

MUSICOTERAPIAS MUSICOCENTRADAS: ENTREVISTA COM ANDRÉ BRANDALISE

Music-centered Music Therapies: interview with André Brandalise
Musicoterapias Centradas em la Música: entrevista a André Brandalise

Isabela Sales¹

Marina Freire²

ORCID: 0009-0001-9616-7336

ORCID: 0000-0001-8022-3578

Resumo: Esta entrevista foi realizada em 2022 pela então graduanda em musicoterapia Isabela Sales com o musicoterapeuta André Brandalise, que é *expert* em Musicoterapia Musicocentrada. Os temas aqui abordados englobam narrativas autobiográficas do entrevistado, aspectos históricos e conceituais da Orientação Teórico-filosófica Musicocentrada e do Modelo de Musicoterapia Musicocentrada, diferenças entre este Modelo e a Abordagem Nordoff-Robbins, discussões sobre Musicalidade Clínica e outros tópicos relevantes. Esta entrevista ressalta a diversidade da(s) Musicoterapia(s) Musicocentrada(s), evidenciando a importância de se colocar a música no centro das práticas clínicas.

Palavras-chave: musicoterapia musicocentrada, entrevista, modelos de musicoterapia.

Abstract: This interview was conducted in 2022 by the undergraduate music therapy student Isabela Sales with music therapist André Brandalise, who is an expert in Music-Centered Music Therapy. The themes addressed here include the interviewee's autobiographical narratives, historical and conceptual aspects of the Music-Centered Theoretical-philosophical Orientation and the Music-Centered Music Therapy Model, differences between this model and the Nordoff-Robbins Approach, discussions on Clinical Musicianship, and other relevant topics. This interview highlights the diversity of Music-Centered Music Therapy(ies), emphasizing the importance of placing music at the center of clinical practices.

Keywords: music-centered music therapy, interview, music therapy models.

Resumen: Esta entrevista fue realizada en 2022 por la entonces estudiante de musicoterapia Isabela Sales con el musicoterapeuta André Brandalise, experto en Musicoterapia Centrada em la Música. Los temas abordados incluyen las narrativas autobiográficas de el entrevistado, aspectos históricos y conceptuales de la Orientación Teórico-filosófica Centrada em la Música y del Modelo de Musicoterapia Centrada em la Música, diferencias entre este modelo y la Abordaje Nordoff-Robbins, debates sobre Musicalidad Clínica y otros temas relevantes. Esta entrevista resalta la diversidad de la(s) Musicoterapia(s) Centrada(s) em la Música, enfatizando la importancia de situar la música em el centro de las prácticas clínicas.

Palabras clave: musicoterapia centrada em la música, entrevista, modelos de musicoterapia.

¹ Musicoterapeuta Graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais, onde é Mestranda em Música (linha Musicoterapia) do Programa de Pós-Graduação em Música. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4751281943576608>. E-mail: isabelasb13@hotmail.com.

² Musicoterapeuta Nordoff-Robbins Nível 1, Professora Adjunta do curso de Musicoterapia da Universidade Federal de Minas Gerais. Bacharel em Musicoterapia, Mestre em Neurociências e Doutora em Música. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1301269894536856>. E-mail: marinahf@gmail.com.

André Brandalise é um renomado musicoterapeuta brasileiro, Bacharel em Música - Violão (Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS), Especialista em Musicoterapia (Conservatório Brasileiro de Música – CBM-RJ), Mestre em Musicoterapia (New York University – NYU, EUA) e PhD em Musicoterapia (Temple University, EUA). É autor do livro que inaugurou a Musicoterapia Musicocentrada (MTMC) no Brasil, intitulado “Musicoterapia Músico-centrada: Linda, 120 sessões” (Brandalise, 2001). É também diretor do Instituto de Criatividade e Desenvolvimento-ICD (Porto Alegre-RS), onde desenvolve o trabalho clínico do Modelo de Musicoterapia Musicocentrada (Brandalise, 2021).

Em 09 de julho de 2022, por meio da plataforma Zoom, André Brandalise foi entrevistado por Isabela Sales, que era graduanda em Musicoterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e empreendeu essa e outras entrevistas exploratórias sobre “Musicalidade Clínica do musicoterapeuta musicocentrado” para seu Trabalho de Conclusão de Curso (Sales & Freire, 2024). Durante a entrevista, André discorreu sobre vários assuntos importantes relacionados à MTMC, que vão além desse tema de interesse inicial.

Atualmente esses dados se fazem relevantes para a pesquisa de Mestrado em andamento no Programa de Pós-graduação em Música da UFMG que busca delinear as diferenças entre Musicoterapias Musicocentradas: a MTMC enquanto Orientação teórico-filosófica (um “guarda-chuva” que abarca diferentes modelos centrados na música), e a MTMC enquanto Modelo específico proposto por Brandalise e pertencente à Orientação. Os recortes selecionados são justificáveis por critérios de tipicidade e escolha das pesquisadoras, de acordo com a necessidade de nosso estudo atual (Laville & Dionne, 1999). Optou-se pela transcrição literal da entrevista preservando ao leitor seu teor afetivo autobiográfico.

Isabela: Eu te agradeço muito por ter aceitado participar da entrevista. Para começar, André, iniciarei com algumas perguntas voltadas para o seu lado pessoal, então a primeira: por que você escolheu ser um musicoterapeuta musicocentrado? Conte brevemente.

André: Brevemente é o maior desafio. Primeiro eu chego na Musicoterapia por curiosidade, porque eu gostava simplesmente de Psicologia e Música, e eu fui fazer um curso em Curitiba, e por sorte minha as duas ministrantes eram Cecília Conde e Lia Rejane³, que têm uma seriedade. Então aquele curso me mostrou, muito antes de eu saber aonde é que tinha

³ Cecília Conde e Lia Rejane Barcellos: duas importantes pioneiras da Musicoterapia no Brasil.

formação de Musicoterapia, me mostrou o que eu era. Eu vi que eu era musicoterapeuta.

Isabela: Sobre o quê era o curso que elas deram?

André: [Foi um] workshop de Musicoterapia.

Isabela: Falando no geral da Musicoterapia?

André: Geral, apresentando. Para tu ter uma ideia, de Nordoff-Robbins a Lia só botava um vídeo da ida do Paul Nordoff⁴ à clínica. Então era muito superficial, mas mesmo assim eu achei muito impactante tudo aquilo. E o reconhecimento de que eu era aquilo. Normal. Bom, eu fui atrás de formação, o quê que eu faria a partir desse sentimento. Hoje, inclusive, eu valido aquele sentimento que eu tive em 1991. Eu sou igual aquele cara de 91; eu aprendi sobre técnicas, eu fiz muitos anos de terapia, claro que eu amadureci, mas não me sinto tão diferente do André que em março de 91 recebeu pela primeira vez um grupo de adolescentes com autismo, é interessante isso. Bom, mas praticando, foi exatamente em 95 e 96 que eu pesquisava e estudava o grupo de adolescentes com autismo, o mesmo grupo em que eu comecei a trabalhar em 91, para o meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no Rio [de Janeiro], já como estudante de Musicoterapia. E aí o Gabriel⁵ faz aquilo: dos 6 meses [de atendimento] em que ele chegou agitado, em 8 [sessões] ele escolheu a canção “Queixa”⁶. Ali, pela primeira vez na minha vida eu percebi o que é isso que ele me fez sentir, muito nítido: se alguém era instrumento era eu, não a música. Só que eu olhei para o lado e a gente só tinha à disposição a teoria do Benenzon⁷ que falava em princípio de ISO⁸ e objetos intermediários. Não vou encontrar aqui uma resposta. Eu tinha me preparado para ir para a França, mas também descobri que Edith Lecourt⁹ na [Universidade de] *Sorbonne* usaria a música como meio... não. O Gabriel está me mostrando que EU sou o meio.

Isabela: No seu curso você estudava Benenzon então, aplicava a teoria do Benenzon?

André: Sim, basicamente todo mundo falava, todos os professores falavam em princípio de ISO, falavam em ficha musicoterapêutica, tudo aquilo. Eu quero deixar bem claro

⁴ Paul Nordoff: pianista e compositor estadunidense, criador da Abordagem Nordoff-Robbins em parceria com Clive Robbins.

⁵ Gabriel: um dos pacientes de André Brandalise.

⁶ Queixa: Canção de Caetano Veloso, cantor e compositor brasileiro.

⁷ Rolando Benenzon: psiquiatra, compositor e musicoterapeuta argentino, criador do Modelo Benenzon.

⁸ ISO: Identidade Sonora (Benenzon, 1988).

⁹ Edith Lecourt: musicoterapeuta francesa e psicanalista freudiana, docente emérita da *Université Sorbonne Paris Cité*.

que eu respeito, é um modelo oficializado que eu respeito, respeito Benenzon. Eu simplesmente estou dizendo que o fenômeno que eu, 3ª geração de musicoterapeutas no mundo, vivenciei com o Gabriel, me mostrou que tinha um outro caminho, só que eu não tinha resposta. Foi aí que eu decidi ir para a Nordoff-Robbins¹⁰. Bem imaturo sobre Nordoff-Robbins eu comecei a ouvir *Talks on Music*¹¹. Mas mesmo assim não tinha me caído a ficha; eu tinha que responder a esse fenômeno que eu senti, que o Gabriel me ensinou. Foi daí quando eu voltei do mestrado e voltei a clinicar que eu me dei conta: “tá, mas eu não sou GIM [Guided Imagery and Music], do guarda-chuva musicocentrado, de terapeutas que eu conheci que pensam de uma forma valorizando a música, GIM e Nordoff-Robbins...” eu não tinha optado por fazer uma formação em nenhum desses modelos. Aí eu me dei conta que eu estava “grávido” de sistematizar um novo modelo que era a Musicoterapia Musicocentrada, como modelo. Então nós podemos entender que temos um guarda-chuva de pessoas que priorizam a Música na sua dinâmica [terapêutica], que entendem dessa maneira, vivenciam dessa maneira. E entender que quem pensa “eu gosto, faz sentido pra mim, eu venho da música, faz sentido isso que eu estou ouvindo”, tem 3 opções: pode fazer uma formação GIM, pode fazer uma formação Nordoff-Robbins e, daqui a pouquinho, vai poder fazer uma formação Musicocentrada.

Isabela: Bacana. Então mesmo você indo estudar Nordoff-Robbins, *Talks on Music*, você viu ainda que não era aquilo.

André: Isso, exatamente. Mas desci do avião me sentindo “grávido”, me sentindo gestando algo, mas não sabia o quê. Se tu me perguntasse na época “o quê que tu tá sentindo?”, eu traduziria como isto: “eu acho que eu tenho que deixar as fichas caírem, não sei, tem bastante coisa mas eu tenho que deixar as fichas caírem”. Foi também aí que eu comecei a trabalhar. Eu cheguei no final de 97, e em 98 eu comecei. Eu recebi a Linda, que era uma paciente – não é coincidência – uma paciente que não falava, que não caminhava, que eu tive que atender basicamente segurando-a no colo. Aí eu chamei o Tiago¹² para me ajudar, ele como coterapeuta que já tinha essa influência da Nordoff-Robbins. E aí as fichas foram caindo: claro, eu sou musicocentrado!

¹⁰ Iniciou os estudos de mestrado na NYU, com estágios no Centro Nordoff-Robbins de Nova York (EUA).

¹¹ *Talks on Music*: gravações em áudio de aulas de Paul Nordoff, que deram origem ao livro *Healing Heritage* (Robbins & Robbins, 1998).

¹² Tiago Lewis: músico brasileiro, atuou como coterapeuta de André no caso Linda (Brandalise, 2001).

Isabela: Você trouxe esse termo “musicocentrado” que já existia...

André: já existia.

Isabela: [já existia] em uma visão mais ampla, mas trouxe ele para dentro de um modelo específico.

André: Pra dentro de um modelo específico, isso aí. E por quê eu não troquei de nome? É uma conversa que às vezes eu tenho com a Marina¹³, por quê eu não chamei de modelo Brandalise? Porque eu acho que não seria fiel ao sentimento e à construção. Então tu sentia isso do guarda-chuva, mas aqueles dois modelos [GIM e Nordoff-Robbins] que estavam ofertados para mim não [encaixavam]. Mas não necessariamente eu [André] sou Nordoff-Robbins com a sua maneira de trabalhar. Sou musicocentrado, mas não sei se tu percebe, mas cada vez se distancia mais. Hoje, em uma formação musicocentrada, eu não abriria mão de ter uma vasta prática de Música e um vasto estudo da Filosofia do Zuckerkandl¹⁴. E hoje a Nordoff-Robbins, quando vai fazer formação, não estuda Zuckerkandl. Então hoje já tem uma baita distância.

Isabela: Essa é uma grande diferença, não é, estudar Zuckerkandl?

André: Muita diferença.

Isabela: Por mais que [o conhecimento de Zuckerkandl] tenha vindo do Paul, não é da influência do Paul.

André: Exato. E talvez o Paul, se estivesse vivo e nos ouvisse, dissesse a mesma coisa que o Alan¹⁵ disse: “ah, eu gostei de *Sound and Symbol* mas nem detalhei tanto...” E eu diria para Paul: “Zuckerkandl tá em ti. Agora pra nós que lemos o teu legado, [Zuckerkandl] é um portal para entrar dentro da maneira que tu sente a tua musicalidade”. Eu acho que esse é o grande legado para a Musicoterapia Musicocentrada, entende? A Nordoff-Robbins atual entendeu que não, que basta que a gente parta de *Healing Heritage*¹⁶, ou seja, a importância de estudar música, a importância do musicoterapeuta conhecer e reconhecer que tem algo de vivo naquilo que junto com o paciente a gente faz emergir, em algo de vivo. Isso Paul sentia,

¹³ Marina Freire: musicoterapeuta musicocentrada brasileira, certificada Nordoff-Robbins Nível 1, docente do curso de Musicoterapia da UFMG e orientadora deste trabalho.

¹⁴Victor Zuckerkandl: filósofo da música austríaco, autor dos livros *Sound and Symbol: music and the external word* (Zuckerkandl, 1973) e *Sound and Symbol: Man the musician* (Zuckerkandl, 1976).

¹⁵ Alan Turry: musicoterapeuta Nordoff-Robbins sênior estadunidense, ex-diretor do Centro Nordoff-Robbins de Nova York.

¹⁶*Healing Heritage*: livro da Abordagem Nordoff-Robbins (Robbins & Robbins, 1998).

mas isso não está mais nos corredores da Nordoff-Robbins, nem estava no tempo do Clive¹⁷.

Isabela: Interessante. Não foi uma coisa, assim, transmitida, essa vida da Música.

André: Não foi. Mas que bom, eu acho que a gente vira um pro outro e diz: “bom, é nossa incumbência”. E muito curioso eu fico de ser um modelo brasileiro que eu acho que aprofunda muito. [Exemplo:] A Isabela amanhã estuda uma escala, essa escala ela faz o quê? Ela pensa por quê essa escala *Middle Eastern*¹⁸ é diferente na clínica da Isabela, nos pacientes da Isabela, do que de uma escala diatônica de Lá menor? Porque com os ingredientes que agora com a *Middle Eastern* a Isabela pôde combinar, podem fazer com que [a musicalidade] do paciente reconheça a força dinâmica daquela escala, daquelas relações que a Isabela organizou via sua Musicalidade Clínica¹⁹ que ela não encontraria, o paciente nem a Isabela, numa escala diatônica de Lá menor. Então a Isabela não é uma aplicadora de escalas. “Ah, eu vou aplicar porque existe o arquétipo sonoro e a minha idosa pode responder ao *Middle Eastern*” ok, mas a gente propõe que tu entenda profundamente o que está acontecendo.

Isabela: Aí entram as forças dinâmicas...

André: Aí entra o Zukerkandl.

Isabela: ...do Zukerkandl. Muito bom. Então pra gente entrar mais no tema, como você define Musicalidade Clínica?

André: Eu não escrevi essa definição. Eu tenho que te comentar que o termo Musicalidade Clínica foi traduzido por mim de 97 para 98. Foi em 98 que eu apresentei esse termo traduzido de *Clinical Musicianship*. Integrantes da nossa sociedade decidem: “eu vou fazer uma formação em Musicoterapia”. O que eles estão dizendo? “Eu vou colocar a minha musicalidade...”, quer dizer, uma musicalidade geral. Na maioria das vezes a gente espera que esse cidadão, esse candidato a se tornar musicoterapeuta, já tenha tido uma educação na sua musicalidade. *Homo Musicus* todos somos, então ele já entra com uma certa familiaridade com a sua musicalidade. E aí, no processo de formação, ele vai entendendo e transformando a sua musicalidade em Musicalidade Clínica. Então o que seria Musicalidade Clínica? Uma habilidade educada através da qual o musicoterapeuta escuta a musicalidade e a demanda do

¹⁷ Clive Robbins: educador especial britânico, criador da Abordagem Nordoff-Robbins em parceria com Paul Nordoff.

¹⁸ Escala do Oriente Médio. Possui 7 notas, estruturada em 1-b2-3-4-5-b6-7-1.

¹⁹ Musicalidade Clínica: termo advindo da Abordagem Nordoff-Robbins que caracteriza as habilidades do musicoterapeuta no aqui-agora musical (Guerrero et al., 2016), traduzido e referido por Brandalise (2001) como o perfil clínico-musical do musicoterapeuta musicocentrado.

outro.

Isabela: Através da nossa musicalidade?

André: Através da nossa musicalidade que agora é uma musicalidade treinada para a escuta terapêutica e intervenção.

Isabela: Bom esse treinamento.

André: Porque tem uma coisa: por que eu estou dizendo que com a nossa musicalidade a gente escuta a do outro? Deixe-me dar alguns exemplos da clínica. Antes de eu receber o meu paciente que está lá na sala de espera eu já estou ouvindo que ele está agitado, eu estou ouvindo bastante sons dele falando com a mãe. Tudo isso eu já estou ouvindo como música. Nisso, antes de eu vê-lo, eu já estou pensando se eu vou usar um método receptivo para ajudá-lo numa melhor regulação inicial, eu vou pensar se eu parto para um instrumento junto com ele, qual instrumento ele gosta, porque eu já conheço. Então eu já estou usando a minha Musicalidade Clínica, ou seja, eu já estou recebendo e estou respondendo para escutar a musicalidade dele que já está lá na sala de espera fazendo som.

Isabela: E é um processo que já faz parte antes [de iniciar] a sessão. Já se começa a ouvir o paciente.

André: Isso, isso. Para te dar uma ideia, nesse guarda-chuva musicocentrado se diz que um terapeuta GIM, como ele só usa o método receptivo, tudo que o paciente fizer – seja chegar na sala e dizer “está frio hoje”, ou seja, meu corpo espremeu, “está frio hoje, está muito úmido em Porto Alegre, deixa eu tirar meu casaco” ai meu corpo abriu – tudo isso aqui já é o paciente te mostrando, mostrando para o terapeuta GIM que repertório vamos começar hoje [na sessão]. Algo mais contido, algo mais denso, menos denso... Ele pode estar sozinho num concerto, ou seja, se eu [terapeuta] usar um concerto com ele, em que o instrumento solista inevitavelmente em algum momento vai ficar solo, ele [paciente] pode aguentar? “Ah não, mas ele entrou hoje falando muito da sua solidão e sobre a angústia, então não, talvez esse material eu não vou usar agora”. Então o terapeuta GIM é um terapeuta que, sim, tem uma base musicocentrada, e que já escuta todo o corpo desse paciente como musical, dando dicas de por onde ir. Agitado, não agitado, mais relaxado, menos relaxado, mais contido, mais ansioso, tudo isso é orquestração.

Isabela: Você estuda muito GIM, André?

André: Estudei muito. Eu fiz o nível um lá em Nova York. Eu fui o *traveller*, o

viajante [paciente], e fui o *guide*, o guia nível um. Então eu posso lecionar, não formar, eu não sou um *trainer*. Eu posso fazer um *workshop* ou dar uma aula, e usar exemplos do GIM, mas eu não posso ser treinador e não posso aplicar. Eu não tenho a formação GIM, mas eu estudei bastante e é uma grande influência. Quando no meu consultório musicocentrado eu uso método receptivo, tem muito aqui, de mim e da minha equipe, um pensamento: o que eu vou oferecer como opção para o meu paciente? [Exemplo:] Ele é uma criança de 2 anos e meio, mas o que da Galinha Pintadinha, entende? É bem diferente o Pintinho Amarelinho do que o Pai Francisco. São outros lugares, outros interesses, outro estado de humor da minha criança, para eu decidir [entre] Baratinha que é *rock n'roll*, que é mais agitado, ou Borboletinha. Tudo isso para mim é uma influência GIM.

Isabela: É um olhar que você tem, que é influenciado pelo método GIM?

André: Eu acredito muito que sons e música são impactantes, tanto no sentido de ajudar uma transformação positiva, como no sentido de atrapalhar um desenvolvimento. Então no meu consultório a gente tem muito cuidado. O paciente já vai chegar, ninguém fica tocando tambor, ninguém fica assoviando. Ou a gente acredita que sons impactam, ou não. Então quando a gente vai propor opções para o paciente, mesmo em musicoterapia receptiva, [temos] muito critério e muita percepção de onde está o paciente. Não é qualquer coisa.

Isabela: Sim. E me deu uma curiosidade agora: como você vai pensar “com esse paciente eu vou trabalhar improvisação”, “com esse paciente eu já vou trabalhar música receptiva”; com o mesmo paciente, em uma sessão você trabalha improvisação, na outra receptiva, como funciona essa dinâmica?

André: Não é necessariamente assim: numa sessão inteira vai ser receptiva, em outra sessão vai ser improvisação. Eu vou continuar no meu exemplo lá. Agora eu sei que às nove horas vai chegar o João [nome fictício], e eu conheço o João e começo a ouvir o João, que está agitado. Eu vou construindo a minha intervenção já escutando. Vou usar minha Musicalidade Clínica para ler a musicalidade do João que está lá na sala de espera. Reconheço que, através daquela musicalidade, o João precisa estar mais regulado porque ele está super agitado. Por essa razão, eu vou receber o João, vou dar oi, o João vai dar oi para o coterapeuta e eu vou propor a ele começarmos. No início será musicoterapia receptiva porque a minha intenção clínica, segundo a minha Musicalidade Clínica, propõe que via método receptivo eu ajude o João a melhor regular. Então, a partir do João estar regulado, quem sabe eu possa

propor para ele uma bateria, um piano, e aí a gente começa a improvisar. Então, em uma sessão, podemos ir para todos os métodos²⁰ de Musicoterapia. Depende de como a minha Musicalidade Clínica percebe a demanda do paciente.

Isabela: Então usa muito da intenção, não é?

André: Muito. Raramente uma sessão inteira se concentra em receptiva. Muitas vezes é improvisacional. Da bateria o paciente pode escolher tocar uma guitarra, pode tocar tambor, pode sentar do lado do coterapeuta no piano. Algumas sessões são todas improvisacionais. Muitas sessões são improvisacionais e também receptivas.

Isabela: Bacana. Eu nunca tinha pensado assim na questão receptiva porque nós trabalhamos aqui na musicocentrada, aqui no nosso estágio²¹ com a Marina de forma mais voltada para o lado improvisacional.

André: Claro.

Isabela: Por mais que a gente tenha também a liberdade de colocar alguma canção, mas é puramente improvisação.

André: Mas tem algo aí que tu está trazendo, nessa tua constatação que é muito bacana, e que já gerou uma conversa legal entre eu e a Marina, que é o seguinte: se tu pegar o meu artigo da Revista [Brasileira de Musicoterapia], *Music-centered Music Therapy*²², eu começo a detalhar algumas diferenças bem nevrálgicas entre os musicoterapeutas que são influenciados pelo guarda-chuva [musicocentrado]. Então vamos pensar: Gary Ansdell²³, Colin Lee²⁴, Rachel Verney²⁵; os dois grandes pioneiros: Paul Nordoff por sua musicalidade, o seu piano, e a Helen Bonny²⁶ com o seu repertório. Esses dois com as suas musicalidades e os que se seguiram, Gary Ansdell, Ken Aigen²⁷, Colin Lee, da 2ª geração, depois a gente aqui – o guarda-chuva, tá? Entre essa galera toda, como têm diferenças. Têm os musicocentrados,

²⁰ Métodos de Musicoterapia segundo Bruscia: audição, re-criação, improvisação e composição (Bruscia, 2016).

²¹ Estágio do percurso curricular da Graduação em Música Habilitação Musicoterapia da Universidade Federal de Minas Gerais, no Centro de Musicalização Integrado da mesma Universidade.

²² Artigo de Brandalise (2015).

²³ Gary Ansdell: musicoterapeuta Nordoff-Robbins, escritor e pesquisador britânico.

²⁴ Colin Lee: musicoterapeuta e pianista britânico, criador do modelo musicocentrado *Aesthetic Music Therapy* (Lee, 2003).

²⁵ Rachel Verney: musicoterapeuta Nordoff-Robbins sênior britânica. Foi aluna direta dos criadores da Abordagem Nordoff-Robbins.

²⁶ Helen Bonny: musicoterapeuta e violinista estadunidense, criadora do Modelo GIM.

²⁷ Kenneth Aigen: musicoterapeuta musicocentrado estadunidense, professor de Musicoterapia na NYU. Autor do livro *Music-Centered Music Therapy* (Aigen, 2005a).

como eu, que valorizam transferência e contratransferência. Ken Aigen fala em intuição. Eu não acho que exista a intuição, eu acho que é sempre contratransferencial a resposta. Opa! Uma divergência. Faz do Ken Aigen menos musicocentrado ou do Brandalise menos musicocentrado? Acho que não. A gente continua acreditando, respondendo a esse guarda-chuva, mas provavelmente a minha Musicalidade Clínica vai responder diferente da do Ken Aigen, porque dentro da minha dinâmica musicocentrada eu também valorizo transferência e contratransferência. Ken Aigen, por exemplo, não valoriza tanto discutir a relação; eu acho que é fundamental, por isso que eu proponho o triângulo²⁸. Ken Aigen não escreve um triângulo. Alan Turry virou para mim em Buenos Aires e disse: eu não acho que a gente tenha que gastar tanto tempo nessa conversa sobre música. A conversa sobre música era via Zuckerkandl. Mas tu vê o Alan Turry trabalhar, põe musicocentrado nisso! Vou te lembrar de algum ponto assim, do Alan Turry com o Loyd²⁹: o Loyd levanta agitado e, ao invés de eles dizerem “oh cara, oh meu, vamo voltar?” eles tocam: “*Get back, get back, get back to where once belong*”³⁰; “volta aqui pro lugar velho”, mas tudo dentro da música. Então, mesmo entre os musicocentrados GIM, Nordoff-Robbins, [do modelo de] Musicoterapia Musicocentrada, há divergências. Talvez a Marina priorize o uso da improvisacional, sem dúvida, eu também! Mas eu também gosto da receptiva.

Isabela: Sim. Bom, e tudo de acordo com a demanda do paciente.

André: Tudo de acordo com a demanda do paciente. Inclusive eu fiz por muitos anos, eu criei uma companhia de teatro só para pessoas basicamente com autismo, e por quê? Não foi da minha cabeça, eu cheguei para trabalhar com um grupo de adolescentes e o primeiro cara que me apareceu chegando, eu olhei, assim: “mas que baita ator é esse?”, ele criava personagens, o Gabriel, falo o nome dele porque já tem vídeos dele... mas um baita de um ator. Aí chega um outro que confeccionava bonecos. Aí eu me vi assim “só um pouquinho, oh galera, esse aqui é um fazendeiro que perdeu o pai”. E eu, ao invés de pegar violão, peguei uma folha em branco e pensei: “ué, o trabalho de um musicoterapeuta não é facilitar conexões? Interações?”, eu comecei a fazer um roteiro de teatro que viraram musicais, em que eu criei a companhia Teatro Íntegro. Então, entende? Mas aí tu vai dizer assim: “mas no

²⁸ Triângulo de Carpentier e Brandalise: uma proposta de compreensão da relação terapêutica que envolve a interação de três agentes em suas musicalidades – musicoterapeuta, paciente e música (Brandalise, 2001).

²⁹ Loyd: caso clínico da Abordagem Nordoff-Robbins, publicado no livro *Playin' in the Band* (Aigen, 2005b).

³⁰ Trecho da canção “*Get Back*”, dos Beatles. Tradução: “volte, volte, volte para o lugar a que você pertence”.

musicocentrando a Marina não nos ensina a fazer teatro”, mas não é isso. A Isabela, que, de todos os modelos que ela viu, se comunicou com ela a Musicoterapia Musicocentrada, agora a criatividade da Isabela e como ela vai ler com a sua musicalidade, criatividade, a demanda de cada paciente, como é que ela [a criatividade] vai voltar? Não vai ser igual a do Brandalise, não vai e não tem que ser. Amanhã tu está fazendo musicais com trilhas que os teus pacientes fizeram extremamente musicocentrada, só que em forma também de teatro.

Isabela: Em outras formas de arte, não é?

André: Isso. Mas não deixa de ser musicocentrada. Tu não deixa de ser musicoterapeuta.

Isabela: Sim. Muito bacana. Então falando um pouco da musicalidade, mas não da clínica. Eu quero saber um pouquinho como você faz pra conhecer a sua musicalidade a fundo, você como um ser musical?

André: Essa é uma bela pergunta, porque tu está trazendo um núcleo que eu acho que é fundamental. O meu estudo sobre a literatura, as minhas questões sobre a clínica são contínuas, não é? A gente está volta e meia criando novas perguntas, encontrando novos desafios, diferentes demandas, diferentes famílias, então o estudo é um *continuum*. E a tua musicalidade também é um contínuo de estudo. Mas não é só estudo estereotipado: “André, tu tem que estudar uma hora por dia de violão, de técnica”, se eu acho que é um caminho. Nós fizemos, eu, a Carol³¹ e o meu ex-coterapeuta um trio [musical] onde a gente compunha, participava de festivais, tocava em um café argentino aqui em Porto Alegre, para exercitar a musicalidade, e não ser só para o paciente. Mas também tem uma outra parte que é muito comum da gente, daqui a pouco chega um paciente muito interessado em *reggaeton*³²; eu não conhecia *reggaeton*, aí eu devoro, eu vou pro YouTube, vou conhecer a origem, quero conhecer as bandas atuais, ponho no violão a harmonia, ponho na mão direita o ritmo. Eu fiz isso com o funk, por exemplo. Eu compus um trio para vozes funk. É um jeito de eu começar a colocar, em mim, para poder oferecer. Então é um *continuum*. Também eu musicoterapeuta passei por uma experiência muito forte em Nova York. Primeira vez que eu fui submetido a um processo terapêutico de Musicoterapia. Em Nova York a gente era obrigado a fazer como parte da disciplina, uma vez por semana, durante toda a formação. E ali foi uma experiência

³¹ Carolina Veloso: musicoterapeuta musicocentrada e cantora lírica brasileira, sócia de André Brandalise no Instituto de Criatividade e Desenvolvimento (ICD) em Porto Alegre-RS.

³² Estilo musical de origem da música latina e caribenha, considerado um subgênero do *reggae*.

muito bacana de me arrepiar, de tremer, [experiência] muito importante de validar os diplomas. Hoje eu digo pra ti assim: totalmente acredito na Musicoterapia Musicocentrada. Por quê? Por que é uma religião? Não. Porque eu senti no meu corpo, porque o Gabriel me fez ser um instrumento, não o fim. Então, claro que a segurança na relação [terapêutica] é fundamental, dou muito valor, por isso o triângulo. Não é só a música. Relação, mas música com igual importância.

Isabela: Você fez um processo de Musicoterapia Musicocentrada com você.

André: Sim. Lá em Nova York.

Isabela: É sempre um crescimento, não é? Ser terapeuta.

André: Sempre.

[...]

André: Continuemos a falar do tema Musicalidade Clínica. Nordoff-Robbins. Eu estou com o gráfico aqui na minha frente [o diagrama da Musicalidade Clínica³³]: Liberdade Criativa, Intuição – que eu já não acredito, pra mim já é contratransferência. Conversando com o Ken Aigen: “Ken então me explica qual é o teu ver, qual é a diferença” [entre intuição e contratransferência]. “A intuição tu responde meio na hora.” – Isabela, surge um paciente na tua frente e eu vou responder de uma forma e tu de outra. Podem até ter semelhanças, mas não vai ser igual. Por quê? Porque Isabela não é André. Logo, sempre passa pelo nosso filtro. A gente recebe e responde. Mas o André responde de uma maneira, Marina Freire de outra, Isabela Sales de outra. Por quê? Porque Isabela Sales tem outra história. Isabela sempre vai ser diferente de André. Então eu não penso em intuição. Eu penso sempre em contratransferência, sempre o filtro.

Isabela: E a escuta do musicoterapeuta?

André: A escuta do musicoterapeuta, para mim, é traduzível por Musicalidade Clínica. Eu diria que é isso. E dentro da Musicalidade Clínica, qual tipo de escuta? Nossa escuta é musicocentrada, o que significa que eu não só penso em aplicar escalas [musicais]. Eu penso que, para aquele paciente, para aquela demanda, eu vou usar tal escala porque eu quero construir uma intenção clínica baseada no que eu sinto no paciente, ou seja, baseada na minha contratransferência. Eu vou construir uma intenção clínica e intervir com uma escala

³³ Diagrama da Musicalidade Clínica: figura proposta por Clive Robbins para explicar o conceito de *Clinical Musicianship*, encontrada em Brandalise (2001), Guerrero et al. (2016) e Turry (2019).

tal, porque eu quero que ele [o paciente] possa reconhecer e extrair forças dinâmicas daquela escala e não de outra. Tudo isso é Musicalidade Clínica. Tudo isso é escuta. Mas de um musicoterapeuta musicocentrado. Eu não saberia te definir como é exatamente a escuta atual, por exemplo, de um terapeuta Benenzon, de um terapeuta GIM. Não sei te dizer.

Isabela: E quando você atua em dupla? Eu acho que você atende só com coterapeuta, não é? Terapeuta e coterapeuta...

André: Só com coterapeuta, desde 98.

Isabela: E como é essa relação da musicalidade de vocês com relação à musicalidade do paciente, essa dinâmica?

André: Muito legal, ótima pergunta. Pensa de novo no triângulo onde os três vértices são entendidos como de igual importância, beleza. Só que em um vértice do triângulo, se tu relembrares, não tem só o terapeuta, tem o uno, e esse uno, essa união é da dupla de terapeutas. Então, em um vértice a gente pensa na musicalidade dessa dupla, no outro vértice o paciente e no outro vértice a música que é produzida pelo *musicizing*³⁴, pelas musicalidades trabalhando juntas. Vou pra tua pergunta agora. No início, podem haver choques. E como é que pode ser? Eu tô com um paciente no meu colo, e eu viro e peço para a minha coterapeuta: “me dá um chão”. O que eu quero com isso? Por quê? Estou achando o meu paciente muito agitado e eu quero ajudá-lo a regular-se e eu quero um estilo que respeite os tempos fortes do compasso – olha que papo musicocentrado – e que me dê previsibilidade; eu não quero *jazz*, eu não quero ser perdido nisso, eu quero, talvez I – IV – V – I – IV – V – I – IV³⁵, e a partir daí eu vou construindo uma improvisação com o meu paciente. Às vezes eu peço isso para uma estagiária e nesse início eu posso ter uma turbulência na previsibilidade, aí eu [digo]: “usa só o I e o IV graus, o I e V graus para eu ter a previsibilidade. Eu preciso ter previsibilidade agora para esse paciente”. Depois, beleza, podemos pensar num *reggae*... a dupla tem que ir se afinando.

Isabela: Então vocês [terapeuta e coterapeuta] que trabalham juntos, vocês se conhecem muito bem musicalmente...

³⁴*Musicizing*: termo proposto pelo autor David Elliot e comumente utilizado em contextos da Musicoterapia Musicocentrada para se referir à experiência musical como ação feita ao vivo e compartilhada entre os agentes do processo musicoterapêutico, podendo ser considerado um objetivo clínico legítimo das práticas musicocentradas e um fundamento da Orientação Musicocentrada (Aigen, 2005a).

³⁵ I – IV – V – I – IV – V – I – IV: exemplo de uma progressão harmônica de uma tonalidade maior.

André: Muito bem. A gente não precisa nem se olhar, falar. Eu posso fazer assim [gesto de diminuição com as mãos], meu coterapeuta já sabe que é para abaixar um pouco o volume. Quanto mais a dupla trabalha junta, mais se entende. Por isso que eu coloco de propósito no vértice do triângulo a dupla, porque eu espero a dupla afinada.

Isabela: Você pensa essa dupla como uma unicidade?

André: Uma unicidade, isso aí.

Isabela: Agora eu quero fazer mais uma pergunta: Partindo do princípio de que os conhecimentos e as vivências musicais (*performer*, estudos teóricos, práticas de grupo, estudo de instrumentos musicais) colaboram para o desenvolvimento de nossa própria musicalidade (de uma maneira geral), como tais estudos e vivências fora da clínica contribuem para o desenvolvimento da Musicalidade Clínica do musicoterapeuta?

André: Eu vou te responder com uma afirmação, para mim, depois de 32 anos de prática clínica e quase 30 anos de estudo de Nordoff-Robbins e do desenvolvimento da Musicoterapia Musicocentrada. Eu acho que quanto mais o musicoterapeuta souber de música, quanto mais ele ouvir, tocar, experienciar, testar, mais cartas na manga ele tem como musicoterapeuta, não tenho muita dúvida disso. O inverso é verdadeiro: quanto menos tu souber, mais tu vai fugir da música, e a gente vê muito nos nossos arredores, aí eu [profissional] vou falando de outras coisas porque eu estou bem limitado musicalmente...

Isabela: Fugir da música na Musicoterapia. Que controverso!

André: É. É bem controverso, mas até hoje existe muito. Eu conto sempre um exemplo que tinha me acontecido, do Gabriel me usar como um mediador para ele se encontrar com a canção “Queixa” que ele precisava. Quando eu fui para um evento, Congresso Latino-americano de Musicoterapia, eu só ouvia *la madre y el bebé*, de todos os terapeutas, e eu ficava pensando: “ninguém vai falar de música? É um Congresso Latino-americano de MUSICOTERAPIA, não de Psicologia”. Então, no início da década de 90, quando eu comecei a devorar congressos, eu fiquei muito impactado em como a classe não falava de música. Eu tinha entrado na Musicoterapia porque a música era muito importante para mim, e eu já estava vendo que era muito importante para aqueles pacientes que eu estava atendendo, não como terapeuta, mas como professor de música. E aí ninguém falava de música, se falava só sobre relação.

Isabela: Relação entre terapeuta e paciente? E acredito que das patologias também?

André: Terapeuta e paciente, a mãe do paciente e o paciente, a mãe do paciente e o paciente... o que é importante, é inegável. Mas mãe do paciente, paciente e música. Tem que entrar a música nessa forma da gente analisar, pensar, se informar. Eu não sou um psicólogo que toca violão. Tem muita coisa que eu não sei explicar – era antes de eu ir para Nova York – tem muita coisa que eu não sei explicar, mas eu já sei que eu não sou um psicólogo que toca violão. Não quero fazer curso de Psicologia, a não ser, óbvio, um *workshop* aqui, um *workshop* ali, gosto muito da área, mas eu não me sinto... eu sou musicoterapeuta. Tem uma coisa na Musicoterapia brasileira que eu gosto. A gente pode ter diferenças, só que mesmo assim eu nos acho muito unidos. Eu acho que tem uma união bonita. A gente está unido, musicocentrados com Benenzon, não importa. O que importa? Nós queremos que a Musicoterapia cresça. E depois vai ser lindo, vai funcionar como a Psicologia: tu faz uma formação geral, então tu vai ter uma informação muito básica de Benenzon, de musicocentramento, de Diane Austin e depois tu vai decidir onde tu vai te especializar, e acho que no Brasil nós vamos ter vários cursos de formação em Benenzon, em Musicoterapia Musicocentrada, tu que vai escolher.

Isabela: Então pra gente ir já finalizando queria saber se você tem mais alguma coisa para comentar...

André: O que eu acrescentaria talvez, só para reforçar, é que eu acho que a gente não tem que se preocupar em encontrar uma única definição para Musicalidade Clínica e nem se atrapalhar quando a gente pode ouvir que o Brandalise fala de um jeito sobre Musicalidade Clínica e o Ken Aigen fala de outro. Acho que isso não importa. O que mais importa é que esse é um termo que faz parte de um processo de educação de musicalidades, e essas musicalidades estão a serviço de uma clínica que não é outra, que não a clínica da Musicoterapia. São contribuições nossas para o mundo da Musicoterapia.

Isabela: Que bom, fico feliz! Então, muito obrigada!

André: Obrigado por me convidar, foi um prazer, mais uma vez.

Isabela: O prazer foi meu.

Apoio

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

Referências

- Aigen, K. (2005a). *Music-centered music therapy*. Barcelona Publishers.
- Aigen, K. (2005b). *Playin' in the band: a qualitative study of popular music styles as clinical improvisation*. The Nordoff-Robbins musictherapy monograph series, volume three. Barcelona Publishers.
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da musicoterapia*. Grupo Editorial Summus.
- Brandalise, A. (2001). *Musicoterapia músico-centrada: Linda – 120 sessões*. Apontamentos.
- Brandalise, A. (2015). Music-Centered Music Therapy. *Brazilian Journal of Music Therapy*, XVII (19), 52–65.
<https://www.musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/104/95>
- Brandalise, A. (2021). Musicoterapia musicocentrada. In: Gattino, G. (Org.). *Perspectivas práticas e teóricas da musicoterapia no Brasil*. Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2016). *Definindo musicoterapia*. Tradução: Marcus Leopoldino (3ª ed). Barcelona Publishers.
- Guerrero, N., Marcus, D., & Turry, A. (2016). Poised in the creative now: principles of Nordoff-Robbins Music Therapy. In: Edwards, Jane (Org.). *The Oxford Handbook of Music Therapy*. Oxford: Oxford University Press, 482–493.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199639755.013.10>
- Laville, C. & Dione, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Artmed.
- Lee, Colin. (2003). *Aesthetic Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Robbins, C., & Robbins, C. (1998). *Healing Heritage: Paul Nordoff exploring the tonal language of music*. Barcelona Publishers.
- Sales, I., & Freire, M. (2024). The clinical musicianship of the music-centered musictherapist: exploratory study through interviews. *Per Musi*, 25, 1–19.
<https://doi.org/10.35699/2317-6377.2024.49306>
- Turry, A. (2019). Supervision in the Nordoff-Robbins Music Therapy Training Program. In: Forinash, Michele (Org.). *Music Therapy Supervision*. 2. ed. Barcelona Publishers.
- Zuckerkandl, V. (1973). *Sound and Symbol: Music and the External World*. Princeton University Press.
- Zuckerkandl, V. (1976). *Sound and Symbol: Man the Musician*. Princeton University Press.



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-Non Commercial-Share Alike 4.0 International License.