

# Revista Brasileira de Musicoterapia

Ano IV - Número 1 - 2001

Revista Brasileira de Musicoterapia

Ano VI – Número 5 – 2001

Uma publicação da União Brasileira das Associações de  
Musicoterapia

Associações Filiadas:

Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro  
Associação Mineira de Musicoterapia  
Associação de Musicoterapia do Paraná  
Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia  
do Estado de São Paulo  
Associação Baiana de Musicoterapia  
Sociedade Goiana de Musicoterapia  
Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul  
Associação Gaúcha de Musicoterapia  
Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Norte  
Associação de Musicoterapia de Ribeirão Preto  
Associação Catarinense de Musicoterapia

Secretariado da UBAM

Marly Chagas - Secretária Geral  
Anna Lucia Leão López  
Gislaine Abramof  
Lia Rejane Mendes Barcellos  
Maria Luiza Lafeté-Novaes  
Martha Negreiros de Sampaio Vianna  
Paula Maria Ribeiro Carvalho  
Ronaldo Pomponet Millecco

Endereço para correspondência:  
Av. Graça Aranha, 57/12º andar  
20030-002 – Rio de Janeiro. RJ.

*Este número da Revista Brasileira de Musicoterapia é dedicado aos  
formandos da primeira turma de Musicoterapeutas do Brasil e às professoras*

*Cecília Conde  
Gabriele Souza e Silva e  
Doris Hoyer de Carvalho,*

*idealizadoras do  
Curso de Musicoterapia do  
Conservatório Brasileiro de Música do  
Rio de Janeiro, em 1972.*

## UBAM - CALENDÁRIO NACIONAL DE EVENTOS DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA NO BRASIL

- Março** - II Fórum da AMTRN
- Abril** - III Fórum da AMURP  
III Fórum Paranaense de Musicoterapia
- Mai** - VII Fórum de Musicoterapia do Rio de Janeiro  
VII Encontro Mineiro de Musicoterapia  
III Fórum Paulista de Musicoterapia
- Junho** - I Fórum Catarinense de Musicoterapia
- Julho** - Encontro Paranaense de Musicoterapia e **II Encontro Brasileiro de Pesquisa em Musicoterapia**
- Agosto** - II Ciclo de Debates de Musicoterapia da Região Nordeste  
e IV Fórum Baiano de Musicoterapia  
II Fórum de Musicoterapia da AMTRS  
II Jornada Científica da AMTRJ
- Outubro** - **III Encontro Latino- americano de MUSICOTERAPIA** (Buenos Aires) e **reunião anual da UBAM**
- Novembro** - I Fórum da AGAMUSI  
II Fórum da Sociedade Goiana de Musicoterapia  
VIII Encontro Mineiro de Musicoterapia
- Observação** - Todas as Associações se comprometeram a incluir o tema Pesquisa em Musicoterapia nos eventos regionais.

## Editorial

As modernas tecnologias de comunicação detêm um grande potencial que pode ser empregado por nós para o desenvolvimento da musicoterapia. Com elas podemos diminuir distâncias que sempre foram um empecilho num país com as dimensões do Brasil, implementar os nossos debates, incrementar o intercâmbio, e discutir e tomar decisões sobre a nossa carreira.

A página da UBAM está no ar levando a informação para todos aqueles que buscam se inteirar sobre o movimento da comunidade. E a lista da UBAM veicula as discussões que se entrelaçam como uma rede que, trançada com as mais diversas opiniões, vai formando um tecido que resulta nos diferentes e cada vez mais complexos sons da musicoterapia.

A comunidade de musicoterapia se movimenta em várias direções: novas áreas da clínica são atendidas; aparecem novas tendências como fundamentação teórica; cresce a consciência a respeito da importância da pesquisa; associações são criadas; a implementação de novos cursos é objeto de debates e a relevância da atualização profissional e do aprofundamento dos nossos estudos é uma preocupação de muitos dos musicoterapeutas, embora ainda sejam poucos os que consigam realizá-los.

Neste número é possível se avaliar a importância destes estudos pelos artigos aqui veiculados, já que muitos deles são resultantes de trabalhos elaborados em cursos de mestrado. Outros, apresentam aspectos de um olhar mais acurado da prática clínica, ou, melhor dizendo, de uma escuta mais acurada.

Ainda uma palavra de destaque merece a realização do X Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e do I Encontro Nacional de Pesquisa, organizados pela AGAMUSI, em Porto Alegre (outubro de 2000). Este Simpósio tem o apoio da UBAM, que concentra agora os seus esforços na discussão das estratégias políticas para a elaboração do projeto de regulamentação da profissão e que cada vez, mais se fortalece em torno do desenvolvimento da musicoterapia em nosso país.

Cabe ainda um esclarecimento sobre esta publicação. Embora a primeira revista tenha aparecido em 1996, desde 1998 não se lança uma nova edição. Assim, optamos por colocar Ano VI, que se refere ao tempo de existência da revista, e o número 5, por ser a quinta publicação.

## Sumário

Patricia L. Sabatella	
<i>El desarrollo profesional de la musicoterapia</i> .....	9
Renato Tocantins Sampaio	
<i>Por uma nova abordagem musicoterapêutica</i> .....	29
Ana Léa Maranhão von Baranow	
<i>Os territórios num trabalho em equipe com musicoterapia</i> .....	36
Jacila Maria da Silva	
<i>Singularidade e criação a partir da pulsão de morte</i> .....	46
Dr. Rolando Benenzon	
<i>La supervisión: el gran ausente en la formación del musicoterapeuta” R. un caso clínico</i> .....	54
Nelson Falcão de Oliveira Cruz	
<i>Como pode um observador ajudar o musicoterapeuta na compreensão de uma sessão?</i> .....	65
Leomara Craveiro	
<i>Musicoterapia e autismo: um “setting” em rizoma</i> .....	73
Maria Elena S. S. Gallichio	
<i>Pedro e o Lobo: Musicoterapia com crianças em Quimioterapia</i> ...	81
Murillo Brito	
<i>A canção desencadeante</i> .....	94
Bianca Bruno Bárbara	
<i>A busca de sentidos, a análise crítica e amadurecimento profissional: momentos da reavaliação de uma prática</i> .....	98
Marly Chagas	
<i>Musicoterapia: Uma aplicação das idéias de Bordieu na análise do panorama contemporâneo</i> .....	108
Normas para submissão de trabalhos .....	118

# El Desarrollo Profesional De La Musicoterapia: Un Diseño De Investigación En El Con- texto Iberoamericano

Patricia L. Sabbatella

Universidad de Cádiz, España

## Introducción: La Década de los Noventa

En los últimos diez años, los avances en el conocimiento teórico de la musicoterapia han acelerado su proceso de difusión como profesión. La influencia que tiene la música en los ámbitos social e individual, ha estimulado el interés de distintos colectivos profesionales hacia la investigación sobre las posibilidades y los resultados que ésta ofrece al ser utilizada como un medio terapéutico. En este sentido, la musicoterapia como disciplina y profesión, se ha desarrollado para cubrir esta demanda.

En los últimos años ha crecido el número de *Encuentros Científicos* (Congresos Mundiales, Europeos, Latinoamericanos, Nacionales, Jornadas, Seminarios y Foros), y se ha potenciado el *Desarrollo Académico* de la disciplina a través de la organización de Programas Reglados y No Reglados de Formación (Licenciaturas, Doctorados, Masters y Cursos), en distintos países por diversas instituciones (Universidades, Conservatorios, Asociaciones Profesionales y Escuelas de Formación). Estos hechos, han favorecido e impulsado el desarrollo de la *Investigación* en sus distintas modalidades (Histórica, Filosófica, Descriptiva, Experimental, Aplicada), que ha plasmado los resultados obtenidos en distintos formatos editoriales (handbooks, libros, revistas, CD-ROM), incrementando considerablemente en número y calidad las *Publicaciones* existentes hasta la fecha. A este desarrollo académico y profesional han contribuido la consolidación de *Organizaciones Internacionales* como la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT), el Comité Europeo de Musicoterapia (EMTC) y el Comité Latinoamericano de Musicoterapia (CLAM), que con el obje-



tivo básico de favorecer el intercambio y el crecimiento profesional, contribuyen e impulsan el desarrollo y afianzamiento de la musicoterapia en diferentes zonas geográficas.

Como consecuencia de su *identidad profesional diversa* (Bruscia, 1989), los musicoterapeutas pueden realizar su labor profesional en *áreas y niveles de trabajo diferentes* (Wheeler, 1983, 1987; Bruscia, 1989; Maranto, 1993; Bunt, 1994). Esta característica da como resultado la convivencia en el panorama profesional contemporáneo de la musicoterapia de una variedad de técnicas de trabajo (Bruscia, 1987; Maranto, 1993) vinculadas de forma directa o indirecta con líneas de pensamiento filosóficas, que sirven de fundamentación a las orientaciones teórico - metodológicas de la práctica profesional de la musicoterapia y dan como resultado modelos de trabajo a los cuales los musicoterapeutas se adscriben (Ruud, 1993), que se desarrollan en diferentes contextos socioculturales y geográficos.

La práctica profesional de la musicoterapia genera una gran cantidad de información, la cual al ser sistemáticamente recogida, seleccionada, organizada y analizada dentro de un marco metodológico de investigación adecuado aporta resultados significativos al cuerpo teórico de la disciplina. Es en este sentido, que el trabajo conjunto entre investigadores y musicoterapeutas ha generado aportes significativos en la última década. La investigación sobre la práctica profesional como modelo de conceptualización teórica es utilizada por diversos investigadores en el campo de la musicoterapia, a través de diseños de investigación de carácter cuantitativo o cualitativo en función de los objetivos y necesidades de los temas específicos de investigación (Wheeler, 1995; Aldridge, 1996; Langenberg y col. 1996; Smeijsters, 1998).

El impulso de la cooperación internacional entre universidades e investigadores a partir de la década de los noventa, ha generalizado la utilización de redes de comunicación como vía para mantener contactos, intercambiar ideas y actualizar conocimientos, encontrando en Internet el mayor recurso informativo. En lo que respecta a la musicoterapia, este hecho se muestra como fundamental para el intercambio y el avance en la investigación, ya que

a través de Internet se ofrecen una variada gama de aplicaciones que posibilitan un avance rápido y consistente en la búsqueda de información. Los recursos actuales que existen en la red los encontramos en forma de *Páginas Web*, *Bases de Datos (Data Base)*, *Listas de Discusión (List Servers)* y *Servicios de Noticias (Newsgroups)*. Las áreas de consulta en la que puede encontrarse información relacionada con la musicoterapia abarca una amplia gama dentro de las áreas generales de *medicina*, *psicología* y *educación*, las áreas específicas de *medicina musical*, *psicología de la música* y *educación musical* y el área de *musicoterapia* en particular.

Desde una perspectiva internacional, la producción y difusión de información vinculada a la investigación presenta un contraste evidente entre los contextos profesionales Iberoamericano<sup>1</sup> y Anglosajón. A pesar de los avances de la última década, no se cuenta, por el momento, con una cantidad representativa de publicaciones periódicas en formato revista o libros de musicoterapia sobre temas específicos de metodología e investigación en idioma castellano o portugués. Los recursos a través de las telecomunicaciones, los Servidores de Bases de Datos, Listas de Discusión y Servicios de Noticias a través de la Red, están organizados, en la actualidad, por Universidades y/o Asociaciones Anglosajonas, siendo el idioma de contacto el inglés. Sin embargo, se está generalizando la utilización de estos recursos en el contexto Iberoamericano, inicialmente con la creación de Páginas Web conteniendo información relativa a la musicoterapia en idioma español y portugués<sup>2</sup>.

La sistematización en la publicación y difusión de los datos de la que goza el contexto anglosajón, viene sustentada por una realidad

---

<sup>1</sup> El concepto Contexto Profesional Iberoamericano engloba España, Portugal y América Latina.

<sup>2</sup> Para mayor información, el lector puede consultar algunas de las direcciones existentes en la actualidad: Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia de São Paulo: <http://eu.ansp.br/~apemesp/index.html>; Musicoterapia en Argentina: <http://www.musicoterapia.com.ar>; Ambito de Docencia e Investigación en Musicoterapia: <http://geocities.com/Paris/Metro/8395>

social, cultural y económica que facilita y promueve desde las instituciones académicas el desarrollo de tales proyectos (financiación de proyectos de investigación, publicaciones, organización de bases de datos, publicaciones electrónicas, intercambios académicos a través de programas entre universidades), los cuales determinan e inciden en el desarrollo académico y profesional de la musicoterapia en los distintos países. Si bien, la realidad socioeconómica en la que actualmente Latinoamérica se encuentra no permite, o dificulta, la financiación de proyectos de investigación. En este sentido, resulta pertinente citar que dentro del marco de los *Convenios de Cooperación entre Universidades Españolas y Latinoamericanas* del Ministerio de Relaciones Exteriores del gobierno Español, se ofrece un espacio de intercambio adecuado tanto para el desarrollo de la docencia como de la investigación, que pueden resultar de utilidad para el desarrollo de la disciplina. En opinión de la autora, tanto España como Portugal, dentro de un marco geográfico y político Europeo, pueden en el ámbito internacional, actuar como intermediarios en el intercambio de información entre ambos contextos profesionales (Latinoamericano y Anglosajón), debido a su ubicación geográfica y a la realidad cultural y lingüística que les acerca y facilita las comunicaciones con Latinoamérica.

A los fines de este estudio y con el objetivo de plasmar el alcance académico que este tipo de actividades de intercambio puede llegar a ofrecer, resulta pertinente citar la participación de la Universidad de Cádiz en el *Programa de Cooperación Interuniversitaria en el Ambito Iberoamericano (ex-Intercampus)*. Los intercambios se iniciaron en 1995 con la participación de la autora en la primera convocatoria para profesores del citado Programa, para una estancia en la Universidad Pedagógica Nacional de Bogotá, Colombia, donde impartió un curso de Musicoterapia para los alumnos y profesores de la Facultad de Artes y Humanidades. A partir de esta experiencia, se oferta desde el 1996, y de forma continuada, la posibilidad para alumnos y profesores de Universidades Latinoamericanas de realizar una estancia en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Cádiz en las asignaturas de *Introducción a la Musicoterapia Escolar*, *Musicoterapia en Trastornos de la Audición y el Lenguaje* y *Musicoterapia en Educación Especial*, que se

imparten, respectivamente, en los estudios de Diplomatura de *Maestro-Especialidad Educación Musical*, *Maestro-Especialidad Trastornos de la Audición y el Lenguaje*, y *Maestro-Especialidad Educación Especial*<sup>3</sup>. Hasta la fecha, han participado alumnos y profesores de *México* (Universidad Autónoma de Tamaulipas y Universidad Intercontinental); *Chile* (Universidad de Concepción); *Brasil* (Universidade Federal de Paraíba, Universidade de Sao Paulo y Universidad Federal de Bahía); *Colombia* (Universidad Pedagógica Nacional) y *Argentina* (Universidad Nacional de Cuyo).

El resultado de estos intercambios se traduce en un enriquecimiento de la experiencia y práctica docente de la autora, así como en un incremento en el interés de sus alumnos, acerca de la Musicoterapia en Latinoamérica.

La búsqueda de información puso en evidencia la carencia, casi por completo, de bibliografía acerca del desarrollo de la práctica profesional de la musicoterapia en ese contexto profesional. La poca información de que se dispone, se puede encontrar a partir de los Boletines de Asociaciones de Musicoterapia y/o de la información que estas mismas difunden en papers, mesas redondas o Stands en Congresos o Encuentros, o en algunos artículos de revistas o prólogos de libros. Los únicos libros con los que se cuenta que contienen información general sobre el desarrollo profesional y académico de la musicoterapia en el ámbito internacional son dos libros en inglés, *Music Therapy: International Perspectives*, Maranto (1993) que contiene información sobre cómo se desarrolla la musicoterapia en 38 países, e incluye información sobre Argentina, Brasil, Colombia, México, Puerto Rico, Uruguay, España y Portugal, y el *Directory of Music Therapy Training Courses World-Wide*, compilado por Erdonmez (1996), ofrece información sobre Instituciones donde se imparten estudios de musicoterapia en 25 países, siendo los países reseñados de Iberoamérica Argentina, Brasil, España y Portugal.

---

<sup>3</sup> El Catalogo General de Areas de Conocimiento del Consejo de Universidades Español no contempla el área de conocimiento "Musicoterapia". Las materias o asignaturas relacionadas con la musicoterapia se vinculan a otras áreas de conocimiento afines como son *Música* y/o *Didáctica de la Expresión Musical*.

## ¿Porqué la necesidad de Investigar en este Contexto Profesional?

La breve revisión realizada sobre el panorama actual de la musicoterapia pone de manifiesto una notable diferencia entre ambos contextos profesionales. Los datos que emergen de los libros citados (Maranto, 1993 y Erdonmez, 1996), revelan un contraste en el desarrollo de la musicoterapia y en la participación de los países Iberoamericanos en investigaciones. .. *últimamente, los musicoterapeutas Europeos han estado más centrados en realizar investigaciones sobre su propia práctica profesional. La investigación es entendida en un sentido amplio - como una forma de encontrar conocimiento* (Ruud, 1998).

A partir del estudio y análisis de los datos presentados, se puede parafrasear la idea expuesta por Ruud, y decir que *los musicoterapeutas Iberoamericanos han estado más preocupados por su práctica profesional que por la investigación.*

Un estudio bibliográfico sobre temas específicos en musicoterapia como son teoría, metodología, práctica clínica e investigación, comprueba fácilmente que la mayoría de las publicaciones específicas pertenecen a autores que se corresponden con el contexto profesional Anglosajón, aunque también se encuentran publicaciones, con un carácter más general y poco profundo, en el contexto profesional Iberoamericano (Sabbatella, 1998).

La precariedad en el contenido teórico encuentra su fundamentación en los argumentos expuestos anteriormente, y básicamente, es consecuencia del desigual desarrollo que presenta la investigación sobre la práctica profesional y la difusión de sus resultados en ambos contextos profesionales, la cual repercute en la calidad y cantidad de las producciones bibliográficas que se encuentran en el mercado editorial.

La diferencia entre ambos contextos profesionales radica en que en el contexto Anglosajón se reconocen modelos de trabajo<sup>4</sup>,

---

<sup>4</sup> A modo de ejemplo: Modelo de Improvisación Libre de Juliete Alvin; Modelo Analítico de Marie Priestley, Musicoterapia Creativa o Nordoff Robbins, Guided Imaginery and Music (GIM); Vibroacoustic Therapy; Musicoterapia Orff entre otros.

mientras que en contexto iberoamericano los modelos, o técnicas, no se encuentran sistematizados y en la práctica profesional poco difundidos.

El único modelo reconocido en el ámbito internacional que se conoce como forma de trabajo en Iberoamérica, tal aparece citado en un libro de metodología en musicoterapia, es el *Modelo del ISO de Rolando Benenzon* (Bruscia, 1987).

No resulta tarea fácil fundamentar, organizar y sistematizar una metodología de trabajo, pero es importante tomar en consideración para el desarrollo de la disciplina en este contexto, que el trabajo conjunto entre investigadores y musicoterapeutas facilita esta tarea. No es fácil ser investigador, musicoterapeuta y parte integrante de un proyecto al mismo tiempo, ni la tarea de investigar es sencilla. Para que los resultados de una investigación tengan validez, fiabilidad y resulten útiles y relevantes al desarrollo de la disciplina que sirve de marco teórico, el diseño que la sustente debe ser pensado de manera meticulosa. La elección del tema de investigación y su contextualización teórica, la forma de recoger los datos y la estrategia de análisis necesita de personas formadas y preparadas en este campo específico.

Contrariamente a estos argumentos, la realidad de la práctica profesional de la musicoterapia en Iberoamérica genera una gran cantidad de información que puede ofrecer resultados interesantes al desarrollo teórico de la disciplina. Desde una realidad cultural diferente, Iberoamérica ha sido, y continúa siendo uno de los focos importantes del desarrollo de la musicoterapia en la actualidad.

La totalidad de ideas presentadas hasta ahora, lleva a inferir que a partir del estudio serio y preciso de la práctica profesional de la musicoterapia en Iberoamérica se puede generar una cantidad de información potencialmente apta para incrementar el conocimiento de la disciplina. *La investigación no es más que una de las muchas formas como se puede buscar la solución de un problema* (Fox, 1981), y en este caso en concreto, una forma de obtener información sobre cómo se lleva a cabo la práctica de la musicoterapia en la actualidad en este colectivo profesional.

## Enfoque Metodológico y Diseño de la Investigación: "Ir hacia la gente"

Como se desprende de las ideas expuestas, las ideas y motivaciones que llevaron a elaborar y poner en práctica este proyecto de investigación son variadas, y estas, al ser plasmadas en un diseño de investigación adecuado, se traducirán finalizado el proceso en un aporte útil y relevante a la disciplina que sirve de marco de referencia al estudio.

El fin último de este estudio es trabajar por y para este contexto profesional. Su objetivo se centra en averiguar cómo se desarrolla la práctica profesional de la musicoterapia en el Contexto Profesional Iberoamericano. El diseño planteado permitirá recoger, organizar, sistematizar la información, actualizando la existente hasta el momento.

En palabras de Bruscia (1995:73), la musicoterapia es muy amplia y compleja para ser definida, contenida o limitada por un solo modelo de investigación. Wheeler (1995:3) corrobora esta idea al exponer que los métodos de investigación utilizados en musicoterapia se basan, hasta el momento, en adaptaciones particulares de modelos provenientes de otras disciplinas a las necesidades específicas de la musicoterapia. Los modelos de investigación utilizados, provienen del campo de las ciencias sociales, las ciencias naturales y la investigación musical, siendo las necesidades propias de investigación de la musicoterapia como disciplina o profesión, las que hacen que los diferentes modelos sean adaptados en función de las necesidades específicas.

Tomar en cuenta estas ideas resulta fundamental en el momento de elaborar un diseño de investigación para poder articular los conocimientos específicos de la musicoterapia con las estrategias y técnicas de investigación existentes a fin de adaptarlas a las necesidades específicas. Si *la elección del método de investigación debe depender también, al menos en parte, de las exigencias de la situación de investigación de que se trate* (Cook y Reichardt, 1986:37), se debe pensar en un enfoque de investigación que, no solo, permita concretar el objetivo planteado, sino que contemple la propia diversidad teórica, metodológica y de investigación de la musicoterapia, así como el antecedente de falta de información sobre como se practica profesionalmente la musicoterapia en Iberoamérica.

Para formalizar el diseño de investigación, entendiendo por “diseño” *un plan estructurado de acción que, en función de unos objetivos básicos, está orientado a la obtención de datos relevantes a los problemas y cuestiones planteadas* (Buendía, 1998:134), se tendrán en cuenta las consideraciones dadas por Fox (1984:72) acerca de las dimensiones subyacentes a partir de las cuales pueden estructurarse o clasificarse las ideas de una investigación a fin de seleccionar su enfoque u orientación. En palabras de este autor, *la primera dimensión es una especie de línea cronológica que refleja lo que se piensa acerca de si la respuesta a la pregunta de la investigación está en el pasado, en el presente o en el futuro. La segunda dimensión es de intención, que refleja lo que se intenta hacer con la investigación una vez terminada.*

Siguiendo estas ideas, en este estudio, las respuestas a las preguntas se encuentran *en algún lugar del presente*, en los propios musicoterapeutas en activo que realizan su labor profesional anónimamente, y resultan los informantes más adecuados para dar las respuestas al tema de investigación, ya que son los que construyen con su trabajo el “día a día” de la realidad profesional de la musicoterapia en Iberoamérica. Es en este sentido que, el trabajo sobre el *presente*, el aquí y ahora de la realidad de la musicoterapia en el contexto de estudio, la que permite obtener la información, para de un modo indirecto actuar en un futuro cercano, dado que los resultados de esta investigación pondrán de manifiesto una realidad profesional proporcionando un material documental que hasta el momento se encuentra sin sistematizar, y plantearán nuevos interrogantes para realizar futuras investigaciones, a las cuales servirá de fundamentación los resultados de este estudio. Los motivos expuestos llevan a elegir como *enfoque de investigación*, o sea, la forma en que se resolverá el problema que se plantea, el *enfoque descriptivo, de presente o de examen (survey)*.

Si la investigación es *una actividad humana orientada a la descripción, comprensión, explicación y transformación de la realidad social a través de un plan de indagación sistemática* (Del Rincón, 1995:19), y el *enfoque descriptivo se orienta hacia el presente, y por lo tanto resulta adecuado para los problemas en los que el investigador cree que aunque no existen los datos necesarios para responder a su pregunta de investigación, si existen los marcos en los que se pueden generar aquellos, y el enfoque de investigación*



consiste en acudir a esos marcos, aplicar los dispositivos adecuados de recogida de datos y analizar estos (Fox, 1984:477), el enfoque planteado para este estudio resulta el adecuado y se adapta a las necesidades del mismo.

La segunda dimensión a partir de la cual pueden estructurarse las ideas de investigación planteada por Fox (1984), la dimensión de la intención, refleja lo que se desea hacer a través de la investigación, y ofrece tres opciones: *descripción, comparación y evaluación*. Este estudio solamente se limitará a la primera parte: la *descripción*, a través de la cual se intentara caracterizar un conjunto limitado de condiciones, y no se realizaran juicios valorativos sobre la calidad de los datos obtenidos.

La descripción profunda de las condiciones en las que se realiza la practica profesional de la musicoterapia permitirá comprender de una forma más completa y adecuada el modo de trabajo de los musicoterapeutas iberoamericanos, información de la que hasta el momento se carece. Para lograr este objetivo, este estudio descriptivo se basa en un *diseño de encuesta*, en el cual la herramienta que permitirá recoger los datos necesarios la constituye el *Cuestionario sobre Práctica Profesional de la Musicoterapia (CPPMT)-(UCA© 3927)*, diseñado por la autora del presente trabajo. A través del cuestionario, se le pide a los encuestados que realicen una "autoevaluación" de su trabajo y brinden información sobre su practica profesional.

Los resultados de esta investigación servirán de punto de partida a futuras investigaciones, en las que quienes lo deseen, podrán comparar y/o evaluar los resultados obtenidos, elaborando el diseño de investigación correspondiente, a fin de continuar profundizando en el estudio del tema y generar, a través de la investigación comparativa y evaluativa, mayor información sobre este contexto profesional.

La musicoterapia posee una doble identidad como disciplina y profesión y los potenciales temas de investigación en musicoterapia se pueden clasificar bajo la misma perspectiva. Los temas de investigación relacionados con la disciplina (*Discipline Research*), se centran en estudiar los elementos dinámicos de la practica clínica, en el paciente y en cómo los musicoterapeutas interactúan con ellos utilizando la música con un propósito terapéutico (función

de la música, evaluación de la práctica clínica, efectividad del tratamiento, relación musicoterapeuta-paciente...). Los temas de investigación relacionados con la profesión (*Profession Research*) se centran en aspectos profesionales de la práctica clínica, en las relaciones de los musicoterapeutas entre sí y con otros profesionales dentro de unas condiciones socioeconómicas, políticas, educativas y profesionales que afectan a la disciplina (programas de formación, legislación profesional e institucional, historia y cultura...) (Bruscia, 1995: 18).

Siguiendo la clasificación expuesta, la presente investigación resulta ser de una temática intermedia, que toma elementos de ambos campos potenciales de investigación. En términos estrictos no se realizará un estudio específico sobre la práctica clínica, sino que se describirá una situación general de la práctica de la profesión, que, obviamente, incluye elementos específicos de la práctica clínica, a partir de la información, -subjetiva-, ofrecida por los musicoterapeutas participantes en la investigación. Los resultados y las conclusiones del estudio tendrán implicancias en ambas áreas, en la musicoterapia como disciplina y como profesión.

## **Proceso de Recolección de Datos**

### **1.- Presentación del Instrumento: Cuestionario Práctica Profesional de la Musicoterapia (CPPMT)**

Se ha expuesto al presentar el enfoque y el diseño de la presente investigación que los datos necesarios para realizar la misma, se obtendrán a través de la información que se obtenga de los musicoterapeutas participantes que en la actualidad desarrollan su actividad profesional en el contexto de estudio, a través del *método de encuesta* utilizando una de sus posibilidades: *el cuestionario*.

Como técnica para obtener de datos, el *cuestionario* es utilizado por distintos colectivos sociales y profesionales para indagar y obtener información sobre diversos temas. Se define como "*una forma de encuesta caracterizada por la ausencia de encuestador, por considerar que para recoger información sobre el problema de estudio es suficiente una interacción impersonal con el encuestado*" (Rodríguez Gómez y

col.,1996: 186). En este caso, más que considerar suficiente una interacción impersonal con el encuestado, es la única forma posible de llevar a cabo un *estudio a gran escala* dado el alcance masivo de sujetos de los cuales permite obtener datos.

El *objetivo general del cuestionario es recoger información sobre cómo se desarrolla la práctica profesional de la musicoterapia en sus aspectos metodológicos y evaluativos en el contexto iberoamericano, y los sujetos a quienes va dirigido son profesionales musicoterapeutas graduados en ejercicio de la profesión en países donde existe formación académica superior en musicoterapia y profesionales de áreas afines con formación en musicoterapia en los países donde no existe formación académica institucionalizada. El cuestionario contiene un total de 24 preguntas organizadas en tres secciones o dimensiones, que a su vez, dan lugar a subdimensiones que permiten recoger información detallada. A continuación se presenta la estructura general y la organización de las preguntas del cuestionario CPPMT (tabla 1).*

Dimensiones	Información Recogida
Contexto Profesional (4 preguntas)	Área de trabajo, tipo de pacientes y patología, institución, nivel de práctica profesional, profesional que realiza la derivación de pacientes
Metodología de Trabajo (7 preguntas)	Modo de organizar la sesión de trabajo, materiales, técnicas de trabajo y orientación teórica
Metodología de Evaluación (13 preguntas)	Instrumentos y momentos de evaluación, sistema de registro de datos, informes de evaluación, aspectos a evaluar en los pacientes, criterios y utilidad de la evaluación, evaluación del proceso terapéutico (supervisión).

Tabla 1: Estructura del Cuestionario Práctica Profesional de la Musicoterapia

La primera dimensión, **Contexto Profesional**, contiene cuatro preguntas orientadas a obtener información sobre la situación profesional del encuestado. Los datos se obtienen a partir de preguntas generales sobre el *área de trabajo*, el *tipo de pacientes* y la *patología*, el *tipo de institución* y el *nivel de práctica profesional* que es realizada. Se incluye una pregunta sobre *derivación de pacientes* a tratamiento de musicoterapia, dado que este dato resulta interesante ya que ofrece información sobre el grado de difusión de la musicoterapia entre profesionales de áreas relacionadas. La segunda dimensión, **Metodología de Trabajo**, contiene siete preguntas orientadas a obtener información sobre la forma de trabajo del sujeto encuestado. Los datos que se recogen son: *modo de organizar la sesión de trabajo* en relación con los pacientes y el musicoterapeuta, los *materiales utilizados para trabajar*, las *técnicas de trabajo* y la *orientación teórica* que sustenta la práctica profesional. En la tercera y última dimensión, **Metodología de Evaluación**, las preguntas están destinadas a obtener información sobre las prácticas evaluativas que realiza el encuestado en su trabajo recogiendo datos sobre los *sistemas e instrumentos de evaluación* utilizados, el *momento de evaluación*, el *sistema de registro de datos*, la *manera de confeccionar los informes de evaluación*, los *aspectos a evaluar en los pacientes*, los *criterios de evaluación* utilizados, la *utilidad de la evaluación* y la *evaluación del proceso terapéutico (supervisión)*.

Elaborado el cuestionario se comprobó su fiabilidad y validez a través de la modalidad de *validación teórica a través de jueces externos* (Fox, 1981). Para realizar este proceso, se preparó un *Cuestionario de Validación del Cuestionario Práctica Profesional de la Musicoterapia*, que recoge los aspectos *conceptuales y teóricos* del cuestionario, así como el *carácter formal* del mismo (construcción, contenido, formulación de las preguntas y escalas utilizadas), que debían ser validados del cuestionario CPPMT. Dado el carácter internacional de esta investigación, se solicitó la colaboración tanto de musicoterapeutas de los países participantes en la investigación, y también de musicoterapeutas de otros países. Los jueces externos elegidos para realizar la

validación se seleccionaron siguiendo el criterio «*profesional destacado dentro del ámbito de estudio*»<sup>5</sup>.

Recibidos los informes de los jueces externos se realizaron algunas modificaciones que llevaron a la construcción definitiva del cuestionario. Finalizado este proceso se realizó su traducción al idioma portugués, a fin de facilitar su cumplimentación por los musicoterapeutas de Portugal y Brasil.

## 2.- Selección de Participantes

A fin de acotar el campo de estudio, el criterio utilizado para seleccionar los países participantes en esta investigación fue incluir los países miembros del *Comité Latinoamericano de Musicoterapia: Argentina, Brasil, Uruguay, Colombia, Chile, Cuba, México, Perú y Venezuela*. Se descarta la inclusión de otros países latinoamericanos dada la falta de información sobre la existencia de la musicoterapia en los mismos<sup>6</sup>.

En el estudio, se decide incluir a España y Portugal a fin de brindar una visión de conjunto de lo que es la realidad Iberoamericana de la Musicoterapia en la actualidad, aunque dichos países no formen parte del *Comité Latinoamericano de Musicoterapia*<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Los profesionales seleccionados fueron *Gianluigi di Franco* (Presidente del Comité Europeo de Musicoterapia), *Silvia Jensen* (Asesora Pedagógica del Área de Discapacitados Adultos, Municipio del Norte de Jutlandia, Dinamarca), *Diego Schapira* (encargado de la Comisión de Ética e Investigación de la Federación Mundial de Musicoterapia), *Amelia Ferragina* (ex Coordinadora Académica de la Carrera de Musicoterapia de la Universidad de Buenos Aires), *Lía Rejane Mendes Barcellos* (Docente y Supervisora en el Curso de Formación de Musicoterapeutas do Conservatorio Brasileiro de Música) Brasil y *Esperanza Alzamendi, Amparo Alonso, Myriam Blanco* (Comisión de Investigación de la Asociación Uruguaya de Musicoterapia).

<sup>6</sup> Hasta la fecha no se conocen referencias de práctica profesional de la musicoterapia en países como Bolivia, Paraguay, Ecuador, o países Centroamericanos como Guatemala, Honduras, El Salvador, aunque no se descarta la posibilidad rastrear información a través del contacto con Universidades en los países citados.

<sup>7</sup> En opinión de la autora, la inclusión de los citados países en el CLAM resultaría enriquecedora y fructífera para ambas partes. Los lazos históricos, culturales, económicos y académicos que ambos países mantienen con Latinoamérica les colocan en la situación privilegiada de poder pertenecer tanto al CLAM, como al EMTC (Comité Europeo de Musicoterapia), y, de esta forma, potenciar el intercambio de información y desarrollo profesional.

Una vez elegidos los países participantes, para llevar a cabo el proceso de difusión y recolección del cuestionario se invitó a colaborar formalmente a través de una carta explicativa acerca de los alcances de la investigación, a los miembros de la *Comisión de Ética e Investigación de la Federación Mundial de Musicoterapia*, al *Comité Latinoamericano de Musicoterapia y sus Delegados*, a las *Asociaciones Profesionales, Universidades y Centros de Formación*. Por supuesto se cuenta con la colaboración anónima de amigos y conocidos en los distintos países dispuestos a ayudar en este proceso. La actividad consiste en difundir los cuestionarios enviados entre la comunidad de profesionales correspondiente y servir de punto de recogida de los mismos para remitirlos a la Universidad de Cádiz<sup>8</sup>.

El cuestionario se distribuyó a través de correo ordinario, correo electrónico, y durante en el *V Foro Rioplatense de Musicoterapia* (Montevideo, Agosto 1998), en el *II Encuentro Latinoamericano de Musicoterapia* (Río de Janeiro, Noviembre 1998).

La tabla 2 presenta el listado de Asociaciones y Universidades invitadas a colaborar.

<i>Asociaciones Y Universidades Invitadas A Colaborar</i>	
Comité Latinoamericano de Musicoterapia: Presidente, Asesor y Delegados Federación Mundial de Musicoterapia: Comisión de Etica e Investigación	
<i>Argentina</i>	Asociación de Musicoterapeutas Universitarios de la República Argentina (AMURA) - Asociación Argentina de Musicoterapia (ASAM) - Asociación Cuyana de Musicoterapia (ACUM) - Asociación Neuquina de Musicoterapia - Ambito Docencia e Investigación en Musicoterapia (ADIMU) - Universidad de Buenos Aires - Universidad del Salvador - Universidad Abierta Interamericana (Sedes Buenos Aires y Rosario) - Delegada del CLAM

<sup>8</sup> Los gastos derivados de este proceso se financiaron a través de una Ayuda Económica a la Investigación otorgada por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad de Cádiz.

<i>Brasil</i>	Uniao Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) - Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia de Sao Paulo (APEMESP) - Associação Catarinense de Musicoterapia (AMT-SC) - Associação Mineira de Musicoterapia (AMT-MG) - Associação de Musicoterapia do Paraná (AMT-PR) Associação de Musicoterapia do Ríó de Janeiro (AMT-RJ) - Associação de Musicoterapia do Ríó Grande do Sul (AMTRGS) - Associação Baiana de Musicoterapia (ASBAM) - Sociedade Goiana de Musicoterapia (SGMT) -Delegado del CLAM
<i>Cuba</i>	Delegada del Comité Latinoamericano de Musicoterapia
<i>Colombia</i>	Corporación Sonido, Arte y Ciencia - Delegada del CLAM
<i>Chile</i>	Delegada del Comité Latinoamericano de Musicoterapia
<i>México</i>	Asociación Mexicana de Musicoterapia - Centro de Estimulación Musical México DF - Delegada del CLAM
<i>Perú</i>	Sociedad Musicoterapéutica del Perú - Centro para el Desarrollo de las Terapia de Arte - Delegada del CLAM
<i>Uruguay</i>	Asociación Uruguaya de Musicoterapia (ASUM) - Delegada del CLAM
<i>Venezuela</i>	Asociación Venezolana de Musicoterapia (AVEMT) - Delegada del CLAM

<i>España</i>	Asociación Española de Musicoterapia (AEMT) - Asociación Catalana de Musicoterapia (ACMT) - Centro de Investigación Musicoterapéutica (CIM) - Asociación Canaria de Musicoterapia - Instituto Música Arte y Proceso - Asociación de Profesionales de la Musicoterapia (APM) - Centro para la Difusión de la Musicoterapia
<i>Portugal</i>	Asociación Portuguesa de Musicoterapia (APMT) - Asociación Portuguesa de Educación Musical - Dirección General de Educación Especial de Madeira

Tabla 2: Asociaciones y Universidades invitadas a colaborar

La participación y el compromiso de las diferentes asociaciones de musicoterapia y de las instituciones de formación académica en este proyecto resulta fundamental dada la envergadura y amplitud del mismo. Las tareas de conjunto producen más y mejores resultados que la suma de esfuerzos individuales. El carácter innovador<sup>9</sup> del proyecto necesita de este enfoque para su consecución. Finalizada la fase de recolección de datos, se analizarán las respuestas obtenidas, así como el proceso de investigación llevado a cabo y las repercusiones del mismo.

### **A Modo de Conclusión: Alcances de la Investigación**

La fase de investigación en la que actualmente se encuentra este proyecto, la fase de recolección de los datos a través el *Cuestionario sobre Práctica Profesional de la Musicoterapia*, no permite aún la presentación de resultados.

La amplitud del estudio y la perspectiva internacional que presenta, unido a la falta de trayectoria en la investigación en este contexto y la variedad de respuestas obtenidas de los potenciales

<sup>9</sup> Es el primer estudio de estas características que se realiza en este contexto



colaboradores, que van desde la aceptación y colaboración más desinteresada hasta la negativa tajante y descalificación de la investigación, hacen prever una dificultad en el proceso de recolección de datos, el cual puede resultar lento y tedioso, y repercutir en el número de cuestionarios estimable de ser recolectados.

Por ello, resulta fundamental en la consecución de este proyecto la interacción personal, la motivación a la participación, el intercambio de ideas, así como la presentación formal de esta investigación en el *Segundo Encuentro Latinoamericano de Musicoterapia*. Estos serán factores determinantes para poder finalizar con éxito este estudio.

Como conclusiones previas a los resultados finales de la investigación, los datos que surjan de la misma permitan:

- ⇒ Recoger, organizar y actualizar información sobre la práctica profesional de la musicoterapia en el Contexto Iberoamericano.
- ⇒ Describir las condiciones actuales de cómo se realiza la práctica profesional en los distintos países involucrados en el estudio: áreas de trabajo, metodología, técnicas y evaluación.
- ⇒ Los resultados de esta investigación servirán de base a futuras investigaciones y generarán nuevas cuestiones sobre las que profundizar aportando información al desarrollo teórico - metodológico de la disciplina en este contexto.
- ⇒ La difusión de estos resultados permitirá que la forma de trabajo de los musicoterapeutas en Iberoamérica sea conocida por otros colectivos profesionales y por los propios musicoterapeutas de otras regiones del mundo.

Para finalizar, el más sincero agradecimiento, a todos los musicoterapeutas anónimos que a través de la cumplimentación del cuestionario permiten que esta investigación tome cuerpo y se desarrolle, a las Asociaciones de Musicoterapia y a los colaboradores personales que trabajaron y trabajan apoyando la difusión de esta investigación, y a las autoridades organizativas del *Segundo Encuentro Latinoamericano de Musicoterapia* por permitir la presentación de este trabajo. Que todos los colegas implicados en colaborar en

esta investigación sean capaces de valorar el esfuerzo y dedicación que este trabajo conlleva.

## **Bibliografía**

- Aldridge, D. (1996): *Music Therapy Research and Practice in Medicine*. London: Jessica Kingsley
- Bunt, L. (1994): *Music Therapy: An Art Beyond Words*. London: Routledge.
- Buendia Eisman, L.; Colas Bravo, P. y Hernández Pina, F. (1997): *Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. Madrid: Mac Graw-Hill.
- Bruscia, K. (1987): *Improvisational Models of Music Therapy*. USA: Charles Thomas Publisher.
- Bruscia, K. (1989): *Defining Music Therapy*. Phoenixville, USA: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (1995): The Boundaries of Music Therapy Research. En Wheeler, B. (ed): *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*. Phoenixville, USA: Barcelona Publishers.
- Cook, T.D. y Reichardt, CH.S. (1986): *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
- Erdonmez, D. (1996): *Directory of Music Therapy Training Courses World-Wide*. WFMT.
- Fink, A. (1995): *The Survey Handbook*. USA: Sage Publications.
- Fink, A. (1995a): *How to Ask Survey Questions*. USA: Sage Publications.
- Fink, A. (1995b): *How to Sample in Surveys*. USA: Sage Publications.
- Fowler, F., Jr. (1995): *Improving Survey Questions. Design and Evaluation*. USA: Sage Publications.
- Fox, D. (1981): *El Proceso de Investigación en Educación*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra.
- Langenberg, M.; Aigen, K. y Frommer, J.(ed) (1996): *Qualitative Music Therapy Research*. USA: Barcelona Publishers.
- Maranto, C. (1993): *Music Therapy: International Perspectives*. . USA. Jeffrey Books.
- Martínez López, F.; Luna Huerta, P.; Fernández Carrión, R.; Salmeron Silvera, J. (1997): *Internet para Investigadores*. Huelva: Universidad de Huelva. Publicaciones.

- Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1996): *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Archidona, MA: Aljibe.
- Ruud, E. (1990): *Los Caminos de la Musicoterapia*. Buenos Aires: Bonum.
- Ruud, E. (1998): Sciences as Metacritique. *Journal of Music Therapy*. XXXV (3), pág. 218-224.
- Sabbatella, P. (1998): Un Estudio Bibliográfico sobre Metodología de Trabajo y Evaluación en Musicoterapia. *Música, Terapia y Comunicación: Revista de Musicoterapia*. N°18, pág.67-81.
- Smeisjters, H. (1998): *Multiple Perspectives: A Guide to Qualitative Research in Music Therapy*. USA: Barcelona Publishers.
- Wheeler, B. (1983): A Psychoterapeutic Classification of Music Therapy Practices. *Music Therapy Perspectives*, Vol. 1, N°2. pág.8-12.
- Wheeler, B. (1987): «Levels of therapy: the classification of music therapy goals». *Music Therapy*, Vol. 6, N°2. pág.39-49.
- Wheeler, B. (ed) (1995): *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*. Phoenixville, USA: Barcelona Publishers.

## Por Uma Nova Abordagem Musicoterapêutica\*

Renato Tocantins Sampaio  
/janeiro de 1999 \*\*

“... Tal problemática, no fim das contas, é a da produção de existência humana em novos contextos históricos...” Félix Guattari

### O Acontecimento, a Ecosofia e o Coletivo Inteligente

A Teoria dos Acontecimentos provém da tese filosófica dos estóicos de que um ser é formado por um corpo e por um *incorporium*. O corpo sendo aquele que pode ser tocado, pode ser visto, pode ser ouvido, que se mistura com outros corpos através das ações e das paixões, e, o *incorporium*, resultado do encontro entre dois corpos, consistindo em um “envelope do corpo”, *insistindo entre eles*. A relação que emerge deste encontro é o acontecimento.

A essência do Ser não é física, corporal, mas sim incorporal. O Ser é relação. O Ser é constituído pelos acontecimentos que ele realiza e que vão se implicando e se imbricando em volta de seu corpo, e conseqüentemente, modificando a forma deste corpo se relacionar com os demais corpos do mundo. O Ser não é a soma das suas características corporais, e sim a soma de seus acontecimentos e das múltiplas implicações destes.

---

\* O presente texto traz uma versão ampliada do trabalho apresentado no II Encontro Latino-Americano de Musicoterapia intitulado “A Teoria da Inteligência Coletiva e a Musicoterapia” em novembro de 1998, no Rio de Janeiro - RJ, tendo como objetivo introduzir os conceitos básicos das teorias de Felix Guattari, Pierre Lévy e Gilles Deleuze a fim de proporcionar subsídios para uma releitura das teorias e práxis em Musicoterapia, tanto ao nível da prática clínica, como da organização político-administrativa-educacional.

\*\* Renato Tocantins Sampaio - musicoterapeuta; educador musical; especialista em Psicopedagogia; mestrando em Comunicação e Semiótica pela PUC-SP;

O acontecimento ideal é uma *singularidade* que marca convergências, entroncamentos, mudanças de direções. A linguagem é a expressão de um acontecimento e não da essência de um objeto. Quando um indivíduo fala “cortador-de-pão” ao invés de “faca”, ele está falando do acontecimento e não da essência do objeto.

Conhecer algo significa conhecer um corpo no acontecimento. Conhecer não é descrever, mas sim intuir. É ter viabilidade no mundo que o indivíduo faz emergir a partir dos acontecimentos.

Para o homem chegar à completude, deve realizar todos os seus afetos, todas as suas potencialidades. Porém, só realizaremos nossas potencialidades se as experimentarmos, se as pusermos em prática, se *estivermos nos acontecimentos*. Através dos acontecimentos que o homem realiza (das relações que ele “constrói”), ele vai *atualizando* suas potencialidades, e deste modo, vai se individuando. No entanto, devemos nos lembrar que não existe um indivíduo acabado, um homem completo, um ser que realizou todas as suas potencialidades, mas apenas *sujeitos em processo de individuação*. Podemos, então, pensar a Saúde como a adaptação do indivíduo às condições ambientais (das condições físico-químicas às condições sociais) de forma a tornar possível a atualização de suas potencialidades e a manutenção do seu processo de individuação. Este processo ocorre de forma sincrônica nos quatro planos de existência humana: o plano físico-químico; o biológico; o psíquico, e o plano social. Sempre que um indivíduo atualiza uma potência, sobra um “resto”, uma “potência residual” que somente poderá ser atualizada através de um salto de ordem, de uma transdução para o plano imediatamente superior. Os planos de individuação nos remetem ao conceito de Ecosofia de Félix Guattari. Tal conceito traduz uma preocupação ético-político-estética com os diferentes níveis de atuação humana. É comum ouvirmos falar de uma ecologia do meio ambiente, e o que o autor propõe através de sua Ecosofia é uma ecologia tripla: Ecologia Ambiental (do plano de individuação biológico), Ecologia Mental (do plano de individuação psíquico) e uma Ecologia Social (do plano de individuação social). Segundo Guattari (GUATTARI, 1990)

*“A Ecosofia Social consistirá, portanto, em desenvolver práticas específicas que tendam a modificar e a reinventar maneiras de*

*ser no seio do casal, da família, do contexto urbano, do trabalho, etc. Certamente seria inconcebível pretender retornar a fórmulas anteriores, correspondentes a períodos nos quais, ao mesmo tempo, a densidade demográfica era mais fraca e a densidade das relações sociais mais fortes que hoje. A questão será literalmente reconstruir o conjunto das modalidades do ser-em-grupo. E não somente pelas intervenções "comunicacionais" mas também por mutações existenciais que dizem respeito à essência da subjetividade. Neste domínio, não nos ateríamos às recomendações gerais mas faríamos funcionar práticas efetivas de experimentação tanto nos níveis micro-sociais quanto em escalas institucionais maiores", enquanto que a Ecosofia Mental "será levada a reinventar a relação do sujeito com o corpo, com o fantasma, com o tempo que passa, com os "mistérios" da vida e da morte. Ela será levada a procurar antídotos para a uniformização midiática e telemática, o conformismo das modas, as manipulações da opinião pela publicidade, pelas sondagens, etc. Sua maneira de operar aproximar-se-á mais daquela do artista do que a dos profissionais "psi", sempre assombrados por um ideal caduco de cientificidade."*

Devemos nos lembrar que assim como um indivíduo não é o somatório de suas características corporais, um grupo não é o somatório de seus elementos participantes. O social também não é um termo de uma relação do tipo unidade-conjunto, mas sim um sistema de relações que atualizam as potencialidades pré-individuais. Estas relações entre os indivíduos acabam por formar novos atributos incorporais que irão gerar novos processos de individuação. Existem basicamente dois tipos de grupos: o grupo como um conjunto de indivíduos e suas relações (acontecimentos); e, os grupos-sujeito (coletivo inteligente). Para haver a formação de um coletivo inteligente é necessária a visibilidade, a troca, a enunciação entre os componentes do grupo. A Inteligência, enquanto capacidade de produzir associações (e subjetivações), está intimamente ligada à ação: quanto mais eu ajo inteligentemente, mais inteligente eu fico. Possuir mais material para associar implica um campo de possibilidades de manifestações de idéias também maior. Mas não necessariamente implica maior inteligência, pois as associa-

ções não necessariamente estarão ocorrendo. A validação dos conhecimentos, saberes e competências depende sempre do coletivo onde o indivíduo está inserido. Só é possível avaliar um conhecimento a partir de uma enunciação, não necessariamente verbal, que irá acontecer dentro de um contexto.

## **A Prática Clínica em Musicoterapia**

Segundo Clarice Moura Costa (1995) "Musicoterapia é uma modalidade terapêutica que utiliza a música, enquanto som e movimento, com o objetivo de abrir canais de comunicação que permitam um melhor relacionamento do paciente consigo mesmo e com o seu ambiente, desenvolvendo seus aspectos bio-psíquicos-sociais de modo a possibilitar sua (re)integração na sociedade". Para alcançar os objetivos terapêuticos relevantes ao processo de individuação de cada paciente/cliente, o musicoterapeuta faz uso de atividades musicais através das quais se relaciona com o paciente/cliente ou grupo. Estas atividades envolvem o fato musical com o objetivo de comunicar algo ou de despertar conteúdos (sensações, sentimentos, idéias, imagens, lembranças, associações, etc.) no paciente/cliente ou grupo, criando, desta maneira, uma possibilidade do indivíduo atualizar suas potencialidades através deste fazer musical e/ou da comunicação através da música.

Kenneth Bruscia (1987) afirma que o processo terapêutico ocorre através de experiências musicais, e das relações que se desenvolvem através destas. Em algumas instâncias, os problemas ou necessidades do(s) cliente(s) são acessados diretamente através da música, e em outros casos, por meio da relação interpessoal que se desenvolve entre terapeuta e cliente (e/ou grupo). O processo terapêutico, quer seja através destas experiências musicais, quer seja através da relação entre o paciente/cliente e o terapeuta (e/ou grupo), ou ainda através de ambas, irá criar e/ou realizar acontecimentos que ocorrerão dentro de um ambiente "controlado" (parcialmente) - o *setting* musicoterapêutico - de forma a tornar possível a atualização das potencialidades do cliente e a manutenção do seu processo de individuação, em todos os níveis (biológico, mental e social).

O musicoterapeuta e seu(s) paciente(s)/cliente(s) devem estabelecer um *vínculo terapêutico*, e principalmente, devem estabelecer uma forma de comunicação adequada às necessidades e habilidades do(s) paciente(s). O *setting* terapêutico é um ambiente extremamente rico em possibilidades de significações, em possibilidades de produção de singularidades, em possibilidades de produção de subjetivações, as quais poderão ou não se realizar dependendo das necessidades do(s) paciente(s)/cliente(s) e das habilidades do terapeuta.

Se desejamos realmente criar uma nova abordagem musicoterapêutica, devemos rever não só o conceito de saúde, de homem, e de processo terapêutico, mas também outros conceitos e princípios básicos da Musicoterapia, tais como Identidade Sonora, Objeto Intermediário, entre outros. Para não nos estendermos muito, realizaremos apenas uma releitura do conceito de Identidade Sonora, deixando os demais para outras oportunidades. Guattari (1992) propõe a existência de Universos Incorporais de Referência, que são enunciadores que põe em jogo um sistema de valorização, criando uma polarização de subjetividade. Tal Universo de subjetivação possui uma textura hipercomplexa pois pode categorizar componentes ontológicos de diversas “naturezas”: relações sociais, matemática, artes plásticas, música, problemáticas sociais, etc. Podemos tomar a Identidade Sonora, como um caso particular de Universo Incorporal de Referência, uma vez que um elemento musical funcionaria como ponto comum que une os indivíduos, fundando um grupo, um coletivo, que produzirá subjetividade a partir daquele elemento. Não pensamos Identidade como uma “essência do indivíduo” ou “essência do grupo”, mas como um elemento que nos diferencia e portanto nos torna identificáveis perante outros semelhantes. Identidade, neste sentido, é a “consciência” da diferença.

Este conceito também é válido para as “Identidades Sonoras Individuais” (Iso Gestáltico e Iso Complementário), pois o elemento musical não uniria diferentes indivíduos formando uma unidade de grupo, diferenciando-o de outros grupos e produzindo subjetividades, mas diferentes momentos, situações, lembranças, acontecimentos de um mesmo indivíduo formando uma



unidade de indivíduo, diferenciando-o de outros indivíduos e, também, produzindo subjetividades.

## **A Organização Político-Administrativa-Educacional da Musicoterapia no Brasil**

Muito tem se falado da questão da construção da carreira de Musicoterapeuta no Brasil, e diversos passos já foram dados em relação a este objetivo. Os trabalhos realizados pelas associações estaduais de Musicoterapia, que vem crescendo em número, força e trabalho nos últimos anos, e pela UBAM - União Brasileira das Associações de Musicoterapia são provas disto. Porém não é possível que apenas uns poucos musicoterapeutas se empenhem para conseguir tal objetivo. É preciso a participação de todos, pois como mencionado anteriormente, um coletivo inteligente só se forma se os seus elementos trocam informações e se eles tem visibilidade uns dos outros e de si mesmos. Faz-se imprescindível uma atuação mais numerosa, freqüente e concisa dos musicoterapeutas em encontros, fóruns, vivências, etc, organizados pelas entidades que ministram os cursos de formação e pelas associações, pois somente assim tal visibilidade e tal troca irá acontecer. Esta participação deve ser uma participação ativa, levantando questões, procurando respostas e soluções (ou pelo menos alternativas) e principalmente, mostrando o que se tem feito em termos de prática clínica nos diversos locais de trabalhos, com os diversos tipos de população e com as diferentes abordagens teóricas nas quais estas práticas estão embasadas.

Novamente citando Guattari (1990):

*“Uma ecosofia de um tipo novo, ao mesmo tempo prática e especulativa, ético-política e estética, deve a meu ver substituir as antigas formas de engajamento religioso, político, associativo ... Ela não será nem uma disciplina de recolhimento na interioridade, nem uma simples renovação das antigas formas de “militantismo”. Tratar-se-á antes de um movimento de múltiplas faces dando lugar a instâncias e dispositivos ao mesmo tempo analíticos e produtores de subjetividade. Subjetividade tanto individual quanto coletiva, transbordando por todos os lados as circunscrições individuais, “egoisadas”, enclausuradas*

em identificações, e abrindo-se em todas as direções: do lado do socius, mas também dos Phylum maquínicos, dos Universos de Referência técnico-científicos, dos mundos estéticos, e ainda do lado de novas apreensões “pré-pessoais” do tempo, do corpo, do sexo ...”

## **Bibliografia**

- BRUSCIA, K. *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield: Charles C Thomas Publishers. 1987
- COSTA, C. M. *Musicoterapia em Deficiências Mentais*. Lisboa: Clio. 1995.
- DELEUZE, G. *Filosofia Virtual*. São Paulo: 34. 1996.  
\_\_\_\_\_ *Crítica e Clínica*. São Paulo: 34.1997.
- GUATTARI, F. *As Três Ecologias*. Campinas: Papirus. 1990.  
\_\_\_\_\_ “As Esquizoanálises”. In: *Cadernos de Subjetividade, Num. 04*. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. 1996.  
\_\_\_\_\_ *Caosmose*. Rio de Janeiro: 34. 1992.
- LÉVY, P. *As Tecnologias da Inteligência*. São Paulo: 34. 1993.  
\_\_\_\_\_ *A Inteligência Coletiva*. São Paulo: Loyola. 1998.
- PELBART, P. “Tempos de Deleuze”. In ROLNIK, S. e PELBART, P. *Cadernos de Subjetividade, Num. Esp. Gilles Deleuze*. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. 1996.  
\_\_\_\_\_ *O tempo não reconciliado*. São Paulo: Perspectiva. 1998.

## Os Territórios Num Trabalho Em Equipe Com Musicoterapia

Ana Léa Maranhão von  
Baranow

Esse trabalho é o desdobramento do capítulo “Atuação do musicoterapeuta – Atendimento em Equipes”, do meu livro “MUSICOTERAPIA: UMA VISÃO GERAL” (Ed. Enelivros, RJ, 1999) no qual direciono os questionamentos sobre a atuação do musicoterapeuta em equipes com profissionais de outras especialidades da área da saúde, buscando nos teóricos e filósofos contemporâneos a compreensão para a dinâmica do funcionamento desses grupos e para os processos ocorridos nesses territórios, através do jogo sógnico na comunicação existente.

*“O que torna o material cada vez mais rico é aquilo que faz com que heterogêneos mantenham-se juntos sem deixar de ser heterogêneos” (Deleuze e Guattari, 1997).*

Muitas definições de musicoterapia enfatizam como objetivos principais: “abrir canais de comunicação”, “estabelecer ou restabelecer a comunicação” ou “estabelecer uma relação de equilíbrio”, o que nos faz crer que ela atua como um facilitador da expressão humana, dos movimentos, gestos, sentimentos, sensações e emoções, através da música e dos sons, promovendo alterações que levam ao aprendizado, à mobilização e organização interna que favorece a singularização, permitindo ao indivíduo evoluir em sua busca, seja ela qual for.

O *fazer sonoro* que ocorre durante as sessões favorece o desenvolvimento das relações interpessoais, “...uma vez que um elemento musical funcionaria como ponto comum que une os indivíduos, fundando um grupo, um coletivo, que produzirá subjetividade a partir daquele elemento” (Sampaio, 1999) e o musicoterapeuta atua nesse território através da utilização musicoterápica do som, da música e do *gesto*. Conforme F. Iazzetta (1997), gesto não é apenas movimento mas “...um movimento dotado de significação especial. É mais do que uma mudança no espaço, uma ação corporal, ou um movimento mecânico: o gesto é um fenômeno

de expressão que se atualiza na forma de movimento”. O gesto pode ser também a intenção de um movimento (existem gestos sem movimento) ou um movimento que expressa algo em um ‘jogo expressivo’ que o compreende.

“Musicoterapia é um processo orientado no qual o terapeuta ajuda o cliente a melhorar, manter, ou restaurar um estado de bem-estar, utilizando experiências musicais, e as relações que se desenvolvem através destas, como forças dinâmicas de mudanças” (Bruscia, 1987). Creio ser exatamente a partir dessas relações, que se desenvolvem através da utilização das experiências musicais, que se encaixa o papel principal do musicoterapeuta no trabalho em equipes.

É comum o atendimento conjunto do musicoterapeuta com profissionais de várias áreas da saúde e também da área pedagógica com um único paciente ou grupo. Os profissionais envolvidos nesses atendimentos podem ser psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, assistentes sociais e médicos, entre outros, e é muito importante, para o bom desenvolvimento do tratamento e obtenção de melhores resultados, haver interação entre os que atendem o mesmo paciente, pois verifica-se na prática, que, muitas vezes, os objetivos são comuns e a troca de informações se intensifica, enriquece e até abrevia o tempo de tratamento, dependendo do caso.

Essa interação entre os profissionais que atendem a um único paciente pode se dar de várias formas, podendo ser multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar.

Hoje em dia, fruto da formação dos profissionais de saúde, não só no Brasil mas também em outros países, imperam especialidades com enfoques que muitas vezes “separam” o ser humano em partes para tratá-lo e em decorrência desse tipo de visão o paciente é atendido por diferentes profissionais, sem que eles interajam entre si, ou saibam o que o profissional de cada área específica está realizando em seu tratamento, fragmentando-o. Este é o que denominamos *atendimento multidisciplinar*.

No *atendimento interdisciplinar*, mais comum em instituições, pois os vários profissionais que atendem a um mesmo paciente trabalham num único local, há uma interação entre eles, e são colocados em discussão os vários aspectos do tratamento e, na

medida do possível, estabelecidos objetivos em comum. Apesar da dificuldade de entrosamento de diferentes linguagens, temos visto, na prática, bons resultados nesse tipo de interação.

O *atendimento transdisciplinar* é uma modalidade nova, com ainda pouco espaço no âmbito terapêutico atual, pois exige uma nova visão de ser humano, no qual este é um todo indivisível e relacional, um ser de multiplicidades, um componente essencial com múltiplas conexões com o mundo que o cerca, independente do tipo e do grau de alguma patologia que porventura apresente.

Nesse tipo de atendimento, os diferentes profissionais, após a investigação de objetivos comuns e esclarecimentos sobre o modo de atuação de cada um, *trabalham juntos numa mesma sessão com o paciente*, demarcando um território com um grande potencial, no qual a perspectiva é a dinâmica de conjunto e é analisada e reconhecida a interdependência dos múltiplos aspectos. Cada profissional está direcionado para sua área de atuação, mas interagindo no mesmo espaço com outros profissionais.

Segundo a Associação Canadense de Musicoterapia, "... Como membro da equipe terapêutica, o musicoterapeuta profissional participa do auxílio às necessidades do cliente, da formulação de uma conduta terapêutica e de um programa para o tratamento, e então, prossegue com as atividades musicais específicas para alcançar objetivos determinados ..." e de acordo com a Associação Nacional de Musicoterapia (USA) "... Como membro de uma equipe terapêutica, o musicoterapeuta profissional participa da análise dos problemas do indivíduo e na projeção dos objetivos gerais do tratamento, antes de planejar e executar as atividades musicais específicas ...".

Essa forma de trabalho, na qual os profissionais compartilham o mesmo território, necessita ser aprendida, usada, difundida e ter sua linguagem compreendida numa nova visão e mentalidade, exigindo um treinamento diferenciado dos profissionais que nele atuam, que vai além do aprendido nas instituições de ensino atuais.

O controle nesses grupos não é vertical, não existindo, na maioria dos casos, chefes diretos dentro dos grupos, mas um tipo de compromisso horizontal, com cada um dos membros percebendo suas ações e se responsabilizando por elas, sem perder a noção de conjunto. O que vai ao encontro das idéias desenvolvi-

das por Deleuze (filósofo e músico) e Guattari (psicanalista e músico) em Mil Platôs, "... não há uma forma ou uma boa estrutura que se impõe, nem de fora nem de cima, mas antes uma articulação de dentro, como se moléculas oscilantes, osciladores, passassem de um centro heterogêneo a outro, mesmo que para assegurar a dominância de um." (Deleuze e Guattari, 1997).

Não podemos ficar alheios e desconectados dos profundos processos pelos quais vimos passando atualmente e deixar de constatar que as mudanças, não só na aparência, fruto da tecnologia que avança num ritmo frenético, mas de tudo que nos altera irreversivelmente interiormente e coletivamente.

Como salienta Guattari em "As Três Ecologias" (1990): "Insistindo nos paradigmas estéticos, gostaria de sublinhar que, especialmente no registro das práticas "psi", tudo deveria ser sempre reinventado, retomado do zero, do contrário os processos se congelam numa mortífera repetição... O povo "psi", para convergir nessa perspectiva com o mundo da arte, se vê intimado a se desfazer de seus aventais brancos, a começar por aqueles invisíveis que carrega na cabeça, em sua linguagem e em suas maneiras de ser (um pintor não tem por ideal repetir indefinidamente a mesma obra – com exceção da personagem de Titorelli, no *Processo* de Kafka, que pinta sempre e identicamente o mesmo juiz!). Da mesma maneira, cada instituição de atendimento médico, de assistência, de educação, cada treinamento individual deveria ter como preocupação permanente fazer evoluir sua prática tanto quanto suas bases teóricas".

Território é um conjunto de forças e não um terreno ou um domínio qualquer. Um território é um espaço onde existem muitas trocas e muitas forças atuando; é um campo de forças centrífugas e centrípetas, de ordenação e emaranhado, de caos e ordem, é um jogo que faz com que os agenciamentos decorrentes dessas forças nunca ocorram do mesmo modo. Quando cada um dos integrantes de uma equipe de profissionais se une para um atendimento, naquele lugar, naquele momento, há um território específico demarcado, que extravasa os vários territórios ali representados, onde cada indivíduo traz seus níveis de subjetividade.

O território é um lugar de passagem, um “entre” por onde os meios passam e perpassam. “Um território lança mão de todos os meios, pega um pedaço deles, agarra-os (embora permaneça frágil frente a intrusões). Ele é constituído com aspectos ou porções dos meios.”, “...é preciso considerar simultaneamente dois aspectos do território: ele não só assegura e regula a coexistência dos membros de uma mesma espécie, separando-os, mas torna possível a coexistência de um máximo de espécies diferentes num mesmo meio, especializando-os”. (Deleuze, 1997)

Os meios são essencialmente comunicantes, a noção de meio não é unitária, os meios passam um no outro, a ação se faz num meio. Todo meio é vibratório, gera onda e se propaga dos modos mais distintos. Todas as espécies de meios deslizam uns em relação aos outros, uns sobre os outros, cada um definido por um componente.

Conforme Deleuze e Guattari, “O que torna o material cada vez mais rico é aquilo que faz com que heterogêneos mantenham-se juntos sem deixar de ser heterogêneos.” e ainda “... a organização de marcas qualificadas em motivos e contrapontos vai necessariamente acarretar uma tomada de consistência... A consistência se faz necessariamente de heterogêneo para heterogêneo: não porque haveria nascimento de uma diferenciação, mas porque os heterogêneos que se contentavam em coexistir ou suceder-se agora estão tomados uns nos outros, pela “consolidação” de sua coexistência e de sua sucessão.” (Deleuze e Guattari, 1997)

No momento de um trabalho em equipe transdisciplinar com um determinado paciente ou grupo, há um território singular formado e muitos agenciamentos, que são únicos e próprios desse território, ocorrendo simultaneamente, o que enriquece a dinâmica nesse acontecimento.

Os movimentos não cessam num território e seus componentes atuam das mais diversas maneiras. Num território desse tipo as forças se sobressaem, há um grande jogo de forças, pois atuam profissionais especialistas, com diferentes formações e visões pessoais e talvez por isso as velocidades “se arrastem” um pouco mais que em outros tipos de territórios.

A intensidade opera a um nível profundo, principalmente interno, pois os domínios são diferentes, cada profissional atua em

sua área de formação, oferecendo diferentes estímulos ao paciente e os acontecimentos, enquanto ocorrem, não são de todo inteligíveis. Para que tudo isso possa ser equacionado no final da sessão, há a necessidade da expressão verbal como fechamento da sessão, servindo de alívio para essa intensidade. Devemos também estar atentos às bordas demarcadas nesse território, mas podemos alterar esses limites durante a sessão, fechando ou ampliando, se necessário.

Quanto à posição do paciente frente ao grupo de profissionais, devemos buscar para que as forças lhe estejam sempre convergindo, pois ele deve ser o eixo do território. Diferentemente do “centro” de uma situação, o paciente enquanto “eixo” nos permite trabalhar com a dinâmica do indivíduo, pois o eixo num território não é só um foco e nunca adquire uma posição fixa. Outro importante ponto nesse território é a relação com a música, que tem uma forte função desterritorializante. Desterritorializar é desestabilizar o jogo com jogadas inusitadas ou mudanças de regras. Deleuze e Guattari chamam a atenção para a força desterritorializante da música e afirmam que, “...parece que a música tem uma força desterritorializante muito maior, muito mais intensa e coletiva ao mesmo tempo, e a voz, igualmente, uma potência de ser desterritorializante muito maior.... a música, tambores, trombetas, arrasta os povos e os exércitos, numa corrida que pode ir até o abismo, muito mais do que fazem os estandartes e as bandeiras, que são quadros, meios de classificação ou de reunião” (Deleuze e Guattari, 1997).

“A partir de uma perspectiva deleuziana, consideramos a música como um agenciamento de velocidades, de forças de atração e repulsão, de polarizações, de gestualidades, de tempos, de intensidades, de massas sonoras, de volumes, de texturas, de formas, de devires, etc. como um moto contínuo de territorialização e desterritorialização” (Sampaio, 1999).

Na musicoterapia, precisamos da função desterritorializante da música para que sejamos lançados em outros territórios, para que saíamos desse território demarcado e não nos cristalizemos. Quem procura uma terapia lança-se num jogo de transformações, quer seja emocional, físico, mental, social ou integral. O que se espera num atendimento terapêutico é a transformação de alguma



espécie neste território que está sempre em vias de desterritorialização, ao menos potencial, mesmo que para reterritorializar.

Quando se demarca um novo território ou quando há uma reterritorialização, há uma mudança de natureza, isto é, nunca nada é mais a mesma coisa e há sempre uma posição que o indivíduo quer alcançar, um lugar para ir, objetivos a atingir, mas os caminhos são muitos e cabe aos terapeutas fornecerem subsídios que facilitem essa escolha. É o indivíduo que busca todos esses movimentos, acontecimentos e transformações.

No território formado durante o atendimento transdisciplinar, o musicoterapeuta pode estar utilizando as experiências sonoro-musicais como fatores desencadeadores de transformações. Os procedimentos musicoterápicos podem também proporcionar a livre expressão corporal e o relaxamento no paciente facilitando o trabalho dos demais membros da equipe. Através da música, do som e do gesto, o musicoterapeuta pode proporcionar o desenvolvimento de relações no processo terapêutico e compartilhar com o grupo de profissionais da equipe as leituras musicoterápicas e as vias de comunicação abertas, favorecendo a integração do grupo e facilitando a percepção do território demarcado e do paciente como um todo.

Quando o paciente se comunica através de um som ou de um gesto, não focamos somente seu aparelho fonador, sua movimentação corporal ou os aspectos emocionais; o *fazer sonoro* permite-nos, se assim entendido pelo musicoterapeuta, ter a percepção do todo, pois a expressão do paciente contém uma síntese de sua essência que se funde com o território e essa mensagem pode ser passada à equipe de profissionais. Os canais de comunicação acionados pela música, pelo som e pelos gestos são diversos e podem ser direcionados para que os profissionais de cada uma das áreas que fazem parte da equipe possam estar utilizando para objetivos específicos: “É indubitável que no campo da Musicoterapia e no rol que o musicoterapeuta deve assumir, se sobrepõem, a até podem confundir-se, técnicas que poderiam pertencer a outras especialidades. É certo que em certas circunstâncias aparece uma espécie de “terra de ninguém”, que são momentos terapêuticos

em que as técnicas, a metodologia e a mesma fundamentação filosófica se justapõem e se confundem, para terminar, em última instância, sendo o homem mesmo, o ser em questão, ajudando a outro ser humano”. (Benenzon, 1985).

Os profissionais da equipe devem estar sempre atentos para não perderem de vista o objetivo do grupo para com o paciente, acionando elementos fragmentadores que o levem ou algum colega a desterritorializações indesejadas. É certo que, a todo tempo, está havendo desterritorialização e reterritorialização, e é exatamente esta dinâmica que sinaliza o andamento do processo terapêutico. “Sem dúvida, em todos os casos, devemos fazer funcionar ao mesmo tempo fatores de territorialidade, de desterritorialização, mas também de reterritorialização”. (Deleuze e Guattari, 1997). O Musicoterapeuta deve, portanto, estar sempre atento à utilização das experiências sonoro-musicais, pois elas por si só já promovem alterações que podem afetar não só o paciente mas todo o grupo e tanto facilitar sua integração como causar efeitos indesejados.

A escuta muda de território a todo momento e quando voltamos a ele não somos exatamente os mesmos, estamos contaminados em diversos graus com o que vivenciamos fora. Há sempre vários territórios demarcados, o paciente também os demarca, arrastando os terapeutas e também arrastado por eles e pela música no constante jogo de forças que são os territórios. Em cada nova sessão são demarcados novos territórios, pois os componentes desses territórios a cada situação criada ou gerada nunca são iguais aos anteriores; é a eterna repetição do diferente. Somando-se a tudo isso, há um outro território que é tanto ou mais importante, que é o da junção dos vários territórios demarcados nas várias sessões que ocorreram, ou seja, o do processo terapêutico.

Resta saber, nessa visão, como seria a avaliação dos acontecimentos e dos processos através da prática e dos resultados. Deleuze faz comparações da força desterritorializante da pintura e da música, atribuindo à música uma força desterritorializante “muito maior, muito mais intensa e coletiva ao mesmo tempo” e ainda, “em suma, existem graus de desterritorialização que quantificam as formas respectivas, e segundo os quais os conteúdos e as expressões se

conjugam, se alternam, se precipitam uns sobre os outros, ou, ao contrário, se estabilizam, operando uma reterritorialização. O que denominamos circunstâncias e variáveis são seus próprios graus.” (Deleuze e Guattari, 1997). Há, portanto, meios de verificação e avaliação do processo terapêutico.

Essa forma de visão, de demarcação de territórios e atuação dos componentes que o integram, permite-nos uma melhor compreensão das multiplicidades envolvidas num atendimento transdisciplinar. Na prática e nos resultados obtidos temos sido levados a crer que esse é um modo muito interessante e produtivo de se trabalhar que será valorizado num futuro próximo.

Pode ser complexa a tarefa do musicoterapeuta, que utilizando os sons, a música e os gestos precisa muitas vezes, ser o “catalizador” da equipe que integra e através das leituras musicoterápicas evidenciar as alterações que estão ocorrendo nos territórios demarcados, levando à descoberta, não só de caminhos de comunicação com o paciente, mas de novas portas que conduzam a equipe transdisciplinar a perceber o paciente como um todo, o que certamente facilita a atualização das suas potencialidades, a evolução e ampliação de sua consciência, contribuindo para seu processo de individuação e singularização.

## **Bibliografia**

- BARANOW, Ana Léa von. *Musicoterapia: Uma Visão Geral*. Rio de Janeiro: Enelivros. 1999.
- BENENZON, Rolando O. *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros. 1985.
- BRUSCIA, Kenneth. *Improvisational Models os Music Therapy*. Springfield: Charles C. Thomas Publishers. 1987
- FERRAZ, Silvio. *Música e Repetição*. São Paulo: Educ, 1998.
- DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Felix. *Mil Platôs*. São Paulo: 34. 1997.
- DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Felix. *O que é Filosofia*. São Paulo: 34. 1992.
- GUATTARI, Felix. *As Três Ecologias*. Campinas: Papirus. 1990.

- GUATTARI, Felix. *Caosmose*. Rio de Janeiro: 34. 1992.
- IAZZETTA, Fernando. A Música, o Corpo e as Máquinas, in *Opus: Revista da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Música*, IV(4), 27-44. 1997.
- LÉVY, Pierre. *As Tecnologias da Inteligência*. São Paulo: 34. 1993.
- LINHARES, C.F. *A interdisciplinariedade e a Psicopedagogia – in Scoz, Beatriz J.L. et alii org. – Psicopedagogia: O caráter Interdisciplinar na Formação e Atuação Profissional – Artes Médicas – RS – 1987*.
- NÖTH, Winfried. *A semiótica no século XX*. São Paulo: Annablume, 1996.
- NÖTH, Winfried. *Panorama da semiótica – De Platão a Pierce*. São Paulo: Annablume, 1998.
- PELBART, Peter. “Tempos de Deleuze”. In ROLNIK, S. e PELBART, P. *Cadernos de Subjetividade, Num. Esp. Gilles Deleuze*. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. 1996. PELBART, Peter. *O tempo não reconciliado*. São Paulo: Perspectiva. 1998.
- UBAM - União Brasileira das Associações de Musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. Ano II, número 3. 1997
- SAMPAIO, Renato T. “Por Uma Nova Abordagem Musicoterapêutica” in *APEMESP – Anais do I Fórum Paulista de Musicoterapia*. São Paulo. 1999
- SCOZ, Beatriz J. Lima. “A Psicopedagogia na Visão Multidisciplinar, Interdisciplinar e Transdisciplinar” in *Revista Psicopedagógica*. São Paulo, 1996

### **Ana Léa Maranhão von Baranow**

Musicoterapeuta, mestranda em Comunicação e Semiótica na PUC-SP e Coordenadora da Comissão de Publicações da APEMESP – Associação dos Profissionais e Estudantes de Musicoterapia do Estado de São Paulo. Autora do livro “Musicoterapia: Uma Visão Geral”, Ed. Enelivros, RJ, 1999.

# Singularidade E Criação A Partir Da Pulsão De Morte

Jacila Maria da Silva

Rio de Janeiro

Universidade Federal do Rio de Janeiro - CAPES<sup>1</sup>

*Gostaria de escrever os meus estudos como o poeta...  
que brinca com as palavras,  
dando o sentido que elas não possuem,  
inventando palavras que não existem,  
mas que fazem sentido na sua-minha expressão.*

*Gostaria de escrever como o compositor...  
com ritmo e harmonia,  
através de várias vozes,  
brincando com elas, com os compassos e com os tons,  
mas sem perder o tema.*

*Com conto e canto encantaria minha história  
e levaria o leitor-ouvinte a entrar no mundo  
da minha-sua imagem-ação,  
a trilhar o mundo da fantasia, da criação,  
da construção de uma verdade que, real ou não,  
poder-seria verdade por um instante.*

Jacila Maria da Silva

## Introdução

A passagem do século XIX para o século XX foi palco de uma problemática em torno da questão do sujeito enquanto sin-

---

<sup>1</sup> O presente artigo faz parte de pesquisas que venho elaborando no Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da UFRJ. Estas, inicialmente, financiadas pelo CNPq, sob a orientação da professora Regina Herzog e, atualmente, financiadas pela CAPS, sob a orientação do professor Joel Birman.

gular e sua inserção na coletividade. Segundo Foucault<sup>2</sup>, Freud, junto com Marx e Nietzsche, foi um dos pensadores que promoveu uma ruptura radical com relação ao pensamento vigente. Neste sentido, podemos dizer que Freud contribuiu, significativamente, para que se produzisse um determinado discurso sobre o sujeito. Este discurso surge na medida em que Freud se propõe a pensar o psiquismo humano enquanto dividido - através do estudo dos fenômenos inconscientes-, concepção que o levou a teorizar o Ics como um sistema, em contraposição à utilização, contemporânea a ele, do termo inconsciente de forma puramente adjetiva.

Ao longo do século esta discussão teve desdobramentos e, na atualidade, presenciamos a uma crescente massificação do sujeito em prol de um progresso da civilização. Assim, diante de um social que não coloca a questão da singularidade, temos uma indiferenciação do sujeito.

Numa das primeiras exposições sobre o antagonismo entre a civilização e a vida pulsional, Freud<sup>3</sup> explicita uma preocupação com os danos que uma moral sexual civilizada causaria à saúde, indicando que estes danos poderiam ser de tal ordem, que os próprios objetivos da cultura seriam prejudicados. Aqui, a gênese das enfermidades nervosas residiria, sobretudo, no antagonismo existente entre as exigências da civilização e a constituição do sujeito. As neuroses estariam fundadas no desequilíbrio entre as imposições de uma moral sexual cultural e a constituição do sujeito, visto que o sujeito não conseguiria suportar tamanhas exigências, que se dariam principalmente no âmbito de uma renúncia pulsional. Segundo Freud, esta renúncia teria aumentado progressivamente com a evolução da civilização. A pulsão sexual colocaria à disposição da civilização uma grande quantidade de energia, através do deslocamento dos seus objetivos, ou seja, da capacidade de trocar seu objetivo

---

<sup>2</sup> Foucault, M., *Nietzsche, Freud e Marx Theatrum Philosophicum*, in *Biblioteca Nova Crítica* vol.16, Anagrama Ltda. Ed. Livreiros, 1980.

<sup>3</sup> Freud, S., "Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna" (1908), in *ESB* vol. IX, Rio de Janeiro: Imago, 1980, p.185 - 208.

sexual por outro de valor social. No que diz respeito a massificação do sujeito, efeito desta renúncia pulsional, acrescenta Freud:

“Em geral não me ficou a impressão de que a abstinência sexual contribua para produzir homens de ação enérgicos e autoconfiantes, nem pensadores originais ou libertadores e reformistas audazes. Com freqüência bem maior produz homens fracos mas bem comportados, que mais tarde se perdem na multidão que tende a seguir, de má-vontade, os caminhos apontados por indivíduos fortes”.<sup>4</sup>

Neste primeiro momento<sup>5</sup>, ainda há, por parte de Freud, o vislumbre de um equilíbrio do conflito que se estabelece entre a civilização e as moções pulsionais do sujeito, onde residiria a felicidade. Ele pretende dar ao sujeito a possibilidade de abrir mão dos seus desejos, sendo a sublimação um caminho para tal fim. Poderíamos dizer que a questão se colocava entre a “paixão” e a “razão”, onde Freud busca uma solução de compromisso entre o sexual e a cultura. Por um lado, o sujeito renunciaria à pulsão em prol de uma satisfação valorizada socialmente e, por outro, a cultura seria menos repressora, dando oportunidade para o sujeito dar vazão aos impulsos pulsionais.

Quando em “Pulsões e seus destinos”<sup>6</sup>, Freud fala dos destinos da pulsão, podemos conceber que nos dois primeiros destinos - referidos como mecanismos mais originários - trata-se da constituição do aparelho psíquico. No terceiro destino, o recalque, temos a divisão do aparelho psíquico e o permanente conflito entre as requisições do inconsciente e a mediação do eu com a vida exterior. Já o quarto destino, a sublimação, é aquele em que Freud poderia estar apontando para a possibilidade do novo, do sujeito lidar com o mundo e consigo próprio, colocando em pauta a questão

---

<sup>4</sup> Freud, S., 1908, *op. cit.*, p.202.

<sup>5</sup> Freud, S., 1908, *op. cit.*

<sup>6</sup> Freud, S., “Os instintos e suas vicissitudes” (1915), in ESB vol. XIV, R. J.: Imago, 1980.

de uma singularidade do sujeito, para além de uma determinação psíquica. Nesta perspectiva, a singularidade seria entendida como o modo de inscrição do sujeito na cultura. Aqui cabe indagarmos: como pensar a possibilidade do novo, quando presenciamos, na atualidade, uma homogeneização onde parece não ter espaço para se pensar o sujeito enquanto singular?

Some-se a isto que a própria teoria freudiana vai apontar para a questão da sobredeterminação do sujeito, quando estabelece uma determinação psíquica, onde o sujeito desconhece algo de si que o determina, ou seja, “ele não é senhor em sua própria morada”<sup>7</sup>. A partir disso é possível o novo? como entender, neste contexto, a sublimação?

### **Sublimação, Cultura E Singularidade**

A partir da exposição do conceito de pulsão de morte<sup>8</sup> - enquanto potência destrutiva e, além disso, como uma força constante que está fora do campo das representações, portanto, do domínio do princípio de prazer - Freud coloca o sujeito frente a algo do âmbito do sofrimento, que não tem a possibilidade de ser evitado. Daí a dimensão trágica apresentada por ele. Podemos observar que o conceito de pulsão de morte surgiu permeado pelas questões do trauma e da destrutividade.

No *Mal-Estar na Civilização*<sup>9</sup> Freud irá colocar a tragicidade humana sob a forma de um mal-estar inerente à cultura e, principalmente, inerente ao sujeito. É sob o âmbito do conflito existente entre o desejo - singular ao sujeito - e as imposições feitas pela cultura, que o mal-estar se impõe. O que está em questão, nesta dimensão, é a relação estabelecida entre o sujeito do desejo e o social, ou seja, a singularidade e a civilização. Relação que, num

---

<sup>7</sup> FREUD, S., “Uma dificuldade no caminho da psicanálise” 1917, in ESB vol. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1980, p.178.

<sup>8</sup> FREUD, S., “Além do princípio de prazer” (1920), in ESB vol. XVIII, R. J.: Imago, 1980.

<sup>9</sup> FREUD, S., “O mal-estar na Civilização” (1930 [1929]) in ESB vol. XXI, RJ: Imago, 1980.



primeiro momento da obra freudiana, apesar de conflituosa, poderia vir a ser harmoniosa. E que, no *Mal-Estar*, é radicalmente impossibilitada de ganhar este estatuto. O que é mais radical aqui, é que isto se dá pela própria condição de desarmonia do sujeito consigo mesmo. Ou seja, o sujeito não é capaz de apaziguar suas pulsões – o que o leva a recorrer a algo de fora, que está no domínio da cultura, para fazê-lo. Porém, mesmo a cultura, com a força de seus dogmas, de suas leis e estatutos, não irá dominar esta força que se impõe impiedosamente ao sujeito e, conseqüentemente, à própria organização da civilização.

Assim, muitos serão os aparatos construídos em prol deste domínio, seja ele psíquico, estatal ou religioso. Mas, o mal-estar permanecerá sob a forma de um resíduo que retorna contra toda organização. E que, por vezes, na tentativa de ser dominado acaba tomando para si a própria força que o constrangia, retornando agora de forma destrutiva. Para evitar o sofrimento decorrente das moções pulsionais, várias medidas são tomadas, a medida extrema, seria o aniquilamento pulsional. Porém, outras medidas poderiam trazer ao sujeito possibilidades diversas, dentre elas: o trabalho, a obra de arte, a sublimação.

Em outras palavras, o sujeito não encontra nem na religião, nem na cultura, a possibilidade de uma satisfação completa; o outro, seja ele sujeito ou instituição, não dá conta da exigência pulsional. Daí o mal-estar inerente ao sujeito, que é decorrente de uma insatisfação sempre presente, já que a pulsão, como uma força constante, continua exigindo do sujeito o que ele não encontra, nem no mundo, nem em si mesmo – o objeto de satisfação. Por não existir o objeto de satisfação da pulsão no mundo, ele tentará construí-lo. O sujeito, então, transporá seus próprios limites, a medida que realizar um movimento para a criação. Podemos dizer que, o sujeito, ao criar uma obra, estará obrando sua própria constituição, estará criando a si próprio enquanto sujeito singular.

A sublimação, representada sob o modelo da criação artística, pressupõe o reconhecimento do desamparo. Isto não vai se dar de uma forma passiva mas, sobretudo, a partir de uma transformação criativa da pulsionalidade. Dito de outra forma, a sublimação – a partir da delimitação do conceito de pulsão de morte –, surgiria

do estranhamento do sujeito na experiência de angústia. Deste modo, é a pulsão de morte enquanto potência pura, desprovida de sentido, que nos faz pensar o sujeito como singular – já que é o vazio que possibilita o sujeito “inventar”<sup>10</sup>, criar:

A crítica de Freud, presente nos artigos em questão, incide no ponto em que a civilização busca soluções homogeneizantes para os sujeitos, deixando de lado a questão da singularidade, o que levaria o sujeito a renunciar ao seu desejo, a sua pulsionalidade. Daí Freud nos assinalar o mal-estar instituído na civilização, que se implantaria sobre a renúncia e a culpabilidade dos sujeitos, ou seja, que seria decorrente da massificação do sujeito – contraponto da sua possibilidade de se constituir enquanto sujeito desejante, singular e alteritário. É neste sentido que Freud questiona o ideal de felicidade, que é ao mesmo tempo desenhado e oferecido pela civilização, já que para ele, a felicidade é da ordem do sujeito e não da civilização, da ordem do singular e não do universal e, sobretudo, é um problema da economia das pulsões, por isso, sem solução definitiva e absoluta.<sup>11</sup>

Na arte, estaria implícito o reconhecimento do sujeito da sua condição de desamparo, a partir da qual o sujeito constituiria sua obra. Esta, por sua vez, passa pelo olhar do Outro, o que permite o reconhecimento do sujeito enquanto singular e alteritário. A sublimação, portanto, segundo Birman, é “uma forma de sociabilidade que reconhece a *diferença* entre os sujeitos.”<sup>12</sup>

Nesta nova concepção da sublimação, está implicada uma mudança de objeto, já que o sujeito cria objetos para dar conta da exigência pulsional, reordenando o campo pulsional. Em *Sobre a transitoriedade*,<sup>13</sup> Freud coloca com relevo a questão da transitoriedade dos objetos e da substituição dos objetos de investimento a

---

<sup>10</sup> Termo utilizado por Birman em BIRMAN, J. *Estilo e modernidade em psicanálise*, São Paulo: Ed. 34, 1997.

<sup>11</sup> BIRMAN, J., 1997, *op. cit.*

<sup>12</sup> BIRMAN, J., 1997, *op. cit.*, p. 95.

<sup>13</sup> FREUD, S., “Sobre a transitoriedade” (1916 [1915]), *in* ESB vol. XIV, R. J.: Imago, 1980.

partir de uma consideração sobre o luto. Daí a importância de uma flexibilidade da economia pulsional, do sujeito substituir objetos perdidos por novos objetos. Dito de outra forma, a fixação em objetos conduz ao envelhecimento do sujeito, no sentido de que é condição preponderante para a doença e, quando levada ao extremo, para a morte.

A sublimação surge a partir de um estranhamento do que é familiar, onde o sujeito se depara com o seu desamparo, quando a ordenação do seu campo objetal já não faz mais sentido. Daí a importância da criação de outros objetos para o circuito pulsional, mediada pela sublimação. Em resumo, quando a pulsão, enquanto potência destrutiva, desfaz organizações ilusórias, surge uma experiência de angústia, na qual o sujeito perde o suporte do Outro e estranha o seu próprio campo objetal. Com isto, o sujeito irá inventar novos objetos, na tentativa de ocupar o vazio evidenciado em seu campo objetal. Nesta tentativa, o sujeito vai realizando novas ligações, não a partir do que lhe foi dado, mas em torno deste vazio. Ou seja, através da sublimação, o sujeito cria objetos que, ainda que não preencham este vazio, vão dando novos sentidos a sua história, ao mesmo tempo que imprime as marcas desejantes do sujeito, a diferença do sujeito, que se “retira da massa homogênea das ideologias”<sup>14</sup>.

## Conclusão

“Foi a doença a base última de todo o impulso criativo:  
*criando eu podia sarar, criando eu retomava a saúde.*” (Heine)

Freud se deparou com a destrutividade humana no momento da guerra. Destrutividade impactante aos olhos de um teórico que se propunha a pensar o psiquismo humano e, além disso, de um clínico cujo foco era o tratamento de enfermidades psíquicas. Certamente, Freud nunca foi um ingênuo quanto às potencialidades perversas do ser humano. Contudo, o assombro dele diante da experiência da guerra está presente em seus textos da referida épo-

---

<sup>14</sup> BIRMAN, J., 1997, *op. cit.*, p. 98.

ca, ganhando papel cada vez mais importante em sua obra, através da problematização da destrutividade.

Num primeiro momento, Freud estabelecia que o que tornava o homem doente era o fato dele ser reprimido intensamente pela moral ou por não se deixar levar por esta moral. Nisto residia a possibilidade de um equilíbrio. O que a guerra vai mostrar é que existe, inerente ao homem, uma potência destrutiva, levando a uma concepção mais trágica do ser humano. O pensamento freudiano se torna trágico, quando ele leva em conta esta força que não é capturada pelo aparato psíquico.

Neste momento (1920), Freud se dá conta de algo que está além do princípio de prazer, algo que coloca o ser humano no âmbito do acaso, da dor, do desamparo. Este algo, uma potência que ele denominou pulsão de morte, pode se dirigir para fora do sujeito ou voltar contra sua própria pessoa, estando na raiz dos processos patológicos. A partir de então, a questão de Freud passou a ser: como dominar esta potência dispersa?

Entretanto, o conceito da pulsão de morte nos sugere um paradoxo, já que, esta mesma potência destrutiva, pode ser transformada nas mais célebres obras e criações humanas - manifestações da vida. Daí a importância da criação, enquanto veículo de expressão da singularidade do sujeito. Assim, escolhemos aqui, palavras de Freud que não sugerem uma conclusão, mas sim uma abertura convidativa a diversos sentidos:

“Reconstruiremos tudo o que a guerra destruiu, e talvez em território mais firme e de forma mais duradoura do que antes”.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> FREUD, S., “Sobre a Transitoriedade”, ( 1916 [1915] ) *op. cit.*, p.348

## **“La supervisión :el gran ausente en la formación del Muscioterapeuta” R.un caso clínico.\***

**Prof.Dr.Rolando Benenzon**  
**Director de la Scoula de Formazione in**  
**Musicoterapia -Roma.**

La musicoterapia en su aplicación clínica es la terapia alternativa que produce el primer acercamiento y apertura de canales de comunicación en los graves problemas de comunicación.

Me refiero a todos aquellos casos de personas que padecen trastornos generalizados del desarrollo (como autismo, Rett, Asperger) u otros trastornos psicóticos, que cursan con síntomas, como el aislamiento, las estereotipias la autolesión y la agresión.

He colocado en el título de mi conferencia, problemas de comunicación, porque los síntomas antedichos yo los considero formas particulares de expresión, que dificultan la comunicación con el otro.

La musicoterapia como técnica psicoterapica que utiliza el sonido,la musica y los instrumentos córporo - sonoro musicales, para establecer la relación entre paciente y terapeuta, tiene la gran virtud de desarrollar la comunicación analógica.

La comunicación analógica, es precisamente el sistema expresivo de la psicosis,del autismo etc.

La comunicación digital, a través de la palabra y sobre todo de los signos y símbolos, es de poca utilidad como primeras formas de acercamiento.

El musicoterapeuta puede usar la palabra ,pero no desde el punto de vista del simbolismo, sino en función de los parámetros sonoro, musicales que la misma encierra en su potencial comunicativo.

La intensidad, el timbre, la entonación, el volumen, la altura, con que se dice la palabra, darán el impacto de la comunicación, y son el vehículo de la transferencia y contratransferencia.

El musicoterapeuta frente a este tipo de pacientes debe comprender el proceso regresivo a que debe someterse para entrar en comunicación .

El concepto básico es que la regresión es bipersonal.

Es decir el musicoterapeuta no debe ejercer o aplicar métodos inductivos, como puede ser la audición de fenómenos musicales, para producir efectos en el paciente, sino que debe compartir junto a él, los fenómenos sonoros y expresivos que él produce, para regresar en forma conjunta y comprender los niveles de comunicación.

A través de un ejemplo clínico de supervisión desarrollare los elementos técnicos fundamentales a tener en cuenta en musicoterapia frente a un paciente grave con trastornos de la comunicación.

Veamos un ejemplo clínico:

Una pareja terapéutica formada por dos musicoterapeutas consulta en supervisión por el caso de un niño de diez años de edad que llamaremos R; diagnosticado como: severo trastorno del desarrollo y del comportamiento, con rasgos sintomatológicos de organicidad y episodios convulsivos epilépticos.<sup>1</sup>

Los dos síntomas que más provocan angustia en los terapeutas es la agresión y la dificultad de contención por parte de los padres, hacia ese hijo único.

Estamos enfrentados a la aplicación clínica de la musicoterapia de un niño con:

- a) una contextura corporal robusta, con mucha fuerza corporal capaz de tirar por el aire un instrumento pesado
- b) con un lenguaje dirigido al insulto y al grito fácil
- c) con excitación psicomotriz
- d) hiperkinético
- e) con tendencia pulsional de satisfacción inmediata del deseo y con poca capacidad de frustración.

El comentario de la pareja que tiene mayor ansiedad es que se enfrentaron con serios problemas para contenerlo.

La sensación es que se convertían en una pareja de genitores muy parecida a la de los padres del niño, es decir preocupados en neutralizar constantemente la excitación psicomotriz.

---

<sup>1</sup> (agradezco a los Musicoterapeutas del servicio de Anni Verdi de Roma, por el material supervisado y la eficaz intervención terapéutica.

Se sentían impotentes frente a los insultos, los gritos, y los constantes lanzamientos por el aire de los instrumentos como las congas, tambores timbales e incluso con la ruptura de uno de los vidrios por una placa del metalofón.

A todo esto se agregaba la huida de R. del gabinete de musicoterapia, que obligaba al co terapeuta a salir del gabinete y controlar los desmanes que realizaba en la sala de espera o en las oficinas contiguas .

Esquema de la situación: El esquema nos muestra la pareja terapeutica(CT-MT), con dificultades de comunicación, y contención para con el paciente(P).

Analizaremos cinco elementos que deben conformar el setting:

Pareja terapeutica – Gabinete de musicoterapia – Instrumental – Preparación para la sesión – La supervisión

**Pareja terapeutica** - Es condición, para trabajar en comunicación analógica con pacientes graves ,desarrollar un setting que posea una pareja terapeutica, formada por dos musicoterapeutas. En el caso de no existir otro musicoterapeuta puede reemplazarse por un profesional paramedico.

Se sugiere que la pareja sea también formada por un hombre y una mujer.

Trabajar en pareja terapeutica permite:

- a) al paciente sentir y percibir un continente corporal mas amplio y seguro
- b) reduce en los musicoterapeutas los estados de ansiedad y angustia producidos por la transferencia del paciente.
- c) permite una mayor observación y luego una mejor reflexión acerca del proceso terapeutico
- d) se detecta la contratransferencia de ambos.
- e) se define con mayor identidad los roles, del musicoterapeuta y del coterapeuta.
- f) evita el acting out, de algunos de ellos, o sea disminuye el llevar al acto los impulsos despertados .
- g) se complementan para la información de los protocolos anteriores y posteriores a las sesiones
- h) disminuye el efecto del burn - out sobre los terapeutas

- i) ayuda a cicatrizar mas rápidamente las heridas narcisisticas de ambos.  
Esto determina una psicoprofilaxis del terapeuta.

**Gabinete de musicoterapia** - El gabinete constituye el espacio donde se desarrollara toda la relación, por lo tanto debe tener propiedades definidas:

- a) debe proteger a los integrantes de la relación, en este caso la pareja terapeutica y el paciente.
- b) debe ser sentido como formando parte de los cuerpos de los terapeutas
- c) debe servir como un instrumento mas como objeto intermediario.
- d) debe tener la capacidad de contener, pero no de invadir ni encerrar.

Para esto sus paredes, puertas y ventanas deben aislarlo acústicamente de los sonidos exteriores .

El suelo de madera debe tener una cierta distancia hacia el cemento firme, lo que posibilita un fuerte pasaje de la vibración .

Paredes de madera. Vidrios de tipo blindex u otro material que garantice la propiedad de inrrompible.

La puerta de madera gruesa de tal manera que resista golpes o patadas.

La experiencia nos indica que existe una diferencia fundamental entre un setting de las características descritas y otro cualquiera.

La madera da una calidez al continente que no solo esta dado por su propiedad natural sino la forma que refleja las sonoridades, la fuerza que da a las vibraciones que son sentidas por el cuerpo.

Todos estos elementos dan seguridad al musicoterapeuta.

## **El instrumental**

Es frecuente escuchar la idea prejuiciosa del musicoterapeuta, que frente a un paciente de características agresivas o violentas, colocar en el setting instrumentos de gran tamaño como las congas, tambores, bajos, con sus correspondientes baquetas con el objetivo que el paciente descargue su agresión a través de los fuertes golpes sobre la membrana.



Esto es un error pues de esta manera se le esta dando al paciente un instrumento que en el caso de ser arrojado o utilizado en forma de proyectil, el Mt no podrá contener , poniendo en peligro la integridad fisica de ambos.

Estos instrumentos sirven para la descarga o sea como objetos catarticos, para aquellos pacientes con síntomas de bloqueo, inhibición o tímids.

Pacientes neuroticos, que tienen la capacidad de la autocontension de sus propios impulsos, estos instrumentos les sirven para la descarga de la violencia.

Pero en cambio un paciente que tiene abierta las compuertas y no puede contener su impulsividad, tenemos que proveerlo de un instrumental que le permita la descarga pero que no ponga en peligro la relación.

En estos casos se sugiere instrumentos de tamaño pequeño de plástico, pequeñas pelotas de plasticos o globos conteniendo semillas o agua, o de mayor tamaño como la fabricación de botellas de plasticos unidas por su boca y en su interior tambien semillas y agua, semejando un palo de lluvia, papeles de diario, que se pueden romper con toda facilidad convirtiendo en otros pequeños instrumentos, pelotas de trapo o de rollos de papeles, tubos de carton, etc.

Es en estos casos donde se pone en funcionamiento la creatividad del Mt, para construir instrumentos que se adecuen al paciente en cuestion.

Aun quiero agregar que muchos de estos instrumentos tienen una sonoridad bellisima y dulce a pesar de la fuerza del golpe que se produzca en el.

Porque el daño que puede sufrir el Mt y el paciente no solo es la agresión sobre el cuerpo fisico sino también sobre los sentidos, por eso hay que proteger el sistema auditivo de ambos, que pueden deteriorarse frente a sonidos de gran intensidad y continuos.

Otro aspecto prejuicioso que observo en el musicoterapeuta es el temor de cerrar con llave el gabinete, una vez que estan dentro la pareja terapeutica y el paciente.

Hay que entender, que cerrar con llave en Gabinete:

- a) no encierran al paciente, sino que se encierran con el paciente o sea ellos, la pareja de musicoterapeutas, acompañan el proceso y convierten al setting en algo cómodo y tranquilizador para ambos.
- b) de esta manera se ocupan de la relación con el paciente y dejan de estar preocupados por el hecho de que pueda escaparse. En cambio con el temor de que huya porque la puerta esta abierta, se convierten en carceleros que cuidan al preso para que no escape o lo persiguen cuando este lo hace.

De esta manera tenemos preparado un setting que se adapta a un paciente de estas características.

Hay ciertas instituciones que poseen piscinas climatizadas que permiten realizar las sesiones en el medio acuoso.

En este caso la posibilidad de realizar las primeras sesiones en la piscina, favorece la relación y permite que mas adelante el paciente este mas apto para pasar a las sesiones en el gabinete.

El agua es un elemento que puede ser usado como instrumento de descarga de impulsos sin provocar ningún daño.

La experiencia indica que en el agua no se despiertan los impulsos de excitación psicomotriz como tampoco se observa la aparición de los ataques convulsivos.

## **Preparación para la sesión**

El acto musicoterapeutico se asemeja a un acto quirúrgico.

La pareja debe prepararse para establecer la relación en comunicación analogica, que no es la misma que viene realizando durante la cotidianidad en la interrelacion comunitaria.

La comunicacion analogica exige cierta asepsia, liberándose de la contaminación de la comunicación digital.

Hay que preparar el cuerpo para que este en condiciones de receptividad de los codigos no-verbales, y de elaboración de los mismos.

Para esto instrumente unos protocolos que se llenan antes de la sesion para que el musicoterapeuta tome consciencia de su estado previo a la sesion y se prepare para la misma.

En estos dos protocolos cuyo esquema estoy mostrando, el musicoterapeuta comprende como se encuentra su cuerpo y su estado de ánimos previo a la sesión.

Este dato le permite establecer la diferencia entre lo que es suyo y aquello que el paciente le va a producir.

Algunas preguntas le obligan a tomarse cierto tiempo y tomar actitudes validas, como la de mirarse al espejo y lavarse las manos y cara, acciones que permiten la reidentificación consigo mismo.

Los pacientes graves como los autistas y psicóticos, al producir proyecciones masivas en el terapeuta, le dejan sensaciones de vacío extremo.

Esto provoca la pérdida de la identidad.

El Mt. pone en funcionamiento su cuerpo porque es también un instrumento dentro del setting, y por lo tanto lo expone.

Esto provoca mucha fatiga y se esta mas propenso al acting - out, y al burn - out.

Otro aspecto del protocolo es la sistematización del setting, lo cual le obliga a reflexionar sobre los elementos que estan en el, y además tener un patrón de medida y de variación en los próximos setting.<sup>2</sup>

Por ultimo creo que es esencial la supervisión que aliviara todas las tensiones y angustias derivadas de las fantasías provocadas por las propias sensaciones paranoides .

## **La Supervision**

Si bien la supervisión no forma parte del setting, forma parte de la preparación de la sesión.

Objetivos de la supervisión:

- a) la supervisión es un espacio didáctico - terapéutico donde el Musicoterapeuta es objeto y modelo que representa a si mismo y al otro (paciente)
- b) desarrolla las capacidades receptoras, perceptivas y ejecutivas del musicoterapeuta.
- c) reafirma la fidelidad a la orientación teórica elegida

---

<sup>2</sup> protocolos extraídos del libro "La nuova Musicoterapia" de la Editorial Phoenix-Anni Verdi -Roma)

- d) da un feedback de reflexión sobre el contenido y el proceso musicoterapéutico
- e) una crítica constante sobre la propia ética y deontología profesional.

Relatare el ejemplo del caso que estamos analizando:

La pareja terapéutica me relata el caso y me muestra un video de la sesión anterior.-

Ambas formas fueron relatos digitales y simbolizados del accionar.

Pero como todo relato verbal va acompañado del relato no-verbal, la comunicación analógica que la pareja me transmitía, a través de gestos, mímicas, y otras formas.

La supervisión permitió que:

- 1) el paciente deje de tener la connotación de monstruo incontrolable.
- 2) tomar todos los síntomas que presentaba el paciente como formas de expresión.
- 3) modificar el gabinete y el setting como se remarco mas arriba en esta conferencia.
- 4) disminuir las sensaciones contrasferenciales de los musicoterapeutas de miedo, ansiedad, impotencia, dispersión y disociación, haciéndolas conscientes como partes proyectadas del propio paciente.
- 5) Observando las escenas elegidas del video, me doy cuenta que el Mt, no respeta el territorio del paciente , mostrando una constante tendencia a invadirlo.

Como referido anteriormente, los territorios del Mt y del P estan superpuestos.

Esto permitió al supervisor mostrarle su actitud y explicitarle el concepto de "distancia optima".

Llamo distancia optima, la medida entre el alejarse y acercarse del Mt. y del paciente que permite la buena recepción de los mensajes de ambos. Es el punto máximo de acercamiento pasado el cual el paciente reacciona.

En el caso de R. cuando el Mt. invade el territorio del paciente, este comienza a gritar, tirar objetos por el aire, hace estereotipias, y tiende a la huida.

La distancia optima se aprende con la experiencia constante de acercamiento y alejamiento al paciente y la percepción y observación a través de sus expresiones, del punto maximo . Es en realidad el respeto de los territorios de cada uno.

6)por ultimo la pareja musicoterapeutica percibe mi comunicación analogica como supervisor, lo que les permite identificarse con mi propia tranquilidad, serenidad, sin asustarme, sin miedo.

El setting se ha convertido en un continente terapeutico.

Resultado de la sesión posterior a la supervisión:

El paciente ingresa acompañado por la coterapeuta, mientras el Mt. espera dentro del gabinete, formando asi parte del contexto no-verbal del setting.

La Ct. cierra la puerta del gabinete y le pone la llave, actitud observada con total tranquilidad, a pesar de haber sido vivida con ansiedad, en supervision.

El setting se encuentra en las condiciones antedichas, con instrumentos desparramados en el suelo.

Ambos, Mt. y Ct, se han sacado los zapatos, actitud establecida y obligatoria para poder entrar en un gabinete de suelo de madera.

R. se saca los zapatos bruscamente y rápidamente se observa la hiperkinesia y la excitación psicomotriz que lo caracterizan.

También se saca la remera quedando con el torso desnudo y comienza a gritar y a tirar los instrumentos por el aire.

Corre a la puerta y tiende a abrirla (todo esto son fenómenos repetitivos de todas las sesiones anteriores) esta no se abre porque esta con llave.

El paciente grita, pateo la puerta y dice claramente:- ¡abríme la puerta!.-

En pocos minutos el paciente ha realizado infinitas acciones estereotipadas.

Pero el Musicoterapeuta ha mantenido constantemente la distancia, ha esquivado sin temor los instrumentos arrojados, se movio con flexibilidad y con calma.

El paciente muestra una clara diferencia de comunicación con el Musicoterapeuta hombre y con la coterapeuta, mujer.

Al Mt, tiende a agredirle arrojándole los objetos en cambio a la Ct. se le acerca tiernamente, situacion muy parecida a la que actua con la pareja de sus genitores.

Dos veces más intentara el paciente salir del gabinete golpeando y pateando la puerta y no lo volvera a realizar más durante toda la sesión que en este caso duro 35 minutos, duración de tiempo que nunca habían conseguido en las sesiones anteriores que solo duraban como máximo entre 10 y 15 minutos.

Sin embargo algo complico el setting que no se habia previsto.

R. usaba por prescripción kinesiologica un corse de yeso. a causa de una fuerte escoliosis que sufre.

La pareja terapeutica decide sacárselo durante la sesion para que este mas comodo y se mueva con libertad.

Este dato fue omitido durante la supervisión, a pesar de ser una costumbre adoptada en las sesiones anteriores.

La complicación no fue sacarle el corse que R. lo permitió sin problemas, ya que se libera de una fuerte atadura, sino que el yeso pasaba a ser un nuevo instrumento duro y pesado para ser arrojado por el aire.

Efectivamente R. toma el yeso y se lo tira al Mt. pero, algo interesante que se advierte en ese momento es, que la acción de arrojarlo no fue violenta sino que parecio tener un cierto cuidado cosa que permitio al Mt. atajarlo con tranquilidad.

No fue utilizado mas en toda la sesion.

R. luego se acerco a los instrumentos y tomo las botellas creadas por la pareja musicoterapeutica. (Son dos botellas de plastico de agua mineral unidas por sus picos conteniendo agua en su interior) y las reboleó por el aire como si fuera un latigo y pego en el suelo tantas veces hasta conseguir romperlas y derramar el agua por el suelo.

Este era un hecho previsible que de ninguna manera provoco ansiedad en la pareja.

Cuanto mas hechos previsibles se produzcan en la sesion mas se facilita la apertura de canales de comunicación.

Finalmente el Mt. frente a los insultos del paciente, toma el elemento ritmico – melódico del insulto y comienza a tararear una célula ritmica que imitaba ese insulto.

El Mt. canta y mientras lo hace se acerca y se aleja del paciente.

Poco a poco logra intercambiar contactos directos con el cuerpo de R. que se deja tocar y estimular por el Mt.

En un momento dado de estos acercamientos el paciente logra chupar la camisa del Mt. y este, responde cantando:

- R ha fame? -

y R contesta:

- no ha sede-

La sesión terminó con entera satisfacción de la pareja musicoterapéutica y la tranquilidad de R.

Observamos como con la supervisión se cierra el contenido musicoterapéutico que permitirá un proceso terapéutico, estable.

Para concluir podemos comparar frente a estos casos clínicos al Musicoterapeuta a la manera de Bion con la diada madre-hijo.

Bion dice que la madre recibe las sensaciones de angustia y ansiedad del niño y se las retransmite "desintoxicadas" como si ella fuera un filtro hepático.

Esa es la función psíquica de la madre, metabolizar la experiencia que le transmitirá a su hijo.

Si el hígado no funciona o funciona mal "intoxica".

Podemos hacer una comparación con la función del Mt.

El Mt, prepara el reconocimiento del yo del paciente. Está capacitado para percibir los elementos emotivos y sensoriales del paciente, elaborarlos y devolverlos metabolizados.

El paciente a su vez se encuentra en una posición innata de esperar que le den algo, de recibir y esto favorece en un principio la relación.

El supervisor es en estos casos la diálisis del Mt..

La función del supervisor es de desintoxicar al Mt. de todas aquellas toxinas que él no ha podido eliminar.

A través de un proceso de supervisión el Mt, está preparado mejor frente a una próxima sesión.

Muchas gracias.

(Agradezco a los Mt. Federica Polcaro y Paolo Graziani de la Escuela di Formazioni in Musicoterapia de Anni Verdi-Roma-Italia, por permitirme contar aspectos de esta supervisión).

---

<sup>3</sup> *Agradezco la traducción al Italiano de la Mt. Emerenzianna D'Ulises coordinadora de la Scuola di Formazioni in Musicoterapia de Roma.*

# Como Pode Um Observador Ajudar O Musicoterapeuta Na Compreensão De Uma Sessão?

Autor: Nelson Falcão de Oliveira Cruz<sup>1</sup>.

## Agradecimentos

À equipe de Musicoterapia da Casa Ronald Mc Donald: Daniela Périssé, Adriana Hees, Jacila Silva, Andréa Farnettani e Marly Chagas que me possibilitaram fazer este estágio, e me ajudaram de forma imprescindível para a realização deste trabalho, compartilhando e discutindo as hipóteses e dúvidas que apareciam, sempre dispostas a conversar com este estagiário ansioso que tudo queria saber.

À professora Lia Rejane Barcellos, por ser a primeira pessoa a me estimular a escrever este trabalho. E pela orientação que me esclareceu no momento em que me encontrava mais confuso.

## Como Pode Um Observador Ajudar O Musicoterapeuta Na Compreensão De Uma Sessão?

Como estudante do segundo ano do curso de musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música – CBM, ingressei como observador no estágio na Casa Ronald Mc Donald para cumprir 20 horas .

Seria o objetivo deste estágio de observação apenas fornecer-me conhecimentos práticos mínimos para que pudesse começar a atuar como co-terapeuta, e depois como musicoterapeuta; ou teria este alguma outra utilidade? Ao longo do meu estágio, comecei a questionar: que diferença fazia os meus relatórios para a compreensão das sessões?

---

<sup>1</sup> neltec@antares.com.br. Trabalho apresentado no II. Encontro Latino Americano de Musicoterapia. Rio de Janeiro, Novembro de 1998.



As próprias musicoterapeutas com quem trabalhei, Andréa Farnettani e Jacila Silva, mostraram-me que através das minhas observações, podiam perceber diversos acontecimentos que não haviam percebido, ou por estarem mais envolvidas no acontecer musicoterápico, ou mais concentradas em determinados pacientes, enquanto eu me encontrava mais afastado, tendo uma visão mais ampla e detalhista, mesmo sem ter a experiência necessária para fazer uma leitura musicoterápica mais consistente.

Pretendo refletir sobre o potencial de um observador como instrumento de melhor compreensão da sessão, através de hipóteses levantadas por este para serem discutidas na supervisão, o que pode ser útil para que os musicoterapeutas tenham uma visão um pouco mais profunda do que acontece nas sessões, e conseqüentemente, do processo musicoterápico. Isto é feito através do relato contínuo das sessões de um determinado grupo, e da constante troca de informações entre o observador e o musicoterapeuta, possibilitada através de uma posição de abertura e disponibilidade destes para diálogo.

Para isto, recorro a um relato de caso, no qual aponto algumas hipóteses que levantei durante o processo musicoterápico de uma criança com câncer. Este estudo foi possível graças aos relatórios das sessões observadas nestes três meses, de 16/7/98 a 17/9/98, totalizando oito sessões (30 horas de estágio).

### **Sobre A Instituição.**

A Casa Ronald McDonald é um projeto da Associação de Apoio à Criança com Neoplasia do Rio de Janeiro (AACN/RJ), em parceria com a rede McDonalds, e com os hospitais que atendem a estas crianças – principalmente o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Hospital de Hematologia –; e tem como objetivo hospedar crianças e adolescentes com câncer, em tratamento ambulatorial, na maioria dos casos no INCA. São crianças carentes que residem fora do município do Rio de Janeiro. As dificuldades financeiras e a distância de casa levavam a um alto nível de abandono e à não observação do tratamento. Por isso houve necessidade da realização deste projeto.

Na prática, o fato é que foi reconhecida a impossibilidade de alguém que mora em Campos, Pirai, Teresópolis, Maceió ou Juiz de Fora, por exemplo, vir para o Rio fazer quimioterapia e/ou radioterapia, com todos os seus efeitos colaterais, lembrando também dos efeitos do próprio câncer, voltar para casa e estar de volta ao hospital novamente no dia seguinte. Normalmente, então, estas crianças eram internadas, ocupando desnecessariamente um leito, permanecendo em um ambiente que não favorece sua recuperação, ficando isoladas, acompanhadas apenas pelos médicos, enfermeiros, e um único responsável, sem poder andar e brincar pelo hospital, restritas ao leito e a um horário de visitas que, para elas é muito curto. Além desses fatores, convivem com a dor e a depressão dos pacientes terminais.

A Casa Ronald Mc Donald foi criada em novembro de 1993, e o seu principal objetivo é oferecer a estas crianças uma melhor qualidade de vida, através de um ambiente agradável, aonde elas ficam na companhia de outras crianças com as quais elas podem brincar. Não se parecendo em nada com um hospital. A partir de 1996, as crianças da Casa passaram a contar também com a Musicoterapia.

Analisando pela ótica da psiconeuroimunologia e psiconcologia, este ambiente, por si só, já faria uma diferença crucial no tratamento. Os estudiosos destas disciplinas, como o Dr. Simonton (1987), afirmam que o modo como uma pessoa lida com uma situação de estresse, afeta diretamente o sistema neurológico, particularmente o Hipotálamo. Este por sua vez, gera um desequilíbrio no sistema endócrino, através da glândula pituitária, ocasionando uma imunossupressão, ou seja: o organismo fica vulnerável a diversas doenças, entre elas o câncer.

As sessões de musicoterapia, que são realizadas com grupos abertos (onde ocorre uma grande flexibilidade de entrada de novas crianças), duram em média quarenta minutos cada. Os grupos são divididos por faixa etária e têm em média, três a quatro pacientes, embora, ocasionalmente, sessões sejam realizadas individualmente, por não haver outras crianças da mesma faixa etária hospedadas na Casa. Alguns atendimentos, porém, são individuais por decisão da equipe terapêutica, que, nestes casos, considera que o paciente tem esta necessidade.

## Geraldo.

Geraldo, como irei chamá-lo, tem oito anos de idade, mora em Campos RJ, em condições precárias (numa favela), e recebeu o diagnóstico de tumor de tronco cerebral em junho de 1998. Ele tem sete irmãos vivos e outros sete já falecidos.

Durante a entrevista, Geraldo relatou que gosta de música, especialmente hinos religiosos; e que adora violão. Ele me parecia tão desorientado, que pensei que estivesse sedado, sob o efeito de alguma droga para aliviar a dor. De fato, no dia da última sessão de Geraldo, sua mãe declarou que lhe dava uma dose de sedativo maior do que a prescrita pelo médico. Ele enxergava com dificuldade e não conseguia manter os dois olhos abertos ao mesmo tempo. Babava, apresentava visíveis dificuldades motoras e de equilíbrio, e demorava a entender quando falávamos com ele, embora a mãe tenha declarado que ele era muito esperto e “evoluído para a sua idade”.

Quando Geraldo foi para a primeira sessão de musicoterapia, entrou na sala tropeçando e pisando nos instrumentos. Sentou-se, e não quis tocar outro instrumento que não fosse o violão, que estava com outro paciente. Quando teve nas mãos o violão, ele se isolou do resto do grupo e ficou tocando baixinho, durante a sessão quase inteira, sem prestar a mínima atenção no que acontecia à sua volta. O estranho, é que os outros estavam tocando extremamente forte e ele não demonstrava se importar nem um pouco com isto. Quando alguém falava algo, e as outras crianças paravam de tocar para ouvir, Geraldo sequer levantava a cabeça, assim como quando lhe dirigiam a palavra. No final do relatório desta sessão, escrevi o seguinte: “No final da sessão, Geraldo, com o violão no colo, resiste em sair. Ele demonstrou que, ao menos hoje, não queria contato com as outras crianças da instituição. Talvez isto seja um sinal de que ele necessita de atendimento individual. Talvez indique que, exatamente na terapia de grupo, é que ele vai ter a chance de voltar a se relacionar socialmente; mas considero importante a reflexão sobre o assunto.” Achei relevante citar este parágrafo, porque esta postura de Geraldo mudou bastante ao longo do processo musicoterápico, embora ele tenha voltado a tocar deste jeito algumas vezes, depois de algum tempo.

Na segunda sessão, uma menina que seria nova no grupo de Geraldo, e estaria em sua primeira sessão de musicoterapia, chegou na sala de terapia um pouco depois dos outros pacientes e logo disse que queria voltar para a mãe, ameaçando chorar. Geraldo pôs-se a tentar convencê-la a ficar, dizendo que “aqui você pode tocar violão, tambor...”, e só não continuou porque a menina começou a chorar. Registrei em meus relatórios esta mesma atitude ao menos mais duas vezes, em ocasiões em que um novo elemento no grupo esteve tímido, em dúvida sobre o que fazer na sessão. Geraldo sempre oferecia primeiro o violão, demonstrando que tinha este instrumento como referência, e o quanto valorizava a musicoterapia, já que queria convencer todos a ficarem.

Durante a terceira sessão, Geraldo, que nestas duas primeiras sessões, relacionava-se na maior parte do tempo apenas com o violão, começa a se identificar com o piano elétrico. Na quarta sessão de Geraldo, não havia ninguém do grupo além dele. Ele tocou o piano elétrico durante a sessão inteira, salvo um breve momento no qual ele pegou o violão, sentiu que não era o que ele queria, e voltou ao piano. No piano elétrico, Geraldo toca de duas maneiras:

Ou ele improvisa com as três teclas pretas que ficam juntas (fá#, sol# e lá#), sempre com ritmos simples, marcando a pulsação (semínimas) ou dividindo-a em dois (colcheias), normalmente em compasso binário ou quaternário simples.

Ou então, ele improvisa nas teclas brancas, utilizando *clusters*<sup>1</sup>, com aparente intenção estética, tocando no mesmo padrão rítmico que usa nas teclas pretas. Muitas vezes, fazendo um baixo com a mão esquerda, normalmente experimentando muitas notas e “escolhendo” os sons que lhe agradam, combinando as notas da mão esquerda, com as da mão direita; ou tocando apenas com a mão direita. Neste caso, quando ele tocava uma nota estranha à tona-

---

<sup>1</sup> (Ing., “agrupamento”) grupo de notas adjacentes que soam simultaneamente. Os instrumentos de teclado adequam-se particularmente a sua execução, uma vez que podem ser prontamente tocados com o punho, a palma ou o antebraço.” Dicionário Grove de Música.

lidade, portanto estranha à base feita pela musicoterapeuta no violão ou no metalofone, parecia sentir que este som lhe era desagradável, e rapidamente procurava outra nota, especialmente, aquelas que ele lembrava que se encaixavam bem. Nestas, que às vezes, se constituem como notas pedais<sup>2</sup>, ele insiste e repete, sempre voltando a elas.

Partindo deste conceito de notas pedais, utilizado em música, começo a elaborar o que chamarei de notas de segurança. Denomino notas de segurança aquelas que, por serem recorrentes, permitem um *continente sonoro/musical*<sup>3</sup> ao paciente. Possibilitam também que o paciente possa aventurar-se por caminhos sonoro-musicais desconhecidos ou pouco conhecidos, já que este tem, no momento em que necessita, a possibilidade de a elas recorrer para alcançar uma sensação de conforto e/ou segurança.

A oitava sessão de Geraldo, foi bem parecida com esta, inclusive pelo fato de ter sido individual. Nessa sessão, atuei como terapeuta, e as duas musicoterapeutas como co-terapeutas. O diálogo sonoro que tive com Geraldo, foi bem semelhante ao que ele teve na quarta sessão com a outra musicoterapeuta, com duas diferenças importantes: ausência de *clusters* e a mudança de dó maior, passando por lá menor primitivo, na sétima sessão, e então para ré modal.

As mudanças de tons e modos, eu poderia entender como uma resposta aos efeitos do tratamento, que quanto mais avança, mais o agride/regride, já que ele retrocedeu em relação à história da música, na mesma seqüência, retrocedendo ao modal, no dia em que estava mais sedado, no final do tratamento. Posso hipotetizar também sobre a mudança de tom/modo em si, que mostra a capacidade de Geraldo de mudar, acompanhando as mudanças de sua vida que se tornou completamente diferente neste ano, devido à Casa, aos

---

<sup>2</sup> “Uma nota sustentada ou repetida, geralmente no registro grave, acima ou em torno o qual movimentam-se outras partes.” Dicionário Grove de Música.

<sup>3</sup> Barcellos (1994), afirma que: “ (...) O musicoterapeuta deve poder lidar com estes elementos (sons, intervalos, ritmos e eventuais harmonias) de forma clara e segura para que o paciente sinta nele um *continente musical*”. Deve-se notar que Barcellos refere-se ao continente proporcionado pelo terapeuta, enquanto eu me refiro a um continente que o próprio paciente busca.

novos amigos com o mesmo problema, e ao câncer. Esta sessão foi sua despedida da Casa, pois foi embora na semana seguinte.

Interpreto a ausência de *clusters*, como uma busca por outras sonoridades, provavelmente tentando organizar-se musicalmente, tocando uma nota de cada vez. Percebemos que quando ele procurava as notas que se “encaixavam” na música, ele estava buscando, com um sentido estético, uma forma organizada de adequar o que ele podia produzir ao que a própria música, que ele fazia junto com a musicoterapeuta, pedia. Podemos pensar nesta vontade de organizar-se musicalmente, como um reflexo de uma vontade de organizar-se internamente, psicologicamente e a nível corporal, e isto estaria diretamente relacionado com a desorganização que o câncer traz.

Poder-se-ia também, refletir sobre o que significa o ato de criar, para uma pessoa que sente a real possibilidade de não mais existir. Quem cria está incondicionalmente vivo!

Mas fica ainda a pergunta: Por que Geraldo, que tinha uma ligação tão forte com o violão, identifica-se agora, com o piano? O que teria mudado nele, ou o que ele teria descoberto para mudar o seu referencial? Através do piano, ele conseguia comunicar-se de maneira não-verbal, de uma forma mais complexa e expressiva do que ao violão, e ele pôde perceber isto, devido a necessidade que sentia de se expressar durante as sessões.

## **Conclusão.**

Ainda há muitos aspectos a serem estudados na área de musicoterapia, especialmente em oncologia, mas o que já foi e está sendo feito é suficiente para deixar claro o potencial desta aplicação da musicoterapia.

A oitava sessão responde a uma questão que me acompanhou durante todo o meu estágio de observação: estaria um observador presente no *setting* musicoterápico, anotando no mesmo instante tudo o que acontece, exercendo um papel persecutório? Neste caso, poder-se-ia afirmar que não, porque durante esta sessão, revelou-se o vínculo terapêutico que foi construído ao longo do processo musicoterápico, mesmo com o observador.

Através da musicoterapia, Geraldo consegue se expressar, aumentando a sua auto-estima, o que por um lado proporciona uma maior entrega e confiança no tratamento, e conseqüentemente uma maior eficiência deste; e por outro lado, pôde melhorar a qualidade de vida de uma criança portadora de uma doença que causa tanto sofrimento, podendo vir a matá-la, como o câncer.

Retomando o conceito de *notas de segurança*, poder-se-ia hipotetizar que trata-se de um porto-seguro, onde se tem a certeza de que nada vai dar errado. Diria ainda que se ele estava, necessitando de algo que lhe passe segurança, isto é o que ele encontra na música, particularmente nas *notas de segurança*, com o suporte rítmico e harmônico dado pelas musicoterapeutas, sendo a musicoterapia, um espaço que dá a Geraldo esta segurança. Mas novamente ressalto que são apenas hipóteses.

O estágio de observação é de suma importância para o aprendizado do musicoterapeuta. Mas através de uma constante troca entre o observador e o terapeuta, tal estágio pode ser útil não apenas para o estagiário absorver conhecimentos, mas também para o musicoterapeuta ter uma visão mais ampla e detalhada do processo musicoterápico, beneficiando em última instância, o paciente.

### **Bibliografia.**

- MARANTO, Cheryl Dileo - *Music in The Treatment of Immununerelated Disorders* - Temple University, Philadelphia, Mimo, 1990.
- PASTANA, Daniela Périssé - *Aspectos do Processo Musicoterápico, Dentro de uma Casa de Apoio que Hospeda Crianças e Adolescentes com Câncer: Casa Ronald Mc Donald* - Monografia de Conclusão do Curso de Formação de Musicoterapeuta, Conservatório Brasileiro de Música, 1997.
- SADIE, Stanley - *Dicionário Grove de Música* - Jorje Zahar Ed., RJ, 1994.
- SIMONTON, O. Carl; CREIGHTON, James L. ; SIMONTON, Stephanie Mattews - *Com a Vida de Novo* - Summus Editorial São Paulo, 1987.
- BARCELLOS, Lia Rejane Mendes - *Caderno de Musicoterapia 3* - Enelivros. Rio de Janeiro. 1994.

## Musicoterapia e Autismo: um “setting” em rizoma

Leomara Craveiro\*

Este artigo estabelece uma aproximação entre Musicoterapia, Autismo e os pensamentos de Gilles Deleuze e Félix Guattari.

A partir de um sistema apresentado por estes teóricos como sendo um “rizoma”, procuramos analisar o que ocorre em um “setting” musicoterápico, onde cadeias semióticas de várias naturezas se cruzam e se entrelaçam numa heterogeneidade de ações e agenciamentos, gerando diversos códigos (sistemas de signos) que se intermeiam e se conectam, formando a trama terapêutica. É neste cenário cartográfico que propomos analisar o que ocorre em um processo musicoterápico com indivíduos portadores de autismo, onde o fator “tempo” aparece como ponto crucial.

### Musicoterapia e Autismo: um “setting” em rizoma

Leomara Craveiro, 1999

*Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo “ser”, mas o rizoma tem como tecido a conjunção “e... e...e...” Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo “ser”. (G. Deleuze & F. Guattari,, 1995)*

Existe um consenso entre nós, musicoterapeutas, sobre os efeitos altamente positivos da aplicação da Musicoterapia com porta-

---

\* Leomara Craveiro - Professora e Musicoterapeuta na Universidade Federal de Goiás; mestranda em Comunicação e Semiótica / PUC- São Paulo; membro da World Federation of Music Therapy e do grupo GEPAPI (Grupo de Estudos e Pesquisa em Autismo e Outras Psicoses Infantis). Autora e coordenadora da pesquisa: A Musicoterapia na Neuropsiquiatria Infantil: os estados autísticos.



dores de autismo, principalmente, no que diz respeito à abertura de um canal de comunicação.

No geral, as explicações quanto a isto giram em torno de alguns pontos, dentre eles: 1) o som, sendo vibrações, o autista não tem como impedi-lo; o som o atinge, querendo ou não, através das vias aérea, tátil e óssea, abrindo canais de comunicação; 2) as diversas possibilidades oferecidas pelo "setting" musicoterápico de propiciar a indução a estados regressivos, tanto sob o ponto de vista ontogenético, quanto filogenético, podendo-se refazer etapas do desenvolvimento; 3) a música e/ou seus elementos aparecem como veiculadores de sentimentos e emoções, importantes instrumentos agenciadores de catarses; 4) a música além de se apresentar como um elemento altamente propiciador do vínculo terapêutico, também favorece a integração e a socialização.

Sem ignorar estes pontos, estaremos à procura de outras explicações para as ocorrências no espaço musicoterápico com esta clientela, visando atingir uma melhor compreensão sobre Musicoterapia e o transtorno autístico.

Para tanto, procuramos estabelecer uma aproximação entre nossa prática musicoterápica com pacientes portadores de autismo e os pensamentos de Gilles Deleuze e Félix Guattari; o primeiro, um filósofo; o segundo, um psicanalista, ou melhor, um esquizoanalista<sup>1</sup>.

Inicialmente, procuraremos contextualizar, de forma muito breve, a Musicoterapia e os pensamentos destes teóricos, para, em seguida, mostrar-lhes alguns resultados parciais de nossas reflexões, a partir de uma pesquisa de campo<sup>2</sup> desenvolvida com crianças e adolescentes portadores de autismo, durante 3 anos e meio, por uma equipe ligada à Universidade Federal de Goiás.

---

<sup>1</sup> Para esclarecimentos sobre o termo, ver em Deleuze, G. & Guattari, F. – O Anti-Édipo. Capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

<sup>2</sup> "A Musicoterapia na Neuropsiquiatria Infantil: os estados autísticos" – pesquisa de autoria e coordenação desta mestranda, desenvolvida por uma equipe de profissionais (uma neuropediatra, uma neuropsicóloga, duas fonoaudiólogas e seis musicoterapeutas) ligada à Universidade Federal de Goiás – UFG.

A partir desse sistema apresentado por Deleuze como sendo um “rizoma” que, trazendo caracteres “*diferentemente das árvores ou de suas raízes, conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer e cada um de seus traços não remete necessariamente a traços de mesma natureza*”, colocando em jogo “*regimes de signos muito diferentes, inclusive estados de não-signos*”, procuramos estabelecer relações de co-existência com o processo musicoterápico. (MP; vol I; p. 32)

Apesar de sua origem ser talvez tão antiga quanto a própria história do homem, já que, há milhares de anos a música é utilizada como elemento de cura, a Musicoterapia apresenta-se hoje como uma proto-ciência que traz em si pressupostos teórico-práticos extremamente modernos, acoplando-se às descobertas mais recentes da contemporaneidade, proporcionando devires: devir-neurológico da música, devir-música da psique, devir-ciência da música, devir-som etnológico...

Um devir, segundo Deleuze, “*não é uma correspondência de relações/.../não é certamente imitar, nem identificar-se; nem regredir-progredir/.../nem produzir uma filiação ou produzir por filiação/.../ O devir não produz outra coisa senão ele próprio/.../Ele é da ordem da aliança.*” Portanto, ao falarmos de um devir-neurológico da música ou de um devir-som do homem, estamos nos referindo, no primeiro caso, a um bloco de devir que toma a neurologia e a música, e no segundo, a um bloco que toma o som e o homem. (Mp; vol IV; p.19)

Por encontrar-se em uma área limítrofe de conhecimentos, a Musicoterapia apresenta fortes características relacionais com a Filosofia (aspectos antropológico, estético, ético e da lógica), com a Ciência (Neurociências, Física, Biologia, Psiquiatria, etc. ) e com a Arte ( Música, Teatro, Artes Visuais, etc. )

Portanto, utilizando uma linguagem bem deleuzeana, podemos afirmar que a Musicoterapia, no seu sentido mais amplo, atua: a) com personagens conceituais, sobre um Plano de Imanência ou de Consistência, tendo em vista sua ligação com a Filosofia; b) com observadores parciais, que, através do perceber e do experimentar, aparecem nas Ciências e nos Planos de Referência c) com personagens proposicionais ou prospectos - ligados à lógica, ao argumento, ao senso comum - que fazem parte de um Plano da Opinião; e d) com figuras estéticas, que se apresentam em um Plano de Composição, este último, então, ligado à Arte.

Todos esses planos, apesar de conter Planos de Organização ou de Convergências inseridos neles, os quais, no caso da Musicoterapia, poderiam estar diretamente relacionados à cliente-la e aos objetivos específicos a serem atingidos, apresentariam, também, zonas de vizinhança e de indiscernibilidade. Diversas ciências e/ou teorias e/ou práticas terapêuticas inter-agindo com a Musicoterapia, gerando possibilidades de aberturas e passagens. *“O plano de composição da arte e o plano de imanência da filosofia podem deslizar um no outro, a tal ponto que certas extensões de um sejam ocupadas por entidades do outro.”* (Delenze e Guattari; 1992).

Em um “setting” musicoterápico – “espaço-tempo” onde se dá a prática musicoterápica – cadeias semióticas de várias naturezas se cruzam e se entrelaçam numa heterogeneidade de ações e agenciamentos, formando um “rizoma”, onde diversos códigos – perceptivos, gestuais, auditivos, táteis, linguísticos, cognitivos, e outros – se tocam, se intermeiam, se conectam, num rico jogo de multiplicidades, formando a trama terapêutica (também em “rizoma”). Portanto, essas formas sígnicas e/ou quase-sígnicas: códigos sonoro-musical, gestual, pré-vocal, tátil, pré-verbal e verbal, possibilitam as mais variadas conjunções e conexões.

Essa heterogeneidade e multiplicidades de ações fazem parte dessa trama terapêutica, onde personagens conceituais, observadores parciais, personagens proposicionais e figuras estéticas se encontram, se cruzam apresentando-se nos papéis de agenciadores de devires: devir-feto, devir-animal, devir-criança, devir-mãe, devir-homem primata, devir-silêncio, devir-ser sonoro, devir-mundo, devir-cérebro...

... cérebro, sistema este não arborescente, onde *“o que se chama equivocadamente de ‘dentrinos’ não assegura uma conexão dos neurônios num tecido contínuo. A descontinuidade das células, o papel dos axônios, o funcionamento das sinapses, a existência de microfendas sinápticas, o salto de cada mensagem por cima destas fendas fazem do cérebro uma multiplicidade que, no seu plano de consistência ou em sua articulação, banha todo um sistema, probabilístico incerto, un certain nervous system.”* (MP, vol.I; p. 25)

É pensando neste cérebro rizomático, em que ocorrem pensamentos não contínuos, não arborescentes – os quais se acoplam, se entrecruzam, se chocam e criam linhas de fugas – que procuramos analisar o que ocorre em um processo musicoterápico.

Territórios são demarcados, primeiramente, pelas Identidades Sonoras do paciente e do musicoterapeuta, este último, desempenhando o papel de um 'nômade' ou seja, de um ser que se oferece como ser-de-passagem, e seu lugar é sempre o trajeto. Mesmo quando ele está em um lugar fixo, está em função do trajeto. E sua força reside exatamente aí, no trajeto: no caminhar junto ao paciente, sempre em direção a um devir.

O silêncio, com sua incômoda robustez; o som, com sua transcendência e imensa plasticidade; o corpo, com seus inumeráveis movimentos e imobilidades; e a Música, que, sendo ela Arte, traz em si possibilidades de se "*recuperar todas as verdades do tempo*" e abre para incontáveis devires. (PS; p. 46). Todos eles desempenham importantes papéis no fazer musicoterápico. Forças agenciadoras, as mais diversas, provocam reações, associações, linhas de fuga e, conseqüentemente, rupturas e transformações, conduzindo a diversos graus de desterritorializações e reterritorializações, abrindo para os devires: devir-canto; devir-tempo; devir-mudez; devir-percepção; devir-relação; devir-fuga; devir-sonoro de forças não sonoras; devir-devires.

Sistemas maquínicos abstratos são ativados – máquina da percepção, máquina do amor, máquina do significado, máquina da criação, e tantas outras –, abrindo portais que servem de entrada e saída para encontros, desencontros ou, simplesmente, acontecimentos singulares (hecceidades).

Diferentes técnicas musicoterápicas são colocadas a serviço de, e se confundem com uma heterogeneidade de signos existentes, os quais Deleuze denomina de signos mundanos, signos do amor (ou incógnitos), signos sensíveis e signos da arte.

Os primeiros são explicados por Deleuze como sendo palavras de ordem: "*surgem como o substituto de uma ação ou de um pensamento, ocupando-lhes o lugar*"; os signos do amor trazem como lei primeira, a subjetividade, "*a origem dos mundos desconhecidos, das ações e dos pensamentos desconhecidos que lhes dão sentido*"; os signos sensíveis são aqueles que "*nos põem no caminho da arte/.../nos preparam para a plenitude das idéias estéticas*", ligados a eles estariam as reminiscências e as descobertas; e por último, os signos da arte, que seriam as impressões e qualidades sensíveis que, enquanto signos desmaterializados, encontram seu sentido no que Deleuze chama de uma "*essência ideal*". (PS; p. 6 - 14; 53-4)

Os signos mundanos ao propiciar a criação de territórios numa velocidade muito grande, favorece o jogo da territorialização. Já os signos do amor, por apresentarem como características principais a interpretação e a imprecisão, territorializam-se numa velocidade bem mais lenta, por estarem sempre permeados pela dúvida. E, por último, os signos da arte que, tendo como potência básica a desterritorialização e reterritorialização, apresentam-se às vezes com velocidades muito lentas e, outras vezes, muito rápidas.

Talvez possamos relacionar os signos da arte principalmente aos jogos de improvisação musical livre, onde o “tempo é redescoberto” e “a essência é revelada”. (PS;p. 86). Já os signos mundanos estariam no pólo oposto, ou seja, na materialidade, podendo ser relacionados à música institucionalizada que, devido às suas características de fácil compreensibilidade e representatividade, pode ser considerada, enquanto signo, como “palavras de ordem”. Pela sua força articuladora e seu senso comum ela é facilmente reconhecida e compartilhada; signos normalmente vazios, apenas substituem algo, não mais do que isto. Já aos signos do amor, poderíamos relacionar, principalmente, as técnicas da Re-criação Musical, onde aparecem signos ligados à memória, às lembranças e recordações; e, finalmente, aos signos sensíveis - caracterizado como momento de passagem entre os signos do amor para os signos da arte - apareceriam as técnicas da Re-criação Musical e da Improvisação Musical Livre, esta última, gerando associações livres, as mesmas presentes na Psicanálise<sup>3</sup>.

É neste cenário cartográfico - de multiplicidades sígnicas, de agenciamentos, de hecceidades, de devires -, mapa aberto, por-

---

<sup>3</sup> Método de Associação Livre da Psicanálise, o qual “...consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação) quer de forma espontânea /.../ o método das associações livres destina-se a pôr em evidência uma ordem determinada do inconsciente: “Quando as representações-metas (Zielvorstellungen) conscientes são abandonadas, são representações-metas ocultas que reinam sobre o curso das representações. (Laplanche & Pontalis, 1992; p.38)

tanto, suscetível a mudanças (tal qual o inconsciente), que estaremos analisando como se dá um processo musicoterápico com indivíduos portadores de autismo.

Visando uma melhor compreensão, tivemos de lançar mão de um esquema linear para explicar as ocorrências num “setting” musicoterápico com esses pacientes. Porém, não deve ser considerado, sob hipótese alguma, esse caráter sucessivo. Muito pelo contrário, durante todo o tempo, estaremos lidando com simultaneidades, reversibilidades, com um “rizoma temporal”<sup>4</sup> ou seja, um emaranhado do tempo.

Esse mesmo tempo que aparece como ponto crucial no desenrolar do processo terapêutico com nossos pacientes autistas.

### **Abreviaturas dos livros citados:**

<i>Proust e os Signos (1987)</i> .....	PS
<i>Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia,</i> vol. I. (1995) .....	MP;Vol. I
<i>Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia,</i> vol. IV(1997) .....	MP;Vol. IV
<i>O Anti-Édipo. Capitalismo e Esquizofrenia(1976)</i> .....	AE

### **Referências Bibliográficas**

- DELEUZE, G. – Proust e os Signos Trad. de Antônio Carlos Piquet e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987. (original, 1976)
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. – *Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia*, vol. I, trad. Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro, Editora 34, 1995 (original, 1980)

---

<sup>4</sup> Como em Deleuze, ao invés de uma linha do tempo, temos um emaranhado do tempo; em vez de um fluxo do tempo, veremos surgir uma massa de tempo; em lugar de um rio do tempo, um labirinto do tempo ...” Pelbart, Peter P. – O tempo não-reconciliado, Imagens de tempo em Deleuze, São Paulo: Perspectiva:FAPESP, 1998.

- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. - *O Anti-Édipo. Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (original, 1972)
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. - *Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia*, vol.IV. trad. de Suely Rolnik Rio de Janeiro, Editora 34, 1997 (original, 1980)
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. - *O Que é a Filosofia?* Trad. Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz, Rio de Janeiro:Ed.34, 1992 (original, 1991)
- LAPLANCHE, Jean - *Vocabulário da Psicanálise / Laplanche e Pontalis*; sob a direção de Daniel Lagache; Trad. Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1992 (original, 1982)
- PELBART, Peter P. - *O tempo não-reconciliado, Imagens de Tempo em Deleuze*, São Paulo: Perspectiva:FAPESP, 1998.

## Pedro E O Lobo - Musicoterapia Com Crianças Em Quimioterapia

Maria Elena S. S.  
Gallicchio

Pedro com seus seis anos completos  
e... sua espingarda de rolha carregada  
foge, enquanto seu avô dorme,  
aventurando-se pela floresta.  
Vai acompanhado de seus amigos  
Sacha o passarinho  
Sônia a pata  
e Ivan o gato.  
Este grupo intrépido sai...  
...para caçar o Lobo.  
O encontro não tarda.  
Sônia parece ter sido engolida pelo Lobo  
enquanto Ivan e Sacha  
ajudam Pedro a preparar uma armadilha.  
Os caçadores aproximam-se  
e conseguem caçar o Lobo  
preso na armadilha de Pedro.  
De Sônia, só resta uma peninha voando pela neve.  
Pedro e seus amigos saem em desfile pela cidade,  
carregando junto com os caçadores  
o Lobo dominado.

Pedro do poema sinfônico de Prokofiev, baseado na história do folclore russo é a criança que tem coragem..

Acreditamos que cada criança tem dentro de si um Pedro, o qual com ousadia e coragem é capaz de dominar o Lobo que a ameaça.

*Dedico esta apresentação às crianças que fizeram música, mesmo quando o desconhecido as Espreitava.*



## Introdução

A quimioterapia é uma arma muito poderosa contra a doença, mas as reações que ela provoca são extremamente agressivas ao ser humano. O adulto tem uma idéia do que ocorre com seu organismo em tal situação, mas o tratamento e suas conseqüências são muito mais ameaçadores para a criança que não tem entendimento do que se passa com seu corpo. Isto, nos levou às reflexões de autores que acreditam na capacidade do cérebro em alterar a química do corpo, produzindo substâncias que eliminam ou atenuam a dor como encefalinas e endorfinas, substâncias que estão presentes no ser humano saudável. Também é bem conhecida a capacidade do cérebro de intensificar alterações químicas quando há vontade de viver. Justamente por isso a musicoterapia está cada vez mais presente nos centros de tratamento oncológico-pediátrico já que seus efeitos terapêuticos são vistos como transformadores do estado físico e emocional dos pacientes, dando à criança oportunidade de expressar suas necessidades, desejos, medos e solidão.

A musicoterapia vê o ser humano como um todo, onde o corpo e mente, psique e soma, matéria e espírito formam um todo indivisível. A música com o objetivo de ter efeitos terapêuticos vem sendo utilizada desde o início da civilização, estando referenciada entre todos os povos e civilizações no decorrer dos séculos. Se inicialmente seu caráter era mágico, atualmente passa a ser reconhecido também como instrumento valioso em áreas da medicina somática.

As sessões de musicoterapia são um processo interpessoal, no qual o terapeuta utiliza a música e todas as suas facetas – física, mental, emocional, social, estética e espiritual – para ajudar o paciente a recuperar, restabelecer ou manter a saúde, e seus efeitos se sobrepõem aos de outras terapias, inclusive a de jogos, por estimular a criança a uma maior verbalização das suas necessidades e medos. Em especial está a aplicabilidade da música como terapia para crianças com câncer, por esta ser um processo criativo, gerando energia criativa, enriquecendo a qualidade de vida, despertando a imaginação e proporcionando a oportunidade da criança expressar a sua realidade.

## Material e Métodos

Este trabalho foi realizado no Setor de Pediatria do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Durante seis meses foram avaliadas dez crianças em tratamento quimioterápico na faixa etária de 1 ano e seis meses a quatorze anos de idade, com diferentes diagnósticos, submetidas a sessões de musicoterapia.

O principal objetivo foi:

- Propiciar a melhora do estado de ânimo (felicidade tristeza) das crianças em tratamento quimioterápico.
- Os objetivos específicos:
  - Oportunizar à criança sentir e expressar suas emoções através da música;
  - Amenizar o confronto da criança com as dificuldades advindas do tratamento quimioterápico;
  - Propiciar à criança momentos de relaxamento, liberando-a de tensões;
  - Oportunizar o contato entre crianças numa situação prazerosa;
  - Utilizar a música como um elemento que torne a internação hospitalar menos ameaçadora.

A primeira parte do processo musicoterápico foi realizada em uma visita às crianças e seus familiares. Nesta ocasião, dizíamos o que é e quais são os objetivos da musicoterapia. O contrato musicoterápico foi firmado verbalmente pelas crianças e seus responsáveis. Este consistia em:

- respeitar o desejo da criança em participar ou não das sessões musicoterápicas;
- respeitar a necessidade da criança em interromper ou retirar-se da sessão;
- respeitar o descanso da criança;
- assegurar o compromisso de sigilo médico a respeito de dados confidenciais da criança;
- assegurar o tratamento musicoterápico sem onus.

E também de como e quando seriam realizados os atendimentos.

Preenchíamos uma ficha musicoterápica. Fazíamos com a criança e a seu respeito, por seu responsável a avaliação do seu estado emocional, utilizando a Régua PAS (Pain assessment Scale).

Essa escala de auto avaliação psicológica é representada por faces que a criança associa ao que está sentindo.

As de A-D representam amplitude do estado de ânimo positivo.

As de F-I representam amplitude do estado de ânimo negativo.

A face E representa uma face neutra.

Utiliza-se a escala mostrando à criança a régua com as faces dizendo-lhe:

“olha para ti, mostra-me como estas te sentindo? Que face se parece com a tua?” Ao responsável por ela mostrava-se a régua e pedia-se: “Mostra-me que face representa como está se sentindo teu (tua) filho(a).

Esta avaliação era repetida antes e depois de cada sessão.

A duração da sessão era planejada de acordo com a faixa etária da criança, respeitava seu desejo de sair antes do término, ou de prolongá-la por até mais meia hora, atendendo suas necessidades. O atendimento foi de duas vezes por semana mesmo em dias feriados.

Os instrumentos musicais utilizados foram:

instrumentos de percussão; metalofone ; xilofones; toca-fitas/ CD; flauta-doce; gravadores. Os recursos materiais necessários foram: colchonetes; suportes para soro; cadeiras de rodas; máquina fotográfica; fitas para as gravações; canetas coloridas e papel para desenho.

Utilizamos como principais Técnicas Musicoterápicas:

re-criação musical (técnica utilizada por Kenneth Bruscia, (1991) de re-criar uma peça musical); improvisação musical livre e orientada; audição musical; composição musical; criação de histórias cantadas; jogos rítmicos e sonoros.

Realizamos atividades que envolveram:

canto; execução instrumental; utilização do corpo através da dança livre e movimentos corporais; audição de fitas, CDs e instrumentos musicais; exercícios de descontração e relaxamento; representação gráfica das criações musicais.

As sessões musicoterápicas foram realizadas em atendimento individual ou em grupo na sala de musicoterapia, quando a criança tinha condições de se locomover até lá, mesmo utilizando-se de cadeira de rodas. Caso contrário, era realizada na Enfermaria, quarto

de isolamento ou UTI. Tanto na sala de Musicoterapia, como na Enfermaria os instrumentos musicais eram dispostos de maneira a serem facilmente alcançados pelas crianças.

Quando na UTI, os materiais eram selecionados considerando-se o local e respeitando-se a presença de outros pacientes. Neste caso a criança sinalizava o que queria ouvir e/ou acompanhar. Quando não tinha condições para isto, utilizávamos a técnica de Audição Musical. A sessão geralmente iniciava-se pelo manuseio dos instrumentos musicais. Mesmo quando não os conhecia, geralmente os experimentava na tentativa de tocá-los com a intenção de fazer música com um sentido musical. Entretanto, houve momentos em que a esses instrumentos musicais foram atribuídos outros significados que não o seu próprio, sonoro, como o fez de C, 4 anos, com leucemia.

C. na décima terceira sessão colocou o triângulo como um tripé, sua baqueta como se fosse um espeto e começou a “assar um churrasco” como seu pai fazia em sua casa. A canção que cantávamos era “Minha Casinha”. Numa sessão posterior, em que C. estava acompanhado por seu pai, colocou os triângulos sobre o metalofone e pediu para cantarmos “Minha Casinha”. Num determinado momento, ele disse que não queria mais cantar. Voltou-se para seu pai e começou a falar.

Falava num tom triste e profundo, sem choramingar, sem prestar a menor atenção à nossa presença. Este menino de apenas 4 anos, falou sobre quando foi internado no dia 12 de agosto, depois do seu aniversário. Falou que nesta ocasião não podia mais caminhar pela forte dor nas pernas, e sobre a dificuldade em comer e falar por causa das feridas em sua boca e no nariz. Do quanto estava triste pela necessidade de permanecer mais tempo hospitalizado. Da quimioterapia que era “ruim”, das dores que provocava.

Falou por muito tempo desabafando suas dores, tristezas e temores.

Seu pai surpreso disse que ele nunca lhe havia falado assim, com tanta intimidade, tantos detalhes e tão demoradamente. Expondo uma série de fatos que ele, como pai, desconhecia.

Acreditamos que, a canção provocando de forma lúdica o jogo de “faz de conta” transformando o significado dos instru-

mentos musicais, foi o que levou este menino a poder verbalizar, de forma tão clara, tantos e tão antigos sofrimentos. Isto ocorreu no mês de fevereiro de 1998, seis meses após sua internação.

Observamos também que a relação com os instrumentos musicais provocou nas crianças uma curiosidade por outros, do seu conhecimento, mas não existentes no Hospital. Como foi o caso de D., e F., que conseguiram teclados emprestados com seus familiares. Nenhum dos dois sabia como tocá-los.

F., 9 anos, linfoma, tinha o nome das notas escrito em fita adesiva colada nas teclas do teclado. Pediu para que escrevêssemos a sua canção preferida conforme a solfejávamos. Desta forma ele conseguiu tocá-la. Depois desta, outras canções também foram aprendidas. Percebemos que isto elevava sua auto-estima dando um outro significado à sua internação hospitalar. Por exemplo, quando chegavam suas visitas ele tocava para elas e comentava que estava no hospital, mas tinha “aulas de música”. Ele não estava ali só na condição de paciente mas estava aumentando seus conhecimentos e principalmente fazendo música.

O canal de comunicação estabelecido através da música, com a criança muitas vezes foi além do que prevíamos, como no caso de W. quatorze anos e F. nove anos .

W. havia feito 5 sessões quando sofreu uma parada cardíaca entrando em coma. A partir de então passamos a realizar com ele, na UTI, com a permissão dos médicos responsáveis, consentimento e solicitação da mãe um maior número de atendimentos semanais. Realizávamos com ele sessões de Audição Musical. Utilizamos inicialmente a gravação de uma música criada por ele para metalofone. Posteriormente acrescentamos as canções folclóricas, que haviam sido cantadas e tocadas com as outras crianças durante as sessões. Seus pais trouxeram diversas fitas cassete, de música popular, que ele costumava ouvir em casa. Passamos a utilizar também estas gravações durante as sessões. Ele melhorava muito lentamente. Depois da 14ª sessão, abria os olhos, mas tinha as pupilas muito dilatadas e sem movimentos. Durante as sessões cantávamos junto com as gravações e batíamos o ritmo ou a pulsação das músicas ora na palma de sua mão, ora no seu braço. Falávamos com

ele encorajando-o, fazendo alusão às sessões realizadas na sala de Musicoterapia e nas canções ali cantadas . Depois de desligado o respirador artificial foi transferido para um quarto em isolamento. Nesta época (31ª sessão) percebemos que, algumas vezes, quando desligávamos o gravador ele piscava. Passamos a insistir com ele, fazendo-lhe perguntas que, deveriam ser respondidas em sinal afirmativo com um piscar de olhos. Percebemos que este procedimento em muitos momentos funcionou, nos permitindo um contato com a parte de seu cérebro não danificada. Segundo os médicos, seu estado logo após a parada cardíaca, estava muito próximo de uma morte cerebral e posteriormente de um estado vegetativo. Entretanto, o fato dele piscar, numa tentativa de comunicação, observado por nós, por sua mãe, por enfermeiras e mais de uma vez pela fisioterapeuta, nos leva a acreditar que existiu uma mobilização através da música, da energia, que segundo Jung é chamada de vital e que atinge a relação entre “corpo e alma”.

No caso de F. que na 19ª sessão – com uma cirurgia de emergência marcada para a hora seguinte –, estava com duas enfermeiras e os pais, e chorava muito. Tinha as unhas e a pele da ponta de seus dedos muito roídos, quase em carne viva. Quando F. nos viu disse que queria a música do “Descansinho”. Apelido colocado pelas crianças nas músicas de Debussy utilizadas nos relaxamentos. Durante esta atividade ele parou de chorar, fechou os olhos mas não dormiu. Depois de algum tempo pediu as canções folclóricas já trabalhadas. Com a mão livre pegou o gravador e controlava o volume. Cantávamos e tocávamos caxixis junto com a gravação. No final da sessão F. nos pediu para ficar com o gravador e as fitas. Na sessão seguinte F. estava em isolamento na UTI. Tinha muitos hematomas em decorrência de hemorragias pela baixa de plaquetas. Demonstrou satisfação ao nos ver e pediu pela música do “Descansinho”. Acompanhamos o andamento lento da música com movimentos de acariciar seu braço. Logo após pediu “as outras músicas”, – canções folclóricas. Sua postura sobre a cama era de relaxamento. F. teve mais duas sessões. Nestas duas, estava entubado e sedado, mas mesmo assim, através dos batimentos cardíacos e pela expressão fisionômica, percebíamos o efeito tranquilizante que a música lhe proporcionava. Na última sessão ele tinha uma gaze

entre os dentes que sangravam constantemente, durante a sessão ele foi relaxando ao ponto de entreabrir os lábios não forçando mais os dentes sobre a gaze. Acreditamos que o canal de comunicação estabelecido pela música, não só com o externo mas também com o interno, proporcionou a esta criança, também nos momentos em que estava sedada, nos últimos dias de sua vida, paz e tranqüilidade.

Entre as diversas músicas utilizadas nas sessões de Musicoterapia, algumas se destacaram. Ousaremos, uma breve análise, assim como levantar hipóteses a respeito da simbologia encontrada nas suas letras e nos seus elementos musicais. Podemos citar como mais presentes nas sessões as canções folclóricas “Pretinho Barnabé”, “Bambalalão” e “Minha Casinha”. Estas três canções estão no modo maior em compasso binário simples. Em atividades de expressão corporal, com crianças saudáveis realizadas em outros ambientes percebemos que para a identificação do modo maior e menor, a criança, mesmo sem conhecimento musical, e, em tenra idade, geralmente, expressa alegria e tristeza através da postura e expressão fisionômica associados aos modos. O compasso binário simples corresponde ao ritmo mais próximo do ser humano, assim como está presente na natureza. Ou seja, reconhecemos o ritmo binário na respiração da pessoa acordada, na pulsação, no caminhar, no dia e na noite.

A canção “Pretinho Barnabé” fala de alguém que mesmo de pé quebrado não se abate, não se entrega. Esta mensagem positiva de força revitalizadora encontrada na letra está numa melodia ascendente sobre o acorde perfeito maior. O ritmo binário simples é subdividido em colcheias. Existe uma acentuação rítmica por uma colcheia pontuada no alto da linha melódica. A combinação destes elementos age como estimulação a um estado de alegria o que é confirmado pelo depoimento das crianças: “é alegre”, “dá vontade de dançar”.

“Bambalalão” no início fala de um cavaleiro que é “capitão”, está no comando, “espada na cinta ginete na mão”, é destemido com sua espada e tem o controle do “cavalo” na mão. Logo após fala na Lua. Ela simboliza a dependência e o princípio feminino, assim como a periodicidade e a renovação. Todo este simbolismo apesar de não estar consciente na criança age de forma a fortificar a

sua esperança, abrindo uma perspectiva de vida no futuro. O andamento é moderado. Na primeira parte desta canção existe uma repetição do intervalo de 4ª justa formado pela tônica e dominante num movimento descendente/ascendente, como o próprio embalar na canção de ninar. A repetição do intervalo de 4ª, parece provocar na criança um certo recolhimento, uma certa introspecção. Se a primeira parte da canção for repetida pode ser cantada em ostinato para a segunda. São duas linhas melódicas que seguem juntas, distintas, mas em harmonia, cada qual com seu simbolismo e sua força. Acreditamos que, pela combinação destes elementos foi tão cantada pelas crianças.

“Minha Casinha” é o mundo no qual a criança vive. Remete a sua vivência no seu lar. A combinação do ritmo e melodia resulta numa canção classificada por elas como “alegre”. Para a criança hospitalizada falar de sua “casa”, dos seus animais de estimação, dos seus objetos preferidos, seus brinquedos é uma forma de minimizar a falta que deles sente, trazendo através da música estes elementos ausentes. Nesta canção, como nas outras, foi sugerido às crianças criarem uma nova letra expressando o que gostariam de ter na “sua casinha”. Acompanhamos um único caso em que uma criança não se remete a sua casa, mas sim ao ambiente do próprio Hospital. I., 5 anos, leucemia, estava sempre irritada, choramingando e gritava muito. Na sua última sessão, I. colocou na sua “casinha” um piano, como ela se referia ao metalofone, dois pandeiros e dois chocalhos. Percebemos através da sua participação que ela estava alegre e integrada naquele momento. I. faleceu depois desta sessão, o que nos leva a pensar que esta menina intuitivamente sabia que não voltaria para sua casa. Na sua “casinha” utilizou só elementos presentes no ambiente atual.

Para o “Descansinho” utilizamos na maioria das vezes as músicas de Debussy. Acreditamos que os elementos característicos da música deste compositor como: o abandono das formas tradicionais; a supressão da simetria musical; a relaxação do ritmo; geralmente, provocavam nas crianças reações mais ou menos previsíveis do seu estado de ânimo, como por exemplo uma sensação de liberdade de imensidão. A utilização de quartas e quintas paralelas, como um retorno ao antigo, parecia provocar nas crianças a tranqüi-



lidade do conhecido, mesmo elas não tendo nenhuma informação sobre o assunto. Podemos resgatar aqui o conceito de arquétipo de Jung. A linha melódica das músicas de Debussy, geralmente em pequenas frases e melismas, com a força da dinâmica, parecia resultar para as crianças num inflar-se e num esvasiar-se, num movimento repetitivo, num respirar profundo, levando-as a um estado de relaxamento que, ousamos dizer, favorecia a elaboração de conteúdos internos durante o processo musicoterápico. Acreditamos também, pelo que foi muitas vezes relatado pelas próprias crianças, que as músicas de Debussy, geralmente resultaram para elas num espaço vago, indefinido, um espaço propício as suas fantasias, em sentimento nem sempre otimista, mas que lhes permitia um reencontro do próprio eu, num espaço distante, de forma vaga e muito tranqüila.

## Conclusão

Não pretendemos concluir ou fechar questões, mas considerar pontos vislumbrados durante a prática clínica realizada. Em relação aos objetivos propostos constatamos que: as crianças que apresentavam um estado de ânimo depressivo, muitas vezes demonstrado pelo choro, por não quererem abandonar o leito, por não quererem conversar com ninguém, no decorrer dos trabalhos revelaram que a musicoterapia foi o canal que permitiu mudanças positivas quanto a este mesmo estado de ânimo. Esta mudança foi verificada: pela nossa observação; registro fotográfico; relato de familiares e equipe de saúde; e principalmente pela própria criança e, a seu respeito, por seu responsável, na avaliação PAS a qual submetida a cálculos nos aponta o seguinte resultado:

crianças antes da sessão de Musicoterapia apresentavam um índice de – sessenta e nove por cento de amplitude do estado de ânimo positivo;

depois – noventa e três por cento deste mesmo estado.

Pais ou responsáveis, a respeito da criança:

antes – sessenta por cento do estado de ânimo positivo,

depois – oitenta e três por cento deste mesmo estado.

A expectativa por parte da criança pela sessão de Musicoterapia cresceu à medida que o trabalho se desenvolveu. Tanto que mui-

tas delas além de contarem os dias que faltavam entre uma sessão e outra solicitavam cópia das gravações das músicas trabalhadas e da própria sessão em que participavam, como uma maneira de conservarem e prolongarem aqueles momentos considerados por elas como “preciosos”.

Observamos que o desconforto, dores, náuseas, dificuldades de locomoção e movimentos tolhidos ocasionados pela constante aplicação de soro e medicamentos quimioterápicos, em nenhum momento foram empecilhos, apesar de estarem presentes durante as sessões. Como quando Cris, 4 anos e A., 6 anos, com diagnóstico de leucemia, brincaram de roda cantada com o suporte para soro entre elas. As dificuldades advindas do tratamento quimioterápico, se diluíam no prazer de fazer música.

O relaxamento com música muito contribuiu para a liberação de tensões como nos casos já relatados. E constatamos, que embora dirigido à criança e atingindo-a ao ponto de adormecê-la, quando realizado na presença dos familiares a estes também, geralmente atingiu.

Assim como o medo, ansiedade e a angústia das crianças contagiavam seus familiares, o mesmo aconteceu com a tranquilidade e o alívio de tensões. O entregar-se ao momento presente provocado pelo relaxamento com música, parece-nos que tendeu a elaboração talvez inconsciente dos conteúdos internos da criança. Quando a própria doença passa a ser integrada ao desenvolvimento de sua vida e não mais contra o desenvolvimento da mesma.

A participação das crianças nas sessões em grupo, levou-as ao contato entre elas numa situação prazerosa. Isto foi verificado geralmente, pela maneira alegre e descontraída com que trocavam os instrumentos musicais, como participavam das atividades propostas, respeitando o trabalho uns dos outros e permanecendo até o final ou prolongando as sessões.

Pela maneira como evitavam qualquer interferência constatamos que geralmente, nos momentos em que a criança estava fazendo música ela sentia-se dona de seu corpo e do seu tempo.

## **Coda – Epílogo**

Em vista dos resultados alcançados, acreditamos que a musicoterapia tem um valor significativo para a melhora do estado

de ânimo de crianças em tratamento quimioterápico, pelo fato de ajudá-las a expressarem suas emoções com música. Isto nos leva a desejar, cada vez mais, um aperfeiçoamento constante dessa área e a ousadia de desejar que todas as crianças hospitalizadas desfrutem dos benefícios que a musicoterapia pode proporcionar.

Assim como Cris, que quando acordava durante a noite na Enfermaria cantava "Bambalalão", para embalar o próprio sono e afugentar seu Lobo, e, como na história de Pedro e o Lobo do folclore russo, Pedro, Sacha e Ivan o dominaram, mesmo que Sônia tenha sido engolida por ele, acreditamos, que juntos podemos dominar o câncer e os efeitos nocivos de seu tratamento utilizando a musicoterapia para fortalecer o Pedro que existe em todos nós.

### Referências Bibliográficas

- LeShan, L. O Câncer Como Ponto de Mutação. São Paulo: Summus, 1992.
- \_\_\_\_\_, Brigando Pela Vida. São Paulo: Summus, 1994.
- COUSINS, N. In: LeShan. Brigando Pela Vida: Aspectos Emocionais do Câncer. São Paulo: Summus, 1994.
- SIMONTON, C. O. et alii. Com a Vida de Novo. São Paulo: Summus, 1987.
- MARANTO, C.D & SCARTELLI, J.P. A Música no Tratamento de Distúrbios Imunológicos . In: International Society for Music in Medicine. St. Louis, n.6313, 1990.
- BAILEY, L.M. The effects of live music versus tape-recorded music on hospitalized câncer patients. Music Therapy, 1983, v.3, n.1, 17-28.
- \_\_\_\_\_. The use of song's in Music Therapy with cancer patients and their families. Music Therapy, 1984, v.4, n.1, 5-17.
- BRODSKY, W. Music Therapy as an Intervention for Children with cancer in isolation rooms. Music Therapy, 1989, v.8, n.1, 17-34.
- FROEHLICH, Dr. MARY R. Music Therapy with hospitalized children: A Creative Arts Child Life Approach. Cherry Hill, Jeffrey Books, 1996, p.39

- BENENZON, R. Manual de Musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.
- RUUD, E. Caminhos da musicoterapia. São Paulo: Summus, 1990.
- BRUSCIA, K. Case studies in Music Therapy. Barcelona Publishers, 1991.
- KIPPER, D. J. Exame da Validade de Instrumentos de Avaliação de Dor em Crianças. Tese de Mestrado. Pós Graduação, Faculdade de Medicina da PUCRS. Porto Alegre, RS, abril de 1996.
- JUNG, C.G. A Energia Psíquica. Volume VIII/1. Petrópolis: Vózes, 1994.

## A CANÇÃO DESENCADEANTE<sup>1</sup>

Murillo Brito

Em musicoterapia, considera-se fundamental para um bom desenvolvimento do processo musicoterápico, que o paciente se submeta a alguns estágios em seu tratamento. Dentre estes estágios, já é prática corrente que o paciente (ou quem puder fazê-lo) responda a questões que constam da ficha musicoterápica, a fim de que o musicoterapeuta possa recolher dados referentes à sua história sonora e lançar mão de estímulos compatíveis a esta. Visando o estabelecimento de algum tipo de diálogo sonoro e consequente estabelecimento da relação terapêutica faz-se uma testificação, onde submete-se o paciente a determinados estímulos sonoros e observa-se quais destes estímulos impactam mais, a fim de que isto possa ser aproveitado durante o processo ativo da terapia.

No Brasil, a musicoterapia, dentre as suas várias áreas de atuação, vem desenvolvendo, já de há muito tempo, um trabalho amplamente reconhecido em instituições de cunho social. Essas instituições são voltadas para atender demandas diversificadas: crianças abandonadas, menores infratores, meninos de rua, pacientes drogaditos e psiquiátricos. Estas instituições são órgãos públicos, onde prevalece uma grande limitação de recursos, e se destinam a atender às populações mais carentes de nosso meio social.

Assim, quando um paciente é indicado para a musicoterapia, na maioria dos casos, ele chega sem, evidentemente, termos conhecimento dos dados de sua história sonora/musical, que são relevantes para o bom funcionamento do processo. É árdua a tarefa de se levantar a sua ficha musicoterápica, porque, no caso do paciente psiquiátrico, este não tem condições de informar dados que possam ser importantes para o conhecimento de sua história sonora ou porque sua família desconhece, ou ainda, porque, por dife-

---

<sup>1</sup> ESTE ARTIGO FOI DESENVOLVIDO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA CLÍNICA DO AUTOR NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL, NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUBENS CORRÊA E ERNESTO NAZARETH ( CAPS ) NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

rentes motivos, o musicoterapeuta não tem acesso a estes mesmos familiares.

Isso, no entanto, não pode ser impedimento para que o musicoterapeuta lance mão, por exemplo, de algum tipo de canção que possa vir a impactar seu paciente. Na área psiquiátrica, onde venho atuando há cerca de um ano, a música popular é, dentre as várias possibilidades de expressão musical, a que o paciente mais elege para se manifestar e extravasar, através dela, o seu momento psíquico e a sua história. Isso é compreensível, uma vez que a música está presente em todas os extratos sociais, principalmente os mais baixos e independe de condições financeiras ou lugares apropriados para o indivíduo se deparar com ela. Está presente nas ruas, morros, botequins, praias etc., enfim, lugares onde todos possam estar. Acrescente-se a isso o fato de que, quando uma canção faz sucesso, dada a imensa musicalidade do povo brasileiro, uma grande parte da população que tem acesso a essa música a assimila e divulga oralmente, desenvolvendo-se um interessante processo que mistura mecanismos da música popular com a música folclórica.

Assim, quando um paciente psiquiátrico de baixa renda, inserido numa instituição pública, chega para iniciar um processo musicoterápico, está impregnado de canções que povoaram ou povoam a sua vida, mesmo que, em função de seu quadro clínico, não esteja em condições de lembrar-se delas ou mesmo cantá-las.

Diante da escassez de dados sobre este paciente, mas conhecendo a história da M.P.B. e as canções que foram mais representativas ao longo das décadas nas diferentes classes sociais, o musicoterapeuta pode, com grande margem de sucesso, lançar mão de uma canção que impacte o paciente e o estimule a começar a se expressar, desencadeando um processo ativo.

O musicoterapeuta deve levar em consideração canções que fizeram sucesso quando o paciente tinha entre 12 e 18 anos, período em que, normalmente, as pessoas têm mais disponibilidade para estar em contato com canções e toda uma avidez por experienciar situações novas e conhecer o mundo. É, portanto, durante esta fase da vida que, possivelmente, as pessoas apresentam uma capacidade maior de se identificar com canções, uma vez que

estas podem traduzir seus momentos, suas reflexões e suas realidades, todas vivenciadas de maneira inédita e marcante.

As canções, normalmente, são veículos porta vozes dos sentimentos de um povo. Sempre percebemos correlações entre o maior predomínio de determinados temas e o momento histórico pelo qual se passa. Por exemplo, o jovem atual situado entre 14 e 18 anos, independente de sua origem social, identifica-se sobremaneira com as músicas da Legião Urbana, porque estas traduzem, via de regra, suas incertezas, seus conflitos, suas ansiedades, procurando, segundo seu principal compositor Renato Russo, apresentar uma noção de ética, num tempo em que a ausência desta em todos os segmentos sociais tem sido uma tônica. Portanto, para um musicoterapeuta sem conhecimento da história sonora de seu paciente, veicular uma canção da Legião pode ser, com uma grande margem de acerto, um elemento mobilizador e desencadeante.

Há que se ressaltar que o musicoterapeuta deve priorizar canções que tenham ampla penetração social para que as chances de êxito de desencadear reações no paciente sejam amplas. Na história da MPB, podemos registrar cantores/compositores que fazem enorme sucesso independente da classe social a que são submetidos. Roberto Carlos, Djavan, Tim Maia, Zeca Pagodinho e alguns poucos outros são exemplos de artistas que são apreciados por um amplo espectro de público, independente de sua origem social. Diferente de outros artistas, igualmente talentosos, mas que possuem um público mais segmentado, como Tom Jobim, Chico, Milton ou Leonardo. A utilização de canções desses artistas pelo musicoterapeuta num setting musicoterápico sem o conhecimento da classe social em que seu paciente esteja inserido pode se revelar ineficaz.

Para concluir, a utilização da canção desencadeante pelo musicoterapeuta não leva a riscos de haver algum tipo de estranheza cultural e/ou musical por parte do paciente. Com o crescente desenvolvimento dos meios de comunicação de massa, uma canção de sucesso atinge, indiscriminadamente, todas as regiões do país e, sem considerarmos os aspectos éticos dessa questão, padroniza o perfil musical de um determinado contingente populacional. Logo, a canção desencadeante por ser uma canção amplamente

difundida, ao ser introduzida num contexto musicoterápico, permite ao paciente a expressão da mesma e serve de estímulo para que novos conteúdos e informações advenham dessa expressão, além de possibilitar ao paciente, provavelmente, a sensação do musicoterapeuta estar em consonância com seu universo sonoro e o posterior compartilhar de experiências musicais e os sentimentos e sensações que estas podem acarretar.



## “ A Busca de Sentidos, a Análise Crítica e Amadurecimento Profissional: Momentos da Reavaliação de uma Prática”.\*

Autora: Bianca Bruno Bárbara.\*\*

### Resumo

Este trabalho descreve parte do processo musicoterápico de um paciente esquizofrênico atendido, em 1997, durante estágio no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com um grupo de pacientes adultos que freqüentavam o Hospital- Dia de tal instituição.

O foco principal do trabalho é a reavaliação deste caso clínico, observando as particulares reações de tal paciente durante as sessões de musicoterapia, quando nestas se propunha algum trabalho corporal aliado à produção sonoro/musical.

Este olhar atualizado sobre uma prática clínica não tão recente, pretende destacar que a disponibilidade de um profissional para repensar tanto sua prática quanto o percurso de um paciente durante o tratamento, pode significar:

- § sua preocupação em compreender os “fenômenos clínicos” (que poderão se repetir mesmo que o paciente estudado não continue sendo atendido);
- § a busca de um embasamento científico para sua prática e
- § o amadurecimento profissional.

O caso clínico aqui estudado, refere-se a um paciente atendido em grupo, durante o ano de 1997, quando realizava minha prática como estagiária de Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB- UFRJ). Trabalhando junto com mais duas estagiárias, Heloísa Barros Cardoso de Melo e Clara

---

\* Trabalho apresentado no II Encontro Latino- Americano de Musicoterapia, como Tema Livre. Rio de Janeiro, novembro de 1998.

\*\* Graduada em Musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música - Rio de Janeiro.

Duarte, atendíamos pacientes adultos que freqüentavam o Hospital Dia da instituição anteriormente citada.

Nosso trabalho girava em torno de uma pesquisa, que descrevo mais detalhadamente em minha monografia de conclusão de curso, sobre a validade da aliança da dança à musicoterapia para a recuperação da Imagem Corporal de pacientes esquizofrênicos. (Bárbara, 1997)

O paciente em questão é A.C., esquizofrênico, na época com 24 anos, natural do Rio Grande do Sul, com história de dependência química e com antecedentes de doença mental na família.

Tratarei aqui, de parte do processo musicoterápico de A.C., mais especificamente de suas 4 primeiras sessões, por não ser possível analisar todo o processo e, por outro lado, porque o foco deste trabalho estaria em refletir sobre as particulares reações deste paciente nas sessões, quando nestas se propunha algum trabalho corporal aliado à produção sonoro/musical.

Desde sua primeira sessão, em 01/04/97, constatava-se uma certa facilidade de relacionamento do paciente com o grupo e uma participação ativa durante a produção sonoro/musical das sessões, recriando, improvisando<sup>1</sup> e solicitando que todos os outros pacientes participassem. Elege, desde o início, o atabaque como Objeto Intermediário<sup>2</sup>, onde produz ritmos diversos, tornando-se líder do grupo em alguns momentos. Porém, a qualidade da participação de A.C. se alterava no momento em que eu fazia qualquer referência ao corpo.

Ainda durante o primeiro atendimento de A.C., propus que todos os pacientes do grupo caminhassem pela sala, reconhecendo os espaços disponíveis e que olhassem seu próprio corpo. Neste momento, A.C. senta-se, reclama de falta de ar. Ao final da sessão comenta que as paredes da sala de musicoterapia deveriam ser coloridas e diz: *“quem tem problema espiritual não gosta de branco”* e que *“existe um problema clínico e outro espiritual”*, atribuindo seu mal-estar a uma mediunidade que diz possuir.

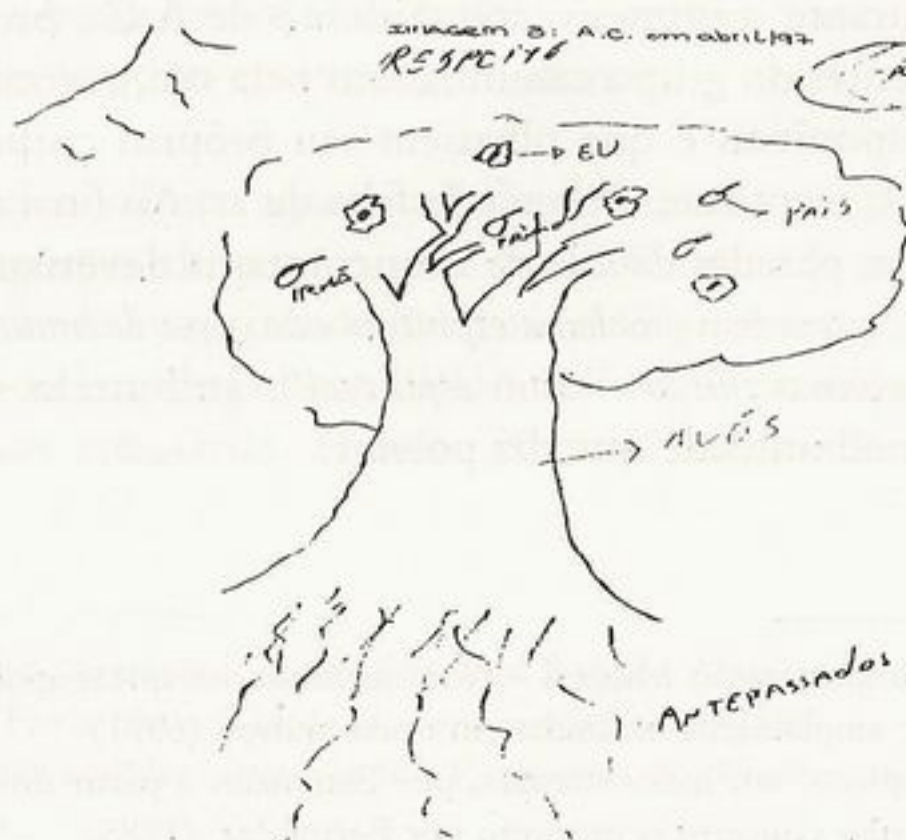
---

<sup>1</sup> Recriação e Improvisação Musical – técnicas musicoterápicas apontadas por Ken Bruscia e amplamente utilizadas em nossa prática. (1991)

<sup>2</sup> Conceito proposto, em musicoterapia, por Benenzon a partir do desdobramento do mesmo conceito já proposto por Bermudez. (1985)

Na sessão seguinte, chega com o atendimento já iniciado, experimenta o violão, mas logo o troca pelo atabaque. Depois de cantar com o grupo, compartilhando das canções trazidas pelos outros, comenta com um paciente: *"Tu é dono de seu corpo. Não deixa ninguém te controlar"*. Pede permissão para tocar um ponto de macumba, tocando com intensidade crescente um ritmo correspondente a oito semicolcheias, acentuadas metricamente a cada quatro, em compasso binário (2/4). Toca muito intensamente até que pára. Assim que percebe que será iniciado o trabalho de conscientização corporal, A.C. pede para fumar na janela da sala, senta-se no chão e reclama de falta de ar. Permanece sentado sentindo-se mal. Sem sabermos como agir, solicitamos ajuda de Mariângela Aleixo, musicoterapeuta do IPUB, que encontrava-se na sala ao lado.

Em 15 de abril de 1997, terceira sessão de A.C., proponho que todo o grupo desenhe seu corpo numa folha de papel em branco, com o objetivo de investigar o que de imagem corporal havia sido introjetado por cada um dos pacientes e tal proposta teve embasamento teórico nos estudos de Lowen (1979) sobre o corpo do esquizofrênico. A.C. desenha uma árvore e comentando o seu desenho diz: *"Eu sou uma árvore e todos nós somos folhas. Minto, frutos. As raízes são nossos antepassados, o tronco nossos pais e os galhos nossos primos. Nós somos os frutos. Existem pessoas do dia e da noite. Meu som é 'funk'. Meu corpo é 'funk'."*



Pode-se observar que, embora A.C. tenha dito: "... as raízes são nossos antepassados, o tronco nossos pais e os galhos nossos primos", na imagem desenhada, relaciona o tronco a seus avós e coloca seus pais como frutos, tal como designou o seu próprio lugar na árvore. Existe, portanto, um paradoxo entre o que diz e o que revela em seu desenho, no qual pais e filho situam-se numa mesma posição, exercendo uma mesma função no conjunto expresso. Pouco depois do comentário que faz sobre a árvore, diz que está muito angustiado e pede para fumar. Por perceber que, nas sessões anteriores, A.C. sentia-se mal sempre depois de pedir para fumar, sugeri que ele tentasse colocar a angústia que sentia num instrumento; eu buscava canalizar tal angústia para a produção sonoro/musical e, de alguma forma contê-la musicoterapeuticamente. Tocando o atabaque, A.C. canta: "eu andei errado, eu pisei na bola, troquei quem mais amava por uma ilusão, mas a gente aprende, a vida é uma escola; não é assim que acaba uma grande paixão..."<sup>3</sup>

Percebendo o grupo um pouco disperso, intervenho cantando música de Martinho da Vila, substituindo parte de sua letra pelo nome de cada paciente do grupo. Canto: "canta, canta minha gente, deixa a tristeza prá lá, canta forte, canta alto, que a vida vai melhorar...". Ao me ouvir substituindo o "minha gente" por seu nome, A.C. canta em resposta: "*cantamos alto e a vida já melhorou*".

No atendimento posterior, 4ª sessão de A.C., ele entra na sala pedindo que Heloísa, estagiária que observava e relatava as sessões, escreva: "*a esquizofrenia é a explicação para o inexplicável*" e tocando o mesmo atabaque, pede para cantar "Há tempos", música de Legião Urbana que citarei, detalhadamente, mais adiante.

Comenta que gostaria de estudar violão, mas com uma professora Kardecista, pois ela "protegeria a sua casa". Toca cada vez mais forte o atabaque, em ritmo repetitivo até que cai, como se desmaiasse, atirando-se no chão, derrubando cadeiras e o instrumento. Coloco-me a seu lado e canto uma melodia suave sobre harmonia produzida por Clara, co-terapeuta, no piano. Após uns

---

<sup>3</sup> Parte da música do grupo Só prá Contrariar – conjunto mineiro.

dez minutos, A.C. levanta-se, cantando comigo por algum tempo, até que fecha os olhos e sai andando pela sala "como cego". Tento guiá-lo até uma cadeira, mas A.C. não permanece sentado e repete o mesmo andar até deitar-se no meio da sala, gritando muito. Ouve-me pedir-lhe que respire e sugiro que ele se levante. Reage dizendo que não conseguirá e, depois de algum tempo, se levanta instantaneamente. Chupa uma bala, pede para fumar e sai da sessão.

Essa sessão foi particularmente difícil para mim, porque mesmo sem saber ao certo o que acontecia, resolvi não pedir ajuda externa e isso fazia eu assumir sozinha a responsabilidade por seu mal estar tão exacerbado naquele atendimento. Tinha a impressão que A.C. tentava manipular minha atenção e que tudo não passava de encenação, apesar de considerar uma possível influência do ritmo intenso e repetitivo que produzia, partindo da hipótese que tal ritmo pudesse ter diminuído seu nível de consciência e desencadeado uma crise histérica.

Tendo descrito ininterruptamente as sessões, relatando-as com poucas observações sobre o ocorrido a cada atendimento, passo agora a colocar aqui reflexões não só sobre a participação de A.C. nas sessões citadas, mas, também, permitindo-me refletir sobre minha própria atuação clínica. Vale frisar que as considerações feitas de agora em diante são atuais, isto é, são frutos de um olhar sobre o que se passou há mais de um ano... este novo olhar, este "pensar sobre" é resultado de um trabalho de análise atenta e minuciosa do material clínico de cada uma das sessões, realizado em supervisão com a psicanalista Lucy Averback e com a musicoterapeuta Lia Rejane Mendes Barcellos.

Admitindo a possibilidade de diferentes leituras sobre o material aqui exposto, assim como reconhecendo a existência de diversas orientações teóricas, considero importante frisar que as interpretações das situações clínicas e as reflexões levantadas neste trabalho, encontram-se "à luz" da psicanálise, o que não invalida outras formas de compreensão dos mesmos fenômenos clínicos.

De acordo com o relatado, A.C. sentia-se mal sempre que eu fazia alguma referência ao corpo. Manifestava suas reações de forma quase encadeada e periódica: interrupção de sua participação no grupo, a falta de ar, a necessidade de fumar, o mal-estar aumen-

tado. Insisto que não era em qualquer momento da sessão que A.C. sentia-se mal. Era sempre após uma menção ao corpo.

Voltar a atenção de um sujeito para seu próprio corpo, não é algo simples. Há sempre, em todos nós, um certo incômodo no confronto com nossa imagem. Nosso corpo carrega, em si e por si, a singularidade e finitude que existe em nós. Especificamente no caso de esquizofrênicos, colocar-se em contato com o próprio corpo e com a própria imagem, também implica na dor do não reconhecimento de si mesmo, provoca vários sentimentos, dentre eles: angústia, horror e estranheza. Tal angústia aparecia, em A.C., através do mal-estar anteriormente descrito.

Freud ( apud Elia, 1995) ressalta que o sujeito não é “membro nato” de seu corpo. Para apropriar-se de sua própria imagem corporal é necessário um investimento psíquico, uma “ordem simbólica” de um Outro sobre esse sujeito, reconhecendo-o como um indivíduo diferenciado, “marcando-o como Humano”. A dissolução da imagem corporal do esquizofrênico está, portanto, ligada ao fato de, anteriormente, ele não ter sido devidamente reconhecido como um sujeito por alguém externo a ele próprio. Este não reconhecimento do Outro, traz as sensações próprias do esquizofrênico de estranheza, de caos, de algo que é sentido como catastrófico e sem explicação.

A.C. tenta, em todas as sessões relatadas, mostrar-me de diferentes formas, que acontece algo nele que foge a seu próprio controle ou domínio. Por exemplo, quando refere-se a um outro paciente é diz: *“tu é dono de seu corpo, não deixa ninguém te controlar”*, estaria falando de si próprio. Era como se dissesse: olha, eu não sou dono de meu corpo e existe alguém que me controla. Logo depois dessa colocação, A.C. pede permissão para tocar um ponto de macumba, mesma manifestação rítmica que produzira em outros atendimentos e que antecede seu desmaio. Além do reconhecimento de que tal ritmo pode alterar o nível de consciência, pode-se entender tal produção rítmica como um chamamento, uma evocação desse grande Outro, que não o reconhece e que detém o controle de seu corpo. É sempre depois de tocar intensa e compulsivamente o atabaque que A.C. dispara as reações em cadeia que caracterizam seu mal-estar. Pode-se dizer, então, que as reações de falta de ar, angústia, perda de forças e desmaio são sintomas

de um reconhecimento inconsciente da impotência de A.C. diante de sua desorganização corporal e psíquica. A frase: “*a esquizofrenia é a explicação para o inexplicável*” revela a falta de compreensão de A.C. sobre o que se passa consigo e suas explicações mediúnicas para seus sintomas, podem ser vistos como uma forma de se dar sentido ao que não se entende, de explicar o inexplicável por meio do sobrenatural, do sobre-humano, do que ultrapassa o sujeito.

Quanto ao desenho da imagem Corporal feito por A.C. na terceira sessão de musicoterapia, muito se tem a comentar. Em primeiro lugar, sendo a representação simbólica de seu corpo uma árvore, A.C. o apresenta como o resultado de uma história: em seu corpo há marcas de sua linhagem. Existe, portanto, a noção de herança, de algo que não se iniciou com A.C. e sim lhe foi transmitido. Numa visão psicanalítica, a esquizofrenia é resultado de uma herança psíquica inconsciente. Embora se saiba das possibilidades da hereditariedade genética atribuída, por psiquiatras, à esquizofrenia, a herança a que a psicanálise se refere é puramente psíquica: passada, ao longo das gerações, de inconsciente para inconsciente.

Além desse aspecto hereditário que a imagem da árvore sugere, A.C. desenha as raízes como seus antepassados, o tronco como seus avós e coloca-se junto a seus pais na copa da árvore, estando, então, ele e seus pais num mesmo lugar. Aí, talvez exista uma nova revelação: a hierarquia simbólica respeitada na família desde seus antepassados até seus avós, perde-se quando seus pais e ele assumem a mesma posição de frutos. Assim, para A.C. o lugar simbólico dos pais estaria obscuro, indefinido e analogamente seu lugar de filho também não é claro. Ele nos diz: “*existem pessoas do dia e da noite*”. “Pessoas do dia”, com as quais está tudo claro, definido, preciso e “pessoas da noite”, com as quais acontece o inverso. No alto da folha escreve: *Respeito*. Supomos que ele se refere a respeito à história, respeito às posições hierárquicas existentes e uma busca por respeito aonde essa hierarquia se perdeu...

Hoje, percebo que A.C. tentava mostrar-nos nas sessões, por meio das frases já citadas e também através das canções trazidas por ele, o quanto sua desorganização corporal e psíquica o ameaçava e o quanto isto fugia a seu controle. Porém, naquela época, A.C.

não foi escutado devidamente nem por mim, nem por outros profissionais envolvidos em seu tratamento. Sua produção sonora/musical nas sessões revelava conteúdos psíquicos que só consegui entender agora. Hoje, acredito que se A.C. tivesse sido melhor entendido através das músicas que cantava e, se nós conseguíssemos trabalhar melhor os conteúdos manifestados por ele, talvez ele não precisasse buscar no mal-estar, uma maneira de “gritar” sua angústia. Angústia por não se compreender e por não ter sido compreendido. O que eu entendia como encenação de A.C., como manipulação de minha atenção, realmente o era, mas não com o sentido que eu atribuía de afronta a mim. Ele estava sim querendo chamar minha atenção para que eu o escutasse e buscou, mesmo que inconscientemente, a cena, os gestos de dor e os gritos, como novas formas de comunicar sua angústia, já que pela fala ou pelo canto ela não estava sendo compreendida e/ou escutada.

Depois de todas as reflexões expostas ao longo desse trabalho sobre o percurso de A.C. nas sessões, convido-os a cantar comigo “Há tempos” - música de Legião Urbana, que A.C. cantou na mesma sessão em que desmaiou. Tendo em mente as colocações anteriores, não será difícil perceber o quanto a música por si mesma revelava conteúdos de A.C., que também apareceram em seu desenho e nas particulares reações que apresentava nas sessões.

### “Há tempos”

*Renato Russo*

*Parece cocaína, mas é só tristeza.<sup>4</sup>*

Talvez tua cidade

*Nossos temores nascem do cansaço e da solidão,*

Descompasso, desperdício.

*Herdeiros são agora da virtude que perdemos...*

E há tempos tive um sonho, não me lembro, não me lembro.

Tua tristeza é tão exata, e hoje o dia é tão bonito,

Já estamos acostumados, a *não termos* mais nem isso.

Sonhos vem, sonhos vão, e o resto é imperfeito.

Disseste que se tua voz, tivesse força igual a imensa dor que sentes

Seu grito acordaria não só a sua casa, mas a vizinhança inteira...

E há tempos nem os santos têm ao certo a medida da maldade,



E há tempos são os jovens que adoecem  
*E há tempos o encanto está ausente*  
E há ferrugem nos sorrisos,  
Só o acaso estende os braços a quem procura abrigo e  
proteçãoMeu amor...  
Disciplina é liberdade,  
Compaixão é fortaleza.  
Ter bondade é ter coragem.  
*Lá em casa tem um poço, mas a água é muito limpa...*

Toda a clareza que percebo hoje na letra dessa canção, assim como toda a força expressiva que hoje atribuo a ela, não apareceram para mim na época em que conduzia, junto com Clara e He-loísa, o processo musicoterápico de A.C.. A elaboração completa desse processo não nos foi possível naquele momento. Por que? O que teria comprometido nossa escuta enquanto terapeutas? O que teria desviado nossa atenção, impedindo-nos de entender os “ape-los sonoro/musicais e gestuais” de A.C.? Que espécie de surdez é essa que, ocasionalmente, pode tomar-nos? Acredito que estas questões não tenham respostas fáceis e que situações semelhantes possam acontecer em práticas clínicas de qualquer musicoterapeuta. Portanto, reflexões sobre as implicações da escuta clínica, assim como o valor expressivo das canções em musicoterapia, são “sementes” lançadas por mim neste trabalho e que esperam encontrar “solo fértil” em discussões futuras.

Apesar de toda a análise crítica que faço agora, reconheço que A.C. se beneficiou com a musicoterapia e que conseguimos resultados positivos ao longo das sessões subsequentes, porque procurávamos fazer com que a seriedade, o respeito e o amor que depositávamos no trabalho, fosse maior que nossas inexperiências...

Por fim, gostaria de ressaltar que reavaliações de práticas clínicas como esta que expus aqui, são de grande valia para o profissional. Acostumados apenas a pensar sobre o que faremos, dispomos muito pouco a pensar no que fizemos. No entanto, um novo olhar sobre uma atuação clínica não tão recente, pode significar:

- a preocupação com os fenômenos clínicos, que poderão se repetir mesmo que o paciente estudado já não seja mais atendido;

– a busca de um embasamento científico para sua prática e pode, ainda, reverter-se em amadurecimento profissional.

A busca de sentidos, a análise crítica e o amadurecimento profissional são, então, momentos da reavaliação de uma prática clínica. E, estar aqui compartilhando as reflexões oriundas desta reavaliação é o reconhecimento do valor da troca.

## **Referências Bibliográficas**

BARBARA, Bianca Bruno. **Alma que se move, Psique que soa – um trabalho de aliança da dança à musicoterapia para a recuperação da imagem corporal de pacientes esquizofrênicos**. Rio de Janeiro, CBM, 1997.

ELIA, Luciano. **Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan**. Rio de Janeiro, Uapê, 1995.

LOWEN, Alexander. **O corpo traído**. São Paulo, Summus, 1979.

---

<sup>4</sup> Grifos da autora.

# Musicoterapia - Uma Aplicação das Idéias de Bordieu na Análise do Panorama Contemporâneo

Marly Chagas

## VI Fórum Estadual de Musicoterapia – junho 2000

Pensar o panorama contemporâneo da Musicoterapia oferece inúmeras possibilidades. A musicoterapia, como profissão, é recente, não existiam musicoterapeutas no início do século. Se a ebulição na esfera do conhecimento e a busca por complexidade formaram as condições históricas ideais para que surgisse uma nova abordagem para o tratamento do sofrimento humano, a concretização deste projeto no espaço social, através da inserção da profissão de musicoterapeuta, não é simples.

Escolho compreender o movimento de nossa categoria, segundo as idéias de Pierre Bourdieu, sociólogo francês contemporâneo que se especializou em pesquisar diversos fenômenos sociais.

Para Bourdieu, (apud Preuss, 1999) o espaço social, embora não tenha um referente concreto, se assemelha a um mapa de posições, em que, segundo vários critérios, os agentes sociais são distribuídos. Neste espaço social existem campos, que são espaços historicamente constituídos e referentes a diversos interesses, com leis e instituições de funcionamento próprias. Existem bens que circulam no espaço social. Estes bens são utilizados nas trocas sociais e constituem os diferentes capitais. Na concepção de Bourdieu, (1990) capital representa qualquer coisa que tenha valor de troca. Os capitais mais comuns constituem o econômico, o cultural e o simbólico. O capital simbólico é o reconhecimento de um outro capital, neste caso o reconhecimento do capital econômico ou do capital cultural, segundo as categorias de percepção impostas pelo uso destes mesmos capitais.

Vamos pensar no nosso caso e em alguns usos de diferentes capitais; o campo que estamos analisando representará ora a classe dos profissionais da saúde, ora frações deste campo, compostas por musicoterapeutas, ou profissionais de outras categorias. Um profissional, ou seu representante social, serão os conselhos profissionais, as associações, as instituições empregadoras, entendidos como

agentes sociais com determinada posição no campo social e que configuram posses de recursos disponíveis neste campo social. Este profissional, ou seu representante social, ocupará um determinado espaço social reificado.<sup>1</sup>

O espaço social reificado, o espaço social objetivado, é onde, profissionalmente, estarão visíveis as diferentes espécies de bens conquistados pela categoria profissional, e também pelos profissionais, agentes individuais da classe profissional. O local onde se situam estes bens, a aproximação de serviços, a vizinhança, serão marcas sociais muito importantes.

“ É na relação entre a distribuição dos agentes e a distribuição dos bens no espaço que se define o valor das diferentes regiões do espaço social reificado. “ ( Bourdieu , 1999, p 161)

Analisando a situação dos musicoterapeutas no Rio de Janeiro, veremos que existe uma importante dimensão do capital econômico que se alia à dificuldade da reificação dos espaços.

Como a musicoterapia não é uma profissão regulamentada, a categoria não conta com muitas das regalias que o estado dota aos outros profissionais. A Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro não tem sede própria, e conta com um míngua recurso financeiro, proveniente da arrecadação de anuidades dos sócios musicoterapeutas . O contraste com a reificação dos conselhos regionais de outras profissões é enorme. O espaço aonde se situa a AMTRJ e o próprio curso de formação dá idéia desta luta . No Rio de Janeiro, ambos funcionam no Conservatório Brasileiro de Música. Uma tradicional e renomada escola de música carioca, mas com dimensões econômicas bastante modestas diante do grande cenário profissional carioca.

Não é sem razão que os musicoterapeutas comemoraram entusiasmados o ingresso da primeira turma de musicoterapia em universidade federal, a UFG no ano de 1999. Este fato representa uma mudança no espaço social, a reificação se torna mais evidente, as relações simbólicas se alteram. Provoca uma mudança no jogo de poder da academia brasileira.

---

<sup>1</sup> Bourdieu chama de espaço social reificado (1999) aquele espaço fisicamente realizado.

O capital econômico é um grande alavancador do poder na nossa sociedade de classes hierarquizadas. Os primeiros musicoterapeutas chegados a este campo, no Rio de Janeiro, vieram de outras categorias profissionais, e emprestaram ao novo campo todos os capitais já adquiridos anteriormente. Foram Benenzon, argentino, psiquiatra e músico, primeiro supervisor do curso de musicoterapeutas no Rio de Janeiro, assim como Cecilia Conde, musicista premiada, e educadora musical consagrada, Gabrielle Sousa e Silva, educadora musical com a história do sucesso da aplicação da musicoterapia em seu próprio filho, Doris Hoyer, psicóloga com extenso trabalho na Sociedade Pestalozzi, que ajudaram a fundar no Rio de Janeiro o campo dos profissionais musicoterapeutas e colaboraram com seus capitais econômicos pessoais para a credibilidade do início das ações dos musicoterapeutas.

Em um campo profissional, contudo, o capital econômico é reificado através de indicadores de salários, objetos possuídos e habitação. A musicoterapia, como categoria, possui pouco capital econômico. Na medida em que salários são atribuídos a trabalhadores com empregos, e que empregos na área de saúde, já escassos, são oferecidos a profissionais pertencentes a categorias mais conhecidas, o pequeno capital econômico cria algumas dificuldades. No SUS, por exemplo, não existe na discriminação de gastos nada em que se possa incluir o trabalho do musicoterapeuta.

Mesmo assim, existe o quadro de musicoterapeutas em locais importantes no Rio de Janeiro tais como a ABBR, a Casa Gerontológica da Aeronáutica, o Hospital do Exército, O Abrigo Cristo Redentor e o DEGASE (Departamento Geral de Ações Sócio Educativas do Estado do Rio de Janeiro). Recentemente, tivemos a categoria dos musicoterapeutas incluída nos cargos oficiais do nosso município, com direito a cerimônia de agradecimento com o Prefeito da cidade e Secretários Municipais de Saúde e Desenvolvimento Social. Estas são situações que contribuem para aumentar o capital econômico e, conseqüentemente, o capital simbólico do musicoterapeuta.

O capital cultural é um capital de que o musicoterapeuta dispõe. Como um profissional híbrido, o musicoterapeuta é um terapeuta e um músico. O conhecimento de assuntos relacionados

à área terapêutica associados à habilidade musical, oferecem ao musicoterapeuta um grande poder simbólico. O poder simbólico atribuído à música soma-se ao atribuído aos agentes da terapia. À medida que o capital simbólico é o capital cultural ou econômico reconhecido, e com poder de percepção a ele atribuído, teremos o musicoterapeuta com um poder simbólico constituído de magia e domínio das técnicas da arte. Os artistas e os curadores. É comum, em instituições de saúde destinadas ao tratamento de pessoas doentes mentais, ou portadoras de deficiências, físicas, sensoriais ou mentais, contarem com o musicoterapeuta para atender àqueles pacientes que outros profissionais desistiram de atender. Muitas vezes o musicoterapeuta consegue encontrar caminhos de atuação onde outros profissionais não conseguem. E o fazem pelo instrumento de trabalho não verbal musical, totalmente incluído na cultura e no habitus de seus componentes: os acalantos, as cantigas de roda, os cantos de trabalho, as canções populares; ou as sonoridades próprias do próprio corpo: o batimento cardíaco, o roçar das unhas no corpo de um instrumento, as palmas... Absorve, então, o profissional as características de poder que são atribuídas à música: o poder mágico, a emoção, a comunicação.

Por outro lado, ao trabalhar principalmente com uma categoria de excluído: idosos, doentes mentais, deficientes físicos... o musicoterapeuta também absorve desses excluídos a característica de exclusão. Seu poder é mágico, mas restrito a excluídos. Ao musicoterapeuta é permitido, em alguns locais, trabalhar desde que o faça com aquelas pessoas com as quais outros profissionais não conseguiram trabalhar. Ele poderá estar no mercado e trabalho, desde que não afete o espaço de mercado dos outros profissionais. Como isto é impossível, pois nenhuma categoria profissional poderia existir contando com a limitação de seu próprio campo de atuação e pesquisa, à medida que aumenta o capital cultural e simbólico do musicoterapeuta, mais ameaça representa a outras categorias existentes.

As distâncias entre as classes são marcadas pelo que Bourdieu chama de estratégias de distinção. As estratégias de condescendência são medidas que permitem que tanto os lucros da conformidade, quanto os lucros da transgressão sejam usufruídos. " A con-

descendência é a utilização demagógica de uma relação de força objetiva, pois quem é condescendente serve-se da hierarquia para negá-la: no mesmo momento em que a nega, ele a explora.” (Bourdieu, in Preuss, 1995, p 101).

Verificamos a aplicação destas estratégias relacionadas ao espaço da inserção profissional do musicoterapeuta e o risco que ele representa para o campo social dos profissionais psicólogos. O Conselho Federal de Psicologia, em 1983, por ocasião do encaminhamento de Projeto de Lei que regulamentava a profissão de musicoterapeuta, em artigo intitulado “CFP impede aprovação de projetos prejudiciais à categoria”, esclarece aos psicólogos:

“Dois projetos que traziam sérios prejuízos para os psicólogos estiveram muito perto de se tornarem lei. A ação do CFP, respaldada pela rápida mobilização e participação da categoria, resultou no arquivamento dos dois textos. (...) O outro projeto de musicoterapia, já havia sido aprovado em todas as Comissões Técnicas da Câmara dos Deputados, na legislatura anterior. Desarquivado no início deste ano, acabou sendo rejeitado no plenário da Câmara dos Deputados, após gestões efetuadas junto às lideranças partidárias por parte do CFP - IV Plenário.”

O artigo termina com a utilização de uma clara estratégia de condescendência:

“O CFP- IV Plenário deixou muito claro, em todas as suas ações, que não estava contra (...) os musicoterapeutas. O que mereceu crítica e luta foram as proposições dos parlamentares do Congresso Nacional, que foram repudiadas inclusive por profissionais dessas categorias, supostamente beneficiadas”

Mas o artigo não esclarece que profissionais musicoterapeutas foram contra a regulamentação de sua própria profissão, e nem em que termos o fato ocorreu.

Modificar as condições de poder na sociedade é uma tarefa difícil. Preuss (1995, p 105) enfatiza que “as estratégias de mudança dos grupos dominados começariam e culminariam no processo de impor uma nova visão das divisões”. Analisando Bourdieu, Preuss (1995) indica que as modificações dessas condições de po-

der podem se dar através de lutas que atingem diferentes campos, classes e frações de classes ou de campo. No nosso caso, o musicoterapeuta para conquistar o lugar legítimo de profissional qualificado no campo das profissões de saúde no Brasil, atualmente, precisa de-  
frontar-se com diferentes estruturas que ultrapassam a sua habilidade pessoal e profissional. Precisa enfrentar diferentes estruturas de poder.

Uma profissão nova como a nossa, que queira existir em um campo como o de profissionais de saúde no Brasil, enfrentará inúmeras disputas na ordem do poder. Em 1977 Edgar Morin, investigando um método que se proponha a conhecer o conhecimento, se indaga sobre a razão de os cientistas serem incapazes de examinar em termos científicos a relação entre saber e poder. Em 1990 Bourdieu, como veremos a seguir, é capaz de fazer esta ligação.

Nenhum grupo quer perder o poder conquistado. Na dinâmica do espaço social os campos estão sempre se (re)fazendo e (re)definindo seus contornos. (Preuss, 1999) Aceitar mais um profissional no campo de trabalho significa compartilhar com um número maior de pessoas o já conturbado espaço das práticas na área da saúde. Concretamente significa aumento de concorrência, questionamento de competências. Um determinado grupo dominante conserva o poder através de práticas que Bourdieu estuda e denomina as estratégias de condescendência e as práticas de distinção, já analisadas neste artigo, de um tipo especial de violência: a violência simbólica.

\*\*\*

No espaço social, nós - musicoterapeutas- constituímos uma classe social, na medida em que formamos um conjunto de agentes que se situam em condições homogêneas e compartilhamos em conjunto de propriedades comuns. Dentre essas propriedades existem “esquemas classificatórios” que conferem uma “identidade de classe” (Preuss, 1999) Como “nada classifica mais uma pessoa do que as classificações que ela utiliza” (Bourdieu, apud Preuss 1999), podemos pensar também nos esquemas classificatórios que nos identificam - a música, o tocar, cantar, escutar, compreender clinicamente uma situação musical.



Na medida em que um sistema simbólico é tido para Bourdieu como um “sistema em que os bens ‘materiais’ são ‘subjetivamente’ tratados” (Bourdieu, apud Preuss, 1999), teremos um poder simbólico. Na dinâmica do espaço social da musicoterapia ocorre, como em qualquer outro espaço social, “uma tensão em ser, ou não, parte de um campo e nessa tensão, os indivíduos/ no nosso caso os musicoterapeutas/ disputam bens e o ‘direito’ de participar do campo.” (Preuss, 1999). Acrescida a tensão gerada pela disputa de bens que determinará a inclusão ou a exclusão do musicoterapeuta no espaço social, observaremos diferentes posições que cada agente ocupa no espaço social, posição esta configurada também pela posse dos recursos disponíveis. (Preuss, 1995 p 75)

Dentro do nosso campo profissional, temos elementos com enorme valor de troca social: o conhecimento musical, o conhecimento terapêutico, a posse de instrumentos, a carteira assinada como musicoterapeuta, o comparecimento aos Fóruns, Simpósios nacionais, os Congressos Internacionais, integrar a diretoria de uma Associação de Musicoterapia. O fato de o profissional estar associado a uma Associação é cada vez mais valorizado pelos próprios colegas. A Existência da UBAM – União Brasileira das Associações de Musicoterapia – trouxe um novo elemento aglutinador, carregando um novo valor: a Revista Brasileira de Musicoterapia. A Revista traz benefícios à própria categoria, designando um espaço reificado na construção e divulgação do saber musicoterapêutico. Contudo, a própria classe dos musicoterapeutas lhe atribui ainda um pequeno valor simbólico, à medida que inúmeros musicoterapeutas não prestigiam o seu próprio saber colaborando e comprando a revista. Em outras palavras, a significação simbólica da Revista de Musicoterapia, da UBAM, das Associações Regionais, das home-pages nacionais existentes, terá o valor simbólico a elas atribuído pelos próprios musicoterapeutas que, integrando o movimento de sua categoria profissional, estarão engajados neste movimento apontado por Preuss (1995) como a luta necessária nas estratégias de mudança dos grupos dominados que acabarão por impor uma nova visão na sociedade. Esta luta por nova visão é feita também dentro do campo da Musicoterapia, para que seus integrantes observem a importância destes mecanismos sociais do exercício legítimo do poder.

Seguramente, uma das estratégias que estão a nosso dispor para modificarmos esta visão das divisões em nossa cultura da saúde seria a pesquisa acadêmica

Atualmente, no estatuto da prática científica moderna, só tem visibilidade o campo onde se dá a pesquisa. Japiassu acredita que “de um modo geral, cada um repete que o futuro educativo pertence a pesquisas interdisciplinares. “ E a musicoterapia estaria enquadrada neste setor do conhecimento. De fato, porém, continua Japiassu, “ elas são muito difíceis de ser organizadas e levadas a efeito, por causa das ignorâncias recíprocas, por vezes sistemáticas, e pela falta de compreensão de que o novo emerge das interpretações disciplinares”. (1992, p 84)

A musicoterapia, hoje, no Brasil, é isolada da produção acadêmica. As instituições de fomento à pesquisa, com exigências de mestres, doutores, trabalhos publicados, indexados e etc., pedem uma organização e infra estrutura impossíveis para a musicoterapia neste momento.

Um musicoterapeuta que deseje fazer uma pesquisa acadêmica, ou mesmo ingressar em um mestrado, hoje em dia vê-se em apuros. Dentro da musicoterapia não existe mestrado - o que implica a não existência de espaço formal de pesquisa. Nas disciplinas-mãe não existem orientadores. Afinal mestres e doutores são psicólogos, médicos, educadores, mas não são musicoterapeutas . Não são musicoterapeutas porque no Brasil não existe mestrado, nem doutorado. Não existe porque não há mestres, nem doutores. É uma armadilha onde tudo se faz para que nada mude e tudo fique no mesmo lugar.

A visibilidade deste campo interdisciplinar fica difícil de ser alcançada em uma academia implicada em uma exacerbada disciplinarização. Penso que foi esta a razão de terem sido as pequenas faculdades as que abrigaram os primeiros cursos brasileiros para a formação de musicoterapeutas. Além de pequenas, outra característica comum é que o curso nasceu associado a faculdades de música . Se, por um lado o ambiente musical é extremamente propício para a criação de um curso de musicoterapia, na medida em que a linguagem utilizada por este profissional é a música, por outro lado indica que as outras disciplinas- pais da musicoterapia -

a medicina, a psicologia, a fisioterapia estão muito mais engajadas em suas tarefas disciplinares, para conseguir abrigar um conhecimento interdisciplinar .

Estes são fatos sociais que contribuem para tornar o musicoterapeuta ainda mais híbrido. Ainda que os acontecimentos sociais, os achados, as misturas sejam independentes da vontade de poderes institucionais, estes poderes funcionam ditando regras para o fomento à pesquisa, embargando a regulamentação profissional dos musicoterapeutas, os musicoterapeutas que continuam a trabalhar em suas clínicas e a tratar de seus clientes.

No panorama contemporâneo da musicoterapia, emerge o musicoterapeuta, um profissional defensor da inclusão em sua categoria, desejoso na conquista de um lugar no espaço social profissional.

Nosso questionamento envolve a ciência e a interdisciplinaridade. O poder e a política, O musicoterapeuta - interdisciplinar, híbrido, inovador- se defronta com o questionamento do conhecimento, com a inconformidade às práticas estabelecidas, com o já dado e conhecido. Propõe mudanças de visão, de ótica, de atitudes, de habitus<sup>2</sup>. Sua ação questiona não somente a ciência, que já é tarefa bastante grande, mas indaga também a sociedade, a democracia, e a própria modernidade.

## Referência bibliográfica

- BOURDIEU, P. (coord)- A miséria do mundo. Petrópolis, Vozes, 1997-3ª edição, 1999.
- BOURDIEU, P- Coisas Ditas.. Editora Brasiliense. 1990
- BOURDIEU, P- Gostos de Classe e Estilos de Vida . in ORTIZ, R. ( org) Pierre Bourdieu. São Paulo. Editora Ática,. 1983, p 82 -121
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Boletim Informativo . Ano VII, número 22, janeiro de 1983

---

<sup>2</sup> habitus, para Bourdieu é o lugar onde se exerce a relação indivíduo sociedade

- JAPIASSU, H, A atitude interdisciplinar no sistema de ensino - In Revista Tempo Brasileiro, 108, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, janeiro- março 1992
- MORIN, E. -O método 1. A natureza da natureza.. Portugal, Publicações Europa América, 1977
- PREUSS, M - Bourdieu- O espaço simbólico - Apostila da disciplina Tópicos especiais em Metodologia , UFRJ, Programa EICOS . 1999
- PREUSS, M - Emprego Doméstico e Domínio Simbólico Tese de Doutorado . PUC. 1995

# Normas para Publicação na Revista Brasileira de Musicoterapia

## I – INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista Brasileira de Musicoterapia, editada pela União Brasileira de Associações de Musicoterapia (UBAM), vem publicando artigos centrados na pesquisa, nas práticas profissionais ou na reflexão crítica sobre a produção do conhecimento na área.

Depois de editar quatro números dessa revista, a UBAM decidiu criar um Conselho Editorial, e a estabelecer normas para submissão de trabalhos a serem publicados.

## II – ORIENTAÇÃO EDITORIAL

Os originais dos artigos serão submetidos ao exame desse Conselho Editorial. Pequenas modificações no texto poderão ocorrer; modificações substanciais serão solicitadas aos autores. É permitida a reprodução parcial dos artigos desde que citada a fonte. Os originais não serão devolvidos.

## III – APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS

Os artigos devem ser encaminhados à Secretaria Geral da UBAM em três vias datilografadas em papel A4, letra Times New Roman, corpo 12, espaço 1,5 e margens de 2 cms. O texto deve vir de acordo com as regras da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Deve ser enviado resumo em Português (com “abstract” em Inglês) contendo até 100 palavras, além de três ou quatro palavras-chave (com respectiva tradução em inglês). A primeira lauda do texto original deve conter o título do trabalho, nome completo do autor, biografia de no máximo 5 linhas, e seu respectivo endereço. As demais páginas devem ser numeradas consecutivamente, a partir de 2. Versão em disquete deve ser apresentada no formato “word for windows” 6.0/95 (doc). No corpo do artigo não devem ser incluídos elementos que possibilitem identificar o(s) autor(es) do texto (ex: papel timbrado, rodapé com nome do autor).

## IV – TIPOS DE TEXTO

1. **Estudos teóricos/ensaios** – análise de temas e questões fundamentadas teoricamente, levando ao questionamento de modos de

pensar e atuar existentes, e a novas elaborações (aproximadamente 15 laudas);

2. **Relatos de pesquisa** – investigações baseadas em dados empíricos, recorrendo à metodologia quantitativa e/ou qualitativa, contendo introdução, metodologia, resultados e discussão (aproximadamente 12 laudas);
3. **Depoimentos** – relatos de experiência profissional de interesse para as diferentes práticas musicoterápicas (aproximadamente 7 laudas);
4. **Comunicações** – relatos breves de pesquisas e trabalhos apresentados em reuniões científicas/culturais (aproximadamente 7 laudas);
5. **Ressonâncias** – comentários publicados em números anteriores da revista (aproximadamente 7 laudas).

## V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Os títulos de livros, periódicos, relatórios, teses, dissertações, e trabalhos apresentados em encontros científicos devem seguir as referências complementares, de acordo com as regras da ABNT, para identificação da fonte pesquisada.

## Conselho Editorial

A partir do próximo número da revista todos os trabalhos serão submetidos ao **Conselho Editorial** que será formado pelos seguintes musicoterapeutas:

*Cléo Monteiro França Correia*  
*Marcia Maria Cirigliano da Silva*  
*Jacila Maria Silva*  
*Marco Antônio Carvalho Santos*  
*Jonia Maria D. Messagi*  
*Maristela Smith*

# 10º Congresso Mundial de Musicoterapia

“Diálogo e Debate” – Musicoterapia no século XXI:  
uma Força Contemporânea de Mudanças”

Data: de 23 a 28 de julho 2002

Local: Oxford, Inglaterra

Organizador: British Society for Music Therapy e Association of Professional Music Therapists em cooperação com a World Federation of Music Therapy .

1ª Chamada para Apresentação de Trabalhos

**ATENÇÃO: data limite para submissão de trabalhos: 31 de julho de 2001.**

## Normas para submissão de trabalhos

1. Colocar nome, endereço, fax, E-mail e o título do autor.
2. Título do trabalho - 12 palavras no máximo.
3. Área proposta, por exemplo, clínica (favor explicar), pesquisa, formação, cultural, ética, teoria etc.
4. Formato – favor indicar:
  - tema livre (45 minutos)
  - workshop (1h 30 min.)
  - poster (favor indicar o tamanho e o espaço requeridos).Obs.: a política do Comitê Científico é dar a mesma importância a todos os formatos.
5. Resumo para todos os formatos (um máximo de 200 palavras e três referências)
6. Favor indicar o equipamento necessário para apresentação do trabalho:
  - áudio/CD/minidisco
  - vídeo (só para o sistema PAL – se necessário esse equipamento favor converter para esse sistema).
  - Microsoft Powerpoint
  - Retroprojeter / projetor de slides / instrumentos musicais.
7. Mini-biografia do autor, incluindo título, nome, instituição, etc. (50 palavras no máximo).
8. Os resumos devem ser escritos em inglês ou espanhol. Os resumos apresentados em espanhol deverão ser acompanhados de tradução em inglês.

9. Os resumos deverão ser enviados em disquete com 6 cópias em papel A4, e deverá ser utilizado o programa Microsoft Word, em fonte Times New Roman, tamanho 12.

10. Os resumos deverão ser enviados para:

Prof. Leslie Bunt – Chair of International Scientific Committee  
C/o Congress Administrator, 25 Rosslyn Avenue  
East Barnet  
Hertfordshire, EN4 8DH, UK.

Obs.: O Comitê Científico Internacional decidirá um programa equilibrado de temas e correntes mais importantes. Todas as propostas serão analisadas no segundo semestre de 2001. O programa final será decidido antes de janeiro de 2002.

Para qualquer informação adicional dirija-se a  
[liarejane@domain.com.br](mailto:liarejane@domain.com.br)



# Normas para Publicação na Revista Brasileira de Musicoterapia

## I – INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista Brasileira de Musicoterapia, editada pela União Brasileira de Associações de Musicoterapia (UBAM), vem publicando artigos centrados na pesquisa, nas práticas profissionais ou na reflexão crítica sobre a produção do conhecimento na área.

Depois de editar quatro números dessa revista, a UBAM decidiu criar um Conselho Editorial, e a estabelecer normas para submissão de trabalhos a serem publicados.

## II – ORIENTAÇÃO EDITORIAL

Os originais dos artigos serão submetidos ao exame desse Conselho Editorial. Pequenas modificações no texto poderão ocorrer; modificações substanciais serão solicitadas aos autores. É permitida a reprodução parcial dos artigos desde que citada a fonte. Os originais não serão devolvidos.

## III – APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS

Os artigos devem ser encaminhados à Secretaria Geral da UBAM em três vias datilografadas em papel A4, letra Times New Roman, corpo 12, espaço 1,5 e margens de 2 cms. O texto deve vir de acordo com as regras da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Deve ser enviado resumo em Português (com “abstract” em Inglês) contendo até 100 palavras, além de três ou quatro palavras-chave (com respectiva tradução em inglês). A primeira lauda do texto original deve conter o título do trabalho, nome completo do autor, biografia de no máximo 5 linhas, e seu respectivo endereço. As demais páginas devem ser numeradas consecutivamente, a partir de 2. Versão em disquete deve ser apresentada no formato “word for windows” 6.0/95 (doc). No corpo do artigo não devem ser incluídos elementos que possibilitem identificar o(s) autor(es) do texto (ex: papel timbrado, rodapé com nome do autor).

## IV – TIPOS DE TEXTO

1. **Estudos teóricos/ensaios** – análise de temas e questões fundamentadas teoricamente, levando ao questionamento de modos de

pensar e atuar existentes, e a novas elaborações (aproximadamente 15 laudas);

2. **Relatos de pesquisa** – investigações baseadas em dados empíricos, recorrendo à metodologia quantitativa e/ou qualitativa, contendo introdução, metodologia, resultados e discussão (aproximadamente 12 laudas);
3. **Depoimentos** – relatos de experiência profissional de interesse para as diferentes práticas musicoterápicas (aproximadamente 7 laudas);
4. **Comunicações** – relatos breves de pesquisas e trabalhos apresentados em reuniões científicas/culturais (aproximadamente 7 laudas);
5. **Ressonâncias** – comentários publicados em números anteriores da revista (aproximadamente 7 laudas).

#### V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Os títulos de livros, periódicos, relatórios, teses, dissertações, e trabalhos apresentados em encontros científicos devem seguir as referências complementares, de acordo com as regras da ABNT, para identificação da fonte pesquisada.

### Conselho Editorial

A partir do próximo número da revista todos os trabalhos serão submetidos ao **Conselho Editorial** que será formado pelos seguintes musicoterapeutas:

*Cléo Monteiro França Correia*  
*Marcia Maria Cirigliano da Silva*  
*Jacila Maria Silva*  
*Marco Antônio Carvalho Santos*  
*Jonia Maria D. Messagi*  
*Maristela Smith*

# 10º Congresso Mundial de Musicoterapia

“Diálogo e Debate” – Musicoterapia no século XXI:

uma Força Contemporânea de Mudanças”

Data: de 23 a 28 de julho 2002

Local: Oxford, Inglaterra

Organizador: British Society for Music Therapy e Association of Professional Music Therapists em cooperação com a World Federation of Music Therapy .

1ª Chamada para Apresentação de Trabalhos

**ATENÇÃO: data limite para submissão de trabalhos: 31 de julho de 2001.**

## Normas para submissão de trabalhos

1. Colocar nome, endereço, fax, E-mail e o título do autor.
2. Título do trabalho - 12 palavras no máximo.
3. Área proposta, por exemplo, clínica (favor explicar), pesquisa, formação, cultural, ética, teoria etc.
4. Formato – favor indicar:
  - tema livre (45 minutos)
  - workshop (1h 30 min.)
  - poster (favor indicar o tamanho e o espaço requeridos).Obs.: a política do Comitê Científico é dar a mesma importância a todos os formatos.
5. Resumo para todos os formatos (um máximo de 200 palavras e três referências)
6. Favor indicar o equipamento necessário para apresentação do trabalho:
  - áudio/CD/minidisco
  - vídeo (só para o sistema PAL – se necessário esse equipamento favor converter para esse sistema).
  - Microsoft Powerpoint
  - Retroprojeter / projetor de slides / instrumentos musicais.
7. Mini-biografia do autor, incluindo título, nome, instituição, etc. (50 palavras no máximo).
8. Os resumos devem ser escritos em inglês ou espanhol. Os resumos apresentados em espanhol deverão ser acompanhados de tradução em inglês.

9. Os resumos deverão ser enviados em disquete com 6 cópias em papel A4, e deverá ser utilizado o programa Microsoft Word, em fonte Times New Roman, tamanho 12.
10. Os resumos deverão ser enviados para:

Prof. Leslie Bunt – Chair of International Scientific Committee  
C/o Congress Administrator, 25 Rosslyn Avenue  
East Barnet  
Hertfordshire, EN4 8DH, UK.

Obs.: O Comitê Científico Internacional decidirá um programa equilibrado de temas e correntes mais importantes. Todas as propostas serão analisadas no segundo semestre de 2001. O programa final será decidido antes de janeiro de 2002.

Para qualquer informação adicional dirija-se a  
[liarejane@domain.com.br](mailto:liarejane@domain.com.br)