

## **Cantar: elementos não verbais e estados de humor no processo musicoterapêutico**

Luciana Steffen<sup>3</sup>

### **RESUMO**

O Cantar é um recurso muito utilizado em Musicoterapia. Sabe-se que a voz é um importante meio de comunicação e expressão fora do ambiente musicoterapêutico. Essa pesquisa através de três estudos de caso, objetiva investigar se há uma relação entre estados de humor e elementos não verbais verificados na voz cantada e falada dentro de um processo musicoterapêutico, averiguar a congruência entre os estados de humor emitidos pela voz cantada e falada, e analisar a contribuição dos recursos não verbais no processo musicoterapêutico. Para sua realização o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa/CEP - Faculdades EST, nº 022/2009 e um instrumento de avaliação para as sessões musicoterápicas foi elaborado e aplicado pela autora dessa pesquisa. Os estados de humor influenciam a voz cantada e falada no processo musicoterapêutico, sendo que a voz cantada carrega uma supremacia de informações sobre a voz falada. Os elementos não verbais da voz do paciente configuram-se em subsídios de análise, tornando-se recursos imprescindíveis para os processos de avaliação e

---

<sup>3</sup> Graduada em Musicoterapia pela Faculdades EST – São Leopoldo e Técnica em Canto pela ESEP - Escola Sinodal de Educação Profissional. Musicoterapeuta da Clínica Transdisciplinar de Infância e Adolescência Espaço Dom Quixote de São Leopoldo. E-mail: lucianast@gmail.com

terapêutico. Salienta-se que os achados desta pesquisa, embora sejam consistentes, ainda são insuficientes para consolidação dos resultados obtidos levando-se em consideração a quantidade da amostra coletada.

**Palavras-chave:** voz falada, voz cantada, Musicoterapia, estados de humor.

### **Singing: nonverbal elements and mood states within the music therapy process**

#### **ABSTRACT**

Singing is a resource often used in music therapy. It is known that the voice is an important means of communication and expression out of the music therapeutic environment. This research conducted through three case studies, aims to investigate whether there is a relationship between mood states and nonverbal elements of singing and speaking voice inside the music therapeutic process; to evaluate the congruence between the mood states expressed through singing and speaking voice, and to analyze the contribution of nonverbal resources in the music therapeutic process. Before being conducted, the research project was approved by the Research Ethics Committee /CEP - Faculdades EST, under no. 022/2009 and an assessment tool for the music therapy sessions was developed and implemented by the author of this research. The mood states influence the singing and speaking voice in the music therapeutic process and the singing voice carries supremacy of information over the speaking voice. Nonverbal elements of the patient's voice are transformed into analysis subsidies to the processes of assessment and therapy. It should be stressed that the

findings of this research, although consistent, are still insufficient to consolidate the results obtained by taking into account the amount of sample collected.

**Keywords:** speaking voice, singing voice, Music Therapy, mood states.

## INTRODUÇÃO

A voz cantada e falada altera-se e é influenciada pelo estado de humor do comunicador fora de um ambiente terapêutico, como afirma Behlau (1987), Scherer (2003), entre outros. Supõe-se que estados de humor também influenciem as expressões da voz cantada e falada no processo musicoterapêutico, sendo possível sua verificação através da análise de seus elementos não verbais.

A partir da experiência e motivação da autora foram estabelecidos os seguintes objetivos para a realização desta pesquisa: a) investigar se há uma relação entre estados de humor e elementos não verbais verificados na voz cantada e falada dentro de um processo musicoterapêutico; b) averiguar a congruência entre os estados de humor e a emissão vocal da voz cantada e falada; c) analisar a contribuição dos recursos não verbais para o processo musicoterapêutico.

Trata-se de uma pesquisa de três estudos de caso, um

estudo dos elementos não verbais da voz cantada e falada, assim como do estado de humor e físico das pacientes, realizada no decorrer de dez sessões. Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética/CEP, foram selecionadas três pacientes atendidas individualmente em Musicoterapia na Clínica-Escola, em um total de dezoito sessões. O critério de inclusão foi o cantar como principal recurso não verbal nas sessões com pacientes adultas do sexo feminino e, o critério de exclusão, a seleção de sujeitos juridicamente caracterizados como incapazes. O registro dos atendimentos se efetivou através da gravação sonora, pelo preenchimento de questionários entregues às pacientes, e pela elaboração e preenchimento de fichas avaliativas dos elementos não verbais da voz, denominadas Instrumentos de Avaliação da Voz Falada – AVFal, e Avaliação da Voz Cantada – AVCan (Cf. Anexo 1). Os instrumentos foram elaborados e aplicados visando a análise das vozes cantada e falada.

O referencial teórico que subsidiou a reflexão musicoterápica sobre os dados colhidos foi selecionado com base no tema aqui proposto e nos resultados das últimas pesquisas na área. Cabe salientar que na literatura disponível em Musicoterapia ainda há uma escassez de informações

musicais sobre o Cantar, bem como instrumentos de análise vocal para subsidiar o processo de avaliação em Musicoterapia.

## **O CANTAR EM MUSICOTERAPIA**

Pesquisas sobre o Cantar em Musicoterapia são registradas a partir da década de 50, coincidindo com a estruturação da Música como terapia e como ciência. Atualmente, o Cantar está relacionado à expressão individual do indivíduo e à subjetividade revelada através de seu comportamento. Na teoria *Vocal Holding Techniques*, utilizada pela Mt. Diane Austin (2001), o Cantar encontra-se alternado entre paciente e musicoterapeuta pela improvisação vocal, oferecendo um espaço de expressão e alcance de autonomia. A Mt. europeia Sylka Uhlig (2006) estabelece diferentes níveis de utilização do canto em terapia. Na sua abordagem encontram-se métodos vocais que podem ser utilizados para atingir cada um dos níveis: emocional, relacional, cognitivo, físico, estético, espiritual e técnico. No nível afetivo, afirma que emoções como raiva, tristeza, medo e satisfação e estados de humor como amor, abalo emocional e ciúmes podem ser revelados na qualidade da voz.

O musicoterapeuta inglês Paul Newham (1999) estabelece a modalidade *Voice Movement Therapy*, dividindo a voz em dez componentes acústicos (altura, movimento melódico, intensidade, ataque glótico, quantidade de ar, “rompimento”, registro, nasalidade, qualidade vocal e articulação). Estes são identificados quando se canta, analisados e trabalhados para melhorar a expressão vocal geral, refletindo na melhora de diversos aspectos psicológicos.

Cantar em Musicoterapia é um dos procedimentos utilizados pelo paciente e seu musicoterapeuta, arrolado como recurso e como processo tanto para atingir objetivos terapêuticos, quanto para avaliar o modo de ser e estar do paciente. As canções configuram um espaço de expressão oferecido na sessão ao paciente, recurso musical este, que comunica questões subjetivas através dos modos de cantar, como afirmam alguns autores como Uhlig (2006), Austin (2001) e Newham (1999).

Autores como Albinati (2008), Aldridge (2008) e Uhlig (2006) trazem o Cantar como meio expressivo e comunicativo. O paciente revela-se como um todo através dele, denunciando seu estado emocional, como trazem Behlau (1987) e Scherer (2003), autoestima, personalidade, entre outros. Segundo

Uhlig (2006), o Cantar permite acessar sentimentos e pensamentos pela vibração e ressonância das células e músculos do corpo, já que, ao cantar o instrumento passa a ser o próprio corpo, na sua estrutura orgânica e psíquica, despertando emoções e memórias através do acionamento do sistema límbico.

As emoções influenciam diretamente as estruturas utilizadas na voz. Seus efeitos, primeiramente controlados pelo sistema límbico, ativam o sistema nervoso autônomo e somático, alterando os músculos envolvidos na produção vocal, de muco, de saliva e a respiração. Segundo Scherer (2003), ao provocar mudanças fisiológicas, as emoções e os estados de humor são perceptíveis através dos elementos não verbais da voz.

Há diversidades sobre quais elementos estão relacionados com a expressividade do canto. Behlau (1987), dentro da área da fonoaudiologia traz os parâmetros de leitura vocal, que são, entre outros: respiração, altura, extensão, registros, intensidade, ressonância, articulação, patos<sup>iii</sup>, maneirismo e melisma, postura, velocidade/andamento e timbre.

Morton (2007) e Behlau (1987) afirmam que os elementos não verbais, incluindo altura, andamento e inflexão

vocal, são os meios mais óbvios de transmitir emoções pelas canções. Algumas pesquisas como a de Sundberg, Iwarsson, e Hagegard (1995) relacionam tons mais graves, longas durações das sílabas, melodia descendente, intensidade fraca e andamento lento, com tristeza; respiração e articulação curtas (frases entrecortadas), ênfase nas consoantes, intensidade forte e melodias ascendentes ou lineares, com o sentimento de raiva; e Behlau e Pontes (1995) relacionam tons agudos, trazendo junto inflexões, maior velocidade, com alegria, junto com extensão vocal e previsibilidade na melodia, além de respiração curta e rápida poder indicar ansiedade.

Entoar canções existentes, improvisar ou compô-las, com ou sem acompanhamento instrumental e/ou vocal do musicoterapeuta, são algumas das possibilidades do Cantar com fins terapêuticos. As possibilidades são selecionadas pelo musicoterapeuta de acordo com os objetivos terapêuticos e com a clientela.

O Cantar pode ser dirigido ou espontâneo. Na improvisação vocal, a subjetividade do paciente é verificada de modo mais intenso do que quando ele canta algo já estruturado por Outro, sendo um cantar livre e espontâneo (AUSTIN, 1996). Através deste recurso musical, o musicoterapeuta permite a verificação autêntica da expressão



das emoções e estados de humor do paciente (ALDRIDGE; ALDRIDGE, 2008).

Por outro lado, o Cantar conduzido ocorre quando um intérprete se utiliza dos recursos técnicos apreendidos para cantar, assumindo a responsabilidade de transmitir o caráter da canção e seguindo as regras sintáticas impostas pelo autor, independente do seu estado de humor. Mas, mesmo que o paciente atue como um intérprete, não se convocando no processo terapêutico, encobrendo suas emoções pelo canto dirigido, estima-se que algum subsídio não verbal possa ser extraído de seu estado emocional, pois este será revelado pelo seu Cantar.

A canção por si só não é relevante, mas sim, o modo como o paciente a percebe e comunica-se ao entoar essa estrutura musical. Ao Cantar, independente da estrutura melódica, o paciente sonoriza seus elementos internos, oportunizando ao musicoterapeuta a compreensão do seu estado de humor.

Na Musicoterapia, os elementos não verbais do Cantar revelam o estado de humor momentâneo e evidenciam as atitudes do paciente em relação a este estado, simulando como este se comporta em outros contextos, denunciando como está e como age.

O Cantar funciona tanto como um recurso quanto um processo para que os objetivos delineados pelo musicoterapeuta possam ser alcançados. Os elementos não verbais proporcionam ao paciente maneiras de se relacionar consigo e com o Outro, permitindo que ele expresse e revele sua autonomia, independência e humor no momento em que canta. O musicoterapeuta intervém e se comunica com o paciente através do Cantar, alternando liderança, possibilitando que ele cante sozinho, permitindo que faça escolhas, seja de uma canção, tom, andamento, entre outras tantas possibilidades.

Cantar individualmente pressupõe que o indivíduo entoe uma melodia. O Cantar coletivo permite que pessoas compartilhem o tempo e o espaço da canção no mesmo tom, andamento, com a mesma articulação, conectando-os assim em todas as dimensões, seja intra e interpessoal. 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, o Cantar revela os estados de humor, desenvolve o emocional, a autoexpressão, o

autoconhecimento, provoca mudanças de humor, alivia as tensões, leva a uma reflexão sobre sentimentos, emoções, entre outros. Permite que o paciente se conscientize sobre seu estado emocional e que as questões reveladas pelo Cantar sejam elaboradas.

No grupo, o Cantar oferece um *background* promotor de energia e força àquele paciente, cuja iniciativa ainda encontra-se minimizada. O canto do Outro se soma ao canto do paciente. Nesse acréscimo de textura, emerge a força e a noção de poder. O paciente necessita seguir uma sequência de ajustes para manter-se na canção, sendo convocado para estar e compartilhar com o Outro.

Quando há o domínio dos elementos da linguagem musical e da sua sintaxe pelo musicoterapeuta, efetiva-se uma escuta analítica sobre o Cantar. Isenta de uma análise de natureza psíquica, o nível musical do paciente fornece elementos que subsidiam e formam critérios de avaliação em Musicoterapia.

Em Musicoterapia utilizam-se critérios de avaliação do Cantar oferecidos por outras áreas, a exemplo da Fonoaudiologia e da Técnica Vocal. Na sequência, apresenta-se um instrumento elaborado para promover referência na avaliação das questões relacionadas à estrutura psíquica

revelada pelo paciente através dos elementos não verbais do Cantar.

## **INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA VOZ FALADA (AVFAL) E INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA VOZ CANTADA (AVCAN)**

Aqui serão apresentadas as características da clientela atendida identificadas por “A”, “B” e “C”, e os instrumentos de avaliação propostos para a voz falada e cantada. Por não ser o foco desse estudo, a especificidade de cada queixa não será aprofundada, apenas citada como informação.

Paciente “A”, mulher de 65 anos, casada, dona de casa, com diagnóstico de depressão, mãe de três filhos adultos, um falecido há treze anos; paciente “B”, mulher de 57 anos, casada, mãe de três filhos adultos, atua em dois turnos como faxineira numa instituição de ensino superior, diagnosticada com Síndrome do Pânico; e, paciente “C”, mulher de 31 anos, casada, mãe de dois filhos (menores de idade), atua como secretária nos dois turnos, apresentando queixas de estresse, sem diagnóstico médico.

O estado de humor e físico foi relatado pelas pacientes através de questionário elaborado pela autora, preenchido antes de cada sessão. Foram selecionadas as produções

vocais da voz cantada e falada de cada paciente. Dentre as diversas técnicas musicoterápicas considerou-se a técnica de Recriação pela qual o musicoterapeuta oferecia canções conhecidas e as pacientes cantavam e/ou acompanhavam com instrumentos de percussão. Nas atividades a liderança era exercida tanto pelo musicoterapeuta como pelas pacientes, onde às vezes o Musicoterapeuta determinava o tom e o andamento e cantava junto, visando prover energia e motivação, auxiliando e incentivando as pacientes na busca dessa liderança e autoestima.

Suspeita-se que quando as pacientes não alcançavam um bom desempenho musical, seja cantando fraco, com má articulação, projeção inadequada, imprecisão nas alturas, inflexão monótona e sem manter o centro tonal, a execução musical poderia estar associada à falta de conhecimento da canção proposta, ou pelo gosto musical.

Foram considerados aqueles elementos que configuram a qualidade vocal. Cada elemento não verbal sinaliza uma parcela de informação sobre o estado vocal, físico e psicológico das pacientes. Para classificar vozes patológicas a graduação de cada elemento seguiu a orientação dada pela Fonoaudiologia, encontradas em Behlau (1995). Como complemento, incluiu-se nos instrumentos de avaliação os

parâmetros musicais a fim de se analisar os elementos da voz cantada.

Os parâmetros que integram a avaliação da voz cantada e falada foram sistematizados em dois instrumentos de avaliação, denominados: Instrumento de Avaliação da Voz Falada (AVFal) e Instrumento de Avaliação da Voz Cantada (AVCan), ambos preenchidos a cada sessão para cada paciente. Em cada tabela foram agrupados os elementos não verbais da voz cantada e da voz falada. Os itens foram preenchidos com subsídios extraídos dos atendimentos individuais. Cada atendimento foi seccionado em três partes (início, desenvolvimento e fim), levando-se em consideração o estado de humor relatado por escrito. Cada sessão teve a duração em torno de quarenta e cinco minutos, dividida em partes iguais, respeitando-se inícios e fins das canções ou falas.

Para o item Estados de Humor, constatou-se que aqueles assinalados pelas pacientes variavam individualmente a cada sessão, sendo para paciente A) Angustiada, Tensa, Alegre e Insegura; B) Tranquila, Insegura, Tensa, Triste e Cansada, e, C) Tensa, Triste e Tranquila. Com relação à Qualidade Vocal, foi identificado o Tipo de Voz, sendo encontrado o tipo de voz Neutra para todas as

pacientes.

O quesito Extensão inclui espectro de alturas, alturas prevalentes e tessitura. Para a voz cantada foram acrescentados: manutenção do centro tonal e determinação do tom.

O espectro de alturas da voz falada da paciente “A” foi C1 a G#3, “B”, F2 a G3 e “C”, F2 a E3 e da voz cantada, “A”, A1 a A3, “B”, D2 a B3 e “C”, D2 a A3. As alturas prevalentes da voz falada da paciente “A” foi D2 a E3, “B”, G2 a D3 e “C”, G2 a D3, e da voz cantada: “A”, D2 a F#3, “B”, G2 a A3 e “C”, D2 a F#3. A tessitura da voz falada da paciente “A” foi E2 a C#3, “B”, A2 a D3 e “C”, G2 a D3, e da voz cantada: “A”, E2 a E3, “B”, A2 a G3 e “C”, A2 a F#3. Em relação ao centro tonal, a paciente “A” manteve o tom na maior parte das sessões, “B”, manteve, mas sem alcançar as alturas mais agudas e mais graves e “C”, manteve. A determinação do tom das pacientes “A” e “B” foi dada pela/o terapeuta na maior parte das sessões, e da paciente “C”, pela terapeuta e paciente.

A Intensidade foi analisada com as seguintes graduações: adequada, aumentada ou reduzida, tendo como referência a própria paciente. Na voz cantada encontrou-se para a paciente “A” e “B” intensidade adequada e reduzida e “C” adequada. Na voz falada a intensidade foi adequada para

todas as pacientes.

Com base na referência da velocidade da própria paciente, a voz falada foi analisada como aumentada, reduzida, adequada ou com muita variação entre as graduações. Na voz cantada considerou-se para o andamento: o caráter de acordo com o aferimento do Metrônomo de Maelzel (M.M.). Considerou-se a manutenção do andamento (mantiveram, aceleraram ou diminuíram) e sua determinação (pela paciente ou pela/o musicoterapeuta). A velocidade da voz falada da paciente “A” foi normal, com 84 palavras por minuto, “B”, aumentada, com 86 palavras por minuto e “C”, normal, com 73 palavras por minuto. O caráter da paciente “A” foi andante e larghetto, “B”, andante, e “C”, adágio. O M.M. indicou para “A”, 40 a 115bpm, “B”, de 45 a 118bpm e “C”, 49 a 140bpm. A paciente “A” manteve e diminuiu o andamento, “B” e “C”, mantiveram o andamento. A determinação do andamento observada foi “A” e “B”, pela/o terapeuta e “C”, pela terapeuta e paciente.

Para a voz cantada analisou-se a textura. Observou-se se a paciente cantava sozinha ou acompanhada pelo musicoterapeuta (monofonia), com acompanhamento harmônico (homofonia) ou se o musicoterapeuta e paciente cantavam linhas melódicas diferentes (polifonia). A textura foi



homofônica para todas as pacientes.

A Capacidade Articulatória foi analisada como normal, precisa, indiferenciada, travada ou exagerada. Para a voz cantada, a articulação de todas as pacientes foi normal, para a voz falada, encontrou-se na paciente “A” articulação normal e precisa e nas pacientes “B” e “C”, normal.

As Inflexões da voz cantada foram consideradas como monótona ou modulante, assim como sua determinação (pela paciente ou pela/o musicoterapeuta). Para todas as pacientes as inflexões foram modulantes e a determinação das inflexões pela paciente.

A voz falada foi classificada de acordo com o contorno melódico produzido, delineada pelas formas ascendente ou descendente, arco, arco invertido, senoidal ou linear, para a paciente “A” e “B” arco e “C”, senoidal. O último elemento considerado foi a Projeção vocal descrita como adequada ou inadequada, onde para todas as pacientes na voz cantada e falada encontrou-se projeção adequada.

## **RESULTADOS**

Apresentam-se a seguir os elementos prevalentes encontrados no AVCan e no AVFal para o estado de humor

prevalente relatado, mostrando a relação entre estado de humor e elementos não verbais da voz, além de outros resultados relevantes para a Musicoterapia.

## **PACIENTE A**

A paciente nem sempre cantava e, quando chorava, cantava com intensidade reduzida, sem adequação de projeção e com inflexão e articulação indiferenciada. Em determinadas canções ela referia-se ao filho falecido. Salienta-se que na quarta sessão, a paciente revelou que sua semana tinha sido boa, usando alturas entre C2 e D2, sem projeção vocal e com a voz em intensidade fraca. No decorrer da sessão relatou sua tristeza devido à data de aniversário do filho falecido. A partir desse momento cantou as alturas mais graves de todas as sessões. Sua fala também foi emitida em alturas graves e intensidade fraca, articulando mal as palavras, impossibilitando o entendimento do conteúdo verbalizado.

O estado de humor Angustiado foi prevalente nas sete sessões. Nessas ocasiões foram entoadas tanto alturas graves como agudas. O centro tonal foi mantido e determinado pelo musicoterapeuta, variando a intensidade de

adequada à reduzida. O andamento apresentou-se como o mais lento, semelhante ao humor Tenso. A velocidade foi mantida e às vezes era diminuída. Apresentou articulação normal, precisa e indiferenciada, com inflexão monótona e modulante. O modelo vocal foi determinado pela paciente e pelo musicoterapeuta. Cantou com textura homofônica, em projeção que alternava entre adequada e inadequada.

Na voz falada os elementos vocais são semelhantes. Emitiu palavras com alturas graves. A velocidade variou de normal à reduzida, mantendo um dos menores números de palavras por minuto. A articulação manteve-se entre o normal e indiferenciada. Os contornos melódicos entoados seguiram a forma de arco e descendente.

## **PACIENTE B**

O estado de humor Tranquilo foi prevalente em três sessões. Quando cantou com a musicoterapeuta alcançou as alturas mais agudas, o que sozinha não conseguiu, independente do acompanhamento do violão. Afinou e manteve o andamento quando a musicoterapeuta entoava junto. Nestas situações, a paciente ou atrasava ou adiantava o andamento, havendo necessidade de que fosse modificada

a velocidade da canção para que a musicoterapeuta estivesse com a paciente.

Quando tranquila alcançou as alturas mais agudas semelhantemente ao estado no qual se declarava insegura. Na maioria das vezes, acompanhada pelo musicoterapeuta, manteve o centro tonal, entoando as melodias tanto em regiões graves como na região aguda. Verificou-se que a intensidade variava entre adequada, aumentada e reduzida. O andamento foi mantido, fixando-se entre o acelerado e diminuído, observando-se que foi o mais rápido e o mais lento entre os demais estados de humor. A velocidade das canções foi determinada preponderantemente pela musicoterapeuta.

Articulava de forma normal, precisa e indiferenciada. Realizava modulações na inflexão e ao final das sessões por vezes modulava ou vocalizava de forma monótona. Determinação da inflexão foi dada pela paciente. A projeção vocal foi sempre adequada. A determinação do tom foi estabelecida pela musicoterapeuta e a tessitura se manteve em todos os estados de humor.

Os resultados obtidos para a voz falada foram similares. As alturas entoadas foram as mais agudas, em intensidade adequada. A velocidade variava entre aumentada e normal, verbalizando um número de palavras Intermediário. O

contorno melódico para a fala apresentou as formas de arco, arco invertido, ascendente, senoidal. A projeção vocal manteve-se adequada.

A maior diferença de alturas ocorreu quando o humor modificou-se de Tranquila para Insegura. As alturas prevalentes configuram uma escala ascendente deslocando-se do grave quando Cansada, passando pela região média quando Triste, alcançando o ápice quando Tensa e Tranquila.

## **PACIENTE C**

O acompanhamento das canções ou era executado harmonicamente ao teclado ou pelo *playback* do karaokê, situações nas quais o tom e o andamento eram impostos e não dependiam de escolhas.

Não houve diferenças significativas no espectro de alturas. O estado de humor Tenso foi prevalente nas sessões. Quando se identificava assim, as alturas entoadas foram as mais graves de todos os estados de humor, embora a variação entre as frequências emitidas entre o grave e o agudo alcançou o intervalo de um tom e meio. O centro tonal foi mantido apenas no final da sessão, determinado principalmente pela musicoterapeuta. A intensidade vocal

revelada foi adequada e reduzida, no andamento mais rápido, e mantido. Às vezes articulava de forma indiferenciada, dificultando o entendimento das palavras. Em outras ocasiões articulava normalmente.

Sua inflexão vocal variava entre a monotonia e pequenas modulações. Ao final das sessões a projeção vocal inicialmente inadequada, tornava-se mais adequada ao ambiente.

Para a voz falada entoava alturas mais graves, em uma intensidade adequada, considerando-se que a paciente falava pouco durante as sessões. A velocidade das palavras pronunciadas por minuto só puderam ser quantificadas em uma situação. Nesta ocasião, a articulação manteve-se normal e precisa, delineada em um contorno melódico nas formas de arco, descendente, e ascendente, com projeção vocal adequada.

## **DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Diante dos resultados descritos na seção anterior, pode-se observar que no decorrer de cada sessão os elementos da voz cantada e falada se modificaram, sinalizando que houve uma modulação nos estados de humor. Salienta-se que o

desconhecimento de canções gerou inflexões vocais monótonas e intensidade fraca. Questiona-se aqui se os parâmetros “conhecimento prévio” e “gosto musical” configuram-se em um viés determinante para a interpretação de dados referentes à intensidade e realização de inflexões vocais. Verificou-se que o gosto musical revelado pelas interpretações de canções influenciou na emissão da intensidade e das inflexões vocais. Observa-se que as pacientes cantavam mais forte, realizando inflexões modulantes quando entoavam canções conhecidas e integrantes de seu repertório predileto.

Quanto às variáveis observadas na discussão nos resultados surgem questões que podem alterar ou mascarar os resultados, como: a) quando o tom e o andamento da canção são propostos, qual o espaço que o paciente possui para revelar-se? b) em que medida as escolhas musicais acolhidas ou refutadas influenciam nos resultados da emissão vocal? c) quando o tom da canção é imposto e está inadequado, quais elementos podem ser colhidos? d) há diferença entre Cantar individualmente, em grupo, e com acompanhamento harmônico? e) quando o paciente está acometido por alguma patologia ou alguma alteração física momentânea, o estado de humor pode estar revelado pela

emissão vocal?

## **CONCLUSÃO**

Para alcançar os objetivos de analisar os elementos não verbais da voz, pela inexistência de outro instrumento avaliativo em Musicoterapia, foi necessário elaborar um instrumento específico formado por parâmetros que descrevem as características vocais. Considerando-se que o mesmo foi aplicado pela primeira vez, sugere-se que este seja testado com outros pacientes e focado como objeto de nova pesquisa.

Os elementos prevalentes foram analisados e formaram o corpo de dados que evidenciaram a confirmação de uma relação entre os estados de humor e os elementos não verbais da produção vocal – falada e cantada.

Os resultados demonstram que a modulação dos estados de humor no decorrer das sessões, bem como a influência do gosto estético e o conhecimento musical, entre outras questões podem alterar ou mascarar a obtenção de dados. Porém, a voz cantada apresenta diversos parâmetros a serem analisados. Conclui-se que os estados de humor são detectados principalmente através do Cantar trazendo mais



informações através dos elementos não verbais do que pela voz falada. Sublinha-se que os principais elementos verificados no Cantar são intensidade, andamento e inflexão.

Pesquisas sobre o tema ainda esquivam-se de discorrer sobre a complexidade das informações musicais presentes no Cantar, tanto do Musicoterapeuta como do paciente. Necessita-se de mais pesquisas na Área e embora os dados deste estudo sejam consistentes, ainda são insuficientes para consolidação dos resultados obtidos, levando-se em consideração a quantidade da amostra coletada. Há de se considerar as variantes que acompanham o Cantar no processo musicoterapêutico espontâneo ou dirigido.

## REFERÊNCIAS

ALBINATI, M. **Recursos musicais aplicáveis à saúde e à educação da criança e do adolescente: Contribuições da Musicoterapia à clínica pediátrica.** 138 f. 2008. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ALDRIDGE, Gudrun, ALDRIDGE, David. **Melody in music therapy: a therapeutic narrative analysis.** Philadelphia: Jessica Kingsley. 2008.

AUSTIN, Diane. **In Search of the Self: The Use of Vocal Holding Techniques with Adults Traumatized as Children.** Music therapy perspectives. 2001;19(1):22-30.

BEHLAU, Mara Suzana; ZIEMER, Roberto. Psicodinâmica Vocal. In: FERREIRA, Léslie P. (Org.) **Trabalhando a voz.** São Paulo: Summus. 1987.

BEHLAU, M. & PONTES, P. **Avaliação e tratamento das disfonias.** São Paulo: Lovise. 1995.

MORTON, Bruce J. Emotion in song: Children's judgements of emotion in song. **Psychology of music.** 2007;35(4):629-639.

NEWHAM, Paul. **Using voice and song in therapy. The practical application of voice movement therapy.** Londres: Jessica Kingsley Publishers. 1999.

SCHERER, K. R. Vocal communication of emotion: A review of research paradigms. **Speech communication.** 2003;40:227-256.

SUNDBERG, J., IWARSSON, J., and HAGEGÅRD, H. A singer's expression of emotions in sung performance. In O. Fujimura and M. Hirano (eds.) **Vocal fold physiology. Voice quality control.** San Diego: Singular Publishing Group Inc. 1995.

UHLIG, S. Authentic Voices - **Authentic Singing, A multicultural approach to vocal Music Therapy.** Gilsum, NH, USA: Barcelona Publishers. 2006.

## ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA VOZ CANTADA – AVCan

Atendimento		Primeiro		
Estado de Humor Assinalado				
Etapas da Sessão		Início	Desenvolvimento	Fim
Qualidade Vocal				
Extensão	Espectro de Alturas			
	Alturas prevalentes			
	Tessitura			
	Centro Tonal			
	Determinação do Tom			
Intensidade	Adequada			
	Aumentada			
	Reduzida			
Andamento	Caráter			
	M.M.			
	Manutenção do Andamento			
	Determinação do andamento			
Textura	Monofônica			
	Homofônica			
	Polifônica			
Articulação	Normal			
	Precisa			
	Indiferenciada			
	Travada			
Inflexão	Exagerada			
	Monótona			
	Modulante			
Projeção	Determinação das Inflexões			
	Adequada			
	Inadequada			