

Sofia Cristina Dreher
Graziela Carla Trindade Mayer
(Organizadoras)

A Clínica na Musicoterapia

Avanços e Perspectivas



Sofia Cristina Dreher
Graziela Carla Trindade Mayer
(Organizadoras)

A Clínica na Musicoterapia

Avanços e Perspectivas

EST
São Leopoldo
2014

© 2014 Faculdades EST. Todos os Direitos Reservados.

Faculdades EST

Rua Amadeo Rossi, 467, Morro do Espelho

93.010-050 – São Leopoldo – RS – Brasil

Tel.: +55 51 2111 1400 | Fax: +55 51 2111 1411

www.est.edu.br | est@est.edu.br

Esta publicação reúne os textos apresentados e discutidos no XIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia (ENPEMT) e do V Fórum de Musicoterapia da AMT-RS, realizado na Faculdades EST, em São Leopoldo, RS, Brasil, entre os dias 12 e 14 de setembro de 2013.

Promoção do XIII ENPEMT e do V Fórum de Musicoterapia da AMT-RS: Associação de Musicoterapia do RS e Bacharelado em Musicoterapia da Faculdades EST.

Comissão organizadora do XIII ENPEMT: Graziela Carla Trindade Mayer, Sofia Cristina Dreher, Joana Haar Karam, Chiara Lorenzetti Herrera, Nicole Ferrari e Ruth Kratochvil.

Comissão científica dos textos publicados neste volume: Esp. Carmem Lúcia Vasconcelos – PE, Dra. Claudia Regina de Oliveira Zanini – GO, Dra. Cléo Monteiro França Correia – SP, Me. Leonardo Campus Mendes da Cunha – BA, Dra. Lia Rejane Mendes Barcellos – RJ, Me. Renato Tocantins Sampaio – MG, Dra. Rosemyriam Ribeiro dos Santos Cunha – PR e Ma. Sofia Cristina Dreher – RS.

Apoio: Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul

Copyright dos textos: dos autores e das autoras.

Capa: Rafael von Saltiel

Revisão: Walli Dreher e Sofia Cristina Dreher

Compilação e Editoração: Iuri Andréas Reblin

Esta é uma publicação sem fins lucrativos, disponibilizada gratuitamente.
Qualquer parte pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

A responsabilidade atinente à formatação e ao respeito às fontes é dos autores e das autoras dos textos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C641d A clínica na musicoterapia: [recurso eletrônico] avanços e perspectivas / Sofia Cristina Dreher, Graziela Carla Trindade Mayer, orgs. – São Leopoldo : EST, 2014. 296 p.;

ISBN 978-85-89754-31-6

E-Book, PDF

XIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

V Fórum de Musicoterapia da AMT-RS

Inclui referências bibliográficas

1. Musicoterapia – Congressos. I. Dreher, Sofia Cristina.
II. Mayer, Graziela Carla Trindade

Ficha elaborada pela biblioteca da EST

Sumário

Apresentação 7

Musicoterapia e seus benefícios no trabalho com idosos 9

DREHER, Sofia Cristina

KAPPKE, Sandra Cristina

ZANCHETTA, Claudimara

Musicoterapia com idosos institucionalizados na melhoria de habilidades de comunicação 21

DA LUZ, Luiza Thomé

Gênero e Musicoterapia: um olhar necessário 35

STEFFEN, Luciana

Desconstruindo Amélias: Musicoterapia com Mulheres em Situação de Violência Doméstica na Perspectiva da Teologia Feminista 47

KROB, Daniéli Busanello

Diálogo entre as novas práticas da musicoterapia e os cursos de formação de musicoterapeutas 61

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes

Grupo de Cordas "Alegria de Viver": A música como elemento terapêutico 77

LIMA, Fabio Roberto Monteiro de

A Identidade do Cantor: Questões e Possibilidades no *Setting* Musicoterapêutico 85

SANTOS, Carolina Ferreira

Integração de técnicas da Psicologia Biodinâmica e da Musicoterapia para proporcionar autorregulação: Massagem, música e relaxamento 95

SAKAI, Fabiane Alonso

Análise Da Produção De Subjetividade Em Um Trabalho Clínico De Psicoterapia E Musicoterapia Grupal 107

BRIGNOL, Rafael Marrero

Treino de Função Executiva Utilizando-se a Composição Musical Grupal na Esclerose Múltipla e Neuromielite Óptica 121

ABREU, Maycon

SILVEIRA, Welder

LANA-PEIXOTO, M. A.

LOUREIRO, Cybelle

Respostas Comportamentais do Prematuro de Risco à Musicoterapia 131

PEREIRA, Maria N.

SILVEIRA, Welder

CERQUEIRA, Paulo

LOUREIRO, Cybelle

O efeito da musicoterapia na alteração dos estados de alerta do prematuro 139

SILVEIRA, Welder

SAMAGAIO, Simone

PEREIRA, Noeme

CERQUEIRA, Paulo

MIRANDA, Débora

LOUREIRO, Cybelle

Musicoterapia e dislexia infantil: em busca do resgate da autoestima numa perspectiva sistêmica 153

PAULA, Karylla Amandla de Assis

NASCIMENTO, Sandra Rocha do

Investigação Sintomatológica do Transtorno de Ansiedade através da kalimba no Contexto Musicoterapêutico 161

PIRES, Everton Gonçalves

PRESSER, Adriana Dewes

A atuação do musicoterapeuta com adolescentes vítimas de abuso sexual: uma perspectiva sistêmica 173

ALMEIDA, Jennifer

VALENTIN, Fernanda

ÁVILA, Florença

Aspectos sociais e culturais do espaço da atividade musical em grupo 185

CUNHA, Rosemyriam

A musicoterapia como potencializador do vínculo mãe/bebê 195

MAYER, Graziela Carla Trindade

CASTOLDI, Luciana

Musicoterapia como recurso para auxiliar na vinculação saudável de cuidadores e pacientes 213

BERNARDES, Maurien Margarida

Musicoterapia no Tratamento de Reações Pós-Traumáticas: Tragédia na Boate Kiss – Relatos de Casos 227

KROB, Daniéli Busanello

PASINI, Diego

STEFFEN, Luciana

A prática musicoterapêutica em “Grupo de Apoio ao Luto” 241

ARNDT, Andressa Dias

VOLPI, Sheila

Contribuições da música na aquisição da linguagem 251

COVRE, Josiane Fernanda

OLIVEIRA, Celia Torres de

O Silêncio em Musicoterapia - Um olhar sobre um Processo Grupal 263

FERREIRA, Sara Ataídes de Souza

ZANINI, Claudia Regina de Oliveira

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

MEDEIROS, Ivany Fabiano

A relação entre a expressão corporal e a dinâmica do grupo em musicoterapia 277

SILVA, Ludmila de Castro

ZANINI, Claudia Regina de Oliveira

Estudo Comparado e a Música no Currículo dos Bacharelados em Musicoterapia do Brasil 291

ARRUDA, Mariana Lacerda

Apresentação

A compilação de textos que será apresentada nesse volume é resultado de pesquisas que vem sendo desenvolvidas no Brasil sobre a aplicação da Musicoterapia. Durante o XIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e o V Fórum de Musicoterapia da AMT-RS, promovido pela Associação de Musicoterapia do RS, com apoio do Bacharelado em Musicoterapia da Faculdades EST, profissionais e estudantes de Musicoterapia puderam apresentar trabalhos, trocar experiências e suscitar ideias para novas pesquisas. Sob o tema “A clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas”, participantes provindos de 11 estados brasileiros se reuniram na cidade de São Leopoldo/RS entre os dias 13 e 14 de setembro de 2013.

Em nome do bacharelado em Musicoterapia da Faculdades EST e da Associação de Musicoterapia do RS queremos registrar aqui os nossos sinceros agradecimentos à Comissão Organizadora (MT Graziela Carla Trindade Mayer, MT Sofia Cristina Dreher, MT Joana Haar Karam, MT Chiara Lorenzzetti Herrera, MT Nicole Ferrari e MT Ruth Kratochvil) e à Comissão Científica (Mt Esp. Carmem Lúcia Vasconcelos – PE, Mt Dra. Claudia Regina de Oliveira Zanini – GO, Mt Dra. Cléo Monteiro França Correia – SP, Mt Me. Leonardo Campus Mendes da Cunha – BA, Mt Dra. Lia Rejane Mendes Barcellos – RJ, Mt Me. Renato Tocantins Sampaio – MG, Mt Dra. Rosemyriam Ribeiro dos Santos Cunha – PR e Mt Ma. Sofia Cristina Dreher – RS) do evento.

Sofia Cristina Dreher

Coordenadora do Bacharelado em Musicoterapia da Faculdades EST

Graziela Carla Trindade Mayer

Presidente da Associação de Musicoterapia do RS

Musicoterapia e seus benefícios no trabalho com idosos

*DREHER, Sofia Cristina*¹

*KAPPKE, Sandra Cristina*²

*ZANCHETTA, Claudimara*³

Introdução

O envelhecimento é uma etapa natural do desenvolvimento em que cada indivíduo passa por mudanças fisiológicas. Segundo Rolini & Forti (2009, p. 57), o fenômeno do envelhecimento está mais presente no mundo atual e com isso torna-se cada vez mais necessário estudar mecanismos que ajudem essa crescente população a ter uma vida mais digna e de qualidade.

A Organização das Nações Unidas – ONU denomina o período que vai de 1975 a 2025 de Era do Envelhecimento (SCHONS E PALMA, 2000, p. 53). É momento de se repensar a velhice de forma a ressaltar as suas virtudes, potencialidades e características, promovendo a longevidade saudável do idoso.

Segundo Moragas (apud ALCÂNTARA, 2004, p. 21), o cuidado do idoso foi atribuído, ao longo da história, aos descendentes, ou seja, a família tem como responsabilidade satisfazer inúmeras necessidades, sendo elas físicas, psíquicas e sociais. Porém com as transformações da sociedade,

¹ Bacharel em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná. Especialista em Comunicação e Semiótica pela PUC/PR. Mestre em Filosofia pela UNISINOS. Professora e Coordenadora do Bacharelado em Musicoterapia da Faculdades EST. Musicoterapeuta no Lar Moriá. São Leopoldo/RS E-mail: sofiadreher@hotmail.com

² Bacharel em Musicoterapia pela Faculdades EST. Musicoterapeuta no Itapema Resort Geriátrico, no Residencial Geriátrico Praia dos Amores e na AMA Litoral-SC. Balneário Camboriu/SC. E-mail: s.kappke@hotmail.com

³ Bacharel em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná. Especialista em Gerontologia Clínica e Social e em Psicologia Corporal Reichiana. Professora na Faculdade Aberta da Terceira Idade – FATI - FEPAR. Musicoterapeuta no Lar de Idosos Recanto do Tarumã. Curitiba/PR. E-mail: clauzanchetta@gmail.com

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

essas atribuições vêm sendo atendidas por organizações alheias à família. Um exemplo são as Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI's.

Nas IPLI'S há uma grande procura por vagas, não só por parte dos idosos com alta dependência, mas também por idosos *jovens*, entre 60 e 65 anos, independentes, que foram afastados do mercado de trabalho e da proteção familiar, em decorrência das transformações socioeconômicas em curso na nossa sociedade.

A musicoterapia é uma prática terapêutica que está cada dia mais presente na atuação com idosos, estimulando o prazer de cantar, tocar, improvisar, criar e recriar a suas histórias musicais.

A partir da prática musicoterapêutica, verifica-se os benefícios que as sessões de Musicoterapia provocam nos idosos, mas de que forma mostrar essas conquistas para aqueles que não se encontram presentes na sessão? A partir de questionamentos como este, surgiu um grupo de discussão de musicoterapeutas no eixo sul do país que formulou uma pesquisa. A ideia central foi a construção de um protocolo para computar dados de forma simples, direta e eficaz. Esta pesquisa propõe relatos da construção deste protocolo a partir de observações de três profissionais do sul do Brasil, atuando, uma vez por semana, com sessões de uma hora e que deve ser finalizada em fevereiro de 2015.

Metodologia e Estratégias de ação

No projeto que foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades EST e aprovado sob o protocolo de número: 08/2013, constam os seguintes objetivos:

- coletar informações acerca de protocolos de avaliação em Musicoterapia com idosos existentes no Brasil e no exterior;
- elaborar um protocolo de avaliação em Musicoterapia com idosos de acordo com a realidade brasileira;
- aplicar o protocolo nos grupos de idosos;

- verificar a funcionalidade e a qualidade dos dados do protocolo.

Cabe ressaltar aqui que, nesse momento, o projeto se encontra no terceiro objetivo, ou seja, aplicação do protocolo.

A proposta inicial desse projeto foi investigar a existência de protocolos de avaliação do trabalho da Musicoterapia com terceira idade no Brasil e no mundo. A partir deles, elaborar um protocolo que vá de encontro à realidade brasileira e aplicar o mesmo. Para a aplicação do protocolo elaborado, optou-se pelas Instituições de Longa Permanência onde as musicoterapeutas/pesquisadoras já desenvolvem seus trabalhos. Torna-se importante destacar que as três instituições possuem pequenas diferenças em termos de clientela, organização e fator financeiro. Essa diversidade é importante, pois a intenção do protocolo é que ele possa ser utilizado em situações diversas. As instituições estão localizadas no eixo sul do país, a saber, Casa Matriz de Diaconisas – Lar Moriá/RS; Itapema Resort Geriátrico/SC e Socorro aos Necessitados - Lar dos Idosos Recanto do Tarumã/PR.

O Lar Moriá é uma instituição para idosos, administrado pela Casa Matriz de Diaconisas. Ele foi criado em 1956, quando a Irmandade mudou-se para sua residência maior no Morro do Espelho, São Leopoldo/RS. Inicialmente, o lar ocupava somente uma ala com 18 quartos. Os poucos lugares e a demanda crescente levaram a Casa Matriz a buscar recursos para uma nova construção. O lar foi ampliado e oferece hoje lugar para 70 idosos. No dia da inauguração do novo prédio, em 1º de maio de 1995, o lar recebeu o nome de “Moriá”, que lembra o monte bíblico, no qual Deus se revelou como “aquele que vê e provê” e onde foi edificado um templo ao Senhor. O Lar Moriá oferece residência permanente ou temporária. Mas também tem o serviço “Passa Dia” para famílias que não querem deixar o idoso sozinho em casa, durante o dia.

Trata-se de uma ILP – Instituição de Longa Permanência, de cunho privado, que recebe idosos de ambos os sexos, provindos da região metropolitana de Porto Alegre/RS. Os quartos, em sua grande maioria

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

individuais, estão vazios, para que os idosos possam trazer as suas mobílias e pertences, dando assim um aspecto de sua morada.

As sessões de musicoterapia são realizadas duas vezes por semana de forma grupal. A média de participação é de 25 a 30 idosos. Trata-se de um grupo misto, com demências, Alzheimer, Parkinson, cegueira, cadeirantes, lúcidos, entre outros. Todos são livres para participar, lembrando que o Lar dispõe de mais atividades, tais como, atividades de terapia ocupacional, grupo de psicologia, dança sênior, entre outras.

O Itapema Resort Geriátrico iniciou seu trabalho no dia 01 de março de 2012 nas dependências de um antigo hotel, na cidade de Itapema/SC. É uma residência de cunho privado, para idosos independentes e com qualquer grau de dependência, onde oferece serviços adequados com profissionais experientes da área. O residencial recebe idosos advindos da região litorânea de Santa Catarina e de outros estados também. Os quartos podem ser ocupados de forma individual ou em dupla. A equipe é composta por médico geriatra, enfermagem 24 horas, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico e musicoterapeuta. O ambiente é solidário e acolhedor, visando resgatar a autoestima e os valores individuais, contribuindo para a felicidade e uma melhor qualidade de vida dos idosos.

As sessões de musicoterapia são realizadas duas vezes por semana de forma grupal. A média de participação é de 20 a 25 idosos. O grupo é misto, composto por idosos com demência, Alzheimer, AVC, cegueira, cadeirantes, lúcidos, entre outros. Todos os moradores são livres para participar.

O Socorro aos Necessitados é uma associação civil, de caráter filantrópico, com fins não econômicos, fundada em 21 de setembro de 1921. A instituição é mantenedora do Lar dos Idosos Recanto do Tarumã, atendendo, aproximadamente, 105 idosos. A instituição recebeu em 2002 e 2005 o Prêmio Bem Eficiente que tem como objetivo reconhecer publicamente as 50 melhores entidades filantrópicas brasileiras. Ao longo dessas décadas tem-se estruturado para melhor atender aos necessitados, dispõe de uma equipe de funcionários experientes e de instalações que

oferecem qualidade de vida a idosos, consolidando-se atualmente como uma das mais tradicionais entidades do Paraná.

O Recanto do Tarumã é uma instituição destinada a cuidar de idosos do sexo masculino e que se encontram em uma situação de fragilidade social e sem vínculos familiares. O lar é considerado uma ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos, não utilizando mais a referência de asilo, pois, segundo Alcântara (2004, p. 31), asilo é um estereótipo negativo associado à pobreza, abandono e rejeição familiar.

Os grupos de musicoterapia têm em média 25 idosos, moradores do Lar dos Idosos, com demência ou não. Por ser considerada “casa” por esses idosos, o grupo é livre para participar ou não. A maioria dos participantes é fixa, porém é possível ter uma rotatividade de participantes em alguns encontros.

O critério de inclusão para a pesquisa foi ser morador dos lares, onde as pesquisas serão realizadas, e participar das sessões de musicoterapia. Da mesma forma, o critério de exclusão, foi não ser morador dos lares e/ou não participar das sessões de Musicoterapia.

A pesquisa possui cronograma de abril/2013 a fevereiro/2015. Se em algum momento, os pesquisadores perceberem a necessidade de prolongar a pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa será informado. Da mesma forma, a pesquisa será interrompida em caso de desistência de um dos pesquisadores, sendo o Comitê informado.

Os dados da pesquisa estão sendo obtidos através de filmagens de uma sessão semanal do grupo com duração de uma hora. Cabe salientar que os grupos possuem dois atendimentos semanais, porém a filmagem está sendo feita apenas em uma sessão semanal. O projeto não prevê uma estrutura pré-determinada de sessão, pois a intenção é criar um protocolo que possa auxiliar os musicoterapeutas com atuações distintas, em termos de atividades e sequência. O projeto destaca a importância de manter a individualidade de cada trabalho e ao mesmo tempo apresentar um protocolo que seja capaz de abranger essas individualidades. No entanto, as atividades deverão trabalhar elementos: de comunicação, de funções

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

cognitivas, de função sensório-motora e de função social/emocional e comportamental, que constam no protocolo elaborado. Cabe ressaltar ainda que pesquisadores voluntários, tais como estudantes de musicoterapia e outros, foram convocados para auxiliar nas filmagens, computação e análise dos dados.

Os recursos físicos são os locais onde as musicoterapeutas/pesquisadores já realizam trabalho de musicoterapia, ou seja, os locais citados anteriormente. Da mesma forma, os recursos humanos são os musicoterapeutas, moradores dos lares e pesquisadores voluntários. Os custos da pesquisa são de única e exclusivamente de responsabilidade dos pesquisadores.

Resultados e Discussão

Num primeiro momento optou-se por investigar no Brasil e no exterior trabalhos de Musicoterapia com idosos. Nessa primeira busca, encontrou-se os trabalhos de Musicoterapia com idosos realizados por Zanini (2007), Alcântara-Silva (2009), Delabary (2009), Luz (2011), Zanchetta (2009), Nogueira (2010), Tourinho (2006), Domingos (2009) entre outros no Brasil. Da mesma forma, uma das grandes referências mundiais e pioneiras, continua sendo o trabalho de Bright (1993).

A partir desses trabalhos, passou-se a pesquisar sobre protocolos de musicoterapia específicos no trabalho com o idoso. Deparou-se então com o trabalho de Cunha (2006), trabalho realizado com pacientes com Alzheimer, no qual havia um pequeno roteiro de perguntas referente ao trabalho de musicoterapia realizado com essa clientela. De acordo com Cunha (2006, p. 221-222),

A pesquisa foi norteadada pelos seguintes objetivos: perceber as ações efetivadas pelos sujeitos enquanto interagiam por meio das técnicas musicoterapêuticas e observar a ocorrência de pautas de socialização no decorrer das atividades. Foram registrados dados relativos à frequência e permanência dos pacientes nas sessões e quanto ao índice de ações ativas realizada pelos mesmos. Consideraram-se como manifestações ativas as atitudes realizadas por vontade e capacidade própria do indivíduo, que, ouvindo as intervenções verbais ou musicais feitas pela musicoterapeuta

do desenrolar da sessão, realizava o que se pedia, acompanhando o ritmo do grupo e revelando compreensão e elaboração das mensagens comunicadas. Foram observadas as seguintes ações ativas: a) interação com os membros do grupo; b) percussão dos instrumentos do grupo; c) cantar; d) movimentar de membros inferiores, quando solicitado; e) movimentar de membros superiores, quando solicitado; f) dançar.

Como o trabalho realizado nas três ILPs é de forma grupal, todos os tipos de demências e dificuldades se encontram reunidas. Dessa forma, o protocolo encontrado não atendia a nossa necessidade. Essa também foi uma de nossas preocupações, que a construção do protocolo não levasse em conta um grupo específico, mas que pudesse ser aplicado a diferentes formações grupais de idosos, sejam as diferenças de estrutura e condições de atendimento ou a variedade de patologias e/ou condições de saúde dos participantes.

O segundo trabalho, com o qual se teve contato, ainda em Olinda durante o XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, foi o de Loureiro (2012) onde foi apresentado um protocolo para o idoso. De acordo com Loureiro (2012, p. 434-435),

Foi criado um protocolo musicoterapêutico multimodal que avalia individualmente cada integrante em um atendimento em grupo com duração variável em torno de uma hora e meia de atendimento. Foram avaliados itens voltados para a percepção e performance musical. As técnicas utilizadas pertencem ao modelo de musicoterapia neurológica. As variáveis foram memória de longo prazo (MLP), memória de curto prazo (MCP), comunicação compreensiva e expressiva, ritmicidade motora dos membros superiores e inferiores, imediatismo de resposta, humor, entreinment (acoplamento) com o andamento da música usando-se os membros inferiores e superiores ou alternados. No final de cada sessão foi utilizada uma atividade de vocalização que incluía novamente a avaliação de MCP e MLP. Estas respostas foram anotadas de forma quantitativa. Foi também aplicado o teste de Qualidade de Vida Geral versão Abreviada (WHOQOL-Bref) no início e no final do semestre de tratamento.^{3,4} O teste WHOQOL-Bref é composto de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os dados do protocolo de musicoterapia foram coletados em nove sessões semanais.

Como a pesquisa envolvia outros departamentos da instituição de ensino, foram utilizados protocolos provenientes de outras áreas. Esse protocolo também não foi aderido à presente pesquisa, pois não vai de

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

encontro com a realidade diária dos musicoterapeutas, ou seja, não possuímos setores interdepartamentais que trabalhem simultaneamente. Esses foram os dois trabalhos de musicoterapia no Brasil mais próximos à temática pesquisada.

No exterior, foi encontrada a pesquisa de Ingelmo (2012), realizada na Universidad Pontifica de Salamanca, subsidiada pelo Governo da Espanha. Trata-se de um protocolo de evolução musicoterapêutica para pessoas com Alzheimer e outras demências. O protocolo está subdividido em quatro grandes áreas, a saber, área Psicomotriz, área Perceptivo-cognitiva, área de Comunicação e Linguagem e área Sócio-emocional. De acordo com Ingelmo (2012, p. 13),

Hemos diseñado un protocolo de evaluación criterial centrado em competencias personales de desarrollo psicológico de acuerdo a cuatro áreas: psicomotriz, perceptivo-cognitiva, comunicación y lenguaje, y sócio-emocional. Hemos buscado que estuviera diseñado con un lenguaje compatible con las jergas de otros profesionales de disciplinas sócio-sanitarias y de las ciencias humanas y sociales, para facilitar la comprensión de las aportaciones de los musicoterapeutas a los diferentes equipos interdisciplinarios en los que forma parte.

A pesquisa apresenta 18 folhas de tabelas do protocolo para serem preenchidas. Trata-se de uma pesquisa minuciosa e de excelente qualidade. O presente protocolo não foi utilizado nesta pesquisa por dois motivos. O primeiro aspecto é que ela possui um protocolo muito extenso, o que requer muito tempo do musicoterapeuta para preencher o mesmo. Da mesma forma a realidade brasileira nem sempre dispõe de uma filmadora e um voluntário para poder captar tantos detalhes. O segundo aspecto levantado é que o protocolo se destina a pessoas com Alzheimer e a intenção desse projeto é para grupos mistos.

Ao longo de nossa prática e leituras, verificou-se que a questão da memória, interação social e movimentação corporal são os objetivos destacados em trabalhos na musicoterapia com idosos. Passou-se então a trabalhar com as quatro áreas apresentadas no trabalho de INGELMO, incluindo algumas perguntas provindas da pesquisa deles e acrescentando perguntas que provinham do trabalho das musicoterapeutas/pesquisadoras e

que não estavam contempladas no protocolo deles. O que segue são alguns exemplos de perguntas por área que constam no protocolo elaborado para essa pesquisa:

Área psicomotriz:

- Pegou um instrumento?
- Tocou o instrumento?
- Tocou o instrumento de forma rítmica?

Área da Comunicação e Linguagem:

- Cantou as canções com auxílio de texto?
- Solicitou canções?
- Propôs atividades?

Área Perceptivo-cognitiva:

- Lembrou o nome dos participantes?
- Lembrou-se de uma canção a partir de uma palavra?
- Lembrou-se de uma canção a partir de uma melodia?

Área Sócio-emocional:

- Mostrou uma atitude de ajuda e colaboração com os demais?
- Estabeleceu contato físico com o Musicoterapeuta?
- Aceitou o contato físico por parte dos participantes?

As respostas foram definidas de quatro formas:

AV = às vezes

S = sim

N = não

EM BRANCO = quando aquela habilidade não foi verificada, por não ter sido trabalhada naquela sessão.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Com o decorrer das sessões, observou-se que algumas adaptações devem ser feitas e incluídas. Por exemplo, quando há um participante cego, o fato de ele não ler a folha, é diferente do fato de não ter a capacidade de ler, pela falta de visão. Essas demais observações irão culminar na reformatação da proposta original.

Considerações Finais

Ao investigar os trabalhos de musicoterapia com idosos, realizados no Brasil, observou-se que existem semelhanças de atuação e de intenção na perspectiva de computar os benefícios do trabalho. No entanto, observamos que trabalhos no exterior têm tido mais sucesso na elaboração de material de apoio para essa coleta e comprovação. O que se faz necessário é a construção de materiais que venham ao encontro da realidade brasileira, criativa, mas carente de recursos tecnológicos disponíveis.

O protocolo elaborado e que está sendo aplicado contém 34 itens assim distribuídos:

- Área psicomotriz: 11
- Área da Comunicação e Linguagem: 9
- Área Perceptivo-cognitiva: 10
- Área Sócio-emocional: 4

Até o momento foram realizadas seis filmagens e, respectivamente, o preenchimento do protocolo, sendo que a coleta de dados se estende até agosto de 2014. Levando em conta que a pesquisa ainda está em andamento, pode-se verificar até o momento que o protocolo é uma ferramenta interessante para o registro dos atendimentos em musicoterapia, independente da dificuldade em que se encontra o idoso. A pesquisa completa será publicada e disponibilizada à comunidade científica da musicoterapia ao final do projeto.

Referências

- ALCÂNTARA-SILVA, Tereza Raquel de M. et al. Contribuição da Musicoterapia no Tratamento do paciente com Demência do Tipo Alzheimer – Relato de Experiência. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009; . *Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, XI Fórum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*. Curitiba: Griffin, 2009.
- ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. *Velhos Institucionalizados e Família: entre abafos e desabafos*. Campinas: Alínea, 2004.
- BRIGHT, Ruth. *La musicoterapia en el tratamiento geriátrico: una nueva visión*. Buenos Aires: Bonum, 1993.
- CUNHA, Rosemyriam. Musicoterapia na abordagem do idoso. *Revista científica FAP*, Curitiba, v. 2, jan./dez. 2007.
- DELABARY, Ana Maria L. de Souza. Desafios e possibilidades na musicoterapia com idosos. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009; . *Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, XI Fórum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*. Curitiba: Griffin, 2009.
- DOMINGOS, Ana Carolina Rodrigues de Camargo et al. Efeitos da Reabilitação Interprofissional em grupo sobre as habilidades cognitivas em idosos com demência. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009; . *Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, XI Fórum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*. Curitiba: Griffin, 2009.
- INGELMO, Elena González (Coord). *SEMPA: Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas com Alzheimer y otras Demencias*. Madrid: IMSERSO, 2012.
- LOUREIRO, Cybelle M. V. et al. Protocolo de avaliação em Musicoterapia do idoso em uma instituição de longa permanência: uma abordagem interdepartamental. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 14., Olinda, 2012. *Anais do XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia/ Associação de Musicoterapia do Nordeste*. Olinda, 2012. Disponível em:

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

<http://14simposiomt.files.wordpress.com/2012/02/final_-_xiv_simpc3b3sio.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2013.

LUZ, Luiza Thomé da. *Musicoterapia com idosos asilares institucionalizados na melhoria de habilidades de comunicação*. Monografia (Especialização em Saúde Mental) – UNESC, Criciúma, 2011.

NOGUEIRA, Flávia Barros. *Musicoterapia e gerontologia: estimulação da eficácia cognitiva em idosos institucionalizados*. Monografia (Graduação) – Faculdade Paulista de Artes, 2010.

ROLIM, Flavia Sattolo; FORTI, Vera A. Madruga. *Envelhecimento e Atividade Física: Auxiliando na Melhoria e Manutenção da Qualidade de Vida*. In: DIOGO, Maria José D; NERI, Anita L; CACHIONI, Meire. Campinas: Alínea, 2009.

SCHONS, Carme Regina; PALMA, Lucia Terezinha Saccomori. *Conversando com Nara Costa Rodrigues: sobre gerontologia social*. 2. ed. Passo Fundo: UPF, 2000.

TOURINHO, Lucia Maria Chaves. O Idoso e a Musicoterapia: promoção de saúde. In: FREITAS, Elizabete Viana de Freitas et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ZANCHETTA, Claudimara; WACHHOLZ, Patrick Alexander. *OS VELHOS GURIS: Relato de experiência com musicoterapia em instituição de longa permanência para idosos*. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009; . *Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, XI Fórum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*. Curitiba: Griffin, 2009.

ZANINI, Cláudia Regina de Oliveira. Coro-terapêutico – um olhar do musicoterapeuta para o idoso do novo milênio. In: BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. *Vozes da Musicoterapia Brasileira*. São Paulo: Apontamentos, 2007.

Musicoterapia com idosos institucionalizados na melhoria de habilidades de comunicação

DA LUZ, Luiza Thomé¹

Introdução

A prática clínica musicoterápica foi realizada em uma ILPI localizada no município de Criciúma/SC. A instituição é de natureza beneficente, sem fins econômicos e lucrativos, de assistência social, com a finalidade de atender a população que vive em situação de vulnerabilidade social.

O local conta com uma equipe multiprofissional e funcionários que trabalham com a missão de oferecer qualidade de vida ao idoso, desenvolvendo ações de Proteção Social Especial de alta Complexidade, atendendo às necessidades de cuidados com assistência, saúde, alimentação, higiene, repouso, lazer e oferece serviços de atenção biopsicossocial, priorizando o vínculo familiar e comunitário, e a defesa de direitos dos idosos.

A Instituição desenvolve os seguintes programas e projetos para os idosos em níveis de dependência I, II e III. O nível de dependência I abrange idosos independentes, mesmo que usem equipamentos de autoajuda (cadeira de rodas, andadores, bengala, entre outros). O nível II refere-se aos idosos com dependência em até três atividades diárias (tais como: alimentação, mobilidade e higiene) sem comprometimento cognitivo ou cognitivamente controlado através de medicações. O terceiro nível comporta idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado (para a vida diária e ou comprometimento cognitivo).

¹ Bacharel em Musicoterapia pela Faculdades EST (2007) de São Leopoldo/RS. Pós-graduada em Saúde Mental pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (2011) e Mestranda em Gerontologia Biomédica pela PUCRS. Atua como musicoterapeuta na Clínica Crescer (Reabilitação Neurológica), no Espaço Longevittá (Clínica de Geriatria) e à domicílio em Criciúma/SC. Email: luizathomedaluz@gmail.com Currículo Lattes disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/6880809004803781>>.

Objetivos

Este estudo buscou investigar os benefícios das atividades musicais oferecidas em Musicoterapia, evidenciando uma melhora nas habilidades de comunicação interpessoal dos idosos. Através do oferecimento de atividades musicais foram desenvolvidos os seguintes objetivos: a) verificar se existe diferença entre as técnicas musicoterápicas aplicadas, denominadas Audição, Recriação, Composição e Improvisação, visando a melhoria de habilidades de comunicação interpessoal do idoso; b) identificar quais são as técnicas musicoterápicas que promovem uma melhora nas habilidades de comunicação interpessoal do idoso; e, c) investigar qual a contribuição dada pelas atividades musicais na demanda cognitiva do idoso para a execução de atividades diárias.

O idoso

A Terceira Idade é considerada como a etapa do ciclo vital que se inicia por volta dos 65 anos de idade e que finda com a morte. O envelhecimento é um acontecimento biológico, universal e inerente a todo ser humano (OLIVEIRA, 2010).

No processo de envelhecimento o corpo sofre limitações, apresentando também perdas na consciência da temporalidade. O envelhecimento não se manifesta biologicamente de forma homogênea devido às experiências de vida e à variabilidade genética, provocando consequências sociais e psicológicas, sendo que seu bem-estar emocional resulta da interação e do vínculo social (MORAGAS, 1997; OKUMA, 1998).

O envelhecimento deve ser entendido como um processo de mudanças ao longo da vida, com redução e perdas, mas também com reorganização de caráter funcional e estrutural (SANTOS, 2005). Com o passar dos anos, os idosos não usufruem mais de seu corpo como antes, e pela acomodação, passam a desconhecer seu potencial biológico, sua capacidade de mover-se, seus recursos físicos e motores, o que os leva à inatividade. As habilidades de comunicação também são fundamentais para a interação social em que o

idoso vive, representando uma via de expressão e manutenção da saúde (RODRIGUES; SILVA, 2012).

Música na Terceira Idade

Recursos musicais configuram possibilidades para o tratamento de pacientes geriátricos através da gratificação que a experiência musical lhes oferece. Fazer música em grupo oportuniza ao idoso o desenvolvimento de habilidades intra e interpessoais. A música promove o restabelecimento da sociabilidade pela experiência criativa comunitária (BOXBERGER; COTTER, 1968).

Participar ativa ou passivamente de uma atividade musical possibilita a expressão de um desejo de compartilhar e de pertencer a um grupo social. A música pode levar o idoso a interagir com outras pessoas, amenizar o isolamento social e manter ou melhorar a aptidão física, que auxiliará na capacidade funcional. Com pessoas idosas, com dificuldades de comunicação, posturais ou de locomoção, são oferecidos em Musicoterapia movimentos corporais de forma sistemática. Cada gesto realizado pelo idoso será entendido como um movimento que lhe favoreça a realização de atividades do seu cotidiano, bem como que o torne capaz de se expressar e de comunicar suas demandas de forma consciente, intencional e sensível (BARROS, 2001).

Benefícios das atividades musicais para o idoso

A música promove energia e vida a muitas pessoas de vida tardia, seja para aqueles que perderam suas funções cognitivas ou físicas, ou para aqueles que vivenciaram a perda de entes queridos ou sua identidade profissional (GASTON, 1968). Sentimentos de inutilidade e desespero são transformados em orgulho quando as pessoas idosas mostram que ainda são capazes de serem criativas e que podem aprender novas habilidades.

As perdas que naturalmente acompanham o processo de envelhecimento contribuem para um enfraquecimento de si mesmo. Estas

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

percepções são anuladas quando os idosos têm a oportunidade de participar de um grupo ou colaborar numa experiência musical que permite alguns a compor, a ouvir, a cantar, empregando o maior nível de potencial criativo. O envolvimento numa experiência musical, individual ou em grupo, nos faz lembrar um tempo feliz que pode ser extremamente revitalizante (BRIGHT, 1981; CLAIR, 1996; HANSER, CLAIR, 1995; SMITH, LIPE, 1991).

Os ritmos, danças e cantos em grupo, assim como atividades musicais em grupo, estabelecem uma comunicação especial entre os participantes e entre os que estão em público. A música é uma comunicação não verbal. Isto é fundamental para compreender a influência que a música exerce sobre a conduta. (GASTON, 1968, p. 41)

A música permite a mobilização, o reforço da capacidade de comunicação e de expressão, facilita a interação social e melhora o contexto de vida da pessoa anciã, conduzindo-a fora do isolamento. Através destas práticas musicais é possível comunicarmos nossas emoções mais delicadas. De acordo com McClosky (1985), a música é eficaz terapeuticamente porque é a mais social de todas as artes e são precisamente os aspectos da vida social que são afetados na doença mental e na velhice. Músicas preferidas podem promover um ambiente impessoal (como a de um lar de idosos), menos intimidante, melhorar a interação social, e diminuir a sensação de isolamento (BRIGHT, 1972; MCCLOSKY, 1985):

Quando o homem se percebe como um instrumento, como um corpo sonoro, e descobre que estes sons podem ser organizados, nasce a música. Começa ele, então, a manejá-los, convertendo-os em matéria nova, em um fantástico veículo expressivo. (MILLECCO, MILLECCO FILHO, BRANDÃO, 2001, p. 05)

Déficits sensoriais contribuem para o desempenho intelectual reduzido, dificultando um contato maior com familiares e amigos. A Musicoterapia pode ser muito útil em clubes e programas comunitários para idosos. É através das atividades musicais e dos atendimentos que os mesmos podem reestruturar suas vidas. Palmer (1977) incentivou a participação ativa dos residentes mentalmente ou fisicamente deficientes do lar de idosos em atividades musicais. Ela observou que a musicoterapia pode ser uma parte importante da reabilitação social, emocional e física de um residente.

O fazer musical é uma espécie de ação musical com importantes conseqüências para outros tipos de ações sociais. A música não é apenas reflexiva; ela é também generativa tanto como sistema cultural quanto como capacidade humana. (ARROYO, 1999, p. 28)

As necessidades psicológicas e sociais requerem um acompanhamento terapêutico, procurando ofertar outra via para minimizar o sofrimento. Com a experiência musicoterapêutica o idoso pode vivenciar uma melhora na percepção de seu estado geral de saúde. Lidar com perdas, degeneração, limitações e conseqüente dependência faz pensar que algo se tem que fazer pelos idosos, não só terapêuticamente, mas, sobretudo preventivamente, possibilitando-lhes qualidade de vida.

Música e Musicoterapia no Ambiente Asilar

Os efeitos combinados entre fatores que levaram à colocação em um lar de idosos e as características da situação de vida institucional resultam frequentemente em prejuízos sociais, físicos, mentais e emocionais. Déficits nestas áreas incluem desorientação, memória de curto prazo, instabilidade emocional, passividade, perda da função física, e insatisfatórios relacionamentos sociais.

Há uma série de estratégias de reabilitação, oferecidas pela musicoterapia, que pode ser usada para melhorar a qualidade de vida dos idosos confinados aos lares de idosos e outros ambientes institucionais. Um dos objetivos da musicoterapia centra-se em ajudar a modificar a conduta dos idosos, para que possam assumir um papel definido na vida e que possam voltar a empregar todas as suas capacidades. As atividades musicais ajudam na manutenção do potencial criativo, proporcionando um canal de comunicação entre o grupo e o musicoterapeuta.

Técnicas Musicoterápicas

A música atua como um canal de comunicação direto de nossas expressões, estimulando a expressão verbal e/ou não verbal, a atividade mental, a afetividade e os órgãos fonoarticulatórios. “A musicoterapia deve

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

ser utilizada como válvula de escape dos impulsos criativos das pessoas mais velhas” (DONAHUE, 1954, p. 125).

Através de técnicas de Recriação, Audição, Composição e Improvisação, o musicoterapeuta organiza as operações e as interações com o paciente (BRUSCIA, 2000). A Recriação musical permite o resgate de capacidades antes esquecidas. A Audição musical individual e/ou coletiva oportuniza o relacionamento interpessoal, sentindo-se rejuvenescidos e mudando seu comportamento.

O ritmo, o canto, as audições musicais convocam os pacientes a emitir suas respostas individuais e coletivas. A musicoterapia opera através de técnicas, assumindo que a experiência musical confere um significado para o paciente, e que ele possa usar a música para experimentar mudanças significativas em sua vida.

Metodologia

Para contemplar esta pesquisa foi realizada uma análise fenomenológica, não linear, envolvendo conteúdo das respostas musicais obtidas ao longo das intervenções realizadas. A análise dos dados foi realizada através de protocolos descritivos de cada sessão, obtidos a partir dos registros audiovisuais. O instrumento que subsidiou a análise do processo foi elaborado a partir de cada registro obtido (Protocolo de Análise das Sessões).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) em 31 de agosto de 2010 (protocolo nº 201/2010). A amostra constituiu-se por vinte e oito (28) idosos, sendo quinze (15) mulheres e treze (13) homens, com idades acima de sessenta (60) anos. Foram tomados como objetos de análise desta investigação, aqueles que aceitaram participar das sessões.

O critério de inclusão eram idosos residentes na instituição, categorizados como indivíduos com Grau de Dependência um (1). O critério de exclusão foi a condição de não aceitar participar das sessões, e/ou de excluir-se do grupo durante a fase de atendimento, e/ou ter idade inferior a

sessenta (60) anos de idade e/ou estar categorizado por outro Grau de Dependência maior do que um (1).

Resultados e discussão

A faixa etária atendida compreendia dos 50 aos 90 anos de idade, na sua maioria formada por mulheres. A maioria era residente, alguns se encontravam em situação de abandono e outros recebiam visitas familiares. Na sua maioria, a população alvo era acometida por demência senil; desorientação/confusão mental, inabilidades motoras de membros superiores; hemiplegias (com paralisação de membros superiores), hemiparesias, patologias psiquiátricas, entre outras patologias impeditivas.

O registro de cada sessão de atendimento musicoterápico visou obter subsídios para a coleta de dados, destacando as mudanças efetuadas na comunicação oral dos integrantes da pesquisa (a exemplo do abrir e fechar a boca, trocas, acréscimos e omissões fonológicas, memorização, acompanhamento e recuperação de textos de canções) verificadas em cada atividade musical proposta a partir de uma determinada técnica musicoterápica.

Eles responderam melhor às técnicas de Audição e Recriação. Ao ouvir as canções, eles acionavam imagens auditivas que auxiliaram a manter informações e a acessar dados da memória. Cantando, tocando, lembraram e verbalizaram os bons momentos das suas vidas. Quando traziam uma canção para ser executada em grupo, também traziam para si o sentimento de companhia, de estarem junto àquelas pessoas queridas. Cada canção representou uma pessoa, um momento especial na sua vida. O passado apresentou-se ao presente de cada paciente.

A Recriação permitiu a participação de cada idoso na vida de seus pares. Cantando voltaram a se sentir valorizados, com algo a contribuir. Pertencer a um grupo para ser escutado, deixou para trás aquele sentimento de isolamento, de abandono social. Cantando, surgiram momentos de serem escutados, ouvidos, apreciados, valorizados e, também, surgiram ocasiões coletivas para escutar os outros. Passaram a acreditar que ainda podem ser

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

capazes de contribuir com sugestões e, assim, sentirem-se competentes para outras realizações na vida. A participação no grupo permitiu a descoberta de novos potenciais, dando-se conta que ainda eram pessoas esperadas em um grupo. Passaram a acreditar em si e nos outros, voltaram a ter desejos e a realizá-los. O grupo passou a ocupar o lugar de sua família, daqueles que deixaram de visitá-los ou mesmo de manter qualquer tipo de contato. Participar de um grupo musical possibilitou a organização pessoal e a realização de trocas interpessoais. A música ajudou a vencer o isolamento social.

Os benefícios dos encontros semanais fizeram mudanças em suas atividades diárias, motivando ainda mais a participarem e se sentirem envolvidos no grupo. A aplicação musicoterápica num contexto asilar abriu canais de comunicação e ampliou as relações entre os próprios participantes. Os encontros semanais organizaram os idosos no espaço e no tempo, melhorando a capacidade de fala, a comunicação expressiva, receptiva e funcional.

Considerações Finais

A institucionalização de idosos em lares, abrigos, instituições de longa permanência, compromete o ajustamento social. O contato com muitas dessas instituições, apesar das diferentes estruturas de apresentação, revelam um quadro de abandono, desalento e uma condição de desesperança em que muitos idosos vivem. Oferecer aos idosos cuidados médicos, de alimentação, de higiene, entre outros atendimentos ainda são insuficientes para competir com os benefícios que a musicoterapia pode oferecer.

Os atendimentos musicoterápicos auxiliaram os idosos a modificar suas condutas nos ambientes asilares. Assumiram papéis mais ativos no âmbito social, empregando as capacidades individuais ainda preservadas pela música em terapia.

Concluiu-se que a força dos elementos não verbais oferecidos pelas experiências musicais foram significativas para que muitos continuassem acreditando que ainda eram capazes, não só de realizar determinadas tarefas

no grupo, mas de transferir o sentimento de ser capaz para outras situações do cotidiano. A experiência estética oferecida pela música promoveu um aumento individual na autoestima dos idosos e na concepção de voltar a sentir a beleza pela vida.

Referências

ARROYO, M. *Representações sociais sobre práticas de Ensino e Aprendizagem musical: Um Estudo Etnográfico entre congadeiros, professores e estudantes de música*. Tese (Doutorado em Música) – UFRGS, Porto Alegre, 1999.

BARROS, D. R. A Gerontologia de Intervenção. *Revista Eletrônica Informativa GRD*, Rio de Janeiro, Ano 2, n. 3, Jan./Jun. 2001. Disponível em: <<http://www.geocities.com/grdclube>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

BOXBERGER, R.; COTTER, V. W. *El paciente geriátrico*. In: GASTON, Thayer (Org.). *Tratado de Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós, 1968.

BRIGHT, R. *Music in geriatric care*. Melville, NY: Belwin-Mills Publishing Corp, 1972.

BRIGHT, R. *Music in geriatric care*. New York: Musicgraphics, 1981.

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

CLAIR, A. A. The effect of singing on alert responses in persons with late stage dementia. *Journal of Music Therapy*, n. 33, p. 234-247, 1996.

DONAHUE, Wilma. The challenge of growing older. In: BING, Mariana (Org.). *Music therapy*. Lawrence: Allen Press, 1953. p. 119-126.

GASTON, Thayer. *Tratado de Musicoterapia*. Buenos Aires: Editora Paidós, 1968.

HANSER, S. B., CLAIR, A. A. 'Retrieving the Losses of Alzheimer's Disease for Patients and Caregivers with the Aid of Music.' In: WIGRAM, T.; SAPERSTON, B. & WEST, R. (Eds.). *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1995.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

MCCLOSKEY, L. J. *Music and the frail elderly. Activities, Adaptation, and Aging*. v.7, p.73-75, 1985.

MILLECCO FILHO, L. A.; BRANDÃO, M. R. E.; MILLECCO, R. P. *É preciso cantar: musicoterapia, cantos e canções*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

MORAGAS, Ricardo. *Gerontologia Social: Envelhecimento e qualidade*. São Paulo: Paulinas, 1997.

OKUMA, S. S. *O idoso e a atividade física*. Campinas: Papyrus, 1998.

OLIVEIRA, Sonia Onofri de. Envelhecendo com sabedoria. In: FERREIRA, Carlos Alberto de Mattos, HEINSIUS, Ana Maria (Orgs). *Psicomotricidade na saúde*. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2010. p. 187-203.

PALMER, M. D. Music Therapy in a comprehensive program of treatment and rehabilitation for the geriatric resident. *Journal of Music Therapy*, v. 14, p.190-197, 1977.

RODRIGUES, Adriana Guimarães; SILVA, Ailton Amélio. Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, v. 46, N. 3, p. 403-412, 2012.

SANTOS, Suely. Habilidade motora e envelhecimento. In: TANI, G. *Comportamento Motor: Aprendizagem e Desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 173-184.

SMITH, D. L., & LIPE, A. W. Music therapy practices in gerontology. *Journal of Music therapy*, v. 28, p. 193-210, 1991.

Anexo A: Protocolo De Análise Das Sessões

Sessão nº:

Data:

Horário de início:

Horário de término:

Participante:

Idade:

Diagnóstico presumido:

Dificuldade(s) de comunicação oral:

Objetivos específicos delineados:

(descrição)

Relato descritivo da sessão

Início

- a) Diferenças de respostas musicais a partir das técnicas musicoterápicas.
- b) Descrição dos benefícios alcançados pelas técnicas musicoterápicas
- c) Contribuição promovida pela música para a execução de atividades diárias.

Desenvolvimento

- a) Diferenças de respostas musicais a partir das técnicas musicoterápicas.
- b) Descrição dos benefícios alcançados pelas técnicas musicoterápicas
- c) Contribuição promovida pela música para a execução de atividades diárias.

Conclusão

- a) Diferenças de respostas musicais a partir das técnicas musicoterápicas.
- b) Descrição dos benefícios alcançados pelas técnicas musicoterápicas
- c) Contribuição promovida pela música para a execução de atividades diárias.

Resultados obtidos (avaliação dos objetivos delineados)

- a) Diferenças de respostas musicais a partir das técnicas musicoterápicas.
- b) Descrição dos benefícios alcançados pelas técnicas musicoterápicas
- c) Contribuição promovida pela música para a execução de atividades diárias.

Discussão dos resultados

- a) Diferenças de respostas musicais a partir das técnicas musicoterápicas.
- b) Descrição dos benefícios alcançados pelas técnicas musicoterápicas
- c) Contribuição promovida pela música para a execução de atividades diárias.

Observações e Inferências

Pontuação da supervisão clínica

Metas para a próxima sessão

Fonte: Elaborada pela autora

Anexo B

<p>Sessão 01* Data: 01.09.2010 Término: 10h15min</p> <p>Participantes: 21 idosos (6 homens e 15 mulheres)</p> <p>Idades: 01. (65); 05. (82); 06. (81); 10. (61); 11. (79); 16. (85); 20. (89); 21. (63); 23. (88); 24. (72); 27. (63); 29. (63); 31. (75); 33. (76); 37. (82); 38. (84); 39. (69); 40. (84); 47. (83); 48. (71); 49. (69).</p> <p>01. Agenor; 05. Amaro; 06. Ângela; 10. Aroldo; 11. Avelina; 16. Eneclina; 20. Inês; 21. Iria; 23. Joaquina; 24. Joeli; 27. Jurema Velho; 29. Luzia; 31. Maria Izabel; 33. Marinho; 37. Mercedes; 38. Naidia; 39. Nelso; 40. Nerci; 47. Tereza; 48. Valentin; 49. Vanilda.</p> <p>Início - 9h30min - Atividades com Canções</p> <p>Técnicas musicoterápicas: T.A.= Audição / T.R.= Re-criação</p>	
a)	<p>1- <i>Beijinho Doce</i>: MT cantou acompanhada ao violão</p> <p>2- <i>Andorinhas</i>: MT cantou acompanhada ao violão</p> <p>3- <i>Menino da Porteira</i>: MT cantou acompanhada ao violão</p> <p>4- <i>Chico Mineiro</i>: MT cantou acompanhada ao violão</p> <p>T.A. (sem reações motoras; apatia) = 01, 11, 21, 23, 31 e 33 (movimentos de mãos e braços, vocalizações) = 05, 06, 10, 20, 27, 29, 37, 38, 39, 40, 47 e 48</p> <p>T.R. (vocalizações) = todos</p>
b)	<p>T.A. (sem reações motoras) 23 (leves movimentos corporais com mãos, modulação do afeto, sorriso responsivo, vocalizações) = as/os demais</p> <p>T.R. (sem respostas) = 23 e 31 (abrir e fechar a boca, memorização dos textos, mov. com palmas) = os/as demais</p>
c)	<p>T.A. motricidade oral, atenção a ordens, melhora da expressividade oral, memória</p> <p>T.R. linguagem oral, tomada de iniciativa, deglutição, condicionamento respiratório, movimentos das articulações e reforço muscular</p>
<p>Desenvolvimento - 9h40min às 10h20min - Atividades com Canções</p> <p>Técnicas musicoterápicas: T.A.= Audição / T.R.= Re-criação</p>	
a)	<p>1- <i>Família</i>: audição de CD com acompanhamento de voz e gestos</p> <p>2- <i>Bandeira Branca</i>: audição de CD com acompanhamento vocal</p> <p>3- <i>Cabeçinha no ombro</i>: MT cantou acompanhada ao violão</p> <p>4- <i>Felicidade</i>: MT cantou acompanhada ao violão</p> <p>5- <i>Ó Dbre Alias</i>: MT cantou acompanhada ao violão</p> <p>T.A. (sem reações motoras; apatia) = 01, 11, 23 e 33 (movimentos de mãos e braços, vocalizações) = 06, 37 e 49</p> <p>(movimentos de mãos e braços) = 05, 24, 27, 29, 38 e 48</p> <p>T.R. (vocalizações) = 06, 20, 21, 29, 40 e 49</p>
b)	<p>T.A. (sem reações motoras) = 01, 11, 23 e 33 (leves movimentos com mãos, modulação do afeto, sorriso responsivo, vocalizações) = as/os demais</p> <p>T.R. (sem respostas) = 11 e 23 (abrir e fechar a boca, memorização dos textos, mov. com palmas) = 06, 05, 11, 10, 20, 21, 37, 40, 47, 48 e 49</p>
c)	<p>T.A. = motricidade oral, atenção a ordens, melhora da expressividade oral, memória e percepção</p> <p>T.R. = linguagem oral, tomada de iniciativa, condicionamento respiratório, movimentos das articulações, reforço muscular e relacionamento interpessoal</p>
<p>Conclusão - 10h20min às 10h30min - Atividades com Canções</p> <p>Técnicas musicoterápicas: T.A.= Audição / T.R.= Re-criação</p>	
a)	<p>1- <i>Acorda Maria Bonita</i>: MT cantou o texto com o nome de cada paciente solicitando que batam palmas e que fiquem de pé, com exceção dos cadeirantes</p> <p>2- <i>Maezinha do Céu</i>: solicitação de 10; MT cantou acompanhada ao violão</p> <p>T.A. (sem reações motoras; apatia) = 23 e 33 (movimentos de mãos e braços, vocalizações) = 05, 10, 11, 16, 20, 21, 29, 40, 47, 48 e 49</p> <p>(em pé) = 01 e 40</p>
b)	<p>T.R. (vocalizações) = 16, 20, 21, 29, 37, 38, 40, 47 e 49</p> <p>T.A. (sem reações motoras) = 01, 23 e 33 (leves movimentos com mãos, modulação do afeto, sorriso responsivo, vocalizações) = as/os demais</p> <p>T.R. (sem respostas) = 23 e 31 (abrir e fechar a boca, memorização dos textos, mov. com palmas) = 05, 06, 10, 11, 16, 20, 21, 24, 27, 29, 37, 38, 39, 40, 47, 48 e 49</p>
c)	<p>T.A. = identidade, tomada de iniciativa, motricidade oral, atenção a ordens, melhora da expressividade oral, memória e motivação</p> <p>T.R. = deglutição, linguagem oral, tomada de iniciativa, condicionamento respiratório, movimentos das articulações e reforço muscular, participação e aumento da auto-estima</p>

Resultados obtidos	
a)	<p>TA o grupo demonstrou atenção sonora na execução de canções</p> <p>TR os pacientes 01, 23, 31 e 33 não demonstraram reações motoras</p>
b)	<p>TA os pacientes 05, 06, 10, 11, 16, 20, 21, 27, 29, 37, 38, 39, 40, 47, 48 e 49 estavam mais atentos às ordens solicitadas pela MT</p> <p>TR os pacientes 01, 23, 31 e 33 não demonstraram reações motoras e mantiveram-se apáticos</p>
c)	<p>TA o grupo demonstrou melhora na expressividade oral e tomada de iniciativa</p> <p>TR o relacionamento interpessoal e mobilidade corporal melhoraram</p>
Discussão dos resultados	
a)	<p>TA a paciente 21 não participou no início e ao final estava fazendo trocas com a MT</p> <p>TR todos os pacientes demonstraram modulação de afeto ao escutar as canções, exceto os pacientes 01, 23, 31 e 33</p>
b)	<p>TA os pacientes ficaram mais dispersos, sem responsividade oral</p> <p>TR os pacientes demonstraram maior responsividade verbal ao cantar as canções com movimentos</p>
c)	<p>TA mantiveram a atenção na execução de canções com CDS e participaram com movimentos de mãos</p> <p>TR aumento no diálogo entre os participantes e com a MT</p>
Observações e inferências	
<p>Havia idosos participando (cantando e batendo palmas) que não estavam no círculo do grupo e/ou que estavam classificados como Grupo 2.</p> <p>A paciente 16 entrou na roda na música "<i>Bandeira Branca</i>".</p> <p>O paciente 24 saiu da roda na música "<i>Bandeira Branca</i>".</p>	
Pontuação da supervisão clínica	
<p>Cantar mais próximo de cada paciente</p> <p>Evitar motivações com palmas a cada final de atividade</p> <p>Cuidar a infantilização da linguagem</p>	
Metas para a próxima sessão	
<p>Melhorar a atenção sonora</p> <p>Estimular a mobilidade corporal</p> <p>Melhorar a amplitude dos movimentos articulares</p> <p>Melhorar as habilidades de atenção e percepção</p> <p>Aumentar o diálogo entre os participantes</p>	

*Conforme informações obtidas (Imagens do vídeo 01)

Fonte: Elaborada pela autora.

Gênero e Musicoterapia: um olhar necessário¹

STEFFEN, Luciana²

Introdução

A partir de 1968, com a pesquisa de Robert Stoller (1984), o termo *gênero* passou a ser compreendido de forma que as diferenças entre homens e mulheres não ocorrem pela sua estrutura biológica (sexo), mas pela influência da cultura, sendo “a construção cultural do que se constituem os papéis, as funções e os valores considerados inerentes a cada sexo em determinada sociedade” (DEIFELT, 2003, p. 172).

A categoria analítica de gênero surgiu na década de 80, a partir dos movimentos feministas “como meio de avaliar a diferença entre os sexos e denunciar o uso de certos poderes a partir da afirmação da diferença” (GEBARA, 2001, p. 104). Para Ivone Gebara (2001, p. 105), o gênero como categoria analítica mostra que “poderes atuam na divisão social do trabalho e na organização dos diferentes aspectos da vida em sociedade, ligados à relação entre homens e mulheres”, denunciando relações de poderes nos papéis sociais, políticos e religiosos de homens e mulheres (GEBARA, 2001).

Uma hermenêutica a partir da categoria de análise de gênero nos leva a compreender que há um entendimento de que cabe às mulheres o espaço privado (âmbito familiar) e aos homens, a responsabilidade pelo sustento da família (âmbito público) (TEIXEIRA, 2008), o que “predispõem as mulheres a valores como paixão, ternura, maternidade (tudo que remete ao mundo privado e doméstico) ao passo que os homens teriam como características inerentes a lógica, o raciocínio, a cultura e o mundo público/político” (DEIFELT, 2003, p. 172-173).

¹ O presente trabalho foi realizado com o apoio da CAPES – Brasil.

² Bacharela em Musicoterapia, mestranda em Teologia na Faculdades EST, bolsista da CAPES, São Leopoldo-RS. E-mail: lucianast@gmail.com.

Segundo Ivone Gebara (2001, p. 140),

a cultura me educou de modo a tomar consciência de que há coisas que são da minha responsabilidade como mulher. Tudo o que se refere à vida do lar, à alimentação e o cuidado dos filhos e dos doentes, à produção da harmonia doméstica, é de minha responsabilidade. A cultura se ocupa em produzir em mim, por meio da culpabilidade, um mecanismo de controle de minha autonomia e de minha criatividade. E se eu não vivo de acordo com este ideal estabelecido, sou infeliz. A cultura me forma segundo um ideal de beleza, de bondade e de virtude. A obediência à cultura é apresentada como minha felicidade, mas quase sempre esta obediência não passa de um aspecto formal de felicidade ou, em outras palavras, ela não é minha felicidade. Obedecer me torna infeliz e desobedecer me torna culpável e culpada.

Assim, através desses papéis hegemônicos de gênero criados culturalmente, as pessoas são encarceradas nessas identidades de gênero de acordo com o seu sexo e há um controle para que permaneçam de acordo com elas (TORRÃO FILHO, 2005), o que influencia sua liberdade de escolha, sentindo-se inclusive culpadas, como pode ocorrer por exemplo com uma mulher que não dedica todo o seu tempo para o cuidado com filhos/a e com a casa. As diferenças entre homens e mulheres são frequentemente entendidas como inatas, naturais e utilizadas como justificção de desigualdades entre as pessoas (GEBARA, 2001). A categoria de gênero auxilia na compreensão de que, mesmo que haja diferenças entre homens e mulheres, assim como cada pessoa é diferente da outra, estas não justificam as desigualdades criadas historicamente que geraram uma hierarquia de gênero (BICALHO, 2003).

O termo feminismo ou feminista surgiu através dos movimentos feministas, iniciados por mulheres que lutavam por direitos que só competiam aos homens, os quais através da sua variedade devem ser considerados no plural (DESCARRIES, 2000). O feminismo se refere, no geral, à desconstrução das relações e representações normativas de gênero (DESCARRIES, 2000), à equidade social e liberdade (CORNELL, 1998). O termo feminista e feminismo é aqui entendido como crítica ao sexismo e à hierarquia de poder nas relações sociais, esse deve ser o entendimento de uma perspectiva feminista, que visa a equidade e que pode e deve ser praticada tanto por mulheres quanto por homens.

Considerando que essas diferenças são reproduzidas e aceitas entre homens e mulheres, são geradas desigualdades de gênero nos mais diversos âmbitos. São raras as interseções entre Musicoterapia, gênero e feminismo. Estima-se que discutir sobre as relações de gênero na Musicoterapia seja relevante no tratamento musicoterapêutico. O presente artigo visa investigar relações entre feminismo, gênero e Musicoterapia através de uma revisão bibliográfica a fim de fomentar relações de gênero mais equitativas no atendimento musicoterapêutico, conscientizando musicoterapeutas das implicações das desigualdades de gênero. A análise de gênero pode potencializar a percepção dessas diferenças de gênero (AUAD, 2006), conscientizando musicoterapeutas das desigualdades de gênero e como elas podem influenciar negativamente o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas atendidas em Musicoterapia.

Objetivos

O objetivo principal da pesquisa é investigar possíveis contribuições da análise de gênero e feminismo na Musicoterapia.

Metodologia

A presente pesquisa é bibliográfica e qualitativa. Foi realizada uma busca de artigos científicos com a inclusão dos termos musicoterapia, feminismo ou feminista, e gênero, especialmente no Portal de Periódicos da CAPES e nos principais periódicos da área da Musicoterapia, como o *Journal of Music Therapy*, *Music Therapy Perspectives*, *Music Therapy*, *Voices* e *Nordic Journal of Music Therapy*. Foi utilizado também um CD-ROM contendo as três primeiras revistas mencionadas entre os anos 1964-1998 (AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION, 1999).

Serão apresentados os materiais encontrados e uma introdução sobre terapia feminista, devido às poucas referências sobre Musicoterapia e gênero ou feminismo. Após, serão apresentadas algumas reflexões sobre feminismo, gênero, Musicoterapia e ética.

Resultados e discussão

Na área da Musicoterapia foram poucos os artigos encontrados que trazem pesquisas com a perspectiva de gênero ou feminista. A partir dos periódicos pesquisados foi encontrado um livro coletânea, nomeado *Feminist Perspectives in Music Therapy*,³ editado por Susan Hadley, um dos poucos trabalhos relacionados encontrados. Sandra Curtis (1996), uma das escritoras do livro, escreveu uma tese de doutorado sobre o assunto. Também foi encontrado o artigo *Expanding music therapy practice: Incorporating the feminist frame*, também de Susan Hadley e Jane Edwards.⁴

Barbara Wheeler (2006) menciona que algumas pesquisas em Musicoterapia contêm elementos de pesquisa feminista, mas não apresentam uma perspectiva feminista. Nos periódicos *Journal of Music Therapy*, *Music Therapy Perspectives*, *Music Therapy*, *Voices* e *Nordic Journal of Music Therapy*, eventualmente são mencionadas as diferenças de gênero, algumas vezes somente mencionando que foram encontradas diferenças entre homens e mulheres nas pesquisas, mas sem aprofundar o tema, sem o propósito de promover uma visão feminista e não-sexista.⁵ No Brasil, são raros os estudos sobre o tema. Inicia-se em 2010 alguns estudos pioneiros que investigam a Musicoterapia na violência contra as mulheres.⁶

³ HADLEY, Susan (Ed.). *Feminist perspectives in music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2006.

⁴ EDWARDS, Jane; HADLEY, Susan. Expanding music therapy practice: Incorporating the feminist frame. *The Arts in Psychotherapy*, v. 34, p. 199-207, 2007.

⁵ Outro artigo de mesma autoria: HADLEY, Susan; EDWARDS, Jane. Sorry for the silence: The contribution of feminist discourse(s) to music therapy theory. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, v. 4, n. 2, 2004. Entre outras bibliografias encontradas, mas sem acesso tem-se: ALMUDENA, Asensio Alcázar. *Musicoterapia y violencia de género*. Don Benito: Editorial EDITA, 2009; DILEO, Cheryl. *Ethical Thinking in Music Therapy*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books, 2000.

⁶ Veja: KROB, Daniéli Busanello; SILVA, Laura Franch S. da. *Comigo não, violão!*: Musicoterapia com Mulheres em Situação de Violência Doméstica. São Leopoldo: Faculdades EST, 2010; CAMEJO, Josiani I.; SILVA, Laura Franch. S. da. *Forte e Feminina: A Musicoterapia como Articuladora de Mudanças à Mulher em Situação de Violência*. São Leopoldo: Faculdades EST, 2010; KROB, Daniéli Busanello. *Desconstruindo Amélias: Musicoterapia com mulheres em situação de violência doméstica sob a ótica da teologia feminista*. 2013. 127 p. Dissertação (Mestrado) –

As terapias feministas surgiram na segunda geração do feminismo, nos anos 1970. A bibliografia sobre terapia feminista, e ética e terapia feminista já começa a tomar corpo.⁷ A terapia feminista surge a partir de questões esboçadas nos movimentos feministas, como o reconhecimento de que o pessoal é político, as críticas sobre as teorias e práticas psicológicas e sua dominação masculina no campo, e da consciência dos papéis sociais como controle social (EVANS; KINCADE; SEEM, 2011). Assim, as terapias feministas incluem a filosofia e valores do feminismo nos valores e abordagens terapêuticas (EVANS; KINCADE; SEEM, 2011).

A ideia de terapia feminista surgiu através de grupos de conscientização de mulheres visando sua autonomia e emancipação, por trocas de experiências, com a participação de psicólogas; as primeiras terapeutas feministas, que vindas das tradições humanista e psicanalítica, passaram a repensar suas práticas terapêuticas (KOLLER; NARVAZ, 2006). Há uma diversidade de psicologias/terapias feministas, devido à variedade de temas de estudo e métodos de investigação. Assim como as outras áreas que envolvem o feminismo, não há a pretensão da terapia feminista tornar-se uma área separada, mas sim, contestar as práticas tradicionais (SAAVEDRA; NOGUEIRA, 2006).

Alguns princípios com que as psicologias/terapias feministas no geral concordam são: conscientizar o/a paciente a perceber se há influência externa (social e política) nos seus problemas, sobre a qual ele/a pode

Escola Superior de Teologia, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2013.

No México foi encontrado o artigo: JUAN, Teresa F. de. Musicoterapia y género: una nueva vision en el trabajo de reconstrucción de la identidad en mujeres que padecen violencia doméstica y ante determinadas situaciones de salud. In: PADILLA, María. (Ed). *Líneas de investigación científica de los miembros del Sistema Mexicano de Investigación en Psicología*, Guadalajara, Jalisco, Universidad de Guadalajara, 2010.

⁷ Algumas bibliografias: STURDIVANT, Susan. *Therapy with women: a feminist philosophy of treatment*. New York: Springer Publishing Company, 1980; EVANS, Kathy; KINCADE, Elizabeth A.; SEEM, Susan. R. *Introduction to Feminist Therapy: Strategies for Social and Individual Change*. Los Angeles: SAGE, 2011; BALLOU, M.; HILL, M.; West, C. (Eds.). *Feminist therapy theory and practice: A contemporary perspective*. New York: Springer, 2008. Jornais Periódicos que abordam o tema: *Women & Therapy; Psychology of Women Quarterly*, e sobre ética e terapia feminista: RAVE, E. J.; LARSEN, C. C. (Eds.). *Ethical Decision Making in Therapy: Feminist Perspectives*. New York: Guilford Press, 1995.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

exercer controle; a relação entre terapeuta-paciente deve ser igualitária; as perspectivas femininas devem ser validadas (KOLLER; NARVAZ, 2006; CURTIS, 2006); criticar as concepções tradicionais da psicologia positivista tradicional; incluir fatores contextuais, como desigualdades e opressão (de gênero, entre outros: raça/etnia, classe social, orientação sexual, deficiência...) na origem das dificuldades individuais e familiares, ao invés de ajustar os indivíduos e as famílias aos papéis tradicionais; considerar todos os seres humanos na teoria e prática, mostrando a necessidade de expandir o conceito de identidade para incluir todas as pessoas; desenvolver uma consciência feminista; apontar que o/a terapeuta é um/a opressor/a em potencial, e mostrar que as/os pacientes têm o poder e a capacidade de efetuar mudanças no contexto em que vivem, sendo muitas vezes patriarcal (DILEO, 2006).

Antes do surgimento das terapias feministas, as diferenças culturais e de gênero, assim como seus efeitos não eram considerados na saúde mental e no processo terapêutico (EVANS; KINCADE; SEEM, 2011). Dessa forma considerava-se que o papel do meio social não tinha relação com as angústias e problemas das/os pacientes, sendo vistos como fraquezas, falhas somente da/o paciente, sem relação com as experiências de opressão do meio social. Os papéis tradicionais de gênero eram considerados norma, e quem ousasse se afastar desses papéis era visto como desajustada/o (EVANS; KINCADE; SEEM, 2011).

Ser um/a terapeuta feminista significa adotar valores e suposições feministas para guiar a prática terapêutica, promovendo uma terapia não sexista e livre dos estereótipos e desigualdades de gênero. Ler sobre terapia feminista auxilia na conscientização das opressões e desigualdades de gênero existentes entre as pessoas, auxilia a perceber que quem não vive de acordo com as expectativas sociais normativas de gênero, vive experiências diárias de opressão. Significa entender o contexto, e que as dificuldades das/os pacientes podem estar atreladas com o meio, e com as relações desiguais de gênero. Além do mais, requer uma revisão de conceitos que auxiliam no entendimento necessário para produzir as mudanças que as/os pacientes precisam (EVANS; KINCADE; SEEM, 2011).

Assim como a categoria analítica de gênero e as perspectivas feministas, as terapias feministas pregam que os comportamentos construídos como apropriados para cada sexo precisam ser desconstruídos (EVANS; KINCADE; SEEM, 2011).

Em suma, as psicólogas feministas aspiram à promoção de uma disciplina aberta à mudança, que valorize e promova a igualdade e a justiça social entre grupos e indivíduos e que seja activa na insistência para o bem-estar, quer de homens, quer de mulheres, de todos os grupos sociais (SAAVEDRA; NOGUEIRA, 2006, p. 123).

A análise de gênero/feminista na Musicoterapia é fundamental para não reproduzir desigualdades de gênero e influenciar negativamente o tratamento musicoterapêutico. Algumas contribuições da perspectiva feminista são oferecidas para musicoterapeutas. Entre elas: a autorreflexão da/o musicoterapeuta sobre suas tendências e percepções sobre os papéis de gênero, valores e atitudes, e orientação teórica, já que a consciência desses processos culturais influencia na relação terapêutica (SHUTTLEWORTH, 2006).

Sue Shuttleworth (2006) oferece outras contribuições: utilizar uma autoavaliação, sendo que a análise de gênero e de poder auxilia nesse processo de conscientização; conhecer as terapias feministas; pensar em cada paciente como única/o e dentro de um contexto; considerar a influência de fatores socioculturais nas/os pacientes; inserir uma análise de gênero/poder na avaliação inicial para auxiliar no entendimento de como a/o paciente se vê nas suas relações; envolver a/o paciente no processo terapêutico para validar seus conhecimentos; promover relações equitativas; entrar em contato com as crenças, valores, e preferências musicais da/o paciente; além de acrescentar os princípios das terapias feministas no seu trabalho, visando sempre uma relação terapêutica equitativa e colaborativa.

Entre as contribuições da ética feminista na Musicoterapia pode-se salientar o autoconhecimento e a importância de estar sempre se automonitorando (DILEO, 2006). Musicoterapeutas precisam estar cientes de preconceitos e limitações advindos dos papéis de gênero que podem estar reproduzindo. Também é importante enfatizar o contexto do comportamento

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

ético, pois muitos códigos de ética têm limitações em relação a como trabalhar em contextos variados, sendo necessário considerar como essas abordagens são e não são relevantes à diversidade clínica que as/os musicoterapeutas encontram nas situações clínicas diárias (DILEO, 2006).

Entre outras recomendações que Cheryl Dileo (2006) oferece para ajustar os códigos de ética da musicoterapia, temos: enfatizar as virtudes da/o terapeuta para se tornar um/a profissional ético, mostrar como prevenir problemas éticos, ter a ética como um processo continuado, sempre se atualizando, diminuir as relações de poder entre terapeuta-paciente e considerar o empoderamento como um dos objetivos principais terapêuticos.

Cheryl Dileo (2006) acredita ser importante para os/as musicoterapeutas conhecerem sobre terapia feminista e ética e terapia feminista, pois mesmo não incorporando essas abordagens no seu trabalho, terão uma visão melhor de seu trabalho e deles/as mesmos. Para ela, sua preocupação é como as diferenças culturais de gênero interferem na saúde, sendo a ética indispensável para ser um/a profissional (DILEO, 2006). Assim, a ética feminista na Musicoterapia motiva o/a musicoterapeuta a questionar e criticar suas intervenções, assim como as situações que ocorrem na prática clínica. A crítica feminista deve ser inserida em relação a qualquer um dos componentes da relação música/musicoterapeutas/paciente. Cabe também ao musicoterapeuta se perguntar o que está sendo comunicado pelas músicas que fazem parte de cada sessão, se há estereótipos de gênero ou desigualdades de gênero, classe, raça/etnia, orientação sexual, sustentados nas músicas que se está promovendo (FORINASH, 2006). As músicas refletem o contexto sexista em que são criadas, sendo frequentemente perceptíveis desigualdades de gênero nas músicas brasileiras.

O presente artigo se baseou em uma reflexão inicial sobre gênero, feminismo e Musicoterapia. Para um aprofundamento sobre o assunto, Barbara Wheeler (2006) sugere alguns temas que podem ser pesquisados, como improvisação e composição em Musicoterapia, percepções de musicoterapeutas sobre as relações de gênero, e como elas influenciam quem e o que ocorre nas sessões, a relação entre escolhas musicais, textos

das canções e feminismo, as relações entre musicoterapeutas, paciente e música, entre outras possibilidades de pesquisa. A inclusão da relação de musicoterapeutas com familiares de pacientes, especialmente no caso de atendimento com crianças, também merece atenção.

Considerações finais

Diferenças de gênero estão presentes nas relações interpessoais, no âmbito social, político e religioso, sendo reproduzidas e aceitas pela sociedade. Essas diferenças geram desigualdades nas relações entre homens e mulheres, e também entre mulheres e mulheres, e homens e homens, determinando espaços, comportamentos, o modo de ser e agir de homens e mulheres, sendo frequentemente reprimida/o quem tenta sair do papel normativo e esperado para o seu sexo.

A análise de gênero torna-se fundamental na pesquisa e na prática musicoterapêutica, a fim de conscientizar musicoterapeutas sobre as desigualdades de gênero, buscando relações mais equitativas e refletindo sobre o bem-estar de homens e mulheres, que deve ser permeado pela liberdade, e não pela atuação dos papéis sociais que minimizam as opções para dentro das expectativas sociais criadas de acordo com o sexo.

A categoria de gênero auxilia na desconstrução das desigualdades e preconceitos de modo que não sejam perpetuados na Musicoterapia. A reflexão feminista contribui com orientações para musicoterapeutas que auxiliam no empoderamento de pacientes. A liberdade das/os pacientes deve ser promovida sem a influência de padrões de comportamento de acordo com o gênero. Às/aos musicoterapeutas cabe não permitir que essas desigualdades influenciem o tratamento musicoterapêutico, auxiliando pacientes no encontro da sua verdadeira identidade. As reflexões em torno da análise de gênero auxiliam a provocar uma mudança nos modelos tradicionais de tratamento musicoterapêutico, conscientizando e promovendo a equidade, ética e o respeito na Musicoterapia.

É importante pesquisar as relações de poder envolvidas, e como os papéis sociais de gênero influenciam o tratamento musicoterapêutico. A

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

análise de gênero com uma perspectiva feminista é então fundamental para o processo musicoterapêutico, influenciando o bem-estar de pacientes e sua qualidade de vida, com o objetivo de estar isenta de opressões e desigualdades de gênero, e sim, permeadas pela equidade e justiça.

Refletir sobre a ética é fundamental para que o tratamento musicoterapêutico não seja sexista e que não suscite desigualdades de gênero. Musicoterapeutas devem se questionar sobre os códigos de ética existentes e tomar conhecimento da ética feminista. A supervisão também é fundamental, desde que o/a supervisor/a esteja consciente da visão feminista em terapia, caso contrário, relações de opressão e desigualdade podem passar despercebidas, perdendo oportunidades de empoderar as/os pacientes e alcançar plenamente os objetivos estipulados.

Referências

AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION. *Music therapy research: Quantitative and qualitative foundations* CD-ROM I. 1964-1998. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association, 1999.

AUAD, Daniela. Relações de gênero na sala de aula: atividades de fronteira e jogos de separação nas práticas escolares. *ProPosições*, v. 17, n. 3, p. 137-149, 2006.

BICALHO, Elizabete. Correntes Feministas e abordagens de gênero. In: SOTER (org.). *Gênero e teologia: interpelações e perspectivas*. São Paulo: SOTER/Paulinas/Loyola, 2003. p. 37-50.

CAMEJO, Josiani I.; SILVA, Laura Franch. S. da. *Forte e Feminina: A Musicoterapia como Articuladora de Mudanças à Mulher em Situação de Violência*. São Leopoldo: Faculdades EST, 2010.

CORNELL, Drucilla. *At the Heart of Freedom: Feminism, Sex and Equality*. New Jersey: Princeton University Press, 1998.

CURTIS, Sandra L. Feminist music therapy: transforming theory, transforming lives. In: HADLEY, Susan (Ed.). *Feminist perspectives in music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2006.

CURTIS, Sandra L. *Singing subversion, singing soul: women's voices in feminist music therapy*. Tese (Doutorado em Filosofia) – Universidade de Concórdia, Canadá, 1996.

DEIFELT, Wanda. Temas e metodologias da teologia feminista. In: SOTER (Org.). *Gênero e Teologia. Interpelações e perspectivas*. São Paulo: SOTER/Paulinas/Loyola, 2003. p. 171-186.

DESCARRIES, Francine. Teorias feministas: liberação e solidariedade no plural. *Textos de história*, Brasília, v. 8, n. 1-2, p. 9-45, 2000.

DILEO, Cheryl. Ethical Issues in Feminist Therapy. In: HADLEY, Susan (Ed.). *Feminist perspectives in music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2006.

EDWARDS, Jane; HADLEY, Susan. Expanding music therapy practice: Incorporating the feminist frame. *The Arts in Psychotherapy*, v. 34, p. 199-207, 2007.

EVANS, Kathy; KINCADE, Elizabeth A.; SEEM, Susan. R. *Introduction to Feminist Therapy: Strategies for Social and Individual Change*. Los Angeles: SAGE, 2011.

FORINASH, Michele. Feminist Music Therapy Supervision. In: HADLEY, Susan (Ed.). *Feminist perspectives in music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2006.

GEBARA, Ivone. *Rompendo o silêncio: uma fenomenologia feminista do mal*. Petrópolis: Vozes, 2001.

HADLEY, Susan (Ed.). *Feminist perspectives in music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2006.

KOLLER, Silvia Helena; NARVAZ, Martha Giudice. Metodologias Feministas e Estudos de Gênero: Articulando Pesquisa, Clínica e Política. *Revista Psicologia em Estudo*, Paraná, v. 11, n. 3, p. 647-654, 2006.

SAAVEDRA, Luísa; NOGUEIRA, Conceição. Memórias sobre o feminismo na psicologia: para a construção de memórias futuras. *Memorandum*, Belo Horizonte: UFMG; Ribeirão Preto: USP, n. 11, p. 113-127, 2006.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

SHUTTLEWORTH, Sue. Viewing Music Therapy Assessment through a Feminist Therapy Lens. In: HADLEY, Susan (Ed.). *Feminist perspectives in music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2006. p. 520-521.

STOLLER, Robert. Sex and Gender: *The Development of Masculinity and Feminity*. London: Karnac Books, 1984.

TEIXEIRA, Marilane Oliveira. *Desigualdades salariais entre homens e mulheres a partir de uma abordagem de economistas feministas*. Niterói, v. 9, n. 1, p. 31-45, 2008.

TORRÃO FILHO, Amílcar. Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. *Cadernos Pagu*, n. 24, p. 127-152, 2005.

WHEELER, Barbara. Feminist Music Therapy Research. In: HADLEY, Susan (Ed.). *Feminist perspectives in music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2006. p. 525-551.

Desconstruindo Amélias: Musicoterapia com Mulheres em Situação de Violência Doméstica na Perspectiva da Teologia Feminista

*KROB, Daniéli Busanello*¹

Introdução

O presente estudo é fruto da dissertação de Mestrado em Teologia Prática e baseia-se na aplicação da Musicoterapia para tratar os danos emocionais decorrentes da violência doméstica, tendo como base teorias, conceitos e métodos da Teologia Feminista. A frase inicial do título – *Desconstruindo Amélias* – foi inspirada na canção de mesmo nome, composta por Pitty e Martin (2008). Aquela velha conhecida Amélia da canção *Ai que saudades da Amélia*, composta por Ataulfo Alves e Mário Lago, na década de 1940, é realmente desconstruída, dando-se conta da sua situação de opressão e buscando livrar-se desta condição.

Ai que saudades da Amélia descreve uma parceira ideal aos olhos da cultura machista, androcêntrica e patriarcal: uma mulher sem vontade própria, sem voz e sem vez, submissa às necessidades e desejos do universo masculino. A partir desta canção, muitas mulheres passaram a se identificar e serem identificadas por *Amélias*. Criou-se um padrão feminino que abre mão de seus desejos, sempre disposta a subjugar-se em prol da felicidade e bem-estar dos outros. Muitas gerações cresceram ouvindo, cantando e reproduzindo no cotidiano esta canção. Com a canção *Desconstruindo Amélia*, surge a mulher que se opõe a este sistema de opressão feminina, pois questiona os papéis de gênero e descobre que tem vontades, desejos, anseios e direitos, e manifesta estas descobertas, liberta-se das amarras do

¹ Musicoterapeuta, Mestra em Teologia Prática, Doutoranda em Teologia Prática pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdades EST – com apoio da CAPES/Brasil, integrante do Núcleo de Pesquisa de Gênero da Faculdades EST. São Leopoldo/RS. E-mail: danielibusanello@gmail.com

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

estereótipo da *Amélia* e do julgamento social, exigindo equidade e dignidade. Muitas mulheres que sofreram violência doméstica passam por este processo de desconstruir suas *Amélias* interiores, para então reerguerem-se como mulheres livres, seguras de si, autônomas, fortes e empoderadas de toda a sua feminilidade para serem simplesmente mulheres, sem nenhum rótulo ou estereótipo.

Como pesquisadora, tenho contato praticamente diário com o tema gênero, através de leituras e debates dos grupos Blogueiras Feministas, Católicas Pelo Direito de Decidir, Marcha Mundial das Mulheres – RS, Núcleo de Pesquisa de Gênero da Faculdades EST e pessoas ligadas a Centros de Referência da Mulher e Secretarias Estadual e Municipais de Políticas Públicas para as Mulheres. Minha experiência como musicoterapeuta com mulheres em situação de violência doméstica, mostra que é fundamental que seja trabalhado em terapia o ser humano na sua integralidade, alcançando família, trabalho e sociedade, e não apenas o episódio traumático da violência. Isso faz com que todas as pessoas de seu convívio sejam envolvidas, direta ou indiretamente, nas mudanças de origem terapêutica. Para a conclusão do curso de Bacharelado em Musicoterapia, realizei minha 1ª pesquisa sobre esta temática, intitulada *Comigo não violão!: Musicoterapia com Mulheres em Situação de Violência Doméstica* (KROB, 2010). Os resultados positivos que obtive me estimularam a dar continuidade a este trabalho e a novas pesquisas.

Objetivos

A pesquisa tem como objetivo principal investigar de que forma a Musicoterapia e a Teologia Feminista podem ressignificar os danos emocionais decorrentes da violência doméstica. Especificamente, tem o objetivo de investigar em que medida os recursos da Musicoterapia são eficazes para minimizar ou curar a depressão e os estados de ansiedade destas mulheres, bem como investigar em que medida a Musicoterapia pode ser aplicada para elevar a autoestima e estimular a autonomia e a ressocialização da população alvo desta pesquisa, para que se sintam novamente pertencentes à sociedade, voltando a participar de atividades

coletivas. Por último, porém não menos importante, pois permeia todas as questões, buscou-se compreender o discurso religioso e a sua relação com o comportamento de mulheres que vivenciaram a violência doméstica.

Metodologia

Além da pesquisa bibliográfica, também foi realizada uma pesquisa social. Trata-se de uma pesquisa-ação de ordem qualitativa. Primeiramente, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdades EST, conforme prevê a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Após sua aprovação pelo CEP, a pesquisa então pôde ser iniciada.

Foram selecionadas, através do *Centro Jacobina de Apoio e Atendimento à Mulher*², 11 mulheres, maiores de 18 anos, consideradas capazes, residentes em São Leopoldo/RS e em situação de violência doméstica e de gênero. Destas, nove foram entrevistadas individualmente, pois com duas delas foram remarcados cinco vezes novos dias e horários, porém não compareceram. As nove participantes entrevistadas receberam e assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* que as tornam cientes de sua participação na pesquisa e regulamentam os termos desta. No entanto, duas não compareceram em nenhum dos atendimentos de Musicoterapia. Os motivos, segundo elas, uma por trabalho e outra por não ter quem cuidasse do neto de dois anos. Sendo assim, os atendimentos musicoterápicos iniciaram-se com sete participantes. Suas idades variaram de 29 a 64 anos, a escolaridade, entre a quarta série do Ensino Fundamental e o Ensino Médio completo e o nível socioeconômico entre baixo e médio. Com o intuito de preservar a identidade das participantes, foram usados codinomes escolhidos por elas próprias durante a pesquisa, representados por pedras preciosas.

² Criado em 19/10/2006, atende mulheres agredidas e é o instrumento de São Leopoldo/RS para combater a violência, fazendo o acompanhamento e encaminhamento para profissionais da psicologia e assistência social (JORNAL VS, 2011).

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

O formato de atendimento musicoterápico foi de sessões grupais com a duração de 45 minutos cada e periodicidade semanal, totalizando 16 sessões. O local de atendimento foi na clínica-escola de Musicoterapia da Faculdades EST. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais, 1 questionário no início e outro no término da parte prática da pesquisa e análise de gravações audiovisuais das sessões de Musicoterapia. A intervenção terapêutica foi baseada nos 4 principais métodos de Musicoterapia descritos por Bruscia (2000, p. 124-134): experiências receptivas, recreativas, de improvisação e de composição.

Resultados e discussão

Nas entrevistas individuais, todas as participantes demonstraram ter dificuldade e resistência em verbalizar a situação traumática de violência que viveram, tanto por medo, vergonha, culpa ou até mesmo para não reviver a dor de episódios pregressos. Diante deste fato, temos a possibilidade de acessar as demandas de outra forma, sendo um dos padrões de comunicação da música em Musicoterapia a sua definição como *linguagem não verbal*. Segundo Fregtman (1989, p. 49-50. Grifos no original),

O ser humano é uma totalidade e, portanto, a sua forma de comunicar-se com o mundo ocorre através de vários canais simultâneos. Esses canais emitem e recebem sinais e mensagens, de maneira conscientes e inconscientes [...] Muitas vezes a ‘forma’ da mensagem verbal (entonação, ritmo, intensidade, textura) é percebida antes do ‘conteúdo’. Decodificar essas mensagens é o trabalho que o musicoterapeuta se propõe todos os dias.

No 1º atendimento, foi utilizado como abertura da sessão o estribilho da canção *Canta Canta, Minha Gente* (Martinho da Vila, 1974), substituindo ‘minha gente’ pelo nome de cada participante. Como canção de encerramento, foi utilizada *Você* (Tim Maia, 1971), substituindo suas frases finais por ‘Vou morrer de saudade / Mas temos que ir embora / Obrigada vocês / E até semana que vem’. Desde então, as participantes solicitavam estas canções para iniciar e encerrar os atendimentos. Ainda no 1º atendimento, foi solicitado a elas que escolhessem uma canção que as

representasse. Ninguém conseguiu responder de imediato. Sendo assim, tiveram sete dias para escolherem suas canções.

No 7º atendimento, foi apresentada às participantes a canção *Entre tapas e beijos* (Leandro e Leonardo, 1989). Após, refletiram e chegaram à conclusão que “uma vida assim não era certo, mas era normal.” Em seguida, foi apresentada a canção *Ligue 180*: texto adaptado da canção *Entre Tapas e Beijos*, composto por Gressler Filho e Krob, para o grupo de mulheres da pesquisa de Camejo (2010), tratando dos cinco tipos de violência que a Lei Maria da Penha abrange. Eis o texto da canção *Ligue 180*:

Perguntaram pra mim / O que é a violência? / Respondi que tem cinco / Vou explicar na sequência / Tem a do tipo física / E a tal psicológica / Sexual e moral / Não podemos esquecer da patrimonial / Conhecimento é um direito / E todas devem lembrar / Que não estamos sozinhas / Que a lei nos protege / E juntas vamos cantar / Nós merecemos respeito, amor e desejo, carinho e ternura / Mulher também é gente / Quer vida decente, sem ter dor alguma / Com a Maria da Penha estou protegida e pra quem precisar / Ligue 180, eu tenho certeza que vão te ajudar!

As participantes disseram gostar da canção e da ideia. Resolveram compor uma canção também. Escolheram *Fada* (Victor e Leo, 2004) para adaptarem o texto. O processo de composição foi até a sessão de nº 11. Eis o resultado, intitulada *Sonhos Perdidos*:

Sonhos, sonhos perdidos / Vida, pra ser vivida / Mentiras são um desrespeito / Me magoou e me marcou / Basta de sofrimento / Hoje sei meus direitos / Eu estou bem, tudo passou / Eu quero a paz que você levou / Vejo o caminho que eu mesma escolhi / Sinto a alegria reservada pra mim / Vejo minha vida voltando ao normal / Eu hoje estou feliz! / Sou mulher, batalhadora, forte e guerreira / Ao meu lado tenho Deus a me orientar / Transpareço o brilho no olhar e na alma / Sei que o meu destino está agora em minhas mãos / As minhas escolhas partem do meu coração / Eu tenho certeza que sou um ser forte e vencedor.

Foram aplicados dois questionários, um no início e outro no término da pesquisa, com a finalidade de comparar as respostas das participantes. No entanto, apenas duas mulheres – Ametista e Madrepérola – compareceram ao último encontro e responderam o 2º questionário. Todavia, as respostas das outras 5 participantes – Turquesa, Jade, Rubi, Esmeralda e Cristal –

referentes ao 1º questionário não foram descartadas, pois revelaram dados importantes:

Turquesa passava por um quadro depressivo e de ansiedade leves. Estava com a autoestima em um nível saudável, porém, muito insegura em relação a sua autonomia. Denomina-se Católica e praticante. Buscou auxílio na Igreja para sua situação de violência, por intermédio do grupo de mulheres, pedindo ajuda ao Padre, mas não obteve nenhum retorno. Possivelmente esta situação a fez desacreditar que a religião pode oferecer algum tipo de auxílio em situações de violência doméstica: “Eu acho que a Católica não é uma Igreja unida como as outras religiões.” Mas, apesar disso, ainda sente-se acolhida em sua Igreja: “Porque sempre que vou a Igreja me sinto confortada.” A canção que Turquesa escolheu para representá-la foi *Ser mulher* (João Mineiro e Marciano, 1984).

Na sessão de nº 4, quando foi tocada esta canção, outras participantes presentes demonstraram certo incômodo, pois, conforme relatou Ametista, “Fala da mulher como servil.” Turquesa ouviu-as e chorou. No entanto, disse que escolheu esta canção porque ela sempre foi assim. A partir deste momento, percebeu-se que Turquesa passou a refletir sobre suas ações e sua vida cotidiana. No 6º atendimento, relatou que não chorava mais e que resolvera começar a cuidar de si. Seu desenvolvimento emocional estava sendo positivo, mas seu tratamento não pôde ser concluído, pois a última sessão ao qual compareceu foi a de nº 9.

Jade passava por um quadro depressivo e de ansiedade sérios. Sua autoestima estava abalada, porém, mostrou-se ser uma mulher autônoma. Denomina-se Evangélica. Procurou auxílio com o Pastor de sua Igreja e recebeu como conselho: “Que era para eu conversar com ele (marido) para se tratar e seguir comigo no caminho certo ou ele ir embora, e eu procurar a justiça.” A canção que Jade escolheu para representá-la foi *Vai mudar* (Lázaro, 2009).

Quando esta canção foi tocada, Jade chorou intensamente, porém sem parar de cantar. No final, disse que “Nunca tinha percebido o que a letra da música dizia.” A escolha de Jade por esta canção veio de encontro ao quadro

emocional abalado que apresentava, tendo na sua fé e religião o único ponto de equilíbrio, segurança e esperança. Seu desenvolvimento emocional era promissor, pois estava em um processo de autoconhecimento. No entanto, seu tratamento não pôde ser concluído, pois a última sessão à qual compareceu foi a de nº 10.

Rubi não demonstrou sinais de depressão e de ansiedade, porém sua autoestima estava abalada, mas ainda sob controle, apesar de ter começado sua entrevista dizendo: “Perdi a autoestima. Me sinto feia. Estou em depressão.” Mostrou ser uma mulher com certa autonomia. Denomina-se Evangélica. Procurou auxílio com o Pastor de sua Igreja e recebeu como conselho: “Orientação a tomar uma atitude, um basta.” Ela acredita que a religião pode oferecer auxílio para mulheres em situação de violência doméstica: “Porque é algo que você tem que decidir sozinho, mas a Igreja pode te apoiar conforme a tua decisão.” A canção que Rubi escolheu para representá-la foi *A tua vontade* (Ana Paula Valadão, 2009).

A fé e a vivência religiosa de Rubi parecem ter servido como sustentação para seu equilíbrio emocional durante e depois das violências sofridas. Ela frequenta sempre a Igreja “Porque me sinto mais encorajada a viver.” Seu desenvolvimento emocional estava sendo positivo, mas seu tratamento não pôde ser concluído, pois a última sessão à qual compareceu foi a de nº 7. Rubi começou a trabalhar e não conseguiu mais participar dos atendimentos. No entanto, sempre mandava, via telefone celular, mensagens para as outras participantes.

Esmeralda passava por um quadro depressivo e de ansiedade sérios. Sua autoestima estava abalada no que se refere ao julgamento social, como sentimentos de culpa e vergonha, porém ainda cuidava da aparência física. Mostrou ser uma mulher com certa autonomia. Denomina-se Evangélica e procurou ajuda na sua Igreja. No entanto, o aconselhamento que recebeu do Pastor foi “Conselho espiritual, oração e que a gente tem orar ter paciência. E não fazer nada precipitado. Ter calma contar até dez.” Mesmo com este conselho que recebeu, ela acredita que a religião pode oferecer auxílio para mulheres em situação de violência doméstica: “Porque o pastor nos ensina que temos que ser submissa ao esposo. Temos que conhecer bem a pessoa a

qual vai conviver. Porque temos o círculo de oração de mulher e aprendemos que podemos vencer. Como a gente ser e aprendemos a conviver e ser livre de todo o mal.” Claramente, o Pastor da Igreja que Esmeralda frequenta aconselha as mulheres de sua comunidade a suportarem a violência doméstica em nome da submissão ao marido. E Esmeralda, com toda a submissão aprendida, continua frequentando sua Igreja “Porque temos que ter amor. Perdoar quem nos ofende. E aprendermos amar a Deus e conversar com ele. Pois sempre existe solução.” A canção que ela escolheu para representá-la foi *Amor covarde* (Jorge e Mateus, 2009).³

Um dado relevante relacionado à Esmeralda foi a sua ausência ao 1º atendimento. Ela não pôde comparecer porque tinha sido agredida fisicamente pelo companheiro na noite anterior à sessão a ponto de ficar hospitalizada. Não foi observado nenhum progresso emocional significativo em Esmeralda. Seu tratamento não pôde ser concluído, pois compareceu apenas nas sessões três e quatro de Musicoterapia.

Cristal passava por um quadro depressivo e de ansiedade leves. Sua autoestima estava abalada no que se refere ao julgamento social, como sentimentos de culpa e vergonha, porém, ainda cuidava da aparência física. Mostrou ser uma mulher com certa autonomia. Denomina-se Católica e acredita que a religião pode oferecer auxílio para mulheres em situação de violência doméstica, porém não justificou sua resposta. A canção que Cristal escolheu para representá-la foi *Solidão de amigos* (Jessé, 1982).

Esta canção traduz musicalmente o que Cristal relatou em sua entrevista. Sente-se abandonada, não amada, usada pelas pessoas ao seu redor: “Me sinto um capacho.” No entanto, demonstra guardar muita ternura dentro de si e vontade de ser feliz. Seu desenvolvimento emocional estava sendo positivo, mas seu tratamento não pôde ser concluído, pois a última sessão à qual compareceu foi a de nº 11.

³ Vale observar que, na época da pesquisa, esta canção era tema de duas personagens (Celeste e Baltazar) da telenovela *Fina Estampa* da Rede Globo de Televisão. A personagem Celeste era repetidamente agredida pelo marido na trama, mas sempre acabavam se reconciliando.

Todas as participantes demonstraram dificuldade em manter a frequência às sessões de Musicoterapia. Quando justificavam a ausência, os motivos variavam entre agressão física sofrida na noite anterior, consulta médica do filho ou filha, cuidar da mãe, do filho ou filha adoentada, consulta odontológica ou médica, compromisso de trabalho e forte dor de cabeça.

Em relação ao 2º questionário, Madrepérola e Ametista o responderam. Madrepérola teve uma resposta positiva significativa ao tratamento musicoterapêutico. Já Ametista manteve-se praticamente estagnada, não havendo evolução ou involução significativas.

Ametista apresentava um quadro depressivo, no entanto, sua ansiedade estava controlada. A autoestima mostrou-se um tanto abalada, mas ainda sob seu próprio controle. Demonstrou ser uma pessoa sem muita autonomia. Ametista, que se denomina Católica e Espírita, parece ter encontrado na religião uma forma de manter-se em pé: “O Espiritismo me fez sentir vontade de reagir tomar posse do meu eu que tinha sumido. Tomei coragem, me senti mais segura.” A canção que escolheu para representá-la foi *Quando a gente ama* (Roberto Carlos, 1994).

Outra canção que expressou os sentimentos de Ametista foi *Desconstruindo Amélia* (Pitty e Martin, 2008) pois, quando tocada em terapia, ela disse: “Me vi no refrão.” Na sessão de nº 6, relatou que o marido não queria mais que ela viesse na Musicoterapia. Possivelmente, por ela estar se tornando mais empoderada, segura, independente e autoconfiante. Isto, aos olhos dele, poderia ser uma espécie de ameaça, de perda de controle. No entanto, ela respondeu que “Não deixaria de vir por nada, porque é o que mais gosto de fazer.”

Na sessão de nº 16, em meio a atividades lúdicas e de despedidas, Ametista disse que a canção que compuseram, *Sonhos Perdidos*, era “como um hino para todas as mulheres.” Ela estava tendo uma evolução emocional consideravelmente positiva até o 10º atendimento. No entanto, não compareceu aos atendimentos de nº 11, 12, 13 e 14, segundo ela, por dores de cabeça e consultas médicas. Quando retornou, nas 2 últimas sessões,

estava visivelmente mais deprimida e com a autoestima abalada. Percebeu-se esses sinais musicalmente também, pois já não mais acompanhava as canções no tom proposto, e sim sempre abaixo, com intensidade vocal fraca e andamento lento. Estes dados comprovaram-se na comparação das respostas do 2º com o 1º questionário: seu quadro de depressão manteve-se praticamente inalterado, no entanto, apresentou leves sinais de um possível transtorno de ansiedade, o que não tinha no início da pesquisa. A autoestima sofreu alterações negativas em relação à aparência física, porém, positivamente, mostrou-se mais empoderada, já sem a culpa e a vergonha anterior e também conhecedora de seus direitos. Em relação à autonomia, seus resultados mantiveram-se praticamente inalterados. Para ela, seriam necessários mais do que os 16 encontros previstos no projeto de pesquisa para proporcionar uma melhora significativa na sua qualidade de vida.

Madrepérola apresentava um quadro depressivo leve e sua ansiedade estava em um nível alto. A autoestima estava baixa e também demonstrou ser uma pessoa sem muita autonomia. Denomina-se Católica, porém, não praticante. Em nenhum momento buscou auxílio na Igreja. As respostas de Madrepérola nos levam a crer que ela não acredita na religião enquanto instituição, mas sim enquanto fé e espiritualidade: “Para mim religião não faz diferença na vida de uma pessoa, mas sim a fé que ela tem.” A canção que escolheu para representá-la foi *Amigo apaixonado* (Victor e Leo, 2004).

Madrepérola, desde o início, demonstrou sofrer mais com o silêncio e a falta de sensibilidade do marido do que com o estupro sofrido, conforme relatou em sua entrevista. No entanto, sempre deixou evidente que o ama e que almeja resgatar o bom relacionamento que sempre tiveram. A evolução emocional de Madrepérola deu-se a cada atendimento. Tanto que, na 14ª sessão, relatou que estava sentindo-se muito melhor e que seu psiquiatra estava reduzindo e prevendo interromper a sua medicação (antidepressivo).

Madrepérola teve uma resposta positiva significativa ao tratamento musicoterapêutico. Estes dados comprovam-se na comparação das respostas do 2º com o 1º questionário: seu quadro depressivo (considerado leve) e sua ansiedade (nível alto) não obtiveram nenhuma marcação relevante. Sua autoestima elevou-se consideravelmente, mas, assim como Ametista, com

maior ênfase às questões de empoderamento, ausência de culpa e vergonha e também de conhecimento de seus direitos, ficando a aparência física em segundo plano. Uma evolução significativa também foi percebida em relação a sua autonomia. Para Madrepérola, os 16 atendimentos previstos no projeto de pesquisa foram suficientes para proporcionar uma melhora significativa na sua qualidade de vida.

Para as 2 participantes, a Musicoterapia proporcionou algum tipo de mudança positiva em suas vidas. Ametista: “Além da amizade que fiz com as gurias e a *professora*, aprender cada dia é uma benção. Só aprendi com tudo que foi falado em tuas *aulas*, fizemos a música e também com a alegria que é o essencial pra o nosso ser. Amei tudo que foi dado. Parabéns.” Madrepérola: “Me fez perceber que eu preciso estar em contato com outras pessoas não só viver minha rotina de casa e trabalho e vice-versa, também os comentários das colegas me fez mudar alguns pensamentos com relação a vida a dois.”

Considerações finais

Com esta pesquisa constata-se que a Musicoterapia pode ser um instrumento eficaz para tratar os danos emocionais decorrentes da violência doméstica. A particularidade da música como linguagem não verbal auxilia muito este processo, pois acessamos o trauma de forma inconsciente. A música, principalmente quando trabalhada terapeuticamente em grupo, possui um grande fator agregador. Todas as pessoas precisam *estar* no mesmo ritmo, melodia, andamento, tom, enfim, todas as pessoas estão *dentro* da mesma música. Com as participantes da pesquisa, estar *dentro* da mesma música proporcionou a elas identificação, solidariedade e vínculo. No entanto, para fazer uso da Musicoterapia como instrumento de reabilitação emocional deste público, é necessário sempre estar com o olhar direcionado para as questões de gênero, tornando-a uma *Musicoterapia com perspectivas feministas* (HADLEY, 2006).

Neste ponto, a Teologia Feminista contribuiu solidamente, pois no contexto brasileiro, até mesmo aquela pessoa que se diz distante de

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

religiões, de alguma forma, tem sua vida atravessada pelas morais religiosas. Quando se trata de mulheres então, a questão é ainda mais intensa.

Com esta pesquisa também se pôde concluir que as participantes que receberam conselhos espirituais negativos ou obtiveram apenas a omissão de sua Igreja, tiveram resultados piores do que as participantes que receberam apoio de seus líderes espirituais ou apenas não procuraram nenhuma Igreja.

A Igreja não pode manter-se inerte em relação à violência doméstica, mas sim tomar como responsabilidade a capacitação e a qualificação de suas lideranças religiosas para atender e acolher as mulheres que (con)vivem com este estigma. Elas necessitam se sentir seguras – tanto em relação ao sigilo quanto em relação a não julgamentos preconceituosos:

A mulher que procura auxílio e que, ao mesmo tempo, tem dificuldade de compreender a relação de violência da qual participa, precisa que sua história seja reconhecida como verdadeira [...] necessita que o/a aconselhador/a pastoral compreenda e acredite no seu discurso. Consequentemente, isto significa também receber encaminhamentos práticos, como, por exemplo, endereços de casa abrigo, telefones de auxílio e encaminhamentos necessários. (BERGESCH, 2006, p. 129)

É preciso atentar a todos os aspectos que envolvem a violência doméstica, como os ciclos da violência e as ameaças do homem com comportamento agressivo, por exemplo. É bastante comum que a mulher busque ajuda na sua Igreja e que depois, *arrependa-se* deste ato. Em alguns casos, podem até mesmo se distanciar de sua comunidade, para não precisar explicar o porquê desta *nova chance ao seu relacionamento*. O mesmo ocorre em tratamentos terapêuticos. Mas se a liderança espiritual, bem como o ou a musicoterapeuta tiverem conhecimento sobre as questões complexas que envolvem uma relação abusiva, não farão (pré)julgamentos e saberão como continuar acolhendo, aconselhando e tratando esta mulher.

Referências

BERGESCH, Karen. *A dinâmica do poder na relação de violência doméstica: desafios para o aconselhamento pastoral*. São Leopoldo: Sinodal, 2006.

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

CAMEJO, Josiani Irigoyen. *Forte e Feminina: A Musicoterapia como Articuladora de Mudanças à Mulher em Situação de Violência*. Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Musicoterapia. São Leopoldo: Faculdades EST, 2010.

FREGTMAN, Carlos Daniel. *Corpo, Música e Terapia*. Tradução de Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Cultrix, 1989.

HADLEY, Susan (Org). *Feminist Perspectives in Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2006.

KROB, Daniéli Busanello. *Comigo não, violão! Musicoterapia com Mulheres em Situação de Violência Doméstica*. Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Musicoterapia. São Leopoldo: Faculdades EST, 2010.

Diálogo entre as novas práticas da musicoterapia e os cursos de formação de musicoterapeutas¹

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes²

Introdução

Inspirada pelo tema deste evento “A clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas” e levada ultimamente, por circunstâncias, ao encontro das novas práticas que se realizam em musicoterapia em nosso país, decidi refletir sobre qual é a real situação da musicoterapia clínica no Brasil, no que concerne a essas novas práticas, e sobre como os cursos que preparam os futuros profissionais brasileiros vêm se adequando para enfrentar essa nova realidade.

Três situações anteriores exigiram a minha posição com relação ao tema: a primeira, um convite recebido em agosto de 2012, para escrever o capítulo de um livro de uma musicoterapeuta norte-americana³ exatamente sobre *como* os cursos de formação estão lidando e se adequando às exigências dos avanços da prática. Num segundo momento, ainda em setembro de 2012, a participação na Comissão Científica do Fórum do Rio,⁴ que me levou a discutir sobre novas práticas e ver as apresentações dos musicoterapeutas que nelas trabalham e, por último, um convite para participar da *Jornada Latinoamericana de Musicoterapia y Proyección Social* que teve por objetivo conhecer como nossos países estão lidando com a musicoterapia na realidade psicossocial vigente e organizar uma ação

¹ XIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. V Fórum de Musicoterapia (AMT-RS). São Leopoldo, 2013.

² Doutora em Musicologia (UNIRIO, 2009). Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário (CBM-CEU). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: liarejane@gmail.com

³ Goodman, Karen. *International perspectives in music therapy education and training: adapting to a changing world*. Lia Rejane Mendes Barcellos e Thelma Álvares. (No prelo).

⁴ XVIII Fórum Estadual de Musicoterapia organizado pela Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro – AMT- RJ, 2012.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

conjunta para enfrentamento dessa situação em nosso continente⁵. Para levantar a situação do Brasil, dada a inexistência de literatura sobre o tema, fiz um levantamento a partir de um questionário a ser respondido pelos musicoterapeutas, a fim de conhecer como a musicoterapia brasileira tem enfrentado uma situação social em transformação e, principalmente, como os cursos de musicoterapia de nosso país estão lidando com a questão e preparando nossos estudantes para novas atuações.

○ Brasil hoje

Dados publicados no Diário Oficial de 29 de agosto de 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), informam que a população do Brasil alcançou a marca de **201.032.714** de habitantes. No censo de 2010 (num total de 190 milhões) o país tinha **21.083.635** de adolescentes, com idades entre 12 e 17 anos, distribuídos pelas diversas regiões, tendo-se uma maior concentração nas regiões da Costa Leste do país: Nordeste, Sudeste e Sul. Com relação às crianças, a mesma fonte aponta para uma população de aproximadamente **32 milhões**, sendo que um grande número destas podem ser consideradas em diversas situações de risco, como, por exemplo, as exploradas sexualmente (comercialmente ou não), as exploradas no que diz respeito ao trabalho, as deficientes, as que estão em situação de rua, as discriminadas pela identidade étnica, religiosa ou gênero, as “em conflito com a lei”⁶ e as institucionalizadas (ABREU, 2002). Mais de 100.000 crianças e adolescentes vivem nas ruas do país; aproximadamente um milhão de crianças e adolescentes estão institucionalizados, portanto, fora do convívio familiar por motivos distintos e, por isto, frequentemente submetidos a diversas formas de violência e privação. Crianças e adolescentes institucionalizados têm um risco seis vezes maior para transtornos psiquiátricos em comparação aos que vivem com suas famílias. Assim, pode-se falar em grupos de crianças com

⁵ Bogotá, abril de 2013. Tomaram parte nessa Jornada: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e Noruega como convidada especial. A Espanha participou por vídeo conferência.

⁶ Termo só utilizado para adolescentes porque não se considera que crianças cometam crimes.

necessidade de medidas especiais, embora seja comum uma mesma criança viver mais de uma dessas situações acima apresentadas.

Por outro lado, os avanços da medicina e melhores condições de vida têm proporcionado uma maior expectativa de vida no país. Os idosos, com mais de 60 anos, somavam 23,5 milhões de brasileiros⁷. No entanto, os dados positivos divulgados pelo (IBGE) apontam para problemas que deverão se agravar nas próximas décadas, como assinalam os especialistas que destacam a falta de políticas públicas específicas para o novo perfil da população.

O conhecimento da situação relativa a crianças, adolescentes, adultos e idosos justifica a urgência de mudanças que têm passado por estudos detalhados para a implementação de ações que possam enfrentar um problema de tal magnitude. Considero que a magnitude dos números potencializa os problemas. Os problemas relativos à violência contra a pessoa idosa, por exemplo, têm se tornado uma questão importante para Saúde Pública. A compreensão da complexidade deste tema como um todo exige uma abordagem interdisciplinar na formulação de políticas públicas integradas. No entanto, aqui não cabe uma análise mais ampla da situação, mas sabemos que a musicoterapia vem implementando ações para se adequar ao atendimento de todas essas populações, integrando-se a espaços terapêuticos de saúde pública que têm esse objetivo.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é discutir as novas práticas em musicoterapia e analisar como os cursos de musicoterapia do país vêm se adequando para instrumentalizar e sensibilizar os novos profissionais para o enfrentamento e necessidade de adaptação à situação social vigente e de ativismo para alcançar melhores condições de trabalho. Considero desnecessário discutir sobre a potência da música como elemento terapêutico: já existe consenso de sua eficácia.

⁷ Resultados aferidos pela PNAD (Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio).

Metodologia

Num país continental como o Brasil não se tem condições de discorrer sobre a prática da musicoterapia em âmbito nacional, sem um levantamento. Assim, pela inexistência de literatura na área, utilizei as respostas ao questionário elaborado para o trabalho apresentado na Colômbia, além de entrar em contato com musicoterapeutas que trabalham em novas áreas, e analisei as grades dos cursos de musicoterapia existentes no país. Há que se considerar que aqui se apresenta uma amostra das novas práticas em musicoterapia.

Sobre a musicoterapia: onde se pratica a musicoterapia no Brasil

Com relação às diversas regiões brasileiras pode-se constatar que a maior concentração de cursos (seis de graduação e cinco de pós-graduação) está, principalmente, nos estados da Costa Leste do país: RS, PR, SP, RJ, MG, BA, PE e PI, e no Centro Oeste: GO e DF. Por conseguinte, aí também se encontra o maior número de musicoterapeutas e práticas do país, embora se tenha musicoterapeutas qualificados em quase todos os estados da federação⁸.

Tem-se notícias de diversas tentativas de realização de levantamentos sobre o número de musicoterapeutas do país e das dificuldades encontradas para tal. No entanto, ainda não se tem um levantamento oficial completo.

A musicoterapia na Área Social no Rio de Janeiro: breve histórico

No início da década de 1980, a profa. Cecília Conde e eu⁹, fomos convidadas a visitar o *Centro de Recepção e Triagem de Menores*¹⁰,

⁸ Segundo levantamento feito pela coordenação do Curso de Pós-Graduação em Musicoterapia do CBM a partir da região de origem dos alunos que aí terminaram a sua formação.

⁹ Respectivamente Fundadora do primeiro Curso de Graduação em Musicoterapia oferecido no Brasil em 1972 (com Doris Hoyer de Carvalho e Gabriele Souza e Silva) e coordenadora (1976 a 1990). A Profa. Conde é, ainda hoje, a Diretora do referido curso e Diretora-Presidente do CBM-CEU.

¹⁰ *Instituição da Fundação Estadual de Educação de Menores (FEEM).*

localizado na cidade do Rio de Janeiro, na Ladeira do Ascurra, com o objetivo de inserção de estagiários de musicoterapia na referida instituição. Provavelmente aí nascia a musicoterapia na Área Social, como passou a ser chamada. Imediatamente um grupo de estagiários iniciou o trabalho, supervisionados pela Profa. Conde.

Logo depois, a *Fundação Estadual de Educação do Menor* 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, expandido o trabalho na Área Social.

No início do ano de 1999, ainda a profa. Conde, eu, e a então coordenadora do curso de graduação em Musicoterapia do CBM, a Mt. Paula Carvalho, 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 CAPS¹¹. Estava nascendo a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nessa reunião ficou resolvido que a musicoterapia seria imediatamente inserida nos CAPS e, em agosto de 99, quatro CAPS receberam musicoterapeutas, mais dois em setembro, e outro em janeiro de 2000¹². 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 musicoterapeuta¹³. A partir de

¹¹ Centros de Atenção Psicossocial - 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.

¹² A Lei Federal de Saúde Mental, nº 10.216, que regulamenta o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi aprovada em abril de 2001.

¹³ Na época, eu era a supervisora em Saúde Mental, mas passei a dar uma supervisão exclusiva aos mts. dos CAPs.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

então, concursos públicos em todas as instâncias (municipal, estadual e federal) vêm incluindo a musicoterapia e hoje muitos são os musicoterapeutas que trabalham nos CAPS, inclusive alguns como coordenadores.

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

Mas, ainda cabe uma palavra sobre a terminologia “Área Social”, por nós adotada desde então: o musicoterapeuta norueguês Brynjulf Stige, que se dedica à musicoterapia comunitária, escreveu um artigo em 2003 sobre as raízes da musicoterapia comunitária, 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 haveria um consenso no emprego de Área Social, anteriormente abandonada, mas voltando a ser utilizada.

Discussão e resultados: as novas práticas em musicoterapia

Inicialmente cabe definir o que entendo por 'novas práticas':

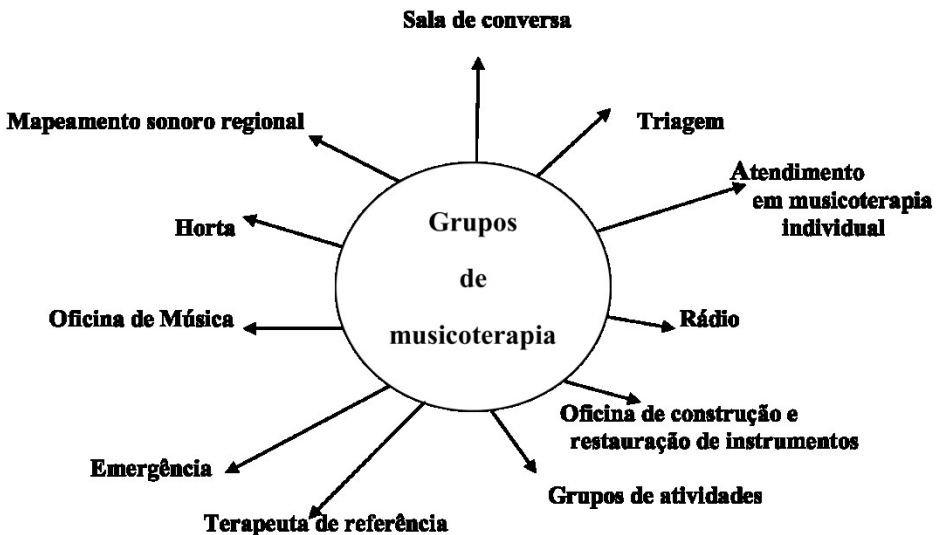
Novas práticas são aquelas que diferem da musicoterapia tradicional (reabilitação, deficiência mental, psiquiatria em hospitais psiquiátricos, deficiências sensoriais - auditiva e visual) por serem realizadas em **novas áreas** de atuação, em **novos espaços**, por **adequarem os procedimentos tradicionais**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

Ainda seria interessante tecer comentários sobre os registros das supervisões dos musicoterapeutas que atuavam nos CAPs. Como se tratava de uma prática ainda nova para todos nós, registrei por escrito tudo que acontecia de importante com cada um dos musicoterapeutas que passaram a

trabalhar nesses espaços e elaborei um esquema que me parece interessante para ilustrar onde começam as denominadas novas práticas, em oposição às 'práticas tradicionais'.

É interessante se perceber como esse desenho foi feito, ou seja, as setas apontam para fora, como se algo estivesse saindo de um centro e se distendesse. Na verdade, as portas dos hospitais psiquiátricos se abriram e os pacientes foram recebidos nos CAPs. Mas, também metaforicamente, pode-se pensar na expansão da sala de musicoterapia, e no musicoterapeuta que vai para novos espaços e atividades, isto é, até a horta, junto com os pacientes. Compartilha da criação da rádio e da veiculação das notícias, trabalha na construção e restauração de instrumentos, contribuindo para a restauração da saúde, enfim, faz todo tipo de atividade, como os outros profissionais, inclusive sendo terapeuta de referência.

Atividades realizadas pelos musicoterapeutas nos CAPs



Barcellos, 1999/2000.

Nessas novas práticas, o musicoterapeuta sai da sua sala, onde está protegido pela sua identidade, para se expor, ocupando os mesmos espaços

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

que os outros terapeutas e com eles dividir as mesmas responsabilidades, inclusive a de terapeutas de referência ou, ainda, a de coordenador dos referidos CAPs, como existem, hoje, vários musicoterapeutas no Rio de Janeiro.

Aqui enfatizo a importância dos registros: revendo esses registros tive uma visão do que se fazia e do que se faz hoje nos CAPs. Mas, cabe sinalizar que não só nos CAPs estão as novas práticas. Eles 'abriram as portas' para que o musicoterapeuta saísse para outras salas, novas instituições, novas áreas de atuação, pois, a partir de então, houve um maior alargamento do campo de atuação do musicoterapeuta, até chegar às salas de espera de postos de saúde, às ruas, à cooperativa de planos de saúde e tantas outras.

Se recorrermos à definição de "Clínica Ampliada", de 2004, pode-se perceber que esta foi cunhada a partir de uma prática já existente:

A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se [sic], de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a [sic] impeça de viver outras coisas na sua vida [sic]" (CARTILHA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. CLÍNICA AMPLIADA, 2004).

Entretanto, outras práticas podem ser consideradas novas: o atendimento a 'meninos de rua'¹⁴ (BARCELLOS, 1993); projetos com experiências de composição, gravação e comercialização de CDs; a inserção dos integrantes dos CAPs na Comunidade; no carnaval¹⁵; no carnaval no *setting* musicoterápico e na rua: Coletivo Carnavalesco "Tá pirando, pirado, pirou!" criação musical e artística na interface entre cultura e saúde mental (FERRARI, 2012); nos movimentos desinstitucionalizantes com usuários em longa permanência: a clínica dentro dos lares protegidos (AQUINO,

¹⁴ Mantida terminologia da época em que o trabalho foi realizado (1993). Hoje, "Meninos em situação de rua".

¹⁵ 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).

2009); nos 'consultórios de rua'; nas salas de espera de postos de saúde; nos ambulatórios de hospitais (ZANINI, 2013); na clínica domiciliar (WROBEL, 2012), (desde 1980, mas hoje mais, no atendimento a idosos); no sistema de saúde privado (UNIMED) (DELABARY, 2012); no atendimento de crianças e adolescentes em diálise (BARCELLOS; FLORENZANO, 2010); com vítimas de acidentes de trânsito no NAVI ou, ainda, nos ônibus das ruas da mesma cidade¹⁶, e muitas outras das quais não se tem informações.

A formação do musicoterapeuta e a adequação dos cursos para acompanhar as mudanças sociais.

Análise das grades de disciplinas dos cursos de graduação

Existem seis cursos de Bacharelado em Musicoterapia no Brasil RS, PR, SP, RJ, MG e GO. Destes, cinco disponibilizam as grades curriculares nos sites. Das cinco grades examinadas, duas possuem disciplinas específicas de políticas públicas em saúde; uma tem uma disciplina optativa denominada Modernidade e Mudança Social; uma tem uma disciplina optativa de Políticas públicas, mas não consta do site¹⁷ e um dos cursos já inseriu disciplinas específicas na sua grade, mas não as colocou no site. No entanto, conteúdos desta natureza podem fazer parte também de outras disciplinas.

Cursos de Bacharelado do Brasil					
RS	PR	SP	RJ	MG	GO
-	+	+	Ainda não incluídas no site	+	Grade não disponível no site

Outras atividades desenvolvidas pelos estudantes podem ainda prepará-los para uma atuação na musicoterapia contemporânea como: a

¹⁶ Núcleo de Apoio às Vítimas de Trânsito - DETRAN (RJ, 2012/2013). Os dois últimos trabalhos realizados por Leonardo Gonzaga, aluno do 4º ano do Bacharelado do CBM-CEU. Este último ainda deve ser objeto de maiores reflexões para ser definido como musicoterapia.

¹⁷ Informação verbal dada pela coordenadora do Curso de São Leopoldo, Profª. Mt. Sofia Dreher.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

supervisão de estágios, onde são discutidas as práticas; as **pesquisas** desenvolvidas como **Iniciação Científica** e as atividades que os colocam em relação com a comunidade: **Complementares** e **Projetos de Extensão Universitária**.

Discussão e Resultados de levantamento feito sobre as novas práticas realizadas no Brasil.

O questionário elaborado para o exame das práticas psicossociais realizadas no Brasil considerou quatro eixos principais: **a instituição** (localização e tipo); **o musicoterapeuta** (identificação e tipo de vínculo); **os pacientes** (encaminhamento; gênero; idade; religião; gosto musical; problema central; substâncias psicoativas usadas; adesão ao tratamento); e **a musicoterapia** (orientação teórica; técnicas utilizadas; experiências musicais, atividades e recursos utilizados, e as dificuldades encontradas).

Considero que a análise desse questionário, que apresenta uma amostra dos trabalhos de musicoterapia desenvolvidos nas diferentes regiões do Brasil com crianças e adolescentes com problemas psicossociais, possibilita algumas considerações que podem ser ampliadas para todas as novas práticas.

Sobre a instituição: os musicoterapeutas estão em CAPS, CAPSis, CAPSad, ONGs, Escolas, domicílios, asilos, clínicas especiais, maternidades, hospitais universitários brasileiros, hospitais gerais, salas de espera dos postos de saúde, e nas ruas das regiões mais populosas do país, onde tem uma concentração maior de musicoterapeutas.

Quem são os musicoterapeutas: formados nos cursos existentes no país, em nível de graduação ou pós-graduação, e alguns com outras formações como psiquiatria, psicologia, pedagogia, terapia ocupacional e fisioterapia, o que pode justificar diferentes abordagens teóricas utilizadas.

Contratação do musicoterapeuta: as próprias instituições, via projetos sociais, Prefeituras, hospitais gerais, cooperativa de médicos, ou responsáveis pelos pacientes quando em atendimento domiciliar.

Os pacientes: crianças em vulnerabilidade e risco social nos três níveis de proteção preconizados pelo SUAS: Proteção Social Básica (PSB); Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSE) e Proteção Social de Alta Complexidade (PSE), ou seja: crianças vítimas de abuso e exploração sexual, de abandono, maus tratos, violência doméstica, em processo de adoção. Dependentes químicos (álcool e outras drogas), crianças em desajuste social, de famílias também desajustadas, com grandes problemas sociais. Crianças em situação de rua. Adolescentes em conflito com a lei (no Brasil não se coloca crianças, pois de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, criança não comete crime), e crianças em sofrimento psíquico: com diagnóstico de autismo, retardo mental, esquizofrenia, ansiedade, queixas escolares, inibição, hiperatividade, vivendo com as famílias ou em abrigos sociais, e de pais destituídos do poder familiar. Vítimas de *bullying*, adolescentes grávidas, idosos, cuidadores e pacientes, cuidados paliativos, adultos associados a planos de saúde, violência doméstica contra mulheres, luto, reações pós-traumáticas. Em **atendimentos** em todos os formatos: grupo, individuais e etc., e as **experiências musicais** são as mesmas da musicoterapia tradicional: recriar canções, improvisar ou criar paródias, e compor principalmente canções. A audição musical, quando utilizada, vem, em geral, combinada com a execução de instrumentos, canto, dança, ou duas ao mesmo tempo.

Musicoterapia:

Orientação teórica: poucos musicoterapeutas se referem à orientação teórica. As apontadas foram: Psicodinâmica, Psicanálise, Abordagem Sistêmica, Esquizoanálise. Um único trabalho se refere à utilização da **Psicologia da Música:** a única referência feita à música como possibilidade de explicação ou de teoria que pode dar um caminho para a compreensão do desenvolvimento da criança musicalmente (processos de percepção e produção sonoro/musicais).

Técnicas empregadas: as descritas na literatura da área.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Métodos empregados: a Abordagem Plurimodal, do argentino Diego Schapira é a única mencionada, mas chega-se à conclusão de que os métodos ou abordagens mais conhecidos dificilmente seriam adequados para serem utilizados nessas áreas.

Dificuldades encontradas: a única dificuldade declarada foi a escassez de literatura em psiquiatria e musicoterapia que contemplem os problemas apresentados (!).

Outras atividades realizadas: ensino musical.

Por fim, percebe-se que os **objetivos apontados** são coincidentes, nas respostas ao questionário: empoderamento, protagonismo social e fortalecimento de vínculos dos adolescentes na comunidade, tendo o emprego da música objetivando: explorar e expressar sentimentos, trabalhar problemas, desenvolver habilidades que podem ser musicais e não musicais, e para encontrar caminhos para se relacionar e se comunicar com os outros, nas palavras de Bruscia (2000).

Considerações finais

Entendo que a musicoterapia se desenvolve através de cinco caminhos principais: estudos na área, pesquisa, a partir da prática clínica, impulsionada pelo movimento de outros campos de atuação como é o caso da Saúde Mental, p. ex., e pela contribuição que as mudanças na Legislação que regula a profissão de musicoterapeuta provocam na prática clínica e, conseqüentemente, no ensino da musicoterapia. Além da inserção na CBO¹⁸, a profissão de Musicoterapia ainda passou a integrar as carreiras que fazem parte do Sistema Único de Assistência Social Brasileiro (SUAS), em 2011, o que coloca o musicoterapeuta engajado com outros profissionais, na oferta de assistência social, com abrangência nacional.

¹⁸ O novo número da CBO do musicoterapeuta (2263-05) já está no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, possibilitando ao musicoterapeuta a realização de mais dois procedimentos no SUS: Consulta como Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica e Consulta como Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada. Reunião da Comissão SUS da UBAM com a Coordenação Geral de Sistemas de Informação – CGSI/DRAC e do DATASUS realizada em 18/4/13 de abril, em Brasília.

A análise feita anteriormente mostra que não existem grandes diferenças no que tange à utilização da música como elemento terapêutico nos diferentes espaços, mas, sim, percebe-se que a grande diferença está na ampliação dos papéis que o musicoterapeuta desempenha, nos procedimentos utilizados, que estão, em geral, nas práticas tradicionais, e na forma como a música é empregada.

Depois desta análise cabe uma questão: se todos estes aspectos são utilizados de forma muito semelhante, qual seria a especificidade da musicoterapia nessas áreas? Tenho defendido que a musicoterapia é uma só, ao contrário de alguns teóricos que sustentam que temos *musicoterapias*. Assim, em minha opinião, o que traz diferenças na sua aplicação nas novas áreas é *como* a musicoterapia é aplicada, dependendo: da **área** onde se aplica, do **tipo e possibilidades da instituição**, da **faixa etária** dos pacientes, das **qualidades pessoais e competência/habilidades do musicoterapeuta** (musicais/musicoterápicas), enfim, de um conjunto de questões que exigem do musicoterapeuta, competência, flexibilidade e criatividade para estarem inseridos e compreenderem os tipos/idiossincrasias de cada instituição/área e a inserção destas nas políticas públicas mais amplas às quais estão ligadas ou das quais dependem. E, sem dúvida, isto vai estar diretamente ligado à: **formação do musicoterapeuta**, potencializando a nossa responsabilidade como coordenadores de cursos, professores e supervisores de estágios ou práticas clínicas/terapêuticas; à **participação/atualização do musicoterapeuta** nas atividades e eventos das suas associações; e, de forma mais abrangente, no **ativismo do musicoterapeuta nas discussões que dizem respeito à inclusão da musicoterapia mais amplamente**: nas políticas públicas de saúde.

Por fim, percebe-se que os objetivos apontados são coincidentes, nas respostas ao questionário: empoderamento, protagonismo social e fortalecimento de vínculos sociais, e a música é utilizada para explorar e expressar sentimentos, para trabalhar problemas, para desenvolver/resgatar habilidades que podem ser musicais e não musicais, e para encontrar caminhos para se relacionar e se comunicar com os outros, nas palavras de Bruscia (2000).

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Para finalizar, cabe dizer que as práticas tradicionais continuam sendo tão importantes quanto foram até hoje e, mesmo que surjam novas metodologias, técnicas, abordagens, estratégias, e novas linguagens sejam utilizadas para que o usuário possa se expressar, a **musicoterapia contemporânea não é substitutiva das práticas tradicionais. É, sim, um desenvolvimento e ampliação daquelas.**

Referências

- ABREU, S. R. de. Crianças e adolescentes em situações de risco no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, n.1, mar. 2002.
- AQUINO, G. B. de. Sobre os efeitos da musicoterapia numa instituição de saúde mental de longa permanência: acolhendo as dissonâncias. *Pesquisa e Música*, v. 8, n. 1, p. 69-80, 2009.
- BARCELLOS, L. R. M. Da re-criação musical à composição: um caminho para a expressão individual de meninos de rua. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, Ano 3, n. 4, 1998.
- _____. A musicoterapia com crianças e adolescentes na sala de diálise. Trabalho apresentado no XVI Congresso Paulista de Nefrologia. *I Encontro Paulista Multiprofissional em Nefrologia*. Atibaia, SP. Setembro, 2011.
- _____. La Musicoterapia como herramienta de afrontamiento a los problemas sociales de la infancia en Brasil. *Jornada Latinoamericana de musicoterapia y proyección social*. Universidad Nacional de Colombia y Alcaldía de Bogotá. Bogotá, abril de 2013.
- _____. La actuación de la musicoterapia en la problemática social de adolescentes en Brasil. *Jornada Latinoamericana de musicoterapia y proyección social*. Universidad Nacional de Colombia y Alcaldía de Bogotá. Bogotá, abril de 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada*. Brasília. DF. 2004.
- BRIGNOL, Rafael Marrero. *Comunicação pessoal*. Bagé (RS), 2013.
- BRUSCIA, K. *Definindo musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

IBGE. *Censo Demográfico*. Rio de Janeiro, 2010.

O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília, DF: UNICEF 2011.

DELABARY, A. M. Prática realizada na "União de Médicos" (UNIMED). *Comunicação pessoal*. Bagé, 2012.

FERRARI, P.; LACERDA, M. W. de. Coletivo carnavalesco “tá pirando, pirado, pirou!”: criação musical e artística na interface entre cultura e saúde mental. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 14., Olinda, 2012; ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 12., Olinda, 2012. *Anais...* Olinda: AM do Nordeste, 2012. p. 312-322.

VITOR, J. S. F. Implementação da Musicoterapia no Sistema Único de Assistência Social: Movimentos e Organização Política. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 14., Olinda, 2012; ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 12., Olinda, 2012. *Anais...* Olinda: AM do Nordeste, 2012.

WROBEL, V. B. *Definição de atendimentos domiciliares*. Rio de Janeiro, 2012. (Inédito, não publicado).

ZANINI, Claudia Regina. PANIAGO, Raul Mamede. SANTANA, Diana da Silva T. *Musicoterapia e educação em saúde: atendimentos ambulatoriais para pacientes com hipertensão em Hospital Universitário Brasileiro*. Sucre (Bolívia), 2013.

Grupo de Cordas “Alegria de Viver”: A música como elemento terapêutico

LIMA, Fabio Roberto Monteiro de¹

Introdução

O projeto realizado na AAPCMR começou no ano de 2009, quando nós começamos o trabalho voluntariamente, ministrando aulas de violino (Figura 1) para crianças e adolescentes acometidos pelo câncer. Na época, não conhecíamos a musicoterapia e através de pesquisas na área passamos a conhecer essa profissão e posteriormente estudá-la mais a fundo. No decorrer das aulas, foi criado o Grupo de Cordas Alegria de Viver (Figura 2) que tem como finalidade o propósito terapêutico.

A Associação de Apoio aos Portadores de Câncer de Mossoró e Região foi criada em Mossoró, Rio Grande do Norte, em 03 de agosto de 1997, através de um grupo de voluntários que já possuíram a doença ou que já tiveram algum caso na família.

A instituição não tem fins lucrativos e apresenta como intuito “Prestar assistência social e o amparo ao portador de neoplasia maligna, assim como, buscar a promoção humana através de atividades educacionais com a participação dos (as) pacientes, familiares e voluntários. Promovendo o bem – estar social e a melhoria da qualidade de vida dos (as) pacientes com câncer de Mossoró e Região, buscando resgatar e desenvolver seu potencial social, afetivo e espiritual, contribuindo com a formação de uma sociedade mais justa e igualitária”.

¹ Graduado em Música pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Especialista em Artes pelas Faculdades Integradas de Jacarepaguá – FIJ. Professor de música do Conservatório de Música D’alva Stella Nogueira Freire – UERN. Professor de música da Casa de apoio a criança com câncer/Mossoró-RN. E-mail: fcavaquinho@hotmail.com

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Em nossa pesquisa nos deteremos à unidade Infanto-Juvenil que é a unidade na qual desenvolvemos o nosso trabalho; a unidade foi instalada em 2004 e, além dos atendimentos, a unidade serve como albergue para pacientes das cidades circunvizinhas os quais estão em tratamento.

O trabalho realizado na AAPCMR é de extrema importância para a sociedade Mossoroense e região, pois atende cerca de 107 crianças, sendo 26 filhos de pacientes, mais de 300 adultos e familiares envolvidos no processo de tratamentos oncológicos. Os pacientes são acolhidos por uma equipe multidisciplinar de profissionais, fundamentada em conhecimentos técnicos voltados para suas áreas de especialização, buscando estimular o desenvolvimento social e o bem-estar desses pacientes atendidos na unidade. Esta funciona através dos seguintes serviços: aula de violino, musicalização, formação de grupos como a (Camerata de Cordas e Coral Alegria de Viver), violão, violoncello, farmácia, transporte, central de doações, serviço social, psicopedagogia, reforço escolar, natação, educação religiosa, psicóloga, dentista, fonoaudióloga, hidroterapia, fisioterapia, terapeuta ocupacional, dentre outros.

Objetivos

O trabalho realizado tem como principal objetivo a qualidade de vida, humanização, socialização, encorajamento, desinibição, criatividade e o melhoramento da autoestima dos pacientes, levando em consideração as várias limitações que lhes acarretam, já que alguns são acometidos por vários tipos de sintomas, tais como: ficarem pálidas sentirem dores ósseas, as crianças podem se tornar suscetíveis a infecções, apresentarem sangramentos, podem ter um aumento do volume ou uma massa no abdômen, dores nos membros, dores de cabeça, vômitos, alterações motoras, alterações de comportamento, paralisia de nervos, dentre outros sintomas, dependendo do tipo de câncer. Dessa forma, vemos todos os pacientes como um ser único que tem suas limitações e potencialidades a serem trabalhadas.

O trabalho também é motivador para os pacientes que passam a gostar muito da música e querem se especializar mais, como o caso de uma paciente de doze anos de idade que começou nas aulas de violino e depois se interessou pelo piano; o trabalho serviu como um agente motivador para que ela ingressasse no Conservatório de Música e estudasse piano. Também outros pacientes passaram a se interessar pela música e estudam outros instrumentos em escolas especializadas.

Metodologia

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado pelo aluno em fase de conclusão do curso de musicoterapia na FACHO-PE. No sentido da sistematização desse processo, podemos evidenciar como são realizadas as sessões com esse grupo de pacientes.

Atualmente, os encontros são ministrados por Fábio Roberto Monteiro de Lima²; e Arthur Araújo, que cursa licenciatura em música pela UERN.

Os encontros acontecem três vezes por semana, com duração entre uma hora e uma hora e meia, dependendo dos encontros serem individuais ou em grupo. A partir de 2012 os alunos começaram a estudar a teoria musical e estão começando a dar seus primeiros passos na leitura de partituras, embora esse não seja o foco.

Nas sessões não utilizamos os métodos tradicionais de ensino de violino, pois os objetivos são terapêuticos. Em cada sessão percebemos as dificuldades e anseios dos pacientes e trabalhamos para que sejam superados.

O repertório consiste em músicas que são do cotidiano dos pacientes e escolhidas por eles, tais como: *Over the Rainbow* (Além do arco-íris), a Música do filme Carruagem de Fogo, *Chariots of Fire* (Vangelis), *My*

² Licenciado em Música pela UERN (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte) Especialista em Artes pela FIJ (Faculdades Integradas de Jacarepaguá) Instrutor Musical do Conservatório de Música D'alva Stella Nogueira Freire e Pós Graduando da segunda turma de especialização em musicoterapia pela FACHO- Faculdade de Ciências Humanas de Olinda-PE.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Heart Will Go On, tema do filme *Titanic*, dentre outras, como também peças conhecidas da população em geral como *Asa Branca* (Luiz Gonzaga) e *Ode à Alegria* (Ludwig van Beethoven), sugeridas pelos instrutores, não fazendo distinção entre o erudito e o popular.

Atualmente, as sessões contam com 20 pacientes, dentre elas, crianças e adolescentes que estão em tratamento ou manutenção das suas patologias. Podemos perceber a melhoria da qualidade de vida e socialização dessas pessoas, vemos a importância da música como elemento terapêutico, potencializando as qualidades individuais de cada indivíduo, fazendo com que elas possam ser vistas de maneira mais igualitária pela população.



Figura 1



Figura 2

Podemos citar o relato de um paciente que pediu para aprender a tocar a música “Como é grande o meu amor por você” (Roberto Carlos), para homenagear seu pai que mora na região rural de Mossoró e é divorciado de sua mãe. Ao ensaiar a música em sua casa, o paciente comenta que sua mãe dá opiniões sobre a música, e, então, mantém uma interação de afetividade e compartilhamento daquele momento. O paciente também fala “acho choco lá em casa, gosto de vim pra casa de apoio para as aulas de violino”.

Bruscia (2000) fala da cura pela música, para o autor o cliente pode participar de experiências musicais ativas ou receptivas. As propriedades estéticas das músicas são tão importantes quanto suas energias curativas, a cura não envolve necessariamente ou depende de processo de “terapia” em que o cliente e o terapeuta desenvolvem uma relação através da qual os problemas do cliente são abordados, a cura pela música pode ocorrer fora do *Setting* terapêutico.

As crianças e adolescentes que são acompanhados pelo projeto foram desenvolvendo de forma natural suas potencialidades musicais e passaram a fazer várias apresentações e recitais em jornais, empresas, teatros, como ilustra a (Figura 3), congressos de nível nacional e emissoras de TV (Figura 4), como o XIII Congresso Brasileiro de Oncologia Pediátrica, realizado em abril de 2012 na cidade do Natal-RN.



Figura 3



Figura 4

Resultados e discussão

Os pacientes oncológicos enfrentam várias dificuldades físicas e psíquicas desde a confirmação do diagnóstico. Passam por vários níveis de estresse e angústia emocional, mudanças no estilo de vida e medo da morte, podem ter problemas de insônia e perda de apetite e alguns desses sintomas podem atingir seus familiares, com isso ocorre uma degradação na qualidade de vida dessas pessoas.

Gallicchio³ (2001), em sua pesquisa, relata um estudo no GRAAC: *Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer* e vai mensurar o impacto da musicoterapia no tratamento de crianças e adolescentes com Câncer.

Vanni (2006) apresenta um trabalho interdisciplinar de comunicação sonora (Nics), como começou o trabalho com música em 1988, a música como poder restaurador de socialização e cultura, como parte de ligação

³ Pesquisa publicada na *Revista Brasileira de Musicoterapia*, Ano IV, número 5 – 2001.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

entre família, hospital e escola, além da música como poder terapêutico dentro da unidade hospitalar.

A música pode diminuir o estresse, aumentar a autoestima, transformar o alívio imediato da dor em algo mais duradouro, facilitando o tratamento de crianças e adultos com câncer.

As principais patologias que acarretam os pacientes que são acompanhados pela casa de apoio são: Câncer, Anemia Falciforme e Talassemia. Tais doenças precisam de cuidados intensivos, pois causam muitos danos físicos e psicológicos aos pacientes e familiares.

De acordo com o site⁴ do INCA (Instituto Nacional do Câncer), a denominação e as causas do câncer são as seguintes:

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas.

É importante conversamos com os pacientes para saber como está o tratamento e/ou manutenção da sua doença. Faremos um breve relato de duas patologias usuais no quadro da instituição.

De acordo com a ABRASTA (Associação Brasileira de Talassemia), ele conceitua da seguinte forma:

A Talassemia é uma desordem hereditária e que comumente produz anemia (a anemia é um sinal / sintoma comum a várias desordens do corpo humano). Portanto, não é contagiosa, e sim provocada por uma falha genética, a qual leva a uma malformação da Hemoglobina. A Hemoglobina é a proteína encontrada nas hemácias (ou células

⁴ Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>>. Acesso em: 05 set. 2013.

vermelhas) do sangue, sendo a responsável pelo transporte do Oxigênio a todas as células, tecidos e órgãos do corpo humano.⁵

A Anemia Falciforme é uma doença hereditária, é o resultado de uma modificação genética do DNA que, no lugar de produzir o pigmento chamado hemoglobina (Hb)A , dentro dos glóbulos vermelhos ou Hemácias , produz outro denominado (S) HbS. Nessas pessoas, as hemácias, em vez de redondas, tomam a forma de meia lua ou foice.⁶

Considerações Finais

É importante considerarmos os aspectos referentes ao trabalho que vem sendo realizado na cidade de Mossoró, pois se trata de um projeto de utilidade pública que pode ser realizado em outras instituições em todo país. Esperamos que esse trabalho seja fonte de inspiração para novas pesquisas na área da Musicoterapia e o tratamento de pacientes com câncer.

É relevante discutirmos sobre o acompanhamento que é feito fora do ambiente musicoterápico, esse acompanhamento pode ser realizado em domicílio, sessões de cinema, ou em eventos realizados pela AAPCMR como carnaval, (Figura 5), Natal (Figura 6), festas juninas e outros eventos realizados.



Figura 5



Figura 6

⁵ Disponível em: <<http://www.abrasta.org.br/definicao-talassemia>>. Acesso em: 05 set. 2013.

⁶ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1692>. Acesso em: 05 set. 2013.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

No início o projeto tinha a finalidade de ajudar as pessoas de alguma forma através da música, porém podemos afirmar que com a busca por conhecimentos oferecidos pela musicoterapia e áreas afins, juntamente com um estudo mais sistematizado com objetivos terapêuticos específicos, o trabalho está sendo conduzido de forma consciente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas envolvidas.

Percebemos que a música pode influenciar positivamente na vida dos pacientes em tratamento com câncer, porém é importante buscar conhecimento, e a musicoterapia é a principal fonte para nosso trabalho.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TALASSEMIA. Disponível em: <<http://www.abrasta.org.br/definicao-talassemia>>. Acesso em: 08 ago. 2012.

BENEZON, Rolando O. *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

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

GALLICCHIO, Maria Elena S.S. Pedro e o Lobo: Musicoterapia com crianças em. Quimioterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. ano IV, n. 5, 2001. p. 81-93.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *O que é*. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>>. Acesso em: 08 ago. 2012.

_____. *Particularidades do câncer infantil*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343> Acesso em: 08 ago. 2012.

PORTAL DA SAÚDE. *Doença falciforme*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1692>. Acesso em 08 ago. 2012.

VANNI, Rachele Filizzola. *Música um caminho para a saúde*. São Paulo: Alínea e Átomo, 2006.

A Identidade do Cantor: Questões e Possibilidades no *Setting* Musicoterapêutico

*SANTOS, Carolina Ferreira*¹

Introdução

A voz humana é constituída por uma série de aspectos, sendo esses anatômicos, fisiológicos, psicológicos e sociais. Não há voz que ressoe igual a outra justamente porque a anatomia de cada ser humano é única. “Bem como a compreensão que cada pessoa possui, um aparato vocal diferente e uma possibilidade de voz distinta, percebe-se que uma canção pode ser cantada com diferentes intenções e interpretações” (KARAM, 2009, p. 21).

Segundo Marsola e Baê (2008), a voz é um som produzido pelas pregas vocais durante a expiração e o que faz as nossas pregas vibrarem é a passagem do ar, logo sem ar não há som. Dessa forma o cantor deve aprender a controlar sua respiração, o que lhe exigirá consciência corporal. Karam (2009) relata que aprendemos a falar e a cantar por imitação e ouvido. As antigas escolas de música se baseavam no ensino do canto por imitação, sem levar em conta a parte física e anatômica do indivíduo. Hoje, com o desenvolvimento da ciência e a descoberta da medicina da parte fisiológica do aparelho fonador, não é necessário somente ao aluno de canto imitar e decorar.

Uma pessoa deve preparar-se física e mentalmente para cantar. A consciência tem a ver com sensibilidade e percepção, não só musical, mas também das estruturas físicas. Para desempenhar um bom canto é necessário controle respiratório, adaptação da postura e das cavidades de ressonância,

¹ Bacharel em Musicoterapia pela Faculdade Paulista de Artes, natural de Guarulhos-SP; Musicoterapeuta Clínica no Espaço Rosa Cereja e no Espaço Salud Exercícios Terapêuticos; Professora de Música no Colégio CAAPE (Centro de Apoio Pedagógico Especializado) E-mail: carolina.musicoterapia@bol.com.br

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

assim o domínio de todos esses pontos exige que a consciência corporal do indivíduo esteja bastante apurada.

Outro dado interessante a se pensar é que o canto é iniciado antes da linguagem. “Quando a criança ainda não aprendeu a falar, mas já percebeu que a linguagem significa a voz da mãe, com suas melodias e seus toques, é pura música, ou é aquilo que depois continuaremos para sempre a ouvir na música [...]” (WINISK apud MILLECO; BRANDÃO; MILLECO FILHO, 2001, p. 9).

Segundo Milleco, Brandão e Milleco Filho (2001) existe um fenômeno conhecido por canção de Ur (tipo fundamental de melodia, cantada por crianças de todo o mundo, independente da cultura a que pertence). As crianças de dezoito meses a dois anos e meio de idade cantam espontaneamente fragmentos melódicos com intervalos de segunda, terça maior e terça menor e até os três anos incluem intervalos de quarta e quinta e a partir desse momento passam a ser influenciadas pelo estilo musical particular de sua cultura.

A voz é uma resultante biopsicossocial, mas, muitas vezes, o único fator levado em consideração é o social, assim a voz utilizada por muitos não é a sua voz, mas sim a voz que utiliza em seu papel social. Quinteiro (1989) diz que a alteração desse quadro pode resultar em problemas vocais e muitas vezes bastante sérios.

A Musicoterapia apresenta uma visão biopsicossocial e espiritual do ser humano. Assim a identidade do cantor e a problemática com que ele se depara, no que diz respeito ao modelo de voz que ele tem ou idealizou, pode ser mais um aspecto para a Musicoterapia, posto em questão no setting musicoterapêutico.

Objetivos

O objetivo desse trabalho é estudar o processo de construção da identidade do cantor no âmbito teórico, como fundamentação para o entendimento dessa problemática no *setting* musicoterapêutico e suas possibilidades na clínica musicoterapêutica.

Metodologia

Este trabalho consiste em uma pesquisa conceitual. A partir da bibliografia levantada são apresentadas questões fisiológicas, psicológicas e sociais da voz, apontadas como fundamentais na construção da identidade do cantor. São levantadas ainda reflexões da utilização da voz como recurso musicoterapêutico, bem como a problemática do cantor na prática clínica em Musicoterapia.

Resultados e Discussão

É notável que muitos cantores possuam o desejo de ter uma “voz especial”. Segundo Quinteiro (1989), esses modelos vocais seguidos e desejados estão estigmatizados, e se desenrolam no decorrer do tempo por modismos influenciados por estereótipos contínuos, alimentados por questões de pouca relevância. Há pessoas que não se importam com a voz que têm, mas sim com a voz que querem ter. Querem a todo custo imitar modelos vocais oferecidos pelo grande mercado de consumo sonoro.

Muitas vezes esses modelos vocais não possuem qualidade, apenas atendem as necessidades do modismo, afirma Quinteiro (1989). Logo, olhando por esse âmbito, essas vozes não poderiam ser consideradas modelos vocais.

Segundo Quinteiro (1989), a questão não é ter uma voz de um jeito ou de outro, mas descobrir as possibilidades vocais de cada indivíduo, evitando ao máximo toda influência ou modelo pré-estabelecido, para criar condições e possibilidades para que a voz cresça, e se aprimore em toda sua plenitude.

Como foi afirmado anteriormente, o aparato anatômico (vocal) de cada ser humano é único. Sendo assim, com os avanços tecnológicos e ainda o novo olhar utilizado pelos professores de canto, levando em consideração o aspecto fisiológico da voz, uma pessoa não pode ter uma voz igual à de outra. Sendo assim, os modelos vocais não são referências a serem seguidos, primeiro pela falta de qualidade que muitas vezes apresentam e segundo

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

porque cada pessoa deve encontrar e fazer florescer sua própria voz. Assim como a imagem corporal acompanha o desenvolvimento humano,

acumulando uma sabedoria própria do corpo através dos movimentos contínuos, das impressões táteis, cenestésicas e visuais, bem como da relação com modelos corporais dos indivíduos com que uma pessoa se relaciona, construindo assim um histórico corporal próprio. (QUINTEIRO, 1989, p. 21)

A voz, como já foi afirmado anteriormente, é uma resultante biopsicossocial. A questão é que cada indivíduo acaba levando apenas o social em consideração, na decisão de sua voz, por conta de que essa decisão nem sempre é consciente. Segundo Quinteiro (1989), a voz escolhida ou é a voz “ídolo circunstancial” ou voz “identidade de papel social”. É muito comum que adolescentes imitem um padrão sonoro e isso normalmente tem efeito passageiro. O problema é quando esse padrão vocal fica permanente, mascarando a verdadeira voz do indivíduo.

Durante anos o emissor emite um som e com ele se habitua e se reconhece, mesmo que essa emissão não seja sua verdade sonora. Quinteiro (1989) afirma que a imagem vocal do indivíduo é assunto de segurança íntima e que deve ser cuidada com cautela.

As vozes mudam no decorrer de uma existência. O indivíduo vai percorrendo um caminho vocal mutável durante sua vida e adaptando-se as sucessivas imagens vocais desse percurso de mutações constantes, próprias dos seres em evolução. A voz acompanha essa evolução humana, dando notícias do caminho percorrido pelo indivíduo e mostrando sonoramente em que ponto esse indivíduo se encontra no momento. (QUINTEIRO, 1989, p. 79)

Segundo Pereira e Penteadó (2007), a qualidade da voz é o conjunto das características que identificam a voz humana, e que também fornecem impressões sobre o falante nas dimensões biológicas, psicológica, sócio-educacional e profissional.

O saber popular acerca da voz, ou seja, como cada indivíduo enxerga sua voz também é um ponto a ser considerado, afirma Pereira e Penteadó

(2007). Desenhar e escrever sobre a voz são possibilidades de abertura de diálogo entre o acadêmico (científico) e o comunitário (popular).

O cantor, além de passar pelas modificações vocais que fazem parte da vida de qualquer indivíduo, enfrentará também as modificações decorrentes de seu trabalho vocal, ou seja, a mudança trazida pela qualidade vocal por ele buscada. Um processo delicado a ser pensado. Segundo Quinteiro (1989), há indivíduos que se escondem em características passageiras de sua voz, por exemplo, uma rouquidão que acontece com frequência pode se tornar para uma pessoa sua voz verdadeira e ele pode “estranhar” o que de fato seria sua voz. O mesmo poderia acontecer nos processos de mudanças vocais que fazem parte do trabalho do cantor. O aumento de sua extensão, a melhora na qualidade de sua voz, pode fazer com que ele crie uma nova imagem vocal que vai se transformando ao longo de sua vida, ou que se esconda nas imperfeições, tendo essa como sua voz verdadeira. Assim a busca pela sua verdadeira identidade é fator primordial para o verdadeiro crescimento.

Segundo Marsola e Tutti (2009), existem problemas psicológicos que influenciam o ato de cantar: falta de estímulo, ironias de amigos e parentes que comparam pessoas de uma mesma família, crença no dom, que existe, mas a educação do ouvido e desenvolvimento da percepção musical é possível.

Imagem vocal refere-se ao que o indivíduo tem como percepção de sua própria voz, o que acha dela, afirmam Penteado e Penteado (2010). Assim comentários de familiares e amigos em geral influenciam e contribuem para a composição da imagem da voz do cantor.

É importante que o cantor tenha um vasto repertório de estilo musical, mas segundo Marsola e Tutti (2009), o cantor não deve se preocupar em imitar ao interpretar uma canção que já foi gravada, deve buscar sua voz, o seu estilo, a sua própria interpretação.

O comportamento vocal, segundo Melo e Silva (2008), depende ainda de como o indivíduo percebe seu corpo durante a emissão de um som e de que modo que essa percepção pode acionar aspectos físicos e psíquicos.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Assim essa visão psicocorporal pode revelar que o estado emocional alterado interfere na flexibilidade tônica do cantor, por exemplo:

na coordenação pneumoarticulatória, na postura, no ataque vocal, no controle da ressonância, na projeção da voz, na expressividade, na adequação da ênfase e curva melódica. Esta flexibilidade tônica é necessária para a emissão vocal equilibrada em suas diversas demandas interpretativas. Isso pode constituir numa nova proposta de desenvolvimento vocal. (MELO e SILVA, 2008, p. 554)

Coelho et al. (2013) afirmam que as mudanças relacionadas à idade parecem ocorrer menos ou até mesmo se ausentarem em cantores que possuem uma voz treinada. O amadurecimento vocal de profissionais da voz cantada mostra estabilidade na fonação, promovendo o bom controle respiratório e boas habilidades fonatórias.

A voz é um instrumento muito utilizado em Musicoterapia. A voz cantada e falada altera-se por influência do estado de humor de quem a utiliza, mesmo fora do ambiente terapêutico, afirma Behlau (1987 apud STEFFEN, 2011, p. 54). Steffen (2011) afirma que estados de humor também influencia a voz cantada nas sessões de Musicoterapia, sendo possível sua verificação por meio dos elementos não verbais.

Uhlig (2006 apud STEFFEN, 2011, p. 58), afirma que o cantar permite acessar sentimentos e pensamentos pela ressonância e vibração das células, já que, ao cantar, o corpo passa a ser o instrumento musical, na sua estrutura orgânica e psíquica, despertando emoções e memórias.

Em Musicoterapia o cantar pode ser dirigido ou espontâneo. Segundo Steffen (2011), a subjetividade do paciente é verificada de modo mais intenso na improvisação, sendo esse um cantar livre e espontâneo. Steffen (2011) afirma que o cantar coletivo permite que as pessoas compartilhem espaço e tempo da canção no mesmo tom, andamento entre outras possibilidades, conectando-os assim em todas as dimensões intrapessoal e interpessoal.

Segundo Steffen (2011), a relação interpessoal propiciada pelo cantar revela e desenvolve questões como liderança, autonomia, iniciativa, segurança, cooperação, responsabilidade, comunicação, concentração,

capacidade de fazer escolhas, autoestima, organização, submissão, autoritarismo entre outros.

Quanto às relações intrapessoais, Steffen (2011) afirma que o cantar pode revelar estados de humor, desenvolve o emocional, a autoexpressão, mudanças de humor, alivia tensões, leva a uma reflexão sobre sentimentos, emoções entre outros. Em Musicoterapia, cantar permite que o paciente se conscientize sobre seu estado e elabore suas questões.

Acredita-se que, para a construção da identidade do cantor, será necessário conhecimento de seus aspectos fisiológicos (consciência corporal), fazendo uma busca única pelas belezas e nuances de sua voz do que refletirá na imagem vocal, e conseqüentemente em questões sociais e de abandono dos modismos e padrões estabelecidos pelo mercado sonoro, tendo consciência de que as questões psicológicas também fazem parte e refletem em seu trabalho, e que a emoção está intrinsecamente ligada ao cantor. “[...] quando se acredita de verdade naquilo que se canta, transmite-se com emoção, o sentimento, de dentro para fora, fazendo com que o corpo fale, imóvel ou em movimento [...]. Cantar é transmitir sentimentos, emoções. [...]” (MARSOLA & TUTTI, 2008, p. 60.)

Acredita-se ainda que os atendimentos de Musicoterapia possam ser de grande valia na busca por sua identidade, trabalhando os aspectos intrapessoal e interpessoal. O cantor poderá buscar questões próprias de sua voz, de forma plena e pura, que conseqüentemente estabelecerão mudanças significativas no seu canto como um todo.

Considerações finais

A imagem vocal do cantor terá importante papel na descoberta (encontro) de sua identidade. Ela que sofre mutações por toda vida, traz consigo a informação sobre o que o cantor pensa sobre sua voz.

O trabalho técnico terá também sua importância, desde que respeite as diferenças anatômicas e fisiológicas de cada cantor, que são únicas, não existem vozes iguais. Essas diferenças são perfeitamente visíveis quando se trata de timbre.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Mas há outro aspecto que deve ser mencionado: o psicológico. O estado emocional alterado pode influenciar fortemente o desenvolvimento do cantor, acarretando tensão na musculatura utilizada para cantar.

E, por fim, a Musicoterapia. Acredita-se que no *setting* musicoterapêutico, o cantor poderá desenvolver suas habilidades e harmonizá-las como um todo, já que a Musicoterapia apresenta um olhar biopsicossocial e espiritual acerca do ser humano, poderia ajudar na elaboração de todas as facetas que constituem a identidade do cantor.

Referências

COELHO, Ana Cristina de Castro; DAROZ, Irandi Fernando; SILVÉRIO, Kelly Cristina Alves; BRASOLOTTO, Alcione, Ghedini. Coralistas amadores: autoimagem, dificuldades e sintomas na voz cantada. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 15, n. 2, Mar./Abr. 2013.

KARAM, Joana Haar. Voz em Musicoterapia - contribuições do canto na prática musicoterapêutica. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009; . *Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, XI Fórum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*. Curitiba: Griffin, 2009.

MARSOLA, Mônica; TUTTI, Baê. *Canto uma expressão: princípios básicos de técnica vocal*. São Paulo: Vitalle, 2008.

MELLO, Enio Lopes; SILVA, Marta Assumpção de Andrade e. O corpo do cantor: alongar, relaxar ou aquecer. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 10, n. 4, out./dez. 2008.

MILLECO, Ronaldo; BRANDÃO, Maria Regina Esmeraldo; MILLECO FILHO, Luís Antônio Milleco. *É preciso Cantar: Musicoterapia, cantos e canções*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

PENTEADO, Regina Zanella; PENTEADO, Letícia Aranha Pires Barbosa. Percepção da voz e saúde vocal em idosos coralistas. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 12, n. 2, Mar./Abr. 2010.

PEREIRA, Priscila Fabiano Agostinho; PENTEADO, Regina Zanella. Desenhos e Depoimentos: recursos para a investigação da percepção e do conhecimento vocal. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 9, n. 3, jul./set. 2007.

QUINTEIRO, Eudisia Acunã. *Estética da voz: uma voz para o ator*. São Paulo: Summus, 1989.

STEFFEN, Luciana. Cantar: elementos não verbais e estado de humor no processo musicoterapêutico. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, ano 13, n. 11, 2011.

Integração de técnicas da Psicologia Biodinâmica e da Musicoterapia para proporcionar autorregulação: Massagem, música e relaxamento

*SAKAI, Fabiane Alonso*¹

Introdução

A autora tem vivenciado a diversidade de elementos que emanam do trabalho com seres humanos, com vidas, organismos e com a música. Esses elementos são as individualidades, singularidades, musicalidades, sensibilidades, sentimentos, emoções, afetos, experiências, traumas, subjetividades, crenças, valores, criatividade, espontaneidade, calor, egos, autonomia, responsabilidade, significados, espiritualidade, coragem, entre muitos outros aspectos. Assim, ao longo desta vivência, vem construindo uma visão, uma abordagem, uma forma de compreender e trabalhar esses fenômenos, na Musicoterapia, com as técnicas de Massagem Biodinâmica, orientada pelos conceitos e princípios da Psicologia Biodinâmica, como o da autorregulação.

Utiliza a experiência musical de forma receptiva entre as diferentes técnicas musicoterápicas e, dentro desta forma de experiência, utiliza o Relaxamento Musical, onde coloca músicas (gravações comerciais de diferentes estilos) para reduzir a ansiedade ou criar estratégias contra a ansiedade, induzir o relaxamento corporal, aliviando as tensões físico-emocionais, para aumentar a percepção corpóreo-emocional entre outros objetivos terapêuticos.

As técnicas de massagem biodinâmica, que por outro canal sensorial – (a pele), também acessam os fenômenos psíquicos, emocionais e orgânicos que têm como objetivos terapêuticos melhorar a percepção de si, afetar o

¹ Musicoterapeuta, Psicoterapeuta Corporal Reichiana, Especialista em Psicologia Biodinâmica e Especialista em Consciência Corporal-Dança. Curitiba/Paraná. E-mail: musicane@uol.com.br

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

organismo, estimulando respostas fisiológicas e psicológicas, relaxar as tensões musculares e emocionais, diminuindo as resistências ao processo e flexibilizando as coraças, entre outros.

Neste trabalho aborda alguns conceitos e fundamentos da Musicoterapia e da Psicologia Biodinâmica: Massagem Biodinâmica e Autorregulação, Técnicas Musicoterápicas Receptivas - Relaxamento musical para verificar se na teoria também é possível a integração que vem vivenciando na prática.

Objetivos

Geral: Tendo este trabalho como objetivo geral demonstrar, através de uma revisão bibliográfica e um relato de caso, como as técnicas da Musicoterapia e da Psicologia Biodinâmica podem ser integradas, tanto na prática como na teoria, como uma forma estratégica para potencializarem seus efeitos na autorregulação do organismo.

Específico: Integrar as técnicas de Psicologia Biodinâmica (a Massagem) e as técnicas de Musicoterapia (Relaxamento Musical) para a autorregulação de pessoas com deficiência física em processo de reabilitação.

Metodologia

A autora realiza neste trabalho uma revisão da literatura, discussões teóricas possíveis para explicar o fenômeno em estudo, apresentando algumas semelhanças nas teorias e um estudo de caso no qual insere as referências bibliográficas e a discussão teórica ao mesmo tempo em que apresenta e discute os fenômenos em estudo. Tem como base de dados e informações sua experiência ao longo da sua carreira como Musicoterapeuta e Psicoterapeuta Corporal, exercendo atividades em seu consultório e na Associação dos deficientes físicos do Paraná – ADFP/PR.

Resultados e discussão: Desenvolvimento

A Psicologia Biodinâmica é uma das abordagens da Psicologia Corporal, é um método de tratamento criado pela psicóloga e fisioterapeuta norueguesa Gerda Boyesen na década de 1960. (Site IBPB) Também conhecida entre os profissionais da área como a “Psicanálise do corpo”.

Esta abordagem enfatiza o amor, o prazer, o conhecimento, o trabalho e a espiritualidade. Respeitando a singularidade de cada ser humano, busca incentivar sua criatividade, potência e espontaneidade de forma afetiva, tolerante e não invasiva, tendo cuidado com a relação terapêutica, propondo-se a fazer amizade com a resistência, dissolvendo, “derretendo” couraças em vez de tirá-las ou quebrá-las, em um ambiente acolhedor e seguro. Constituindo-se numa abordagem sistêmica que utiliza diversas formas de intervenção verbal, como o trabalho com associação livre de ideias, o trabalho com sonhos e a imaginação, integrando esse trabalho simbólico a duas formas de intervenção somática, a Massagem e a Vegetoterapia.

A Massagem Biodinâmica é um método de tratamento, é uma forma de intervenção, uma forma de diálogo somático, onde o contato físico é compreendido como forma de comunicação não verbal, onde a presença terapêutica e a intenção do toque são considerados fatores importantes. Ela está mais vinculada às questões psicológicas, podendo proporcionar relaxamento, harmonização e tranquilidade, ajudando a aliviar sintomas psicossomáticos. Afetando as respostas fisiológicas e psicológicas objetivos terapêuticos, como dissolver a neurose, serão atingidos, segundo Schenkman (2011). De acordo com Schenkman (2011), “as vezes somos como os músicos aprendendo a exercitar nossas mãos para “tirar o som” da peristalse”.

A psicoperistalse é uma segunda função da atividade intestinal, uma capacidade de regular, dissolver e eliminar produtos de pressão e tensão emocional através de descarga metabólica, é um processo biodinâmico de relaxamento.

Todos os seres vivos têm a capacidade, estratégias e/ou mecanismos de autorregulação. Para o ser humano, o fator-chave é a regulação da carga

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

vegetativa - a pressão emocional - por meio do psicoperistaltismo. Esse que é um mecanismo natural de eliminação e regulação do corpo, um mecanismo de ajustamento visceral, como diz Boyesen (apud BOYESEN, 1983). A autorregulação, que é esta capacidade de eliminar os elementos do stress do organismo, se dá através do que Gerda Boyesen definiu de psicoperistaltismo.

Segundo Boyesen (1983), na terapia Biodinâmica procura-se restaurar esta perda ou diminuição da capacidade de autorregulação, buscando-se restaurar a peristalse intestinal, mobilizando o sistema nervoso autônomo parassimpático, afrouxando (dissolvendo) as couraças, sejam musculares, viscerais ou tissulares e assim acessando conteúdos emocionais reprimidos e possibilitando a descarga vegetativa do excesso de energia e tensão desses resíduos emocionais (conflito).

Musicoterapia: música e relaxamento

A musicoterapia é uma disciplina que estuda as relações do homem com a música e as utiliza como uma forma de tratamento, sendo considerada como uma forma de psicoterapia, com seus métodos e técnicas próprios, faz uso do corpo, do movimento, da música, dos fenômenos sonoros [podendo considerar os sons peristálticos/ sons corporais, como fenômenos sonoros] e do verbal para ajudar a pessoa a resolver problemas e aumentar seu potencial de bem estar. (BRUSCIA, 2000, p.22)

É um processo intra e interpessoal “sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança.” (BRUSCIA, 2000, p. 22) Proporcionando atividades que supõem a criação de sensações ou de estados de espírito, de caráter estético, que carregam a vivência pessoal, segundo Bruscia (2000).

Assim como a Psicologia Biodinâmica, a autora considera a Musicoterapia uma abordagem sistêmica, pois afeta o homem de forma total, como será mostrado, que utiliza diversas formas de intervenção das linguagens não verbais, musical e corporal e da linguagem verbal, segundo o musicoterapeuta Carlos Fregtman (1989) através das suas diferentes técnicas/métodos (BRUSCIA, 2000). Assim, na Musicoterapia utiliza a

música, os sons, ritmos, melodias, timbres, os instrumentos musicais, o corpo, os movimentos corporais, a voz, a fala, as experiências musicais (experiências da pessoa com a música) Receptivas ou Ativas e as relações que se estabelecem entre esses elementos, como forma de intervenção terapêutica para atingir um autoconhecimento, as necessidades de cada pessoa e para restabelecer o livre fluxo da energia psíquica.

A autora compreende e utiliza a música como expressão corporal, segundo Aberastury (apud FREGTMAN, 1989), e considera que música e movimento estão em constante interação. E quando a autora pensa em movimento, não está pensando apenas no movimento externo do corpo, mas sim também no movimento psíquico e fisiológico que a música proporciona. Portanto, para ela não é possível compreender a música sem a experiência da mobilização corporal; considerando que o principal instrumento do homem é seu corpo, segundo o renomado Musicoterapeuta Argentino, Rolando Benenzon (1988), e que não se pode fazer outras pessoas sentirem um trabalho com a música sem se ter uma experiência de sensibilização corporal, pois o efeito da música sobre o corpo é o de sensibilizá-lo, mobilizá-lo, o qual responde sem teoria e dá uma contestação viva e comunicante.

No Complexo Som-Ser Humano-Som, apresentado por Benenzon (1988), pode-se visualizar o processo que se estabelece da produção do estímulo sonoro (sendo aqui considerado a música pronta executada e os sons do corpo – ruídos intestinais), passando pelos sistemas Unificadores do corpo como chama o autor (Auditivo, de Percepção interna, Tátil e Visual), e que irá repercutir no Sistema Nervoso, chegando-se as diferentes respostas possíveis ao som. Como diz Benenzon (1988, p. 15), “o ser humano; não é corpo e mente ou corpo mais mente, nem psique e soma ou psique e alma, nem matéria e espírito; é um todo; e a Musicoterapia [...] é a técnica que mais se dirige a totalidade do indivíduo”.

A música, como dito anteriormente, em Musicoterapia é utilizada através dos seus métodos e técnicas e aqui nos deteremos principalmente nas técnicas Receptivas que possibilitam a experiência de ouvir música - a

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

escuta musical - e que influenciam aspectos emocionais, físicos, intelectuais, estéticos ou espirituais, a totalidade do indivíduo.

As técnicas são utilizadas de várias formas elementares e combinadas entre si para promover a receptividade à música, sensibilizar, mobilizar e evocar respostas corporais específicas, como o relaxar, e assim proporcionar a autopercepção.

A música é utilizada como uma forma de intervenção somática e simbólica, onde a pessoa recebe o som/música através do corpo, apreende o som/música através da psique, se ouve/percebe e o outro através do som/música, revive suas experiências e lembranças e pensa através do som/música. “O relaxamento musical possibilita trazer à tona a reação de relaxamento, como intervenção com o objetivo terapêutico de levar [a pessoa] ao encontro de seu próprio processo natural de cura, acionando os recursos internos [da pessoa...]”, segundo Bruscia (2000)

A música na Musicoterapia, assim como a massagem na Psicologia Biodinâmica, pode ser utilizada ao longo de todo processo terapêutico (numa sessão inteira, no início da sessão, no meio ou no fim) para organizar, dar *holding*, fazer uma limpeza, quando se está sem energia ou desvitalizado, para trazer um tema ou sensibilizar, para abrir canais de comunicação psicossomáticos; para harmonizar, integrar ou centrar; para trabalhar um conteúdo, mobilizar (material latente); fazer conexões entre várias partes do *self*, do corpo ou entre o *self* e o não *self*, segundo Bruscia (2000).

ESTUDO DE CASO do paciente L.H.

O processo terapêutico foi de 100 horas de atendimento, tendo seu início em agosto de 2005 e estabelecendo-se até 2011.

LH, um adolescente (dos 15 aos 21 anos) que sofreu um grave acidente — uma lesão medular⁶ “traumática” — lesão raquimedular, com um quadro clínico próprio da lesão e com vários sintomas psicossomáticos apresentados, associados ao quadro: gastrite, úlcera nervosa e insônia, bem como o comportamento ansioso (por trás de sua aparente calma) de roer as

unhas e os dedos até fazer feridas, quadros de disreflexia e baixa do sistema imunológico. Outras intercorrências de saúde associadas foram a pneumonia e infecções urinárias repetitivas. Além do acidente, o relato de sua história de vida traz uma sequência de abandonos, de “perdas”. Seu Corpo estava colapsado. O corpo hipotônico - uma cisão real, um bloqueio cervical, o único “controle” físico é da cabeça-pescoço e parcialmente dos braços, dissociado das sensações físicas para baixo da lesão, caracterizando também traços esquizoides adquiridos, característica essa que justifica também seu sintoma de insônia. Havia apatia, resignação, falta de confiança e medo. Podendo-se entender a mensagem emocional como: “Estou derrotado, desmoronando, deixo de existir.” A sua necessidade básica deste momento é o existir, de sentir-se seguro, precisa se redescobrir ao mesmo tempo em que familiares, amigos e profissionais o descubrem. Tendo como posição básica a sensação de abandono, de desolação, de estar congelado e ausente do mundo. Sua situação de vida é uma situação de medo de não existir, de ser rejeitado mais uma vez. Tendo-se com todas estas características então um corpo colapsado, hipotônico, com medo e pedindo ajuda.

Frente à gravidade, a irreversibilidade e as incapacidades multifatoriais da lesão, os atendimentos de Musicoterapia objetivaram beneficiar o paciente, mitigando seu sofrimento e trazendo-lhe uma melhor qualidade de vida para adaptação a sua nova condição de vida. Ou seja, reduzindo, suavizando, acalmando, diminuindo, aliviando e autorregulando esse corpo.

Sua vida no início do processo girava em torno de sua reabilitação. Esta é uma fase onde foi necessário dar espaço, encorajar para expressar seus sentimentos, acolhendo e proporcionando um espaço “de paz e segurança, ou seja, que possibilitasse repousar em um ambiente favorável”, para restaurar sua capacidade de autorregulação e possibilitar o digerir seu choque emocional, segundo Boysen (1983).

Ao longo do processo iniciou sua aceitação, saindo da paralisia frente à própria paralisia da lesão física, passando a lidar com sua realidade e limitações. Outros objetivos foram sendo atingidos ao longo de sua reabilitação, como: Redirecionou sua sensibilidade musical, tocando o

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

teclado em vez do violão – seu instrumento, com as adaptações – órteses, movimenta-se; começou resgatar seu repertório musical, seu gosto, sua identidade sonora; diminuem os sintomas psicossomáticos (a queixa de insônia passa a ter episódios esporádicos, disreflexia, alívio de dores abdominais - gastrite); diminui a ansiedade, parou de roer os dedos. Expressa verbalmente sensações, percepções, pensamentos e imagens, sentimentos (a ansiedade e a raiva) - associação livre; aprende a lidar, a digerir seus próprios sentimentos de raiva pelo abandono. As resistências baixaram e as lembranças “esquecidas” vêm à tona, o que também o deprimiu nesta fase; voltou a sentir partes de seu corpo que não sentia desde antes do acidente, o que despertava sensações e sentimentos (Trabalhando sua autopercepção e autoimagem, descreve sensação de formigamento na barriga e nos membros inferiores), sentindo-se mais consciente de si. Isto levou a uma reintegração com o seu corpo e um reapropriar-se de si. Estimulou-se o sonhar, pensar o futuro, estabelecer projetos de VIDA; experimentou um estado de bem-estar, de integração e tranquilidade; um fortalecimento temporário do ego, o que pode ser observado em suas falas após receber a massagem, segundo Winnicott (apud SAKAI, 2011). Teve melhora das relações familiares e possibilitou-se a autorregulação de L.H., dissolvendo e eliminando produtos de pressão e tensão emocional através de descarga metabólica – processo biodinâmico de relaxamento e dissolução da couraça visceral pelo afrouxamento e descarregamento da manifestação do conflito. (BOYESEN, 1983).

Considerações Finais

Sem intenção de criar um referencial teórico, mas sim fundamentar e compreender a utilização das técnicas, conceitos e concepções de origens e campos aparentemente diferentes, ou até estranhos entre si, e que numa visão mais abrangente se mostram possivelmente complementares e compatíveis como uma forma estratégica para possibilitar a autorregulação do organismo, a autora verificou a possibilidade não só da integração e da troca entre áreas diferentes, mas afins do conhecimento humano, como da potencialização dos resultados. Não podendo deixar de lembrar ainda que

estas duas ciências trabalham com o prazer, este que é uma força naturalmente expansiva, infinitamente curativa e essencial à existência, portanto autorreguladora.

Referências

ALBERTINI, Paulo e REGO, Ricardo. *Psicoterapias Corporais*. Mente e Cérebro. [Editado por Graziela Costa Pinto] São Paulo: Duetto Editorial. 2010.

BAKALAR, N. A emoção em um toque. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 31 de agosto, 2009. Disponível em:
<<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/newyorktimes/ny3108200915.htm>>
Acesso em: 22 de julho de 2011.

BAÑOL, Fernando Salazar. *Biomúsica*. São Paulo: Ícone, 1993.

BENZON, Rolando. *Teoria da Musicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial, 1988.

BOYESEN, Gerda. *Cadernos de psicologia Biodinâmica 1*, 1983.

_____. *Entre Psique e Soma: Introdução a Psicologia Biodinâmica*. São Paulo: Summus Editorial, 1986.

BRUSCIA, Keneth E. *Definindo Musicoterapia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

FREGTMAN, Carlos Daniel. *Corpo, Música e Terapia*. São Paulo: Cultrix, 1989.

FUX, Maria. *Dança experiência da vida*. 3. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1983.

GUYTON, A. C., HALL, J. E. *Tratado De Fisiologia Médica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GREENBERG, Jerrolds. *Administração do Estresse*. 6. ed. São Paulo: Manole, 1999.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

GUARESI, Helen. *Fundamentos Reichianos da Massagem Biodinâmica*. Massagens Biodinâmicas. Curitiba: Paraná, 2011. (No prelo).

KIRKWOOD, Annie. *Novas Mensagens de Maria: Relações de Esperança*. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 2007. v. 1.

LOWEN, Alexander. *Bioenergetica*. São Paulo: Summus Editorial, 1988.

LUFT, Lya. *Perdas e Ganhos*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

MILLECO FILHO, L. A.; BANDÃO R. M. R.E.; MILLECO. R. P. *É preciso Cantar: Musicoterapia, cantos e canções*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

REGO, Ricardo. *Emoção e Autorregulação*. Texto da aula de Neurociência ministrada na Pós-graduação em Psicologia Biodinâmica: outubro, 2006. Curitiba, Paraná, No prelo.

_____; SAMSON, André. *Roteiros para prática de massagens: Massagem de Escoamento*. Disponível em: <<http://www.lpbp.com.br>>. Acesso em: 20 out. 2010.

RUIZ, João Álvaro. *Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudos*. 4. ed. SP: Atlas, 1996.

_____. *Apontamentos para uma abordagem integrada em psicoterapia reichiana*. Reichiana 1. São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae, 1992. p. 100-117.

SAKAI, Fabiane Alonso. *Musicoterapia: O Reencontro da música do Corpo*. Curitiba, 1996. Monografia.

_____. *Saúde: Uma questão de Consciência*. Ctba, 1999. Monografia da Formação em Psicologia Corporal.

_____. *O real conhecimento: Som, Corpo e Movimento na Escuta e Leitura Terapêutica*. Curitiba: Centro Reichiano, 2002. v. 2, p. 80-83. (Coleção Psicologia Corporal)

_____; LORENZETI, Chiara; ZANCHETTA, Claudimara. *Musicoterapia Corporal*. In: CONGRESSO DE PSICOLOGIA CORPORAL, Foz do

Iguaçu, 2004. *Anais...* Curitiba: Centro Reichiano de Psicologia Corporal, 2004.

_____. *Estudo de Caso: Uma integração da Massagem Biodinâmica e da Musicoterapia para autorregulação de pessoas com deficiência física em reabilitação. Trabalho de Conclusão do Curso (Massagem Biodinâmica) – Curitiba, IBPB, 2011.*

SATIR, Virgínia. *Contatos com tato*. São Paulo: Gente, 2000.

SCHENKMAN, Rocilda. *Psicofisiologia da Massagem*. Massagens Biodinâmicas. São Paulo, 2011. (no prelo)

Análise Da Produção De Subjetividade Em Um Trabalho Clínico De Psicoterapia E Musicoterapia Grupal

*BRIGNOL, Rafael Marrero*¹

Introdução

O projeto de extensão ‘Psicoterapia de grupo e Musicoterapia numa abordagem grupal’ foi campo de um estudo monográfico, realizado na Universidade da Região da Campanha (URCAMP), onde o pesquisador veio a intervir no campo de pesquisa. Este artigo vem apresentar este trabalho, que buscou a compreensão da produção de subjetividade no âmbito grupal, considerando a abordagem interdisciplinar, ainda a transdisciplinaridade, como componentes para o entendimento deste processo grupal. Neste enfoque, verifica-se o grupo como um local onde se encontram condições heterogêneas na subjetividade, como a produção de sujeitos através da música e da terapia articuladas.

O projeto de extensão² foi realizado no período de 2006 a 2010, com o objetivo de promover um espaço terapêutico, possibilitando melhor qualidade de vida, associada à saúde mental, para a comunidade, gratuitamente. Nele participaram adultos aptos à psicoterapia de grupo, sem limite máximo de idade. O cliente passava por uma entrevista inicial através do SIPA³, onde é avaliado e encaminhado para uma terapia, de acordo com sua necessidade. Tratava-se de um grupo aberto, possuindo dez integrantes, todavia este número era variável, pois alguns membros permaneciam por pouco tempo e outros entravam.

¹ Psicólogo graduado na URCAMP – Universidade da Região da Campanha - Bagé-RS. Musicoterapeuta Pós-graduado no CBM – Conservatório Brasileiro de Música – Rio de Janeiro. E-mail: rafabrig@yahoo.com.br

² O projeto contou com uma Musicoterapeuta e uma Psicóloga, além de estagiários de Psicologia.

³ Serviço Integrado de Psicologia Aplicada – Este órgão faz parte do curso de Psicologia da universidade através da disponibilização de serviços psicológicos para comunidade.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Esse estudo foi realizado com participantes do grupo no período de março de 2008 até julho de 2009, contudo é importante ressaltar que duas integrantes do grupo participaram do grupo desde seu início. A análise de conteúdo realizada compreendeu o processo de produção de subjetividade, que ocorreu neste grupo, especificamente neste processo em que música e terapia grupal se articulam, buscando a saúde mental dos sujeitos. Como base para a compreensão dos modos de produção de subjetividade, encontramos na filosofia da diferença uma perspectiva cartográfica dos modos de subjetivação. Nos autores referentes à Psicoterapia de Grupo e Musicoterapia são retiradas ferramentas de práticas e leituras dos processos grupais e clínicos.

O caráter diferencial desta modalidade clínica foi às especificidades ligadas à musicoterapia e à psicoterapia aplicadas de forma transdisciplinar, com a utilização de técnicas musicoterápicas e psicoterápicas no processo terapêutico grupal. A produção de subjetividade, permeada pela música e técnicas grupais, visa às singularidades. Guattari e Rolnik (2008) propõem a subjetividade como processo de produção contínuo e heterogêneo, na qual as singularidades são processos não modelizados, podendo ocorrer através da criação artística. A heterogênese, como o autor denomina, abre a relação do ser com seu desejo direcionado para a multiplicidade, com a delimitação de seus territórios e universos de referência, assim como novas configurações existenciais.

Neste contexto transdisciplinar em que surge a música, analisou-se como ela se agencia no *setting* terapêutico, de forma a modificar determinados caminhos a compor e modos existenciais. São estes modos de subjetivação diferenciais que se pode perceber como potenciais para o processo terapêutico.

Objetivos

Analisar a produção de subjetividade no processo terapêutico grupal a partir de enunciados dos pacientes.

Metodologia

O grupo foi proposto para atender a comunidade em geral, gratuitamente, contudo somente mulheres o constituíram, o único critério para participar foi ser adulto apto e psicoterapia grupal. Para tanto, houve entrevistas iniciais para avaliação, com o entendimento prévio da história de vida e das problemáticas individuais. As sessões aconteciam semanalmente, com duração de uma hora.

A escolha do processo investigativo, através das características do estudo, indicou uma metodologia de cunho qualitativo de caráter exploratório. A pesquisa também envolveu um campo de atuação específico, onde o pesquisador é participante e intervém no objeto de estudo. Desse modo, se tem em vista as histórias de vida das integrantes do grupo relacionadas à análise das entrevistas aplicadas.

Para realização da pesquisa foi feita a análise de Bardin (1977). Segundo este autor, a análise de conteúdo busca investigar o material simbólico. São avaliadas as figuras de significado e sentidos, enfatizando a presença do conteúdo não dito. É primordialmente considerado o contexto e a história do objeto de análise, juntamente com a base teórica fornecida pelo conhecimento científico. Na análise de conteúdo foram destacadas quatro categorias de análise: a valorização dos sujeitos; territórios existenciais; produção de subjetividade a partir da falta; o fazer musical e as singularidades.

Resultados e Discussão

Territórios Existenciais

O ritornelo no sentido musical indica o retorno a um determinado trecho, tendo a repetição de frases, ritmos, melodias e harmonias. Já na concepção de Deleuze e Guattari, ritornelo torna-se um conceito filosófico que compreende modos de subjetivação. Na definição dos autores: “chamamos de ritornelo todo o conjunto de matérias de expressão que traça

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

um território, e que se desenvolvem em motivos territoriais, paisagens territoriais [...]”. (DELEUZE, GUATTARI, 2005, p. 132).

A subjetividade assume um caráter de produção na clínica, segundo Chagas (2007) a música provoca ritornelos existenciais, com as sensações produzidas associadas a sonoridades, elementos rítmicos, harmônicos e melódicos, muitas vezes associados a letras de canções. As músicas demarcam territórios, bem como, criam linhas de fuga desterritorializantes. O território se forma a partir de agenciamentos de subjetividade que se territorializam e se entrecruzam com outros agenciamentos, como a música e sua relação com os conteúdos semióticos diversos. Como se verifica na fala de uma paciente do grupo, Rosa, quando perguntada que músicas falam por você, responde: “*As que falam de amor, amizade, as de cunho (letras) politizadas.*” Neste relato são percebidos agenciamentos amorosos, de amizade e referentes à política, compondo e associando diferentes territórios. O ato de cantar em grupo faz com que os universos de referência sejam agenciados com a música, o afeto e os demais elementos presentes no *setting*.

Com relações feitas pela história de vida da pessoa, as músicas podem apresentar significações, o que pode ser explorado terapeuticamente no canto como forma de expressão do mundo interno, segundo Milleco et al. (2001). A música no *setting* musicoterápico, para Chagas (2007), vai apresentar diferentes níveis semióticos, que junto às expressões fazem parte de um território, através de cadeias significantes e assignificantes. O território se forma com a união de diversos agenciamentos maquínicos que compõem a subjetividade, possuindo seus enunciados, que vão ser apropriados e movimentados em suas múltiplas conexões, uma delas é a música.

Como animais territoriais, usamos nossa música para construir territórios. Deleuze e Guattari citam os modos gregos, os ritmos hindus, mas podemos falar também das galeras de time de futebol, das expressões sonoras do funk, da expressividade produzida pela audição do hino nacional, os agenciamentos de medos e apreensão provocados, no Rio de Janeiro pelo som das sirenes de polícia, pelos barulhos dos fogos e dos tiros delimitando territórios das mais diversas expressividades. A música pode desenhar território tanto nas cantigas de ninar, quanto nas cantigas

de rodas, nas danças, nos jogos de sedução, nas brincadeiras que consistem em enredar um alvo (CHAGAS, 2007, p. 66-67).

Violeta expõe quando questionada, que músicas falam por você? “*Índia seus cabelos, Jesus Cristo (Roberto Carlos), que mexe muito com a minha espiritualidade e crença religiosa*”. As músicas demarcam uma territorialidade dentro do grupo, mas também na vida de cada um. Na fala de Violeta percebe-se que a espiritualidade e a crença fundam territórios existenciais, assim pode-se expressar seus universos de referência pelas músicas. Para Deleuze e Guattari (1997), um agenciamento territorial nunca para de atravessar outros, o que para os autores são infra-agenciamentos, assim agenciamentos se cruzam numa segmentaridade.

Muitos conteúdos e expressões presentes nas canções estão ligados a territórios existenciais como a religiosidade e espiritualidade. Mobilizar tais agenciamentos acontece justamente ao cantar, tocar, no fazer musical em conjunto. Assim, ao partilhar sentimentos e experiências musicais, são delineados movimentos a partir dos territórios, utilizando o conteúdo, a expressão e a potência sonora e afetiva para compor a subjetividade grupal. (CHAGAS, 2007).

A valorização dos Sujeitos

A segunda categoria de análise se refere à valorização, indicando criação de universos de valores dentro do grupo terapêutico. A paciente Rosa, quando perguntada como se sente participando do grupo, responde: “*Muito bem, me sinto valorizada como ser humano, como participante do grupo*”. A criação de um universo de valor está relacionada ao ambiente de confiança criado no grupo entre si e com o terapeuta. Guattari (1990) fala da relevância da intervenção dos profissionais ‘psi’ no âmbito social, podendo eles possibilitar a emergência de valores éticos e singularidades ao atuar em uma perspectiva artística. Pondera-se, assim, uma produção de subjetividade como resistência a modos dominantes, frente à subjetividade modelizada no que se refere ao ser humano, seu meio ecológico e social. Isto se dá no

princípio da heterogênesse com a composição de novas formas de existir no mundo.

Em outro relato, Violeta faz a colocação sobre como o grupo lhe ajuda a lidar com seus problemas: “Sim. Às vezes estou aborrecida, mas lembro-me que existe um grupo que possa me ajudar e aceitar como eu sou procurando minha autoestima”. Segundo Melo Filho (1986), a função do grupo e do terapeuta é fornecer o chamado holding ao paciente, isto só pode ser oferecido se houver um clima grupal favorável ao desenvolvimento. A partir da empatia do terapeuta e a valorização do ser humano, é criado no grupo um espaço transicional. Este processo ocorre devido ao caráter dinâmico do grupo e de desenvolvimento dos sujeitos em sua interação. A aceitação pessoal e a autoestima estão intimamente relacionadas com a ressonância que o grupo proporciona ao sujeito, gerando um aprendizado sobre si mesmo na relação com a alteridade. O que é notado em outra resposta, quando Violeta fala sobre se vê experiência do grupo como um aprendizado: “Sim. Todas compreendem uns aos outros, ajudando no que for possível”.

Sobre a mesma questão, Rosa coloca: “*Sim. A ver que somos todos diferentes uns dos outros e aceitar-nos assim.*” Há aqui valorização do sujeito e coletiva fundada em valores grupais, considerando que Rosa relata ter problemas quanto à aceitação de si, principalmente em relação à sua família. O que se percebe nestes relatos são os vínculos criados pelos pacientes, que segundo Pichon-Rivière (1991), são fundamentais no processo terapêutico grupal, é a partir deles que é criado um ambiente de confiança e respeito. A aceitação grupal leva ao sentimento de pertencimento, bem como a aprendizagem da realidade que ocorre a partir da aceitação das diferenças individuais.

Os vínculos criados entre os participantes de um grupo terapêutico são muito peculiares, e a intimidade compartilhada no contexto do processo grupal permanece para a vida toda como referência de como podemos participar na construção de uma rede relacional capaz de dar continência a nossos projetos existenciais (OSÓRIO, 1997, p.83).

Tulipa, quando interrogada se há uma integração no grupo, de que tipo, diz: “*integração no grupo pela amizade que une as colegas*”. Neste caso há a aceitação das pessoas tal como são, em sua multiplicidade de formas com suas desafinações, instabilidades, defeitos, erros, incluindo suas expressões sonoras e afetivas (BRUSCIA, 2000).

Sobre o Fazer Musical e Singularidades

A expressividade acompanha o ato de cantar, a interpretação da pessoa que emite o canto faz com que se ultrapasse a linguagem e os códigos da língua. Há ênfases nas variações de andamento, tom e timbre da voz, a postura corporal. Toda carga afetiva que envolve o ato de cantar é posta em movimento com uma necessidade humana de expressar seu mundo interno, subjetivo, seu desejo (MILLECO, BRANDÃO, MILLECO, 2001). Rosa, quando perguntada sobre: qual sua atividade preferida no grupo, responde: “*Cantar, ouvir. Porque cantando fico mais leve*”. Em estudo realizado, neste mesmo grupo, notou-se que os atos de ouvir e falar estão associados ao de cantar no processo grupal, onde é possibilitada a expressão musical e verbal como alternativas terapêuticas. As abordagens vêm a se complementarem na união da psicoterapia de grupo com a musicoterapia em um trabalho transdisciplinar (BRIGNOL, 2009).

Quando Violeta é perguntada como se sente quando realiza as atividades musicais, responde: “*Sinto-me alegre, expresso-me melhor.*” Deleuze e Guattari apud Chagas (2007), dão ênfase nos perceptos e afectos produzidos pela música. Segundo a autora, ocorre no afecto um aumento e/ou diminuição da potência de agir, atuando diretamente nos afetos que enfraquecem a nossa potência de agir ou que nos tornam mais fortes. “Um modo de existir define-se por certo poder de ser afetado. A sua potência de agir ou força de existir aumenta ou diminui se a potência do outro modo lhe acrescenta, ou lhe subtrai” (CHAGAS, 2001, p. 116).

Quando Rosa é perguntada se cantar é ou foi um desafio para ela, responde: “Cantar sem pretensão de “saber cantar”, de uma forma livre, foi sim um desafio muito bom, porque cantando “digo” coisas que me

interessam, que fazem parte de meu jeito de ser”. Assim o canto, enquanto ato singular, é parte do “jeito de ser” de cada um, como Rosa destaca. Sua forma existencial é exposta, primeiramente com o desafio de cantar sem saber. Outro aspecto a ser ressaltado é o ato de “dizer coisas” através da música. Barcellos (2009) indica a música como uma fonte produtora de sentidos e significados, através do fazer musical a pessoa expressa seu mundo interno subjetivo. O musicoterapeuta leva em consideração a história de vida da pessoa, bem como os “vestígios” musicais presentes em seu fazer musical, permitindo ao terapeuta uma maior compreensão do paciente.

O cantar, enquanto desafio no grupo, cria novos agenciamentos coletivos de enunciação. Tais agenciamentos transmitem afetos, reações, sentimentos diversos, no qual a música e a expressividade produzem potências e formas de sentir e experimentar as relações grupais afetivas através da música (CHAGAS, 2007).

A paciente Tulipa, quando perguntada sobre se cantar ou tocar a ajuda a se expressar, fala que: “*Sim, por serem momentos de prazer*”. Segundo Chagas (2001), o fazer musical próprio do paciente vem a reivindicar sua singularidade, na medida em que no ato de cantar ou tocar instrumentos não vem nunca a imitar algo. Na musicoterapia os processos desejantes passam pelas técnicas de recriar uma canção, improvisar, ouvir e compor música. Os pacientes são atravessados por devires no plano molecular.

O fazer musical pode enxertar linhas de errância, desterritorializar, abrir a experiência clínica ao imprevisível. A improvisação pode retirar o apoio, abrir-se para a instabilidade harmônica, para cadências não resolvidas, para acordes suspensivos; a voz embarga, desafina, falha, explora sonoridades totalmente inusitadas; a audição pode trazer escutas exóticas, ameaçadoras, instigantes; os materiais sonoros podem ser tantos e tais que manuseá-los pode constituir-se em uma experiência de linha de fuga (CHAGAS, 2001, p. 142).

A paciente Violeta, quando perguntada se acha que cantar e ou tocar os instrumentos a ajuda a se expressar melhor, responde: “*Acho, porque quando cantamos ou tocamos sentimos uma vibração e todos os nossos cinco sentidos se expressam melhor*”. Tulipa é perguntada como se sente quando realiza atividades musicais: “*Feliz, muito alegre em participar*

destes momentos”. Segundo Deleuze e Guattari (1997), com a criação de novas conexões, são mobilizadas forças que atuam nos territórios a agirem sobre plano estratificado, com devires moleculares que escapam às subjetivações dominantes. Neste caso há uma ressonância de intensidades dentro do grupo, produzindo vibrações que impulsionam os processos desejantes coletivos.

A Produção de Subjetividade a Partir da Falta

Tulipa, quando perguntada se o grupo a ajudou a provocar mudanças em sua vida, coloca que: *“foi quando perdi o marido o apoio de todos”*. Segundo Melo Filho (1986), o apoio dado pelo grupo e terapeuta acontece com o *holding*. É feita uma referência ao grupo e ao terapeuta, à “mãe suficientemente boa”, que facilita o desenvolvimento do sujeito, lhe proporcionando as condições ambientais e individuais que o favoreçam, através do acolhimento e sentimento de segurança.

A paciente Tulipa entrou no grupo logo após a perda de seu marido, ela expressa uma situação de falta da pessoa amada. Quando ela se refere a todos, pode-se ter uma leitura do grupo, a música como atividade principal, junto com expressão e catarses próprias da terapia na sua relação com os terapeutas e demais integrantes. O que ocorreu foi o suporte e a potencialização do desejo, a partir do coletivo inserido na tarefa de fazer música como modalidade terapêutica. Na perspectiva de Deleuze e Guattari (1996), o desejo não é relativo a um objeto faltante tal como na psicanálise, pois se ocupa de toda a produção social subjetiva. Assim, o grupo propõe um espaço para forjar novas referências a partir da mobilização de fluxos desejantes, que colocam o ser em potência a construir novas referências para sua vida no decorrer do processo terapêutico.

A situação na qual a paciente se encontrava demonstrou seu sentimento de perda, não só da pessoa amada, mas de referências em sua vida. Ao partir para a superação da falta, são envolvidos processos desejantes, que fazem com que aconteçam mudanças a partir de potências de vida, estas compreendidas pelo grupo como apoio em vias de produção de

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

novos modos de produzir sentido à vida. Para Deleuze e Guattari (1995), o desejo se situa no inconsciente maquínico, sendo a subjetividade produzida em fluxos desejantes e devires moleculares, dentro de uma máquina autopoietica que propõe a inventividade a todo o momento. O ato desejante envolve a criação de um corpo sem órgãos, nele o desejo não é constituído por uma falta objetal, parte-se de um ponto zero de intensidades, em uma linha desterritorializada, com a perda de referências prévias, passando para a construção de novos sentidos.

Rosa, quando perguntada se vê a experiência do grupo como um aprendizado, fala: “*Sim, aprendemos com nossas carências e com a dos outros também (Aprendemos a lidar com nossas dificuldades)*”. As carências antes tidas como faltas, podem ser consideradas locais onde são produzidas potências, a partir de um corpo sem órgãos. Um corpo sem órgãos, segundo Deleuze e Guattari (1996), só pode ser povoado por intensidades, ele não quer dizer um lugar vago, mas um *continuum* de intensidades a se constituir devires. “O corpo sem órgãos é o campo de imanência do desejo, o plano de consistência própria do desejo, ali o desejo se define como processo de produção, sem referência a qualquer instância interior, falta que viria torná-lo oco, prazer que viria preenchê-lo (DELEUZE e GUATTARI, 1996, p. 15).”

O grupo se constitui como zona de potência onde atua o desejo, que não é individual, mas presente nos vínculos grupais e mesmo na música tocada no *setting*. É demarcado um território através do grupo, terapeutas, da música e seus agenciamentos. Vários elementos aparecem numa demarcação, novos territórios existenciais e referenciais em meio ao caos. Quando Tulipa é perguntada sobre como vê o grupo em sua vida, ela relata: “*Preenche uma falta no meu cotidiano*”. Sobre o inconsciente produtivo, os autores colocam: “[...] Se o inconsciente não conhece a negação é porque nada há de negativo, mas aproximações e distanciamentos indefinidos do ponto zero, o qual não exprime de forma alguma a falta, mas a positividade do corpo pleno como suporte e suposto.” (DELEUZE, GUATTARI, 1996, p. 43). O mesmo enunciado é repetido em diversas perguntas. Tulipa coloca sobre a ajuda do grupo a lidar com os problemas: “*sim, pois foi lá que me*

encontrei quando faleceu meu marido". Se "encontrar" neste sentido, remete a não saber primeiramente onde estabelecer uma referência após uma perda que abruptamente desfaz um território, após isto os novos encontros são tecidos dentro e fora do grupo, colocando novos sentidos para a existência.

Quando perguntado a Margarida se o grupo ajudou a provocar mudanças em sua vida, ela responde: "O grupo ajudou-me na mudança de minha vida. Quando cheguei no grupo estava muito aborrecida tinha perdido familiares que eu muito amava e cuidava com todo o carinho. Mas o grupo ajudou-me a erguer a cabeça e com a ajuda de deus e da musicoterapeuta, psicólogos que são maravilhosos nos ajudam e entendem nossa maneira de ser e procurando ser melhor". As forças desejantes incidem em uma aprendizagem que acontece no âmbito da convivência grupal. Osório (1997), ao abordar o caráter sistêmico para terapia de grupo, diz que é proporcionado um contexto de interação e aprendizado, onde o terapeuta age como catalisador do processo grupal. Com as inter-relações o sujeito compartilha suas experiências, sendo criada uma relação de confiança no estabelecimento do vínculo entre todos os membros e terapeutas.

Considerações Finais

Nesta pesquisa, a abordagem interdisciplinar e transdisciplinar se faz presente a todo o momento, embora o enfoque do artigo sejam os enunciados grupais. A psicoterapia de grupo e a musicoterapia se intercalam no processo terapêutico, sendo percebidos, neste meio, os processos de subjetivação a partir dos enunciados analisados.

Com a visão nas singularidades, a subjetividade produzida no grupo se cria desde o *fazer musical*, ou seja, no ato de cantar e tocar instrumentos em conjunto, que desafia limites individuais e confere as particularidades das pessoas, desde sua mínima expressão assignificante, até um conteúdo com alguma significação. Os sujeitos, ao falarem determinadas coisas da vida particular de cada um, compartilharam sentimentos, angústias, medos e frustrações. Portanto, a subjetividade é produzida a partir de múltiplas

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

conexões, se referindo a conteúdos internos, também a experimentações através da relação, seja nas verbalizações ou nas técnicas musicoterápicas, bem como nos encontros que possibilitam novas possibilidades para as existências.

O grupo se constitui como uma referência na vida dos integrantes, esta entre outras como família, amigos, comunidade e etc. Todos os elementos atuam como agenciamentos maquínicos, produzidos nos diversos meios em que o sujeito se situa. O *setting* é atravessado por diversos fluxos desejantes e territórios diversificados, onde o desejo circula e não está em nível de um objeto faltante, mas de potência de vida a criar novos sentidos. Assim são produzidos novos agenciamentos coletivos a partir de vivências compartilhadas, nas experiências de vida e musicais, juntamente do desafio de produzir algo novo, lançando os sujeitos para fora de seus territórios convencionais através da música, da relação e da afetividade.

Referências

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARCELLOS, Lia Rejane. *A música como metáfora em musicoterapia*. Tese (Doutorado em Música) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNRIO. Programa de pós-graduação em música. Centro de Letras e Artes, 2009. Rio de Janeiro: UNISC, 2009.

BRIGNOL, Rafael M. Análise de canções num processo terapêutico grupal e interdisciplinar. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009; . *Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, XI Fórum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*. Curitiba: Griffin, 2009.

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

CHAGAS, Marly. PEDRO, Rosa. *Processos de subjetivação na música e na clínica em musicoterapia*. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - UFRJ, Instituto de Psicologia Programa

de pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social EICOS. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 2007.

CHAGAS, Marly. Utilização da canção popular na improvisação clínica em musicoterapia. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 2., Curitiba, 2001. *Anais...* Curitiba: Associação de Musicoterapia do Paraná, União Brasileira de Associações de Musicoterapia, 2001. p.119-122.

DELEUZE, Gilles. GUATTARI, Félix. *Mil platôs capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. v. 1.

_____. *Mil platôs capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997. v. 3.

_____. *Mil platôs capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2005. v. 4.

GUATTARI, Félix. *As Três ecologias*. Campinas: Papyrus, 1990.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. ed. 4. Petrópolis: Vozes, 2008.

MELO FILHO, Julio de. As ideias de Winnicott aplicadas a Psicoterapia de Grupo. In: OSÓRIO, Luis Carlos et al. *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artmed, 1986.

MILLECCO, Luís Antônio; BRANDÃO, Maria Regina; MILLECCO, Ronaldo. *É preciso cantar musicoterapia, cantos e canções*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

OSÓRIO, Luis Carlos. *Grupoterapias abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *Teoria do vínculo*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

Treino de Função Executiva Utilizando-se a Composição Musical Grupal na Esclerose Múltipla e Neuromielite Óptica

ABREU, Maycon¹

SILVEIRA, Welder²

LANA-PEIXOTO, M. A.³

LOUREIRO, Cybelle⁴

Introdução

A música e a medicina já vinham sendo relacionadas em literaturas médicas antigas, quase sempre observadas com interesse histórico. Os primeiros escritos relacionando música e comportamentos humanos são datados do período dinástico (1500 a. C.) em Kahum (STRUNK, 1065 apud LOUREIRO, 2009, p. 16). No Egito Antigo, a música e a religião tinham uma forte ligação, chegando ao ponto de haverem divindades ligadas à música (PODALSKY, 1954; COOK, 1981; JORDÁ 2008 apud LOUREIRO, 2009, p. 16).

Na Grécia antiga, a música era considerada como algo que teria o poder de influenciar os pensamentos, emoção e a saúde física. Pitágoras, em seus estudos sobre os aspectos físicos da música, prescrevia intervalos musicais e modos específicos com o objetivo de promover saúde, força de

¹ Bacharelado em Música Habilitação em Musicoterapia-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. E-mail: mayconabreu.barbosa09@gmail.com

² Bacharelado em Música Habilitação em Musicoterapia-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo horizonte. E-mail: kurzwelder@yahoo.com.br

³ Professor Dr. Marco Aurélio Lana Peixoto. Coordenador do Departamento de Neuro-Oftalmologia e do Centro de Investigação e Tratamento da Esclerose Múltipla da Universidade Federal de Minas Gerais (CIEM UFMG). E-mail: marco.lanapeixoto@gmail.com.

⁴ Professora Adjunta Departamento Instrumentos e Canto, Faculdade de Música, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. E-mail: cybelleveigaloureiro@gmail.com

pensamento e emoções. Platão definia que a música era a medicina da alma e Aurelianus alertava contra os abusos do uso da música em casos de tratamentos em saúde mental (FEDER E FEDER, 1981; DAVIS E GFELLER, 2000 apud LOUREIRO, 2009, p. 16).

Os primeiros textos descrevendo sobre aspectos medicinais da música foram descritos por Boethius (480-524 d. C.) e Cassiodorus (485-585 d. C.). Boethius acreditava que a música afetava a moral humana ao ponto de degradar ou enaltecer, e Cassiodorus acreditava na música como potencial de catarse assim como Aristóteles. (FEDER E FEDER, 1981; DAVIS E GFELLER, 2000 apud LOUREIRO, 2009, p. 16).

Os primeiros escritos relatando efeitos terapêuticos da música foram descritos por Plynyem em 1513, descrevendo o uso da música como atenuante nos sintomas da distensão muscular e para gota (CARAPETYAN, 1948 apud LOUREIRO, 2009, p.17). Brocklesby (1722-1797) foi o pioneiro em sua época e escreveu sobre música e os efeitos desta no organismo humano (BROCKESBY, 1749, RORKE, 2001 apud LOUREIRO, 2009, p. 17). No séc. XIX intensificaram as pesquisas, relatando sobre o uso da música no tratamento de doenças, mas apenas no final do séc. XIX as bases neurobiológicas da música passaram a ser estudadas, buscado identificar uma localização e função específica do estímulo musical (CRITCHELEY E HENSON, 1977 apud LOUREIRO, 2009, p. 18).

A partir da segunda metade do séc. XX, tendências e modelos teóricos e clínicos diferentes começaram a ser utilizados na investigação em música, na medicina e como terapia (THAUT, M, H, 2005). A primeira publicação, relatando a união entre neurologia e música, continha diversos estudos de pesquisadores de diferentes áreas clínicas e de ciências básicas (anatomia, fisiologia, psicologia e ontologia). (CRITCHELEY E HENSON, 1977 apud LOUREIRO, 2009, p. 18).

A musicoterapia neurológica (*Neurologic Music Therapy* – NMT) é definida pelo *Center for Biomedical Research in Music* (CBRM) como a utilização da música no tratamento de patologias de origem neurológica e

nos casos de déficits afetivos, cognitivos, motores e sensoriais (UNKEFER, 2002; THAUT, M, H, 2005 apud LOUREIRO, 2009, p. 18).

Começaram a aparecer pesquisas em musicoterapia na utilização da música como um mediador de respostas não musicais, com o intuito de uma reabilitação neurológica em patologias como acidente vascular encefálico, traumatismo crânio encefálico, doença de Parkinson, Huntington e na esclerose múltipla (THAUT, 2000; THAUT, 2005b; THAUT, 2005 apud LOUREIRO, 2009, p. 19).

A esclerose múltipla (EM) e a neuromielite óptica (NMO), por serem doenças que acometem a mielina, causam distúrbios ou ausência da propagação adequada dos impulsos nervosos, pois a bainha de mielina tem como função envolver os axônios, conferindo-lhes uma separação e isolamento adequado. A EM e a NMO tem como substrato anatomopatológico básico um processo inflamatório que acomete a substancia branca do SNC (LANA-PEIXOTO, 2005; NITRINI E BACHESCHI, 2005). Têm como característica possível desmielinização do nervo óptico e da medula espinal, ocasionando diminuição da visão, dificuldade de marcha, dormência dos membros inferiores e superiores e alterações no controle da urina e do intestino. Além destes fatores físicos, podem ocorrer problemas de humor, sintomas depressivos, fadiga física e mental em ambas as patologias, trazendo assim transtornos na qualidade de vida dessas pessoas.

A depressão, enquanto sintoma é considerada uma patologia biopsicossocial. Pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc., causando alterações do humor tais como tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer e apatia, que afetam a vida do paciente em âmbito interpessoal, sendo considerada neste caso uma comorbidade, trazendo prejuízos na vida social (DEL PORTO, 1999).

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

A musicoterapia busca controlar o humor desses pacientes. Acredita-se que a música auxilia o indivíduo a desempenhar um papel mais amplo e funcional na vida.

Objetivo

Objetivamos neste estudo verificar a utilização da técnica “Treino Musical de Funções Executivas” (*Musical Executive Function Training – MEFT*) nas mudanças do humor em portadores de EM e NMO.

Metodologia

Trata-se de um estudo clínico experimental que vem sendo realizado como parte do estudo multidisciplinar que estamos realizando no Centro de Investigação em Esclerose Múltipla (CIEM) da UFMG. Conta com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Parecer nº ETIC 095/06). A metodologia utilizada está fundamentada na musicoterapia neurológica e no uso específico da técnica MEFT, que inclui exercícios de improvisação e composição, que podem ser realizados em grupo ou individualmente. Nesses exercícios são praticadas funções executivas tais como tomada de iniciativa, resolução de problemas, organização e compreensão de ideias e situações num contexto musical.

Sendo este um estudo piloto, os dados coletados foram os do período de quatro meses iniciais do tratamento com a musicoterapia. As sessões de musicoterapia estão sendo realizadas no Laboratório do Movimento na Faculdade de Medicina da UFMG. Tem duração de 2 horas e um número de quatro pacientes com idade entre 45 e 60 anos de idade, ambos os sexos, sendo estes portadores de EM e NMO. Nenhum dos pacientes teve uma vivência musical como estudante ou intérprete musical ou compositor anteriormente a este processo musicoterapêutico. Como critérios de inclusão foram admitidos somente pacientes previamente avaliados pela equipe médica do CIEM como sem comprometimento cognitivo.

As sessões de musicoterapia são divididas em dois momentos. Num primeiro momento são feitas discussões sobre temas que os próprios pacientes levantam em conversas e pesquisas feitas por eles anteriormente e também elaboradas no momento da sessão. Em um segundo momento, a partir de discussões conjuntas, foram retirados temas em comum e frases. No terceiro momento é trabalhada, tanto pelos musicoterapeutas como pelos pacientes, a criação musical na forma de canções. Os pacientes, mesmo não sabendo teoria musical, participam do processo de composição desde seu início, com os temas e as letras, até o processo final com musicalização e arranjo destas, opinado de forma verbal ou dando exemplos retirados de outras músicas já existentes.

Os temas são variados, mas tendo sempre em comum, colocações de como se sentem ante a sua situação, de como os outros os percebem segundo as suas perspectivas, experiências vivenciadas e temas também relacionados a sentimentos que afloram no momento de elaboração das composições.

Para podermos verificar a eficácia da musicoterapia, aplicamos a Escala de Depressão de Beck, também chamada de Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI, BDI-II*), criada por Aron Beck, e que consiste em um questionário de autorrelato com 21 itens de múltipla escolha. Na sua versão atual, esse questionário é desenhado para pacientes acima de 13 anos de idade e é composto de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punido, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido.

Este teste foi aplicado no início do processo, quando os pacientes ainda não haviam passado pela intervenção musicoterapêutica (T¹), e reaplicado após um período sendo feita a intervenção musicoterapêutica, sendo este o (T²), assim fazendo as comparações entre o período de ausência da musicoterapia e o período de intervenção.

No período de intervenção da musicoterapia, foi observado para que não ocorresse nenhum tipo de terapia ou intervenção extra que já não fosse

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

esperada, como exemplo a pulso terapia em caso de surto. Este cuidado foi tomado, para que não houvesse nenhuma interferência externa nos resultados obtidos, podendo assim ter uma validação quantitativa adequada.

Resultados

Como resultados obtidos tivemos a composição de quatro músicas feitas pelos pacientes, intituladas “Musicoterapia”, “Busca”, “Amigo” e “A espera”. Essas se encontram descritas abaixo:

“Musicoterapia”

A musicoterapia foi um achado especial a musicoterapia é tudo de normal,

Não sei não, não sei não. Me tirou da solidão. (Refrão, repetir 2x)

Na esclerose múltipla ha muita incompreensão entre os familiares e a população,

Mas a musicoterapia trouxe a superação, ajudando no equilíbrio acordando os neurônios adormecidos,

Não sei não, não sei não. Me tirou da solidão. (Refrão, repetir 2x)

“Busca”

Procuro o que já passou, busco pra não me perder ,

Para achar quem sou, e minha alegria de viver.

E nessa procura nos encontramos na musicoterapia

Que é tudo de bom, saúde, força e alegria,

Tudo de bom.

Ainda estou à procura, procura que não tem fim,

Busco correr para cura, preciso viver assim.

E nessa procura nos encontramos na musicoterapia,

Que é tudo de bom, saúde, força e alegria,

Tudo de bom.

“Amigo”

Amigo é aquele que esta presente em todos os momentos,

Na alegria e na tristeza É e mais do que um irmão,

Não tem interesse não se compra então é amor,

Ter um amigo é muito bom,

Amizade é olhar no fundo dos olhos,

É dizer o que se quer e não quer ouvir.
As verdadeiras amizades ficaram,
Alguns amigos se foram, mas faz parte da vida.
Muito obrigado meu amigo por sempre estar comigo,
Cada momento é ímpar com você,
Jamais vou te esquecer.

“A Espera”

O aguardar é sabedoria,
E aguardar é infinito.
Esperar é um dom,
Se concentrar, em algo é dar tempo,
Condição necessária, para rever os conceitos (Refrão, repetir 2x)

Paciência mais Paciência...
A vida é uma espera para melhorar.
Espera pra nascer,
Espera para crescer,
Mas se desespera para amadurecer...
Assim nasce a musicoterapia,
Pois quem espera sempre alcança.
Existe uma liturgia para a espera,
Pois ansiedade ela gera,
Silêncio ela induz.
Reflexão ela tem,
É sabedoria é infinita.

O Gráfico 01 e o Gráfico 02 contêm os resultados obtidos em dados coletados de cada um dos quatro pacientes durante os quatro meses de tratamento. Todos os escores tiveram diminuição com exceção do paciente 3. Na Tabela 01 calculamos o teste t entre T1 e T2, resultado não mostrou diferença significativa entre os escores ($p > 0,05$). Foi calculado também uma tendência onde notamos que o escore deve continuar caindo. Nesta tendência o teste t entre T1 e a tendência ainda não se mostrou significativo ($p > 0,05$).

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

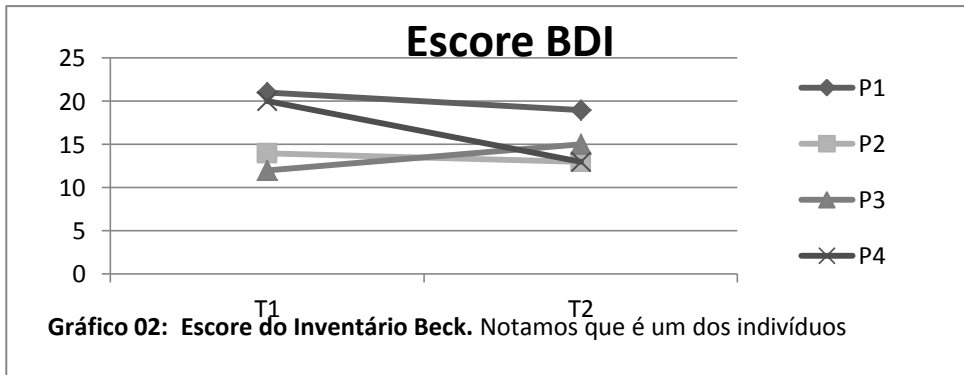
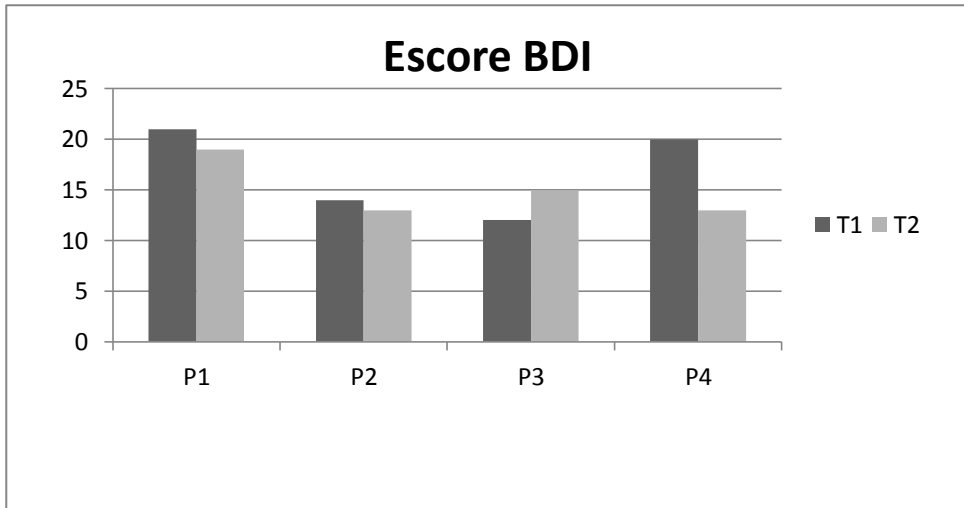


Tabela 01: Escores brutos de cada paciente. A média dos escores do grupo em T¹ e T² e na tendência. Foi calculado o teste T entre T¹ vs T² e T¹ vs tendência.

Paciente	T1	T2	Tendência
P1	21	19	16,16
P2	14	13	14,25
P3	12	15	13,71
P4	20	13	15,88
	Teste t	0,46	
Médias	16,75	15	14,99
		Teste t (T1)	0,36

Considerações Finais

Na aplicação do Inventário Beck, pudemos observar que houve uma redução nos escores se compararmos os dados coletados na aplicação inicial (linha de base - T¹) com os dados após quatro meses de tratamentos (T²). Os resultados demonstram ganhos, uma redução nos scores do teste aplicado, porém ainda não significativos.

Faz-se necessário a continuidade deste estudo para verificar até onde a utilização da técnica musicoterapêutica de Treino Musical de Funções Executivas” (*Musical Executive Function Training – MEFT*) poderá propiciar ganhos significativos na melhora do humor nesta população. Hipotetizamos que talvez não tenha havido diferença significativa por três possíveis motivos entre eles, o de que o número de pacientes e número de sessões não foram suficientes, ou ainda que talvez necessitemos da aplicação e de outros testes além do Inventário Beck aplicado.

Referências

DEL PORTO, J. A. Conceitos e diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, p.06-11, 1999.

LANA-PEIXOTO, M. A. Neurite Óptica. In: TILBERY, C. P. (Ed.). *Esclerose Múltipla no Brasil*. Belo Horizonte: Atheneu, 2005. p. 129-148.

LOUREIRO, C. M. V. *Efeitos da musicoterapia na qualidade de vida visual de portadores de neurite óptica desmielinizante*. 2009. 122 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

THAUT, M.H. *Rhythm, Music, and the Brain: Scientific Foundations and Clinical Applications*. New York: Routledge, 2005. p.137-164.

Respostas Comportamentais do Prematuro de Risco à Musicoterapia

PEREIRA, Maria N.¹

SILVEIRA, Welder²

CERQUEIRA, Paulo³

LOUREIRO, Cybelle⁴

Introdução

As reações do recém-nascido (RN) a estímulos externos ou internos podem ser observadas através de mudanças nos estados comportamentais. Estes estados refletem a organização interna do bebê e a habilidade que ele tem para controlar os estímulos externos. A maneira de como o bebê responde aos estímulos apropriados ou não apropriados demonstra a complexidade de um sistema nervoso central (SNC) intacto e adaptável (BRAZELTON et al., 1979). Quando são utilizados estímulos atrativos, auditivos ou visuais, o RN tem capacidade de atenção e alerta e de suprimir respostas reflexas interferentes, de modo a responder com comportamentos muito previsíveis. Assim, ele responde e interage com seu meio ambiente desde o nascimento (BRAZELTON apud GASPARETTO e BUSSAB, 2000). A escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton (NBAS), adotada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), é uma das principais escalas utilizadas em pesquisas na área de desenvolvimento

¹ Estudante de Graduação Bacharelado em Música com Habilitação em Musicoterapia, Escola de Música, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. E-mail: noepe@ig.com.br

² Estudante de Graduação Bacharelado em Música com Habilitação em Musicoterapia, Escola de Música, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. E-mail: kurzwelder@yahoo.com.br

³ Médico, Hospital Maternidade Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais. E-mail: pmcjun@gmail.com

⁴ Professora Adjunta do Departamento de Instrumento e Canto, Faculdade de Música, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. E-mail: cybelleveigaloureiro@gmail.com

neonatal. A partir da NBAS, vários pesquisadores têm configurado suas próprias escalas comportamentais e estabelecido critérios para estudar os comportamentos presentes no RN (MEDEIROS, 2007).

A musicoterapia tem demonstrado seu efeito positivo nessa população. Em uma meta análise Standley (2002) identificou na literatura o uso da musicoterapia com os objetivos de pacificar, melhorar a oxigenação, reduzir o estresse, estimular a linguagem, como mecanismo de sustentar a homeostase e como reforço à sucção não nutritiva. Block et al. (2003) mostraram que os prematuros expostos à música de harpa obtiveram melhoras significativas e apresentaram níveis mais baixos de cortisol na saliva e diminuição dos problemas respiratórios, pois enquanto ouvem a música eles se acalmam e parecem adormecer, porém, outros estilos musicais, tais como: pop, jazz e outros tipos de música, em prematuros não tiveram o mesmo efeito das canções de ninar e música clássica. Sabe-se que experiências adversas ou traumáticas podem elevar a taxa do hormônio cortisol no ser humano. Por sua vez, o cortisol pode afetar o metabolismo, o sistema imunológico e o cérebro. Assim, experiências estressantes podem minar o desenvolvimento neurológico e deteriorar o funcionamento cerebral. Crianças que apresentam, de forma crônica, altos níveis de cortisol têm demonstrado mais atraso no desenvolvimento cognitivo, motor e social, quando comparadas a outras crianças. Vianna (2010) mostrou a eficácia da musicoterapia no aumento do índice de aleitamento materno após período de até 60 dias de alta hospitalar. Arnon et al. (2006) verificaram que a utilização da música na Unidade Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) atua no sentido de reduzir o estresse, estimular o desenvolvimento no período crítico de crescimento, promover o vínculo com os pais, facilitar a comunicação e o desenvolvimento neurológico e social.

A canção de ninar para o RN pode ser muito mais do que uma experiência musical, ela se integra com outras experiências sensoriais, como cheiro, impressões visuais, movimentos corporais ou ruídos do ambiente. A canção vem como um veículo de transição que causa um efeito de repouso e regulação para o bebê e a mãe (BRADY, 2005 apud RUUD, 2010).

Objetivo

O objetivo nesse estudo foi identificar e qualificar as respostas comportamentais do recém-nascido pré-termo (RNPT) em resposta à musicoterapia.

Metodologia

A metodologia está fundamentada no programa de atendimento ao bebê de risco de JM Standley. Trata-se de uma estimulação multimodal que busca, através de uma estimulação auditiva integrada a outros canais sensoriais, modificar estados depressivos ou de hipersensibilidade. Os atendimentos foram realizados nas Unidades de Cuidados Intermediários (UCIN). Foi estudada a quantidade de cada tipo de resposta de acordo com o estado de “consciência” (alerta) proposto por Brazelton.

Estados de “consciência” (alerta): (segundo Brazelton)

Estado 1 = sono profundo, sem movimentos, respiração regular

Estado 2 = sono leve, olhos fechados, algum movimento corporal

Estado 3 = sonolento, olhos abrindo e fechando

Estado 4 = acordado, olhos abertos, movimentos corporais mínimos

Estado 5 = totalmente acordado, movimentos corporais vigorosos

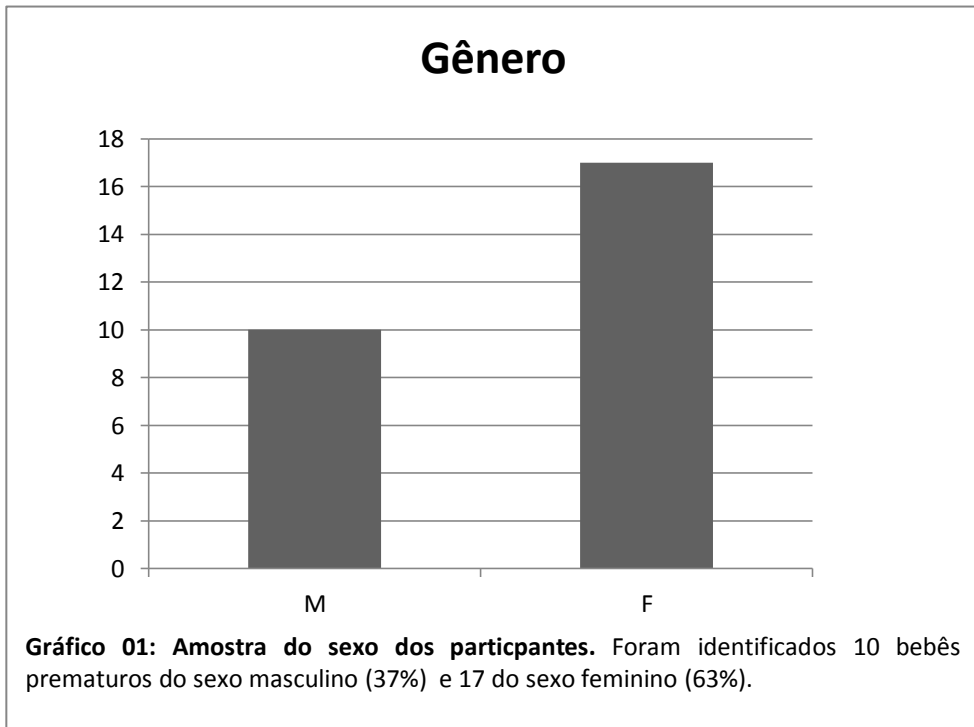
Estado 6 = choro

Foram indicados, pela equipe médica, bebês prematuros que já haviam completado 28 semanas de Idade Gestacional Corrigida e acima de 1300 gramas. Os dados foram coletados por dois observadores através de protocolo desenvolvido para essa pesquisa, e através de filmagens realizadas semanalmente, em 49 sessões. Foram utilizados diferentes instrumentos rítmicos Orff específicos para bebês, violão e voz feminina. Foi observada a quantidade de comportamentos em bebês prematuros atendidos no período de junho a dezembro de 2012, nas UCIN do Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte – MG, pela equipe de musicoterapia da EM – UFMG.

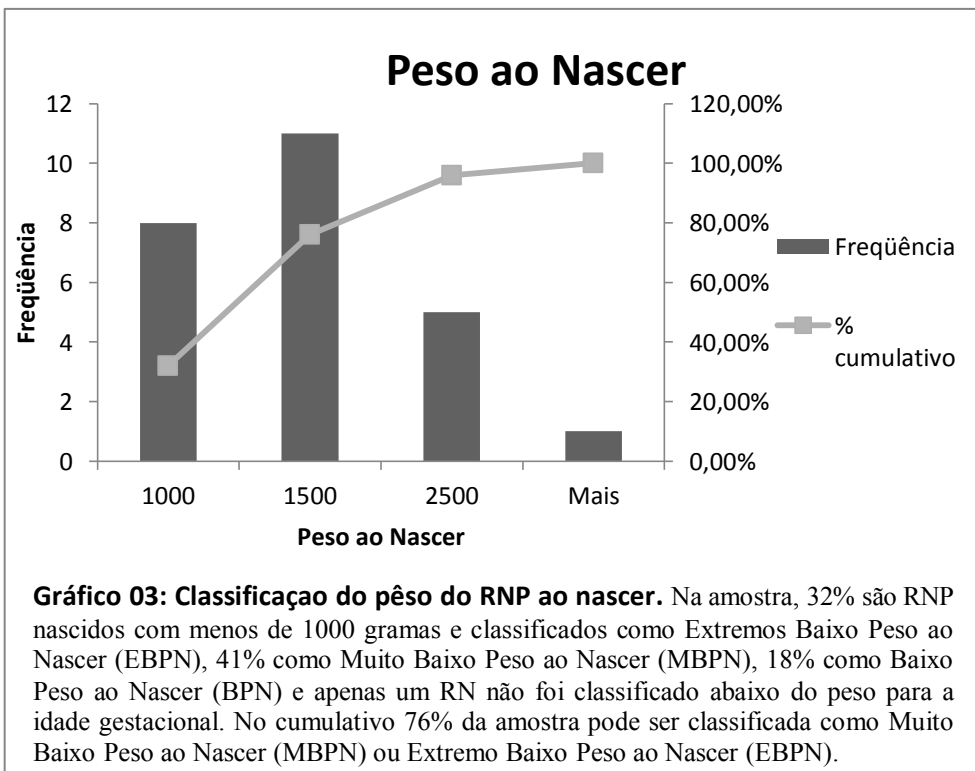
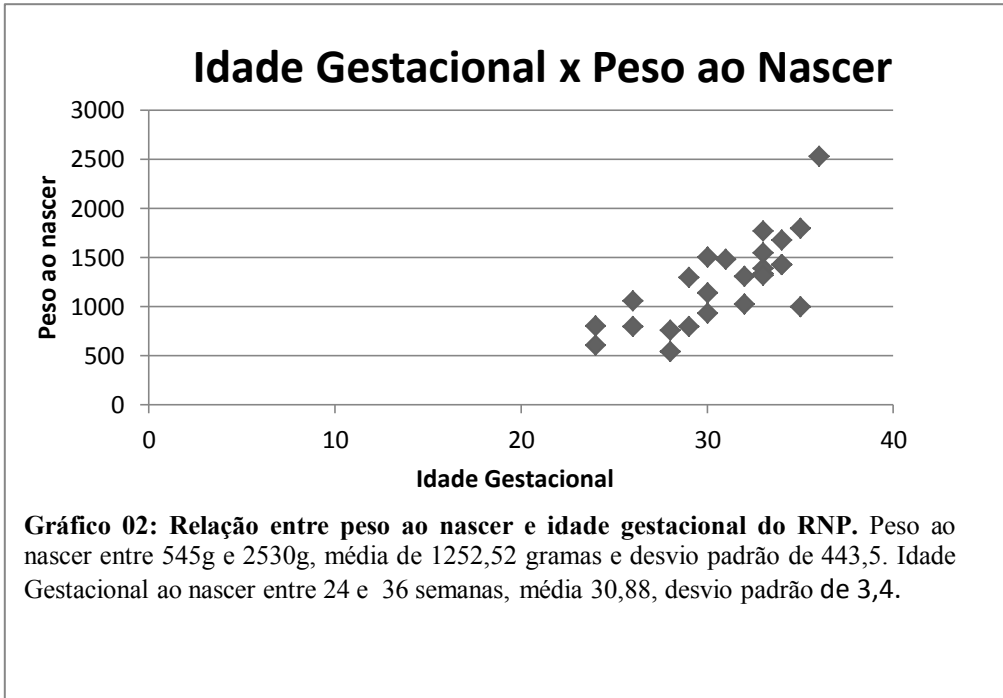
Resultados e Discussão:

A amostra foi composta por 27 bebês prematuros de ambos os sexos (Gráfico 01); com idade gestacional ao nascer entre 36 e 24 semanas, média 30,8, desvio padrão 3,4, peso ao nascer entre 2530 e 545 gramas, média 1252,5 e desvio padrão 443,5 (Gráfico 02).

No Gráfico 03, nota-se que no cumulativo, 76% da amostra podem ser classificados como Muito Baixo Peso ao Nascer (MBPN) ou Extremo Baixo Peso ao Nascer (EBPN). A amostra foi composta por bebês prematuros com condições patológicas ou não.



As condições patológicas incluem: leucomalácia, doença congênita encefálica, tumor devido à varicela, dilatação de ventrículos, hemorragias, hidrocefalia, síndromes genéticas, síndrome da angústia respiratória do RN, septicemia não especificada e permeabilidade do canal arterial.



A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

As respostas comportamentais coletadas, que podem ser observadas no bebê prematuro, estão apresentadas na Tabela 01. As respostas resultantes mais frequentes em cada estado de alerta foram as seguintes: alerta 1: atividade motora (18%), alterações na frequência respiratória (14%); alerta 2: atividade motora (16%), espreguiçar-se e atenção visual orientada (10% cada); alerta 3: atividade motora (20%), expressões faciais e movimentos oculares (14% cada); alerta 4: atividade motora (19%) e atenção visual orientada (17%); alerta 5: atividade motora (23%) choro e expressões faciais (18% cada); e alerta 6: estado apresentado apenas uma vez, não foi possível calcular. Os estados de alerta onde houve maior número de respostas foram o alerta 2 (30%) e alerta 3 (22%).

A Tabela 01 mostra o índice de respostas motoras comparado a todas as respostas comportamentais exibidas pelo bebê.

Tabela 01: Frequência dos comportamentos apresentados pelos bebês prematuros.

Respostas Comportamentais	Estado 1	Estado 2	Estado 3	Estado 4	Estado 5	Estado 6	
Frequência respiratória	0,14	0,04	0,02	0,02	0,00	0,00	
Coloração pele	0,09	0,04	0,06	0,04	0,00	0,00	
Atividade motora	0,18	0,16	0,20	0,19	0,24	0,33	
Aversão	0,00	0,03	0,02	0,00	0,06	0,00	
Choro	0,02	0,04	0,02	0,06	0,18	0,33	
Emitir sons	0,07	0,09	0,06	0,06	0,06	0,00	
Espreguiçar/bocejar	0,05	0,10	0,06	0,06	0,06	0,00	
Estremecer	0,09	0,03	0,08	0,02	0,00	0,00	
Expressões faciais	0,09	0,07	0,14	0,06	0,18	0,00	
Levar mão à boca	0,02	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	
Movimentos oculares	0,11	0,16	0,14	0,08	0,06	0,00	
Sorrir	0,02	0,03	0,04	0,13	0,06	0,00	
Atenção visual orientada	0,07	0,10	0,08	0,17	0,12	0,33	
Sucção	0,05	0,09	0,08	0,08	0,00	0,00	Totais
Total de respostas	44	69	50	48	17	3	231
N	8	9	11	9	4	1	27
Avaliações	10	12	12	10	4	1	49
% total de resposta por estado de alerta	0,19	0,30	0,22	0,21	0,07	0,01	100%

Considerações Finais

Observamos que os estados de alerta 2 e 3 foram onde ocorreram mais respostas comportamentais dos bebês prematuros. Supomos que isso se deve ao grande número de respostas de “atividade motora”, como consequência de alterações no estado de alerta durante a intervenção da musicoterapia. Brazelton (1998) mostra que quando o RN altera seu estado de alerta de dormindo para sonolento ou acordado, apresentará grande número de respostas motoras.

Através desse estudo, concluímos que a musicoterapia dentro da UCI atua como um elemento mediador e proporciona conforto e pacificação para o bebê e a mãe de forma a amenizar as contínuas situações estressantes, ruídos intensos, procedimentos invasivos e dolorosos, pois tudo isso interfere no desenvolvimento e gera desconforto ao bebê prematuro de um modo geral. Futuramente serão realizadas comparações com RN a termo e sem complicações neurológicas para que sejam observados os níveis de respostas de cada categoria.

Referências

ARNON, S.; SHAPSA, A.; FORMAN, L.; et al. Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. *Birth*, Berkeley, CA, v. 33, n. 2, p.131-136, 2006.

BLOCK, S.; JENNINGS, D.; DAVID, L. Live harp music decreases salivary cortisol levels in convalescent preterm infants. *Pediatr Res.*, v. 53, p. 469, 2003.

BRAZELTON, T. B. *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

BRAZELTON, T. B; ALS, H.; TONICH, E.; LESTER, B. M. Specific Neonatal Measures: The Braselton Neonatal Behavioral Assessment Scale. In: OSOFSKY J. (Ed). *Handbook of infant development*. New York: Wiley, 1979.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

KHAN, R. L.; RAYA, J. P.; NUNES, M. L. Avaliação do Estado Comportamental durante o Sono em Recém-Nascidos. *J. Epilepsy Clin Neurophysiol*, v. 15, n. 1, p. 25-29, 2009.

GASPARETO, S.; BUSSAB, V. S. R. Padrões e estados comportamentais de recém-nascidos durante o banho em maternidade: possibilidades de regulação e trocas sociais. *Rev. Bras. Cres. e Des. Hum.*, v. 10, n. 1, p. 39-48, 2000.

MEDEIROS, A. M. C. A existência de “sistema sensório-motor integrado” em recém-nascidos humanos. *Psicol. USP*, São Paulo, v.18, n. 2, Jun. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-5642007000200002>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

RUUD, E. *Music Therapy: A Perspective from the Humanities*. New Hampshire: Barcelona Publishers, 2010.

STANDLEY, J. M. A Meta-analysis of the efficacy of music therapy for premature infants. *Journal of Pediatric Nursing*, v.17, n. 2, p.107-113, 2002.

_____. *Music Therapy with Premature Infants, Research and Developmental Interventions*. American Music Therapy Association, 2003.

VIANA, M. N. S.; BARBOSA, A. P.; CARVALHAES, A. S.; CUNHA, A. J. L. A. Music Therapy may increase breastfeeding rates among mothers of premature newborns: a randomized controlled trial. *Journal of Pediatric*, v. 87, n. 3, p. 206-212, 2011.

O efeito da musicoterapia na alteração dos estados de alerta do prematuro

SILVEIRA, Welder¹

SAMAGAIO, Simone²

PEREIRA, Noeme³

CERQUEIRA, Paulo⁴

MIRANDA, Débora⁵

LOUREIRO, Cybelle⁶

Introdução

Trata-se de um estudo multidisciplinar que faz parte da “Pesquisa e Implementação da Musicoterapia no Atendimento à Mãe e Bebê de Risco: Uma Parceria da Escola de Música da UFMG – Curso Habilitação em Musicoterapia com o Hospital Sofia Feldman” e conta com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) – Modalidade Demanda Universal/Processo N°: SHA – APQ-01749-11. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG,

¹ Estudante de Graduação Bacharelado em Música com Habilitação em Musicoterapia, Escola de Música, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. E-mail: kurzwelder@yahoo.com.br

² Estudante de Graduação Bacharelado em Música com Habilitação em Musicoterapia, Escola de Música, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. E-mail: simonesamagaio@gmail.com

³ Estudante Graduação Bacharelado em Música com Habilitação em Musicoterapia, Escola de Música, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. E-mail: noepe@ig.com.br

⁴ Médico, Hospital Maternidade Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais. E-mail: pmcjun@gmail.com

⁵ Professora Adjunta Departamento de Pediatria Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. E-mail: deboramiranda@gmail.com

⁶ Professora Adjunta Departamento Instrumento e Canto, Escola de Música, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. E-mail: cybelleveigaloureiro@gmail.com

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

projeto CAAE – 0591.0.203.000-10, e pela COEP do Hospital Sofia Feldman reg. CONEP: 25000.030213/2006-91. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para entender os efeitos da música em alterar os estados de alerta precisamos compreender um pouco os conceitos de música estimulante e sedativa. Música estimulante pode ser definida como aquela que tem um forte componente energizante (RADO CY; BOYLE, 1988). Para a maioria das pessoas é o ritmo que promove a energia na música (GASTON, 1968). Ritmos caracterizados pelos destacados sons percussivos estimulam ação muscular. Quanto mais percussivos, em *staccato* e bem acentuadas forem as músicas, mais visíveis serão as respostas físicas. Sempre que a batida subjacente estiver claramente definida, mesmo um ouvinte casual provavelmente demonstrará algumas respostas físicas evidentes. Níveis de dinâmica também têm a capacidade de ser estimulante, música com volume alto parece estimular uma maior atividade de reação que música mais leve ou volume mais baixo (RADO CY; BOYLE, 1988; HARRER; HARRER, 1977).

Músicas sedativas, que acalmam ou tranquilizam comportamentos, parecem depender do legato e de sons não percussivos. As passagens melódicas são sustentadas, em legato, e geralmente têm um mínimo de atividade rítmica. O mais importante atributo rítmico da música sedativa é a batida subjacente, que é monotonamente regular, mas moderada. Músicas de ninar são exemplos básicos de música sedativa funcional. Elas são compostas por melodias sustentadas em legato, mas com uma batida tranquila e uniforme subjacente. Elas também refletem outra característica da música sedativa. Os níveis de dinâmica são bastante tranquilos, o tempo é geralmente muito mais lento do que na música estimulante e o alcance da frequência da melodia parece ser bastante limitada (RADO CY; BOYLE, 1988).

Durante uma avaliação do recém-nascido (RN), o seu estado de consciência deve ser levado em conta, suas respostas são dependentes do seu nível de alerta e conseqüentemente o de interação. Existem respostas dirigidas previsíveis de um RN quando ele está numa interação social com um adulto à medida que ele responde a um estímulo atrativo, auditivo ou visual. De acordo com Brazelton, essa previsibilidade requer um

conhecimento da evolução de seu estado de consciência (BRAZELTON; AVERY, 1999). O *estado de consciência* da criança torna-se a matriz mais importante para a interpretação do comportamento neonatal. Suas reações a todos os estímulos, internos e externos, são dependentes da evolução de seu *estado de consciência*. Utilizando esse estado como uma matriz, as respostas comportamentais tornam-se bastante previsíveis. O *estado de consciência* depende de variáveis fisiológicas, tais como: fome, nutrição, hidratação e o tempo de ciclo acordar-dormir da criança (PRECHTL, 1964). O estado de despertar torna-se não somente a matriz para respostas previsíveis, mas pode ser visto como o caminho através do qual a criança se defende do mundo ao seu redor, no caso de estados de sono e de controle do despertar, a fim de atender ao seu meio ambiente em estados despertos. Os parâmetros de estado são relativamente fáceis de determinar através de simples observação (BRAZELTON; AVERY, 1999).

Pesquisas com o uso da música, ou musicoterapia, no cuidado do recém-nascido pré-termo (RNPT) podem ser encontradas desde o final da década de 1980. O foco de tratamento estava voltado para o uso da música como meio terapêutico para mascarar o ruído ou reduzir reações de estresse (WIGRAM; BACKER, 1999).

Em uma meta análise, Standley (2002) identificou na literatura os efeitos positivos da musicoterapia na redução inicial da perda de peso e aumento do ganho de peso diário, aumento na saturação de oxigênio, melhora na frequência cardíaca e respiratória, diminuição no tempo de internação, melhora do estado comportamental, aumento do tempo de sono durante a estimulação, aumento no índice de alimentação e aumento do tempo de sucção.

Em meta análise mais recente, Standley (2012) mostrou que os benefícios da musicoterapia foram altos com a utilização da música ao vivo e no tempo inicial de permanência na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) (peso ao nascer <1000 gramas e idade gestacional <28 semanas). Os resultados encontrados por Standley justificam a inclusão da prática clínica da musicoterapia, baseada em evidência, com os objetivos de

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

pacificação, reforçamento da sucção e para a pacificação como uma base da estimulação multimodal.

Apesar das pesquisas apontarem importantes efeitos positivos do tratamento da musicoterapia com a população de RNPT, apenas uma (COLLINS; KUCK, 1991) teve como objeto de estudo a influência da música nas alterações dos estados de alerta. É necessário entender como a variável música pode influenciar o RNPT para que o profissional musicoterapeuta tenha o manejo da sua ferramenta de trabalho otimizado. Por este motivo objetivamos investigar as influências da musicoterapia na alteração do que Brazelton chamou de *estados de consciência* do prematuro, aqui chamado de estados de alerta. Essa escolha de mudança no termo é consequência da abordagem de intervenção, na qual avaliamos a capacidade de interação. Esta depende do nível de alerta do RNPT, uma vez que a maioria das respostas comportamentais é reflexa ou desorganizada, do que de consciência propriamente dito.

Objetivo

O objetivo desse estudo foi o de verificar a influência da musicoterapia na alteração dos estados de alerta do RNPT.

Metodologia

A metodologia de intervenção está baseada no trabalho de Standley (1991), onde foi desenvolvido um programa de intervenção, utilizando a música na pacificação e estimulação do RNPT com baixo peso ao nascer. Fundamentado nos meios musicais ao qual a criança é capaz de interagir e responder, a intervenção utiliza a música integrada a outras modalidades sensoriais. As técnicas desenvolvidas tinham o objetivo de fornecer ganhos no desenvolvimento de habilidades sensoriais, sociais e motoras. Standley destacou cinco princípios gerais para essa estimulação. No primeiro princípio deve-se levar em conta que o sistema nervoso dessa população tende a tornar-se superestimulado e refletir sinais de exaustão. No segundo, o período mais favorável para a interação social do RNPT é quando ele está

em um estado de alerta calmo. No terceiro, estímulos suaves incluem sucção não nutritiva, paninhos, balanço suave e verbalização tranquila. No quarto, estímulos contínuos e sem mudanças pacificam e diminuem a excitação do bebê, enquanto que o início da estimulação e a interrupção da estimulação prolongada, ambas excitam. E no quinto, o uso contínuo de outras modalidades de estimulação (sons, luzes, movimento, paninhos, temperatura) permite alcançar uma maior pacificação. Segundo estas considerações, o equilíbrio entre os estados de pacificação e estimulação é um estado desejável para promover o equilíbrio homeostático do bebê. É sabido que a estimulação precoce desses bebês pode reduzir os possíveis atrasos do desenvolvimento, encontrados nessa população (OGINTZ, 1989).

Durante os atendimentos o RNPT foi submetido a três procedimentos da musicoterapia. No primeiro são utilizados instrumentos rítmicos Orff, específicos para bebês (Figura 1). No segundo é usado o violão e voz feminina (Figura 2) e no terceiro utilizamos harpa celta (Figura 5).

Estes procedimentos têm como objetivo levar o bebê a um estado de alerta calmo, ideal para interação (STANDLEY, 1991). Nessa interação buscamos estimular atenção, linguagem, sucção, desenvolvimento sensório-motor, diminuição da irritabilidade, melhorar a capacidade de autocontrole nas mudanças dos estados de alerta, ganho de peso e desenvolver laços entre mãe e bebê. O atendimento foi realizado semanalmente em uma Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) com duração de aproximadamente 30 minutos cada.



Figura 01: Kit de instrumentos Orff específicos para bebês utilizado na pesquisa.



Figura 02: Utilização do violão no atendimento



Figura 3: Estimulação auditiva básica com maracás Orff.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

As técnicas utilizadas neste estudo para cada atendimento ao RNPT integram a música às modalidades visual, tátil e vestibular. A técnica Estimulação Visual Básica (Basic Visual Stimulation) utiliza os instrumentos rítmicos Orff, sendo movimentados lentamente e ritmicamente, tanto em padrões rítmicos previsíveis como de forma aleatória. Tem como objetivos despertar a atenção visual para o estímulo e alterar estados de alerta.



Figura 4: Estimulação auditivo-visual.



Figura 5: Harpa Celta.

A técnica de Estimulação Tátil Básica (Basic Tactile Stimulation) é utilizada principalmente para dessensibilizar ou modificar possível estado de irritabilidade do RNPT frente ao grande número de procedimentos médicos que recebe, devido ao seu estado de saúde. Quando utilizada, requer o canto com a voz da mãe ou da terapeuta, integrado ao toque da mãe no RNPT, acompanhado de um instrumento harmônico. Pode ser aplicada também com um instrumento que forneça vibrações sentidas pelo tato do RNPT.

A técnica de Estimulação Vestibular (Basic Vestibular Stimulation) requer que a mãe segure o RNPT e movimente-o de acordo com os movimentos melódicos do instrumento musical que acompanha. Por exemplo, a mãe pode segurar a criança e levantá-la em direção ao seu peito enquanto a harpa executa sons ascendentes.

A técnica de Estimulação Auditiva (Basic Auditory Stimulation) é utilizada em cada um dos procedimentos descritos anteriormente (Figura 3, Figura 4). Os terapeutas utilizam música ao vivo, com repertório que deve

ser de preferência da mãe. Esse repertório inclui canções de ninar ou música instrumental. Tem como objetivo extrair uma maior capacidade de interação do RNPT, estimular o controle de seus comportamentos e manter estados de alerta desejáveis, seja pacificando ou estimulando.

Antes e após cada um dos procedimentos, observamos o estado de alerta conforme proposto por Brazelton (1984) e indicado pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Sua classificação dos estados de consciência contém seis níveis, onde os melhores estados para interação do RNPT são o três e o quatro:

Estado 1: sono profundo, sem movimentos, respiração regular

Estado 2: sono leve, olhos fechados, algum movimento corporal

Estado 3: sonolento, olhos abrindo e fechando

Estado 4: acordado, olhos abertos, movimentos corporais mínimos

Estado 5: totalmente acordado, movimentos corporais vigorosos

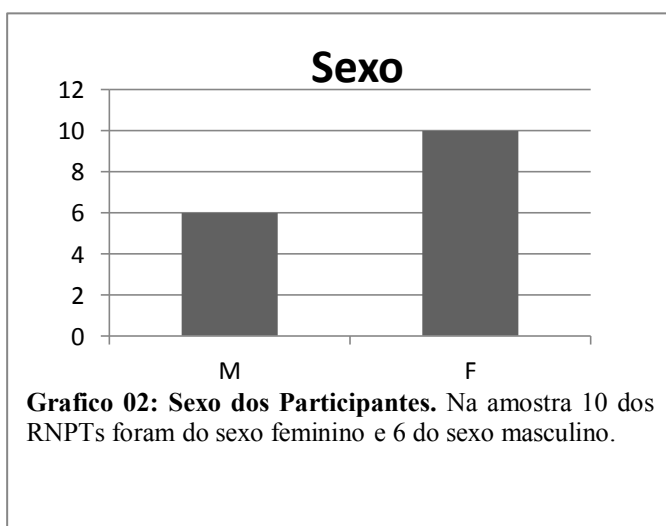
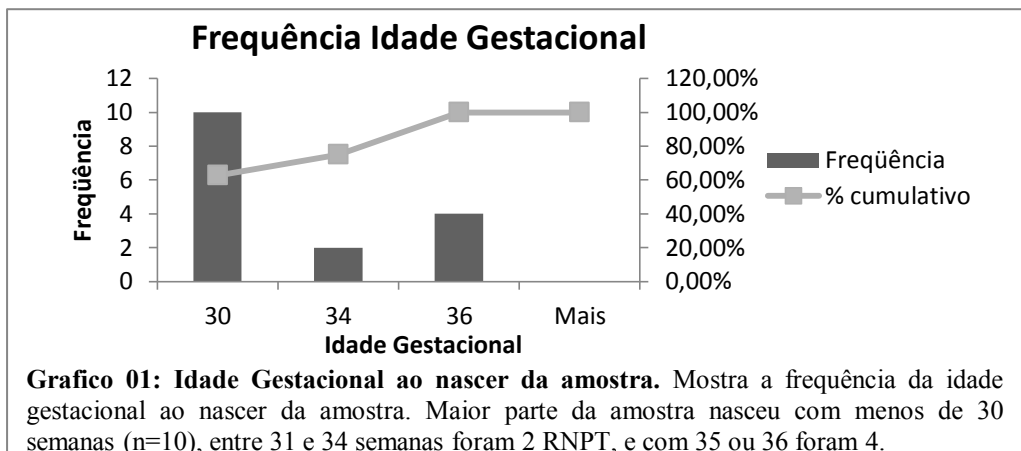
Estado 6: choro

A condição de adaptação ao ambiente extrauterino imediatamente após o nascimento é medido pelo escore Apgar e reflete o estado neurológico do RN. Esse escore mede frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele a fim de prevenir complicações, principalmente a falta de oxigenação do sistema nervoso. O escore é medido no primeiro minuto de vida e repetido no quinto pra detectar melhora após intervenção, caso esta seja necessária. O escore do quinto minuto é o mais fidedigno do estado do RN. O escore reflete a capacidade do RN de responder às agressões do trabalho de parto, sendo influenciado por qualquer evento perinatal.

Os dados foram coletados por dois avaliadores em protocolo de avaliação desenvolvido na pesquisa e em filmagens dos atendimentos. O protocolo inclui informações sobre histórico médico do RNPT, dados demográficos e observações espontâneas da mãe. O atendimento de musicoterapia com mãe e bebê foi autorizado por cada paciente pelo termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pela mãe, cuidador ou responsável. Calculamos o índice de mudanças no estado de alerta do RNPT.

Resultados

A amostra foi composta por 16 RNPT, com idade obstétrica ao nascerem entre 24 e 35 semanas, média 30,75 e desvio padrão 3,25. A grande maioria da amostra, 62,5%, nasceu com menos de 30 semanas de gestação e são classificados como prematuridade extrema, 12,5% nasceu entre 31 e 34 semanas e classificados como prematuridade moderada e 25% nasceu entre 35 e 36 semanas, classificados como prematuridade limítrofe (Gráfico 01). Houve variação de sexo, onde 62,5% foram do gênero feminino e 37,5% masculino (Gráfico 02).



Toda a amostra apresentou baixo peso ao nascer, sendo 50% classificados como Extremo Baixo Peso ao Nascer (EBPN), 37,5% como Muito Baixo Peso ao Nascer (MBPN) e 12,5% como Baixo Peso ao Nascer (BPN) (Gráfico 03) (Tabela 01).

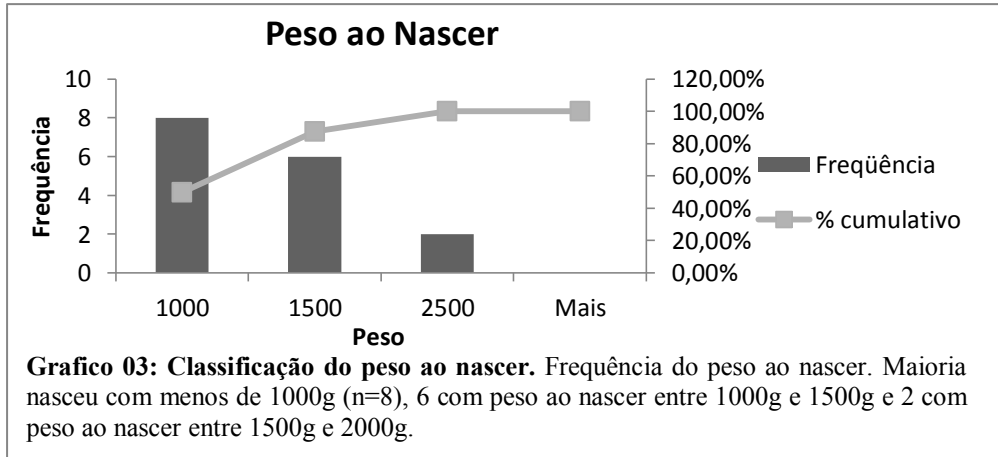
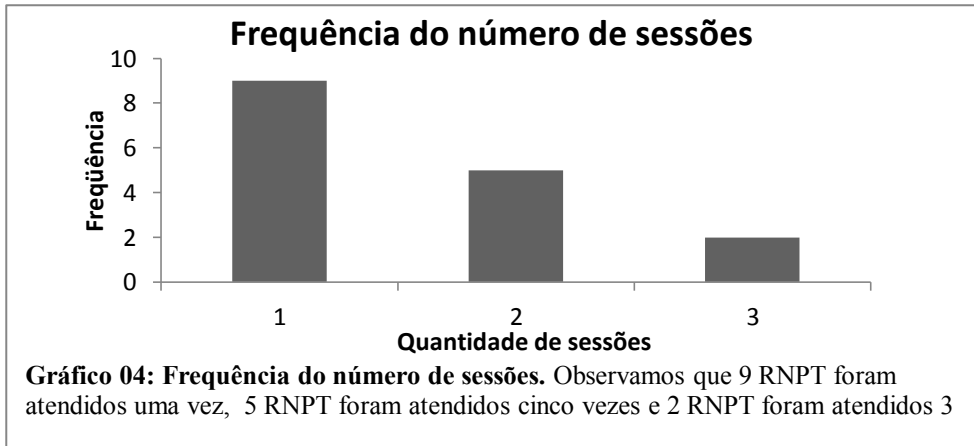


Tabela 1: Tabela descritiva do peso ao nascer da amostra

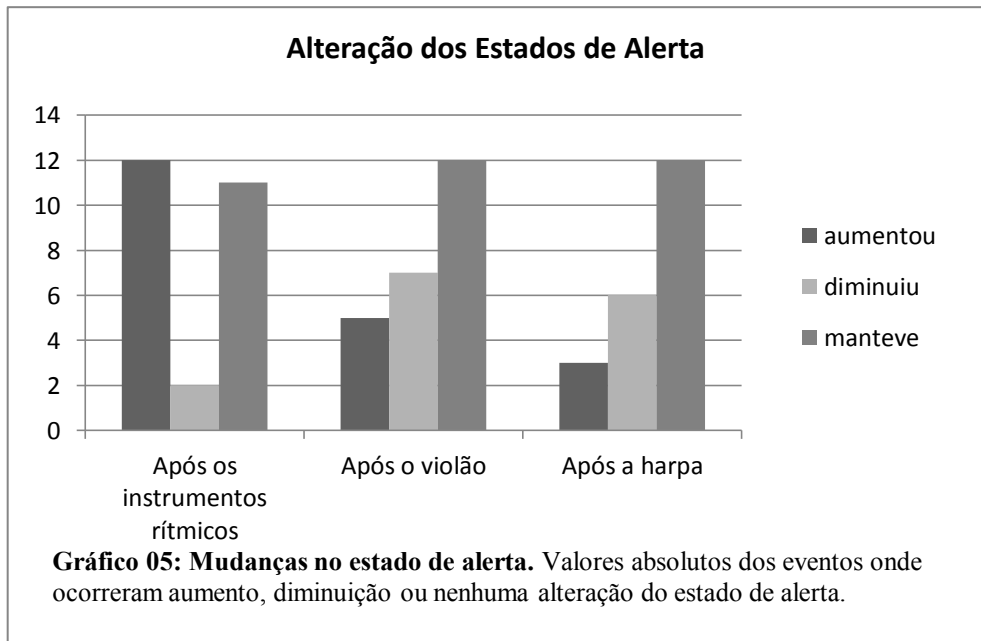
Índice	Valor (gramas)
Máximo	1800
Mínimo	450
Média	1037
Desvio Padrão	363

Condições médicas incluem, além da prematuridade, desconforto respiratório, doença da membrana hialina, leucomalácia, sepse neonatal, distensão abdominal, íleo colostomia e hidrocefalia. A média do escore Apgar no primeiro minuto foi de 6,7 e desvio padrão de 1,98, no quinto minuto média de 8,7 e desvio padrão de 0,79.

Com os 16 RNPT foram realizados 25 atendimentos, onde 9 RNPT receberam apenas uma sessão, 5 RNPT receberam duas sessões e 2 RNPT receberam três sessões (Gráfico 04).



Os resultados encontrados após a utilização de instrumentos rítmicos mostraram que 48% dos pacientes aumentaram o estado de alerta, 8% diminuíram e 44% se mantiveram. Após a utilização do violão e voz, encontramos que 21% aumentaram o estado de alerta, 29% diminuíram e 50% se mantiveram. Após a utilização da harpa, encontramos que 14% aumentaram o estado de alerta, 28% diminuíram e 57 % se mantiveram (Gráfico 05).



Conclusões e Considerações Finais

Bebês prematuros podem ser mais susceptíveis a alterações no comportamento devido ao excesso de estimulação que receberam na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e que podem ainda receber na UCI. Quando um RNPT começa a despertar do sono, ele tende a apresentar estremecimentos e torna-se irritado. Nesse momento apresenta diversas atividades motoras que podem ser propositadas ou não, algumas podem ser complexas como levar a mão à boca (BRAZELTON; AVERY, 1999). Mas crianças com alta irritabilidade tendem a demonstrar dificuldades de autocontrole, o que pode acarretar choro forte, refletindo uma inabilidade de se conter. A música pode melhorar estados comportamentais e reduzir níveis de estresse (COLLINS; KUCK, 1991; DESQUIOTZ-SUNNEN, 2008; HODGES; WILSON, 2010). Ela é uma ferramenta não invasiva para auxiliar o RNPT a se controlar.

Para o musicoterapeuta é essencial saber lidar com as ferramentas musicais disponíveis para interação com o RNPT. Conhecer os efeitos nas alterações do estado de alerta, que sua intervenção gera, pode ajudar a otimizar o trabalho. Pouco se tem pesquisado sobre a qualidade do estímulo apresentado ao RNPT, podendo ficar à mercê da intuição do profissional musicoterapeuta na escolha do estímulo mais adequado aos objetivos terapêuticos. Nesse caminho esperamos contribuir para o conhecimento de tais características.

No nosso estudo, notamos que os instrumentos rítmicos são mais propensos a aumentar ou manter o estado de alerta se comparados ao violão e voz e à harpa, que são mais propensos a manter. Os instrumentos rítmicos foram apresentados de forma a estimular o RNPT. Se segue o uso do violão e voz que pode ser capaz tanto de estimular quanto pacificar. Estudos mostram que o bebê prefere a voz da mãe até mesmo à música. A mãe canta para o bebê de um modo diferente do seu estilo usual de cantar. Este canto é caracterizado por um tom mais alto, diminuição no andamento e voz mais carregada emocionalmente (TRAINOR et al., 1997; TREHUB; UNYK; TRAINOR, 1993; TREHUB; UNYK; KAMENETSKY, 1997). A harpa

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

pode também tanto estimular quanto pacificar, depende da forma como o estímulo é apresentado pelo musicoterapeuta. De fato, flutuações nos estados de alerta foram notados durante cada procedimento. Estudos futuros desse projeto pretendem descrever as reações a cada um dos instrumentos utilizados e sua relação com os estados de alerta, o que pode contribuir para teorizar os efeitos das alterações dos estados.

Referências

- BRAZELTON, T. B.; AVERY G. Competência comportamental do recém-nascido. In: AVERY, G. B. *Neonatologia, fisiopatologia e tratamento do recém-nascido*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- BRAZELTON, T.B. Neonatal Behavioral Assesment Scale (BNBAS) *Clin. Dev. Med.*, 2. ed. Lippincott, Philadelphia, 1984.
- COLLINS, S.; KUCK K. Music Therapy in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*, v. 9, n. 6, p. 23-26, 1991.
- DESQUIOTZ-SUNNEN, N. Singing for preterm born infants music therapy in neonatology. *PubMed Spec*, n. 1, p.131-143. 2008.
- GASTON, E. T. *Music in Therapy*. New York: Macmillan Publishing Co., 1968.
- HARRER, G.; HARRER, H. *Music, emotion and autonomic function*. [s.l.]: [s.e.], 1977.
- HODGES, A.L.; WILSON, L.L. Effects of music therapy on preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Alternative Therapy Health Medicine*, v. 16, n. 5, p.72-73, 2010.
- OGINTZ, E. Cries in the dark. *Nortwestern Perspective*, v. 2, n. 4, p. 2-5. 1989.
- PRECHTL, H.; BEINTEMA, O. *The neurological examination of the full term newborn infant*. London: William Heineman, 1964.
- RADOCY, R.E.; BOYLE, J.D. *Psychological foundations of musical behavior*. [s.l.]: Charles C Thomas Publisher, 1988.

STANDLEY, J.M. A meta-analysis of the efficacy of music therapy for premature infants. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 17, n. 2, p. 107-113, 2002.

STANDLEY, J.M. Music therapy research in the NICU: an updated meta-analysis. *Neonatal Netw.*, v. 31, n. 5, p. 311-316, 2012.

STANDLEY, J.M. The role of music in pacification/stimulation of premature infants with low birthweights. *Music Therapy Perspectives*, 1991.

TRAINOR, L. J.; CLARK, E. D.; HUNTLEY, A.; ADAMS, B. A. The acoustic basis of infant preferences for infant-directed singing. *Infant Behav. & Dev.*, v. 20, p. 383-396, 1997.

TREHUB, S.E.; UNYK, A.M.; KAMENETSKY, S.B. Mothers' and fathers' singing to infants. *Dev. Psychol.*, v. 33, p. 500-507, 1997.

TREHUB, S.E.; UNYK, A.M.; TRAINOR, L.J. Maternal singing in cross-cultural perspective. *Infant Behav. & Dev.*, v. 16, p. 285-295, 1993.

WIGRAM, T.; BACKER, J. *Clinical applications of music therapy in developmental disability, paediatrics and neurology*. [s.l.]: Athenaeum Press, 1999.

Musicoterapia e dislexia infantil: em busca do resgate da autoestima numa perspectiva sistêmica

PAULA, Karylla Amandla de Assis¹

NASCIMENTO, Sandra Rocha do²

Introdução

Este estudo trata dos resultados iniciais da revisão de literatura da pesquisa de conclusão de curso sobre o tema musicoterapia e dislexia. Dislexia é um transtorno de aprendizagem caracterizado por um desempenho menor na leitura e escrita, de acordo com o nível cognitivo do indivíduo, idade cronológica e escolaridade (DSM IV, 1995).

A criança com dislexia também apresenta sinais como: transtornos da organização espaço-temporal, ou seja, tem dificuldades na captação das relações existentes entre os diferentes componentes dos dados captados pela visão e audição e a relação entre os elementos de um todo no espaço e tempo; dificuldades para organizar uma sucessão temporal, fazendo com que muitos disléxicos obtenham uma defasagem no conhecimento do esquema corporal, distingam com esforço orientações espaciais como direita e esquerda, frente e trás; o olhar se move de maneira irregular no decorrer da leitura, fazendo com que a criança não consiga analisar e sintetizar corretamente o estímulo visual completo das palavras e perde o sentido global do que lê, não conseguindo descobrir exatamente os signos percebidos (FAJARDO e MOYA, 1999).

Estas dificuldades levarão a criança com dislexia a um inevitável fracasso escolar, que pode ser definido como o baixo desempenho escolar -

¹ Graduanda em Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás. Goiânia – GO. E-mail: karyllaamandlamt@gmail.com.

² Doutorado em Educação pela Universidade Federal de Goiás (2010). Professora Adjunta da Universidade Federal de Goiás. Goiânia – GO. E-mail: srochakanda@gmail.com.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

dificuldade de alcançar um nível mínimo de conhecimento ao longo da escolarização; abandono da educação obrigatória ou término da mesma, sem o título correspondente; consequências sociais e profissionais na idade adulta dos alunos que não alcançaram a preparação adequada (MARCHESI E PÉREZ, 2004).

Segundo o CID-10 (1993), as perturbações emocionais e/ou de comportamento estão presentes no transtorno específico de leitura e são comuns durante todo o período escolar. No entanto,

são mais comuns durante os primeiros anos escolares, mas os transtornos de conduta e síndromes de hiperatividade são mais prováveis de estar presentes mais tarde, na infância e adolescência. Baixa autoestima é comum e problemas de ajustamento na escola e de relacionamento com colegas também são frequentes. O padrão preciso de dificuldade de desenvolvimento no período pré-escolar varia consideravelmente de uma criança para outra, como também sua gravidade; mesmo assim, tais dificuldades estão em geral presentes (p. 241).

Neste caso consideramos o fracasso escolar da criança com dislexia, como baixo desempenho escolar que acarretará em uma gama de problemas relacionados a esta criança e seus contextos com que convive. Nestas circunstâncias a criança pode apresentar uma alteração na percepção de autoimagem, apresentando traços de baixa autoestima e uma série de alterações comportamentais. Caso a escola não identifique ou não tenha condições de dar o suporte necessário para o aluno com dislexia, estas características podem se agravar, tornando o ambiente escolar um local que esta criança não queira frequentar.

Percebendo-se diferente dos colegas, com a dificuldade de fazer igual aos demais, a criança apresenta dificuldades de interação, não se identifica com seu grupo social e, conseqüentemente, as dificuldades de aprendizagem apresentadas podem aumentar (NASCIMENTO, 2010).

Dentre os grandes impactos gerados pelo quadro de dislexia, advindos de fatores presentes no ambiente da escola, da família e do próprio sujeito, apresenta-se prejuízos na autoestima, gerando o sintoma de baixa autoestima. A autoestima é considerada a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo. Pode ser uma atitude de aprovação ou de repulsa de si e está ligada

ao autojulgamento em relação à competência e valor. É o juízo pessoal de valor revelado através das atitudes que um indivíduo tem consigo mesmo, é subjetivo e expresso através de relatos verbais e comportamentos observáveis (COOPERSMITH, 1967 apud AVANCI, 2007). A baixa autoestima é o sentimento de incompetência, de inadequação à vida e incapacidade de superação de desafios; a alta expressa um sentimento de confiança e competência; e a média flutua entre o sentimento de adequação ou inadequação, manifestando essa inconsistência no comportamento (BRANDEN, 2000; ROSENBERG, 1956/1989 apud AVACI, 2007).

A Musicoterapia tem diversas compreensões, devido às suas diversas aplicabilidades. Como importante forma de tratamento terapêutico, utiliza a música para atingir objetivos terapêuticos com crianças e adultos que têm necessidades especiais, decorrentes de problemas sociais, emocionais, físicos ou intelectuais (BRUSCIA, 2000). Segundo Brasil (2011), é um processo de ampliação da capacidade autoperceptiva do sujeito, da percepção sobre o meio e seus pares. A partir dessas premissas acreditamos no potencial da música como elemento terapêutico importante de intervenção junto à criança com dislexia.

Objetivos

Temos como objetivo geral da pesquisa proposta sobre esse tema³, evidenciar os fatores que se configuram como de extrema importância para a proposição e execução de pesquisas em Musicoterapia, referentes ao público com dislexia, apresentando baixa autoestima. Dentre os objetivos específicos traçamos: investigar como a criança com dislexia se estrutura intra e inter-relacionalmente diante de seus contextos escolar e familiar e as expectativas geradas nestes meios; investigar como a musicoterapia pode auxiliar esta criança a elevar sua autoestima; ampliar a literatura da área e

³ **Musicoterapia e dislexia infantil: em busca do resgate da autoestima numa perspectiva sistêmica.** Pesquisa em andamento do Curso de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Musicoterapia. Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Sandra Rocha do Nascimento e Co-orientadora Prof^ª. Dr^ª Maria das Graças Nunes Brasil.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

apontar novas formas de atuação da musicoterapia. Como objetivo deste estudo intentamos evidenciar a presença deste tema em investigações da área da musicoterapia, favorecendo subsídios para a revisão de literatura do estudo final.

Metodologia

Este trabalho foi formulado a partir da pesquisa que está em desenvolvimento, para a conclusão do curso de Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás, sendo um estudo de caso com crianças com a idade entre 7 e 12 anos que apresentem o diagnóstico de dislexia e possíveis alterações comportamentais e emocionais de baixa autoestima. A pesquisa envolve, além da criança, os pais ou responsáveis e a escola.

Na fase inicial do estudo utilizamos a busca de textos ligados à musicoterapia e à área educacional, com temas específicos como transtornos de aprendizagem, autoestima do disléxico, bem como sobre a atuação da musicoterapia junto às crianças com dislexia, através de descritores como *dislexia e musicoterapia, autoestima, transtorno de aprendizagem, educação*. Após a análise dos textos, construímos uma tabela evidenciando a diferença entre a dificuldade de aprendizagem e o transtorno de aprendizagem.

Resultados e discussão

Identificamos, através dos dados, uma escassez de literatura referente ao tema Musicoterapia e Dislexia. Ou seja, verificamos que poucos trabalhos, em português, abordam sobre o universo do disléxico, as formas de tratamento, suas perturbações emocionais e comportamentais, etc.

Buscamos em bancos de dados (CAPES, LILACS, PUBMED, SCIELO), no site da ABCM (Associação Brasileira de Cognition Musical), na revista OPUS da ANPPOM (Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Música), na Revista da ABEM (Associação de Educação Musical). A busca foi feita com os seguintes descritores: “autoestima”,

“Musicoterapia”, “Dislexia”, “Musicoterapia e autoestima”, “Musicoterapia e dislexia”, “abordagem sistêmica” e “educação”. Encontramos dois artigos abordando o tema musicoterapia e dislexia, a tese de Pérez (2011), de Bogotá, e um artigo publicado por Bernal (2012), na revista del Real Conservatorio Superior Victoria Eugenia de Granada.

Este fato nos apontou que, possivelmente, na atualidade, exista uma lacuna na pesquisa, no Brasil, ligada à Musicoterapia e Dislexia. Evidenciou, assim, a necessidade de ampliar as discussões e a atenção da musicoterapia junto às crianças com dislexia.

Valdes (2004) aponta que a musicoterapia junto a crianças com dificuldades de aprendizagem auxilia no desenvolvimento das atividades cognitivas, melhora a comunicação e a expressão verbal e corporal, estimula a expressão e comunicação das expressões, desenvolve a imaginação criativa, baixa os níveis de agressividade e reforça a autoestima e a confiança em si mesmo. A autora ainda afirma que,

La musica enriquece la vida y es totalmente posible rodear al niño con dificultad de aprendizaje de un ambiente musical controlado que lo enriquezca, puesto que esta experiencia le proporcionará un desarrollo emocional, intelectual, psicologico y social equilibrado (VALDES, 2004, p. 115).

Bernal (2012) traz que a música exerce uma influência sobre nosso cérebro e a musicoterapia se utiliza desta, para objetivos físicos, sensoriais, cognitivos, emocionais e psicossociais. Muitos dos processos cerebrais que são ativados pela música, são responsáveis pelo movimento, coordenação, equilíbrio, emoção, linguagem, audição e memória.

A musicoterapia pode, segundo Bernal (2012), ajudar na melhora considerável das percepções, motricidade e afetividade pessoal, alívio e diminuição de tensões, problemas e inquietudes, medos, bloqueios e ansiedade, estimular os receptores sensoriais auditivos e táteis, ajudar no equilíbrio psicofísico e emocional, modificar respostas psicofisiológicas (ritmo cardíaco, amplitude respiratória e reflexo psicogalvânico).

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Através das experiências musicais em Musicoterapia pode-se proporcionar aos educandos o reconhecimento de sua subjetividade, uma vez que terá a liberdade de explorar diferentes formas de expressão (musical, sonora, corporal, verbal), colocar em ação seu potencial criativo, desenvolver habilidades, realizar trocas. Partindo da compreensão de que o processo de aprendizagem encontra-se relacionado ao desenvolvimento biopsicosócio-cultural e emocional do indivíduo, construído de maneira progressiva e permanente, acredita-se que, no contexto escolar, a Musicoterapia seja concebida como um processo de ampliação da capacidade auto-perceptiva do sujeito, da percepção sobre o meio e de seus pares (BRASIL, 2011, p. 4).

A partir destas premissas, sustentamos que é possível a intervenção da musicoterapia com crianças com dislexia, principalmente na fase do desenvolvimento infantil, pois nesta fase são construídas as estruturas cognitivas, emocionais, sociais, psíquicas. Propondo compreender sistemicamente este sujeito, percebemos a importância de se olhar para o dislético biopsicosocioculturalmente, apresentando alterações comportamentais e emocionais importantes que ele terá que aprender a lidar por toda a vida.

Acreditamos que favorecer e/ou ampliar as investigações em musicoterapia, direcionados ao público infante-juvenil com a hipótese diagnóstica de dislexia, possibilita a prevenção de comportamentos inadaptados e minimiza problemáticas existentes em seus contextos de vivência, como a escola e a família.

Considerações finais

Esperamos com este estudo instigar novas investigações que proporcionem ampliar o campo de atuação da musicoterapia, com novas possibilidades e contribuições para o tratamento deste público, que sofre em decorrência de seu Transtorno de Aprendizagem-dislexia. Espera-se contribuir não só para a vida desta criança, mas também modificar o ambiente em que ela se encontra e alcançar os pais e professores que fazem parte da formação do mesmo.

Para Nascimento e Craveiro (2008 apud 2010):

A música, enquanto expressão artística e cultural, pode auxiliar no processo de desenvolvimento de sentidos e significados, mas também e, principalmente, no desenvolvimento do “sentir”, tão importante no mundo de hoje (em que tudo contribui para a dessensibilização, para a desumanização do ser).

Intentamos que a contribuição da musicoterapia nos casos de dislexia favoreça uma compreensão sistêmica sobre os impactos deste transtorno na autoestima da criança, auxiliando na modificação dos aspectos deste quadro e gerando impactos positivos nos contextos em que ela está inserida. Torna-se, assim, uma possibilidade efetiva para que os pares das crianças com dislexia possam ajudá-la com mais assertividade e tranquilidade para todos.

Referências

AVANCI, J. Q., ASSIS, S. G., SANTOS, N. C. dos. & OLIVEIRA, R. V. C. Adaptação Transcultural de Escala de Auto-Estima para Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 397-405, 2007.

BERNAL, Celia Ruiz. Dislexia y Musicoterapia. *Revista del Real Conservatorio Superior Victoria Eugenia de Granada*, Granada, 2012.

BRASIL, Elisama Barbosa; TEIXEIRA, Célia Maria Ferreira da Silva; NASCIMENTO, Sandra Rocha do. *A musicoterapia no acompanhamento de crianças com dificuldade de aprendizagem em leitura: uma primeira análise sob o olhar da complexidade*. Goiânia: CONPEEX, 2011.

BRUSCIA, Kenneth E. *Definindo Musicoterapia*. 2. ed. [Tradução Mariza Fernandez Conde]. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CAETANO, Dorgival. *Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.

DSM – IV – TR. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. [revisão e tradução de C. Dornelles]. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FAJARDO, Luiz Amparo Uribe e MOYA, Constanza Pardo. *Fundamentos neuropsicológicos del lenguaje*. Santafé de Bogotá: Instituto Caro y Cuervo; Salamanca: Ediciones Universidad Salamanca, 1999.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

MARCHESI, Álvaro e GIL, Carlos Hernández. *Fracasso escolar: uma perspectiva multicultural*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

NASCIMENTO, Sandra Rocha do. *A escuta diferenciada das dificuldades de aprendizagem: um pensar sentir agir integral mediado pela musicoterapia*. Goiânia: Universidade Federal de Goiás - Programa de Pós-graduação em educação, 2010.

PÉREZ, Martha Patricia Moya. *Efecto de la musicoterapia sobre el proceso lector y la comprension lectora en un grupo de niños de segundo de primaria pertenecientes al ied Juan Evangelista Gomez, de la ciudad de Bogota*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Artes, 2011.

_____. *A 'escuta diferenciada' das subjetividades do não aprender: ampliando as percepções através da musicoterapia*. Goiânia: EMAC-PPGE/FE- UFG - Comunicação Cultura e processos educacionais, 2010.

VALDES, Maria Antonieta Elvira. *Propuesta pedagógica para la utilización de la musicoterapia en la atención de niños que presentan dificultades en la aprendizaje*. Caracas: Universidad Nacional Abierta – Vicerrectorado academico, 2004.

Investigação Sintomatológica do Transtorno de Ansiedade através da kalimba no Contexto Musicoterapêutico

PIRES, Everton Gonçalves¹

PRESSER, Adriana Dewes²

Introdução

O interesse em desenvolver este trabalho tem origem nas observações e experiências clínicas realizadas no decorrer dos estágios curriculares do Bacharelado em Musicoterapia. O autor registra como marcante uma experiência vivida no período do estágio no Hospital Psiquiátrico, quando presenciou uma paciente que estava sendo assistida por dois residentes da psiquiatria evoluir para uma catarse. Ao observá-la, questionou se estava medicada. Diante da resposta afirmativa, indagou se ainda havia recursos para atendê-la, ao que obteve a seguinte resposta: - "não há mais o que fazer!". Diante do argumento, do silêncio gerado pela situação e da sua irresignação, intuitivamente pensou que, se tocasse a kalimba, ela poderia escutá-la e assim interviria no processo. Recorreu à kalimba e iniciou tocando-a a uma distância de seis metros, aproximando-se gradativamente, com alterações de andamento musical, até distar um metro da paciente. Esta intervenção durou aproximadamente vinte e cinco segundos; tempo suficiente para a retomada dos seus sentidos. Durante o procedimento, acompanhou as alterações do movimento de seus olhos e os movimentos respiratórios, que culminaram com duas inspirações profundas mediante as mudanças de andamento e a sonoridade do instrumento. Este evento provocou no autor especial interesse em entender e buscar embasamento

¹ Musicoterapeuta Clínico, formado pela Faculdades EST – RS. Porto Alegre – RS. E-mail: evertonpiresmusica@gmail.com

² Enfermeira Licenciada, Mestre em Saúde Coletiva. Professora das Faculdades EST. Sapucaia do Sul – RS. E-mail: adriana@est.edu.br

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

teórico-científico para justificar tal resultado e verificar a aplicabilidade terapêutica da *kalimba*.

Dentre as doenças que se agudizam nas gerações, está o Transtorno de Ansiedade, em torno do qual se limita a pesquisa ora realizada, com foco no tratamento musicoterápico.

Referenciado pela metodologia criada pela equipe de Investigação Clínica de Musicoterapia – ICMus, da Argentina, será comparada análoga e hipoteticamente a Produção Sonora (PS) realizada pelos sujeitos da pesquisa, para correlacionar o comportamento musical a graus de intensidade deste transtorno, com base em *andamentos musicais* e alterações nas áreas cognitiva, executiva e emocional.

Justifica-se o presente estudo pela necessidade de investigar e compreender a que fatores atribuem-se os efeitos exercidos nos sujeitos após tocarem a *kalimba*: se estes decorrem de sua característica acústica de ressonância, rica em harmônicos, de sonoridade ancestral e/ou funcional. Justifica-se, ainda, por disponibilizar informações aos musicoterapeutas e demais profissionais da área da saúde a respeito da aplicabilidade do instrumento como ferramenta para análise musicoterapêutica em pacientes com transtorno de ansiedade, pois o instrumento sugere exercer funções importantes no contexto clínico da musicoterapia, como análise musicoterapêutica; de instrumento na comunicação de elementos simbólicos; de objeto intermediário; no estabelecimento do vínculo terapêutico e na relação transferencial.

Objetivos

Frente ao exposto, este trabalho tem como objetivo, originalmente, estabelecer um diálogo interdisciplinar entre musicoterapia, psicologia e psiquiatria, ou seja, tratar das relações entre os estudos da musicoterapia e das demais ciências da saúde.

São objetivos específicos deste trabalho: Refletir, discutir e explicitar como as experiências musicais com a *kalimba*, no contexto musicoterapêutico podem contribuir para a investigação sintomatológica do

transtorno de ansiedade; elaborar intervenções musicoterapêuticas que constituam uma possibilidade nova de obter recursos através da música e da respiração, para a diminuição do sintoma e a mudança de comportamento.

Metodologia

Este estudo caracteriza-se como descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Exploratório, porque permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema; descritivo, por pretender descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987). A escolha pela abordagem qualitativa “baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 200).

Para a realização deste estudo, inicialmente foram expostos os seus objetivos à Direção da Associação dos Portadores de Transtornos de Ansiedade – APORTA, uma ONG que atende pessoas com transtornos de ansiedade, localizada no município de Porto Alegre – RS, e sua aquiescência foi obtida. A população do estudo compreendeu as pessoas com transtornos de ansiedade que frequentam a ONG APORTA.

O critério básico para a seleção dos informantes foi o da amostragem aleatória, ou seja, haveria a chance de quaisquer dos participantes presentes no setting musicoterápico participarem da pesquisa.

O instrumento utilizado para a coleta das informações foi uma entrevista semiestruturada realizada no local de pesquisa, contendo informações sobre dados de identificação e relacionados às questões de pesquisa (Apêndice A).

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador de acordo com os horários das sessões de musicoterapia ofertados pela ONG APORTA. Na abordagem inicial, expuseram-se a cada participante os objetivos e a justificativa do estudo.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e registradas por escrito imediatamente após a fala dos entrevistados. As produções musicais também foram gravadas e posteriormente transferidas para o software *cubase* para medição de andamentos das PS's. Cada sessão durou, em média, uma hora.

Para a realização desta pesquisa, não se determinou um número específico de sessões para coleta dos dados, entretanto os sujeitos começaram a apresentar frequência irregular, o que acabou impedindo a continuidade das observações.

A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo (GOMES, 2007, p. 69), que apresenta três finalidades: “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder à questão formulada, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado”.

Resultados e Discussão

A população da pesquisa é composta por duas mulheres e dois homens: o sujeito A, mulher, com idade de 14 anos, estudante, com histórico de ansiedade e compulsividade alimentar; o sujeito B, mulher, idade 72 anos, professora, com histórico de ansiedade; o sujeito C, 48 anos, militar aposentado, diagnosticado como ansioso; e o sujeito D, 75 anos, funcionário público, sem histórico de transtorno, que participou da sessão para "conhecer" a musicoterapia. Os sujeitos A e C participaram de três sessões consecutivas; o sujeito B participou de duas sessões; e o sujeito D, de apenas uma sessão.

Os sujeitos A e C têm relação parental de descendência, tendo sido os primeiros a autorizarem as gravações da observação. Na relação destes, observou-se certa reverência com o registro de uma interferência verbal invasiva de parte do pai, sugerindo uma manifestação de ansiedade, diante de frases melódicas repetitivas executadas pela filha. Essas repetições, como quaisquer outros eventos musicais da cena da musicoterapia, encontram

suporte teórico em Bruscia (2000), ao considerar sob o prisma psicanalítico que os elementos da música são representações simbólicas inconscientes.

Em todas as execuções individuais dos pacientes - PSI - verificou-se menor tempo de duração e andamento mais acelerado em relação às PSV. Pode-se concluir certa inibição ou associação a encorajamentos de segmentos (Reich) ou grau de ansiedade na exposição pessoal. Nas PSI, todos os sujeitos demonstraram introspecção (diálogo intrapessoal), não se conectando visualmente com o terapeuta na curta duração do evento. Nas intervenções - PSV's -, verificou-se uma produção sonora com dados inversos, ou seja, maior duração e menor intensidade de andamento, sugerindo possível diminuição do transtorno, associada à relação causal direta do suporte musical vincular.

Diante da entrevista semiestruturada realizada, obtiveram-se as seguintes respostas dos sujeitos quanto à emoção/sensação: “alívio e sensação boa”, sujeito A; “bom”, sujeito B; “paz”, “relaxante”, “descarga”, “tranquilidade” e “comunhão”, sujeito C; “leveza” e “beleza” “amorosidade”, sujeito D. Na área mental, relacionada com imagens produzidas ou recordadas, obteve-se: "lembrei quando brincava com meus primos", sujeito A; não manifestou conteúdo, sujeito B; "Cenas de um filme com rosas no campo" e "jardim na China", sujeito C, e "folhas sobre a água" e "filme: Shogun", sujeito D. Verifica-se aqui uma unidade de sentido quanto aos efeitos que o instrumento suscita na sensopercepção. O pensamento de Benenzon (1988, p. 57) é conexo com esta experiência:

É de freqüente observação como o paciente ou qualquer pessoa é muito mais atraído por um instrumento cujo material se aproxima da própria natureza, como seriam os membrâfones de madeira, coco, cabaça, bambú etc., do que aquele feito por um elemento mais sofisticado na sua elaboração.

Adotou-se uma intervenção (provocação musical) com alterações nos andamentos nas improvisações das PSV's, para observar as reações dos sujeitos. Verificou-se: inspirações profundas: uma no sujeito A; prejudicada a observação (excesso de vestimenta) no sujeito B; duas no sujeito C; e uma no sujeito D. A contração dos músculos respiratórios depende de impulsos

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

nervosos originados do centro respiratório (localizado no tronco cerebral), às vezes diretamente de áreas corticais superiores e também da medula. Estas respostas são salutogênicas, as quais realizam compensações bioquímicas para a homeostase (AIRES, 1999).

Essa provocação musical permitiu observar aspectos simbólicos do ritmo dos sujeitos, ou seja, quanto há de organização ou desorganização inconsciente. Bruscia in Pellizzari (2006) corrobora com Esquemas Rítmicos ao classificar (de menor a maior grau de elaboração neurocortical) estes níveis de organização dinâmica: Pulso - primeiro nível; Motivo Rítmico - segundo nível; Frase Rítmica - terceiro nível.

Nas PSV's as respostas musicais apresentaram o seguinte desempenho: "isolada" nas duas primeiras produções e "integradora" na ulterior, pelo sujeito A; "integradora", na única intervenção realizada pelo sujeito B; "integradora" em todas as produções do sujeito C; e "integradora", sujeito D. Este procedimento tinha o critério de classificar as respostas musicais dos sujeitos como "integradora", ou seja, compunha, interagia e respondia musicalmente, "isolada" não interagia ou "dependente", quando era necessário o estímulo ou a provocação musical do terapeuta para responder.

Considerações Finais

A kalimba sugere exercer nos sujeitos efeitos regressivos de memória, de conotação harmônica e acolhedora, produção de imagens e sensações, de acordo com as respostas dos sujeitos da pesquisa. Não foram encontrados trabalhos científicos que referenciassem a aplicabilidade da kalimba no processo musicoterapêutico de pessoas que sofrem de transtorno de ansiedade.

Ao relacionarmos um fenômeno sonoro temporal com a memória, este não pode estar conectado a um tempo futuro, pois o som do instrumento somente pode relacionar-se com um tempo cronologicamente experimentado e ao tempo presente, enquanto este som é audível.

O termo harmonia é no senso comum associado à ideia e à sensação de bem-estar, tranquilidade e paz. Já o termo "harmônico" está ligado à música, ao campo da física, da acústica e neuropsicoacústica, com implicações quanto à ressonância dos instrumentos em geral e aos atributos de timbre, portanto sons resultantes da natureza do material e da construção de cada Kalimba existente. Estes sons harmônicos são sons especiais que causam certo "encantamento" na sensibilidade humana, desde que produzidos em ambientes acústicos adequados, podendo causar também estados alterados de consciência, o que justifica o seu uso em rituais ou para fins clínicos.

As intervenções com o instrumento estão relacionadas aqui com a modulação das frequências de ondas do cérebro (Theta, Alpha, Beta, Delta). Os sons da Kalimba possuem abundância de "harmônicos". Ouve-se perfeitamente as alturas: oitava, quinta, oitava superior. Assim, pode-se justificar o resultado bem sucedido na experiência da catarse. Ao som e sensação de "acolhimento" referido ao instrumento, atribui-se o efeito a uma associação sonora imagética ou mnemônica, relacionada com a água (placenta) que corrobora neste sentido para a expressão "regressivos".

Nas PSV's foi verificado aumento gradativo do tempo de duração na atividade, evidenciando potencial de vínculo, desenvolvimento musical e da musicalidade, produção de conteúdo simbólico e dialógico com a utilização do instrumento. Estas respostas são significantes no sentido de ludicidade, sensação de acolhimento, desenvolvimento da escuta, estímulo à criatividade, socialização, promoção da autoestima, autorrealização, organização e mudança de comportamento.

Na verificação do interesse dos sujeitos pela kalimba, observou-se um apreço pelo objeto, destacando-se o aspecto estético, a textura dos materiais e a sonoridade. No mesmo sentido verificou-se a confirmação (parcial) dos efeitos elencados conforme as áreas mentais investigadas.

Com relação à experiência mencionada na introdução, da paciente no hospital psiquiátrico, verificou-se conexão ao que é postulado por Leloup (1998), a respeito das *escutas* nos três âmbitos: escuta-física, psicológica e

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

espiritual para a interpretação da anamnésia dos sujeitos. Benenzon (1988) assinala que os instrumentos musicais são uma extensão do próprio corpo e destaca que, quanto mais primitivo seja o instrumento na sua construção e no seu material, mais próximo estará do ideal musicoterapêutico.

No mesmo sentido, corrobora para entendimento daquela intervenção a conceituação de Reich, justificada pelas disfunções ocasionadas nos níveis corporais do primeiro segmento (*ocular*) que sedia o *Encéfalo*, gerenciador do sistema nervoso central, responsável pela integração de todas as funções somáticas; do quarto segmento (*torácico*), responsável pela contenção respiratória que suprime as emoções; e do quinto segmento (*diafragmático*), ligado à respiração, à fonação, ao vômito, à nutrição, a digestão e outros.

Considera-se a existência de nexos na hipótese levantada (andamento ou número de toques por minuto/intensidade do transtorno). Em se tratando de *som* contextualizado, em uma análise musicoterapêutica, conclui-se pela presença de coerência, por entender-se que se trata de dinâmica análoga da mesma origem (psíquica/emocional). A partir dessa ideia, permitiu-se investir nessa reflexão, reconhecendo-se a necessidade de intercâmbio com outras áreas de conhecimento que possam contribuir para este estudo.

Importante registrar também que a observação ficou prejudicada por questões estruturais, como a impossibilidade de escolha de uma população delimitada ou homogênea; pelo curto período de execução; ausências ou atrasos sucessivos dos sujeitos; instalações não apropriadas para o desenvolvimento da tarefa; ausência de uma supervisão direta no local e de outros observadores neste processo.

No sentido oposto, foi possível identificar um potencial de investigação para novos experimentos de pesquisa, com bases e condições mais favoráveis de realização, com a utilização deste e de outros softwares para medir e analisar produções sonoras ao encontro de mensurações de comportamento na cena da musicoterapia.

Referências

AYRES, Margarida de Mello. *Fisiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

BENENZON, Roland. *Teoria da Musicoterapia*. 2. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1988.

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

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de S. et al. *Pesquisa social teoria, método e criatividade*. 24. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p. 79-108.

LELOUP, Jean Yves. *O Corpo e Seus Símbolos - Uma Antropologia Essência*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

PELLIZZARI, Patrícia et al. *Proyecto Música y Psiquismo*. Buenos Aires: ICMus Editores, 2006.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadete P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE A – Entrevista semiestruturada

Informações sensoperceptivas ao tocar a Kalimba:

Nome: _____ Idade: _____ anos.
Data da sessão: ____ / ____ /2010 N° de sessões: _____ Medicação em uso: _____
Anamnésia: _____

1 Produção Sonora Individual Inicial – Início da Sessão

Respostas nas Áreas: Duração ____ min Andamento _____ bpm

Ação 1 Respiração - normal () n° de respirações profundas ()
2 Reações _____

Emoção 3 Humor – Alegre () Triste () Indiferente () Ansioso ()
4 Sensações _____
5 Sentimentos _____

Mental 6 Imagens _____
7 Recordações _____
8 Pensamentos _____

Observações: _____

2 Produção Sonora Vincular

Duração _____ min Andamento _____ bpm

Respostas musicais: 1 Isolada () 2 Integrada () 3 Dependente ()
Observações: _____

Respostas nas Áreas:

Ação 1 Respiração - normal () n° respirações profundas ()

2 Reações _____

Emoção 3 Humor – Alegre () Triste () Indiferente () Ansioso ()

4 Sensações _____

5 Sentimentos _____

Mental 6 Imagens _____

7 Recordações _____

8 Pensamentos _____

Observações: _____

A atuação do musicoterapeuta com adolescentes vítimas de abuso sexual: uma perspectiva sistêmica

ALMEIDA, Jennifer¹

VALENTIN, Fernanda²

ÁVILA, Florença³

Introdução

O problema da violência sexual com adolescentes é amplo e diversificado, atingindo todas as classes sociais de um modo geral. De acordo com Faleiros (2000), a violência sexual está inserida em um processo que precisa ser visto dentro de um contexto histórico, econômico, cultural, social e ético, em que há uma relação de poder e dominação do outro.

O abuso sexual traz diversas consequências para o desenvolvimento do adolescente, tanto físicas, como emocionais, comportamentais, sociais e cognitivas. Adolescentes que sofrem esse tipo de abuso podem apresentar dificuldade de concentração, sentimento de desamparo, culpa, medo, choro frequente, irritabilidade, pesadelos, comportamento sexualizado, isolamento social, queixas psicossomáticas e ainda quadros psicopatológicos mais severos (BORGES; DELL'AGLIO, 2012).

Sabendo dos diversos danos que o adolescente poderá ter, a Musicoterapia se mostra como uma possibilidade de intervenção nesses

¹ Graduada em Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás. Goiânia-GO. E-mail: jenniferalvesalmeida@hotmail.com

² Mestre em Música e Graduada em Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás. Especialização em Terapia Sistêmico-Construtivista e Psicodramática de Casais e Famílias (em andamento) – PUC-Goiás. Professora do Curso de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás. Goiânia – GO. E-mail: fernandavalentin@outlook.com

³ Mestre em Psicologia Clínica – UnB. Especialização em Terapia Sistêmico-Construtivista Psicodramático de Casais e Famílias – PUC-Goiás. Graduada em Psicologia – PUC-Goiás. Professora do Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás / PUC – Goiás e Professora do Curso de Pós-Graduação em Terapia de Casais e Famílias – PUC – Goiás. E-mail: florenca.avila@yahoo.com.br

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

casos. Essa terapêutica utiliza a música e seus elementos como objeto intermediário de uma relação, com o propósito de diminuir os problemas específicos do cliente e proporcionar sua integração/reintegração no ambiente social (BARCELLOS, 1999).

A motivação para essa pesquisa teve início quando uma das autoras participou de um congresso e se sensibilizou com o trabalho social que abriga meninas que já vivenciaram situação de prostituição e exploração sexual, em países como Nepal, Índia e Brasil.

Objetivos

Refletir sobre as possibilidades de atuação do musicoterapeuta com adolescentes vítimas de abuso sexual a partir de uma perspectiva sistêmica.

Metodologia

Trata-se de pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo. Como procedimento metodológico, realizamos pesquisa em bancos de dados como: livros, monografias, Anais de Congressos, Encontros e Simpósios, e Revistas Científicas das áreas da Psicologia e Musicoterapia.

Para a busca foram utilizados os seguintes descritores: “Musicoterapia e Abuso sexual”, “Adolescentes e Abuso Sexual”, “Musicoterapia e Adolescentes”, “Pensamento Sistêmico e Abuso Sexual”, “Pensamento Sistêmico e Adolescentes”, “Pensamento Sistêmico e Musicoterapia” e seus correlatos em inglês e espanhol.

Quanto ao descritor “*Musicoterapia e Abuso sexual*” foi encontrado apenas um trabalho, o artigo de Clendenon-Wallen (1991). Com o descritor “*Adolescentes e Abuso Sexual*” foram encontrados trabalhos como de Antoni (2012), Mrazek e Kempe (1981), Azevedo e Guerra (1989), Borges (2012), Faleiros (2000) e vários outros. Já com o descritor “*Musicoterapia e Adolescentes*” foi encontrado artigo de Santos, Teixeira e Zanini (2008). Quanto aos descritores “*Pensamento Sistêmico e Abuso Sexual*” e “*Pensamento Sistêmico e Adolescentes*”, encontrou-se trabalhos como de

Aun, Vasconcellos e Coelho (2005), Gil (1997) e Vasconcellos (2012). E com o descritor “*Pensamento Sistêmico e Musicoterapia*” não foi encontrado nenhum material. Poucos trabalhos abordavam os temas Musicoterapia e Abuso sexual, por isso foi visto a necessidade de ampliar esses temas para a realização deste estudo.

Posteriormente a essa busca, foi realizada a seleção e leitura do material escolhido. Por último, elaboramos a discussão dos resultados, comparando o conteúdo obtido com a revisão de literatura feita inicialmente.

Resultados e discussão

O adolescente se encontra em um momento de alterações físicas, psíquicas e sociais. Para a Psicologia Sócio-Histórica a adolescência existe, mas não é uma fase natural do desenvolvimento humano, pois ela é construída historicamente pelo homem nas relações sociais a partir do meio em que esse sujeito está inserido. Apesar do aparecimento de transformações no corpo, tomadas como marcas do corpo, não fazem da adolescência um fato natural, elas apenas a sinalizam, pois existem muitas outras características que a constituem. Significações sociais são construídas, proporcionando referência para a construção da identidade do adolescente e elementos para a conversão do social em individual, formando um sujeito ao mesmo tempo único, singular, histórico e social (AGUIAR; BOCK; OZELLA, 2011).

Olhando para essa relação de mediação do adolescente com o meio, percebemos a importância de um meio que proporcione uma construção saudável, ou seja, o meio em que o sujeito está inserido contribuirá para uma determinada adolescência. Certas condições sociais podem facilitar ou contribuir para o desenvolvimento do mesmo. A promoção da saúde está vinculada às condições adequadas de vida e em relações sociais saudáveis do indivíduo em seu contexto sociocultural (AGUIAR; BOCK; OZELLA, 2011).

A violência sexual é relatada desde tempos remotos em diferentes sociedades e classes sociais, apesar de ser mais visível, por ser mais denunciada, nas classes menos favorecidas. A violência sexual contra crianças e adolescentes reflete a condição histórica e social de um povo. A ideia dos direitos humanos é uma construção social no tempo e na história, envolvida pelos simbolismos, relações interpessoais e pelas demandas e padrões de cultura (AZEVEDO; GUERRA, 1989).

O desenvolvimento da sexualidade na infância e na adolescência deve ser preservado de toda e qualquer sedução, dominação ou coerção de um adulto. O envolvimento sexual de um adulto com uma criança passa a ser tanto uma questão normativa e política quanto clínica. Por isso, medidas têm sido tomadas para proporcionar ao adolescente um desenvolvimento positivo, como criação de leis, estatutos, planos, convenções e projetos, oferecendo recursos para proporcionar um desenvolvimento “normal”, amenizando as experiências que podem trazer danos.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) legitima a cidadania como um direito da criança e do adolescente e torna o Estado e a sociedade responsáveis pela promoção dos direitos básicos dessa população. É nesse contexto que se situa a violência sexual contra crianças e adolescentes: uma violação de direitos, mais especificamente o direito ao desenvolvimento de uma sexualidade saudável. Porém, não podemos ignorar que a situação de violência sexual, na maioria das vezes, é acompanhada pela negligência de vários outros direitos da criança, do adolescente, de seus familiares e dos autores da violência.

Consideramos a necessidade do musicoterapeuta compreender o adolescente e todos esses direitos que o resguardam, a fim de contribuir para sua prática com essa clientela para que se possa lidar de maneira mais adequada com os casos de abuso sexual.

Para garantir o pleno gozo desses direitos, não basta cessar o abuso sexual. Tendo sido violados vários direitos decorrentes da situação de violência sexual e do contexto que se instala, após a revelação do abuso, é preciso fazê-los valer de imediato, já que o adolescente não pode esperar

para ser atendido e protegido integralmente. É essencial a remoção do indivíduo da posição de vítima para a posição de sujeito de direitos e integrá-lo no processo de garantia do pleno gozo de seus direitos e de seu desenvolvimento psicossocial (FALEIROS, 2001).

Para isso, é importante envolvermos todos os outros atores da cena de violência sexual – a vítima, os familiares, o autor da violência e até mesmo a sociedade, nas ações de prevenção, responsabilização e atendimento médico, psicológico e social. É também necessário reconhecermos que as dinâmicas que caracterizam a exploração sexual, a violência sexual extrafamiliar e a violência sexual intrafamiliar diferem em grande medida. Pela complexidade e variação dessas manifestações, a violência sexual em cada uma dessas circunstâncias requer ações diferenciadas, porém conjuntas, sejam elas de cunho judicial, social, econômico, médico ou psicológico.

A violência sexual envolve poder e dominação do outro estabelecido no abuso sexual, vivenciado em um contexto histórico, econômico, cultural, social e ético. O adolescente que sofre o abuso sexual pode ser submetido a diversas consequências. A partir delas, verificamos as contribuições da musicoterapia nesse âmbito.

Dificuldades em estabelecer novos relacionamentos, quebra do vínculo familiar e da confiança nos casos de abuso intrafamiliar são consequências do abuso sexual. Pelo fato de utilizarmos a música como principal ferramenta, a musicoterapia é um facilitador de construção de vínculos de forma não alarmante, pois ela é lúdica e desperta emoções. A música, como objeto intermediário da relação terapeuta/cliente, contribui para a formação de vínculo e para a abertura de canais de comunicação, expandindo para a relação cliente/família. Essa relação musicoterapeuta-cliente mediada pela música favorece a confiança, a diminuição do medo da intimidade e de uma ligação afetiva, contribuindo para a formação de novos relacionamentos. Clendenon-Wallen (1991) em sua pesquisa com um grupo de adolescentes abusados sexualmente, mostrou que a música era útil para estimular a verbalização e socialização desses sujeitos, aumentando significativamente a autoconfiança e autoestima.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Benenzon (1985) define objeto intermediário como um instrumento de comunicação que atua terapeuticamente sobre o cliente sem desencadear estados de alarma intensos. Os instrumentos musicais são considerados pelo autor como objetos intermediários, usados como forma de comunicação entre musicoterapeuta e cliente. Outro aspecto importante para estabelecermos contato com o cliente é o Princípio de ISO, em que o tempo musical empregado pelo musicoterapeuta deve corresponder ao tempo mental do paciente para que possa haver vínculo (ALTSHULER, 1994).

A identidade é a forma de como o adolescente representa socialmente o seu próprio eu. O ISO é o conjunto das energias sonoras, de movimento, de silêncio e de pausas que pertencem a cada ser humano e que o diferencia de outro ser. Sendo assim, o conceito de identidade se aproxima do conceito de ISO (BENZON, 1985). Como o abuso provoca alterações na construção da identidade, o ISO pode auxiliar na construção da identidade como sujeito desse adolescente.

O musicoterapeuta utiliza quatro principais experiências musicais para que o cliente possa fazer mudanças significativas em sua vida, sendo que os aspectos multissensoriais da música são fundamentais para sua aplicação terapêutica. Utilizando a experiência de improvisação musical, o adolescente pode dar sentido à autoexpressão, à formação da identidade e desenvolver a capacidade de intimidade interpessoal. Podemos também estabelecer um canal de comunicação não verbal e uma ponte para comunicação verbal. Sabendo que o abuso sexual é visto como uma síndrome do segredo e de adição em que a vítima silencia, prolongando o abuso, a musicoterapia pode contribuir com a comunicação e expressão desse adolescente. Nos atendimentos grupais, essa experiência ajuda explorar os vários aspectos do eu na relação com os outros (BRUSCIA, 2000).

A violência sexual aumenta os conflitos relacionais e inverte os papéis. Assim, a experiência de recriação musical pode favorecer ao adolescente aprender a desempenhar papéis específicos nas várias situações interpessoais. Também promove a identificação e empatia com os outros e melhora as habilidades interativas do grupo, o que nos atendimentos grupais é fundamental (BRUSCIA, 2000).

A composição musical desenvolve a habilidade de expor e comunicar conteúdos internos, de planejamento e organização, e habilidade para solucionar problemas de forma criativa. Após o abuso, adolescente e família terão que se reestruturar e ter uma nova organização familiar, e essa experiência pode contribuir para a interação e síntese das partes em um todo (BRUSCIA, 2000).

A música tem influências nas funções orgânicas do ser humano. Ela age diretamente no corpo, na mente, nas emoções, produz efeitos biológicos, atua sobre o sistema nervoso central. O musicoterapeuta pode atuar no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo através dos efeitos da música no ser humano (SEKEFF, 2002).

A seguir, um quadro que apresenta uma relação entre as consequências do abuso sexual e as possibilidades de atuação do musicoterapeuta:

CONSEQUÊNCIAS DO ABUSO SEXUAL	CONTRIBUIÇÕES DA MUSICOTERAPIA
Quebra do vínculo familiar / Dificuldades em estabelecer novos relacionamentos (FALEIROS, 2000).	Música como objeto intermediário (BARCELLOS, 1999); BENENZON, 1985) . Princípio de ISO (ALTSHULER, 1994) .
Dificuldades na construção da identidade.	Iso (BENZON, 1985).
Síndrome do segredo	Experiência de Improvisação musical (BRUSCIA, 2000).
Aumento dos conflitos relacionais e inversão dos papéis.	Experiência de Re-criação (BRUSCIA, 2000).
Desestruturação da família. Sexualidade do adolescente	Experiência de composição (BRUSCIA, 2000).
Alterações no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo.	Efeitos da música no ser humano (SEKEFF, 2002).

Outro aspecto importante que devemos observar é trabalhar a sexualidade desse adolescente, esclarecendo falsas crenças, ressignificando o ato sexual e oportunizando um desenvolvimento sexual normal. Para isso, é necessário que o musicoterapeuta atente para si mesmo e para a sua própria sexualidade a fim de estar capacitado para lidar com tal clientela.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

A ação terapêutica pretende facilitar o desenvolvimento de emoções, reflexões e posicionamentos que possibilitem a emergência de novos sentidos subjetivos. Esses facilitam os processos de subjetivação que permitem ao sujeito novas alternativas de desenvolvimento, sendo o terapeuta apenas o facilitador da emergência desses novos sentidos subjetivos (GONZÁLEZ REY, 2007). A musicoterapia social aumenta as possibilidades de ação da pessoa tanto no âmbito individual como social, em que o musicoterapeuta facilitará mudanças nesse contexto, estendendo para os outros membros do grupo.

A partir da visão sistêmica, que vê o todo mais que a soma das partes, e cada parte só pode ser entendida no contexto de um todo (VASCONCELLOS, 2002), percebemos que, para ter alguma mudança em uma das partes, é necessário alterar e afetar todas as outras relacionadas. Assim, ressaltamos a necessidade do musicoterapeuta fazer um trabalho terapêutico com todos envolvidos no sistema.

A abordagem sistêmica oferece uma perspectiva de resolução destes problemas, na qual o sistema é definido como um conjunto de componentes em estado de interação ou elementos complexos em interação. As relações são o que dão coesão a todo sistema, tendo como caráter de totalidade e organização (VASCONCELLOS, 2002). Este modelo considera a família como um sistema, quando há conflitos dentro desse sistema gera quebra das regras, logo, entram em ação as meta-regras para restabelecer o equilíbrio perdido. A partir deste enfoque, a musicoterapia irá atuar na mudança do sistema, sobretudo pela reorganização da comunicação entre os membros da família (FÉRES-CARNEIRO, 1996).

Ao propor intervenções na perspectiva sistêmica, é fundamental realizar diferentes modalidades de atendimentos. Como atendimentos individuais, com apenas alguns membros, com toda a família e/ou multifamiliares.

Uma proposta de atendimento musicoterápico constitui em iniciar as sessões com o adolescente, enfocando os aspectos que foram abordados anteriormente. Adiante, realizar sessões com o adolescente e a mãe. Essa

mãe, muitas vezes, carrega sentimentos de culpa em ter falhado na proteção desse adolescente, e este não confia que sua mãe será capaz de lhe ouvir (FURNISS, 1993). O objetivo dessa intervenção é tornar a mãe uma pessoa emocionalmente mais central e protetora, em quem o adolescente possa confiar e não encontrar rejeição quando tentar encontrar proteção.

Nos casos de abuso intrafamiliar, podemos solicitar a participação do abusador nos atendimentos. Depois da revelação, o adolescente abusado sente raiva, ódio, rejeição contra quem cometeu o abuso. O musicoterapeuta precisa manejar os aspectos positivos no relacionamento entre o abusador e o adolescente. Aspectos negativos devem ser igualmente permitidos e desenvolvidos, fazendo com que o adolescente aprenda a lidar com suas expectativas frustradas de um relacionamento bom em relação à figura do pai, padrasto, do tio, ou da pessoa próxima. Ainda mais, podemos propor atendimentos entre a mãe e o pai desse adolescente para ser trabalhado o relacionamento matrimonial. E por fim, realizar atendimentos com todos os envolvidos.

Além dessas modalidades, destacamos atendimentos com grupos multifamiliares. Nesse tipo de intervenção há a identificação da problemática entre os grupos, contribuindo para novas soluções, e a música proporcionará a integração e a sensibilização dessas famílias.

Niculescu (1999) afirma que ter um olhar multidimensional sobre o sujeito e objeto é fundamental para chegar a diferentes níveis de percepção do sujeito e realidade do objeto. Dentre os tipos de intervenção se pode notar atuação de uma rede profissional de médicos, psicólogos, assistentes sociais, jurídicos, educadores. Silva (2007) enfoca o potencial transdisciplinar da Musicoterapia que, nessa prática, facilita as práticas clínicas.

Desta forma, o musicoterapeuta deve identificar suas responsabilidades, os objetivos específicos e as ações relacionadas e respeitar as ações dos outros profissionais para que esse trabalho possa trazer bons resultados.

A intervenção musicoterapêutica em casos de abuso sexual é complexa e precisa ser planejada. Precisamos considerar o impacto dessa

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

experiência para o desenvolvimento da vítima e da sua família, as mudanças no ambiente imediato destas, a disponibilidade de rede de apoio social e afetiva, e fatores de risco e proteção associados. Os órgãos de proteção à criança e ao adolescente, tais como os Conselhos de Direito, Conselhos Tutelares, Promotoria e Juizado da Infância e Adolescência, e demais instituições como escolas, postos de saúde, hospitais, abrigos, entre outras, compõem a rede de apoio social para as vítimas e suas famílias. A efetividade de qualquer tipo de intervenção dependerá, em grande parte, da boa comunicação entre profissionais e serviços envolvidos.

Considerações finais

Observamos que a musicoterapia pode contribuir para os envolvidos nesse drama, pois ela auxilia no resgate dos vínculos do adolescente e na construção de sua identidade por meio da utilização da música como objeto intermediário e favorece a melhora da comunicação entre os membros da família através da compreensão dos elementos não verbais, ressaltados nas experiências musicoterapêuticas.

Diante da escassez de material sobre este tema na musicoterapia, ressaltamos a necessidade de realização e publicação de outros estudos a fim de demonstrar as contribuições da musicoterapia no contexto de adolescentes vítimas de abuso sexual, considerando a realização de pesquisas interventivas.

Referências

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal*. 9. ed. Tradução S.M. Ballve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

AGUIAR, W. M. J.; BOCK, A. M. B.; OZELLA, S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Org.). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ALTSHULER, Ira. Four years of experience with music as a therapeutic agent at Eloise Hospital. *The American Journal of Psychiatry*, v. 100, p.792-794, 1944.

ANTONI, Clarissa de. Abuso emocional parental contra crianças e adolescente. In: HABIGZANG, L. F. et al. *Violência contra crianças e adolescente: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 2.

AUN, J. G; VASCONCELLOS, M. J. E; COELHO, S. V. *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: fundamentos teóricos e epistemológicos*. Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa, 2005.

AZEVEDO, M. Amélia; GUERRA, V. N. de Azevedo. Vitimação e vitimização: questões conceituais. In: AZEVEDO, M. Amélia; AZEVEDO GUERRA, V. Nogueira de (Orgs.). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989. Cap. 1.

BARCELLOS, L. R. M. *Cadernos de musicoterapia 4*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

BENZON, Rolando O. *Manual de Musicoterapia*. Tradução de Clementina Nastari. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

BORGES, J. Lessinger; DELL'AGLIO, D. Dalbosco. Exposição ao abuso sexual infantil e suas repercussões neuropsicobiológicas. In: HABIGZANG, L. F. et al. *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 7.

BRASIL. Lei n. 8.069/90, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Senado Federal.

BRUSCIA, K. E. *Definindo musicoterapia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CLENDENON-WALLEN, Joy. The use of music therapy to influence the self confidence and self-esteem of adolescents who are sexually abused. *Music Therapy Perspectives*, v. 9, p. 73-81, 1991.

COSTA, L. Fortunato; LIMA, H. G. Dias de. *Abuso sexual: a justiça interrompe a violência*. Brasília: Liber Livro, 2008.

FALEIROS, Eva T. Silveira. *Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes*. Brasília: Thesaurus, 2000.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

FALEIROS, V. P.; FALEIROS, V. P.. A questão da reforma da Previdência Social. *Ser Social*, Brasília, v. 7, n.7, p. 97-116, 2001.

FÉRES-CARNEIRO, T. *Terapia familiar: das divergências às possibilidades de articulação dos diferentes enfoques*. Psicologia: Ciência e Profissão, 1996.

FURNISS, Tilman. *Abuso Sexual da Criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: ArtMed, 1993.

GIL, ELIANA. *Tratamiento Sistémico de La Familia que Abusa*. Granica: Buenos Aires, 1997.

MRAZEK, P. B.; KEMPE, C. H. *Sexually abused children and their families*. Edition: Pergamon Press, 1981.

NICOLESCU, B. *O Manifesto da Transdisciplinaridade*. 3. ed. São Paulo: Triom, 1999. 165p.

SANTOS, Hermes S.; TEIXEIRA, Célia F. S.; ZANINI, Claudia. Contribuições da musicoterapia para o fortalecimento da subjetividade de adolescentes participantes de um projeto social. *Opus*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 163-182, dez. 2011

SEKEFF, M. L. *Da Música: seus usos e recursos*. São Paulo. Editora UNESP, 2002.

SILVA, R. S. *Cartografias de uma experimentação musical: entre a Musicoterapia e o grupo Mágicos do Som*. 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. *Pensamento Sistémico: um novo paradigma da ciência*. Campinas: Papyrus, 2002.

Aspectos sociais e culturais do espaço da atividade musical em grupo

CUNHA, Rosemyriam¹

Introdução

Este trabalho apresenta um estudo sobre o espaço da produção musical coletiva, principalmente no que se refere aos elementos sociais e culturais que se presentificaram no decorrer das práticas musicais em grupo. De caráter qualitativo, e de âmbito dedutivo e indutivo, foram estudadas as opiniões dos próprios integrantes de grupos musicais, com o objetivo de entender como o entorno sociocultural se manifestava nessa atividade.

A música é uma arte coletiva e colaborativa. Christopher Small (1998) considerou esse caráter da produção musical com reflexões sobre as relações que se estabelecem no ambiente da *performance* grupal. Na visão do autor, ao inserir-se no fazer musical, a pessoa torna-se sujeito de sua ação, um sujeito musicante. A música, portanto, torna-se o resultado do que é feito pela pessoa e por aqueles que com ela compartilham da atividade.

Esta perspectiva leva a entender que o musicante é agente, ou seja, a atividade de tocar, cantar, escolher, improvisar, acompanhar ou compor música depende de um agir voluntário, de uma opção e determinação de quem executa a ação. Nesse sentido, ao se reunir com outras pessoas para fazer música, o coletivo que se forma, age inserido em um recorte de espaço e tempo que traduz, além das narrativas sonoras, os valores e as formas de convívio do grupo. Entende-se daí que, quando as pessoas se reúnem com uma finalidade em comum, suas ações localizam-se em um espaço físico e em um contexto composto por dimensões existenciais como a social e cultural. Se interpretado dessa forma, o espaço da prática musical coletiva

¹ Professora da Faculdade de Artes do Paraná, curso de Musicoterapia. Coordenadora do projeto Encontros Abertos de Musicoterapia, Doutora em Educação pela UFPR, estágio Pós-Doutoral na McGill University. Contato: rose05@uol.com.br

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

deve ser entendido como complexo e múltiplo. Said (2007, p. 22) já alertava “somos capazes de tocar e compor graças a uma série de fatores, muitos dos quais, sociais e históricos”.

Ao prefaciá-lo, Daniel Barenboim disse que a própria música resulta de uma interrelação de elementos; a ideia musical se entrelaça nos parâmetros que a compõem: ritmo, melodia, timbre, altura ou intensidade. A pluralidade da construção da música ocidental também se revela na plasticidade com que ocupa a paisagem social e adentra domínios como a família, a escola, as relações de classe, de gênero, o nacionalismo e, também, temas de importância pública. Ao se presentificar “em muitos lugares, com distintos propósitos, para distintos grupos de pessoas e praticantes e em distintos momentos” (SAID, 2007, p. 27), aspectos como ideologia, poder, âmbito social e individual devem ser considerados não tanto na prática como na fruição da arte dos sons.

Trazida para o centro da vida cotidiana, a música se tornou uma espécie de mercadoria ou um acessório e sua presença nos parece mais natural do que social ou cultural. Vivemos tão imersos na nossa própria cultura (e na nossa música), que só nos damos conta dela quando nos deparamos com a de outros. Cook (2010, p. 21) afirmou que “[...] não vemos os fatos como eles realmente são. Eles parecem ser naturais assim como [...] a forma com que cozinhamos. Na verdade [...] são todas construções humanas, produtos da cultura, [...] variam de tempos em tempos e de lugar para lugar.” A música ressalta as diferenças culturais, se concordarmos com o autor de que as diferenças aparecem quando há um fundamento de semelhanças.

A esse respeito, Nettl (1995) afirmou que as pessoas são inclinadas a perceber e interpretar os objetos musicais de acordo com suas referências musicais e suas diferenças individuais. Para ele, o processo de socialização faz com que absorvamos a música de nosso ambiente cultural, assim como aprendemos a linguagem, aprendemos a pensar, a ouvir. Por isso, torna-se muito difícil de escapar desse formato. Importante ressaltar que não existe uma totalidade, uma generalização, há formas diferentes dentro de uma

mesma sociedade de considerar, usar e interpretar a música, de acordo com gênero, classe social, idade, localização geográfica e étnica.

Os pensamentos dos autores citados deram fundamento e sentido para a realização da presente pesquisa. Desde o princípio, a curiosidade em saber por que as pessoas alteram a rotina de suas vidas para participar de eventos musicais coletivos e as razões que as levam a se reunirem para fazer música, foram questões que acompanharam os procedimentos deste estudo. Além disso, assumimos o pressuposto de que o fazer musical é o objetivo primordial de grupos musicais, porém, outros acontecimentos e relações se presentificam no espaço grupal. O desafio central da pesquisa centrou-se, então, em listar e descrever estes aspectos e em estudar suas ressonâncias no espaço da prática musical em grupo.

Metodologia

As três fases de construção de dados nesta pesquisa seguiram os preceitos da intervenção qualitativa. Priorizamos, portanto, as interações entre pesquisadora e participantes em ambientes naturais nos quais as informações e a atenção ao contexto de desenvolveu (MAXWELL, LOOMIS, 2003). Participaram dos estudos cinco grupos musicais, sendo dois coros comunitários, duas bandas instrumentais e um grupo musicoterapêutico. Os procedimentos utilizados para a construção dos dados foram: A) três observações estruturadas dos ensaios de cada grupo, sendo a terceira filmada; B) entrevistas individuais semiestruturadas com no mínimo cinco participantes de cada grupo; C) realização de um grupo focal com as pessoas que responderam à entrevista.

O grupo musicoterapêutico tinha um caráter bem heterógeno e intergeracional, com alunos de todas as séries do curso, pessoas que eram atendidas semanalmente no centro de atendimentos de musicoterapia e seus convidados como: familiares, amigos e cuidadores. Quantos aos coros comunitários e bandas instrumentais, nossa preocupação foi por manter as mesmas características da formação dos grupos em ambas as cidades, embora a diferença de países: coros amadores, constituídos por pessoas de

diferentes idades, que se dedicavam ao canto após o horário de trabalho; e bandas instrumentais compostas por estudantes de curso superior de música.

Resultados e Discussão

Para facilitar a exposição do desenvolvimento da pesquisa, serão descritos a seguir, em linhas amplas, o cenário das ações e das reflexões suscitadas por cada etapa do trabalho. A primeira fase da pesquisa ocorreu entre os anos de 2008-2010, ocasião em que demos início a um projeto de extensão cujo objetivo era o da realização de encontros intercomunitários de musicoterapia oferecidos à comunidade.

1ª Fase da Pesquisa

O questionamento básico da primeira etapa do estudo foi instigado pelo envolvimento e compromisso que as reuniões do Encontro Aberto de Musicoterapia (EA/MT) despertou nos participantes. Sem nenhuma obrigatoriedade de presença ou mesmo de permanência nos trabalhos, notamos a formação de um grupo essência (PAVLECEVIC, 2006), ou seja, pessoas que não faltavam às reuniões e que, no intervalo entre um encontro e o outro, planejavam a sua participação musical e perguntavam seguidamente quando aconteceria o próximo EA/MT. Houve a aceitação e comparecimento de pessoas em movimento crescente. Embora a pesquisa tenha iniciado com este grupo, o mesmo ainda é o foco central da pesquisa². Assim, as reflexões até agora feitas deverão ser complementadas futuramente. Seguem conteúdos que foram considerados nessa fase exploratória de contato e conhecimento do grupo.

1. A ação musicoterapêutica colocada em prática nos Encontros Abertos centrou-se na formação de redes de convívio que foram tramadas pela via da manifestação musical.

² Para maiores detalhes sobre a formação e desenvolvimento dos Encontros Abertos de Musicoterapia, consultar o anais do Seminário Internacional Arte, Cultura e Comunidades, 2013, UNICENTRO-Irati.

2. A música produzida pelo grupo assumiu sua função social de reunir as pessoas para que estas pudessem compartilhar modos de vida e práticas de produção de saúde.
3. A produção musical na forma de canções e de execuções instrumentais foi a mediadora do encontro entre as pessoas presentes.
4. O ambiente cultural, social e musical ali construído foi manifestado no aqui-agora de cada encontro e expressou as formas de ser e estar no mundo, possíveis a cada um dos presentes.
5. O compartilhamento do espaço sonoro, social e afetivo que se formou nos Encontros Abertos mostrou que essas reuniões mensais adquiriram um significado especial na vida dos participantes, fato que foi confirmado em depoimentos dados por eles mesmos nos finais de cada encontro.

2ª Fase da Pesquisa

A segunda fase foi desenvolvida entre os anos de 2010 e 2011 na cidade de Montreal, Canadá. Participaram do estudo um coro formado por pessoas da comunidade que se reunia para ensaiar, uma vez por semana no salão de uma igreja, após o horário comercial. O coro fazia apresentações públicas e destinava a renda conseguida com a venda dos ingressos para uma instituição de apoio social, escolhida pelo grupo. A banda instrumental era formada por estudantes de graduação em música que cursavam a disciplina de *jazz*. O grupo surgiu a partir dessa atividade e era formado por quatro alunos e uma aluna.

As intervenções com os grupos estrangeiros foram norteadas pela busca em entender o que pensavam os músicos amadores a respeito de sua prática musical coletiva. Na sequência, estão alguns tópicos que revelam os temas tratados pelos participantes.

1. Objetivo principal do grupo: fazer música

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

2. Os aspectos secundários à prática musical (afetivos, cognitivos, físico-corporais, sociais e culturais) estavam presentes no desenvolver de suas práticas musicais.
3. A ação musical não ocorria no vácuo, resultava da interação entre este conjunto de fatores: a música que soava revelava a presença invisível do cluster de fatores.
4. Os participantes falaram sobre os aspectos secundários às suas ações musicais com facilidade. As entrevistas foram momentos em que puderam contar de si e sobre assuntos importantes para eles.
5. O espaço da prática musical conjunta é complexo, quando considerados os aspectos secundários que a compõe. Ainda é difícil avaliar o impacto desses fatores sobre a vida dos participantes.
6. A intervenção profissional fica vazia sem que se leve em consideração a complexidade do espaço grupal.
7. A noção de que tocar em grupo é (apenas) uma distração ou lazer não se sustenta frente a estes fatos.
8. Quando envolvidos em ações de tocar ou cantar em grupo, as pessoas a) desencadeiam atividades físicas, cognitivas e afetivas; b) manejam relações de poder; c) expressam suas origens sociais e culturais, revelam aspectos da subjetividade.

3ª Fase da Pesquisa

Os grupos brasileiros que fizeram parte da terceira etapa do estudo – realizada entre 2012 e 2013 – foram escolhidos de acordo com as características encontradas nos grupos estrangeiros. Esse cuidado foi necessário uma vez que a replicação da pesquisa estava prevista no projeto. Assim, um coro formado por pessoas da comunidade e uma banda instrumental composta por graduandos de um curso de música foram os participantes. O coro se reunia duas vezes por semana, era misto e também

realizava apresentações públicas. A banda, composta por quatro alunos e a professora, estava no primeiro ano de sua formação e havia se originado de uma disciplina curricular. Ambos os conjuntos musicais responderam às mesmas questões que foram feitas aos grupos canadenses, com pequenas adaptações à nossa cultura. A seguir estão listadas as temáticas de que trataram os entrevistados.

1. Desde muito cedo em suas vidas, eles responderam afirmativamente ao chamado para ingressarem na vida musical.
2. Esta opção foi traduzida no comprometimento e dedicação dos participantes com as atividades musicais grupais às quais se dedicavam.
3. Suas experiências, contraditórias e angustiantes, estão presentes nos conflitos e gratificações que vivenciaram e relataram.
4. Ressaltaram a perseverança com que construíram suas trajetórias e a força com que permaneceram fiéis às suas determinações, fossem elas pelo uso da voz, pela prática instrumental, pela regência e pela formação específica no campo.
5. Na fase adulta, o conjunto de informações e práticas acumuladas tornou-se um patrimônio de conhecimento e habilidades resultante de empenho e esforço dessas pessoas por anos seguidos.
6. A aquisição destes saberes aconteceu no seio da comunidade, com o apoio de setores da sociedade como o familiar, o escolar, o religioso e do próprio governo na figura das escolas públicas.
7. A opção por dedicar-se às atividades musicais é uma ação que tem fundamento humano, uma vez que uma parcela da existência dessas pessoas e dos que estavam ao seu redor foi dedicada ao cumprimento de objetivos voltados para a prática musical.
8. Destacou-se o investimento social voltado para tal fazer, na figura dos aparelhos físicos e os recursos humanos envolvidos na ação

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

educativa como escolas, colégios e o trabalho didático-pedagógico de professores.

9. A presença da estrutura social foi imprescindível para o sucesso da empreitada dos participantes que, desde criança, já decidiram somar às suas atividades diárias, a prática da música.
10. Efeito contraditório apresentado a respeito de um mesmo entorno social: a família. Esta se configurou como fonte de apoio e incentivo no início da trajetória musical que realizaram e depois desencorajou a decisão pelo aprendizado de nível superior e a profissionalização no campo da prática musical.

Considerações Finais

Toda a forma de engajamento no fazer musical exige uma postura ativa, um envolvimento na ação: há quem ouça e usufrua, há quem prefira aprender, conhecer e executar, há quem desfrute com prazer recriar melodias e canções espontaneamente. Seja qual for a forma escolhida para o relacionamento com a música, as pessoas encontram variados sentidos na atividade musical que vão desde a identificação e interação familiar, o compartilhamento de situações sociais, o ingresso em atividades culturais, a vivência de momentos agradáveis nos quais os objetivos comuns direcionam-se para a fruição estética, o desenvolvimento de capacidades pessoais, a aquisição de saberes e o exercer de poderes. Assim, as escolhas são definidoras de posicionamentos pessoais no mundo, e a definição por trabalhar com a música tem influência sobre o estilo de vida de seus praticantes.

Um conjunto de fatores culturais se presentificou na medida em que os participantes relataram suas trajetórias nas práticas da música. Um patrimônio de saberes artísticos entrou em jogo quando eles direcionaram suas atividades para diferentes gêneros e estilos de música, variados instrumentos musicais e ainda compositores e épocas históricas distintas. Valores e costumes relacionados à ação musical também emergiram de suas respostas.

O fazer musical em grupo é uma atividade em que relações sociais se estabelecem e permanecem imbricadas na ação. Um musicante não se constitui se a rede de apoio social lhe for negada. A trama multifacetada de forças vindas do entorno se encrava em sua vida de forma que, simultânea à execução musical, a cultura passa a ser celebrada, a arte alimentada e a sensibilidade humana reafirmada.

O espaço invisível, porém perceptível, da prática coletiva favorece a união da expressividade de cada um dos musicantes, de forma que ali se revela a força da atitude musical coletiva: nesses momentos o grupo se torna socialmente criado e criador de cultura, lócus de transmissão de conhecimentos e da emergência de afetos. A cada encontro, em cada ação musical, são os sonhos de criança, os planos do jovem, os projetos do adulto que, banhados nos recursos comunitários, se materializam em sonoridades.

Referências

MAXWELL, J., LOOMIS, D. Mixed methods design: an alternative approach. In: TASHAKKONI, A.; MAXWELL, J.; LOOMIS, D. *Handbook of mixed methods in social and behavioural research*. Thousand Oaks: SAGE, 2003.

NETTL, Bruno. *Music in American Life*. Chicago: University of Illinois Press, 1995.

PAVLICEVIC, Mércedès. *Groups in Music*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2006.

SAID, Edward. *Elaboraciones musicales*. Bogota: Random House Mondadori, 2007.

SMALL, Christopher. *Musicking*. The meanings of *performance* and listening. Middletown: Wesleyan University Press, 1998.

A musicoterapia como potencializador do vínculo mãe/bebê

MAYER, Graziela Carla Trindade¹

CASTOLDI, Luciana²

Introdução

A Musicoterapia é fruto do encontro entre saberes ligados à Arte e à Ciência. Trata-se de um campo que surgiu através de descobertas clínicas e de uma interação interdisciplinar.

Há pesquisas comprovadoras de que a escolha musical de agrado dos pais e a audição frequente e, principalmente, prazerosa dessas músicas durante a gravidez fazem com que a criança, mesmo após o nascimento, seja capaz de reconhecer essa música e de se tranquilizar ao ouvi-la (POCINHO, 1999). O relacionamento entre mãe e filho inicia-se ainda durante a gestação. A gravidez é um momento único na vida da mulher, repleto de sentimentos de angústia, medo e felicidade (BOWLBY, 1984).

Por ser uma intervenção terapêutica não verbal cujo objeto formal de estudo é o comportamento sonoro do indivíduo, a Musicoterapia baseia-se na hipótese da existência de representações internas de sons (vivenciados desde a vida intrauterina) que, embora permaneçam inconscientes, permitirão a formação de canais de comunicação sonora não verbais (COSTA, 1989). É por meio do som, dos elementos musicais (melodia, harmonia e ritmo) e da intervenção do terapeuta que o indivíduo encontra sua identidade sonora e passa a criar produtos significantes que ampliam suas formas de comunicação.

¹ Musicoterapeuta. Especialista em Saúde da Família e da Comunidade. E-mail: trindadegraziela@hotmail.com

² Psicóloga. Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS). Professora Orientadora na Unisinos. E-mail: lucianacastoldi@uol.com.br

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

O nascimento exige um remanejamento psíquico na família e remete os pais a suas vivências como bebês, levando à necessidade de uma reorganização do espaço familiar para o acolhimento do bebê. Os pais projetam nos filhos suas expectativas e desejos. O bebê, desde o momento em que nasce, é favorecido pela forma como a mãe o estimula, carrega, segura e escuta suas necessidades (SZEJER; STEWART, 1997; STERN, 1997).

O som da voz materna e o odor de seu corpo são extremamente vitais no decorrer dos primeiros dias; é a partir das percepções deste período que o bebê cria os maiores laços com a mãe, únicos e definitivos.

Bowlby (1995) afirma que é necessária a vivência, por parte do bebê, de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe (figura materna). Pode-se, então, considerar o vínculo como o primeiro e mais forte laço que se cria do qual resultam as diversas formas de se relacionar e perceber o outro. E o autor prossegue:

Dentre os mais significativos avanços da Psiquiatria neste último quarto de século acha-se a crescente comprovação de que a qualidade dos cuidados parentais que uma criança recebe em seus primeiros anos de vida é de importância vital para sua saúde mental futura (BOWLBY, 1995, p. 13).

Este trabalho tem o objetivo de verificar, através de revisão bibliográfica, como a Musicoterapia pode favorecer / potencializar a relação do vínculo mãe-bebê. A busca nas bases de dados Capes e Scielo, além da pesquisa em vias não sistematizadas, na última década, apresentou seis artigos específicos na interface da Musicoterapia como vínculo mãe/bebê. Muitos artigos tratam exclusivamente da Musicoterapia, outros da Musicoterapia com gestantes ou com bebês hospitalizados, porém esses temas não constituem o foco do presente estudo.

A relação mãe-filho e o vínculo

A personalidade de um indivíduo é influenciada por diversos fatores internos e externos. Dentre os fatores internos podem-se incluir os genéticos

e hereditários, e nos externos, aqueles relacionados ao meio social e familiar como possíveis influenciadores da constituição da personalidade. Em relação aos fatores externos, observa-se a possibilidade de alguns acontecimentos da infância marcarem profundamente o desenvolvimento da pessoa; portanto, a necessidade de criar vínculos, de se ligar a outro membro da mesma espécie tem um valor de sobrevivência tão grande quanto a necessidade de se alimentar (BOWLBY, 1995).

Com efeito, apesar de ser evidente a propensão dos seres humanos a estabelecer fortes vínculos com outros seres da mesma espécie durante os primeiros anos da infância, o autor sustenta que tal comportamento caracteriza os seres humanos durante toda a sua vida:

[O vínculo] inclui o choro e o chamamento, que suscitam cuidados e desvelos, o seguimento e o apego, e também os vigorosos protestos se uma criança ficar sozinha ou na companhia de estranhos. Com a idade, diminuem gradativamente a frequência e a intensidade com que esse comportamento se manifesta. No entanto, todas essas formas de comportamento persistem como parte importante do equipamento comportamental do homem. Nos adultos, elas são especialmente evidentes quando uma pessoa está consternada, doente ou assustada.

Os padrões de comportamento de ligação manifestados por um indivíduo dependem em parte de sua idade atual, sexo e circunstâncias, e em parte das experiências que teve com figuras de ligação nos primeiros anos de sua vida (BOWLBY, 1995, p. 171).

Durante a formação da personalidade de uma criança, um adulto, em geral a mãe, representa seu elo com o mundo. A importância da mãe na construção da personalidade deve-se ao fato de ela ser considerada como referência para a criança em relação ao mundo e a si mesma; a relação com ela estabelecida pode representar as bases de suas futuras relações com os demais seres humanos ou com os acontecimentos de sua vida (DOLTO, 2001). Portanto, se a criança não obtiver os subsídios necessários para desenvolver um vínculo com a mãe desde os primeiros dias de vida, essa situação se refletirá em sua capacidade de desenvolver relacionamentos satisfatórios.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Ainda segundo Dolto (2001), a ligação afetiva entre mãe e filho se estabelece nos primeiros 24 meses de vida da criança e é resultado das constantes interações mantidas pela dupla desde o nascimento. A mãe é a pessoa que responde ou estimula as manifestações do filho, como o sorriso, o choro, balbucio, frio, fome e dor.

A Teoria do Apego, desenvolvida por Bowlby (1984), afirma a importância da formação do vínculo entre a criança em desenvolvimento e seu responsável. O comportamento de apego é caracterizado pela permanência do contato físico entre a mãe e o bebê quando sente fome, frio, medo, angústia. Segundo o autor, a repetição diária dessas interações permite que a criança elabore um esquema de sua mãe, ou de outro cuidador. Assim, por volta do quarto ou quinto mês de vida, o bebê já diferencia a mãe de outras pessoas e não permite que o embalem ou alimentem.

O sentimento e o comportamento da mãe em relação a seu bebê são também profundamente influenciados por suas experiências pessoais prévias, especialmente aquelas que tiveram, e talvez ainda tenha, com seus próprios pais. É este padrão de relacionamento que dará origem à forma como ambos os pais se vincularão ao seu filho, provendo ou não suas necessidades físicas e emocionais.

Neste sentido, Bowlby (1984) reforça a importância de os pais fornecerem uma base segura a partir da qual a criança ou adolescente poderá explorar o mundo exterior e a ele retornar, certo de que será bem-vindo, nutrido física e emocionalmente, confortado se houver um sofrimento e encorajado se estiver ameaçado. A consequência dessa relação de apego é a construção, por volta da metade do terceiro ano de vida, de um sentimento de confiança e segurança da criança em relação a si mesma e, principalmente, em relação àqueles que a rodeiam, sejam suas figuras parentais ou outros integrantes de seu círculo de relações sociais.

Pensando que a música pode ser um dispositivo potencializador do vínculo entre a mãe e o bebê, no capítulo a seguir apresentam-se os aspectos históricos da Musicoterapia.

Musicoterapia

Do passado ao presente

Há muito tempo emprega-se a música com objetivos terapêuticos. Diferentes culturas e comunidades utilizam-na com base em suas crenças e modos de vida.

Pode-se entender que a Musicoterapia tem a música como principal recurso de trabalho. Por agir sobre as emoções, ela pode proporcionar autoaceitação, autopercepção e autoconhecimento através de sua aplicação. A Musicoterapia busca desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que alcance melhor qualidade de vida através de prevenção, reabilitação ou tratamento.

Em 1996, a Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia propôs a seguinte definição para a Musicoterapia:

Musicoterapia é a utilização da música e/ou de seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), por musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, em um processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais e cognitivas.

A musicoterapia busca desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele ou ela alcance uma melhor organização intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, através de prevenção, reabilitação ou tratamento (RUUD, 1998, p. 53).

Atualmente, a Musicoterapia é difundida nos quatro continentes com presença de representantes dos mais diversos países, como Brasil, Índia, Austrália, Japão e Estados Unidos, entre outros, nos congressos internacionais. A música tornou-se, efetivamente, um elemento terapêutico através da sistematização feita pela Musicoterapia após a Segunda Guerra Mundial. As mudanças emocionais e fisiológicas que a música pode provocar nos ouvintes é ponto pacífico entre músicos, psicólogos e filósofos (BLASCO, 1999). Segundo a autora, seu valor terapêutico está no fato de a música produzir nos seres humanos efeitos biológicos, fisiológicos,

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

psicológicos, intelectuais, sociais e espirituais. Todavia, Costa (1989) conclui que o valor terapêutico da música não está somente nos efeitos que o som pode provocar sobre o organismo e o psiquismo humano, mas no significado que lhe é dado pelo ouvinte. Da mesma forma, Barcellos (1992), afirma que a música deve ser usada na terapia por suas qualidades musicais, e não apenas pelos efeitos do som no organismo.

Ritmo

A necessidade que o homem tem de se comunicar intensifica sua capacidade de criar e decifrar códigos sonoros. Estes códigos auxiliam no desenvolvimento e no aperfeiçoamento do ritmo natural de cada indivíduo de acordo com suas atividades diárias profissionais, de lazer e outras. Tais necessidades provocam o desenvolvimento de suas capacidades físicas e mentais e permitem que descubra também as possibilidades rítmicas de seu próprio corpo (CIAVATTA, 2003).

A palavra ritmo procede do vocábulo grego “*rhytmós*” (FERREIRA, 1999), que designa aquilo que flui, que se move, movimento regulado. Segundo Silva (1991), entre as mais diversas definições encontra-se a de Vicent D’Indy, para quem ritmo é a ordem e a proporção no espaço e no tempo. Para Lussy (1882, p. 22), “o ritmo consiste em dispor os sons alternadamente fortes e fracos, de maneira que, de distâncias em distâncias, regulares ou irregulares, uma nota leva ao ouvido a sensação de repouso ou de detenção, de fim mais ou menos completo”. Apel (1972, p. 729) descreve o ritmo como sendo o “sentimento do movimento na música com implicações de regularidade e diferenciações”.

O ritmo e o movimento humano desenvolvem-se simultaneamente no tempo e no espaço. No *New Grove Dictionary of Music and Musicians* (1980), ritmo é descrito como a subdivisão de períodos curtos em seções percebíveis pelos sentidos.

Dalcroze (1967) ensina que o movimento é fator essencial ao desenvolvimento rítmico do ser humano. A execução de ritmos corporais contribui para o desenvolvimento da musicalidade. A rítmica tem por

objetivo desenvolver e regular as faculdades motrizes do indivíduo, criar novos reflexos, harmonizar e associar os movimentos corporais em correlação com os movimentos do pensamento e também colabora no estabelecimento de uma comunicação íntima entre as ações e os desejos, as sensações e os sentimentos, a imaginação e a sensibilidade. O ritmo é o fator organizador dos elementos musicais que atingem, de imediato, a sensibilidade infantil.

Qualquer fenômeno musical é objeto de: a) uma representação corporal de caráter rítmico (pulso, acento, valores rítmicos e silêncios); b) um caráter melódico e dinâmico (altura, intensidade e timbre); c) um caráter harmônico (relações de tensão entre tônica e dominante) e d) um caráter formal (frases, estruturas e formas musicais). Ele apela continuamente para a atenção, a memória auditiva e a capacidade de livre expressão da criança mediante a criação de exercícios rítmicos, melodias com ritmo e movimentos simples e coreografados (CIAVATTA, 2003; GROVE, 1980).

Donald (1999, p. 240) diz que o ritmo tem um papel ímpar em relação à mímica:

O ritmo é uma atividade integrativa-mimética relacionada à mímica vocal e visomotora. [...] A habilidade rítmica é supramodal, isto é, assim que o ritmo é estabelecido, pode ser executado com qualquer habilidade motora, com as mãos, os pés, a boca ou todo o corpo. Ela aparentemente se autorreforça do mesmo modo que a exploração perceptual e a execução motora da habilidade mimética. [...] Jogos rítmicos são generalizados entre as crianças humanas, e poucas culturas humanas, ou talvez nenhuma, não terão empregado o ritmo como recurso de expressão.

A habilidade rítmica tem um papel importante na representação de emoções, gestos, movimentos e sons. Vai além de um pré-requisito só para a música, mas para todo tipo de atividade não verbal, desde os mais simples padrões rítmicos da vida até os mais complexos comportamentos sociais (DONALD, 1999).

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

A utilização do ritmo na Musicoterapia

Na Musicoterapia, o ritmo é um dos elementos básicos que tem a importante função de organizar e impulsionar energia. Ele estabelece a ordem e constitui o elemento mais potente e dinâmico da música. O elemento rítmico possibilita que as pessoas dançam, que se aproximem umas das outras. O ritmo está associado à organização do corpo e do esquema corporal (GASTON, 1968).

Segundo Thaut (2000), a música estimula alguns mecanismos fisiológicos, facilitando o movimento. Em sua perspectiva, ocorre uma estimulação sensorial através do padrão rítmico existente na música porque há regularidade e sequência; desta forma, os acentos rítmicos podem ser previsíveis.

O sistema motor é extremamente sensível a qualquer informação relativa ao tempo percebido pelo sistema auditivo; decorrente disso, o que faz qualquer pessoa se balançar ao ouvir uma música, em essência, é o compasso, pois “ele funciona como um relógio externo de sincronização de movimento e ritmo” (DAVIS; GFELLER; THAUT, 1999, p. 239).

O ritmo e a música colocam em jogo percepções espaço-temporais, memorizações gestuais, improvisação e criações expressivas ilimitadas, além do fator de socialização que lhes é inerente. A instrumentalização indispensável do corpo é proporcionada pelo ritmo e pela música, abrindo caminhos para um aumento das conexões nervosas entre o cérebro e o corpo. A percepção que o ritmo proporciona garante um melhor ajuste psicomotor, valorando a noção de autonomia perante os ritmos impostos pelo cotidiano.

A Musicoterapia como potencializador do vínculo mãe/bebê

Por quais razões o uso da Musicoterapia pode ser um recurso para estimular / potencializar o vínculo mãe/bebê?

Klaus e Klaus (2001) relatam que, desde os primeiros minutos de vida, o bebê já está atento à diversidade de sons e imagens que o cercam. Cada bebê nasce embalado por um ritmo!

Desde a etapa fetal se faz presente o contato sonoro com as pulsações cardíacas da mãe e as demais vibrações dos movimentos corporais maternos que ressoam nas paredes uterinas. Segundo Brovotto (apud LITVAN, 1998), o ritmo cardíaco se estenderá no balanceio do bebê nos braços da mãe, dando continuidade a seu sentimento de existir. Portanto, os sons ritmados sempre acompanham *in utero* e fora dele, norteando e localizando o tempo e o espaço. Tanto a ontogênese quanto a filogênese são marcadas pelo ritmo.

Pode-se reafirmar, então, a partir do bebê e não do adulto, que ele nasce, principalmente, entre ritmos. Anterior à palavra, ele registra o ritmo, o som e a entonação. O recém-nascido registra as intenções que acompanham as palavras, seja pelo timbre ou pelo tom da voz dos pais. Por não falar, sua compreensão é diferente daquela de quem já fez a aquisição da palavra. O estreito vínculo que o une à mãe permite a ambos conhecerem o ritmo, o tempo e a sequência dos movimentos um do outro, constituindo, assim, uma interação sincronizada.

A sincronia entre mãe e bebê está associada, inevitavelmente, ao ritmo musical. E a música sempre fala de amor, paixões, sentimentos que perpassam os corações humanos.

As cantigas de ninar são definidas como um fenômeno vincular, uma zona de encontro entre a mãe e o bebê – íntima, secreta, serena – onde se abre um tempo de espera e esperança que põe em jogo as sincronias e os ritmos entre eles. Essas canções transmitem uma mensagem que combina o pessoal e o familiar com a expressão cultural do grupo a que pertence, o qual vai se modificando de geração em geração de acordo com as pautas de câmbio de cada cultura.

Desenvolve-se, então, entre ambos, um idioma situado em alguma parte entre o laleio do bebê e a linguagem abstrata da mãe que o acaricia e o envolve com seu tom de voz e lhe sussurra sua história familiar e cultural, seus valores, ideais e representações. Por si só, a voz materna expressa os

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

afetos em jogo; sua cadência e tom constituem um encontro pleno de significações. A mãe introduz a poesia e a palavra ao seu bebê que, se ainda não fala e não compreende, goza igualmente da rima e do ritmo.

Intuitivamente, as mães utilizam a música para acalmar seus bebês, embalando-os com canções de ninar. Nesse período do desenvolvimento do bebê, a música é importante, pois, além de servir de estímulo ao sono, ainda se presta para seu entretenimento (ILARI, 2002). Além disso, algumas mães cantam de maneira muito particular para seus bebês, geralmente com a finalidade de demonstrar amor e afeto. Segundo a mesma autora (2005), o desenvolvimento cognitivo musical normalmente está associado a diversas funções psicossociais, como comunicação, inclusive a emoção, entre crianças e adultos.

Cada categoria superior contém as inferiores que a precedem. Assim, o ritmo sonoro supõe a existência do som; a melodia supõe ritmo e som; a harmonia supõe melodia, ritmo e som. Da mesma forma, no plano humano, a vida fisiológica supõe a existência de um corpo; o afetivo depende do fisiológico e o pleno desenvolvimento mental [...] contém o afetivo e o corporal (GAINZA, 1977, p. 45).

Alguns estudos apontam que o estímulo musical deve começar na gravidez: a futura mamãe deve entoar canções infantis ou até mesmo ouvir música. Isso porque, a partir do 7^o mês de gestação, o bebê consegue reconhecer vozes, música e sons do ambiente, além dos batimentos cardíacos da mãe (POCINHO, 1999). Pesquisas revelam que o desenvolvimento da inteligência é bem maior nas crianças cujas mães cantavam para seus bebês enquanto eles ainda estavam no útero, e esse resultado pode ser ainda mais benéfico se a mãe der continuidade ao estímulo musical da criança.

Um dos benefícios do estímulo musical na gestação é propiciar à gestante o desvendamento de aspectos pessoais que desconhecia, além de ser uma importante vivência musical (POCINHO, 1999).

Um projeto desenvolvido na Universidade da Região da Campanha (URCAMP), em Bagé, RS, evidenciou a influência do processo

musicoterápico como um elemento diferencial na relação mãe/bebê (DELABRY, 2002).

Outros estudos apontam para o uso da música em uma UTI neonatal onde se observou uma melhora significativa nos níveis de saturação de oxigênio em recém-nascidos entubados, diminuindo seu estresse ao manuseio (RAVELLI; MOTA, 2004).

Na Argentina, um estudo realizado pelo médico psiquiatra e musicoterapeuta Tisera-Lopéz (2003), utiliza o canto, movimentos e expressões em gestantes com o objetivo de abrir canais de comunicação entre a mulher e o bebê.

No Brasil, o uso da Musicoterapia é evidenciado em diversas áreas da Saúde. Atualmente existe no Rio de Janeiro o Projeto Musiafeto, realizado no Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth (HMON) com as mães e seus bebês prematuros, que enfoca a importância do fortalecimento do vínculo entre eles. A voz da mãe é para a criança como o leite que a alimenta, preenche e aconchega. A música como suporte materno possibilita ao bebê uma presença mais constante e disponível de sua mãe, proporcionando, então, o maior fortalecimento do vínculo mãe-bebê. A Musicoterapia vem dar esse suporte para a mãe, permitindo-lhe expressar-se através de experiências musicais e reconhecer-se como mulher, além de mãe.

A musicoterapeuta Irene Bertschinger vem desenvolvendo, desde 2005, uma pesquisa qualitativa e longitudinal de cunho fenomenológico com gestantes adolescentes, bebês e familiares no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (PREF), em Porto Alegre, RS, cujo objetivo é compreender a dimensão vivencial do fenômeno sonoro musical no desenvolvimento das relações primárias de mãe/bebê. Dentro dos dados coletados pela autora, pode-se perceber que a música auxilia na recepção e na construção de vínculos. Muitas mães dizem ter encontrado na música uma forma de se sentirem competentes, de modo que conseguem acalmar a si e a seu bebê (BERTSCHINGER, 2008).

Outro estudo pesquisou sobre o uso da voz cantada da mãe na constituição da relação mãe-bebê. Realizaram-se oito sessões de terapia

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

corporal associada à Musicoterapia onde a emissão da voz cantada da mãe era sempre dirigida ao bebê. As sessões transcorreram com a possibilidade de expressão livre pela fala e gesto da mãe e a escuta do terapeuta. O quadro que a mãe apresentava em relação a seu bebê no início do tratamento encaixa-se na descrição de depressão pós-parto; após as sessões, ela conseguiu estabelecer contato com seu bebê de modo prazeroso; por meio da emissão da voz cantada, estabeleceu a primeira forma de comunicação e não mais apresentou o quadro de dor e perda da voz. A possibilidade de reconhecimento do bebê por sua mãe teve a corporeidade como aliada, na conjunção dos corpos da mãe e do bebê, o que favoreceu o estabelecimento de uma comunicação com sintonia de ritmos, por meio da entoação de música cantada, que levou à constituição do bebê enquanto pessoa integrada (MELLO; MAIA; ANDRADA E SILVA, 2009).

Outro estudo teve por objetivo analisar a relação mãe-filho, verificando sua interferência no desenvolvimento musical dos bebês. Os sujeitos foram treze bebês e seus responsáveis, participantes de uma atividade de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, “Música para Bebês”, em 2000. As aulas foram registradas em fitas de vídeo. Da observação dos vídeos extraíram-se padrões de ação característicos entre mãe/filho, e a análise dessas ações permitiu estabelecer relações com os elementos formadores do apego entre mãe/bebê, apontados por Klaus e Klaus (2001). Os resultados do estudo sugerem a atividade “Música para Bebês” como uma oportunidade de desenvolver o apego e de utilizá-lo para obter maior desenvolvimento musical dos bebês (STIFFT; BEYER, 2003).

Considerações Finais

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a produção bibliográfica da Musicoterapia como um potencializador do vínculo mãe-bebê e confirmou as expectativas da autora sobre o favorecimento do vínculo mãe/bebê. Durante a pesquisa, a autora se deparou com a dificuldade de encontrar literatura específica, ou seja, enfrentou a falta de pesquisa e de registro dela.

Ao longo da pesquisa pôde-se perceber que a Musicoterapia permite às mães se expressarem através de experiências musicais que proporcionam maior contato com seus sentimentos internos, propiciando a conscientização de si próprias e dos outros, o alívio e o relaxamento. A Musicoterapia tem por intuito dar suporte à mãe para que possa estar mais disponível, mais presente para seu bebê, assim facilitando o fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

A música atua sobre os seres humanos de muitas maneiras, e as pessoas reagem conforme a música que vivenciam desde muito cedo. A relação de causa e efeito segue em duas direções: do sujeito para o objeto e do objeto para o sujeito. As pessoas não somente vivenciam música como indivíduos, mas essa vivência faz delas os indivíduos que são.

A ideia inicial do trabalho consistia em desenvolver uma pesquisa de campo onde se pudesse acompanhar as duplas mãe/bebê durante sessões de Musicoterapia; entretanto, em virtude do tempo, não foi possível realizar a coleta de dados. Dessa forma, novos estudos são necessários, pois muito ainda pode ser explorado com relação ao enorme potencial da Musicoterapia como potencializador do vínculo mãe/bebê.

Referências

- APEL, Willi. *Harvard Dictionary of Music*. Harward: Harvard University Press, 1972.
- BENZON, Rolando O. *La nueva Musicoterapia*. Con colaboración de Violeta Hemsy de Gainza y Gabriela Wagner. 2. ed. Buenos Aires: Lumen, 2008.
- BLASCO, Serafina Poch. *Compendio de Musicoterapia*. Barcelona: Herder, 1999. v. I e II.
- BOWLBY, J. *Apego*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- _____. *Cuidados maternos e saúde mental*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

BARCELLOS, Lia Rejane. Familiaridade, confortabilidade e previsibilidade da canção popular como “holding” as mães de bebês prematuros. In: _____ (Org.). *Vozes da Musicoterapia*. São Paulo: Apontamentos, 2007. p. 81-91.

BARCELLOS, Lia Rejane. *Cadernos de Musicoterapia nº 2*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

BERTSCHINGER, Irene Marli. Lazos musicales: Musicoterapia com grupos de adolescentes embarazadas, padres, bebés y familiares. In: CONGRESSO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA, 12. Buenos Aires, 2008. *Anais...* Buenos Aires: Akadia, 2008. p. 199-202.

CIAVATTA, L. *O Passo: a pulsação e o ensino-aprendizado de ritmos*. Rio de Janeiro: L. Ciavatta, 2003.

COSTA, Clarice Moura. *O despertar para o outro*. São Paulo: Summus, 1989.

DALCROZE, E. J. *Rhythm, Music and Education*. London: The Dalcroze Society, 1967.

DAVIS, W; GFELLER, K; THAUT, M. *An Introduction to Music Therapy - Theory and Practice*. [s.l.]: The McGraw Hill Companies, 1999.

DELABARY, Ana Maria L. de Souza. Musicoterapia com Gestantes: espaço para construção e ampliação do ser. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 82-96, 2002.

POCINHO, Margarida Dias. *A música na relação mãe-bebê*. São Paulo: Instituto Piaget, 1999.

DOLTO, F. Esquema corporal e imagem do corpo. In: _____. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva; 2001. p. 1-48.

DONALD, M. *Origens do pensamento moderno*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

FEDERICO, Gabriel. *El embaazo musical: estimulación y vínculo prenatal a través de la música*. Buenos Aires: Kier, 2004.

_____. *Melodías para el bebé antes de nacer*. Buenos Aires: Kier, 2004.

_____. *Música pré-natal*. Buenos Aires: Kier, 2003.

FONSECA, V. *Estudio y génesis de la psicomotricidad*. Barcelona: INDE, 1996.

FRACALOSSI, Renata Del Piero. *Música que embala, canto que alimenta: a Musicoterapia com mães e seus bebês prematuros*. 2003. Monografia (Graduação em Musicoterapia) – Conservatório Brasileiro de Música, Centro Universitário. Rio de Janeiro, 2003. Orientadora: Professora Marly Chagas.

GAINZA, V. *Fundamentos, materiales y técnicas de la ducación musical*. Buenos Aires: Ricordi, 1977.

GASTON, E. Tayer; et al. *Tratado de Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós, 1968.

GORZONI, P. *Terapia com Música no Brasil*. *Viver Mente e Cérebro*, São Paulo, v. 13, n. 149, p. 52-69, 2005.

GROVE, G. S. *The New Grove Dictionary of Music and Musicians*. London: Macmillan, 1980.

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

_____. *A música e o desenvolvimento da mente no início da vida: investigação, fatos e mitos*. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE COGNIÇÃO E ARTES MUSICAIS, 1. *Anais...* Curitiba, 2005. p. 54-62.

KLAUS, M. H.; KLAUS, P. H. *Seu surpreendente recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

LEINIG, Clotilde Espínola. *A Música e a Ciência se encontram: um estudo entre a música, a ciência e a Musicoterapia*. Curitiba: Juruá, 2008.

LITVAN, M.; Col. *Juegos de amor y magia entre la madre y su bebé*. Montevideo: UNICEF, 1998.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

LUSSY, Mathis. *El ritmo musical*. Buenos Aires: Ricordi, 1882.

MELLO, Enio Lopes; MAIA, Suzana Magalhães; ANDRADA E SILVA, Marta Assumpção de. Voz cantada e a constituição da relação mãe-bebê. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 127-133, jan./mar. 2009.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 28 set. 2010.

MONDARDO, Anelise Hauschild; VALENTINA, Dóris Della. Psicoterapia infantil: ilustrando a importância do vínculo materno para o desenvolvimento da criança. *Psicologia Reflexão e Crítica* [online], Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 621-630, 1998.

RAVELLI, A. P. X.; MOTA, M. G. C. Dinâmica Musical: nova proposta metodológica no trabalho com gestantes em pré-natal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, n. 3, p. 367-376, 2004.

RITMO. In: FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

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

_____. *Music Therapy: improvisation, communication and culture*. Gilsum NH: Barcelona, 1998.

SACKS, Oliver. *Alucinações musicais: relatos sobre a música e o cérebro*. Traduzido por Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SILVA, Laura Franch Schmidt da. *O processo do ensino do parâmetro ritmo numa abordagem multimodal da Educação Musical através do teclado*. 1991. 308 f. Dissertação (Mestrado em Música) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (URGRS). Porto Alegre, 1991. Orientadora: Cristina Maria Pavan Capparelli Gerling.

STERN, Daniel B. *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

STIFFT, Kelly; BEYER, Esther. A relação mãe-filho no Projeto “Música para Bebês”: um estudo sobre possíveis interferências no desenvolvimento musical dos bebês. *Educação: Revista do Centro de Educação*, Santa Maria: v. 28, n. 1, p. 93-99, 2003.

SZEJER, Myriam; STEWART, Richard. *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TABARRO, Camila Sotilo; et al. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online], São Paulo, v. 44, n. 2, p. 445-452, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 28 set. 2010.

THAUT, Michael H. Musicoterapia en la rehabilitación neurológica. In: DAVIS, W. B.; GTELLER, K. E.; THAUT, M.H. *Introducción a la Musicoterapia: teoría y práctica*. Traducción por Melissa Mercadal-Brotons. Barcelona: Música Boi Leão, 2000. p. 233-262.

TISERA-LOPÉZ, G. Musicoterapia: vivencias sonoras pré-natales. *Revista Internacional Latinoamericana de Musicoterapia*, v. 6, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.geocities.com/Paris/Metro/8395/ilajmt-e.html>>. Acesso em: 27 out. 2010.

TORO, Mariano Betés de. Bases históricas del uso terapéutico de la música. In: _____ (Comp.). *Fundamentos da Musicoterapia*. Madrid: Morata, 2000. p. 23-36.

Musicoterapia como recurso para auxiliar na vinculação saudável de cuidadores e pacientes

BERNARDES, Maurien Margarida¹

Introdução

O cuidador possui o papel mais destacado, em paralelo ao serviço de saúde, na manutenção do bem-estar de pacientes com as mais diversas etiologias. Todavia, geralmente, o cuidador é um dos elos mais fracos dentro do sistema ao redor do paciente, estando exposto cotidianamente ao desgaste físico e emocional que muitas vezes o debilita e termina transformando-o também em paciente. Esse desgaste pode resultar de diversas limitações impostas pela realidade do ambiente familiar, das dificuldades de manter a logística no entorno do paciente e, como é comum, o cuidador abandona a si próprio para cuidar única e exclusivamente do seu filho/paciente.

Acreditando que esse é um problema grave no âmbito da saúde pública, resolvi desenvolver um projeto de pesquisa sobre a situação pessoal dos cuidadores, com o objetivo geral de investigar a sua percepção e sentimentos em relação à sua atividade e sobre a(s) pessoa(s) portadoras de etiologias sob sua responsabilidade, especificamente nos casos entre pais e filhos. A Musicoterapia e suas abordagens também podem proporcionar a melhoria da relação dos cuidadores com os seus filhos.

A perspectiva mais geral da pesquisa foi embasada pelo conceito de vínculo desenvolvido por Bowlby (1989, 1998) e Pichon-Rivière (1982). Também foram adotadas reflexões sobre o tema do cuidado, publicadas por Boff (1999) e Oliveira (2005). Para fundamentar a teoria da prática clínica

¹ Maurien Margarida Bernardes. Bacharel em Musicoterapia pela Faculdades EST. E-mail: maurienbernardes@terra.com.br. Este artigo é parte do Trabalho de Conclusão de Curso do Bacharelado em Musicoterapia da Faculdades EST orientado pela Professora Mestra Sofia Cristina Dreher.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

aplicada nas sessões de musicoterapia durante o projeto de pesquisa, serviram como referências Benenzon (1985, 1988), Bruscia (2000) e Gaston (1968). Como conclusão deste artigo, será apresentada a análise dos dados da pesquisa e as reflexões realizadas sobre a situação do cuidador.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades EST em julho de 2011 sob o protocolo nº 09/2011.

Objetivos

O objetivo geral desta pesquisa foi investigar a aplicação da Musicoterapia para contribuir com uma vinculação saudável do cuidador com o paciente em atendimento na Clínica-escola de Musicoterapia; e os objetivos específicos foram:

- Investigar o uso da Musicoterapia para oferecer recursos aos/as cuidadores;
- Investigar o uso de recursos da Musicoterapia para auxiliar na relação de vinculação dos/das cuidadores/as com a(s) pessoa(s) cuidada(s);
- Pesquisar a aplicação da linguagem musical em Musicoterapia para amenizar tensões e estresses do cotidiano dos/das cuidadores/cuidadoras de pacientes em atendimento;
- Averiguar o uso e intervenção da Musicoterapia para fortalecer a estrutura emocional do cuidador de paciente em atendimento;
- Refletir sobre a relação cuidador/paciente e suas limitações no processo terapêutico.

Metodologia

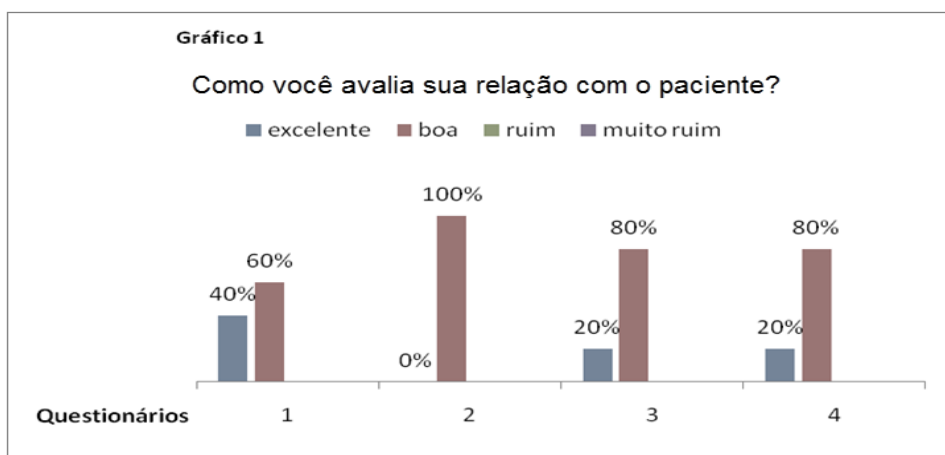
Trata-se de uma pesquisa mista: qualitativa e quantitativa. Para dar subsídios a esta pesquisa foi proposto a aplicação de questionários com informações relativas à relação observada entre cuidador e paciente em atendimento. Os questionários foram aplicados mensalmente tanto para o

cuidador (Anexo 1), como também para o musicoterapeuta ou estagiário em musicoterapia, responsável pelo atendimento ao filho/paciente (Anexo 2). Para realizar a análise foi proposto considerar apenas os dados dos questionários dos cinco cuidadores mais presentes às sessões de musicoterapia, realizadas durante o projeto. Paralelamente, foi proposta a utilização do Diário de Campo.

Resultados e discussão

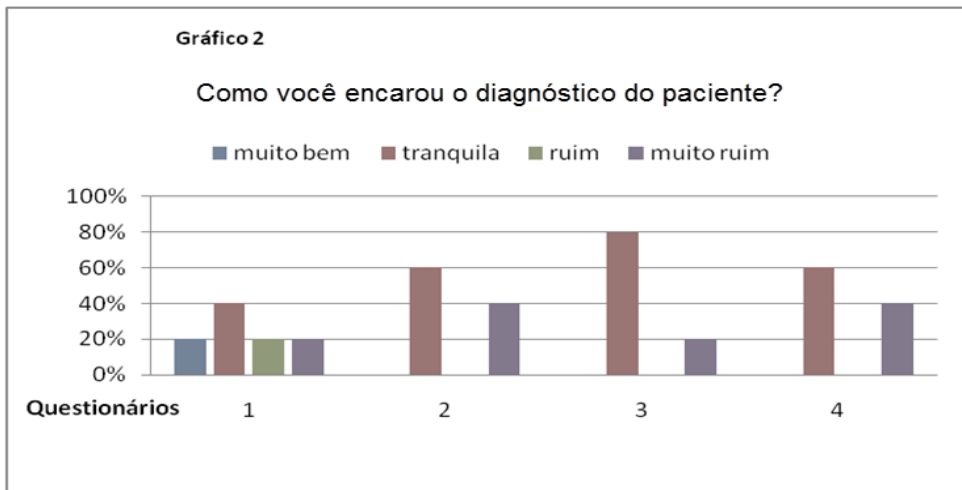
No dia 02 de dezembro de 2011, após 18 semanas de atividades da pesquisa, encerrei os atendimentos e a aplicação dos questionários. Passei então a analisar os dados dos cinco cuidadores que tiveram o maior número de presença nos atendimentos. Dos cinco, a média de atendimentos foi de treze sessões. Vale ressaltar, conforme mencionado anteriormente, que os questionários foram aplicados mensalmente, a cada quatro sessões realizadas. Os questionários eram preenchidos pelo cuidador e pelo terapeuta e/ou estagiário que estava atendendo o seu filho simultaneamente. Após a análise dos questionários, foram traçados gráficos a partir dos dados obtidos.

Questionários aplicados com os cuidadores:

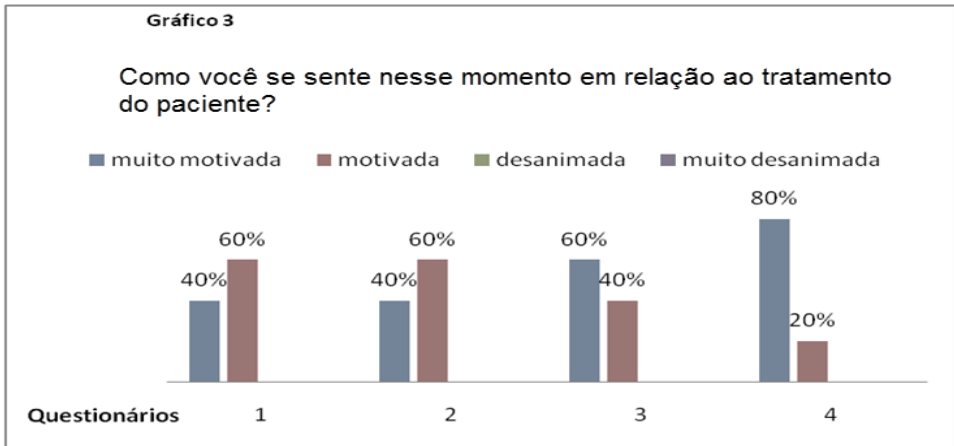


A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

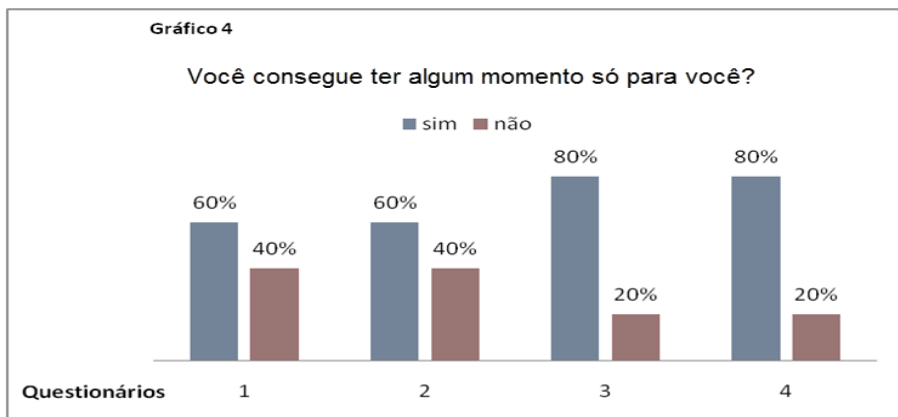
Percebi que no início do processo terapêutico os cuidadores sentiam-se constrangidos para dizer que sua relação com seus filhos não era perfeita. Admitir desmotivação e desgastes na relação era muito difícil. Isso fica evidente quando observamos no gráfico 1 que, no primeiro questionário, 40% dos cuidadores mencionaram que a sua relação era excelente. Nos questionários seguintes, podemos observar que essa avaliação passou de excelente para boa. Isso se deve não ao fato de que as relações pioraram, mas sim, de uma maior conscientização de suas relações, bem como um estar mais à vontade para responder sobre a realidade instalada e não ter que “fingir” algo que não condizia com a realidade.



Ao longo do processo terapêutico, os cuidadores assumiram o que realmente sentiam e como foi difícil receber um diagnóstico negativo sobre seus dependentes. Quando observamos o gráfico 2, vemos que no primeiro questionário 20% dos cuidadores diziam ter aceitado muito bem o diagnóstico dos filhos, afirmação essa que não ocorreu nos demais questionários aplicados. No quarto e último questionário, 40% dos cuidadores assumiram ter encarado de forma muito ruim os diagnósticos. Observamos porém, que, mesmo diante das dificuldades, a maioria dos cuidadores sempre optou pela opção de ter encarado de forma tranquila os diagnósticos de seus filhos na hora de preencher os questionários.



Quem busca auxílio para um filho, normalmente está motivado em conquistar bons resultados. Durante os estágios, pode observar que alguns cuidadores eram assíduos e comprometidos com os atendimentos de seus filhos, enquanto outros não. Quando iniciamos o projeto e oportunizamos a esses cuidadores também terem um atendimento musicoterapêutico, observamos que muitos deles compreenderam os benefícios que a musicoterapia pode alcançar (Gráfico 3). Quando perceberam mudanças positivas neles mesmos, passaram a ficar mais motivados com o tratamento dos filhos.



A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

No início dos atendimentos percebi que muitos cuidadores esqueciam de cuidar deles mesmos. Seu bem-estar ficava em segundo plano. Como exemplo, cito o comentário feito pela cuidadora L., que no segundo questionário da pesquisa escreveu: “Sinto falta de ter um tempo só para mim”.

No decorrer do processo, através de atividades musicoterápicas de composição e re-criação, tentei mostrar a eles que tinham o dever de cuidar de si, pois a melhora na qualidade de vida do cuidador está entrelaçada também com a qualidade de vida da pessoa que depende dele. Conforme o gráfico 4, podemos observar que esse momento de cuidado para consigo mesmo aumentou de 60% para 80%.

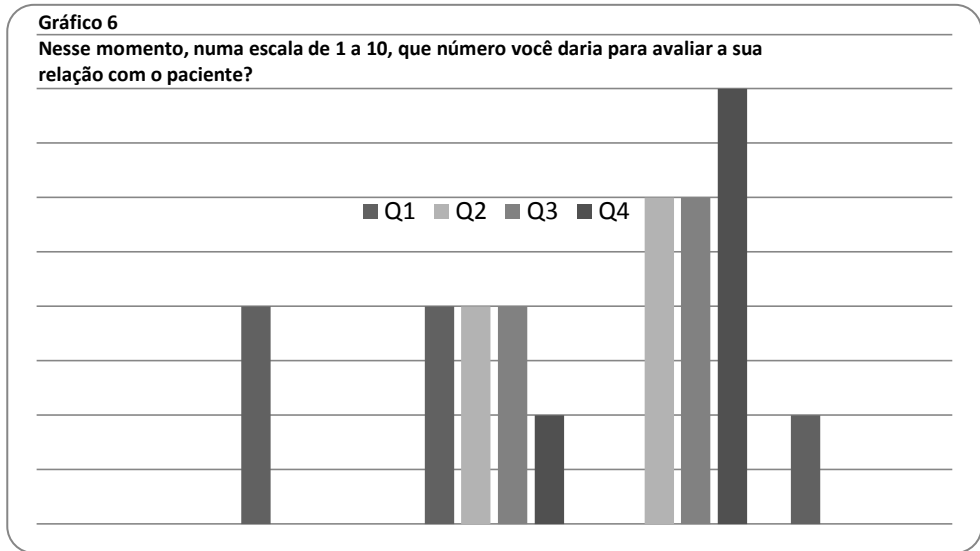


Apesar de não terem a prática de proporcionar um momento só para eles, os cuidadores tinham a consciência de que seu bem-estar interferiria diretamente no bem-estar de seus filhos (Gráfico 5). Isso demonstra que o discurso deles não estava alinhado com a prática diária.

As sessões de musicoterapia proporcionaram momentos onde os cuidadores puderam extravasar seus sentimentos, o que ajudou a combater o cansaço e estresse do cotidiano, melhorando seu bem-estar. Segundo Ruud²,

² RUUD, Even. *Caminhos da Musicoterapia*. Tradução Vera Wrobel. São Paulo: Summus, 1990.

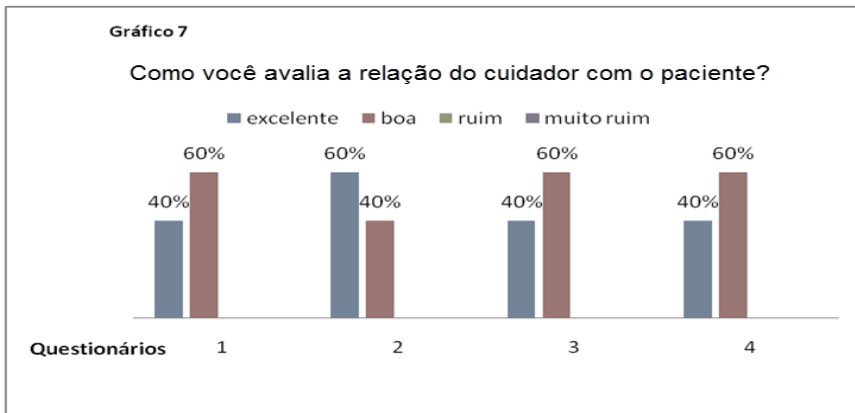
a música permite o extravasar de vários conflitos e emoções que nos acometem, num espaço apropriado e permissivo, com o apoio do terapeuta.



No gráfico 6, cada questionário aplicado foi lançado com uma cor diferente. O primeiro questionário está aqui demonstrado pela cor azul, o segundo pela cor vermelha, o terceiro pela cor verde e o quarto pela cor roxa. A partir disso podemos verificar que, no primeiro questionário, 40% dos entrevistados atribuíram nota 7 e 8 para avaliar sua relação com os filhos e 20% atribuíram nota 10. No segundo e terceiro questionários, 60% dos entrevistados atribuíram nota 9. No quarto e último questionário, 80% atribuíram nota 9.

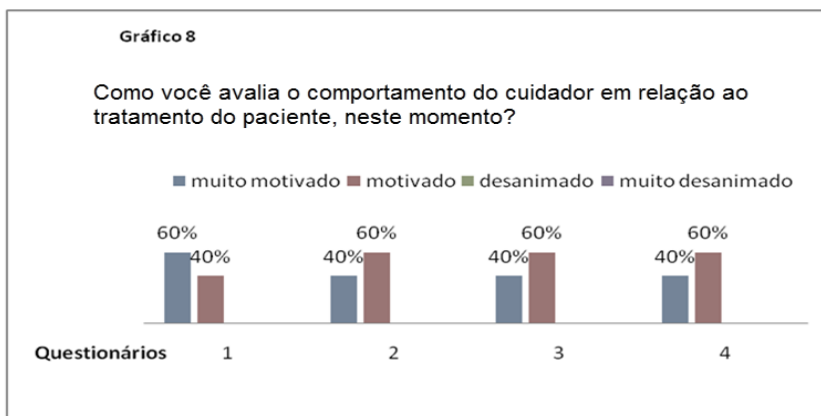
Neste quesito, os cuidadores davam notas de um a dez para avaliar, naquele momento, como estava sua relação com o filho. Percebi que no primeiro questionário, para não admitir desgastes, muitos assinalaram a nota dez, indicando uma relação perfeita. Nos questionários seguintes, mais tranquilos e confiantes, sabendo que não estavam sendo julgados por mim, mudaram esta perspectiva. Podemos observar no gráfico que no decorrer do projeto houve um aumento na atribuição da nota referente à relação, ou seja, as relações entre cuidadores e pacientes tornaram-se mais saudáveis.

Questionários aplicados com os estagiários e/ou musicoterapeutas:

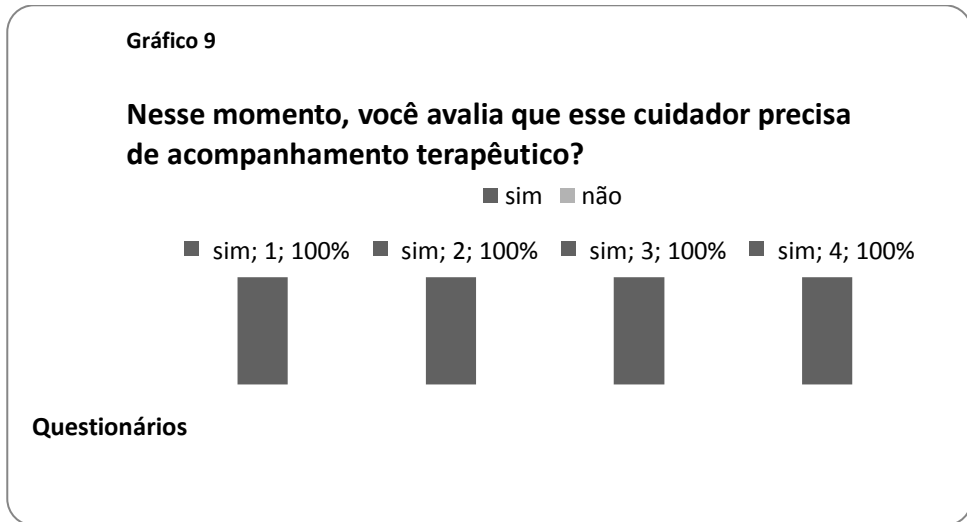


A questão analisada no Gráfico 7 foi elaborada para confrontar duas perspectivas: a visão dos cuidadores com a visão dos terapeutas sobre a relação entre cuidadores e pacientes. A questão A dos questionários dos cuidadores foi comparada com a questão A dos questionários dos estagiários para verificar como era a observação do cuidador, avaliando a sua relação com o filho, e como o terapeuta avaliava essa relação, vindo de fora.

Podemos observar no Gráfico 7 que os terapeutas e estagiários avaliaram essa relação de forma boa a excelente. Já os cuidadores (Gráfico 1), atribuíram uma porcentagem maior para a relação boa. Ou seja, é possível levantar a hipótese de que os cuidadores estão se cobrando demais na avaliação de suas relações com seus filhos.



Essa questão está relacionada com a questão C do questionário aplicado aos cuidadores (ver Gráfico 3). Apenas no segundo questionário as opiniões dos terapeutas coincidem com as dos cuidadores (Gráfico 3 e Gráfico 8). O índice de porcentagem gradativa de aumento que ocorreu nos questionários dos cuidadores sobre sua motivação não foi o mesmo observado pelos terapeutas.



Todos os terapeutas concordaram que os cuidadores também necessitam de cuidado (Gráfico 9). A sobrecarga exaustiva de muitos cuidadores pode prejudicar sua relação com seu filho. Quando o cuidador está bem, conseqüentemente seu filho também está. Os terapeutas relataram que observaram mudanças positivas nos pacientes após a inserção dos pais no projeto de pesquisa.

Considerações finais

A Musicoterapia, como verifiquei durante as sessões, ajudou os cuidadores a manifestarem-se, no mesmo sentido que sugeri Bruscia³:

a auto-expressão musical nos permite exteriorizar o que é interno, levar o que está dentro pra fora. Esta exteriorização é significativa porque nos

³ BRUSCIA, 2000, p.71.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

ajuda a tornar manifesto o que estava latente, nos permite trazer à consciência o que estava inconsciente e finalmente nos permite transformar nossas imagens internas em realidades externas. Nesse processo nos deparamos com significativas oportunidades de refletirmos sobre nós mesmos – de ouvirmos como soam nossas pressões e dificuldades internas, de ouvirmos quem somos.

Observei, através das composições, que os cuidadores passaram a conseguir exteriorizar melhor as suas ideias e pensamentos.

Alguns comentários feitos pelos estagiários nos questionários da pesquisa demonstram também a melhora na postura e autoestima dos cuidadores, tais como: “A cuidadora está mais tranquila e está conseguindo impor limites ao filho”; “A cuidadora aguarda ansiosa por seus atendimentos”; “A cuidadora está cada vez mais animada, até sua aparência mudou: vem maquiada, cabelo arrumado e roupa combinando. Está mais falante e sorridente”.

Segundo Bruscia⁴, a musicoterapia é um processo interpessoal em que as experiências musicais são utilizadas para melhorar, manter ou recuperar o bem-estar do cliente. Nós, musicoterapeutas, temos o diferencial de nos comunicar com nossos clientes/pacientes através da música, de modo prazeroso.

O prazer sensorial advindo do som e os diferentes aspectos psicológicos e de motivação que surgem através do envolvimento no ato de fazer música, podem ser fortes instrumentos de intervenção positiva no vínculo cuidador/paciente.⁵

Observei que os cuidadores usufruíram com prazer das sessões de musicoterapia e, dentro dos objetivos traçados, apresentaram muitas melhoras. Muitos cuidadores relataram que não conseguiam, no corre-corre do dia a dia, ter um tempo só pra si antes de se engajarem neste projeto de

⁴ BRUSCIA, 2000, p.275.

⁵ OLIVEIRA, Lucimara; FERREIRA, Eliamar; PETRELLI, Rodolfo; KARST, Lara. A Musicoterapia como instrumento de intervenção a familiares/acompanhantes de criança com câncer em situação de hospitalização (p.532-539). *Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, XI Fórum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*. Organização AMT/PR. Curitiba: Griffin, 2209. p.534.

pesquisa. As sessões de musicoterapia contribuíram para que os cuidadores fizessem uma reflexão sobre suas necessidades, suas vontades e seu bem-estar.

A pessoa que procura a musicoterapia quer ser escutada, precisa ser cuidada. Escutar é cuidar, é receber, abstrair, relacionar e comunicar. Quem vai para a musicoterapia além de comunicar, também vai ouvir. A real transformação acontecerá quando, além de ouvir, o paciente alcançar a capacidade de se escutar. Num processo terapêutico escutamos interioridades. Buscamos dar voz aos conteúdos internos. Esta voz pode surgir em forma de palavras, sons ou mesmo silêncios.⁶

A influência da música no ser humano é uma constante e sua ação, além de afetar o humor, pode gerar e alterar sensações, estados e emoções. Através da Musicoterapia, podemos proporcionar um suporte para os cuidadores de pacientes em atendimento para que o vínculo entre eles e seus filhos se fortaleça e se mantenha saudável, diante das dificuldades do dia a dia.

Esta pesquisa comprovou que o acompanhamento musicoterapêutico paralelo entre cuidadores e pacientes em atendimento, contribui no fortalecimento do vínculo saudável entre pais e filhos. Percebeu-se que, a partir do momento em que o cuidador está motivado, o tratamento de seu filho obtém mais apoio e conseqüentemente conquista melhores resultados.

Referências

BENENZON, R. O. *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

_____. *Teoria da Musicoterapia*. São Paulo: Summus, 1988.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOWLBY, John. *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

⁶ CUNHA, Rosemyriam. Escuta Terapêutica: sons, silêncios e palavras (p.45-28). *Anais do III Fórum Paranaense de Musicoterapia, II Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*. Organização AMT/PR. Curitiba: 2001.p.45.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

_____. *Uma Base Segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

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

_____. *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield: Charles C. Thomas – Publisher, 1987.

CAPRA, Fritjof. *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. Tradução de Newton Roberval Eicheberg. São Paulo: Cultrix, 2006.

CUNHA, Rosemyriam. Escuta Terapêutica: sons, silêncios e palavras. In: FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 3., Curitiba, 2001. *Anais do III Fórum Paranaense de Musicoterapia, II Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*. Organização AMT/PR. Curitiba: 2001. p.45-48.

DIÁRIO DE CAMPO. Bernardes, Maurien. São Leopoldo: 01 ago. 2011 a 02 dez. 2011.

DIAS, Elsa Oliveira. *A Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

GASTON, Thayer. *Manual de Musicoterapia*. Buenos Aires: Páidos, 1968.

KRATOCHVIL, Ruth; MAGALHÃES, Natália Elisa. *Quando Musicoterapia e Espiritualidade caminham juntas*. Artigo de Graduação. São Leopoldo: Faculdades EST, 2008.

OLIVEIRA, Lucimara; FERREIRA, Eliamar; PETRELLI, Rodolfo; KARST, Lara. 2009. A Musicoterapia como instrumento de intervenção a familiares/acompanhantes de criança com câncer em situação de hospitalização. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009. *Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, XI Fórum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*. Organização AMT/PR. Curitiba: Griffin, 2009. p. 532-539.

OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de. *Cuidando de quem cuida: um olhar de cuidados aos que ministram a Palavra de Deus*. São Leopoldo: Sinodal, 2005.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR 2009 –
MINISTÉRIO DA SAÚDE / IBGE. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>>.
Acesso em: 23 maio 2012.

PICHON-REVIÈRE, Enrique. *Teoria do Vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

RUUD, Even. *Caminhos da musicoterapia*. Tradução de Vera Wrobel. São Paulo: Summus; 1990.

SAFRA, Gilberto. *Curando com Histórias*. São Paulo: Sobornost, 2005.

SEKEFF, Maria de Lourdes. *Da música, seus usos e recursos*. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

ANEXO 1

Questionário para os cuidadores:

Nome:

Data: _____ Questionário nº: _____

a) Como você avalia a sua relação com o paciente?

() excelente () boa () ruim () muito ruim

b) Como você encarou o diagnóstico do paciente?

() muito bem () tranquila () ruim () muito ruim

c) Como você se sente nesse momento em relação ao tratamento do paciente?

() muito motivada () motivada () desanimada () muito desanimada

d) Você consegue ter algum momento só para você?

() sim () não

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

e) Você acha que o seu bem-estar influencia na melhora do paciente?

() sim () não

f) Nesse momento, numa escala de 1 a 10, que número você daria para avaliar a sua relação com o paciente?

g) Gostaria de fazer algum comentário:

ANEXO 2

Questionário para os estagiários ou musicoterapeutas:

Nome: _____

Data: _____ Questionário n°: _____

a) Como você avalia a relação do cuidador com o paciente?

() excelente () boa () ruim () muito ruim

b) Como você avalia o comportamento do cuidador em relação ao tratamento do paciente, nesse momento?

() muito motivado () motivado () desanimado () muito desanimado

c) Nesse momento, você avalia que esse cuidador precisa de acompanhamento terapêutico?

() sim () não

d) Gostaria de fazer algum comentário:

Musicoterapia no Tratamento de Reações Pós-Traumáticas: Tragédia na Boate Kiss – Relatos de Casos

KROB, Daniéli Busanello¹

PASINI, Diego²

STEFFEN, Luciana³

Introdução

Este artigo tem por finalidade documentar o trabalho voluntário musicoterapêutico realizado em Santa Maria/RS, apresentando uma revisão bibliográfica sobre Musicoterapia e trauma e alguns relatos do trabalho realizado.

No dia 27 de janeiro de 2013 houve um incêndio na Boate Kiss em Santa Maria/RS, o qual deixou 242 vítimas fatais e mais de 100 pessoas feridas. Os Governos Municipal, Estadual e Federal solicitaram auxílio de voluntários e voluntárias, especialmente profissionais da medicina, da enfermagem e da psicologia. Sendo assim, voluntárias e voluntário do município de São Leopoldo/RS, musicoterapeutas e estudantes de Musicoterapia realizaram atendimentos musicoterapêuticos para sobreviventes, pessoas enlutadas, integrantes de equipes de resgate e pessoas envolvidas indiretamente com o ocorrido.

No dia 28 de janeiro de 2013, um dia após a tragédia, as musicoterapeutas Luciana Steffen e Daniéli Busanello Krob mobilizaram-se,

¹ Musicoterapeuta, Mestra em Teologia Prática, Doutoranda em Teologia Prática pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdades EST – com apoio da CAPES/Brasil, integrante do Núcleo de Pesquisa de Gênero da Faculdades EST. São Leopoldo/RS. E-mail: danielibusanello@gmail.com

² Bacharela em Musicoterapia, mestranda em Teologia na Faculdades EST, bolsista da CAPES, São Leopoldo/RS. E-mail: lucianast@gmail.com

³ Estudante de Musicoterapia na Faculdades EST. E-mail: diego_mpb10@hotmail.com

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

via telefone, e-mail e rede social (facebook), com fins de arrecadar dinheiro para os custos da viagem e também de aumentar a equipe musicoterapêutica voluntária. Como resultado, recebemos apoio financeiro da Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul, da Faculdades EST e também de pessoas sensibilizadas com a causa. A chegada da equipe em Santa Maria ocorreu no dia 29 de janeiro de 2013 e estendeu-se até o dia 7 de fevereiro de 2013, totalizando 10 dias de trabalho intenso.

Nosso primeiro desafio foi superar a grande resistência da maioria das pessoas envolvidas com o trabalho voluntário em relação à Musicoterapia. Havia muitas pessoas da área médica, da psicologia, da assistência social e da enfermagem, profissões conhecidas e reconhecidas em um âmbito geral. Porém, a Musicoterapia era desconhecida e até mesmo depreciada, por falta de conhecimento, por vários destes e destas profissionais. A inserção da equipe de Musicoterapia no trabalho voluntário foi possível por contatos influentes que familiares da musicoterapeuta Daniéli Busanello Krob têm na cidade (Daniéli é natural de Santa Maria e boa parte de sua família ainda reside nesta cidade).

No decorrer do trabalho, nos deparamos com pessoas que apresentavam sintomas de Reações Pós-Traumáticas e de Transtorno de Estresse Agudo. As Reações Pós-Traumáticas mais comuns são: a) Emocionais: choque, medo, luto, raiva, ressentimento, culpa, vergonha, desesperança, desamparo, entorpecimento; b) Cognitivas: confusão, desorientação, indecisão, dificuldade de concentração, diminuição da memória, memórias indesejáveis; c) Físicas: tensão, fadiga, insônia, sobressalto, náusea, perda de apetite, alterações do desejo sexual, frequência cardíaca aumentada, e d) Interpessoais: irritabilidade, isolamento, reclusão, desconfiança, rejeição ou abandono, distanciamento, necessidade de controle exagerado (NATIONAL CENTER FOR PTSD, 2009; NEPTE, 2013).

O Transtorno de Estresse Agudo acontece a partir de 3 dias após a exposição a um evento traumático, com a persistência de reações pós-traumáticas, além de reviver inúmeras vezes a situação traumática, esquivar-se a estímulos associados ao trauma, sintomas de maior excitabilidade e

hipervigilância, afetando as relações sociais e ocupacionais. Se estes sintomas persistirem por mais de 4 semanas, o quadro pode evoluir para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. (DSM-IV, 1995; KRISTENSEN; SILVA; SPONCHIADO, 2013).

Entre as intervenções para o Transtorno de Estresse Agudo estão minimizar o sofrimento atual e prevenir o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, sendo a Terapia Cognitiva Comportamental uma das mais indicadas. Considerando alguns exercícios de regulação emocional da Terapia Cognitiva Comportamental, tais como relaxamento muscular, técnicas respiratórias e engajamento em atividades prazerosas (KRISTENSEN; SILVA; SPONCHIADO, 2013; NEPTE, 2013), a Musicoterapia pode ser eficaz, pois também trabalha em seu fazer terapêutico a respiração, relaxamento e regulação emocional, além de ser uma fonte de prazer.⁴

Objetivos

Este artigo tem por finalidade documentar o trabalho voluntário musicoterapêutico realizado em Santa Maria/RS após a tragédia do incêndio da Boate Kiss, além de apresentar uma revisão teórica sobre Musicoterapia e trauma.

Metodologia

Para o presente trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica sobre Musicoterapia e trauma, através da busca nos principais periódicos da área, em teses e dissertações e livros, pelo *Portal de Periódicos da CAPES*, e na principal base de dados internacional de Musicoterapia, criada pela Temple University intitulada *MT Database of Journals and Books in English*. Também foram pesquisados artigos específicos da área da psicologia sobre reações pós-traumáticas e transtorno de estresse agudo.

⁴ “A música aciona áreas de prazer no cérebro, trazendo um importante benefício para o bem-estar físico e mental.” (BLOOD; ZATORRE, 2001, p. 20)

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Após a revisão bibliográfica, será relatado o trabalho voluntário musicoterapêutico realizado em Santa Maria com pessoas envolvidas na tragédia da Boate Kiss. Através de contatos diretos – pessoas do setor administrativo do Hospital da Brigada Militar e do Corpo de Bombeiros e professores e professoras da Universidade Federal de Santa Maria – e também de contatos indiretos – equipe de voluntariado do Hospital Universitário – foi possível realizar atendimentos de Musicoterapia com um diverso público envolvido com a tragédia da Boate Kiss.

O público será dividido em: a) Pessoas enlutadas e sobreviventes – uma jovem adulta e cerca de 700 pessoas, entre estudantes, funcionários e funcionárias do Restaurante Universitário; b) Equipes de Resgate e Apoio – casal da Brigada Militar, 20 pessoas do Hospital da Brigada Militar, 8 pessoas do Corpo de Bombeiros, cerca de 20 enfermeiras e técnicas em enfermagem do Hospital Universitário, cerca de 15 pessoas, entre equipe voluntária, psicólogas e assistentes sociais do Hospital Universitário, 6 psicólogas do Centro de Acolhimento da Universidade Federal de Santa Maria e também um policial da Brigada Militar e; c) Pessoas envolvidas indiretamente com a tragédia – adolescente internado, por outros motivos, no Hospital da Brigada Militar no dia da tragédia e também cerca de 25 pessoas entre crianças, jovens e familiares do setor de Oncologia do Hospital Universitário.

Resultados e discussão

A Musicoterapia tem atuado em tratamentos de reações pós-traumáticas em desastres por todo o mundo, como nos ataques terroristas do *World Trade Center* em 2001, em Nova Iorque⁵ e no terremoto no Chile, em 2010 (HEINEMANN; HESSER, 2010). No entanto, há poucos escritos sobre Musicoterapia e trauma, especialmente no Brasil. É relevante informar que a Federação Mundial de Musicoterapia oferece apoio a estas situações, inclusive financeiro, com uma comissão específica para tal.

⁵ Musicoterapeutas que atuaram após os ataques do World Trade Center escreveram um livro, no qual descrevem os processos, teoria e métodos utilizados: FRISCH-HARA; LOEWY, 2002.

A dissertação de Christine Wineberg (2007) apresenta uma revisão bibliográfica sobre Musicoterapia nos traumas e desastres, investigando os principais métodos utilizados e que elementos devem ser inseridos na formação de musicoterapeutas. A Musicoterapia é uma área em potencial em situações de emergências e desastres, mostrando resultados positivos nos trabalhos realizados (WINEBERG, 2007). Há poucos escritos sobre a área e muitas vezes musicoterapeutas realizam o trabalho sem formação adequada (WINEBERG, 2007).

Entre as intervenções mais encontradas temos o cantar, técnicas de diminuição do estresse com música, atividades que envolvam movimentação corporal, como tocar instrumentos ou bater palmas, expressão verbal ou vocal através do cantar ou discutir sobre músicas, atividades em grupo, onde a música pode auxiliar no empoderamento, ouvindo e respondendo à música de outras pessoas e criando um senso de comunidade, composição e também atividades que envolvam expressão emocional. Os temas mais citados foram: diminuir a tensão, expressar a ansiedade, aumentar a resiliência e esperança. Também é mencionado que a música oferece um ambiente seguro, onde as pessoas são livres para se engajar, observar ou ignorar (WINEBERG, 2007).

Segundo a American Music Therapy Association (2006), os objetivos musicoterapêuticos nessas situações podem envolver: auxiliar na evitação, promover a expressão verbal, evitar o isolamento social trabalhando a interação, promover bem-estar, diminuir a ansiedade, a tensão e o estresse, promover a expressão emocional e regulação emocional, aumentar a autoestima, resiliência e motivação, além de auxiliar nas questões fisiológicas de tensão muscular, relaxamento, melhora do sono e pressão arterial.

Para as pessoas envolvidas com a tragédia da Boate Kiss, o trabalho musicoterapêutico teve como objetivo principal tratar as reações pós-traumáticas e possíveis quadros de Transtorno de Estresse Agudo. Sendo assim, buscamos primeiramente estabelecer o vínculo, evitando desta forma a esquiva e o isolamento. Ademais, procuramos restabelecer e fortalecer as relações interpessoais; proporcionar, na medida do possível, bem-estar

individual e coletivo; controlar os sintomas de ansiedade; aliviar o estresse; proporcionar expressões emocionais e também alterações fisiológicas, tais como a diminuição da tensão muscular, melhora do sono e regulação da pressão arterial. O roteiro das atividades, na maioria dos atendimentos, seguiu-se de exercícios de relaxamento corporal, respiração, experiências receptivas, experiências recreativas e experiências de improvisação (BRUSCIA, 2000).

O trabalho realizado com pessoas enlutadas e sobreviventes da tragédia da Boate Kiss configurou-se em dois públicos: uma jovem adulta e cerca de 700 pessoas, entre estudantes, funcionários e funcionárias do Restaurante Universitário. A jovem sobreviveu à tragédia, perdeu pessoas muito próximas e também havia outras de seu círculo social afetivo que estavam hospitalizadas. No primeiro encontro ela demonstrou estar muito abalada emocionalmente e relatou que não conseguia dormir. Este foi o único relato que a jovem conseguiu fazer, pois chorava muito. Ela também não conseguiu fazer escolhas de canções, tocar instrumentos ou cantar. Fizemos uso neste primeiro atendimento de experiências receptivas que, segundo Bruscia (2000, p. 129), “pode enfocar os aspectos físicos, emocionais, intelectuais, estéticos ou espirituais da música.” Os objetivos terapêuticos neste primeiro momento foram promover a receptividade, estimular ou relaxar, evocar estados e experiências afetivas e explorar ideias e pensamentos. No decorrer dos atendimentos, após conseguir interagir musicalmente, a jovem narrou o trauma vivido e, desde então, demonstrou uma melhora gradativa. Duas canções relevantes, escolhidas por ela mais de uma vez, foram *Por enquanto*⁶ e *Aonde quer que eu vá*⁷. No último encontro

⁶ Mudaram as estações, nada mudou / Mas eu sei que alguma coisa aconteceu / Tá tudo assim tão diferente / Se lembra quando a gente chegou um dia a acreditar / Que tudo era pra sempre / Sem saber que o pra sempre, sempre acaba / Mas nada vai conseguir mudar o que ficou / Quando penso em alguém só penso em você / E aí, então, estamos bem / Mesmo com tantos motivos / Pra deixar tudo como está / Nem desistir, nem tentar, agora tanto faz / Estamos indo de volta pra casa. (comp.: Renato Russo. Interp.: Cássia Eller)

⁷ Olhos fechados pra te encontrar / Não estou ao seu lado / Mas posso sonhar / Aonde quer que eu vá / Levo você no olhar / Aonde quer que eu vá / Aonde quer que eu vá / Não sei bem certo se é só ilusão / Se é você já perto, se é intuição / E aonde quer que eu vá / Levo você no olhar / Aonde quer que eu vá / Aonde quer que eu vá / Longe daqui,

ela não chorou e começou a demonstrar aceitação dos fatos, tanto musicalmente como em suas falas e também em escolha de canções. Para quem ela havia perdido na tragédia, escolheu a canção *Um anjo do céu*.⁸

Outro trabalho realizado foi uma sessão aberta, com duração de 90 minutos, em frente e dentro do Restaurante Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, em parceria com o professor de Teatro do local e alguns de seus alunos e alunas (todos músicos e musicistas também). Estimamos que participaram cerca de 700 pessoas. Os objetivos consistiam em auxiliar na elaboração do luto e promover interação social, autoexpressão, descontração e motivação, aumentando assim a capacidade de resiliência. De acordo com Gaston (1968), a Musicoterapia auxilia no estabelecimento ou restabelecimento das relações interpessoais e na conquista da autoestima mediante a autorrealização, além da grande capacidade que o ritmo tem de fornecer energia e organizar.

Também foi realizada intervenção musicoterapêutica com pessoas que participaram de equipes de resgate e apoio. Atendemos um casal da Brigada Militar, primeiramente no próprio Hospital da BM, onde a mulher estava internada com diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo e seu parceiro lhe fazia companhia. A principal queixa da paciente era que, 4 dias após a tragédia, ainda não havia conseguido dormir. O fazer musical desenvolveu-se naturalmente. Ele, que também é músico, pediu para tocar algumas canções para ela. No dia seguinte, quando chegamos para o segundo encontro, ele nos recebeu na porta do quarto, sorrindo e sussurrando que ela, enfim, estava dormindo. “A música pode ser considerada como uma matriz dinâmica que se desenrola no tempo, por meio do qual podemos experimentar emoções intensificadas e uma alternância de nossos estados de consciência.” (MCCLELLAN apud LEÃO; SILVA, 2009, p. 18) Voltamos

longe de tudo / Meus sonhos vão te buscar / Volta *pra* mim, vem *pro* meu mundo / Eu sempre vou te esperar. (comp.: Herbert Vianna. Interp.: Os Paralamas do Sucesso)

⁸ Um anjo do céu / Que trouxe *pra* mim / É a mais bonita / A jóia perfeita / Que é *pra* eu cuidar / Que é *pra* eu amar / Gota cristalina / Tem toda inocência / Vem, oh meu bem / Não chore não / Vou cantar *pra* você / Um anjo do céu / Que me escolheu / Serei o seu porto / Guardião da pureza / Que é *pra* eu cuidar / Que é *pra* eu amar / Gota cristalina / Tem toda inocência / Vem, oh meu bem / Não chore não / Vou cantar *pra* você. (comp.: Quim; Patra; Marrara; Marcelo. Interp.: Maskavo)

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

no dia seguinte e ela contou que iria receber alta, mas que gostariam muito que continuássemos com a Musicoterapia na casa deles. Assim foi feito. Ao fim, já demonstravam maior estabilidade emocional e vontade de voltar ao trabalho.

Também no Hospital da BM, a convite do administrador do local, realizamos uma sessão de Musicoterapia com 20 policiais que participaram das equipes de resgate. No início, a maioria demonstrava certa *desconfiança*, no entanto, em poucos minutos, todos e todas estavam engajados nas atividades propostas. De acordo com Serafina Blasco (2002, p. 77) a música “provoca e expressa estados emocionais independentemente do individualismo. Uma emoção pessoal expressa musicalmente deixa de ser pessoal para tornar-se universal, já que quem a escuta pode se ver refletido em emoções semelhantes.” Foram trabalhadas atividades de controle da respiração, relaxamento corporal, experiências receptivas⁹, experiências de improvisação e experiências recreativas. As mesmas atividades foram trabalhadas também com oito pessoas do Corpo de Bombeiros. No entanto, neste local as pessoas estavam mais tensas, o que fez com que o processo musicoterapêutico demorasse mais para envolver os participantes.

No Hospital Universitário, foi cedido a nós por 2 horas o espaço da Capela Ecumênica, onde atendemos cerca de 20 enfermeiras e técnicas em enfermagem que estavam envolvidas no atendimento às vítimas e familiares da tragédia. Foram chegando aos poucos, em pequenos grupos. Basicamente realizamos as mesmas atividades que no Hospital da BM e no Corpo de Bombeiros. Elas mostraram-se engajadas do início ao fim do atendimento. Antes de partirmos, queixaram-se que, mesmo com todo o trabalho voluntário sendo realizado pela cidade, profissionais como elas ainda não haviam sido contempladas. Relataram que necessitavam aliviar toda a tensão acumulada e que a Musicoterapia havia cumprido este papel. O mesmo sucedeu-se em outro atendimento realizado na sala de espera do pronto socorro deste hospital, com cerca de 15 pessoas pertencentes à

⁹ Diego Pasini propôs as canções *Correnteza* (comp. e interp.: Edu Krieger) e *O que é, o que é?* (comp. e interp.: Gonzaguinha).

equipe voluntária, psicólogas e assistentes sociais. Foi unânime o relato de que a música é uma importante ferramenta tanto para os bons momentos quanto para os ruins. “Em todos os momentos importantes da sociedade a música esteve presente, servindo como modo de expressão e comunicação de sentimentos associados a momentos transcendentais festivos, guerreiros, de luto, rituais, culturais etc.” (KROB, 2013, p. 69)

Realizamos um atendimento a convite da coordenação do Centro de Acolhimento da Universidade Federal de Santa Maria para profissionais da psicologia. Encontramos muita resistência neste local. Apenas 6 mulheres dos cerca de 20 profissionais presentes quiseram participar. As atividades oferecidas foram basicamente as mesmas descritas acima. Ao término, as participantes relataram surpresa e admiração pelo grande bem-estar que o atendimento musicoterapêutico proporcionou a elas, pois a melodia possibilita a expressão das emoções (WILLEMS, 1981), assim como o cantar, que é um meio expressivo e comunicativo (UHLIG, 2006) relacionado também com perdas, nostalgia e identidade (ALDRIDGE & ALDRIDGE, 2008).

Ainda no contexto de equipes de resgate e apoio, foi atendido individualmente um policial da Brigada Militar que, alguns dias após a tragédia, passou a não dormir mais, não conseguir ficar sozinho em casa e a vomitar tudo o que comia. Segundo ele, sentia um *nó na garganta*, mas não conseguia chorar. O foco deu-se em atividades de respiração, relaxamento corporal e experiências receptivas, as quais acabaram desencadeando o choro. Segundo Even Ruud (1990, p. 87), a música “é considerada como uma espécie de linguagem emocional, capaz de atingir áreas da psique que processam informação e que, por vários motivos, não comunicamos com clareza a nós mesmos.” Dois dias após, ele nos procurou para agradecer e contar que havia dormido toda a noite, que não vomitou mais e que sua rotina estava voltando ao normal.

Por fim, também realizamos atendimentos musicoterapêuticos com pessoas envolvidas indiretamente com a tragédia, como o adolescente que estava internado, por outros motivos, no Hospital da Brigada Militar no dia que ocorreu o incêndio na Boate Kiss. Ele presenciou toda a cena visual e

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

sonora das vítimas que eram trazidas a este hospital, pelos quartos, corredores e pela janela de seu quarto. No primeiro encontro, ele demonstrou estar ainda bastante impressionado e, segundo sua tia que o acompanhava, com sobressaltos durante o sono por qualquer ruído. As atividades focaram-se em experiências recreativas e experiências de improvisação. A cada novo atendimento podíamos perceber a melhora gradativa deste adolescente. Também trabalhamos, a convite da assistente social do Hospital Universitário, com cerca de 25 pessoas entre crianças, jovens e familiares do setor de Oncologia. As atividades foram direcionadas para aliviar as tensões, expressar emoções e promover bem-estar, pois a composição e a expressão das emoções possibilitam que a pessoa aprenda a lidar melhor com elas. (DAVIS; GFELLER; THAUT, 1999).

Considerações finais

A Musicoterapia é uma área em potencial em situações de emergências e desastres, mostrando resultados positivos nos trabalhos realizados. Mais escritos e pesquisas são necessários pela escassez de material na área, especialmente no Brasil. Esse tema é de grande relevância, pois musicoterapeutas frequentemente realizam o trabalho musicoterapêutico em situações de desastre, sem uma capacitação adequada, devido à falta de tempo para se preparar. É necessária a inclusão sobre a Musicoterapia em desastres e traumas nos currículos de Musicoterapia ou a oferta de cursos de treinamentos e capacitações na área, para que mais profissionais estejam habilitados para o trabalho e as abordagens sejam adequadas.

A Musicoterapia auxilia na diminuição da ansiedade, tensão e estresse, através de memórias ativadas pela música, auxilia na evitação, promove momentos de prazer e expressão emocional e verbal, podendo aumentar a resiliência e motivação, trazendo assim uma sensação de bem-estar, além de manter e fortalecer o relacionamento interpessoal e provocar uma melhora fisiológica geral.

O trabalho realizado em Santa Maria apresentou resultados positivos, apesar da inexperiência das musicoterapeutas e do estudante de Musicoterapia nesta abordagem específica. O período de atendimento foi breve e os objetivos eram específicos e imediatos. Acreditamos que não seja necessário uma nova abordagem musicoterapêutica em situações de desastres e emergências. No entanto, é de fundamental importância nós, musicoterapeutas, além de estarmos aptos e aptas a trabalhar nestes contextos, estarmos dispostos e dispostas a nos doar nessas situações.

Referências

ALDRIDGE, David; ALDRIDGE, Gudrun. *Melody in Music Therapy: a therapeutic narrative analysis*. Philadelphia: Jessica Kingsley, 2008.

AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION. *Music Therapy In Response To Crisis And Trauma*. 2006. Disponível em: <http://www.musictherapy.org/assets/1/7/MT_Crisis_2006.pdf>. Acesso em: 26 ago 2013.

BLASCO, Serafina Poch. *Compendio de Musicoterapia*. 2. ed. Barcelona: Herder, 2002. v. I.

BLOOD, A. J.; ZATORRE, R. J. Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2001 September 25. p. 11818-11823.

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

DAVIS, William B.; GFELLER, Kate E.; THAUT, Michael H. *An Introduction to Music Therapy: Theory and Practice*. [s.l.]: Ed. McGraw-Hill, 1999.

DSM-IV. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FREGTMAN, Carlos Daniel. *Corpo, Música e Terapia*. Tradução de Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Cultrix, 1989.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

FRISCH-HARA, A.; LOEWY, J.; *Caring for the caregiver: The use of music and music therapy in grief and trauma*. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association, 2002.

GASTON, Thayer E. *Tratado de Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós, 1968.

HEINEMANN, Harry N.; HESSER, Barbara (Ed). *Music as a natural resource: Solutions for social and economic issues compendium*. New York: The International Council for Caring Communities; United Nations Headquarters, 2010.

KRISTENSEN, Christian Haag; SILVA, Cristiane R.; SPONCHIADO, Aline R; *Psicoterapia Cognitivo-comportamental para o Transtorno de Estresse Agudo: Uma Revisão Sistemática*. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. XV, n. 2, p. 64-74, 2013.

KROB, Daniéli Busanello. *Desconstruindo Amélias: Musicoterapia com Mulheres em Situação de Violência Doméstica sob a Ótica da Teologia Feminista*. Dissertação de Mestrado. São Leopoldo: Programa de Pós-Graduação da Faculdades EST, 2013.

LEÃO, Eliseth Ribeiro; SILVA, Maria Júlia Paes da. *Sobre o cuidar ampliado*. In: LEÃO, Eliseth Ribeiro (Org). *Cuidar de Pessoas e Música: uma visão multiprofissional*. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

NATIONAL CENTER FOR PTSD. *Common Reactions After Trauma*. 2009. Disponível em: <<http://www.ptsd.va.gov/public/pages/common-reactions-after-trauma.asp>>. Acesso em: 04 set 2013.

NEPTE et al. *Intervenção em Crise e Transtorno de Estresse Agudo: Abordagens Psicossociais Iniciais*. Material do curso de formação ministrado por Christian Haag Kristensen em Santa Maria/RS, 2013.

RUUD, Even. *Caminhos da Musicoterapia*. Tradução de Vera Wrobel. São Paulo: Summus, 1990.

UHLIG, S. *Authentic Voices - Authentic Singing: A Multicultural Approach to Vocal Music Therapy*. Gilsum, NH, USA: Barcelona Publishers, 2006.

WILLEMS, Edgar. *El valor humano de la educación musical*. Barcelona: Paidós. 1981.

WINEBERG, Christine C. *Music Therapy in Mass Trauma: The Effect on the Therapist*. Master of Arts in Creative Arts Therapy. Philadelphia:: Drexel University, 2007.

A prática musicoterapêutica em “Grupo de Apoio ao Luto”

ARNDT, Andressa Dias¹

VOLPI, Sheila²

Introdução

O presente trabalho pretende trazer uma reflexão em torno da atuação da Musicoterapia na Saúde Mental em dispositivos periféricos aos equipamentos especializados no acolhimento ao sofrimento psíquico, tais como CAPS's (Centros de Atenção Psicossocial) e Hospitais Psiquiátricos. A Musicoterapia tem encontrado e ampliado novos contextos para atuação. O conceito de Saúde Mental descrito aqui não se prende aos serviços específicos ofertados pela Rede de Saúde, antes acolhe um formato grupal nomeado como “grupo de apoio” ou grupo de “autoajuda”.

Segundo Yalom (2006), é bastante expressiva a quantidade de participantes em grupos de autoajuda em diferentes seguimentos, tais como: luto em diferentes especificidades, vítimas de derrame, dependência química, comedores compulsivos, etc. O grupo de autoajuda geralmente não possui liderança profissional/técnica e, sim, costuma ser coordenado por alguém que possui a mesma queixa dos demais integrantes do grupo; “de um modo geral, os grupos de autoajuda diferem dos grupos terapêuticos no sentido de que fazem muito menos interpretações da personalidade, há menos confrontação e mais afirmações solidárias e positivas”. (YALOM, 2006, p. 403).

¹ Musicoterapeuta graduada pela FAP-PR, especialista em Formação Pedagógica do Professor Universitário pela PUC-PR. Professora colaboradora no curso de graduação em Musicoterapia da UNESPAR/FAP e Musicoterapeuta Clínica. Curitiba – PR. E-mail: andressa@musicaclinica.com.br

² Musicoterapeuta graduada pela FAP –PR, mestre em Educação pela PUC-PR. Professora e supervisora no Curso de Musicoterapia da UNESPAR/FAP. Curitiba – PR. E-mail: sheilavolpi@gmail.com

Os grupos de autoajuda geralmente

são abertos e acessíveis, e oferecem apoio psicológico a qualquer um que compartilhe as características que definem o grupo. Enfatizam o conhecimento *interno* em vez do *externo* – em outras palavras, os recursos disponíveis no grupo, em vez dos disponíveis com especialistas externos. (YALOM, 2006, p. 403).

A atuação da Musicoterapia se insere em um contexto de grupo diferente do usual (grupo terapêutico) por compreender que “os terapeutas de grupo não devem enxergar o movimento dos grupos de autoajuda como um rival, mas como um recurso” (YALOM, 2006, p. 404). A particularidade da experiência musicoterapêutica aqui apresentada gira em torno do acompanhamento de pessoas que sofrem a dor causada pelo luto, com tempo variado.

Objetivos

Os objetivos da prática musicoterápica descrita aqui podem ser traduzidos como: desejo de avaliar a indicação e o lugar da experiência musicoterápica na dor do luto; acolher o desejo de viver expresso pela musicalidade dos integrantes, mesmo atravessando a dor do luto; ampliação das áreas de atuação em Saúde Mental para outros cenários que não somente os equipamentos especializados e auxiliar na ressignificação do papel social do sofredor nas vivências musicais grupais.

Metodologia

Este trabalho não é resultado de um projeto de pesquisa, mas caracteriza-se por apresentar reflexões e relatar experiências a partir da clínica musicoterapêutica com um grupo de apoio à dor e ao luto. A frequência dos encontros deu-se quinzenalmente, com duração de uma hora, por um período de sete meses. O trabalho foi desenvolvido pelas autoras na forma de par terapêutico.

As experiências musicoterapêuticas utilizadas foram: recriação musical, improvisação, audição de canções, composição (paródia).

Resultados e discussão

A vida tem sons que pra gente ouvir
Precisa aprender a começar de novo.
É como tocar o mesmo violão
E nele compor uma nova canção³

Para falarmos sobre o trabalho com pessoas enlutadas faz-se necessário refletir sobre a morte e seus significados na sociedade e para os sujeitos. A morte implica a perda de uma pessoa com a qual se tem uma relação de parentesco, de amizade, de afeto. Py (2010), de maneira mais ampla, refere-se às perdas como virtuais, ou seja, o que se perde são as “expectativas de continuar a ter no futuro, os nossos bens, amores e as pessoas” (PY, 2010, p.11), que nos são importantes. Este autor afirma, ainda, que o que se perde é uma possibilidade, ou seja, “a possibilidade de ter essa pessoa conosco a partir do momento da perda” (PY, 2010, p.11).

Destarte, é importante considerar que o significado da morte não pertence somente a uma pessoa, mas que pertence ao contexto maior em que esta se encontra inserida.

[...] no caso da morte, em cada tempo e cultura existe um significado atribuído a ela. Inicialmente, esse significado é externo ao indivíduo, pertencendo à cultura. À medida que esse significado é internalizado, transforma-se num instrumento subjetivo da relação do indivíduo consigo mesmo. E assim, o significado externo adquire um sentido pessoal para o indivíduo. Em outras palavras: os conteúdos externos presentes na realidade objetiva têm significados construídos socialmente por outras gerações, outros homens. Através da atividade e das relações sociais que se estabelece com o meio, o indivíduo internaliza esses conteúdos e significados a partir de sua própria experiência e história de apropriações (ou seja, sua subjetividade). (COMBINATO, D. S e QUEIROZ, M.S, 2006, p. 214).

A perda, seja ela qual for, traz junto o sofrimento e este se apresenta de formas diversificadas, em expressões e manifestações que variam de pessoa a pessoa, e ela é validada ou não pelos familiares, amigos, vizinhos, enfim pela sociedade/cultura em que esta se encontra inserida.

³ Canção: Começo, meio e fim. Composição de Tavito - Ney Azambuja - Paulo Sérgio Valle

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

O sofrimento pode manifestar-se de diferentes maneiras em diferentes momentos pela perda de um ente querido. “Enquanto a perda é um fenômeno universal, a experiência do luto não é”. (WORDEN, 2013, prefácio). Isto quer dizer que, em algum momento ao longo da trajetória de vida, perdemos entes próximos e a experiência do luto pode apresentar semelhanças entre as pessoas enlutadas, mas ao mesmo tempo é uma experiência única, vivida por aquela pessoa de maneira muito particular.

Bader Sawaia (2006, p. 158), narrando a experiência realizada com mulheres moradoras de uma favela da cidade de São Paulo, apresenta o conceito “tempo de morrer” como a metáfora escolhida pela população atendida para nomear sua condição e seu sofrer. Sawaia (2006) propõe o “tempo de morrer” como uma tradução do sofrimento psicossocial vivenciado pelas mulheres, sendo caracterizado pelo momento em que o sofrimento passa a ocupar todas as esferas emocionais do sujeito, impedindo a ampliação de recursos emocionais, cristalizando a angústia e calando a voz frente ao sofrimento.

O processo de luto pode ser compreendido como “um exemplo de morte em vida que se caracteriza por um conjunto de reações diante de uma perda. Falar de perda significa falar de vínculo que se rompe, ou seja, uma parte de si é perdida; por isso, fala-se da morte em vida” (COMBINATO e QUEIROZ, 2006, p. 212). Reflete-se como uma transição psicossocial impactando todas as áreas de influência humana e por isto não deve ser restrita, em sua compreensão, ao psiquismo (BROMBERG, 1998), trazendo “a necessidade de considerá-lo uma experiência humana com raízes em diversas áreas do conhecimento” (BROMBERG, 1998, p. 10).

Apropriação do Território musical

A intervenção da Musicoterapia deve sempre ser muito cuidadosa e respeitosa, no sentido do musicoterapeuta estar atento a quem pertence este território, quais são seus códigos e relações já estabelecidas, mas especialmente quais são as possibilidades de novas reconfigurações, da

criação de novas relações, de novas formas de se habitar este território, de alargar as fronteiras e de caminhar para outros territórios.

Entendemos território como aquele que não se restringe a “um local físico, nem serve de referência para uma utopia. É um possível espaço a ser habitado de maneira nômade. Ele não é propriedade de alguém nem *terra de ninguém*” (PASSETTI, 2005, p. 42). É um espaço compartilhado no qual as fronteiras podem ser transpostas, que abriga diferentes e iguais. “Partilhamos ritmos diferentes e somos iguais por fazer coexistir nossas diferenças” (PASSETTI, 2005, p. 43).

Com as palavras de uma das participantes do Grupo de Apoio, após intervenção da Musicoterapia, “*O grupo que antes chorava, agora canta*”!, podemos pensar neste território como o que rompe; que rompe com o estabelecido, com o dado, com o aceitável, para movimentos anarquistas, no sentido de que

A anarquia estabelece afinidades secretas, trazendo-lhe a potência da saúde [...] As afinidades anarquistas também dependem do temperamento dos envolvidos, de diferentes formas de sensibilidades, jeitos de fazer, predisposições, enfim, as afinidades libertárias como se poderia presumir não são da ordem da ideologia. (PASSETTI, 2005, p. 46).

O grupo que se encontrava semanalmente para compartilhar suas dores, seus sofreres, suas perdas e para chorar juntas, passou a ansiar pela experiência musical, mostrando-nos pelas suas escolhas de canções, pela apropriação dos instrumentos e pela forma e desejo de tocá-los que havia muita vida pulsante nas participantes. O território da musicoterapia passou a romper as fronteiras do ‘papel de sofredor’ para um lugar de possibilidades, de vida.

O repertório de canções mostrou uma ampla variedade de estilos e épocas de cada uma das participantes, que viajaram pelas canções da infância, adolescência e vida adulta. O prazer pela experiência musical compartilhada estampou-se nos rostos, sorrisos, troca de olhares, perguntas referentes aos instrumentos, nas solicitações de canções e se materializa na frase de outra participante que diz: “*Nós temos Musicoterapia porque também precisamos de um alívio*”!

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Neste momento, evidencia-se uma transição do anterior “tempo de morrer” para o “tempo de viver”, proposto por Sawaia (2006) como um processo de tornar possível a luta pela vida, compreendendo que “o “tempo de viver” não se confunde com o viver bem, ele é um tempo de convite à vida, mesmo sendo uma vida sofrida” (SAWAIA, 2006, p. 159).

Segundo Vygotsky (1998, p. 316),

A arte introduz cada vez mais a ação da paixão, rompe o equilíbrio interno, modifica a vontade em um sentido novo, formula para a mente e revive para o sentimento aquelas emoções, paixões e vícios que sem ela teriam permanecido em estado indefinido e imóvel. Ela pronuncia a palavra que estávamos buscando, faz soar a corda que continuava esticada e muda [...]

A arte, e especificamente a música, passa a tornar audível o som de uma voz até então silenciada pelo sofrer, e a voz canta “*quero voltar àquela vida de alegria, quero de novo cantar!*”⁴ O processo criativo musical provocou a vivência de uma experiência que despertou a liberdade das emoções e do desejo, “recuperando o significado pessoal do criar na produção” (SAWAIA, 2006, p. 161), tornando o processo *transformativo*.

A experiência de quem acolhe

Diante do contínuo trabalho com o sofrimento psíquico, nos questionamos sobre como os profissionais são afetados com “o contato intenso e frequente com a dor, o sofrimento, a morte e o morrer” (COMBINATO, D. S e QUEIROZ, M.S, 2006, p. 215).

Trabalhar com pessoas que se encontram em profundo sofrimento pela perda de uma pessoa importante, nos coloca diante de reflexões sobre a finitude da vida, nos põe a (re)avaliarmos nossas relações pessoais, familiares, de amizade remetendo-nos a pensar nos impactos e no que isto tudo nos afeta, enquanto musicoterapeutas.

Este trabalho nos possibilitou refletir sobre os seguintes aspectos:

⁴ Canção: “Tristeza”. Composição de Haroldo Lobo e Niltinho (1966).

- A importância do trabalho em dupla terapêutica - coterapia.
- A limitação frente ao sofrimento grave;
- A percepção de que a música nem sempre pôde atuar;
- A experiência de ser lembrada constantemente de que faz parte da vida morrer;
- A valorização da vida e das pessoas;
- A angústia;
- O reconhecimento de que o terapeuta sofre também;
- A contínua necessidade de cuidar de si.

Considerações finais

Diante do grande desafio de acompanhar vozes silenciadas pela dor do luto, ficou evidente que as experiências musicais vivenciadas nos encontros de Musicoterapia se tornaram extensivas a outros aspectos sociais dos integrantes. Frente ao questionamento de como seriam julgados socialmente pelo fato de serem um grupo de *luto* que *canta*, o próprio grupo constatou de que é possível cantar a despeito de seu sofrimento, de sua perda, de seu luto, afinal, cantar também pôde expressar múltiplos sentimentos (nem sempre alegre nem sempre dolorido).

A experiência musical em Musicoterapia oportunizou um lugar para busca e identificação de outros sentimentos e representações/expressões para eles, seja pela palavra ou pela canção, sobretudo pela manifestação livre do papel social do sofredor, permitindo viver a vida, uma vez que o foco esteve no sujeito e em sua expressividade musical, e não no luto. Criar novas possibilidades, deslocar sentimentos do sofrimento para a expressão musical mais positiva, explorar sua própria musicalidade, compartilhar músicas e ações musicais, alargar fronteiras. Estas, talvez, tenham sido as maiores conquistas que as pessoas puderam se proporcionar e se apropriar.

Como nos fala Rubem Alves (2002, p.41):

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Pode ser que você ainda não tenha se dado conta disso, mas o fato é que todas as coisas belas do mundo são filhas da doença. O homem cria a beleza como remédio para o seu medo de morrer. Pessoas que gozam de saúde perfeita não criam nada. Se dependesse delas, o mundo seria uma mesmice chata. Por que haveriam de criar? A criação é o fruto do sofrimento.

Concordamos com Rubem Alves, quando afirma que o sofrimento é um campo fértil para a criação, entretanto ponderamos que possivelmente há potências de criação em outros territórios que não só o do sofrimento.

Referências

ALVES, Rubem. *O médico*. Campinas: Papirus, 2002.

BROMBERG, Maria Helena Pereira Franco. Introdução do livro *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*, de PARKER, Colin Murray. São Paulo: Summus, 1998.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia*, v. 11, n. 2, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413294x2006000200010&script=sci_arttext>. Acesso em 09 set. 2013.

MENDLOWICZ, Eliane. O luto e seus destinos. *Ágora*, v. III, n. 2, p. 87-96, jul./dez. 2000.

PASSETTI, Edson. Atravessando Deleuze. *Revista Verve*, n. 8, p. 42-48, 2005. Disponível em:

<<http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/download/5043/3575>>. Acesso em 05 set. 2013.

PY, Luiz Alberto. *Amor e superação: como enfrentar perdas e viver lutos*. Rio de Janeiro: Rocco, 2010.

SILVA, Adriana Cardoso de Oliveira e; NARDI, Antonio Egidio. Luto pela morte de um filho: utilização de um protocolo de terapia cognitivo-comportamental. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 32, n. 3, p. 113-116, 2010.

VALGAS, Helida Mara; Teixeira, Célia M. Ferreira S.; Sá, Leomara Craveiro de. No silêncio dos meus dias: Composição musical de uma mãe enlutada. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 14., Olinda, 2012. *Anais do XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*. Olinda: AMT-PE, 2012.

YALOM, Irvin D. *Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Contribuições da música na aquisição da linguagem

COVRE, Josiane Fernanda¹

OLIVEIRA, Celia Torres de²

Introdução

O processo de desenvolvimento infantil é complexo e multifacetado, envolvendo processos biológicos, tais como: maturação e crescimento, e sociais, como a interação na família e a vida escolar. Nesse processo de desenvolvimento tanto a música - por seu valor artístico, estético, cultural, cognitivo e emocional - como a linguagem - por sua funcionalidade, capacidade de integração e propriedades de comunicação - apresentam-se como componentes determinantes no processo de socialização, desenvolvimento e amadurecimento biológico, emocional e mental das crianças.

Ao observar similaridades entre os elementos neurofuncionais da música e da linguagem tais como: o compartilhamento de estruturas sensoriais, receptivas e de processamento auditivo, a atenção, a memória e a organização temporal e motora necessárias para a fala e para execução musical, Muszkat (2000) e Levitin (2009) passaram a ver a música como um importante estímulo à aquisição da linguagem e em alguns casos como recurso para restabelecer os padrões típicos de aquisição da linguagem.

Com relação à busca de auxílios para a aquisição ou a recuperação da linguagem, autores como Domingos (2009) e Anvari (2002) reafirmam que

¹ Josiane Fernanda Covre. Mestranda em Música UFG. Especialista em Educação Musical e Intervenção em Neuropediatria. Técnico de laboratório UFSCar. E-mail: josianecovre@gmail.com

² Celia Torres de Oliveira. Fonoaudióloga graduada - UCP/RJ – atuação clínica com bebês e crianças com alterações neuromotoras - formação no conceito neuroevolutivo – Bobath. Mestra em ciência da motricidade Humana - UCB/RJ e-mail celiatorresfono@gmail.com

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

a música pode se tornar um elemento facilitador dos processos de aquisição e/ou recuperação da linguagem quando utilizados procedimentos adequados de intervenção. Apesar de concordarem que existam proximidades cognitivas, neuronais e funcionais entre música e linguagem, autores como Goldemberg (2005) e Ilari (2005) apontam a existência de contradições e limitações nos estudos realizados até o momento, o que os faz considerar que este campo de estudos necessita de pesquisas em maior número e com maiores especificidades. Nesse contexto norteia-se este estudo pelas seguintes questões: Quais as relações e/ou trocas cognitivas existentes entre música e aquisição de linguagem? De que forma os estímulos musicais podem auxiliar na aquisição da linguagem?

Objetivos

O presente trabalho tem como objetivo identificar como os estímulos musicais podem auxiliar na aquisição da linguagem através do estudo das proximidades cognitivas e do processamento da música e da linguagem.

Metodologia

Como delineamento metodológico foi adotado a pesquisa bibliográfica, sendo utilizada como principal fonte de coleta de dados a pesquisa nas bases: Scielo – www.scielo.com.br - e Wiley Online Library – onlinelibrary.wiley.com - priorizando as duas últimas décadas de estudos nas áreas e utilizando como palavras chave: música, linguagem, processamento da linguagem, processamento musical e neurociências. Além dos artigos citados anteriormente, foram estudados livros das áreas de música, fonoaudiologia, musicoterapia e neurociências.

Resultados e discussão

Há tempos as trocas cognitivas e similaridades de processamento neurológico entre música e linguagem têm sido tratadas como mito ou dentro de um senso comum. Nos últimos 20 anos, porém, com o advento de

tecnologias de monitoramento das funções neurobiológicas associadas ao crescente interesse pelas propriedades terapêuticas da música, essas relações passaram a ser investigadas cientificamente.

Ao buscar estudos que relacionem música e linguagem, pode-se encontrar proximidades, diferenças marcantes e também processos colaborativos entre elas, tanto no que se refere a neurociências como no que se refere a processos cognitivos. Pode-se separar as similaridades entre música e linguagem em dois grandes grupos, o primeiro relacionado aos processos cognitivos, envolvendo a aquisição da linguagem e o desenvolvimento musical, e o segundo aos processos neurofuncionais, incluindo a recepção dos sons e o processamento de música e da linguagem.

Uma das principais formas de aprendizado na primeira infância é a imitação. Através da imitação a criança explora o universo ao seu redor através da simulação de atividades cotidianas, passando, assim, a identificar-se com os outros membros da família, o que lhe proporciona segurança e senso de pertencimento, despertando, também, o desejo de cada vez mais se assemelhar àqueles com quem convive.

Segundo Wichselbaum (2003), na música, a imitação expressa/carrega o caráter expressivo de uma obra, de um gesto, de uma intenção, tendo a capacidade de expressar uma impressão, um sentimento ou uma ubiquidade da experiência vivida. Nesse sentido, a música contém uma carga expressiva, onde gestos, caráter e movimentos podem ser percebidos.

Para Kaschub (1997), a imitação ativa das músicas ouvidas deve ser realizada no mesmo momento em que se aprende a falar por imitação, pois, através da repetição de padrões rítmicos, do canto e da utilização de gestos para refletir o caráter do excerto musical, as crianças internalizam ativamente ambas as experiências. A imitação e os processos de impregnação são citados também por Ilari (2001) que os associa às funções psicossociais, comunicação e emoção.

Os precursores desenvolvimentais da música, desde o início da primeira infância, na fase pré verbal e ao longo de toda ela, ocorrem sob a forma de comportamentos proto-musicais, os quais são exploratórios e cinesteticamente encadeados, intimamente ligados a interações

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

controladas no tempo, como brincadeira de vocalização e a movimentos corporais e envolvidos na modulação e regulação de estados afetivos. (ILARI, 2005, p.4)

A fala dirigida aos bebês (maternalês) é apontada por Ilari (2005) e Andrade e Konkiewltz (2011) como detentora de muitas características musicais, e alguns estudiosos chegaram a sugerir que a melodia (e não o conteúdo semântico das palavras) é a mensagem principal que os bebês captam. A fala musical do maternalês demonstra ser essencial na regulação emocional, na formação de vínculos e na orientação da atenção, agindo como um sinal social que assiste ao aprendizado da criança, incluindo a facilitação da percepção dos sons da fala e conseqüentemente o desenvolvimento fonológico. Além disso, a criança pré-verbal está atenta e responde igualmente aos contornos melódicos da fala e do canto dirigido a ela. A música e a linguagem se dissociam apenas quando as crianças aprendem a diferenciar o canto da fala. Mesmo assim, a música e a linguagem compartilham algumas propriedades acústicas como altura, ritmo e timbre, que podem ser traçadas no decorrer de toda a vida.

Já os estudos de Thompson, Schellenberg & Husanis, (2003) sugeriram que os músicos possuem uma habilidade superior aos não-músicos na percepção da prosódia na fala tanto em frases faladas como em frases musicais análogas. Segundo os pesquisadores, tal habilidade se estende à interpretação do conteúdo emocional, que é transmitido através da prosódia contida tanto na fala quanto na música (ILARI, 2005, p.5).

Para Berretin-Félix (2008) existe uma interdependência de níveis e processos para a aquisição da fala e Brito (2003) acredita que essa interdependência se apresenta também no desenvolvimento musical, afirmando que os seres humanos possuem os elementos fundamentais para o desenvolvimento musical: o instinto rítmico e auditivo, o sistema motor coordenativo e cognitivo, que à medida que se relacionam constroem a musicalidade da criança.

Segundo Feres (1998), nos bebês, os estímulos que exercem maior influência são aqueles provenientes da ligação afetiva entre a mãe e o bebê. A interação musical fornece um repertório para a mãe cantar e brincar com o filho, o que estimula o aprendizado do canto e da fala ao mesmo tempo.

Leixá (2004) afirma que a música beneficia na fala, através das músicas infantis como as cantigas de roda, sobre animais entre outras, onde as sílabas são rimadas e repetitivas, fazendo com que a criança entenda o significado das palavras através da repetição e da associação aos gestos que se faz ao cantar.

Para Andrade e Konkiewltz (2011), todas as línguas possuem uma prosódia (aspectos rítmicos e melódicos da linguagem) tonal. Assim como a linguagem verbal, a música se organiza em padrões intencionalmente estruturados de alturas (variação das frequências fundamentais dos tons complexos), durações e intensidades (metro e ritmo).

Por essas semelhanças, as sequências linguísticas e musicais compartilham princípios combinatórios que operam em múltiplos níveis. Da mesma forma que na linguagem, as sequências específicas de fonemas determinam sílabas e palavras e uma sequência específica de palavra determina frases e significados. Também na música, uma sequência específica de notas e suas durações determinam a singularidade de uma melodia. Não é mera coincidência que o ritmo de uma língua se reflete nos ritmos musicais daquela cultura e que a percepção rítmica é um aspecto perceptivo essencial na delimitação das fronteiras entre as palavras, da segmentação das palavras em sílabas e da percepção das rimas, e, conseqüentemente, no desenvolvimento das habilidades fonológicas. (ANDRADE E KONKIEWLTZ, 2011, p. 176)

Segundo Rocha (2011), Jean-Jacques-Rousseau (1712-1778) desenvolveu uma teoria a respeito de uma origem comum para fala e linguagem. Para Rousseau, teriam emergido juntamente fala e música e aos poucos se separado em formas verbais e formas musicais de comunicação, concluindo que fala e canto nunca estiveram juntos, mas, sempre em processo de diferenciação.

[...] a música pode ser a atividade que preparou nossos antepassados para a comunicação, por meio da fala, e para flexibilidade eminentemente representativa e cognitiva necessária para que nos tornássemos humanos. As atividades instrumentais e ligadas ao canto podem ter ajudado nossa espécie a aprimorar as habilidades motoras, abrindo caminho para o desenvolvimento do controle muscular de requintada precisão, necessário para a fala vocal ou gestual. (LEVITIN, 2010, p. 294).

Esse núcleo comum e a quase indissociação dessas áreas seria o motivo pelo qual Goldemberg (2005) afirma que música e linguagem, como modo de expressão, se encontram muito próximas, compartilhando inclusive termos como vocabulário, sintaxe e gramática.

Ao discutir a similaridade destas proposições estruturais, Sloboda (2008) afirma que as similaridades entre música e linguagem verbal podem ser encontradas em diversos contextos, pois ambas são manifestações comuns a todos os seres humanos e expressões inatas de cognição e comunicação. O autor comenta que crianças têm uma pré-disposição natural para o aprendizado das regras da linguagem e da música através da exposição a exemplos. As suas capacidades perceptivas precedem as capacidades produtivas e elas são capazes de compreender a existência de construções formais antes mesmo de serem capazes de inventar outras, compostas pelos mesmos elementos.

Levitin (2010) aponta estudos que acreditam que a música, por ser uma atividade complexa, pode ajudar a preparar o bebê em crescimento para a vida mental futura e, por ter muitas das características da fala, constitui-se uma forma de “praticar” a percepção da fala num contexto diferente, deixando-o preparado para as exigências a que terá de atender nos terrenos da linguagem e da interação social. Já que o que os bebês fazem é aprender regras e aplicá-las na percepção e geração de novas manifestações da fala. O processamento musical ajuda crianças pequenas a prepararem-se para a linguagem; pode abrir caminho para prosódia linguística, antes mesmo que o cérebro em desenvolvimento esteja pronto para processar elementos fonéticos.

Ainda falando de como os bebês recebem a música e adquirem a linguagem, Andrade e Konkiewtz (2011) afirmam que suas primeiras respostas são em relação ao conteúdo emocional e suas respostas motoras ao ritmo começam a ocorrer somente por volta de um ano com movimentos de corpo e cabeça. A periodicidade começa a se desenvolver entre os 2 e os 5 anos, estando a sincronização ainda limitada a uma gama muito restrita de tempos mais rápidos. Os autores do estudo argumentam que estes resultados ilustram as fortes conexões auditivo-motoras no processamento do ritmo,

envolvendo principalmente os sistemas vestibular e proprioceptivo, uma vez que não há engajamento de automovimento.

Falando sobre os paralelos entre a linguagem verbal e a musical, Muskat (2000) aponta que ambas dependem do ponto de vista neurofuncional, das estruturas sensoriais responsáveis pela recepção e pelo processamento auditivo (fonemas, sons), visual (grafemas da leitura verbal e musical), da integridade funcional das regiões envolvidas com atenção e memória e das estruturas eferentes motoras responsáveis pelo encadeamento e pela organização temporal e motora necessárias para a fala e para a execução musical. Além disso, observa-se, também, que durante tarefas rítmicas, ocorrem ativações na área de Broca, estendendo-se à ínsula vizinha, apontando que essa região cerebral tem um importante papel no processamento de sons sequenciais, o que sugere existir um elo neurobiológico entre o ritmo musical e a fala expressiva.

Nessa trajetória complexa de desenvolvimento de estruturas e habilidades, música e linguagem compartilham o uso de algumas estruturas cerebrais como descrito por Zitzow (2005). As estruturas subcorticais e os córtices auditivos para a escuta; o hipocampo e o córtex frontal inferior para a evocação da memória; o lobo frontal, o córtex motor para planejamento e execução; e os centros de linguagem, incluindo as áreas de Broca, Wernicke durante a apreciação e execução musical.

[...] é interessante notar que a música é reconhecida por circuitos cerebrais que são semelhantes àqueles que reconhecem a linguagem, e que os centros musicais, tal como os centros linguísticos, estão distribuídos por todo o cérebro. Entretanto estudos mostraram que embora o hemisfério esquerdo contenha usualmente a maior parte das áreas especializadas da linguagem a maioria das áreas especializadas da música estão no hemisfério direito. Alguns cientistas postulam que isso corre porque o que determina se o som que chega deve ser ou não considerado música está relacionado com o conteúdo emocional do som (RATEY, 2002, p. 295).

Ao comparar as relações entre música e linguagem verbal, Goldemberg (2005) afirma que esta comparação não produz conceitos falsos ou verdadeiros. Cada uma destas capacidades tem as suas próprias particularidades e ainda que utilizem os mesmos canais orais-auditivos de

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

comunicação, tenham uma forte componente motora e apresentem uma estrutura de organização hierárquica bastante semelhante, não é possível se falar em um compartilhamento abrangente.

Olhando para as possibilidades da música como auxiliar na aquisição da linguagem, Schön (2008) aponta três formas como a música é capaz de auxiliar na aquisição da linguagem. O primeiro é pelo apelo emocional causado por melodias conhecidas e pela interação com os cuidadores que aumentaria a atenção das crianças; o segundo pelo fato de os contornos melódicos facilitarem a discriminação fonológica e o terceiro a complexidade dos mecanismos musicais e linguísticos, sendo usados em conjuntos facilitariam o aprendizado.

Ao realizar pesquisas relacionando as duas áreas, Anvari (2002) aponta que há relações próximas entre as habilidades musicais e a consciência fonológica em crianças, favorecendo o processo da leitura. Em suma, pode-se citar como os principais estímulos que a música pode oferecer à aquisição da linguagem os seguintes:

- Discurso e interação: o contato visual, a iniciativa e a intenção comunicativa, a manutenção de diálogos respeitando as trocas de turno.
- Habilidades cognitivas: as funções executivas, memória, atenção, organização, planejamento, entre outras.
- Audição: o processamento auditivo, a discriminação, atenção e a memória auditiva.
- A linguagem: recepção e expressão linguística, tanto oral quanto gráfica.
- Quanto à fala/voz: o planejamento, a programação e o controle motor oral (como a precisão articulatória), a coordenação respiração-fala/canto, ressonância, fonação, extensão vocal, modulação de loudness e pitch, velocidade da produção, auxiliando na inteligibilidade da fala (KOKANJ-SANTANA e OLIVEIRA-SAKAMOTO, 2009, p.152).

Andrade e Konkiewltz (2011) acreditam que, além dos substratos neurais específicos (circuitos temporo-frontais do hemisfério direito), a música é o comportamento que mais envolve áreas cerebrais distintas e, por incluir as áreas linguísticas no hemisfério dominante e áreas visuo-espaciais e motoras em ambos os hemisférios, sua utilização traz benefícios na produção verbal, melhoria nas habilidades de comunicação e habilidades fonológicas, além da leitura e escrita.

Considerações finais

A partir do que foi descrito ao longo deste trabalho, pode-se identificar pontos de convergência entre o desenvolvimento musical e a aquisição da linguagem. São tidos como importantes os aspectos relacionados à percepção de fala e linguagem que fazem através dos processos de captação e processamento auditivo, além da estimulação da atenção e memória. A percepção é importante fator, pois, é através dessa via perceptiva que os bebês recebem a estimulação sensorial e seu conteúdo emocional.

Os processos imitativos, tanto para o desenvolvimento musical como para a aquisição da linguagem, ocorrem de forma bastante semelhante no processo de desenvolvimento, sendo possível considerar que atividades musicais sejam capazes de estimular o processo imitativo e experimental necessário para o desenvolvimento da linguagem oral.

Com relação aos processos neurológicos, a música e a linguagem dependem da mesma via de processamento auditivo para a captação de sons do ambiente. Pode-se observar que música e linguagem compartilham as mesmas estruturas, tanto para percepção como para o processamento de padrões rítmicos, e assim podemos considerar que ao estimular a audição, exploração, repetição de padrões rítmicos musicais, especialmente os da língua materna, facilitaremos os processos de compreensão e produção da linguagem que necessitam da ritmicidade.

Com relação ao vocabulário, apesar de saber-se que nos primeiros meses de vida a entonação é mais importante do que conteúdo semântico das canções, aos poucos as palavras cantadas vão sendo imitadas, o que proporciona estímulos à musculatura orofacial e através das letras a aquisição de um vocabulário novo.

Finalmente, pode-se falar que a música aproxima afetivamente pais e filhos, uma vez que o bebê entende que estão cantando para ele, reafirma sua importância e percebe através da entonação a ligação que se estabelece. O vínculo criado com a família se torna mais forte, uma vez que os pais geralmente cantam para seus filhos as músicas que ouviam na infância ou

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

que fazem parte de suas preferências, contextualizando sua linguagem e inserindo seu filho a sua cultura. Fortalecendo que o estímulo e a interação são essenciais para a aquisição da linguagem, pode-se mais uma vez considerar que a música contribui também no estabelecimento de vínculo e assim nos estímulos positivos oferecidos pelos cuidadores.

As considerações aqui postas partem do que foi descrito pelos autores selecionados, e assim considera-se como indispensável a realização de pesquisas de campo como forma de demonstrar a aplicabilidade dos estímulos musicais para a aquisição da linguagem.

Referências

ANDRADE, P.E. e KONKIEWLTZ, E.C. Fundamentos neurobiológicos da música e suas implicações para a saúde. *Neurociências*, n.03, p.172-183, 2011.

ANVARI, Sima; TRAINOR, Laurel J., et al. Relations among musical skills, phonological processing, and early reading ability in preschool children. *Journal of experimental child psychology*, 2002. Disponível em: <http://www.interactivemetronome.com/imppublic/Research/Temporal%20Processing/Reading/Research_Reading_anvari2002.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012.

BERRETIN-FÉLIX. Funções orofaciais, voz e o desenvolvimento da comunicação. In: LAMÔNICA, Dionísia A. C.(Org). *Estimulação da Linguagem (Aspectos teóricos e práticos)*. São José dos Campos, SP: Pulso, 2008.

BRITO, Teca Alencar de. *Música na Educação Infantil*. São Paulo: Peirópolis, 2003.

DOMINGOS, Ana Cristina Sanchez. A Musicoterapia e a aquisição da linguagem. In: NASCIMENTO, Marilena (Org). *Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico*. São Paulo: Memmon, 2009. p.113-119.

FERES, Josette. *Bebê: Música e Movimento: orientação para musicalização infantil*. São Paulo: J. S. M. Feres, 1998.

GOLDEMBERG, Ricardo. A impropriedade do raciocínio por analogia na análise comparativa entre música e linguagem verbal. *Revista OPUS*, Campinas, ano 11, n. 11, p. 260-269, 2005.

ILARI, Beatriz Senoi. A música e o desenvolvimento da mente no início da vida: investigação, fatos e mitos. *Revista eletrônica de musicologia*, v. IX, Out. 2005. Disponível em: <http://www.rem.ufpr.br/_REM/REMV9-1/ilari.html> Acesso em: 20 jun. 2012.

KASCHUB, Michele. Exercising the musical imagination. *Music Educator Journal*, MENC/USA, v. 84, n.3. p.26-32, nov, 1997.

KOKANJ-SANTANA, Andrea S.; OLIVEIRA-SAKAMOTO, Marla F. R. Musicoterapia e fonoaudiologia na clínica de lesão encefálica adquirida. In: NASCIMENTO, Marilena (Org). *Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico*. São Paulo: Memmon, 2009. p. 150-152.

LEIXÁ, Teresa Arribas. *Educação infantil: desenvolvimento, currículo e organização escolar*. Porto Alegre: Art Med, 2004.

LEVITIN, Daniel. *A música no seu cérebro: a ciência de uma obsessão humana*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

MUSKAT, M; CORREA, C.M. & CAMPOS, S.M. Música e neurociências. *Neurociências*, v. 8, n. 2, p. 70-75, 2000.

RATEY, John J. *O cérebro - um guia para o usuário*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

ROCHA, Maurílio Andrade. Leituras sobre música, as palavras e a voz. *PER MUSI*, Belo Horizonte, n.23, p.185-187, jan.-jul. 2011.

SCHÖN, Daniele, et al. Songs as an aid for language acquisition. *Cognition*, n. 106, 2008, p. 975-983. Disponível em: <http://www.incm.cnrs-mrs.fr/publication/schonccognition_08.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2012.

SLOBODA, J. A. *A mente musical: a psicologia cognitiva da música*. Londrina: EDUEL, 2008.

ZITZOW, Liz. *Music matching language*. New Scientist Magazine, Londres, 2005. Disponível em:

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

<<http://www.newscientist.com/article/mg18725101.000-music-matching-language.html>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

WEICHSELBAUM, Anete S. *Análise das composições musicais de alunos de escola de música: Uma investigação sobre possíveis diferenças no desenvolvimento musical de alunos com perfis distintos*. Rio de Janeiro, 2003. Dissertação (Mestrado) – PPGM, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

O Silêncio em Musicoterapia

- Um olhar sobre um Processo Grupal

FERREIRA, Sara Ataídes de Souza¹

ZANINI, Claudia Regina de Oliveira²

MEDEIROS, Ivany Fabiano³

Introdução

O silêncio tem sido visto como algo negativo que pode causar uma tensão que pode deixar as pessoas desconfortáveis ou embaraçadas; então, ele é interrompido por qualquer som que traga uma sensação de conforto, de proteção, que mascare o que as pessoas temem que ele possa vir a denunciar.

O nosso imaginário social destinou um lugar subalterno para o silêncio. Há uma ideologia da comunicação, do apagamento do silêncio, muito pronunciada nas sociedades contemporâneas. Isto se expressa pela urgência do dizer e pela multidão de linguagens a que estamos submetidos no cotidiano. Ao mesmo tempo, espera-se que se esteja produzindo signos visíveis (audíveis) o tempo todo. Ilusão de controle pelo que “aparece”: temos de estar emitindo sinais sonoros (dizíveis, visíveis) o tempo todo. [...] O silêncio, mediando as relações entre linguagem, mundo e pensamento, resiste à pressão de controle exercida pela urgência da linguagem e significa de outras e muitas maneiras. (ORLANDI, 1992, p. 37- 39)

Na música, o silêncio é utilizado para dar sentido aos sons que se intercalam, sendo representado pelas pausas musicais. A esse respeito Med

¹ Graduanda em Musicoterapia, EMAC-UFG, Goiânia-GO. E-mail: mtsaraferreira@gmail.com

² Doutora em Ciências da Saúde, Mestre em Música, Especialista em Musicoterapia em Educação Especial e em Saúde Mental. Professora do Curso de Musicoterapia e do PPG-Música da EMAC/UFG - Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, dos quais é ex-coordenadora. E-mail: mtclaudiazanini@gmail.com

³ Mestre em Música, Musicoterapeuta do CRER - Centro de Reabilitação Dr. Henrique Santillo, Goiânia-GO. E-mail: nanimedeiros1@yahoo.com.br

(1996) esclarece que os silêncios são “[...] momentos quando se interrompe a emissão do som” (p. 20) e também que “o silêncio é a ausência do som” (p. 21) necessário à construção, reprodução e compreensão da música estruturada, sendo possível quantificá-lo em termos gráficos musicais. Miyashita e Dreher (2002, p. 16) assinalam que o profissional da música compreende o lugar do silêncio nesta, porque sabe que “a pausa, o silêncio, não são meras interrupções de som, mas espera, preparação, ou seja, fazem parte da música de nossas vidas, e como tal devem ser respeitadas e apreciadas como constatação, reflexão de grandes verdades”.

Almeida e Camacho (2009) relatam que a arte associada à terapia é um campo aberto à experimentação por proporcionar um olhar diferenciado ao que se vê e à aceitação do outro sem preconceitos, permitindo uma nova escuta, um novo olhar, uma nova comunicação, um novo comportamento. Cunha (2001, p. 47) concebe que “a Musicoterapia foi definida como ‘a arte de harmonizar os silêncios para permitir a comunicação’. O musicoterapeuta escuta e trabalha com o silêncio”. Ele é uma importante ferramenta na Musicoterapia, abrindo a escuta do não sonoro do musicoterapeuta para com o paciente, e deste para consigo mesmo.

No contexto da Musicoterapia, em que predomina a comunicação não-verbal, o silêncio aparece, muitas vezes, como algo imprevisível e complexo, despertando emoções e sentimentos inesperados. Silêncios emocionais que podem refletir o medo, a raiva, a contemplação, a alegria, a dor, a insegurança e outras emoções, tanto do cliente quanto do musicoterapeuta. (CRAVEIRO DE SÁ, 2009, p. 505)

A mesma autora explica que ele “[...] transcende as barreiras da objetividade e abre aos espaços subjetivos e ao polissêmico. Espaço de múltiplos sentidos e significados, o silêncio, para alguns, [...] apresenta-se repleto de vida, espaço de movimento, de possibilidades”. (CRAVEIRO DE SÁ, 2009, p. 504) Na Musicoterapia pode ser um recurso que o grupo usa para “expor uma faceta diferente ou para encobrir um determinado momento, algo que não está conseguindo enfrentar” (CASTILHO, 1994, p. 79). Dias (2002) postula que o silêncio deve ser valorizado; a música ou o som não têm de estar presente obrigatoriamente em todas as atividades

propostas. Fica o questionamento sobre a possibilidade de existir um processo musicoterapêutico onde não haja espaço para o silêncio.

Benenson (2011, p. 44) recomenda: “aconselho o silêncio, o vazio e a quietude como unidade de percepção fundamental de referência. Porque o silêncio me permite escutar, o vazio me permite preenchê-lo e a quietude me permite observar o movimento”. Craveiro de Sá (2003, p.134) afirma que “em musicoterapia, o som e o não-som, o corpo (silencioso ou ruidoso) e a música (travestida de sons e, ao mesmo tempo, repleta de silêncios) podem nos conduzir, todos eles, ao silêncio”.

Neste estudo, trata-se do silêncio que Orlandi (1992) considera não como distanciamento e sim como presença, aquele que traz consigo toda a significação, todo o dizer.

Segundo Coelho (1999, p. 72):

Dentro das várias possibilidades da atuação da musicoterapia [...], se trabalharmos com a potencialidade da escuta musicoterápica na dinâmica do silêncio e nos seus processos de agenciamentos, podemos atuar não só num processo de reabilitação, mas num processo de vida, *uma escuta do ciclo da vida*.

É notável a articulação dos compositores entre a existência do som condicionada à existência do silêncio:

CERTAS COISAS - Composição: Lulu Santos / Nelson Motta

Não existiria som se não houvesse o silêncio
Não haveria luz se não fosse a escuridão
A vida é mesmo assim, dia e noite, não e sim...

Cada voz que canta o amor não diz tudo o que quer dizer
Tudo o que cala fala mais alto ao coração
Silenciosamente eu te falo com paixão...

Eu te amo calado como quem ouve uma sinfonia

De silêncios e de luz
Nós somos medo e desejo
Somos feitos de silêncio e som
Tem certas coisas que eu não sei dizer...

Objetivos

Objetivo Geral

- Observar a manifestação do silêncio nas sessões grupais de Musicoterapia.

Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão bibliográfica sobre o termo silêncio;
- Analisar a ocorrência de silêncio verbal e/ou silêncio corporal expressivo e buscar critérios para essa observação;
- Compreender se há contradições entre o silêncio verbal e a linguagem não verbal ou entre a verbalização e o silêncio corporal expressivo;
- Averiguar a reação do(s) musicoterapeuta(s) se o silêncio se apresentar nas sessões;
- Utilizar o Protocolo de Observação de Grupos elaborado na primeira fase da pesquisa “*A movimentação de grupos em musicoterapia - vivenciando musicalmente papéis grupais*”. (ZANINI, MUNARI E COSTA, 2009).

Metodologia

O presente projeto, de metodologia qualitativa, foi desenvolvido a partir da pesquisa bibliográfica sobre o silêncio e seus significados, os tipos de silêncio, sua influência em contextos grupais e o benefício terapêutico que ele pode trazer aos membros do grupo musicoterapêutico.

Minayo apud Minayo (2012) traz que as pesquisas qualitativas são estruturadas em elementos que possuem sentidos que se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação, e os resultados da análise se baseiam em compreender, interpretar e dialetizar. A autora ainda salienta

que “a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico” (MINAYO, 2011, s. p.).

A pesquisa de campo foi realizada pela observação de sessões de Musicoterapia, realizadas em um Complexo Gerontológico na cidade de Goiânia, com a condução de uma musicoterapeuta, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Música da UFG. Foram observados os fenômenos desencadeados nos indivíduos com mais de 50 anos, integrantes do grupo que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados das Fichas Musicoterapêuticas foram obtidos a partir de contatos com a musicoterapeuta.

Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados os relatórios, e a gravação de sessões em áudio e vídeo, com a autorização individual dos participantes do grupo. O Protocolo de Observação de Grupos (ZANINI, MUNARI e COSTA, 2009) foi utilizado para identificar a presença do silêncio nas sessões.

Resultados e discussão

Foram observadas nove sessões em um grupo de seis idosos que participam do Complexo em regime asilar, cujas intervenções musicoterapêuticas tinham como principal foco a estimulação da memória recente dos participantes.

Observou-se separadamente o silêncio verbal, traduzido aqui como a ausência da fala, e o silêncio corporal expressivo como não tocar instrumentos musicais, posto que os participantes ficavam sentados durante todo o período das sessões. Em sessões de Musicoterapia, Craveiro de Sá (2009) menciona que o silêncio pode se manifestar nos âmbitos verbal, corporal e sonoro-musical. São múltiplos os silêncios que podem aparecer em um grupo: de tensão; de conflito; de medo; de dor e de perda; de reflexão; de amor e de paz; de expectativa; de solidão; de dependência

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

transferencial; de atenção; de resistência e bloqueio emocional; de desinteresse; de depressão; por dificuldade de comunicação; de respeito; de mágoa; de adeus; de desconfiança; de vingança; de provocação; de defesa contra agressividade; de defesa contra sentimentos de inadequação, de defesa contra ser visto; de fantasias de morte; de ausência do terapeuta; simbiótico (espera que o terapeuta “adivinha” suas demandas); de controle, e todos eles abrigam algo (CRAVEIRO DE SÁ, 2009; ISOLAN, 2008).

O grupo demonstrou uma boa interação, pois os integrantes se conheciam e já realizavam outras atividades juntos na instituição. A expressão verbal esteve muito presente. A musicoterapeuta tocou violão na maioria das sessões e os membros do grupo, instrumentos percussivos como ganzá, chocalho, ovo sonoro, pandeiro, pandeiro meia-lua, caxixi, pau-de-chuva e bongô.

Nas sessões observadas, o silêncio verbal apareceu quando a musicoterapeuta solicitava que mencionassem alguma canção ou as atividades da sessão anterior. Houve muitas circunstâncias em que uma das participantes se recusou a participar quando a terapeuta propunha que cantassem, dizendo que não sabia cantar ou que não lembrava a letra da canção, ou que esta era feia, ou que estava ali somente para ouvir, ou que não havia motivos para se alegrar porque havia pouco tempo da morte de seu cônjuge e que isso lhe trazia muita tristeza. Cunha (2001, p. 47) postula que “a palavra é uma estrutura que se apresenta no relacionamento terapêutico, carregada de sentidos e investida de afetos; [...] ela é sempre o signo de um sentimento para aquele que a emite”.

Meira (2001, p. 105) destaca que “é inevitável que as dificuldades sejam quais forem do silencioso provoquem efeitos sobre o grupo e em relação ao grupo”, posto que se mostra um monopolizador do grupo, manifestando uma atitude de resistência. Quando surge o silêncio de amor e de paz ou de respeito, o grupo tende ao acolhimento e ao amor; quando o silêncio é de conflito ou de desinteresse, o grupo poderá se inclinar ao afastamento e, às vezes, até a hostilização do silencioso. Dessa forma, podemos dizer que o silencioso - de certa maneira - conduz ou induz o grupo (e até mesmo o musicoterapeuta) a uma reação ao seu silêncio.

Na segunda sessão, ao ser solicitado que cantassem, uma participante respondeu: *“Mas é o seguinte: pra nós cantá aqui tá sem jeito, porque eu não canto! Nós vamo só conversá, e aprontar pra outra segunda-feira. Arrastá esse povo tudo!”* Lopes (2001) explica que o silêncio nem sempre é intencional, se configurando em um resultado da impossibilidade de se expressar verbalmente. Nesta sessão pudemos observar vários significados no silêncio dessa pessoa: um silêncio de dor e de perda por estar só; de resistência e bloqueio emocional por não querer ou poder cantar, manifestar seus sentimentos; de depressão por não apresentar mais interesse em atividades alegres; e o de adeus ao cônjuge que partiu. Quando dizia que não sabia cantar ou que não se lembrava da letra da canção, o grupo solicitava que ela tentasse participar. Houve situações em que ela cantou baixinho umas duas frases do refrão de uma canção que dizia ser bonita. Diante desse posicionamento o grupo manifestava um silêncio de respeito. Liegner apud Isolan (2008, p. 62) relata que “alguns pacientes se sentem muito gratos e com uma sensação de liberdade quando lhes é permitido ficarem em silêncio”.

Cunha (2001, p. 48) ressalta que

O silêncio [...] pode significar a presença. Presença do ser, de algo que se quer revelar, ou que se deseja esconder, da confiança, da dor, da saudade, mas sempre a presença. Onde há silêncio há sempre uma mensagem sendo revelada, há uma pessoa encontrando-se consigo mesmo, há o suspense da próxima nota a ser tocada.

No caso desta participante, observou-se que seu silêncio pode ser considerado como a expressão de sentimentos que “ainda não podem ser representados por palavras, muito menos comunicados”, como expõe Lopes (2001, p. 157), porque segundo Cardoso e Cunha (2001, p. 1) “a palavra torna visível, resgatando do silêncio”. Ferreira (2009, p. 22) ainda alerta: “O dito não tem volta. E assusta. [...] Falar é revelar-se. É expor-se. É quebrar sigilo. É desvendar mistérios”. Apesar da possibilidade de causar sofrimento, o silêncio é usado como instrumento de defesa contra o temor de que possa vir uma angústia ainda maior, como denota Meira (2001). A autora considera que o silencioso pode parecer ao grupo alguém que se

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

abstém da exposição e do compromisso, percebendo-o como acomodado; podem senti-lo distante e indiferente, não disposto a dividir com o grupo o que se passa com ele. Neste estudo o grupo sempre procurava incluir esta participante nas atividades.

As frases: “Há momentos infelizes em que a solidão e o silêncio se tornam meios de liberdade” de Paul Valéry, e “Existe no silêncio tão profunda sabedoria que às vezes ele se transforma na mais perfeita resposta” de Fernando Pessoa, nos dão indícios do valor do silêncio para o silencioso, para o grupo e para o musicoterapeuta. Abordar o silêncio de forma afirmativa é estar aberto para compreendê-lo não mais como falta, ausência e privação, como afirma Peres (2009).

Com relação ao silêncio corporal expressivo, raros foram os momentos em que apareceu: duas vezes em que um ou dois participantes não tomaram posse de algum instrumento por alguns minutos, mesmo tendo sido indicado pela musicoterapeuta que o fizessem. Na última sessão, a musicoterapeuta propôs um amigo secreto musical, onde cada um entregaria um cartão ao amigo secreto com uma canção. Entregaram o cartão e abraçaram o amigo sorteado.

O Protocolo de Observação de Grupos (ZANINI, 2003; ZANINI, MUNARI e COSTA, 2009) permitiu identificar os momentos em que o silêncio se fez presente no decorrer do processo musicoterapêutico do grupo. Este instrumento pode ser útil por possuir categorias e aspectos da dinâmica grupal que podem ser descritos e detalhados.

Os aspectos observados confirmam as colocações de Isolan (2008, p. 68): “o silêncio pode estar repleto de palavras silenciosas, com conteúdos conscientes e inconscientes, cabendo ao terapeuta a função de acolhê-lo e de examiná-lo como se fosse uma comunicação como qualquer outra”.

Considerações Finais

O indivíduo que usa o silêncio constantemente enfrenta conflitos se estiver em um ambiente sonoro (como normalmente se espera do contexto musicoterapêutico), o que mostra a necessidade de que tenhamos um olhar

mais atento e compreensivo para essas pessoas. Indivíduos silenciosos podem fazer uso de objetos a sua volta para substituir a comunicação verbal, que são signos e variáveis extremamente comunicativos para um musicoterapeuta sensível.

O silêncio do paciente sempre traz algo latente que pode estar num nível inconsciente para ele que, neste caso, precisará de ajuda para vivenciar esse conteúdo em silêncio e, então, externalizá-lo para promover a superação de possíveis conflitos. Se o silêncio do paciente for intencional e consciente, ainda assim há algo não resolvido e o musicoterapeuta deve estar atento às contratransferências que esse tipo de silêncio pode gerar, evitando estacionar, interromper ou impedir o processo de cura deste paciente (cura são os resultados do processo musicoterapêutico de superação de conflitos consigo mesmo e com outros).

O grupo terá uma reação proporcional ao tipo de silêncio manifestado: acolhimento e amparo a esse membro ou o silêncio da espera que se refugia na paz, no amor e na reflexão ou indiferença e hostilidade ao silêncio de não aceitação, não participação e de violência.

O próprio grupo pode manifestar o silêncio para com o musicoterapeuta, demonstrando medo, ansiedade, raiva, violência, desinteresse, negação, resistência, espera, paz, reflexão, respeito, satisfação, compreensão e outros estados de humor que permeie todo o grupo em um determinado momento. A maneira de reagir ao silêncio grupal destinado ao musicoterapeuta fará diferença no rumo e velocidade do caminhar do grupo. O próprio silêncio do grupo pode comunicar a um indivíduo ou ao grupo o resultado de uma contratransferência ou de uma postura adotada por ele. Um dos membros do grupo pode se sentir criticado, discriminado e julgado, como também pode se sentir aceito, acolhido e amado pelo silêncio musicoterapêutico (o silêncio consciente e intencional do musicoterapeuta), assim como pode ocorrer o mesmo também com o grupo. Anavarvite (1958) apud Isolan (2008, p. 60) esclarece que “os sentimentos contratransferenciais despertados no terapeuta pelos silêncios poderiam levar a uma maior compreensão do material intrapsíquico tanto do paciente quanto do próprio terapeuta”.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

No grupo, o silêncio precisa ser recebido e vivenciado em sua potencialidade de comunicação, visto que, dependendo do posicionamento do musicoterapeuta diante dele, este pode sempre contribuir para o caminhar do silencioso, do grupo, e para ampliar a escuta musicoterapêutica. Craveiro de Sá (2009, p. 506) salienta a importância dos silêncios na escuta musicoterapêutica:

Escutar, em um *setting* musicoterapêutico, é ter a capacidade de silenciar-se internamente e perceber o sentir do seu cliente em suas várias formas de expressão: sua corporeidade; suas produções sonora, musical, verbal e imagéticas; suas gestualidades e temporalidades; seus silêncios.

O musicoterapeuta deve valorizar os momentos de silêncio que ocorrem no decorrer do processo musicoterapêutico, propiciando o máximo de benefícios terapêuticos que estes podem promover. É igualmente importante o musicoterapeuta vivenciar seu próprio silêncio, passando a compreender melhor, pela experiência, o silêncio presente nas sessões de Musicoterapia grupal, e como trabalhar com o silêncio dos seus pacientes.

No processo terapêutico, a pessoa pode precisar silenciar-se para se perceber. É possível que esses momentos sejam ampliados e possam trazer melhor e mais profunda reflexão ao ser. Em se tratando de um contexto musicoterapêutico, pode-se dizer que a seguinte frase traduz a importância e o espaço do silêncio na Musicoterapia: "Depois do silêncio, o que mais se aproxima de expressar o inexprimível é a música" (HUXLEY, 1931).

Referências

ALMEIDA, Luzia e CAMACHO, Maria José. Derrubar as Barreiras do Silêncio através da Música. *Revista Diversidades, Região Autônoma da Madeira*, Funchal, PT, ano 7, n. 24, p. 10-14, Abr./Jun. 2009. Disponível em: <http://agvcastroverde.drealentejo.pt/moodle/file.php/164/Diversidades/revistadiversidades_24.pdf#page=10>. Acesso em: 21 jun. 2012.

BENENZON, Rolando. Reformulación de algunos conceptos en el Modelo Benenzon. In: FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 13.,

Curitiba, 2011. *Anais...* Curitiba: Associação de Musicoterapia do Paraná, 2011. p. 34-45.

CARDOSO E CUNHA, Tito. *O Silêncio na Comunicação*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2001. Disponível em: <<http://bocc.ubi.pt/pag/cunha-tito-cardoso-silencio.html>>. Acesso em: 18 de outubro de 2011.

CASTILHO, Áurea. *Dinâmica do trabalho em grupo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1994.

COELHO, Lilian Monaro Engelmann. A escuta do silêncio: Atendimento de paciente em coma. In: FÓRUM PAULISTA DE MUSICOTERAPIA DE SÃO PAULO, 1., São Paulo, 1999. *Anais eletrônicos...* São Paulo: APEMESP, 1999. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/19803294/artigoescutasilencio>>. Acesso em: 30 mar. 2011.

COMPLEXO GERONTOLÓGICO SAGRADA FAMÍLIA. *Organização das Voluntárias de Goiás*. Disponível em: <<http://www.ovg.org.br/index.php?idEditoria=3878>>. Acesso em: 29 de junho de 2012.

CRAVEIRO DE SÁ, Leomara. *A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia*. Goiânia: Editora UFG, 2003.

_____. Formas de silêncio em musicoterapia: sentidos e significados. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009. *Anais...* Curitiba: Associação de Musicoterapia do Paraná, 2009. p. 503-508.

CUNHA, Rosemyriam. Escuta Terapêutica: sons, silêncios e palavras. In: FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 3., Curitiba, 2001. *Anais...* Curitiba: Associação de Musicoterapia do Paraná, 2001. p. 45-48.

DIAS, Magali. O ser musical. In: FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2011. *Anais...* Curitiba: Associação de Musicoterapia do Paraná, 2011. p. 46-58.

FERREIRA, João Batista. Palavras do silêncio. *Cadernos de Psicanálise - CPRJ*, Rio de Janeiro, ano 31, n. 22, p. 13-36, 2009. Disponível em: <http://www.cprj.com.br/imagens/cadernos/03.PALAVRAS_DO_SILENCIO.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2012.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

HUXLEY, Aldous. Silêncio. In: Musica at Night, 1931. Wikiquote. Disponível em: <<http://pt.wikiquote.org/wiki/Sil%C3%A0ncio>>. Acesso em: 17 jun. 2012.

ISOLAN, Luciano. Considerações sobre o silêncio em psicoterapia de orientação analítica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Porto Alegre, v. 10, p. 57-70, Ago. 2008.

LOPES, Fábio Firmino. O silêncio como linguagem. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Porto Alegre, v. 3, p. 147-158, 2001.

MED, Bohumil. *Teoria da Música*. 4. ed. Rev. e Ampl. Brasília: Musimed, 1996.

MEIRA, Ana Cláudia dos Santos. “O Silêncio Fala”. Sim, mas o quê? Reflexões sobre o “Silencioso” no Grupo. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Porto Alegre, v. 3, p. 101-110, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lang=pt&tlng=> Acesso em: 01 ago. 2012.

MIYASHITA, Eliane e DREHER, Sofia Cristina. Um Ensaio sobre a Vida. In: FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 4., Curitiba, 2002. *Anais...* Curitiba: Associação de Musicoterapia do Paraná, 2002. p. 14-20.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1992.

PERES, Francine Simões. Com a palavra o silêncio. *Cadernos de Psicanálise - CPRJ*, Rio de Janeiro, ano 31, n. 22, p. 157-171, 2009. Disponível em: <http://www.cprj.com.br/imagenscadernos/12.Com_a_palavra_o_silencio.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2012.

PESSOA, Fernando. *Frase de Fernando Pessoa*. Frazz. Enviado por Débora Carpanêdo em 29 de abril de 2010. Disponível em: <http://www.frazz.com.br/frase.html/Fernando_Pessoa-Existe_no_silencio_t-80620>. Acesso em: 17 jun. 2012.

PRECONIZAR. In: *Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=preconizar>>. Acesso em: 28 jun. 2012.

SANTOS, Lulu & MOTA, Nelson. *Certas coisas*. Letras. Disponível em: <<http://letras.terra.com.br/lulu-santos/35063/>>. Acesso em: 31 mar. 2011.

VALÉRY, Paul. *Frases sobre a Solidão*. Quem disse. Código da frase: CXG4PY3FJDD47IO96924 Disponível em: <<http://www.quemdisse.com.br/buscador.asp?key=Paul+Val%E9ry&p=1>>. Acesso em: 16 jun. 2012.

ZANINI, Claudia Regina de Oliveira. *A movimentação de grupos em musicoterapia - vivenciando musicalmente papéis grupais*. Projeto de Pesquisa, 2003 (n/p).

ZANINI, C.R.O.; MUNARI, D.B.; COSTA, C.O. Proposta de Protocolo para Observação de Grupos em Musicoterapia. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009; FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 11., Curitiba, 2009; ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 9., Curitiba, 2009. *Anais...* Curitiba: Griffin, 2009. Disponível em: <https://docs.google.com/fileview?id=0B73Xng5XEkFNWExYTM2ZDktZDk5MS00NTdkLTNmNjktMzhmNTc5ZTg2MTFj&hl=pt_BR> Acesso em: 01 dez. 2011.

A relação entre a expressão corporal e a dinâmica do grupo em musicoterapia

*SILVA, Ludmila de Castro*¹

*ZANINI, Claudia Regina de Oliveira*²

Introdução

O sorriso, os gestos, o olhar, os sons, a aparente passividade e até o silêncio são caminhos pelos quais refletimos aquilo que faz parte do nosso mundo interior (CAMPO apud FREGTMAN, 1989). Por meio do corpo nos expressamos verbalmente e não verbalmente. Mailhiot (1981, p. 71) afirma que “a comunicação verbal e a comunicação não verbal não estão sempre sincronizadas e sintonizadas no mesmo indivíduo. Às vezes o não verbal está em dissonância com o verbal”.

A Musicoterapia propõe intervenções terapêuticas que são baseadas na relação corpo-som-música, compreendendo as expressões corporais, sonoras e musicais como formas de comunicação não verbal (NASCIMENTO et al. 2009). Segundo Fregtman (1989) a musicoterapia trabalha com a expressão em três níveis: a linguagem sonora, a linguagem corporal e a linguagem verbal. Grimson, citado por Fregtman (1989, p. 17) afirma que “Integrar a música à terapia é integrar o corpo, porque a música é feita, dita, tocada e cantada como manifestação corporal”.

¹ Musicoterapeuta pela Universidade Federal de Goiás (2011). Goiânia - Goiás. E-mail: ludmilacast@gmail.com.

² Doutora em Ciências da Saúde/Universidade Federal de Goiás - UFG, Mestre em Música/Escola de Música e Artes Cênicas - EMAC/UFG, Especialista em Musicoterapia em Educação Especial e em Saúde Mental/EMAC/UFG, Graduada em Piano/UFG e Administração de Empresas/UCG. Pesquisadora e Profª do Curso de Musicoterapia e do Programa de Pós-Graduação em Música da EMAC/UFG, do qual é ex-coordenadora (2010-13). Líder do NEPAM - Núcleo de Musicoterapia (Grupo de Pesquisa do CNPq). Goiânia – Goiás. E-mail: mtclaudiazanini@gmail.com.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Rangel (2009) concebe o corpo como um instrumento musical rico, sensível e dinâmico, que tem relação com outros instrumentos musicais e corporais, através do ritmo, de sons e de movimentos. Benenzon (1998) classificou os instrumentos como sonoro-musicais-corporais. O autor afirma que o instrumento mais importante em Musicoterapia é o próprio corpo humano, devido a suas potencialidades sonoro-vibracionais (ANSAY et al., 2009, p. 384).

Iazetta (1997), fazendo uma relação entre música e gestos, afirma que o gesto que acompanha a música desempenha o papel de gerador de significação, compreendendo que certos acontecimentos sonoros são melhor compreendidos através de gestos que reproduzem ou representam esses sons.

De acordo com Baranow (1999), o fazer sonoro/musical implica num movimento que engloba desde o movimento das cordas vocais até o corpo como um todo, recebendo e enviando vibrações. A autora compreende que, em um trabalho musicoterapêutico, o trabalho corporal é intrínseco ao sonoro-musical e este é fundamental e se constitui em um elemento indispensável a ser observado e trabalhado durante o tratamento. “O movimento está inserido no ato de tocar um instrumento e a expressão sonora é antes, uma expressão corporal.” (BARANOW, 1999, p. 29).

Na perspectiva do trabalho musicoterapêutico com grupos, Baranow (1999) levanta alguns aspectos que podem ser trabalhados: a livre expressão sonora, vocal, corporal e instrumental; a melhora na comunicação; a integração grupal; a percepção do outro e de si mesmo, a percepção sonora/corporal e a criatividade, dentre outros.

Em um grupo de musicoterapia, a observação dos aspectos subjetivos vai além dos presentes na produção sonoro-musical, considerando todas as manifestações subjetivas, como por exemplo: a forma que a música está sendo produzida, a forma com que as pessoas tocam um instrumento, as expressões faciais das pessoas durante a produção musical no *setting*, entre outros (PORTO e ZANINI, 2006).

Moscovici (2002, p. 24) afirma que “um olhar, um sorriso, um gesto, uma postura corporal, um deslocamento físico ou de aproximação ou afastamento constituem formas não verbais de interação entre as pessoas”. “Mergulhar no corpo leva necessariamente à relação do corpo com o corpo do outro, desenvolvendo um plano de encontro” (GRIMSON, 1982 p. 17).

Tendo em vista os aspectos que concernem à dinâmica grupal, Mailhiot (1981) comenta que a comunicação não verbal e a expressão corporal são aspectos que têm contribuído para a ampliação da compreensão dos processos grupais.

O grupo é um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma tarefa específica (PICHON RIVIÈRE, 1994). Segundo Freire (1992), mesmo tendo um objetivo mútuo no grupo, cada participante se apresenta diferente um do outro e portador de sua própria identidade. Considerando estas individualidades, Pichon-Rivière (1994) sustenta que determinadas pessoas vão assumir determinados papéis de acordo com as suas características pessoais. Segundo o autor, as nossas relações com os outros estão fundamentadas na atribuição de papéis, que são atitudes assumidas consciente ou inconscientemente em um dado contexto social. Ele denominou os papéis assumidos por membros de um grupo: líder de mudança, líder de resistência, sabotador, porta-voz e bode expiatório.

O líder de Mudança é aquele que leva o grupo para cima, o que enfrenta as dificuldades, que sugere caminhos e saídas. Ao contrário deste, o líder de resistência apresenta dificuldade no contato com o novo, com o diferente, ele “puxa o grupo para trás” (PICHON-RIVIÈRE, 1994, p. 62). Sabotador é aquele que se opõe à tarefa do interior do grupo. O porta-voz capta os conflitos, os impasses que o grupo está vivendo e consegue devolvê-los ao grupo, se “responsabiliza em ser a ‘chaminé’ por onde emergem as ansiedades do grupo” (PICHON-RIVIÈRE, 1994, p. 63). O Bode Expiatório é aquele que, quando o grupo está em conflito e há confrontos e desafios que o grupo não quer enfrentar, joga tudo nele e ele recebe. O grupo atribui o diferente, o confronto, o novo e a dificuldade ao bode expiatório (PICHON-RIVIÈRE, 1994 apud FREIRE, 1992).

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Além da distribuição de papéis, nos grupos terapêuticos estão presentes processos devidos à psicodinâmica grupal como conflitos, mecanismos de defesa, identificações, transferências, resistências, entre outros (PICHON-RIVIÈRE, 1994).

Acerca da observação da dinâmica grupal em Musicoterapia, Zanini, Munari e Costa (2009) acreditam que cabe ao musicoterapeuta estar aberto e em sintonia com o grupo, buscando a compreensão dos constantes movimentos desse. Para tanto, pode-se utilizar instrumentos como relatórios, gravações, filmagens e protocolos de observação que auxiliem na tarefa de apreender os acontecimentos musicais, as expressões corporais e as interações humanas no processo grupal musicoterapêutico.

Objetivos

O objetivo geral deste trabalho foi observar as relações entre a Expressão Corporal e a Dinâmica do grupo em Musicoterapia. Foram definidos como objetivos específicos: Observar e analisar a expressão corporal dos componentes de um grupo de musicoterapia, buscando compreender as suas relações na dinâmica grupal; utilizar os conhecimentos de leitura e expressão corporais apreendidos durante o curso de Musicoterapia na EMAC/UFG, exercitando assim a leitura e escuta do corpo; validar a utilização do Protocolo de Observação de Grupos, analisando como este pode contribuir para a leitura e análise musicoterápica no que diz respeito ao aspecto da expressão corporal.

Metodologia

A presente pesquisa, com uma abordagem qualitativa, foi desenvolvida em duas etapas. Na primeira etapa foram realizados encontros semanais com a orientadora, com formato de estudo dirigido, baseado em pesquisas bibliográficas e visando o conhecimento dos principais temas envolvidos, a Dinâmica Grupal e a Musicoterapia. A segunda etapa do projeto baseou-se em observações de sessões grupais de Musicoterapia, com

foco principalmente nos aspectos relacionados à expressão corporal e à dinâmica do grupo.

O grupo observado foi coordenado por uma musicoterapeuta mestranda da EMAC/UFG, que realiza sua dissertação na linha de pesquisa “Música, Educação e Saúde”. Os sujeitos da pesquisa foram alunos de graduação e pós-graduação da UFG que apresentavam estresse.

A coleta de dados foi realizada através do Protocolo de Observação de grupos em Musicoterapia (ZANINI, 2003), relatórios descritivos das sessões, filmagens e gravações das mesmas. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Consentimento da Participação como Sujeito de Pesquisa, consentindo a sua participação e autorizando os procedimentos para a coleta dos dados.

A pesquisadora observadora (Participante do PIVIC – Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica) manteve-se na sala de atendimentos durante a sessão e, após cada uma, preenchia o Protocolo de Observação de Grupos e redigia os relatórios da sessão. Durante toda a pesquisa, foram realizadas supervisões semanais com a professora orientadora do projeto.

Resultados e Discussão

Conforme descrito na metodologia, após os estudos dirigidos foram observadas seis sessões de Musicoterapia, realizadas com grupo de dez participantes, com idades a partir de dezoito anos, que aconteceram semanalmente, com duração de sessenta a setenta e cinco minutos. Os principais pontos observados no decorrer das sessões serão descritos a seguir e relacionados com a fundamentação teórica apreendida na primeira etapa do presente estudo.

Na primeira sessão, a musicoterapeuta propôs ao grupo uma atividade em que estes teriam que se apresentar falando ou cantando o nome e fazendo um gesto. Observou-se que alguns participantes tiveram dificuldade em fazer os gestos. De acordo com Iazetta (2009), o gesto que acompanha a música tem um papel fundamental como gerador de

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

significação. De certo modo, nós aprendemos a compreender os acontecimentos sonoros com o auxílio dos gestos que produzem ou representam esses sons. Na sessão observada, a dificuldade ou facilidade em se expressar com voz e corpo pode ter demonstrado menor ou maior abertura para se envolver em um trabalho de grupo.

Na segunda sessão ocorreu uma atividade de Improvisação Musical³, segundo Bruscia (2000). Os instrumentos musicais foram disponibilizados no centro do *setting* musicoterápico e cada participante elegeu um instrumento. Em seguida, foi dada consigna para que explorassem o som e depois procurassem se juntar aos outros participantes do grupo em função da proximidade dos sons escolhidos por eles. No momento final da atividade foi formado um único grupo e todos improvisaram juntos.

Um dos participantes conduziu a produção sonora com o atabaque, marcando o ritmo e, quando parou de tocar, o grupo também parou. Todos os olhares voltaram-se para o participante, que quando parou foi questionado pelo grupo que parecia querer continuar a segui-lo. Observamos nos seus movimentos e escolha de um instrumento de grande porte que houve o desempenho de um papel de liderança no grupo.

De acordo com Fregtman (1989), a escolha do instrumento musical funciona como um recipiente projetivo do indivíduo e determina a distribuição de papéis dentro de um grupo. Lélis (2009) afirma que os instrumentos musicais que escolhemos em uma sessão de musicoterapia atuam como amplificadores corporais externos de nossos sentimentos, sensações e expressões. Na sessão observada, o instrumento escolhido e a forma de tocá-lo (intensidade forte) amplificou o papel do participante em relação ao grupo.

Outro fato que chamou a atenção nesta sessão é que, no momento em que foi dada a consigna para que todos os participantes tocassem juntos, o grupo foi aos poucos se abrindo para integrar todos os participantes em um círculo. Essa abertura do grupo pode ser entendida como busca pela

³ Nas experiências de improvisação o cliente faz música tocando ou cantando de forma improvisada, criando um ritmo, canção ou peça musical de improviso.

integralização e inclusão do outro. Ostetto (2009), fazendo referência à simbologia do círculo, alega que este é associado às noções de mudança, de incorporar, dar e receber e remete à perfeição, à ausência de distinção ou divisão, ao equilíbrio, à totalidade, integração de diferenças e interdependência.

Nas primeiras sessões, quando a musicoterapeuta abria espaço para os integrantes do grupo falarem sobre seus sentimentos e fazerem observações acerca de sua produção sonora, houve momentos de silêncio e nesses momentos o olhar da musicoterapeuta pareceu ser algo que incomodava o grupo. Alguns participantes verbalizaram frases como: “Você está olhando pra mim porque quer que eu fale né?” ou “Não vou olhar para você”.

O olhar da musicoterapeuta pode ter sido interpretado pelo grupo como cobrança, exposição e invasão. Conforme Davis (1979, p. 68), “o olhar sustentado e fixo é uma forma de ameaça para muitos animais e para o homem”. O contato visual permite a percepção dos sentimentos e do estado de espírito da outra pessoa, ele “nos faz sentir extremamente abertos, expostos e vulneráveis” (DAVIS, 1979, p. 71).

Em uma das sessões, o grupo realizou uma atividade na qual tinha que fazer um som acompanhado com gestos. Nesta atividade, um dos integrantes que dizia ter fobia social,⁴ fez seus gestos de frente para a câmera que filmava a sessão. Este sinalizou aos demais para que o seguissem, o grupo começou a acompanhar os gestos desse integrante, apontando para a câmera também.

Através dessa atividade observamos que este integrante se mostrou mais desinibido, interagindo, estimulando e liderando o grupo através de sua expressão gestual. Segundo Silva (2006, p. 60), “a atividade corporal visível, assim como a atividade fonética audível influenciam o comportamento dos outros membros de um grupo”. O fato de o participante ter apontado para a câmera pode ser interpretado como uma forma deste se

⁴ A fobia social “trata-se de uma timidez tão dolorosa emocionalmente, que muitas das pessoas que sofrem desse distúrbio evitam qualquer tipo de contato social” (ROSS, 1995, p. 49).

mostrar, vencendo a timidez, mostrando-se uma pessoa extrovertida, ficando à vontade frente ao grupo.

Na quinta sessão, a musicoterapeuta propôs ao grupo que estes fizessem uma paródia⁵ de uma música que eles gostassem, falando acerca de suas qualidades. A paródia de uma das integrantes falava sobre a sua satisfação em estar com o grupo. Essa satisfação pode ser percebida pelo sorriso desta ao cantar a paródia e por sua postura em relação ao grupo.

De acordo com Silva (2006), a posição do corpo em relação a um sistema de referência ou a alguém, indica duas situações contrárias: acolhida e aproximação ou desafio e rejeição. Nesse caso, a postura da integrante em relação ao grupo remete a noções de aproximação e entrega para o grupo.

Ao contrário desta situação, houve, durante o processo do grupo, momentos em que certos integrantes estavam com uma postura fechada, por exemplo, com os braços cruzados em suas pernas. Esta postura remete a noções de afastamento, de dificuldade de se expor e se entregar para o grupo. Conforme Silva (2006, p. 60), “nenhum movimento ou expressão corporal é destituído de significado no contexto em que se apresenta”. Segundo a autora citada, a postura da pessoa indica o tipo de relação estabelecida com os outros, domínio ou submissão, intensidade do relacionamento e tentativa de fortalecer o vínculo.

Na última sessão observada, foi realizada uma Audição Musical⁶, com as músicas que cada um dos integrantes havia escolhido como uma música que os trazia alegria e boas lembranças⁷. Durante essa experiência, os

⁵ Na paródia o cliente substitui a palavras, frases ou a letra inteira de uma canção existente, mantendo a melodia e harmonia originais da música (BRUSCIA, 2000).

⁶ Nas experiências de Audição Musical “o cliente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade” (BRUSCIA, 2000, p. 129).

⁷ Os integrantes escolheram essas músicas durante uma atividade que foi realizada na terceira sessão. As músicas escolhidas foram: Chove chuva (Falamansa); A montanha (Roberto Carlos); A casa do campo (Elis Regina); No dia em que eu saí de casa (Zézé di Camargo e Luciano); Chocolate (Marisa Monte); Tocante em frente (Almir Sater; Rodamoinho (Chico Buarque); A barca (Pe. Zezinho); Não vou me adaptar (Titãs); Fera Ferida (Gal Costa); Metamorfose Ambulante (Raul Seixas); e O que é o que é (Gonzaguinha).

integrantes do grupo se moviam batendo os pés e/ou as mãos. Benenzon (1985), citado por Sousa (2006), afirma que o movimento e o som se complementam, sendo assim, “todo movimento tem dentro de si mesmo um som e todo som gera e é gerado por um movimento” (p. 18). Após a atividade, os integrantes verbalizaram que sentiram vontade de se expressar corporalmente quando estavam ouvindo as músicas. No final da sessão, uma das participantes deu ideia para o grupo dançar, então escolheram a música “O que é, o que é” (Gonzaguinha) e todos começaram a dançar.

Esse movimento do grupo, de dançar juntos, demonstrou uma congruência e integração entre seus membros. Segundo Silva (2006), quando as pessoas estão interagindo através da mesma expressão, estas estão sintonizadas umas com as outras, partilhando dos mesmos ritmos, interesses e movimentos.

A participante que incentivou o grupo a dançar assumiu os papéis de porta-voz e líder (PICHON-RIVIÈRE, 1994) do grupo em todas as sessões observadas. Isso pode ser percebido pela forma que esta se expressava corporalmente nas sessões. Quando todos os participantes tocavam juntos, esta integrante sempre tocava com o corpo para frente e mantinha contato visual com os demais integrantes. Quando o grupo diminua o volume de sua produção sonora, esta tocava mais forte, fazia movimentos mais amplos, tentando incentivar os demais a continuar a produção sonora, exercendo assim um papel de liderança sobre o grupo.

Considera-se também que a participante em questão desenvolveu o papel de porta-voz do grupo, principalmente nesta última sessão, pois esta captou a necessidade que o grupo tinha naquele momento (se expressar corporalmente através da dança) e sinalizou isso para o grupo, convidando-os a dançar. Os demais participantes do grupo prontamente aderiram à proposta e verbalizaram que também sentiram o desejo de dançar.

Todos os aspectos apreendidos das observações demonstram a importância dos registros das sessões no decorrer do processo terapêutico em Musicoterapia. A utilização do Protocolo de Observação de Grupos em Musicoterapia (ZANINI, MUNARI e COSTA, 2009), como mais um

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

instrumento de coleta de dados, ao final de cada sessão, facilitou a compreensão dos aspectos relacionados à expressão corporal de cada participante do grupo e a análise da relação destas com a dinâmica grupal.

Considerações Finais

A presente pesquisa apresentou relações entre a expressão corporal e a dinâmica do grupo em Musicoterapia e a forma com que os integrantes do grupo se expressaram corporalmente, forneceram dados que enriqueceram e favoreceram a compreensão da dinâmica grupal. Tendo em vista os aspectos subjetivos presentes na expressão corporal dos participantes de um grupo, a utilização do Protocolo de Observação de Grupos em Musicoterapia, (ZANINI, MUNARI e COSTA, 2009), mostrou-se essencial para a análise e leitura musicoterapêuticas, enriquecendo-as com percepções e observações que são importantes para a conduta do musicoterapeuta diante do processo (PORTO e ZANINI, 2006).

O musicoterapeuta que trabalha com grupos tem vários aspectos importantes para observar em uma sessão, pois há várias minúcias presentes no processo de um grupo, que são de extremo valor para a compreensão da dinâmica grupal, que podem passar despercebidas. O Protocolo de Observação de Grupos em Musicoterapia (ZANINI, MUNARI e COSTA, 2009), contempla essas minúcias e ajuda o observador/musicoterapeuta a ter uma visão mais detalhada e sistematizada do processo do grupo.

Diante da ciência dos aspectos que envolvem a dinâmica grupal e da riqueza da expressão corporal em um processo musicoterapêutico, é essencial que o musicoterapeuta se atente aos aspectos que dizem respeito ao corpo, relacionando-os com os aspectos verbais e musicais presentes no *setting* musicoterapêutico, pois estes poderão ampliar a compreensão dos processos grupais em Musicoterapia.

Referências

ANSAY, N. N.; CARDOSO, L. N.; PEDROSA, F.G et. al. Adaptação de Instrumentos para pessoas com necessidades especiais no contexto

musicoterapêutico. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009; FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 11., Curitiba, 2009; ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 9., Curitiba, 2009. *Anais*. Curitiba: Griffin, 2009.

BARANOW, A. L. V. M. *Musicoterapia: uma visão geral*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

BARCELLOS, L. R. M. *Cadernos de musicoterapia n. 1*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

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

DAVIS, F. *A comunicação não-verbal*. Tradução de Antônio Dimas. São Paulo: Summus, 1979.

FREGTMAN, C. D. *Corpo, música e terapia*. São Paulo: Cultrix, 1989.

FREIRE, M. (Org.) *Paixão de aprender*. Petrópolis: Vozes, 1992.

IAZZETTA, F. A música, o corpo e as máquinas. *Revista Opus*, 1997 – eca.usp.br. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar>>. Acesso em: 14 dez. 2009.

LÉLIS, C. M. C. Corpo: Lugar de sons e ressonâncias. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009. FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 11., Curitiba, 2009; ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 9., Curitiba, 2009. *Anais*. Curitiba: Griffin, 2009.

MAILHIOT, G.T. *Dinâmica e Gênese dos grupos*. São Paulo: Duas Cidades, 1981.

MOSCOVICI, F. *Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2002.

NASCIMENTO, S. R. et. al. Aplicabilidade da Musicoterapia na Educação: desafios e possibilidades. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009. FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 11., Curitiba, 2009; ENCONTRO NACIONAL DE

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 9., Curitiba, 2009. *Anais*. Curitiba: Griffin, 2009.

OSTETTO, L. E. Na dança e na educação: o círculo como princípio. *Educ. Pesqui.* São Paulo, v. 35, n. 1, Apr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022009000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jun. 2011.

PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal. (El proceso grupal). Trad. de Marco Aurélio Fernandes Velloso. 5.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

PORTO, L. de S.; ZANINI, C. R. de O. Movimentos corporais e gestuais como fundamentais na escuta no *setting* musicoterápico. In: CONGRESSO DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO DA UFG - CONPEEX, 3., 2006, Goiânia. *Anais eletrônicos do XIV Seminário de Iniciação Científica* [CD-ROM], Goiânia: UFG, 2006.

RANGEL, L. A Área de Sensibilização e suas contribuições para a formação de um Musicoterapeuta. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009. FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 11., Curitiba, 2009; ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 9., Curitiba, 2009. *Anais*. Curitiba: Griffin, 2009.

ROSS, J. *Vencendo o medo: um livro para pessoas com distúrbios de ansiedade, pânico e fobias*. Tradução de Pedro Maia doares. São Paulo: Agora, 1995.

SILVA, M. J. P. *Comunicação não tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Loyola, 2006.

SOUSA, T. P. *A musicoterapia como auxílio na comunicação de pessoas com deficiência mental*. 62 p. Monografia – Universidade Federal de Goiás. Escola de Música e Artes Cênicas. Goiânia, 2007. Disponível em: <http://www.sgmt.com.br/musicoterapiacomunicacaodeficienciamental_talita_sousa.pdf>. Acesso: 08 jun. 2011.

ZANINI, C.R.O. *A Movimentação de Grupos em Musicoterapia: vivenciando musicalmente papéis grupais*. Projeto de pesquisa cadastrado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFG. 2003. (n/p)

ZANINI, C.R.O; MUNARI, D.B; COSTA, C.O. Proposta de Protocolo para Observação de Grupos em Musicoterapia. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 13., Curitiba, 2009. FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 11., Curitiba, 2009; ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 9., Curitiba, 2009. *Anais*. Curitiba: Griffin, 2009.

Estudo Comparado e a Música no Currículo dos Bacharelados em Musicoterapia do Brasil

ARRUDA, Mariana Lacerda¹

Introdução

Para realização desta pesquisa, inicialmente, adotou-se um estudo comparado (FRANCO, 1992) de todos Bacharelados em Musicoterapia presentes no Brasil, que são oito, contudo um deles não abriu vagas no último ano e, segundo a instituição concedente, o mesmo encontra-se em análise e sua permanência deve ser decidida até o final de 2013. E vale ressaltar que um deles abriu neste ano, onde se constituiu a primeira turma. Através da divisão dos currículos em cinco áreas de formação (VOLPI, 1996), pode-se observar algumas diferenças e muitas semelhanças entre eles.

Com isso, pretende-se contribuir para a construção de uma proposta para as Diretrizes Curriculares para os cursos de Bacharelado em Musicoterapia, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - Lei 9394/96), relacionando-as com as necessidades do mercado de trabalho atual (POCHMANN, 2011), onde se encontram as seguintes principais áreas de atuação: saúde (hospitais gerais e relacionado à Saúde Mental, e CAPS), educação (regular e especial), organizacional (empresas de diversas áreas), e social (ONG's, fundações, e associações). (CUNHA & VOLPI, 2008).

Desenvolvimento

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior traz como base de um currículo os seguintes pontos: estímulo da criação e difusão cultural,

¹ Musicoterapeuta. Professora do Bacharelado em Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia. E-mail: marianalarruda@gmail.com.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

formação de diplomados em diferentes áreas de atuação, incentivo à pesquisa e à investigação científica, promoção da divulgação do conhecimento, aperfeiçoamento profissional, estímulo ao conhecimento dos problemas atuais e à dedicação especializada, além de promoção da extensão, com participação da população.

Como critério de inclusão, consultou-se o site da União Brasileira das Associações de Musicoterapia para levantamento dos bacharelados neste país e a partir de lá foram buscados os currículos nos sites oficiais das instituições. Os mesmos foram divididos em cinco áreas, são elas: formação terapêutica, formação musical, formação sociocultural, formação científica e formação específica da Musicoterapia. A primeira, formação terapêutica, recebeu disciplinas referentes à psicologia ou outras terapias; a formação musical englobou disciplinas referentes à teoria ou prática musical; a formação sociocultural conglomerou disciplinas que estudam o homem e o meio, como filosofia, antropologia, sociologia e cultura popular; a formação científica acolheu disciplinas da saúde, como neurologia, fisiologia, psicoacústica, farmacologia e reabilitação; já a formação específica em Musicoterapia, recebeu todas as disciplinas que possuíam ‘Musicoterapia’ em sua nomenclatura.

Segundo o Ministério da Educação (2003), um bacharelado presencial deve ter no mínimo 2.400 (duas mil e quatrocentas) horas, observou-se, então, que todas cumprem o exigido e possuem uma média de 2.734 (duas mil setecentas e trinta e quatro) horas. E que, segundo a LDB (2010), a instituição deve ter no mínimo 200 (duzentos) dias letivos no ano, excluindo o período de exame final necessário.

Cuchiaro (2011) sugere que além das áreas de atuação se pense na população da região, suas necessidades, problemas, formando assim um perfil do possível beneficiado dos estudantes envolvidos.

Metodologia

A pesquisa proposta tem caráter qualitativo e quantitativo, e envolve um estudo comparado (FRANCO, 1992) onde, para isto, foi iniciada a

coleta dos currículos dos oito cursos de Bacharelados em Musicoterapia presentes no Brasil, os mesmos foram encontrados nos endereços eletrônicos oficiais das instituições a que pertencem. Após, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e sobre o atual mercado de trabalho geral e da Musicoterapia. Em seguida, foi elaborado um quadro expositivo e comparativo, baseados nos oito currículos coletados, e foi feita uma análise comparando os elementos encontrados, dividindo as disciplinas em: Formação musical, como as disciplinas de instrumentos musicais, prática de conjunto, história da música e teoria musical; Formação terapêutica, como as disciplinas de Psicologia, Dinâmica de Grupo, Consciência Corporal e Musicoterapia; Formação científica, como Neurologia, Anatomia, Fisiologia, Metodologia Científica, Pesquisa; Formação Cultural, como folclore, cultura popular; Formação Profissional em Musicoterapia: Estágio e tudo que envolva a palavra ‘Musicoterapia’ em sua nomenclatura. Após, as Associações de Musicoterapia do Brasil foram consultadas no intuito de construir um panorama do mercado de trabalho em musicoterapia, e as principais áreas de atuação.

Resultados parciais

A presente pesquisa trata de um estudo comparado (FRANCO, 1992) entre os currículos dos oito bacharelados em Musicoterapia, presentes no Brasil, de acordo com o site oficial da União Brasileira das Associações de Musicoterapia. Os mesmos estão distribuídos da seguinte forma: 14,2% na região centro-oeste, 28,5% na região sul e 51,4% na região sudeste do país, as demais regiões não possuem o curso em formato de bacharelado. Na região sudeste, observou-se que uma média de 8,7% de disciplinas estão concentradas em formação terapêutica, 25,3% se encontram em formação musical, 12,4% em formação sociocultural, 21% em formação científica e 32,7% em formação específica da Musicoterapia. Na região sul do país, observou-se que 13% das disciplinas são encontradas nas áreas de formação terapêutica, 22,8% em formação musical, 11,5% em formação sociocultural, 18,7% em formação científica e 34,3 em formação específica da

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

Musicoterapia. Já na região centro-oeste verificou-se que 4,7% das disciplinas são encontradas na área de formação terapêutica, 21% na formação musical, 12% na formação sociocultural, 19% na formação científica e 44,1% na formação específica da Musicoterapia. Portanto, constatou-se que em relação às áreas de formação musical, formação sociocultural e formação científica, existe um equilíbrio nas três regiões onde existem bacharelados em Musicoterapia. Já em relação à formação terapêutica e formação específica da Musicoterapia, apresenta-se uma grande diferença entre a região centro-oeste e as demais, a mesma optou por maior enfoque e exploração nas disciplinas específicas.

Como as disciplinas têm como assunto principal a Música, esta pesquisa leva em consideração o conteúdo exigido nos Vestibulares das graduações envolvidas, para traçar um perfil desses candidatos e estudantes. Após a busca de dados, constatou-se que três instituições não exigem uma prova específica de música, já cinco exigem provas que envolvem prática musical em um instrumento ou voz, teoria musical, história da música, solfejo musical e, em alguns casos, até o ditado musical, que envolve percepção e treinamento auditivo. Observou-se que os repertórios envolvem tanto música erudita quanto música popular. Ainda, levou-se em consideração que os cursos que não exigem um conhecimento prévio em música, não têm um número maior, significativo, de disciplinas ou carga horária na área de música.

Referências

COLÓQUIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS E PRÁTICAS CURRICULARES, 5. *Anais...* Disponível em:

<<http://www.vicoloquio.com.br/anais/index.html>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

CHAGAS, Marly. *Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade. Como sofrem os híbridos e como se divertem*. Rio de Janeiro: Mauad, 2008.

CUCHIARO, André Luiz. Ensino Superior, Currículo e Formação Profissional. *Revista FAFIBE*, 2011. Disponível em:

<<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/su-mario/9/18052011155059.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2013.

CUNHA, Rosemyriam; VOLPI, Sheila. A Prática da Musicoterapia em diferentes áreas de atuação. *Revista Científica da FAP*. Curitiba: 2008.

FRANCO, Maria Ciavatta. Estudos comparados em educação na América Latina: uma discussão teórico-metodológica a partir da questão do outro. In: FRANCO, Maria Ciavatta. (Org.). *Estudos comparados e educação na América Latina*. São Paulo: Livros do Tatu: Cortez, 1992.

LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL. 2010. Câmara dos Deputados. Biblioteca Digital – Câmara. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/2762/ldb_5ed.pdf?s-quence=1>. Acesso em: 04 abr. 2011.

LEITE, Carlinda; MAGALHÃES, Antônio. *Políticas e desenvolvimento curricular no ensino superior*. Centro de Investigação e Intervenção Educativas, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto (Porto/Portugal). Disponível em: <http://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC28/28_prefacio.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2013.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Carga horária mínima dos Bacharelados presenciais*. MEC: 2003. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2003/pces108_03.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2012.

POCHMANN, Marcio. Velhos e novos problemas no Mercado de Trabalho no Brasil. *Indicadores Econômicos FEE*, v. 26, n. 2, p. 119-138, 1998. Disponível em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/article/view/1297/1665>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

RIOS, Mônica Gomes; SOUSA, Luiz de Oliveira. *Avaliação curricular: um caminho para inovações curriculares no ensino superior*. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0CIUBEBYwCQ&url=http%3A%2F%2Feditora.unoesc.edu.br%2Findex.php%2Fvisaoglobal%2Farticle%2Fdownload%2F621%2F282&ei=p-i30UaSMKI3I9gTzq4DQAw&usg=AFQjCNG2qFmg5NCeM8a_D82cHoxs3f6FCQ&sig2=huB2u1fh2SwKK15ZcNPPaw>. Acesso em: 22 maio 2013.

A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas

SERPA, Carlos Alberto, et. al. *Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação*. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 1997.

VOLPI, Sheila. A formação do Musicoterapeuta Brasileiro. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, Ano 1, v. 2, 1996.

A compilação de textos que será apresentada nesse volume é resultado de pesquisas que vem sendo desenvolvidas no Brasil sobre a aplicação da Musicoterapia. Durante o XIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e o V Fórum de Musicoterapia da AMT-RS, promovido pela Associação de Musicoterapia do RS, com apoio do Bacharelado em Musicoterapia da Faculdades EST, profissionais e estudantes de Musicoterapia puderam apresentar trabalhos, trocar experiências e suscitar ideias para novas pesquisas. Sob o tema "A clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas" participantes provindos de 11 estados brasileiros se reuniram na cidade de São Leopoldo/RS entre os dias 13 e 14 de setembro de 2013.

As organizadoras

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-89754-31-6



9 788589 754316