

No ano de 2018 estamos realizando o quinto semestre de atividades, com a terceira turma, sendo que a professora que acompanha esse projeto é sempre a mesma.

## **A prática**

Os encontros acontecem uma vez por mês com duração de uma hora. Segundo relatos da professora, a primeira grande experiência das crianças foi justamente o

transporte. Cada um comentava algo que via através da janela da van. Para nós tão comum, mas uma descoberta para crianças que chegam na pré-escola dormindo e voltam para casa no início da noite, quando tudo já está escuro novamente.

Quando recebo as crianças, a cada ano, explico a elas que aquele prédio abriga vovôs e vovós que precisam de cuidados. Eles então me contam que possuem avós e me relatam se moram sozinhos, se precisam de ajuda. Em nossa primeira experiência havia uma criança que havia sido criada pela avó e que tinha perdido ela há pouco tempo. Cada criança e cada idoso que ali estava tinha uma história que trazia consigo, mas qual seria a história que nós iríamos construir?

As reações foram as mais diversas, por parte das crianças houve abraços espontâneos, medos diante de sondas nasogástricas, choros diante do desconhecido. Assim como os idosos também demonstraram diferentes reações, alguns reclamaram do “barulho”, outros perguntavam quando iriam retornar, alguns pegavam no colo, outros deram pirulito, algumas bengaladas também! Já devem ter escutado a famosa frase de que o início e o final da vida se assemelham muito. Ambos os grupos são muito espontâneos em seus dizeres e ações e a percepção de tempo é diferente daqueles que se encontram no mercado de trabalho.

## **Objetivos**

A partir de todo o apanhado, passei então a traçar os objetivos para o trabalho de Musicoterapia Intergeracional. Lembrem-se que o centro está em buscar respostas conjuntas a necessidades, carências e desejos de ambas as gerações.

O primeiro e principal objetivo foi o de promover vínculos intergeracionais. Aqui entendo que há uma via de mão dupla. A criança precisa ser reconectada com o idoso para que receba aquele afeto que é diferente do recebido de seus pais, pois precisam

colocar o limite implicado na relação num patamar muito mais incisivo do que os avós. Da mesma forma, o idoso precisa se reconectar com a pureza, a inocência e a alegria da criança. Lembrar-se que as preocupações não ocupam um espaço central no mundo delas.

Como segundo objetivo, coloquei o estimular a movimentação corporal e o contato. O idoso tem muita resistência em se exercitar, já a criança é puro corpo! Através da música consegui com que essa movimentação fosse um pouco mais prazerosa, mas com a presença da criança, todas as expectativas foram superadas.

Idosos que não mexiam sequer o braço, levantam o mesmo até a metade! Havia um “tenho que mostrar que consigo fazer” implicado na relação. Por outro lado, as crianças entraram em contato com idosos que só conseguiam mexer um lado do corpo, que não possuíam tanta agilidade para segurar o balão, bater palmas com eles, entre outros exemplos. O contato corporal, além de ter a questão de medo implicado frente às limitações físicas dos idosos, também trouxe à tona a questão da personalidade das crianças, algumas mais amorosas, outras mais tímidas, mas também da experiência de carinho que recebiam em casa. A premissa de que só podemos dar aquilo que recebemos, ficou bem nítida durante o processo.

O terceiro objetivo foi o exercitar o trabalho em grupo. Promovi diversas atividades onde o par idoso-criança era a pedra fundamental para a realização e êxito da atividade. Desse movimento surgiram inúmeras descobertas. As crianças passaram a ver os idosos como portadores de conhecimento e sujeitos de uma história. Passaram a escutar que eles também cantavam canções que eles conheciam, quando eles eram criança; que exerceram funções as quais seus pais também exercem. O imaginário foi sendo construído de ambas as partes.

Certo dia realizamos uma atividade com o uso da canção “Peixe Vivo”. Após

cantarmos a canção pela primeira vez, perguntei ao grupo se o peixe podia viver fora da água. As crianças logo me responderam que não. Perguntei então por quê? E elas retornaram me dizendo que o peixe morre! Continuei então questionando o grupo se nós podíamos viver sozinhos? Ao que o grupo respondeu que não. Mas na sequência, um menino nos disse que tinha uma vovó que era vizinha dele e que morava sozinha! Perguntei então se ele costumava conversar com ela ou se ele via que outras pessoas iam lá. E me disse que sim. Concluí com o grupo dizendo que sempre precisamos do outro, sendo nós crianças ou vovôs e vovós e que, quando fazemos algo juntos, tudo se torna bem mais fácil!

No final de cada sessão, os idosos vinham me contar que tal criança tinha perdido a avó, que outra não tinha mãe. Com os vínculos fortalecidos, as histórias foram sendo tecidas, construídas, e o medo e o temor foram dando espaço para o contato e o carinho.

Lembro que num mês as crianças ficaram assustadas com a sonda nasogástrica que um senhor portava. No mês seguinte, avistaram um senhor parecido sem a sonda e logo gritaram: “olha, ele melhorou!”. Na verdade o senhor havia falecido, mas a cena traduz que eles veem, sentem e percebem, mesmo que nem sempre verbalizem.

Outros objetivos foram sendo colocados e retirados ao longo do processo e das turmas que foram participando dessa construção.

### **Considerações finais**

Em nosso primeiro ano de experiência, recordo que algumas professoras que vieram acompanhar o grupo de crianças, não retornaram ao lar. A professora titular me relatou que as mesmas ficaram muito tocadas com a situação de alguns idosos e que aquele contato as deixava depressivas. Trabalhar com a temática do final da

vida, seja com idosos, com pacientes oncológicos, portadores do vírus da HIV e tantas inúmeras e diversas situações-limite da vida, definitivamente não é para todas as pessoas. Assim como o trabalhar com crianças também requer um perfil especial. Cada um de nós conhece, ou pelo menos deveria reconhecer as suas limitações.

Acredito que quanto mais convivemos com a realidade, mais ela se torna “normal” aos nossos olhos. Aquilo que antes assustava, passa então a ser percebido como algo rotineiro daquele grupo. Rollo May em sua obra *Liberdade e destino* (1981) relata que viver exige escolha e compromisso, mas também a aceitação daquilo que não pode ser mudado. No oriente o idoso é tratado como o sábio, como aquele que merece toda reverência e cuidado, pois detém a sabedoria de vida que os demais ainda não atingiram. Ainda estamos longe dessa reverência, pois em nosso país grande parte da população trata o idoso como alguém que não produz mais, portanto sem valor para a nossa sociedade de consumo. É bem verdade que a indústria de turismo já percebeu que uma parcela dessa população pode lhe dar grandes lucros, uma vez que a longevidade é uma realidade. Mas para além do lucro, precisamos nos questionar sobre o local onde inserimos os idosos em nossa sociedade, que papel estamos dando a eles. Apenas para exemplificar, nesse mesmo lar onde trabalho, uma escola de outra cidade traz seus alunos de alemão para conversarem com os idosos durante algumas horas na semana, para que possam treinar o idioma, uma vez que em casa seus pais não conhecem mais a língua. Vocês podem imaginar o orgulho que esses idosos têm de serem professores desses jovens. Eles me relatam: “nunca pensei que nessa idade ainda pudesse ser útil a alguém!”

Assim como a experiência da população desse trabalho, o início e o fim da vida interagindo juntos, também finalizo esse artigo com as palavras que o introduzi: Uma pessoa só é uma pessoa por causa das outras pessoas – provérbio Zulu. O filósofo Martin Buber em sua obra *EU TU* reforça que o Eu se torna Eu em virtude do TU. Isto não significa que devo a ele o meu lugar. Eu lhe devo a minha relação a

ele(2012). Como terapeutas construímos relações constantemente e auxiliamos para que nossos pacientes reaprendam a construir relações saudáveis. Como pessoas, vamos nos constituindo ao longo de toda nossa vida através de relações que vamos tecendo com outros TUs que encontramos. Lia Rejane, quantas relações já construístes ao longo de tua jornada chamada musicoterapia? Tenho certeza e ousa dizer, nós, enquanto comunidade musicoterapêutica, temos a certeza de que construístes inúmeras relações. Nosso caminhar, nosso construir sempre estiveram ao lado de tuas conquistas e construções. Uma teia que se entrelaça constantemente. Não tive a oportunidade de ser sua aluna em sala de aula, mas assim como tantos outros colegas aprendo através de suas publicações e palestras. E que elas continuem a nos inspirar na construção de nossa profissão! Agradeço através das palavras da grande dama argentina Mercedes Sosa:

*Gracias a la vida, que me ha dado tanto  
 Me dio dos luceros, que cuando los abro  
 Perfecto distingo, lo negro del blanco  
 Y en el alto cielo su fondo estrellado  
 Y en las multitudes el hombre que yo amo*

*Gracias a la vida, que me ha dado tanto  
 Me ha dado el sonido del abecedario  
 Con él las palabras que pienso y declaro  
 Madre amigo hermano  
 Y luz alumbrando, la ruta del alma del que estoy amando*

*Gracias a la vida, que me ha dado tanto  
 Me ha dado la marcha de mis pies cansados  
 Con ellos anduve ciudades y charcos  
 Playas y desiertos, montañas y llanos*

*Y la casa tuya, tu calle y tu patio  
Gracias a la vida, que me ha dado tanto  
Me dio el corazón, que agita su marco  
Cuando miro el fruto, del cerebro humano  
Cuando miro el bueno tan lejos del malo  
Cuando miro el fondo de tus ojos claros*

*Gracias a la vida que me ha dado tanto  
Me ha dado la risa y me ha dado el llanto  
Así yo distingo dicha de quebranto  
Los dos materiales, que forman mi canto  
Y el canto de ustedes que es el mismo canto  
Y el canto de todos que es mi propio canto  
Gracias a la vida, gracias a la vida  
Gracias a la vida, gracias a la vida*

## Referências

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. La Musicoterapia en el campo psicosocial en Brasil: La problemática de la comunicación intergeneracional. In: Luna, Carmem Barbosa e Russi, Miguel Suarez. **Musicoterapia en las Relaciones intergeneracionales en Iberoamérica**. Memorias de la Segunda Jornada Iberoamericana de Musicoterapia, Facultad de Artes Universidad Nacional de Colombia. Noviembre 18 - 19 de 2015, p. 39-54.

BAUMAN, Zigmunt. **Modernidade líquida**. Tradução de [Plinio Augusto de Souza Dentzien](#). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BUBER, Martin. **EU e TU**. Tradução de Newton Aquiles Von Zuben. 10ª edição revista. 4ª Reimpressão. São Paulo: Centauro, 2012.

HERSCH, Jeanne. **Karl Jaspers**. Brasília: UNB, 1982.

MAY, Rollo. **Freedom and destiny**. Nova York: W. W. Norton & Company, 1981.

MUNÓZ, Silvia Andreu. Experiencias intergeneracionales con música y musicoterapia. In: Luna, Carmem Barbosa e Russi, Miguel Suarez. **Musicoterapia en las Relaciones intergeneracionales en Iberoamérica**. Memorias de la Segunda Jornada Iberoamericana de Musicoterapia, Facultad de Artes Universidad Nacional de Colombia. Noviembre 18 - 19 de 2015, p. 55-69.

PRESENT Perfect. Direção Evan Briggs. Seattle – WA, 2015. 4 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HUWhOH7Z1ic>

STIGE, Brynjulf. **Community Music Therapy**: exemplos, origens, influências e definição. Curso ministrado durante o XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, VI Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e II Encontro Nacional de Docência em Musicoterapia. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2006.

WAGNER, Gabriela. Música y musicoterapia en las relaciones intergeneracionales “La musicoterapia como puente entre abuelos y nietos huérfanos”. In: Luna, Carmem Barbosa e Russi, Miguel Suarez. **Musicoterapia en las Relaciones intergeneracionales en Iberoamérica**. Memorias de la Segunda Jomada Iberoamericana de Musicoterapia, Facultad de Artes Universidad Nacional de Colombia. Noviembre 18 - 19 de 2015, p. 19-38.



## A MUSICOTERAPIA NO CENTRO-OESTE DO BRASIL E A PROFESSORA DRA. LIA REJANE MENDES BARCELLOS: TECENDO CAMINHOS<sup>1</sup>

*Eliamar A. B. Fleury<sup>2</sup>, Fernanda Valentin<sup>3</sup>, Tereza R. M. Alcântara Silva<sup>4</sup>*

Escrever sobre a professora Dra. Lia Rejane Mendes Barcellos, para mim, é sempre uma alegria e também muita responsabilidade, tamanha sua contribuição à construção e expansão científica da Musicoterapia brasileira. Com esse reconhecimento é que, ao relatar sobre a professora Lia Rejane e sua história na Musicoterapia no estado de Goiás, é impossível deixar de tratar, ainda que de forma breve, sobre a história dessa construção, devido ao importante papel que a professora desenvolveu nessa nossa trajetória.

Assim, inicialmente falo a partir do lugar de aluna<sup>5</sup>, inquieta por beber na fonte, uma fonte que nos era apresentada vivamente, de forma comprometida, séria e ética. Ética nas relações, ética no cuidar, ética no ensinar, ética no construir. E é desse lugar que vou historiando, para depois, em parceria com estimadas colegas, as professoras Fernanda Valentin e Tereza Raquel, ambas egressas do curso de graduação em Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás (UFG), darmos sequência no campo da atualidade, apontando a relevância científica que a professora Lia Rejane nos apresenta, bem como a contribuição teórica dos conceitos que aborda e que são trabalhados na Graduação em Musicoterapia da UFG e transcendendo à Graduação, reluzindo também nas Pós Graduações/UFG. Assim como outrora, igualmente continuamos a beber dessa fonte de conhecimento que Lia Rejane nos proporciona e a qual temos a responsabilidade científica de compartilhar com nossos estimados graduandos e pós-graduandos.

<sup>1</sup> Trabalho inscrito no Concurso Lia Rejane Mendes Barcellos: vida e obra, realizado no IV Seminário Estadual de Musicoterapia, celebrado entre os dias 6 e 8 de setembro de 2018, em comemoração aos 50 anos da AMT – RJ.

<sup>2</sup>

<sup>3</sup>

<sup>4</sup>

<sup>5</sup> Naquela ocasião já com título de Bacharel em Piano e Licenciatura em Música.

## Historiando 1: memórias que constroem

Foi no final dos anos de 1980, por volta de 1987, que conheci a estimada professora Lia Rejane, quando ela vinha a Goiânia ministrar cursos introdutórios sobre Musicoterapia. Suas vindas ocorreram primeiramente por meio de um pequeno grupo de pessoas interessadas em compreender sobre musicoterapia. Esta proposta se frutificou e, no terceiro ano dessas atividades, contando com um grupo maior de pessoas, esse movimento passou a ser articulado por meio da Associação Goiana de Musicoterapia<sup>6</sup> em parceria com a Universidade Federal de Goiás (COSTA, 2013).

Fizeram parte dessa valorosa trajetória da Musicoterapia em Goiás tantas outras importantes musicoterapeutas, pertencentes a outros estados brasileiros e igualmente atuantes e reconhecidas no cenário da Musicoterapia brasileira. Para não correr o risco de ser injusta e deixar de citar nomes por questões de memória, citarei aqui somente a presença tão marcante da querida professora Cecília Conde. Assim contávamos com uma dupla de professoras que nos proporcionava momentos de profundas e inesquecíveis vivências, trabalhando em nós, suas alunas<sup>7</sup>, a sensibilidade profunda, tecida pela professora Cecília Conde e a sustentação científica, apresentada com muita propriedade pela professora Lia Rejane. Podíamos dessa forma, como profissionais atuantes na área da Música, vivenciar diferentes situações que esta arte nos possibilitava, fosse ao utilizarmos os instrumentos musicais nas vivências ou por meio da audição de composições musicais escolhidas cuidadosamente para nossas práticas. E, certamente, após cada experiência, a fundamentação teórica nos era apresentada com muita propriedade.

Não demorou muito, estávamos às voltas com a possibilidade de criarmos o primeiro curso de Especialização em Musicoterapia na Educação Especial, contando

6 Fundada em 1990, com o nome de Associação Goiana de Musicoterapia.

7 Na ocasião, éramos todos profissionais atuantes em áreas da Música, com formação em nível superior em Música ou com graduação em outra área, porém com conhecimento musical.

com o profundo empenho da professora Leomara Craveiro, docente da UFG. Dessa forma, com muita dedicação a esse projeto para que a UFG pudesse abarcar mais essa nova empreitada, professora Leomara, mostrando à comunidade acadêmica a importância da oferta da referida Especialização, conseguiu outros professores da UFG que abraçaram a ideia e o primeiro curso de Especialização foi oferecido. Em todo esse processo, contávamos com a participação da professora Lia Rejane no cuidado meticuloso com a formação e orientações sobre disciplinas que seriam necessárias para abarcar o conhecimento teórico, científico e metodológico pertinente, sempre enfatizando a relevância imprescindível dos estágios de musicoterapia.

Além da participação na elaboração do pré-projeto e já em fase mais avançada, ou seja, com a oferta do curso sedimentada, a professora Lia Rejane fez parte da comissão que elaborou os critérios de avaliação das habilidades musicais e também compôs a banca examinadora na seleção realizada pela UFG.

Com o curso já em desenvolvimento, era muito inovador e incentivador, do ponto de vista científico, sermos brindadas com conhecimento sempre atualizado, abordado com propriedade nas discussões em que nos eram apresentados teóricos nacionais e produções científicas de sua autoria, como é o caso do artigo Atividades Realizadas em Musicoterapia (BARCELLOS, 1980) e A Musicoterapia no Tratamento do Distúrbio de Conduta do Paralisado Cerebral (BARCELLOS, 1975), monografia de sua autoria.

Como se não bastasse, professora Lia Rejane nos contemplava com conhecimentos de teóricos internacionais como Even Ruud, Rolando Benenzon, Edith Lecourt, Di Franco, Kenneth Bruscia, Helen Bonny, para citar alguns. Assim, entre os anos de 1993 e 1995, período de duração dessa primeira Especialização, nos era mostrado um arcabouço científico sobre a Musicoterapia.

O conteúdo inúmeras vezes era apresentado em tela de retroprojeto, na sala 10 da Escola de Música<sup>8</sup> /UFG. Vale lembrar que a ausência de internet não servia como impedimento para tomarmos conhecimento sobre o que havia de mais atualizado fosse a nível nacional e/ou internacional acerca da Musicoterapia, uma vez que a professora Lia Rejane nos proporcionava essa fundamentação, nos mostrando que a nossa fonte bebia de todas as fontes, não importava a distância geográfica. Assim, se constituía o conhecimento científico da Musicoterapia no centro-oeste brasileiro, com conteúdos bastante atualizados na área.

Após o encerramento da primeira Especialização, ocorreram mais duas outras Especializações (em Musicoterapia na Educação Especial e Musicoterapia em Saúde Mental), e, conforme Zanini (2005), as produções científicas abordaram temas variados na área de Educação Especial, resultando em vinte e três monografias. Na área de Saúde Mental a produção científica foi ampliada, abordando sobre autismo, câncer, distúrbios de conduta, alcoolismo, esquizofrenia, depressão, pré-cirurgia em pediatria, psicoterapia corporal e familiar associados à Musicoterapia, resultando assim, em outras doze monografias (ZANINI, 2005).

Nessas três turmas de Especialização, a professora Lia Rejane participou ativamente. Além das aulas em formato de módulos que ocorriam aos finais de semana e nas quais eram sempre associadas teoria e prática, ela supervisionava os estágios e orientava Monografias, tarefas que eram divididas com outras professoras musicoterapeutas<sup>9</sup>.

Com início no ano de 1996 e por três anos consecutivos, desenvolvemos, pela Universidade Federal de Goiás, a pesquisa A Musicoterapia na Neuropsiquiatria Infantil: os estados autísticos, atendendo a um total de 13 crianças e seus pais. Foi a partir desse projeto, de autoria da professora Leomara Craveiro, que ocorreu a criação

8 Atual Escola de Música e Artes Cênicas.

9 Nesse período foram mais presentes as professoras Ana Sheila Tangarife e Martha Negreiros.

do Laboratório de Musicoterapia da UFG, atual Clínica Escola de Musicoterapia. E novamente a professora Lia Rejane esteve disponível nos acompanhamentos desse processo, desde a elaboração do pré-projeto, culminando no trabalho de supervisão clínica dos atendimentos musicoterapêuticos.

Todo esse trabalho trouxe bons frutos e no ano de 1996, a Escola de Música/UFG, por meio de Portaria, constituiu uma comissão para estudos sobre a viabilização da implantação do curso de Graduação em Musicoterapia (COSTA, 2013). Em 1998, uma segunda comissão foi criada e, após a aprovação do projeto, seguindo os trâmites necessários, em 1999 deu-se início ao curso de Graduação em Musicoterapia, com a oferta de vinte vagas, sendo o primeiro e, até aquele momento, o único curso de Graduação em Musicoterapia em uma Instituição de Ensino Federal/IES, do Brasil (ZANINI, 2005). A partir de então, nosso foco foi a Graduação e as Especializações não se seguiram.

### **Aporte teórico: Contribuições na Graduação/UFG**

Para ilustrar algumas das contribuições teóricas de Lia Rejane que são trabalhadas na atualidade na Graduação em Musicoterapia/UFG, iniciamos citando a disciplina 'Clínica Musicoterápica: aspectos teóricos e práticos'. A oferta dessa disciplina ocorre no 4º período do curso, ocasião em que os alunos estão em Estágio de Observação na Clínica Escola de Musicoterapia/UFG.

Um dos conteúdos trabalhados na referida disciplina são as Etapas do Processo Musicoterápico, fundamentadas com base em outros autores e apresentadas no Cadernos de Musicoterapia 4, de autoria de Barcellos (1999). Os capítulos "Da Prática Clínica à Sistematização: um caminho para o desenvolvimento da Musicoterapia" e "Musicalidade Clínica", ambos do livro Musicoterapia: Alguns escritos (2004) complementam os conteúdos da referida disciplina.

O estudo das etapas do processo musicoterápico fornece ao estudante uma visão ampla, detalhada e sistematizada da atuação clínica. Essa confirmação pode ser observada em alguns depoimentos de graduandos, sobre como esse conteúdo (etapas do processo musicoterápico) contribuiu na sua formação:

Foi fundamental, pois é a partir do estudo das etapas do processo musicoterapêutico que conhecemos a história de vida e clínica do paciente. Temos contato com o paciente, o começo da formação de um vínculo (G1).

Me ajudou a ter uma visão ampla de todo o processo, desde como receber o meu paciente até sua alta. Posso me organizar de todas as formas possíveis para enfrentar o processo, tendo muita percepção do andamento das etapas, com muita serenidade, cautela, respeito, confiança e profissionalismo (G2).

O estudo me proporcionou segurança de como realizar o atendimento, desde as responsabilidades burocráticas, terapêuticas e com a família (G3).

A visualizar melhor todas as etapas da prática clínica musicoterapêutica e todo o processo, desde a anamnese até a devolutiva aos pacientes. A obtenção desses conhecimentos me proporcionou mais segurança e confiança na minha futura prática profissional como musicoterapeuta (G4).

A estruturação apresentada pela autora (BARCELLOS, 1999), além de possibilitar o discernimento do processo de tratamento musicoterápico, oportuniza a ampliação das discussões e inserção de temas pertinentes, seja numa abordagem teórica ou em atividades práticas como é o caso da musicalidade clínica referida anteriormente. Isso pode ser observado no relato de G5:

Me ajudou a entender o processo musicoterapêutico e suas etapas, a entender que preciso olhar para o meu paciente e sua família com sensibilidade e respeito, me ensinou a fazer os relatórios que são muito importantes para armazenar dados do processo, além das experiências musicais que me ajudaram a evoluir um pouco mais no instrumento e me familiarizar com ele (G5).

Lia Rejane, assim como outros teóricos, reflete sobre a prática clínica em musicoterapia, mostrando sua inquietude de sempre no que diz respeito à fundamentação teórica da área. Nesse caminhar, Rejane (como também costumamos chamá-la) vai tecendo fios, construindo pontes entre o velho e o novo, entre áreas,

entre teóricos e assim, segue compondo uma sábia união, paradoxalmente simples e complexa. Como ela mesma refere “mas seria importante se voltar aos dois leitões por onde correm as águas da musicoterapia - desde suas nascentes até o encontro das águas do mar, sem deixar de lado o fenômeno da pororoca, que em alguns momentos faz parte ou é o elemento principal dos ‘novos pensares’” (BARCELLOS, 2004, p.4). E segue alertando, “tanto são importantes e devem ser ouvidos os sons que vêm do leito do rio, - o espaço que se desenvolve a prática clínica -, quanto aqueles que são ouvidos advindos das margens desse leito e os procedimentos que envolvem essa prática” (BARCELLOS, 2004, p.4).

Recordo aqui um trecho de recente publicação como breve ilustração de seu debruçar teórico a partir dos acontecimentos clínicos. Rejane nos apresenta reflexões sobre uma experiência musical que poderia passar despercebida por muitos, porém, seu olhar investigativo e de longa experiência clínica mostraram ser um campo de teorização da musicoterapia. Refiro-me ao livro *Quaternos de Musicoterapia e Coda* (2016), mais especificamente ao capítulo intitulado *Dançando nas Poltronas: a cultura na “Musicoterapia Interativa” Brasileira*. Neste capítulo, ela nos apresenta uma definição que foi por ela proposta há dezessete anos, em 2001, ao perceber uma outra forma do paciente se relacionar com o instrumento musical, definindo, assim, a exploração musical em musicoterapia como:

Entendo a “exploração” de instrumentos, de voz, ou do corpo como instrumento, como uma das formas de utilização sonoro/ rítmico/melódica/harmônica que, em muitos momentos, como no início do processo ou de uma sessão, o musicoterapeuta propõe ou o paciente escolhe porque pode proporcionar: uma melhor aproximação com os instrumentos musicais, um “aquecimento” para o início de uma sessão, um momento consigo mesmo para uma abertura posterior sonoro musical em direção ao musicoterapia ou a outros participantes de um grupo, o desenvolvimento da percepção auditiva/visual e tátil ou, ainda, outros aspectos específicos que possam ser desenvolvidos, como o prazer, por exemplo (BARCELLOS, 2001, apud, BARCELLOS, 2016).

Igualmente aos conhecimentos apresentados anteriormente, a exploração musical é uma experiência discutida no curso de Musicoterapia da UFG, atestando

aos graduandos a relevância do pensar sobre a atuação clínica e ilustrando o fato de que a aparente simplicidade apresentada na clínica musicoterapêutica necessita de reflexões em prol da fundamentação a partir do nosso fazer musical.

As contribuições de Lia Rejane à Musicoterapia brasileira são inúmeras, e no que se refere a Goiás, desde longas datas, ou seja, há aproximadamente 30 anos, essa relação vem se construindo com respeito mútuo e reconhecimento por seu aporte teórico.

Até aqui nos referimos ao emprego de suas reflexões teórico-práticas à Graduação. Entretanto, não poderíamos deixar de citar sua colaboração científica na fundamentação de Teses de Doutorado. Nesse sentido, sabemos que o crescimento do conhecimento em determinada área torna-se tão expansivo que requer, em certo ponto da história, a verticalização, atestando possuir fortes raízes, uma força advinda de inúmeros outros pensares.

É nessa perspectiva que a Musicoterapia Interativa, conceito fundamentado por Rejane no trabalho intitulado *Qu'est-ce que la Musique en Musicothérapie* e publicado em 1984, tornou-se título de tese de doutorado defendida no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, em 2018. Assim, o emprego das reflexões teóricas de Lia Rejane com aplicação voltada inicialmente à Escola de Música e Artes Cênicas/UFG, transpõe esses muros, e revisita a Faculdade de Medicina, em seu Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

## **Historiando 2: musicoterapia, musicoterapeuta Lia Rejane**

Musicoterapia combina com Lia, de muitas obras detém autoria. Acaso a Musicoterapia, seria a mesma sem a Lia? Por certo não, pois Lia combina com Musicoterapia (Tereza Raquel).

Senti-me honrada com o convite para participar desta homenagem à professora

Lia Rejane, possivelmente o primeiro contato que tive ao iniciar a minha graduação em Musicoterapia na Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, no ano de 1999, por meio dos Cadernos de Musicoterapia, publicados nos anos de 1992, 1999. Naquela época tínhamos poucas obras sobre musicoterapia publicadas em português. Na primeira oportunidade, comprei, de uma só vez, os quatro volumes. Li, reli, tentando fazer conexões racionais sobre a música em musicoterapia, pois estava no primeiro ano do curso. Posteriormente, tive conhecimento da Revista Brasileira de Musicoterapia e adquiri os dois ou três volumes até então publicados. Como hoje, me lembro do volume da capa amarela, um precioso artigo denominado: A Natureza Polissêmica da Música, que ela escreveu em parceria. Confesso que aquele artigo me deixou encantada e depois daquela primeira leitura, nunca mais o abandonei. Estava eu começando a minha jornada com a Profa. Lia Rejane. Não demorou muito e eu a conheci pessoalmente; fiquei muito honrada.

Outros encontros aconteceram em eventos, adquiri outras obras de sua autoria e, recentemente, em um evento de musicoterapia na Dinamarca, o seu nome foi citado como referência da musicoterapia brasileira. Confesso ter me sentido orgulhosa por dizer que a conhecia. Enfim, estamos diante de uma pessoa ética, musicoterapeuta incansável, de presença constante e marcante tanto em nível nacional como internacional, cuja contribuição para nossa área tem valor inestimável – Musicoterapia combina com Lia.

Suas contribuições para a Graduação em Musicoterapia da UFG são inestimáveis, assim como no PPG Música da UFG, sua participação é indispensável, com palestras, minicursos, participação em bancas de defesas dos alunos que desenvolveram e desenvolvem pesquisas que envolvem musicoterapia. Doutora, Professora, Musicoterapeuta Lia Rejane, como queiram chamar, é uma figura icônica na pesquisa, na docência, como autora, como representante nacional e internacional da Musicoterapia.

## Enfim...

Em nome do Curso de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, aqui representado por nós, algumas de suas professoras, tecemos essa singela homenagem, mas de profundo reconhecimento a você, Lia Rejane. Sua contribuição científica à Musicoterapia nacional e internacional é ímpar, e a cada leitura e releitura de suas publicações, a cada análise, certamente que descobriremos sempre algo novo.

Para Goiás, e temos a convicção de que não somos o único estado brasileiro que reconhece esse mérito, você representa um dos pilares que nos sustentou desde o início de nossas buscas, nos apontou caminhos e mostrou alternativas e nesse enraizamento, se faz muito presente na atualidade. Nosso profundo reconhecimento e gratidão por mostrar-nos a ciência da Musicoterapia!

Nossos sinceros agradecimentos às alunas: Eunívia, Esther, Iêza, Milenna e Jordana.

## Referências

BARCELLOS, L.R. M. **Cadernos de Musicoterapia n. 4**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

\_\_\_\_\_. **Qu'est-ce que la Musique en Musicothérapie**. La Revue Française de Musicothérapie, v. 4., n. 4, 1984.

\_\_\_\_\_. **Atividades Realizadas em Musicoterapia**. Rio de Janeiro, agosto, 1980.

\_\_\_\_\_. **A Musicoterapia no Tratamento do Distúrbio de Conduta do Paralisado Cerebral**. Monografia de conclusão de curso. Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 1975.

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

COSTA, C. C. O. **Musicoterapia e Mercado de Trabalho em Goiânia: problemáticas, demandas e conquistas.** (Graduação). Universidade Federal de Goiás, 2013.

ZANINI, C. R. O. O curso de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás - a formação e a identidade profissional do musicoterapeuta. **REVISTA UFG.** Pró-Reitoria de Extensão e Cultura, v. 7, n. 2, 2005.



# A MÚSICA COMO METÁFORA NARRATIVA EM MUSICOTERAPIA: ALGUNS APONTAMENTOS<sup>1</sup>

Gustavo Schulz Gattino<sup>2</sup>

**Resumo:** O conceito da música como metáfora narrativa em musicoterapia é uma opção clara para explicar o que ocorre no processo musicoterapêutico. Este artigo tem a proposta de apresentar este conceito e de mostrar duas possíveis aplicações da metáfora narrativa na prática musicoterapêutica: *uso do conceito de metáfora narrativa em musicoterapia juntamente com o conceito de analogia e a utilização do conceito de metáfora narrativa em musicoterapia no contexto da composição de canções (songwriting)*. A metáfora pode ser compreendida como uma possibilidade de dar sentido à narrativa musical do paciente. A narrativa do paciente se baseia na sua história de vida, clínica e sonoro-musical e seria cantada/tocada/encenada para expressar seu mundo externo. A metáfora narrativa tem um entendimento simples, mas ao mesmo tempo profundo sobre como o musicoterapeuta pode analisar e interpretar o que ocorre no *setting* musicoterapêutico.

**Palavras-chave:** Música como metáfora. Narrativa. Musicoterapia.

## Introdução

Ao receber o convite para escrever a respeito da obra da musicoterapeuta Lia Rejane Mendes Barcellos, me senti lisonjeado e ao mesmo tempo preocupado pelo tamanho da responsabilidade. Temos algumas ressonâncias nas nossas histórias, pois nascemos no estado do Rio Grande do Sul, mas vivemos distantes da nossa terra natal. Talvez essa percepção “relativa” sobre onde estamos no mundo é que me permitiu uma forma empática para abordar a obra de Barcelos. Escrever sobre o trabalho da principal teórica da musicoterapia brasileira exigiu da minha parte muita leitura e imersão na obra desta musicoterapeuta. O que falar exatamente neste artigo? A partir da minha experiência no campo da avaliação em musicoterapia, optei por abordar o tema da música como metáfora em musicoterapia. Espero que desfrutem da leitura deste artigo da mesma forma que eu desfrutei deste momento de escrita.

1 Trabalho inscrito no concurso “Lia Rejane Mendes Barcellos: vida e obra” promovido pelo Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018.

2 Professor Assistente na Universidade de Aalborg (Dinamarca) onde leciona nos cursos de bacharelado, mestrado e doutorado em musicoterapia. Professor convidado dos cursos de mestrado em musicoterapia do Instituto IMAP (Espanha) e Universidade Católica de Valência (Espanha). [gattino@hum.aau.dk](mailto:gattino@hum.aau.dk)

A interpretação e análise do material sonoro produzido pelos pacientes em musicoterapia é uma parte fundamental do processo musicoterapêutico (WALDON & GATTINO, 2018). Segundo Barcellos, esta forma de explicar o que ocorre em musicoterapia pode ser entendida como leitura musicoterápica: a análise musical que é feita articulando os aspectos musicais produzidos pelo paciente à sua história de vida, à sua história clínica e/ou, ainda, ao seu momento (BARCELLOS, 2012). No entanto, ainda nos dias de hoje, muitos musicoterapeutas utilizam teorias de outras disciplinas para explicar as diferentes dinâmicas e acontecimentos oriundos do setting musicoterapêutico. Esse fato é no mínimo intrigante já que a musicoterapia é uma disciplina independente a qual possui as suas teorias e conceitos que foram desenvolvidas ao longo dos últimos 60 anos. Inclusive, no ano de 2013 foi publicado o primeiro dicionário internacional de musicoterapia, organizado por Kevin Kirkland, o qual inclui os principais conceitos utilizados em musicoterapia, tendo a contribuição de mais de cinquenta musicoterapeutas de diferentes países para escrever os diferentes conceitos deste dicionário. Entre os termos presentes no dicionário, está o conceito de “metáfora” em musicoterapia.

O conceito de metáfora em musicoterapia descrito no dicionário internacional de musicoterapia foi elaborado por Lars Ole Bonde, inspirado no conceito de metáfora “espacial” do musicoterapeuta norte-americano Kenneth Aigen (BONDE, 2013). Segundo este conceito, a metáfora espacial se refere a experiência da música como movimento no espaço. A metáfora é uma ferramenta básica para entender e expressar que uma coisa no lugar de outra. Este entendimento está intimamente relacionado com o corpo e ele se refere justamente a cognição do corpo que é transferida para outras experiências. Bonde explica que esta é a razão pela qual dizemos que a alegria está para cima, enquanto a tristeza está para baixo. Emoções e experiências corporais estão relacionadas porque elas compartilham algo. Nós fazemos o uso da transferência a partir da mais simples experiência corporal para experiências emocionais. Tal como acontece com a emoção, a música pode ser melhor entendida quando a estrutura

musical é conceituada metaforicamente, mapeada desde a experiência do corpo físico.

Ainda que exista uma descrição sobre metáfora no dicionário de internacional de musicoterapia, este conceito não trata do entendimento da metáfora como narrativa do paciente em musicoterapia, o qual foi elaborado pela musicoterapeuta Lia Rejane Mendes Barcellos no ano de 2009. Talvez a razão para não incluir este conceito no dicionário se deve ao fato que ele só foi publicado oficialmente para a língua inglesa em 2012 em um artigo escrito por Barcellos para a Revista Voices (uma das principais publicações científicas no campo da musicoterapia). Curiosamente, também em 2012 o musicoterapeuta holandês Henk Smeijsters publica um artigo intitulado “Analogy and metaphor in music therapy. Theory and practice” onde trata do tema da metáfora, porém apenas com a visão da metáfora espacial. Nesse sentido, o conceito de metáfora narrativa não foi abordado por este autor.

Devido ao caráter inovador e relevante deste conceito criado por Barcellos para a musicoterapia enquanto disciplina, ele é seguramente um marco na história internacional da musicoterapia e merece ser aqui discutido e destacado dentro da obra desta musicoterapeuta brasileira, a maior referência do país até hoje no cenário internacional. Este artigo tem a proposta de apresentar este conceito e mostrar duas possíveis aplicações deste conceito na prática musicoterapêutica. Contudo, antes de apresentar o conceito de metáfora narrativa em musicoterapia, é preciso preparar o leitor para que ele possa entender exatamente onde este conceito se insere no processo musicoterapêutico e em que parâmetros ele é aplicado.

### **Preparando o leitor para o conceito de metáfora narrativa em musicoterapia**

Antes de explicar o conceito de metáfora proposto por Barcellos é importante situar onde ele se encontra no processo musicoterapêutico e de que maneira é

utilizado. O processo musicoterapêutico pode ser entendido como um processo onde o musicoterapeuta através das experiências musicais ajuda o paciente em suas demandas para objetivos de promoção de saúde, tratamento e reabilitação. Um processo musicoterapêutico possui diferentes etapas e segundo a Associação Americana de Musicoterapia (2013), o processo pode ser organizado em seis etapas: 1. Encaminhamento (primeiro contato com o paciente onde se avalia se esta pessoa é elegível ou não para a musicoterapia); 2. Avaliação inicial (verificação das potencialidades e dificuldades do paciente por meio de experiências musicais); 3. Elaboração do plano de tratamento (definição dos objetivos terapêuticos e elaboração de um documento formal sobre o que será trabalhado com o paciente); 4. Implementação do tratamento (utilização das experiências musicais para atingir os objetivos terapêuticos propostos), 5. Avaliação do processo ou documentação (o musicoterapeuta irá verificar se os objetivos terapêuticos foram atingidos ou não); e, 6. Término ou alta (término do processo onde o musicoterapeuta realiza um fechamento com o paciente para dar uma devolutiva de tudo que foi atingido ao longo do processo).

Em todas essas etapas descritas acima, o musicoterapeuta realiza práticas avaliativas que facilitam o entendimento do processo e a coleta de informações sobre o paciente para planejar ações futuras no processo (GATTINO ET AL., 2018). Quando pensamos em uma prática avaliativa em musicoterapia, ela também é organizada em distintas etapas e essas etapas se repetem independentemente do tipo de avaliação utilizada pelo musicoterapeuta (observação, uso de testes, revisão de documento e entrevistas) (WALDON & GATTINO, 2018). O musicoterapeuta normalmente aplica uma experiência musical que pode ser avaliada (recriação, composição, improvisação ou audição musical), registra essa experiência (por meio de uma gravação, partitura ou por um documento escrito realizado após a sessão), transcreve a informação registrada (o musicoterapeuta irá organizar a informação em tabelas, textos sobre o processo, etc.), irá analisar e interpretar as informações (utilizando teorias e conceitos da musicoterapia) e por fim irá escrever conclusões sobre a sua avaliação.

O leitor pode estar se perguntando: afinal, onde está a metáfora narrativa no meio de todas essas descrições? Justamente a metáfora narrativa é um conceito que o musicoterapeuta utiliza em todas as etapas do processo musicoterapêutico para avaliar o conteúdo musical produzido pelo paciente, especialmente na etapa de análise e interpretação das informações transcritas sobre as experiências musicais produzidas no setting musicoterapêutico pelo paciente. Em outras palavras, a metáfora narrativa é utilizada para explicar como o paciente utilizou os diferentes parâmetros musicais em dado momento do processo musicoterapêutico e como esta forma de usar os parâmetros musicais se relaciona especificamente com a sua história clínica. Além disso, é importante salientar que mesmo na etapa avaliativa de implementar uma experiência musical (ou seja, na própria sessão de musicoterapia) o musicoterapeuta também tem a oportunidade de analisar e interpretar o que acontece com o paciente a partir da metáfora narrativa. Se a metáfora narrativa precisa ser entendida a partir de diferentes parâmetros musicais, Bruscia (1987) traz um entendimento claro sobre quais parâmetros musicais devem ser considerados em uma prática avaliativa em musicoterapia. Eles são: estabilidade rítmica, figuração rítmica, estabilidade tonal, melodia, harmonia, textura, volume, timbre, texto, estilo musical. Ou seja, a metáfora narrativa em musicoterapia pode ser aplicada a partir destes parâmetros musicais que podem ser analisados de forma integrada ou de modo separado. Além destes citados por Bruscia, Barcellos ainda coloca que o corpo, enquanto postura e gestos também precisa ser considerado como um parâmetro a ser analisado e interpretado como metáfora narrativa em musicoterapia.

### **A música como metáfora narrativa em musicoterapia**

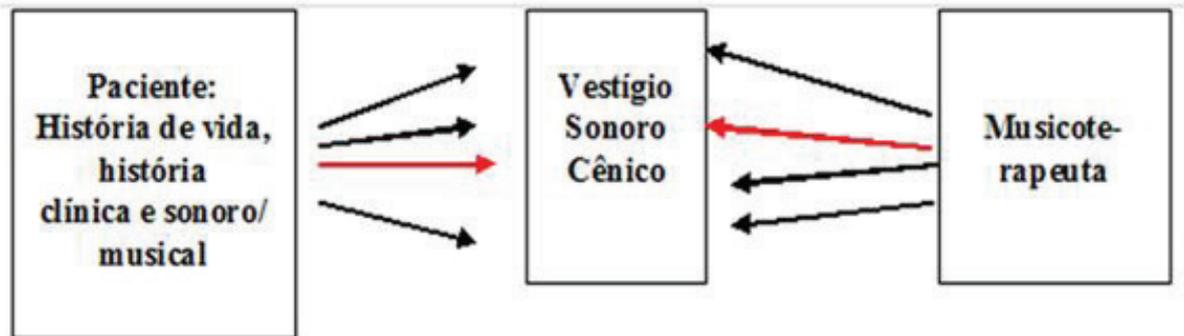
Segundo Barcellos, a metáfora pode ser compreendida como uma possibilidade de dar sentido à narrativa musical do paciente (Barcellos, 2012). A narrativa do paciente se baseia na sua história de vida, clínica e sonoro-musical e seria cantada/tocada/encenada para expressar seu mundo externo. Quanto mais o ouvinte se esquece

de si mesmo, mais profundamente se grava nele o que é ouvido. A música pode ser utilizada como meio de expressão do mundo interno e como a possibilidade de dar sentido a ele. Pela sua natureza polissêmica, a música pode se adaptar ou carregar o sentido que o paciente quer ou necessita expressar. Ela pode estar “no lugar” daquilo que o paciente quer expressar, ou seja, a música pode ser portadora de efeito de sentido metafórico da sua expressão. As construções teóricas sobre a música como metáfora em musicoterapia foram fundamentadas por Barcellos no Modelo Tripartite de Molino/Naittez. Conforme esse modelo, o fenômeno musical, tal como o fenômeno linguístico ou o fenômeno religioso, não pode ser corretamente definido ou descrito sem levar em consideração o seu triplo modo de existência: como objeto arbitrariamente isolado (imane), como objeto produzido (poesis) e como objeto percebido (estesis). Nesse sentido, a análise musical preconizada por Molino/Naittez, não aceita “apenas” a análise estrutural ou do nível imane, como, também, na musicoterapia, a análise exclusiva do nível imane (tal como um vestígio) não daria conta de explicar como está o paciente. Isto só seria possível, incluindo-se, também, os níveis poético e estético, ou seja, o fato total. A figura 1 resume esta relação entre música, sentido e musicoterapia segundo este modelo específico.



**Figura 1.** Música, Sentido e Musicoterapia, à luz do Modelo Tripartite Molino/Naittez

Toda a ação e produção humanas deixam vestígios materiais que são acessíveis aos cinco sentidos. Estes vestígios são as pistas através das quais há a possibilidade de se construir o personagem da narrativa e têm uma realidade material, uma forma, constituindo-se como um vestígio. São formas simbólicas por serem portadoras de significações para quem as produz. Barcellos exemplifica o seu conceito de metáfora através de vários casos e um dos mais emblemáticos na minha visão é o caso Pedro. Segundo Barcellos (2009), Pedro era um menino normal de oito anos de idade que foi trazido pela mãe. A mãe descreve que Pedro “não vive a afetividade”. De acordo com a mãe, “ele não chora, não tem raiva, não expressa o que sente. É uma criança que poderia viver com toda a sua potencialidade, mas não vive porque não consegue e ainda não tem fantasias. Para ele, tudo é muito objetivo.” Ela queria que ele fosse levado a se expressar mais. Em um momento do processo musicoterapêutico, Pedro é internado no hospital para a realização de uma cirurgia, e durante uma sessão realizada nesse momento ele tenta executar parte da “Marcha Fúnebre” (do 3º movimento da Sonata em Si b menor, de Chopin) no teclado. A musicoterapeuta nota que algo de diferente ocorreu naquele momento. Ela indaga porque ele tocou aquela melodia específica. O paciente não responde. Meses depois, o paciente conta que tocou aquela melodia porque tinha medo de morrer. Justamente, ele explica que essa era a música que tocava sempre que um personagem morria em um desenho animado. Assim, o paciente expressa de forma metafórica, através da música, uma narrativa sobre o momento que está vivendo. Ele conta por meio de uma melodia como se sente, onde a música tem uma relação direta com algo que aconteceu e que ainda está acontecendo e que tem um impacto direto na história presente do paciente. Portanto, para que a metáfora em musicoterapia seja entendida como tal, o musicoterapeuta necessita de informações sobre a história do paciente, além da produção musical (no caso de Pedro, aqui estão o medo da morte e o tocar teclado, ambos entendidos como poesis) para que possa receber e interpretar (como estesis) aquilo que o paciente deixa como vestígio (melodia da marcha fúnebre) de modo a dar sentido para a narrativa do paciente.



**Figura 2.** Resumo do modelo da música como metáfora narrativa em musicoterapia proposta por Barcellos

## Aplicações do conceito de metáfora narrativa em musicoterapia para prática clínica

Nos últimos anos, um dos temas que mais tenho pesquisado é o uso de diferentes teorias e conceitos da musicoterapia para explicar as experiências musicais produzidas pelos pacientes no setting musicoterapêutico. Há um número crescente de escalas de avaliação, métodos de observação, modelos de entrevistas que foram produzidos nos últimos anos. No entanto, o número de publicações sobre como explicar os distintos fenômenos em musicoterapia com teorias e conceitos da musicoterapia ainda é pequeno. Tal como citei na introdução deste artigo, ainda é comum usar teorias de outras disciplinas para explicar o que ocorre dentro da nossa própria prática. Justamente por conta dessa situação, proponho aqui duas possibilidades para a utilização do conceito de metáfora narrativa em musicoterapia para interpretar as experiências o conteúdo musical em diferentes situações. A ideia é aqui é mostrar a versatilidade deste conceito de metáfora que pode ser adaptado a qualquer teoria que fundamenta um determinado modelo ou instrumento de avaliação em musicoterapia.

## *Uso do conceito de metáfora narrativa juntamente com o conceito de analogia em musicoterapia*

O musicoterapeuta holandês Henk Smeijsters estabeleceu um conceito chamado “analogia” em musicoterapia o qual se refere às formas analógicas que nós utilizamos para comunicar os nossos estados internos através da música (SMEIJSTERS, 2012). Segundo esse autor, a analogia se refere a modos de expressar no “aqui e agora” como estamos nos sentindo através das nossas manifestações e usos particulares de distintos parâmetros musicais. Smeijsters acredita que utilizamos musicalmente as mesmas formas de comunicação que utilizávamos quando éramos bebês e não tínhamos a capacidade de falar (mesmo o bebê modula musicalmente os seus sons e o seu choro para comunicar algo). Da mesma forma, esse autor acredita que a forma que nos comunicamos através da música remete a algumas formas “primitivas” para comunicar o que desejamos. Ou seja, comunicamos musicalmente aspectos não racionais, mas que são fundamentais para expressar o que está em nossa consciência central. É possível então entender o conceito de Smeijsters para explicar situações onde a palavra não está presente e onde toda a interpretação é feita sobre o “aqui e agora”.

Em situações onde não se conhece suficientemente o paciente, a interpretação analógica é fundamental, pois o uso da metáfora narrativa torna-se complicado neste tipo de situação, já que não é possível fazer referências à história do paciente (de vida, clínica e sonoro-musical) com o que foi tocado (dentro de uma relação poesis, nível imanente e estesis). Justamente para melhorar a qualidade da leitura musicoterápica, integrando a metáfora narrativa com o conceito de analogia em musicoterapia, o musicoterapeuta pode proporcionar situações de verbalização, por exemplo, por parte do paciente ou por alguém da sua família, para permitir um entendimento sobre o que aconteceu na música e de que forma isso se relaciona a história do paciente. Não é por acaso que Bruscia (1987) em suas sessenta e quatro técnicas de improvisação em

musicoterapia propõe uma categoria de técnicas de discussão verbal. Essas técnicas têm justamente a proposta de permitir interpretações metafóricas onde o paciente vai relacionar o que tocou com o seu discurso. Ainda que Bruscia atribua o uso dessas técnicas para a improvisação, elas podem ser utilizadas também para os outros tipos de experiências musicais. Seguem aqui as técnicas de discussão de Bruscia:

**Conectar:** verbalizar ou perguntar ao paciente como vários aspectos de suas experiências ou expressões se relacionam entre si.

**Sondar:** pedir ou fazer declarações que extraiam informações do paciente.

**Esclarecer:** levar o paciente a elaborar, esclarecer ou verificar as informações que já foram oferecidas.

**Resumir:** recapitular verbalmente os eventos realizados e coloca-los de forma concisa, ou revisar as experiências do paciente ou as respostas durante uma fase específica da terapia ou da situação da vida.

**Feedback:** verbalizar como o cliente pode aparentar, soar ou sentir na visão de outra pessoa.

**Interpretar:** ofereça possíveis explicações para as experiências do cliente.

**Metaprocessamento:** leve o cliente a mudar para um nível de consciência que lhe permita observar e reagir ao que ele está fazendo ou sentindo.

**Reforçar:** recompense o cliente ou retire o reforço, de acordo com o seu comportamento.

**Confrontar verbalmente:** desafiar o cliente, apontar discrepâncias ou contradições em suas respostas.

**Revelar:** revelar algo pessoal ao cliente, falar de si mesmo durante uma sessão.

Dessa forma, o musicoterapeuta pode realizar uma interpretação primeiramente analógica enquanto toca com o paciente e em um momento seguinte através de técnicas de discussão verbal realizar interpretações metafóricas visando entender a narrativa do paciente. Aliás, quando pensamos no uso da metáfora narrativa, ela fala sobre o paciente (poesis), porém tendo em consideração como o musicoterapeuta

irá interpretar essa narrativa (estesis) a partir dos seus vestígios (nível imanente). Na minha prática clínica como musicoterapeuta eu utilizo esta forma de integrada (analogia e metáfora narrativa) em musicoterapia tanto para sessões no formato individual quanto no contexto de grupo.

### *Utilização do conceito de metáfora narrativa em musicoterapia no contexto da composição de canções (songwriting)*

Existem diferentes formas de expressar o que sentimos em musicoterapia, uma delas é através da composição de canções (BAKER, 2016). O musicoterapeuta pode utilizar as experiências de *songwriting* principalmente para marcar como o paciente entende a narrativa da sua própria vida em um dado momento do processo musicoterapêutico. Quando criamos algo, segundo as neurociências, estamos lidando diretamente com dois tipos de criatividade, a criatividade intuitiva (centrada nas emoções) e a criatividade executiva, onde aquilo que criamos está diretamente conectado a algo que aprendermos. Justamente, a beleza da composição de canções em musicoterapia está na forma em que o paciente integra essas duas formas para criar algo musicalmente (SOWDEN ET AL, 2015). A partir da metáfora narrativa, para o musicoterapeuta é mais importante observar as manifestações da criatividade intuitiva, pois esta possivelmente irá trazer conteúdos em que se pode relacionar diretamente com a história clínica do paciente. Trago um exemplo para ilustrar esse uso da metáfora narrativa.

Em uma sessão de grupo numa clínica de saúde mental para adolescentes usuários de crack, eu propus uma improvisação livre e a seguir a composição de uma canção. Saliento que no contexto deste grupo os pacientes eram sempre diferentes a cada semana de atendimento, onde não era possível ter tempo suficiente para trabalhar cada uma das seis etapas do processo musicoterapêutico. Dessa forma, a ideia era realizar sessões que permitissem principalmente a expressão da problemática dos

pacientes e possíveis formas de lidar com esta problemática. Ao iniciar a letra da canção com esse grupo de paciente, a primeira frase sugerida por um dos pacientes foi “desculpa mãe por estar usando pedra”. Essa frase foi muito direta e expressava a narrativa de todos os pacientes que estavam ali. Todos os pacientes concordaram que esta deveria ser a primeira frase da música. A metáfora narrativa aqui é muito clara, o texto da canção expressa metaforicamente um pedido de desculpas e uma frustração pelo momento vivenciado pelo paciente. Além disso, é interessante que os pacientes escolheram o rap como estilo musical para esta canção. Historicamente, o rap é utilizado como forma de protesto e de insatisfação. Justamente, os pacientes manifestaram na sua letra o seu protesto e a sua insatisfação pela situação vivida. Portanto, o estilo musical também expressava metaforicamente os sentimentos que os pacientes gostariam de manifestar na sua composição musical.

No caso da utilização do conceito de metáfora narrativa para a composição de canções dentro de uma prática de avaliação, eu recomendo que o registro final da avaliação possa ser feito através de um texto descritivo que facilite a percepção dos diferentes acontecimentos, inclusive para outros profissionais fora do contexto da musicoterapia (GATTINO ET AL, 2018). Outra possibilidade, em termos de formato de uma avaliação para utilizar o conceito de metáfora narrativa, é através do modelo de revisão de uma canção por análise temática (BAKER, 2018). Essa proposta de análise é importante tanto para a pesquisa quanto para a prática clínica em musicoterapia. Neste modelo o musicoterapeuta primeiro define pontos relevantes da letra, melodia ou harmonia. Em seguida, o musicoterapeuta estabelece códigos (que podem ser sentimentos ou assuntos oriundos letra, melodia ou harmonia). No momento seguinte, o musicoterapeuta verifica os códigos e procura definir temas oriundos desses códigos. Normalmente os temas são menos específicos que os códigos e podem incluir todos os códigos em distintas categorias. A partir da definição dos códigos o musicoterapeuta irá criar conexões entre os temas e os códigos. A parte seguinte é a interpretação dos temas e códigos. É exatamente nesta parte que o conceito de metáfora narrativa é

utilizado para poder explicar como ou porque os temas e códigos dizem respeito à história do paciente. Por fim, o musicoterapeuta pode fazer uma conclusão do que aconteceu neste processo de estudo da canção.

## Conclusão

O conceito de metáfora narrativa em musicoterapia é um divisor de águas na maneira em que se explica as experiências musicais em musicoterapia e difere de forma clara da concepção de metáfora espacial amplamente utilizada em musicoterapia. A metáfora narrativa tem um entendimento simples, mas ao mesmo tempo profundo sobre como o musicoterapeuta pode analisar e interpretar o que ocorre em musicoterapia. Os dois exemplos aqui trazidos como possíveis utilizações do conceito de metáfora em musicoterapia são levemente diferentes daqueles já apresentados por Barcellos em seus estudos anteriores. No entanto, eles trazem uma clara visualização de como podem ser aplicados na prática do musicoterapeuta. É importante que mais musicoterapeutas possam utilizar e publicar sobre este conceito de metáfora narrativa, dada a sua flexibilidade e utilização a partir de diferentes teorias. O texto aqui não permite dimensionar a grandeza da obra da musicoterapeuta Lia Rejane Mendes Barcellos, mas oferece ao menos uma razão para que os musicoterapeutas, estudantes de musicoterapia e qualquer pessoa interessada na musicoterapia tenha vontade de conhecer cada vez mais a obra incrível desta musicoterapeuta. Fica aqui a minha homenagem e o meu total agradecimento pelas contribuições desta musicoterapeuta para a história da musicoterapia.

## Referências

AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION, et al. **AMTA standards of clinical practice**. URL: <http://musictherapy.org/about/standards>, 2013

BAKER, Felicity Anne, et al. **A group therapeutic songwriting intervention for family caregivers of people living with dementia**: a feasibility study with thematic analysis. *Frontiers in medicine*, 2018, vol. 5, p. 151.

BAKER, Felicity. **Therapeutic songwriting**: Developments in theory, methods, and practice. Springer, 2016.

BARCELLOS, Lia Rejane M. **A música como metáfora em musicoterapia**. Janeiro, 2009, 229f. Tese. (Doutorado). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

BARCELLOS, Lia Rejane M. Music, **Meaning, and Music Therapy under the Light of the Molino/Nattiez Tripartite Model**. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, [S.l.], v. 12, n. 3, oct. 2012. ISSN 1504-1611.  
Available at: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/677/566>. Date accessed: 13 Jul. 2018. doi:10.15845/voices.v12i3.677.

BRUSCIA, Kenneth E. **Improvisational models of music therapy**. Charles C Thomas Pub Ltd, 1987.

GATTINO, G, JACOBSEN, S. L., & STORM, S. **Music Therapy Assessment Without Tools**: From the Clinician's Perspective. In Jacobsen, S. L, Waldon, E. & Gattino, G (eds) *Music Therapy Assessment*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2018. (in press)

BONDE, L. O., Metaphor. In. KIRLAND, K (ed). **International Dictionary of Music Therapy**. London: FISH Books, 2013. p.73.

KIRLAND, K (ed). **International Dictionary of Music Therapy**. London: FISH Books, 2013.

SMEIJSTERS, Henk. **Analogy and metaphor in music therapy**. Theory and practice. *Nordic Journal of Music Therapy*, 2012, vol. 21, no 3, p. 227-249.

SOWDEN, Paul T., et al. **Improvisation facilitates divergent thinking and creativity: Realizing a benefit of primary school arts education**. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 2015, vol. 9, no 2, p. 128.

WALDON, E. & GATTINO, G. **Assessment in Music Therapy**: Introductory Considerations. In Jacobsen, S. L, Waldon, E. & Gattino, G (eds) *Music Therapy Assessment*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2018. (in press)

# POR QUE MUSICOTERAPIA? REFLEXÕES A PARTIR DA OBRA DE LIA REJANE MENDES BARCELLOS<sup>1</sup>

*José Davison da Silva Júnior<sup>2</sup>*

**Resumo:** A obra de Lia Rejane Mendes Barcellos pode ser utilizada como fundamentação para gerar reflexões do porquê da Musicoterapia. A partir da apresentação de algumas referências da autora, foi possível organizar três argumentos para explicar por que utilizar a música com objetivos terapêuticos, por que a musicoterapia é diferente de outras áreas que utilizam a música e por que a prática da Musicoterapia é exclusiva dos musicoterapeutas. São eles: 1) Porque a música é potente elemento terapêutico; 2) Porque existem diferenças entre os diversos profissionais que utilizam música e o profissional musicoterapeuta; 3) Porque a utilização da música pode ser prejudicial ao paciente, se utilizada sem embasamento científico.

**Palavras-chave:** Potencial terapêutico da música. Iatrogenia. Musicoterapia

## Introdução

Durante minha formação como musicoterapeuta, no curso de Especialização em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música, no Rio de Janeiro, várias inquietações foram aparecendo. Questionava-me: Por que utilizar a música com objetivos terapêuticos? Por que a musicoterapia é diferente de outras áreas que utilizam a música? Por que a prática da Musicoterapia é exclusiva dos musicoterapeutas?

Pouco a pouco, algumas respostas surgiam. Algumas dúvidas e inseguranças começavam a ser minimizadas ou apontavam para novos caminhos. O contato com a

obra de Lia Rejane Mendes Barcellos favoreceu a construção de um arcabouço teórico, o qual possibilitou uma maior segurança para o desenvolvimento da prática clínica e impulsionou a realização de pesquisas, para aprofundar um pouco mais os questionamentos iniciais. Alguns textos utilizados por Rejane Barcellos em suas aulas apresentavam os primeiros argumentos para as minhas inquietações.

<sup>1</sup> Trabalho inscrito no concurso “Lia Rejane Mendes Barcellos: vida e obra” promovido pelo Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018.

<sup>2</sup> Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco. [davisonjr@gmail.com](mailto:davisonjr@gmail.com)

Um dos primeiros textos de musicoterapia que li tratava sobre o potencial terapêutico da música foi “A importância da música na vida cultural e biológica do homem” (BARCELLOS, 1977). Neste texto, a autora comenta que o homem, na sua evolução musical, reconstitui a evolução da história da música, no sentido de ir do mais simples ao mais complexo, no sentido filogenético e ontogenético. O texto conclui que a musicoterapia procura salvaguardar e fortificar a pura substância sonora do homem. A respeito das diferenças entre a musicoterapia e outras áreas que utilizam música, Barcellos (1980) afirma que a única atividade que utiliza música e tem objetivos terapêuticos é a Musicoterapia. Outras atividades, como musicalização, aprendizagem de um instrumento musical ou ainda recreação podem vir a ser terapêuticas, mas o objetivo principal não é terapêutico.

Sobre a relação entre música e iatrogenia, Barcellos (2004) alerta para a utilização de aparelhagens eletroeletrônicas, como o teclado, na prática clínica musicoterápica com autistas, pois o teclado pode repetir indefinidamente uma mesma sequência que se escolha e programe. “Assim, um aparelho como este, no qual o autista possa fazer e escutar a música sozinho, pode ter um efeito iatrogênico se o musicoterapeuta não utilizá-lo como ponto de partida para introduzir-se como pessoa” (BARCELLOS, 2004, p. 123).

Pretendo tratar das três questões apresentadas inicialmente, buscando responder “Por que musicoterapia?”. 1) Porque a música é um potente elemento terapêutico; 2) Porque existem diferenças entre os diversos profissionais que utilizam música e o profissional musicoterapeuta; 3) Porque a utilização da música pode ser prejudicial ao paciente, se utilizada sem embasamento científico.

### **Porque a música é potente elemento terapêutico**

Barcellos (2015) apresenta algumas razões que explicam o potencial terapêutico

da música. São elas: a música é um fenômeno ou uma expressão universal; a música acompanha o homem na sua caminhada histórica; a música é um elemento não-verbal; a música tem o ritmo como elemento impulsor e organizador do movimento; a música tem o instrumento musical como objeto intermediário e integrador; a música pode ter um sentido metafórico; a música tem uma natureza polissêmica; a música pode carregar o significado que o paciente quiser ou precisar lhe atribuir.

A música é um fenômeno ou uma expressão universal. A música diferencia-se de todas as outras atividades humanas devido a sua ubiquidade e antiguidade. Não há notícia de nenhuma cultura humana que desconhecesse totalmente a música. Os instrumentos musicais estão entre os mais antigos artefatos encontrados em escavações. Onde quer que os homens se juntem por algum motivo, lá estará a música (LEVITIN, 2010). Barcellos (2015) ressalta que, apesar de a música ser um fenômeno universal, essa ubiquidade não lhe confere o status de linguagem universal, mas, sim, de fenômeno ou expressão universal.

A música acompanha o homem na sua caminhada histórica. A música está presente na vida de cada um, desde o nascimento até a morte. Williamson (2014) afirma que bebês aprendem e lembram de padrões musicais que ouviam cotidianamente quando estavam no útero. Os sons e ruídos da vida cotidiana intrauterina podem desencadear respostas felizes e relaxadas após o nascimento, especialmente se forem aqueles que os recém-nascidos mais ouviram: a voz e os batimentos cardíacos de sua mãe. Ao longo do curso de vida, a memória musical pode sobreviver, mesmo quando outros aspectos da memória começam a falhar, como na doença de Alzheimer. A música é um elemento não-verbal. Ao tratar da música como uma linguagem não-verbal, Ruud (1990) destaca que essa qualidade da música é demonstrada, com frequência, em trabalho de base analítica. Nessa perspectiva, a música é considerada como espécie de linguagem emocional, capaz de atingir áreas de nossa psique que processam informação e que nós, por vários motivos, não comunicamos com clareza

a nós mesmos. Assemelha-se aos processos primários do pensamento, os quais apresentam um caráter associativo com o sonho. A música utiliza um simbolismo, que pode ser compreendido como a música é apresentada, no seu conteúdo e expressão.

A música tem o ritmo como elemento impulsor e organizador do movimento. Barcellos (2016) comenta que o som e o ritmo são dois elementos constitutivos primordiais da música e são elementos estruturantes, pois são constantes na nossa vida intrauterina, constituindo-se como de extrema importância para o psiquismo fetal. Esta relação com o universo sonoro não-verbal, na vida intrauterina, pode ser de extrema importância para contextos terapêuticos posteriores.

A música tem o instrumento musical como objeto intermediário e integrador. Benenzon (1985, p. 47 e 49) define objeto intermediário como “um instrumento de comunicação capaz de atuar terapêuticamente sobre o paciente mediante a relação, sem desencadear estados de alarma intensos” e objeto integrador como “aquele instrumento musical que num grupo musicoterapêutico lidera sobre os demais instrumentos e absorve, em si mesmo, a dinâmica de um vínculo entre os pacientes de um grupo e o musicoterapeuta”.

A música pode ter um sentido metafórico. O paciente pode dizer através da música o que não quer ou não pode dizer através do verbal. Barcellos (2009, p. 17) explica que “a metáfora é entendida como a possibilidade de a música estar no lugar daquilo que o paciente não tem condições de expressar verbalmente, por impedimentos referentes a diferentes patologias, ou porque não quer fazê-lo”.

A música tem uma natureza polissêmica. Para Ruud (1990), além da qualidade não-verbal da música, ela pode também aparecer como polissêmica, isto é, revelando diferentes significados para diferentes povos e culturas. Segundo Barcellos e Santos (1996, p. 18), a natureza polissêmica da música “repousa nesta quase infinita possibilidade de abrir caminhos e ampliar horizontes de expressão do paciente,

possibilitando assim alcançar um novo patamar de integridade, integração e inteireza, isto é, de saúde”.

A música pode carregar o significado que o paciente quiser ou precisar lhe atribuir. Algumas de suas manifestações artísticas podem ser consideradas como verdadeiros universais da vida humana, como é o caso da canção, por ser um fenômeno difundido por todos os tempos e culturas e por existir na experiência de todos (BARCELLOS, 2015).

### **Porque existem diferenças entre os diversos profissionais que utilizam música e o profissional musicoterapeuta**

Barcellos (1992; 2016) apresenta as diferenças entre música em terapia e música como terapia. A música em terapia é a utilização da música como uma técnica de mobilização das emoções e de sentimentos. É utilizada como recurso em outros tratamentos como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicoterapia, ou ainda, como mobilização para quaisquer outras técnicas expressivas como o desenho, a pintura ou a modelagem. A utilização da música como terapia está relacionada ao próprio paciente fazendo música junto com o musicoterapeuta. A música não será apenas uma técnica de mobilização, mas, irá além disso. O paciente se expressará através da própria música.

Barcellos (2016) afirma que a música é utilizada como elemento terapêutico há mais de trinta mil anos, mas a Musicoterapia, como profissão, existe há pouco mais de cinquenta anos. O seu valor em terapia tem sido reconhecido através dos tempos e a musicoterapia tem hoje um vasto campo de atuação.

O uso da música na saúde não é exclusivo do profissional musicoterapeuta. Existe muito interesse nos benefícios da música no contexto da saúde. No ano de 2012

foi publicado o livro *Music, health, and wellbeing* (MACDONALD, KREUTZ, MITCHELL, 2012), o qual estabeleceu e sistematizou o tema Música, Saúde e Bem-estar como uma área de prática de pesquisa. Os autores apresentam algumas razões pelas quais a música pode produzir efeitos positivos na saúde: a música é ubíqua, emocional, envolvente, distrai, gera uma demanda física, é ambígua, social, comunicativa, afeta o comportamento e a identidade.

MacDonald (2013) apresenta o quadro conceitual para Música, Saúde e Bem-estar, na tentativa de integrar disciplinas que utilizam a música em razão de resultados positivos. O quadro conceitual é composto por cinco áreas, que possuem profunda relação entre si. São elas: Musicoterapia, Música comunitária, Educação musical, Música no cotidiano e Música na medicina.

A primeira área é a Musicoterapia, a qual se estabeleceu no início do século XX, desenvolvendo-se tanto na pesquisa quanto em intervenções terapêuticas. Um elemento chave na Musicoterapia é a ênfase na relação terapêutica entre o musicoterapeuta e o cliente. As intervenções musicoterapêuticas irão focar nos benefícios psicológicos ou fisiológicos dos clientes como objetivo primário e serão realizadas por musicoterapeutas qualificados. As intervenções musicoterapêuticas não terão o desenvolvimento musical, em termos do aumento de habilidades técnicas, como objetivo primário e não estarão preocupadas com o aumento geral das atividades artísticas no domínio musical.

De forma contrária, a Música comunitária não terá os efeitos terapêuticos como objetivo primário, mas sim o acesso às atividades artísticas fora de contextos convencionais de ensino. Os coros comunitários e as classes de percussão são exemplos de intervenções da Música comunitária. Pode não haver uma ênfase no desenvolvimento de habilidades técnicas. O objetivo primário pode ser oferecer uma oportunidade para a expressão criativa em contextos não formais. Um aspecto

importante é que muitas intervenções de Música comunitária têm os benefícios psicológicos como um importante benefício secundário.

Outra área importante é a Educação musical. Em muitos contextos, a Educação musical é definida por uma ênfase no desenvolvimento de habilidades musicais. A função primária da Educação musical não é terapêutica ou social, no entanto, muitos educadores musicais estão interessados nos amplos benefícios do ensino da música. Pesquisas recentes investigam os efeitos das aulas de música em outros aspectos não musicais do funcionamento psicológico. Surge aqui uma sobreposição da Educação musical com a Musicoterapia e com a Música comunitária.

A quarta área, Música no cotidiano, não é um campo distinto de prática da mesma maneira que as três áreas anteriores são. Contudo, essa área tem uma importante relevância sobre os efeitos da música na saúde e bem-estar. A discussão sobre a escuta musical poder produzir efeitos positivos em nossa saúde e bem-estar gera um reconhecimento que esta é uma importante área de estudo. Cada vez que selecionamos uma música para ouvir, fazemos muitas avaliações sofisticadas sobre nosso atual estado mental e ambiente em que iremos ouvir música. Dessa forma, reconhecemos que nossa escuta musical tem efeitos profundos em como nos sentimos e também afeta as outras pessoas que podem estar escutando nossa seleção musical.

A Música na medicina refere-se a uma área especializada de trabalho na Música, Saúde e Bem-estar que ocorre em contextos médicos. Essa talvez seja a disciplina mais focada e especializada, com poucas pessoas trabalhando nessa área do que nas outras categorias. Um exemplo típico da intervenção da Música na medicina pode envolver pacientes escutando música no procedimento cirúrgico para ajudar a reduzir a percepção de dor e ansiedade. Essa abordagem é aplicada em cirurgia, anestesia, odontologia, dor, cuidado paliativo, cuidado intensivo, obstetrícia, pediatria, geriatria, oftalmologia e neurologia.

De alguma maneira, as intervenções da Música na medicina estão muito relacionadas como a Musicoterapia porque tem resultados terapêuticos como objetivo primário. A Música na medicina não se sobrepõe à Educação musical ou à Música comunitária. Outra questão importante é que a maioria das intervenções da Música na medicina utiliza música pré-selecionada.

### **Porque a utilização da música pode ser prejudicial ao paciente, se utilizada sem embasamento científico**

Um dos primeiros textos que li sobre iatrogenia no contexto da musicoterapia foi “Autismo: aparelhagens eletro-eletrônicas como elementos iatrogênicos” (BARCELLOS, 2004). Mais tarde, em 2006, durante o XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, tive contato novamente com o tema iatrogenia, o que me levou a realizar o Mestrado em Música na Universidade Federal de Goiás, que originou o livro Interfaces entre musicoterapia e bioética (SILVA JÚNIOR, 2015).

O pressuposto inicial era de que música poderia ser um elemento iatrogênico, isto é, poderia fazer mal ao paciente durante o tratamento, se utilizada sem critérios. Para desenvolver o tema, discuti a relação entre a utilização da música na saúde e a iatrogenia, fazendo uma aproximação com a Bioética, a ética da vida, cujo respeito à dignidade humana é um de seus pressupostos (SILVA JÚNIOR, 2015).

De início, a Bioética tratou especificamente da prática médica e das pesquisas envolvendo seres humanos. Entretanto, sua área de abrangência ampliou-se para discussões sobre a vida e a saúde humana de forma mais geral. Tomando como ponto de partida a corrente principialista, os princípios da autonomia, justiça, não maleficência e beneficência são relacionados com a prática da Musicoterapia.

O princípio da autonomia decorre da doutrina do respeito à dignidade do homem

e seus direitos fundamentais. A autonomia significa a capacidade que alguém tem para tomar decisões em seu benefício. Na Musicoterapia, este princípio manifesta-se quando o musicoterapeuta busca o consentimento do paciente para realizar o tratamento. O consentimento é fornecido quando há informações claras do profissional sobre o processo musicoterapêutico e o paciente concorda com o tratamento, após ter conhecimento do que consiste tal tratamento.

O princípio da justiça refere-se à justa disposição de recursos e tratamento oferecidos a cada paciente. Dividir igualmente os recursos entre todos, de forma apropriada. É importante que o musicoterapeuta utilize todos os recursos necessários no processo musicoterapêutico. Todos os pacientes devem ter acesso aos mesmos equipamentos e instrumentos musicais. Também implica em uma não exclusão de pacientes devido a sua condição social, religiosa, política ou sexual.

O princípio da não maleficência exige que não se faça mal ao paciente. Na Musicoterapia, o principal instrumento de trabalho é a música e todos os seus elementos – som, silêncio, ritmo, melodia, harmonia. Assim sendo, é necessário ter consciência do poder da música e sua aplicação, para não causar dano ao paciente.

O princípio da beneficência tem como essência beneficiar alguém ou prevenir algum dano. Segundo Toro (2000), o musicoterapeuta está obrigado eticamente a evitar o mercantilismo, evitar trabalhar sozinho, buscar a integração com outros profissionais da saúde, buscar a supervisão de seu trabalho e manejar eticamente todas as técnicas e habilidades inerentes à profissão.

Um tema importante que surge dentro das questões levantadas pela Bioética é o erro médico, no qual ocorre a iatrogenia por uma falha do médico. A iatrogenia ampliou-se para se referir não apenas aos atos do médico, mas também aos demais profissionais da saúde. O profissional da saúde tem a obrigação de não causar dano

ao paciente, de não cometer um ato iatrogênico. O princípio da não maleficência refere-se a evitar a iatrogenia, ou seja, não causar danos.

Através de uma pesquisa qualitativa (SILVA JÚNIOR, 2015), foram identificadas características dos profissionais da saúde não musicoterapeutas que utilizam música na prática clínica. De modo geral, é frequente o uso da música por esses profissionais em seus procedimentos clínicos. Na maioria das vezes, a escolha do repertório é realizada tomando por base o gosto musical do próprio profissional, utilizam-se músicas instrumentais, com andamento lento e em volume baixo; a música é aplicada de forma gravada e o elemento musical priorizado é o ritmo.

O principal objetivo desses profissionais da saúde é que a música tenha um efeito relaxante e, muitas vezes, esse objetivo é alcançado. No entanto, foram relatados efeitos negativos, como a contratura muscular de uma paciente e a ansiedade no próprio profissional. Os profissionais baseiam o emprego da música na intuição, na tentativa e erro e desconhecem referências sobre a utilização da música na saúde. Barcellos e Santos (1996) alertam para o fato de que a música não deve ser utilizada como uma farmacopeia musical. Não deve existir uma bula de indicações de músicas, como se os efeitos produzidos em uma pessoa fosse, necessariamente, os mesmos em outra pessoa. Cada ser humano reage à música de uma maneira diferente e particular.

Gattino (2015) destaca que, ainda que muitos artigos relatem os benefícios da música, não existe uma elevada quantidade de publicações sobre os efeitos iatrogênicos da música. O autor descreve alguns possíveis efeitos negativos, a partir de algumas publicações. A fixação em repertórios associados a momentos complicados da vida pode causar desconforto para algumas pessoas e causar lembranças desagradáveis de um período já transcorrido, ao invés de estar associada a um sentimento de superação de uma dificuldade.

Se a música escutada estiver relacionada a algo que não gostamos, o cérebro vai agregar o estímulo a uma experiência negativa e dessa forma liberar uma série de substâncias. Acredita-se que um dos elementos que facilita a vivência de estados alterados de consciência seja a repetição de determinados padrões musicais por um período longo de tempo.

A utilização indiscriminada da música para pessoas com enfermidades específicas tais como autismo, esquizofrenia e epilepsia, por exemplo, pode oferecer riscos tais como estresse, desconforto, sofrimento e agravamento do quadro de comportamentos típicos destas patologias. O contexto que determinará o efeito de determinada música no indivíduo. A regulação emocional do nosso corpo que irá determinar o sentido para o estímulo musical apresentado. No momento em que alguém escuta um som e este não possui nenhuma referência, este som pode ser interpretado como uma ameaça e por isso gera medo e desconforto.

Gattino (2015) finaliza afirmando a necessidade de treinamento e formação por parte de qualquer profissional que pretenda utilizar a música como ferramenta de trabalho, visto que ela não está isenta de oferecer riscos à saúde do ser humano.

### **Considerações finais**

A partir da obra de Lia Rejane Mendes Barcellos foi possível refletir sobre o porquê da Musicoterapia. O primeiro argumento é que a música é um potente elemento terapêutico, devido a sua universalidade; acompanhar o homem na sua caminhada histórica; ser um elemento não-verbal; ter o ritmo como elemento impulsor e organizador do movimento; ter o instrumento musical como objeto intermediário e integrador; a poder ter um sentido metafórico; ter uma natureza polissêmica e a música poder carregar o significado que o paciente quiser ou precisar lhe atribuir.

Devido aos benefícios que a música pode gerar no contexto da saúde, existe muito interesse por diversos profissionais. Entretanto, como indica o segundo argumento, existem diferenças entre os diversos profissionais que utilizam música e o profissional musicoterapeuta. O musicoterapeuta utiliza a música como terapia. O objetivo primário é alcançar objetivos terapêuticos. Outras áreas podem utilizar a música em terapia, com efeitos terapêuticos, como objetivo secundário.

A utilização da música no contexto da saúde deve ser feita com embasamento científico, pois, como vimos no terceiro argumento, a utilização da música pode ser prejudicial ao paciente, se utilizada sem embasamento científico. É fundamental que se abandone o senso comum em relação à aplicação da música na saúde, voltados, quase sempre, para uma busca de relaxamento por meio da música.

## Referências

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **A importância da música na vida cultural e biológica do homem**. Texto não publicado, 1977.

\_\_\_\_\_. **Atividades realizadas em musicoterapia**. Texto não publicado, 1980.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de musicoterapia 1**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

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

\_\_\_\_\_. **A música como metáfora em musicoterapia**. 2009. 219f. Tese (Doutorado em Música – Musicologia). (Programa de Pós-graduação em Música). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2009.

\_\_\_\_\_. **Musicoterapia em medicina: uma tecnologia leve na promoção da saúde – a dança nas poltronas**. Revista Música Hodie, Goiânia, v. 15, n. 2, 2015, p. 33-47.

\_\_\_\_\_. **Quaternos de musicoterapia e coda**. Dallas: Barcelona Publishers, 2016.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes; SANTOS, Marco Antonio. **A natureza polissêmica da música e a musicoterapia**. Revista Brasileira de Musicoterapia, Rio de Janeiro, União Brasileira das Associações de Musicoterapia, ano I, n. 1, 1996, p. 5-18.

BENENZON, Rolando O. **Manual de musicoterapia**. Tradução de Clementina Nastari. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

GATTINO, Gustavo. **Algumas considerações sobre os efeitos negativos da música**. Revista Música Hodie, Goiânia, v. 15, n.2, 2015, p. 62-72.

LEVITIN, Daniel J. **A música no seu cérebro: a ciência de uma obsessão humana**. Tradução de Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

MACDONALD, Raymond; KREUTZ, Gunter; MITCHELL, Laura (ed.). **Music, health & wellbeing**. New York: Oxford University Press, 2012.

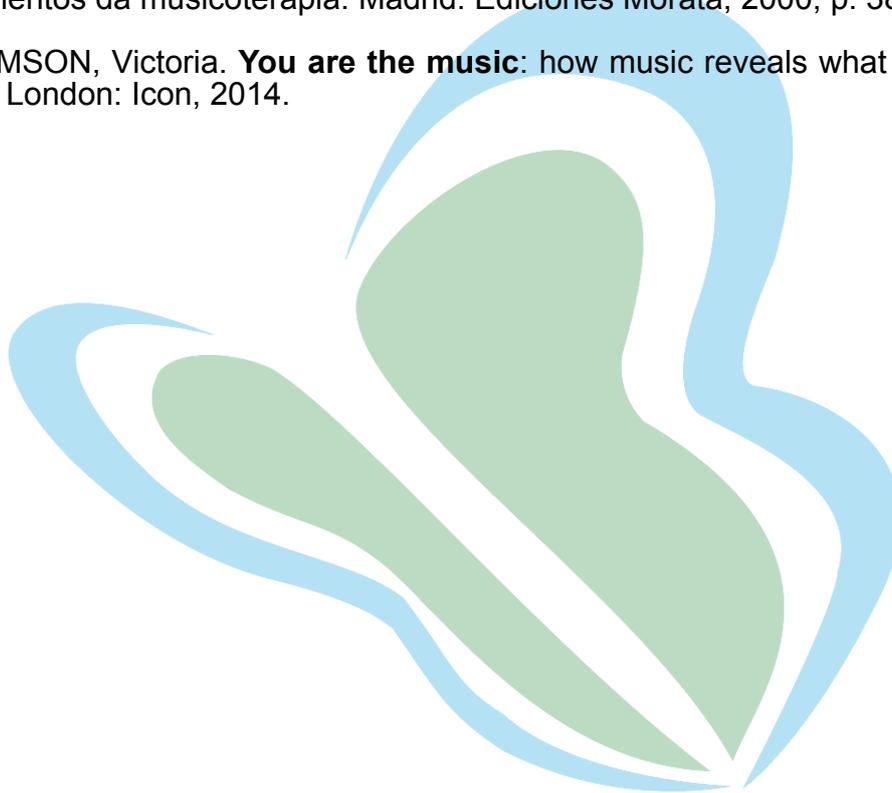
MACDONALD, Raymond. **Music, health, and well-being**: a review. *International Journal of Qualitativ Studies on Health and Well-being*, 8. Extraído de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3740599/>

RUUD, Even. **Caminhos da musicoterapia**. Tradução Vera Wrobel. São Paulo: Summus, 1990.

SILVAJÚNIOR, José Davison da. **Interfaces entre musicoterapia e bioética**. Curitiba: CRV, 2015.

TORO, Mariano Betés de. **Ética y deontologia**. In TORO, Mariano Betés (comp.) *Fundamentos da musicoterapia*. Madrid: Ediciones Morata, 2000, p. 382-388.

WILLIAMSON, Victoria. **You are the music**: how music reveals what it means to be human. London: Icon, 2014.



# A SENHORA MUSICOTERAPIA<sup>1</sup>

*Raquel Siqueira da Silva<sup>2</sup>*

Este texto não se configura como um artigo acadêmico, mas um fluxo. Relatos, poéticos ou não, algo da frequência do indizível, algo sentido, percebido, vivenciado. Terão rimas em alguns momentos, tudo para narrar os intemporais encontros a serem contados como histórias, depoimentos. Potência de vida, daquela, que, juntamente com Cecília Conde, é a alma da musicoterapia brasileira. Narrativas e descrições dos momentos infindos... das influências, das orientações, que fazem de Rejane Barcellos a referência da prática musicoterápica no mundo. Um exemplo do quanto se pode ir ao fundo na defesa e vivência de uma profissão. Fundamento e criadora que tanto inspirou profissionais competentes e engajados. Esta profissão está além do que pode ser enquadrado como acadêmico ou científico. Híbrida, como diria Marly Chagas, e mais do que isso, nossas vidas profissionais amorosas e convictas. Com vocês, a escrita da diva da musicoterapia. Ela, entre idas e vindas, pianos e balés, na música e na musicoterapia, e em nossas vidas: Lia Rejane Mendes Barcellos.

Esta escrita está marcada por episódios, momentos, etapas, encontros cheios de marcas e afetos.

Espinosa nos escreveu no século XVII que tudo acontece a partir dos encontros...

## **O Encontro entre os meus 21 a 23 anos**

Estava eu na busca da profissão que eu tinha encontrado li o programa, a grade curricular e me apaixonei, já sabia que estava diante de uma profissão que iria me acompanhar, por afinidade, por atração, e por amor à arte e ao cuidado vindo

<sup>1</sup> Trabalho inscrito no concurso “Lia Rejane Mendes Barcellos: vida e obra” promovido pelo Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018.

<sup>2</sup> Professora da Universidade Federal do Sul da Bahia.

do coração. Cheguei ao “Conserva” e lá encontrei-a. Procurei quem me falasse do curso, e lá estava ela, sentada na sala ao fundo. Me disse: por que você quer fazer musicoterapia? E repetiu a interrogativa de várias maneiras, até que eu chegasse ao fundo da resposta e, socraticamente, em maiêutica, eu a respondi sobre minha vontade de utilizar da música para ajudar as pessoas em saúde mental. Ela me falou sobre o curso e o que eu deveria fazer. Falou de sua experiência em saúde mental. Saí de lá com o coração cheio de alegria, animada. Eu estava diante da diva da musicoterapia, a qual o mundo reconheceria. Não é exagero o que eu falo, pois diante de sua fala no Congresso Internacional na Áustria, em 2014, eu comprovaria mais uma vez a sua capacidade de levar ao mundo a musicoterapia como ela deve ser vista e realizada. Neste período, ela já tinha participado do livro do Rolando Benenson sobre o autismo. Falou sobre isto e se tornou minha primeira supervisora.

### **A supervisão**

Eu tinha entrado como estagiária de psicologia, bolsista na Colônia Juliano Moreira na prefeitura do Rio de Janeiro e procurei Rejane para me orientar. Mas antes disso, eu atendia uns clientes autistas e Rejane, em seu consultório, supervisionava-me. Eticamente, fui por ela orientada, a não desenvolver atividade com o nome de musicoterapia, pois este termo eu só usaria quando tivesse formação na área. Aceitei e segui. Quando passei para estagiária Auxiliar Psiquiátrico na Colônia Juliano Moreira, utilizei da música e criei, sob sua supervisão/orientação, o que chamamos de atividade musical. Dentro da Unidade de Saúde Mental hospital Jurandyr Manfredini eu fazia música, tocava e cantava com os pacientes internados, no pátio. Instituí atividade semanal e descrevi, conforme suas orientações, tudo o que acontecia na sessão grupal. Na metodologia barcelliana de Musicoterapia, a escrita deveria acontecer ao vivo na sessão, ou logo após. Como eu estava sozinha na atividade, ao terminar, eu logo escrevia, e assim aconteceu. Na metodologia Teoria Ator-Rede eu aprendi no mestrado e doutorado, a importância destes ensinamentos de Rejane.

Descrever, escrever, descrever, escrever, Latour (2008). Ao certo que as orientações/supervisões de Rejane eram mais do que prováveis ensinamentos. Sua sabedoria e afetos me fizeram enxergar a profissão como tem que ser: um ato de amor para com o próximo e aos 50 anos de idade reconheço que é um ato de amor consigo mesmo. Quem escolhe a musicoterapia como profissão, escolhe por afeto, não é por dinheiro nem poder. Utilizar a musicoterapia é dispor de um talento e aprendizado, não para atender a um mercado profissional, mas para realizar-se enquanto ser pleno e imortal (segundo minha crença). A vida sem prazer não teria sentido. E escolher uma profissão pelo amor e pelo prazer de realizá-la, dá sentido à vida, vislumbra o que nela é a coisa mais cara, ajudar. Colaborar para tornar melhor a vida de outros semelhantes. Mas não se trata de tarefa sacerdotal, a profissão tem todos os requisitos qualificados para exercê-la de modo ético, estético, político e laboral. Para se tornar um musicoterapeuta não basta saber ser músico, mas utilizar os métodos, técnicas, conhecimentos e ética para transformar vidas, conforme os procedimentos. Em prol da saúde física e mental. Rejane sempre soube disso e se dedicou inteiramente. Não teve seu trabalho monetariamente reconhecido como deveria, mas foi muito além destes valores. Rejane mostrou para nós o que é ser pleno em nossas jornadas, e vou dizer, antes que esta vela apague, que todos os mais sinceros votos em vida, e as honras da casa da musicoterapia vivida em nossos corações, devemos compartilhar com esta diva da profissão e, em vida, em presto, esta homenagem, de modo singelo, a pessoa que me ensinou que a musicoterapia seria a minha profissão. E a tantos outros, por tantos lugares... países... Estados... Não basta ler o que está nos livros para se tornar realizado profissionalmente, tem que se dedicar de modo intenso, verdadeiro, ético e coerente, para se chegar a dizer-se pleno na sua escolha profissional e se basear em profissionais que são exemplos, como Lia que sabia e sabe fazer a gente pensar e melhorar a atuação no campo de trabalho.

## **O que é ética e acreditar no bem**

Parecia que ela acreditava no ser humano, via sempre seu lado bom. Rejane disse um dia que seu carro teve problemas na rua, ela entregou a um desconhecido a chave, para pegá-lo consertado, depois de uma semana. Lá voltou e recebeu-o no mesmo lugar, já sem o defeito. Lia Rejane confiava, em detrimento de todos que falavam que ela estava equivocada. Mas que nada! Ela me ensinava que há coisas boas nas pessoas e que confiar também vale a pena.

## **Continuando... As aulas no conservatório**

Sempre muito didática, desde quando usava transparência, ela sempre organizada. Contava histórias, mas sempre muito embasada, buscava a cientificidade do conhecimento, aprendi a pesquisar Benenzon, ouvi sobre as fundadoras da musicoterapia e a amiga Cecília Conde era o exemplo. Cabe aqui falar desta senhora que também me ajudou muito. Gestora e importante para o crescimento do CBM e de todos os que a rodeavam, Cecília Conde faz parte da história da música e é fundadora da Musicoterapia no Brasil. Cecília ainda vive, mas se transformou em história. Esta grande pessoa e personalidade musical é um ícone da música erudita e todas as outras formas, pois foi incentivadora da qualidade estética, a grande mãe do “Conserva”, a idealizadora do curso de Musicoterapia e de tantos outros. Genial, visionária e fluídica. Rejane e Cecília fazem a dupla histórica e inesquecível do Conservatório Brasileiro de Música, do nosso país. Orgulho tenho de ter estudado e trabalhado no CBM-CEU, não pelo salário, mas pela musicalidade e amizade que brotavam daquelas portas e paredes. Sonetos, concertos, corais, orquestrais encontros, ressonâncias e harmonias que me acompanharão por toda a vida.

Neste texto homenageio Rejânica (assim eu a chamo), mas poderia escrever outros para homenagear Marly Chagas, Ana Sheila, Dona Marina e tantos outros que

trabalharam comigo...

## **Os encontros, simpósios, seminários**

Rejane afetiva, engraçada e ativa, eticamente ancorada, não deixava a forma tirar sua risada, de situações inusitadas. Seu humor de Bagé contava piadas, histórias engraçadas no meio da convivência. Ela imitava pacientes para exemplificar o conhecimento e a gente praticamente via a cena com as narrativas. Contou de sua experiência com menores infratores, também a com portadores de encefalopatia crônica da infância, autismo e outras experiências musicoterápicas. Sua dedicação à escrita foi publicada e sua autocrítica fazia rir as pessoas mais cerradas. Rejane é um exemplo de vida e profissionalismo.

## **A escuta Musicoterápica**

Esta Senhora de olhar compreensivo, maternagem evidente, potência de acolhimento aos sofridos e grandeza premente me ensinou a escutar. Antes eu ouvia, mas alargar a compreensão do outro, com suas sonoridades diversificadas e fora dos padrões que encontrei no trabalho musicoterápico em saúde mental, aprendi em nossos encontros. Rejane sempre dava a entender que nossas falas eram importantes, exercitava ali a prática da inclusão cativante, o olhar e a escuta dos que se desprendem de si e alcançam um não-lugar do encontro, no qual, todas as possibilidades de ações, sentimentos e afecções, existem. Ali, espinhosamente, em grupo, em sua casa, ela nos recebia, sempre disponível, como se não houvesse nada além da escuta do que se dizia. Isto é técnica, que inclui se entregar às narrativas do outro, nas concepções de ideias e histórias. E eram tantas... Fui sim aprendiz e nunca deixei este lugar, mesmo quando fui coordenadora da graduação em Musicoterapia.

## O convite e em algum momento da minha trajetória profissional

Fui convidada por Ana Sheila Uricoechea para ser coordenadora do curso de graduação em Musicoterapia, no “Conserva”. Honrada, grata e decidida, aceitei o desafio e trabalhei por cinco anos nesta função. Quem diria, eu amava a musicoterapia, mas não esperava tanto, mas ali cheguei e fiz o meu melhor. Não era a primeira experiência em gestão, mas foi a que me deu mais prazer e alegrias. Então... não me surpreendi que a mais *topline* da categoria profissional pudesse ser a mais humilde. Sim, Rejane era uma das professoras mais humildes, das que cumprem tarefas e aceitam a hierarquia imposta dos planos educacionais. Era mestra, ali, e eu ainda guardava como atualmente, uma reverência à sua sabedoria. Sim, refiro-me ao saber aplicado, ou como diria Foucault, um fazer-saber e um saber-fazer. Experiência. O quanto relevante saber fazer parte daquela equipe de professores que ministraram aulas inesquecíveis. E ali estava ela, a diva dos saberes da musicoterapia.

### Disponibilidade

Nunca esqueci o telefone fixo de Rejane. Até hoje os números guardo de cabeça. Até fora do Brasil eu lembrei e liguei. Sempre disponível, Rejane atendia, e por incrível que pareça, reconhecia minha voz.

Certa vez, uma musicoterapeuta passou, assim como eu, no concurso para musicoterapeuta do município do Rio de Janeiro. Estávamos eu e ela para concluir o processo de entrada, quando ela lembrara que lhe faltava um documento. Imediatamente lembrei de Rejane e liguei, ela prontamente ouviu e criou solução simples. Enchendo de esperança e tranquilidade. Até o presente, esta musicoterapeuta está trabalhando na prefeitura da cidade. Vibrar positivamente para as pessoas, se alegrar pelo seu sucesso, compartilho isto com Rejane. Penso que este pensamento chega energeticamente a quem a gente endereça. Todas as vezes que estive com

Rejane em orientação e supervisão, percebi isto, eu saía sempre melhor, renovada, entusiasmada, pronta para fazer o meu melhor. Isto é invisível e indizível em palavras. Algo do saber-se capaz de estar cada vez melhor e prosseguir.

### **Congresso Mundial de Musicoterapia na Áustria – 2014**

No primeiro dia do Congresso, Rejane estava na mesa como representante das Américas, como se já não pudesse se orgulhar disto, ela fez a fala mais elaborada de todas! Ratifiquei o que pensava desde que a conheci: ela é sim, a melhor musicoterapeuta do mundo! Pueril este meu pensamento, eu sei. Mas sincero. Muito do que se pensa vai além das convenções. Assim como este texto que mistura narrativa, poesia, prosa e cordel. Para que tantos formalismos se somos mesmos aprendizes híbridos nesta profissão tão incrível. Sabe por que é assim? Porque criar é mágico, é transmutador, é um sonho realizado que afasta a dor.

### **Dor e perda**

E falando em dor, até aí Rejane me ensinou. Perdeu sua mãe. Só se entende morte de mãe quando se sente. E dói. Nunca sara. Muda tudo. O mundo não ampara. É chuva, é sol, nada se compara a viver com mãe e ficar sem nada. Mãe é tudo. Dá sentido ao mundo, a viver. Mãe é colo sem idade. É vontade de fazer da vida o que é melhor para se viver. Sem ela a vida se cala, um vazio se instala e não para de doer. Rejane chorou, e muito. Liguei para ela e orei à Mãe Santíssima no telefone. Imaginei a Mãe a amparando. Só quando a minha também se foi, senti-me em dó menor, diminuto, grande pausa na melodia da vida. E também chorei.

Rejane continuou, venceu uma doença. Disciplinada. Empalideceu, mas não esmoreceu. Havia muita vida ainda para compartilhar. Ensinar. Amar. Rejane leva a força guerreira da mulher brasileira.

Pianista, amiga, mas sem intimidade, Rejane guarda o espaço necessário entre estudante e docente. Muito do que se ensina, o mais importante está em ser um educador, e não somente um professor. Isto faz toda a diferença.

## **Estranhamento**

A Musicoterapia há cinquenta anos, anseia e luta pela regulamentação. O reconhecimento já aconteceu, mas falta ainda muito. Músicos amadores e profissionais fazem práticas e utilizam o nome da musicoterapia, sem ter formação. Desde o início, com Rejane aprendi sobre a ética na musicoterapia e a utilizei e ensinei o quanto pude. A desinformação é grande e há várias tentativas, conscientes ou não, de apropriação indevida da profissão de musicoterapeuta. Tocar a um leito, não significa sessão musicoterápica. Para intitulá-la assim, é imprescindível uma formação em graduação ou especialização. E há carência ainda de divulgação desta musicoterapia profissional e legítima. Portanto, não entendi quando Rejane decidiu não participar de um programa que passa aos domingos à noite, na rede de televisão aberta mais assistida do Brasil. Não compreendi e perguntei o porquê. Ela me disse que se tratava de uma entrevista/reportagem em que a musicoterapia seria considerada terapia alternativa. Musicoterapia é uma terapia complementar, esta já era a luta naquela época. Então, Rejane se recusou, pois isto enfraqueceria a musicoterapia em sua trajetória pela regulamentação e fidedigna divulgação. Nesta atitude, ratifiquei a ideia que já tinha sobre Rejane, a Senhora Musicoterapia defendia o que de fato seria mais do que divulgar ou ampliar, seria manter à postura da luta pelo que realmente vale a pena. Não é de qualquer jeito, nem de qualquer maneira. A musicoterapia é considerada complementar, tem fundamento, pesquisa e prática salutar.

## **A especialização**

Rejane saiu da graduação e se tornou professora e assim permanece até o

presente. Trabalhou no campo da musicoterapia, em assistência e gestão. Serviços públicos e privados. Mas o Conservatório, constituiu-se, como seu segundo lar. Sempre respeitada por estudantes, técnicos, docentes e gestão. Rejane, além de professora, foi coordenadora da graduação algumas vezes. E criou, junto com outros professores, a especialização em musicoterapia. Rejane, Cecília Conde e outros professores já sabiam da experiência de outros países com pós-graduações em Musicoterapia. Eu fiz a especialização, depois de ter cursado quase um ano da graduação e ter me afastado por problemas pessoais. No retorno, como eu já era psicóloga, foi-me sugerido pelo então coordenador, Marco Antônio, que eu poderia tentar a especialização. Assim o fiz e me tornei musicoterapeuta. Mas como? Esse foi um dos desafios enfrentados pela musicoterapia: agregar musicoterapeutas graduados aos pós-graduados. A especialização colocou em campo outros profissionais. Pois o direito por exercer a profissão foi conquistado também para estes. Sigamos e seguimos juntos, pois que a luta pela musicoterapia continua...

### **Senhora Musicoterapeuta**

A Associação de Musicoterapia e eu fazemos 50 anos em 2018. Rejane já passou dos 70. Ela é a história viva da musicoterapia. Assim como Cecília Conde e outros e outras que dedicaram suas vidas ao conhecimento, pesquisa, atendimento, em diversas áreas de atuação. A Musicoterapia tem a abrangência de qualquer categoria profissional em nível superior. Ela trata doenças e afecções em inúmeras possibilidades e se configura como uma profissão em expansão. As pesquisas musicoterápicas, cada vez mais exigentes e criteriosas, ganham o espaço na vida acadêmica. Tanto no Brasil quanto em outros países, em todos os continentes. Musicoterapia não é para poucos, é para muitos. Este ícone da musicoterapia, chamado Lia Rejane Mendes Barcellos, simboliza, do que eu já conheci, o que representa exemplarmente o sentido ético, estético e político, necessário à uma profissão capaz de agregar saberes científicos e artísticos. Sim, é preciso ecoar os sons das curas transcendentais, ancestrais,

com as pesquisas, físicas, mentais, comportamentais. Sem sucumbir as exigências científicas, tão necessárias para se manter a ética e a seriedade. O compromisso que se faz a esta altura da contemporaneidade, vai muito além do que restringir saberes, mas ampliá-los. A todos os seres vivos, em especial a musicoterapia trata os humanos e animais. Há pois que se procurar nas entrelinhas que os sons são fenômenos ondulatórios, e nós todos somos peixes que navegamos pelas sonosferas existenciais. Jamais afetados pelo silêncio absoluto, mas compreendendo que existe algo além do som, na relação terapêutica, que pode transformar vidas, e para muito melhor. Todo musicoterapeuta sabe que os objetivos terapêuticos são nossa regra de conduta. Seguimos adiante com foco, a música é meio para se atingir os objetivos e a relação criada com o paciente é imprescindível que seja manejada por um profissional qualificado. Profissionais como Lia Rejane são exemplos de como podemos aliar sabedoria ao trabalho, ética no cotidiano, empenho e pesquisa sem cessar, para se chegar a algum lugar, e exercitar o simples e complexo ato de pesquisar. Se erramos, sim, como todos. Nem todos os graduados ou pós-graduados conseguiram se estabilizar na profissão, mas isto acontece com todas as carreiras profissionais. Nossa profissão é híbrida, como diria Marly Chagas e Rosa Pedro. Somos a semente de algo muito maior, germinar possibilidades terapêuticas em meios já dominados pela ciência. Trazer a arte enquanto ciência e enquanto não ciência, para elaborar outros modos de pensar e agir na Clínica, Institucional, Grupos, Individual... Com pessoas em diferentes situações de sofrimento, mas para fazer valer o que nos dignifica enquanto profissionais: utilizar o nosso saber para contribuir para a melhoria da vida de cada ser humano que nos procura. Não somos a cura, mas trabalhamos para a saúde física, emocional, mental, laboral, relacional...

Rejane me ensinou o que estas palavras não conseguem abarcar. Tão profunda foi esta experiência de conhecê-la, que levo para minha vida, profissional e pessoal, como uma Senhora Musicoterapia.

## Referências

CHAGAS, Marly; PEDRO, Rosa M. L. R. **Musicoterapia: Desafios entre a Modernidade e a Contemporaneidade**. Rio de Janeiro: MAUAD e BAPERA EDITORA, 2008. v. 1. 78p.

## Referências bibliográficas

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Revisando o passado: a trajetória da Revista Brasileira de Musicoterapia e a sua contribuição para o desenvolvimento da área no país**. REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA, v. XVIII, p. 24, 2016.

\_\_\_\_\_. **Musicoterapia em medicina: uma tecnologia leve na promoção da saúde? a dança nas poltronas!** <https://doi.org/10.5216/mh.v15i2.39679>, v. 15, p. 33-47, 2015.

\_\_\_\_\_. **Desafios da Contemporaneidade: a musicoterapia na sala de diálise no tempo dos Ipods. Pode?** Pesquisa e Música, v. 10/11, p. 107-130, 2012.

\_\_\_\_\_. Memories from the 10th World Congress of Music Therapy: Memories from Lia Rejane Mendes Barcellos, Brazil. **Voices** (Sandane), v. 12, p. 1-8, 2012. Citações: 1

\_\_\_\_\_. Music, Meaning, and Music Therapy in Light of the Molino/Nattiez Tripartite Model. **Voices** (Sandane), v. 12, p. 1-8, 2012. Citações: 1

\_\_\_\_\_. Música, Sentido y Musicoterapia, a la luz del Modelo Tripartito Molino/Nattiez. **Voices** (Sandane), v. 12, p. 12-20, 2012.

\_\_\_\_\_. Música, Sentido e Musicoterapia, à luz do Modelo Tripartito Molino/Nattiez. **Voices** (Sandane), v. 12, p. 21-29, 2012.

\_\_\_\_\_. Trinta anos depois.... **Voices** (Sandane), v. 12, p. 1-9, 2012. Citações: 1

\_\_\_\_\_. Thirty Years Later.... **Voices** (Sandane), v. 12, p. 10-18, 2012. Citações: 4

\_\_\_\_\_. Contemporary Challenges: Music Therapy in Dialysis Wards on the time of iPods. Possible or Not?. **Voices** (Sandane), v. 09, set, p. 1, 2011.

\_\_\_\_\_. Desafios da Contemporaneidade: a musicoterapia na sala de diálise no tempo dos IPODS. Pode? **Revista do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Musicoterapia**, v. 2. jul, p. 145-170, 2011.

\_\_\_\_\_. Latin-American Music Therapists Get Together 2,600 Meters Closer to the Stars!. **Voices** (Sandane), v. 27 oct, p. 1, 2010.

\_\_\_\_\_. The Song of the Rapa Nui... **Voices** (Sandane), v. 02, p. 1, 2009.

\_\_\_\_\_. Challenges on Music Therapy Clinical Practice... **Voices** (Sandane), v. 1, p. 1, 2009.

\_\_\_\_\_. Warping and Weaving Threads. **Voices** (Sandane), v. 1, p. 1, 2008.

\_\_\_\_\_. Steel Doors! **Voices** (Sandane), v. 6, p. 1-4, 2007.

\_\_\_\_\_. Familiarity, Comfortableness and Predictability of Songs as Holding

Environment for Mothers of Premature Babies. **Voices** a World Forum For Music Therapy, Noruega, v. 6, p. 1-8, 2006.

\_\_\_\_\_. O Paciente como Narrador Musical de sua(s) História(s) em Musicoterapia. **Cadernos de Pós-Graduação da UNICAMP**, v. 8, p. 187-195, 2006.

\_\_\_\_\_. Back to the Roots. **Voices** (Sandane), v. 6, p. 1-10, 2006.

\_\_\_\_\_. Juggling with Life. **Voices** a World Forum for Music Therapy, Noruega, p. 1-3, 2005.

\_\_\_\_\_. Three Decades of Qualified Music Therapists in Brazil. **Voices A World Forum For Music Therapy**, Noruega, p. 1-3, 2005.

\_\_\_\_\_. As Experiências Musicoterápicas nos Cursos de Musicoterapia: uma Pesquisa Qualitativa Fenomenológica. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 66-83, 2004.

\_\_\_\_\_. Latin American Music Therapists Sing la Murga. **Voices** a World Forum for Music Therapy, Noruega, p. 1-3, 2004.

\_\_\_\_\_. Guests, Culture(s) and Music Therapy. **Voices** a World Forum for Music Therapy, Noruega, v. March, p. 1-3, 2004.

\_\_\_\_\_. Songs of Hope (Fortnightly column). **Voices A World Forum for Music Therapy Online**, Noruega, p. 1-3, 2003.

\_\_\_\_\_. Bumba meu Boi: a Brazilian Cultural Expression in Music Therapy. **Voices** a World Forum For Music Therapy, Noruega, p. 1-3, 2003.

\_\_\_\_\_. As Experiências Musicoterápicas nos Cursos de Musicoterapia: uma pesquisa qualitativa-fenomenológica. **Boletim de Pesquisa** 2003, Rio de Janeiro - RJ, p. 1-25, 2003.

\_\_\_\_\_. Carnival and Music Therapy. **Voices**, Noruega, p. 01-03, 2002.

\_\_\_\_\_. As Experiências Musicoterápicas nos Cursos de Musicoterapia: uma Pesquisa Qualitativa-Fenomenológica. Cd Rom do XI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, 2002.

\_\_\_\_\_. Music Therapy in South America. **Voices** a World Forum for Music Therapy, Fjordane/Noruega, v. 1, p. 1-7, 2001.

\_\_\_\_\_. An Impossible dream? **Voices** a World Forum for Music Therapy, Noruega, p. 1-3, 2001.

\_\_\_\_\_. De la Recreación Musical a la Composición: un Camino hacia la Expresión Individual de Chicos de la Calle. **Revista Música Arte y Proceso**, Vitória-Gasteiz, v. 7, p. 23-34, 1999.

\_\_\_\_\_. Da Recriação à Composição: um Caminho para o Desenvolvimento da Expressão Individual de Meninos de Rua. **Revista da União Brasileira de Associações de Musicoterapia**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 56-66, 1998.

\_\_\_\_\_. A Pilot Experience Using Music Therapy with Homeless Children. **Music Therapy International Report**, New York, v. 10, p. 64-69, 1996.

\_\_\_\_\_. Current Status of Music Therapy in Brazil. **Music Therapy International Report**, Valley Forge, v. 9, p. 29-32, 1994.

\_\_\_\_\_. Aspectos del Desemvolvimiento de un Cuadro de Epilepsia con Expresión Deficitária - Un Abordaje Musicoterapéutico. **Orientación Musicoterapeutica**, Buenos Aires, v. 40/43, p. 20-29, 1989.

\_\_\_\_\_. Qu'est-ce-que la Musique en Musicothérapie. *La Revue de Musicothérapie*, Paris, v. IV, n.4, p. 37-42, 1984.

\_\_\_\_\_. Musiktherapie - Studium in Rio de Janeiro (Brasilien). *Musik Therapeutische Umschau Forschung Und Praxis der Musiktherapie*, Stuttgart/new York, v. 4, p. 161-162, 1983.

\_\_\_\_\_. Die Musiktherapeutische Behandlung von Amusie bei einer patientin mit musikalischer Vorbildung. *Musiktherapeutische Umschau Forschung Und Praxis Der Musiktherapie*, Stuttgart/New York, v. 4, p. 205-212, 1983.

\_\_\_\_\_. A Musicoterapia da Amusia de uma Paciente com Formação Musical. **Boletim da Associação Brasileira de Musicoterapia**, Rio de Janeiro, v. Nº 2, nº Especial, p. 1-13, 1982.

\_\_\_\_\_. La Musicoterapia en el tratamiento de la Amusia de una Paciente con Formación Musical. **Orientación Musicoterapéutica**, Buenos Aires, v. 13/15, p. 6-13, 1982.

\_\_\_\_\_. A Musicoterapia no Tratamento do Distúrbio de Conduta do paralisado Cerebral. **Revista do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora**, Juiz de Fora, v. 7, p. 87-95, 1978.

\_\_\_\_\_. A Musicoterapia no Distúrbio de Conduta do Paralisado cerebral. **Boletim da Associação Brasileira de Musicoterapia**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 25-30, 1977.

\_\_\_\_\_. O Ensino da Musicoterapia no Rio de Janeiro. **Boletim da Associação Brasileira de Musicoterapia**, Rio de Janeiro, n. Especial, p. 14-17, 1977.

\_\_\_\_\_. O Ensino da Musicoterapia no Rio de Janeiro. **Boletim da Associação Brasileira de Musicoterapia**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 33-37, 1976.

\_\_\_\_\_. A Importância do Estágio para a Formação Profissional. **Boletim Nº 1 da Associação Brasileira de Musicoterapia**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 41-44, 1975.

\_\_\_\_\_. Música de feitizaria. **Revista do Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro**, v. 37, p. 171-183, 1965.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes; SANTOS, Marco Antônio Carvalho . A Natureza Polissêmica da Música e a Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 5-18, 1996.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes; SANTOS, Marco Antônio Carvalho . A Natureza Polissêmica da Música e a Musicoterapia. **Pesquisa Em Música**. Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro, v. 1 nº2, p. 51-65, 1995.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes; TAETS, Gunnar Glauco De Cunto . Música no cotidiano de cuidar: um recurso terapêutico para enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, v. 2, p. 1009-1016, 2010.

# IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇO MUSICOTERAPÊUTICO DE PACIENTES NEUROLÓGICOS EM CENTRO DE REABILITAÇÃO EM SP<sup>1</sup>

Marilena do Nascimento<sup>2</sup>

**Resumo:** Na década de 2000, para a implementação de serviço de atendimento clínico em Musicoterapia em um centro de reabilitação de pacientes neurológicos, a Associação de Assistência a Criança Deficiente – AACD, SP, Capital, foi necessário descrever as normativas dos processos e as fundamentações teóricas com as devidas referências literárias, que descrevessem os serviços aplicados no setor. O setor de musicoterapia participou das exigências da acreditação para receber o selo de qualidade, que na época foi um desafio para toda a equipe do centro de reabilitação. Hospitais e centros de Saúde, que aderiram ao conceito de qualidade, que é de grande relevância para a área das Ciências da Saúde, tem a oportunidade de receber treinamento e, elaborar os processos utilizados com transparência para toda a equipe que transita no serviço com a mesma qualidade. A benemérita professora Lia Rejane Barcellos colaborou de maneira importante para a implementação dos serviços de musicoterapia através dos artigos publicados nos Cadernos de Musicoterapia, sendo possível descrever processos e objetivos para a área com especial destaque para a ficha Musicoterapêutica e usar suas referências.

**Palavras-chave:** Musicoterapia. Ficha musicoterapêutica. Processo musicoterapêutico.

## Introdução

Na década dos anos 90 o serviço de musicoterapia iniciava de forma tímida seus primeiros atendimentos no centro de reabilitação AACD, na Capital de SP. Nesta altura, tudo era novo para o setor e foi necessário embasar o protocolo de atendimento em modelos médicos que a cultura interna, a logística e expectativa de reabilitação da época exigiam.

Poucos artigos científicos e publicações chegavam até o Brasil e os modelos nem sempre se aplicavam para a especificidade do modelo de reabilitação do Centro em questão.

1 Trabalho inscrito no concurso “Lia Rejane Mendes Barcellos: vida e obra” promovido pelo Seminário Estadual de Musicoterapia - 50 anos da AMT-RJ: De onde viemos, para onde vamos? Rio de Janeiro, Setembro de 2018.

2 Coordenadora de Reabilitação e Musicoterapeuta da Colmeia Medicina Integrada; Pesquisadora do Setor de Neurologia do Comportamento UNIFESP; Supervisora de Reabilitação e Mt da Associação de Assistência Criança Deficiente – AACD-SP-Brasil (1994-2011); Presidente da Associação Brasileira de Paralisia Cerebral-ABPC (2006/2010); Fellowship em Musicoterapia Neurológica-Academy for Neurologic Music Therapy; Especialista em Medicina Comportamental (UNIFESP). <http://lattes.cnpq.br/2824180100170523>. [marilena@colmeiamedicina.com.br](mailto:marilena@colmeiamedicina.com.br)

O modelo médico utilizado para atendimento no centro de reabilitação AACD é realizado por uma equipe multidisciplinar, como referido na obra Medicina e Reabilitação (FERNANDES e Col., 2007). Os autores colocam que “a equipe de reabilitação esta dedicada a avaliar as capacidades de cada paciente, estimulando e auxiliando descobrir todo seu potencial remanescente e desta forma facilitar a inclusão social superando as limitações impostas pela deficiência”. A visão do centro de reabilitação é embasada na afirmação do seu fundador: “Não se trata de fazer caridade ou filantropia, é preciso encarar friamente a causa da reabilitação como problema medico social- prioritário” (Dr. Renato da Costa Bonfim).

Abenemérita professora Lia Rejane Barcellos, como ela mesma nos conta, ainda como aluna estagiária nos anos de 1972, iniciou seu trabalho como musicoterapeuta clínica na Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação ABBR / Rio de Janeiro, instituição esta similar ao centro de reabilitação em São Paulo.

Talvez por este motivo, seus apontamentos publicados nos Cadernos de Musicoterapia descreviam com clareza a fundamentação que foi utilizada para a implementação do serviço de musicoterapia.

Outras referências literárias, que na época eram raras, os modelos terapêuticos apresentados por diferentes autores, não se enquadravam para a área de reabilitação neurológica na instituição em SP.

## **Desenvolvimento**

Na década de 2000, o recurso terapêutico através da música iniciava sua jornada e poucos cursos de formação faziam parte do cenário nacional.

O Curso de formação de Musicoterapeutas do Conservatório Brasileiro de

Música do Rio de Janeiro data de 1972, e demorou quase duas décadas para que outros cursos viessem se firmar. Podemos citar o caso da Universidade Federal de Goiás, que iniciou o curso oficialmente de formação de musicoterapia em 1999 (FLEURY, 2013).

Material de pesquisa e referências chegavam de maneira restrita para os profissionais da época.

Nos dias de hoje, com a internet, todas as áreas, de diferentes seguimentos, tem a facilidade de encontrar notícias, sugestões, definições e outras informações que o profissional pode acessar para complementar suas necessidades técnicas ou de educação continuada.

Na década de 2000 o acesso à informação acontecia mais comumente através das publicações. Para os musicoterapeutas brasileiros chegavam de forma tímida e quase que totalmente como resultado de um esforço “herculano” dos autores nacionais. Dependíamos das cópias e traduções de forma empírica.

Os autores nacionais disseminavam suas ideias e pesquisas pertinentes para o desenvolvimento da área, desprovidos de incentivo econômico e sem o apoio das instituições oficiais de pesquisa.

A Prof. e MT Lia Rejane Barcellos, de forma corajosa, ousada e determinada, seguindo seu ideais, indiferente a falta dos recursos para a área, elaborou, coordenou e, o mais importante, reuniu uma equipe envolvida que registrava, ainda que de forma modesta, mas persistente e disciplinada, suas experiências como musicoterapeuta e de outros colegas, publicando o que estava acontecendo no cenário nacional e internacional.

Foi a “benemérita professora”, que semeou suas experiências e agregando outros colegas e saberes, construindo desta forma, o que é hoje, o pensamento em espiral do conhecimento da profissão.

Esta atitude fez a diferença para a implementação do serviço de musicoterapia onde suas publicações foram de grande valia.

Atendendo a certificação que foi solicitada ao setor de Musicoterapia no centro de reabilitação, certificado este titulado de Qualidade ISO 9001, que na sequência dos anos sofreram as revisões atualizados, o setor teve como trajetória, a missão de identificar seus procedimentos terapêuticos.

Nesta altura, foram utilizadas como base literária as publicações do Bruscia, do Benezon e não menos, os da Prof. e MT Lia Rejane Barcellos, com destaque para o que nos chegou na década de 2000, através da publicação do Cadernos de Musicoterapia numero 4.

A política de Qualidade da Associação preconiza a seguinte visão: “Melhorar continuamente os serviços prestados no Centro de Reabilitação Física infantil e de adulto, através do aprimoramento dos recursos envolvidos: humanos, materiais e processuais, visando a satisfação do pacientes atendidos e favorecendo a integração social (Sistema de gestão de qualidade ISO, 9001)”. Considero que toda a “inspiração” para atender a certificação e implementação do setor que chegou até nós e, para os musicoterapeutas responsáveis pela certificação daquela época, foi principalmente através dos registros dos Cadernos de Musicoterapia que a professora teve a grande participação e generosidade em disseminar seus conhecimentos.

Como toda certificação de Qualidade preconiza, é importante que a equipe possa replicar os processos terapêuticos e receba treinamento onde se contempla

a utilização de forma única, onde todos os envolvidos possam realizar os mesmos procedimentos e com diferentes terapeutas, mesmo que aconteça em diferentes localidades. As exceções não devem ter protocolo com tratamento específico.

A central em São Paulo estuda e discute o modelo de reabilitação nas diferentes clínicas e o modelo elencado preferencialmente deve ser reaplicado nas unidades que estão em outras localidades em diferentes estados brasileiros.

A facilidade do idioma e do acesso às publicações dos Cadernos de Musicoterapia de alguma forma viabilizou estas questões para a equipe de musicoterapia, mesmo de outras localidades, facilitando o treinamento.

Considero que o Cadernos de Musicoterapia, onde está publicado: “Etapas do processo Musicoterapêutico ou para uma metodologia de musicoterapia”, foi o fio condutor para escrever e documentar os processo de musicoterapia do centro de reabilitação de SP na década de 2000.

Através do conteúdo foram elaborados os seguintes processos para cada modalidade de atendimento (NASCIMENTO, 2009):

#### Setor de Musicoterapia

- ANAMNESE (avaliação inicial / adulto infantil);
- Atendimento individual (infantil e adulto);
- Atendimento em grupo MT + psicologia (adulto /infantil);
- Atendimento em grupo MT + fonoaudiologia (adulto Infantil);
- Atendimento grupo Musicoterapia (adulto infantil);
- Grupo pacientes hospital;
- Supervisão; Discussão de caso;

- Relatório de evolução /orientação /alta e desligamento.
- Ficha musicoterapêutica (adulto e infantil).

A Ficha Musicoterapêutica apresenta ainda as especificações para os pacientes de clínicas ou idades diferentes como:

- a. Paralisia cerebral de 0 a 4 anos; de 4 a 8 anos ;12 a 16 anos.
- b. Clínica de Lesão Encefálica adquirida (adultos e infantil);
- c. Entre outras, as clínicas de pacientes da Neuro Muscular, Amputados, Paralisia Infantil .

## **Conclusão**

A benemérita professora , como ela mesma nos conta , iniciou seu trabalho como musicoterapeuta clínica na Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação ABBR, instituição similar ao centro de reabilitação em São Paulo e suas primeiras publicações nos Cadernos de Musicoterapia ajudaram a implementar o centro de reabilitação em SP. Além do acesso possível da obra, que estava disponível em associações de musicoterapia, nos eventos e encontros dos musicoterapeutas, a linguagem utilizada de forma clara e didática, viabilizou sua aplicação para o contexto da reabilitação.

Não podemos esquecer que o sistema de qualidade contempla treinamento para todos os envolvidos, e os musicoterapeutas do setor também tiveram a oportunidade de ter o acesso a esta obra.

Os documentos que integram a certificação do setor levam como referência bibliográfica o nome da professora Lia Rejane Barcellos.

Se não fosse a determinação e coragem da professora, nós os musicoterapeutas

da década de 2000, teríamos possivelmente mais dificuldades para implementar os serviços institucionais.

Os cadernos de musicoterapia inspiraram e ajudaram para a trajetória da implementação do setor de Musicoterapia da AACD.

## Referências

FERNANDES, A. C. et al. **Medicina e reabilitação: princípios e prática**. SP: Artes Médicas, 2007.

NASCIMENTO, M. Procedimentos de intervenção em musicoterapia para o sistema de qualidade. In NASCIMENTO, M. **Musicoterapia e reabilitação do paciente neurológico**. São Paulo: Memnom, 2009.

FLEURY, A. B., e FONSECA, L. P. **Dois casos musicoterapêuticos** : desafios e conquistas. Goiás : Kelps, 2013.



