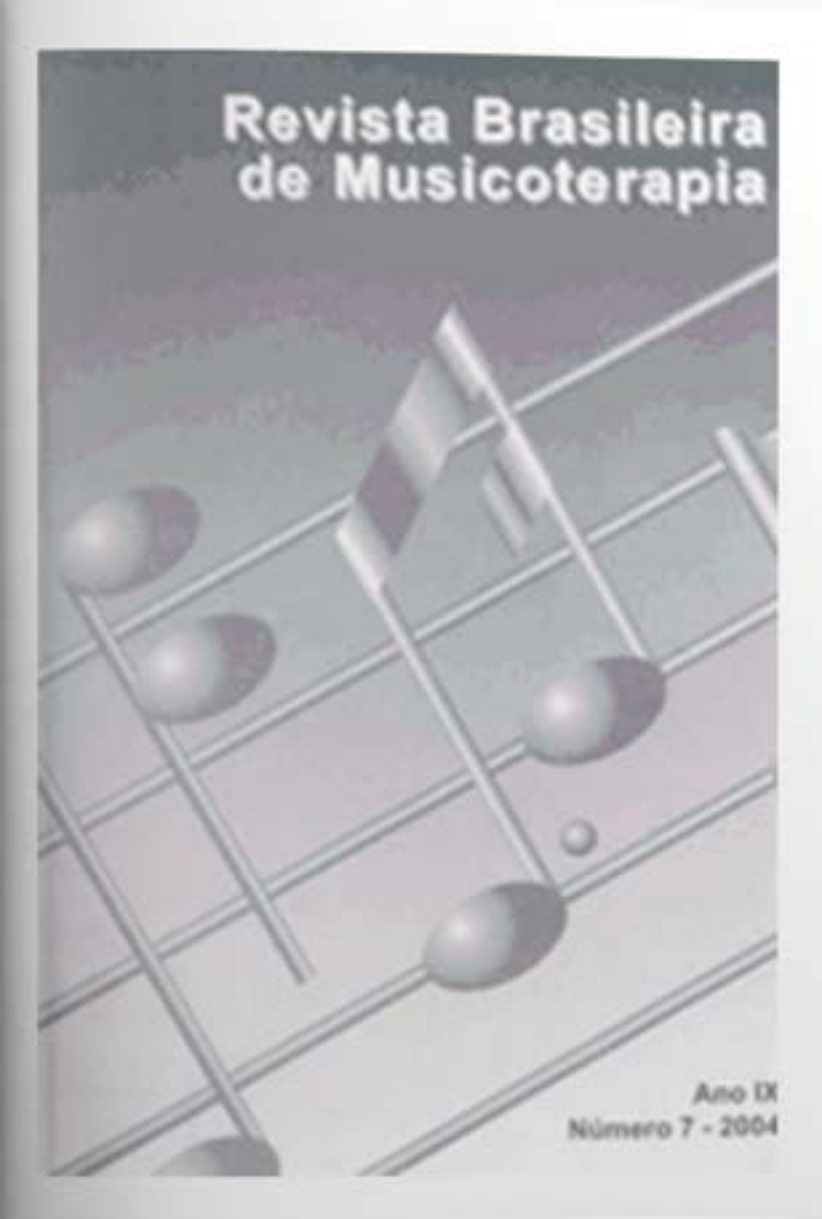


Revista Brasileira de Musicoterapia

The background of the cover is a light purple-to-blue gradient. It features several musical staves and notes rendered in a 3D, metallic style. The staves are parallel lines that recede into the distance, creating a sense of depth. Notes of various sizes and shapes are scattered across the staves, some appearing to be floating or attached to the lines. The overall aesthetic is modern and artistic.

Ano IX
Número 7 - 2004

Revista Brasileira de Musicoterapia

Ano IX – Número 7 – 2004

Uma publicação da União Brasileira das Associações de Musicoterapia

Associações Filiadas

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

Secretariado da UBAM

Maristela Pires da Cruz Smith - Secretária Geral:

Ana Maria Caramujo Pires de Campos	Lilian Engelman Coelho
Ana Paula Cascarani	Livia Cristina Viana
Angélica Dias de Souza	Marcel Abramo
Cristiane Amorosino	Mariana Ferreira de Mendonça Redondo
Denise Pires da Cruz Smith	Mary Elza Monteiro Varrasquim Penna
Erci Kimiko Inokuchi	Raul Jaime Brabo
Maria Fátima da Silva Nunes	Thais Xavier
Gregório José Pereira de Queiroz	Viviane Fowler

Conselho Editorial

André Brandalise Mattos – RS	Maristela Smith – SP
Cléo Monteiro França Correia – SP	Marcia Maria Cirigliano da Silva – RJ
Jacila Maria Silva – RJ	Marco Antonio Carvalho Santos – RJ
Jonia Maria D. Messagi – PR	Marly Chagas – RJ
Leomara Craveiro Sá – Goiás	Martha Negreiros de S. Vianna – RJ
Thelma Sydenstricker Alvares – ES	

Endereço para correspondência:

Rua Arthur Thiré, 251

Jardim da Saúde - São Paulo - SP - CEP 04146-000

Sumário

Marcus Vinicius Machado de Almeida <i>Corpo e Musicoterapia: Singularidades em uma Prática de Reabilitação.</i>	8
Marly Chagas <i>Musicoterapia em Psico-oncologia.</i>	17
André Brandalise <i>Abordagem Nordoff-Robbins (Musicoterapia Criativa): em que Contexto Surgiu, o que Trouxe e para onde Apontou?</i>	26
Márcia Cirigliano <i>A CANÇÃO-ÂNCORA: descrevendo e ilustrando a contratransferência em Musicoterapia.</i>	38
Marco Antonio Carvalho Santos <i>Ética na Pesquisa em Musicoterapia</i>	43
Mayra Hugo e Diego Schapira <i>El Método Plurimodal como herramienta de evaluación del paciente en Salud Mental</i>	49
Lia Rejane Mendes Barcellos⁷⁷ <i>As "Experiências Musicoterápicas" nos Cursos de Musicoterapia: Uma pesquisa Qualitativa – Fenomenológica.</i>	66
Barbara Wheeler <i>Comentários sobre "As Experiências Musicoterápicas" nos Cursos de Musicoterapia – uma Pesquisa Qualitativa-Fenomenológica.</i>	81
Marco Antonio C. Santos <i>Comentários sobre "As Experiências Musicoterápicas" nos Cursos de Musicoterapia – uma Pesquisa Qualitativa-Fenomenológica</i>	86
Normas para Publicação na Revista Brasileira de Musicoterapia	89

EXPEDIENTE

Editora

Lia Rejane Mendes Barcellos

Editora Assistente

Malu Lafeté

Consultoria Técnica

Marly Chagas

Martha Negreiros de Sampaio Vianna

Jornalista Lúcio Santos

Editoração Eletrônica

Odiesan EMVR, Penna

Editorial

“Consciência de Classe”

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a confiança em mim depositada, por ocasião do III Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e IV Fórum Paulista de Musicoterapia, na reunião anual da UBAM, ocorrida em São Paulo, quando foi realizada a votação e fui eleita pelas associações brasileiras para ser a nova Secretária Geral dessa entidade. A atual equipe terá sua gestão de outubro de 2002 a outubro de 2004. Farei o meu melhor para dar continuidade ao excelente trabalho desenvolvido por nossa amiga Marly Chagas.

Estamos atravessando momentos difíceis mas, também, satisfatórios em muitos aspectos. O que posso reafirmar é que procurarei me empenhar ao máximo, para desenvolver um trabalho honesto e inteligente, com metas à integração da classe e auxiliar na sedimentação do profissional musicoterapeuta, colocando-me à disposição para, junto a meus amigos e colegas, conquistarmos a regulamentação da profissão. A todos, o meu respeito e agradecimento.

Muito tem sido feito, nesses últimos anos da musicoterapia brasileira, em prol da profissão. Nosso projeto de regulamentação tramita, paulatinamente, em Brasília e sabemos que segue o caminho certo. Todos temos trabalhado com afinco e estamos obtendo significativos resultados; temos conquistado a classe científica com nossas produções escritas, projetos e participações ativas em congressos importantes; temos demonstrado grande preocupação com a nossa prática clínica, no sentido de sistematizá-la; temos estudado mais, mesclando-nos a outros profissionais, mostrando nossas caras e até dando-as para bater...; temos aberto mercado de trabalho em instituições de peso, concursos para exercício de cargos de musicoterapeutas; temos recebido convites para participar de eventos de outras áreas, como os congressos da ANPPOM (Associação Nacional de Pesquisadores e Pós-Graduados em Música), o que muito nos orgulha; temos sido procurados pela mídia, através de jornais e revistas, rádios e televisões; temos buscado fundamentar nossos estudos teóricos e nossa prática clínica em ciências e artes afins, embora não tenhamos nos esquecido de desenvolver nossa própria abordagem, nossa própria filosofia porque, simplesmente, conhecemos nosso potencial e acreditamos no que fazemos.

Mas...

Embora já tenhamos dado passos significativos para o progresso da musicoterapia, ainda estamos longe de sermos uma classe consciente de nossos deveres como *cidadãos-musicoterapeutas*. Cumprimos muitos deveres, trabalhamos com muito afinco, buscamos constantemente nos aperfeiçoar, estudar, pesquisar mas, na minha opinião,

ainda não somos uma classe consciente de nossos deveres como *cidadãos-musicoterapeutas*. Temos nos esforçado por produzir mais, aprofundar nossa visão, participar mais de eventos, mas ainda não somos uma classe consciente de nossos deveres como *cidadãos-musicoterapeutas*.

Essa consciência coletiva a que me refiro exige mais, muito mais de nós todos. Em primeiro lugar, exige um amadurecimento de grupo como um todo que, evidentemente, deve partir do individual. Acredito que há no exercício profissional, uma exigência de responsabilidade para com o coletivo imanente. Existe uma *função social* a ser desenvolvida. O que há é que o profissional não pode estar dela descomprometido, mas reclama-se-lhe empenho em sua concretização. Afinal, penso que todas as capacidades necessárias ou exigíveis para o desempenho eficaz da profissão são deveres éticos. A reflexão individual não pode bastar-se a si mesma. Há que se extrair dela grande ou total percentagem de pensamento coletivo, como aquele por exemplo, que nos leva a lembrar que não dominamos tudo, não sabemos tudo, não abarcamos tudo sozinhos; que precisamos compartilhar e dividir. É imprescindível lutarmos juntos, lado a lado, paralelamente, com nossos colegas, para que a nossa força seja o mais poderosa possível. Cada vez que arregaçamos nossas mangas coletivamente somos ouvidos e a nossa profissão cresce e, assim, poderemos estar e ser conscientes de nossos deveres como *cidadãos-musicoterapeutas*.

No momento em que paramos para pensar percebemos que as ações individualistas, que visam interesses apenas pessoais, possuem uma carga de omissão e desprazer. Há momentos em que a reflexão bate à nossa porta, mesmo sem planejarmos.

Não importa se, neste mundo, não se pode experimentar todo o favo onde as abelhas, juntas, depositaram o mel; o que importa é que, um dia, alguém vai se deliciar com seu doce sabor.

No atual período, em que estamos enfrentando tantos obstáculos para galgar os mais altos degraus da credibilidade da sociedade em geral, conseguimos encontrar forças em nossos próprios companheiros, naqueles que pensam e agem conosco e que conseguem se manter interessados em caminhar para frente, com objetivos definidos, numa estrada ampla. Esses saberão se desvencilhar da vegetação cerrada, do clima gelado e dos ventos assustadores, porque já terão desenvolvido a consciência coletiva, aquela que nos empurra para realmente sermos *cidadãos-musicoterapeutas*.

Maristela Smith

Corpo e Musicoterapia: Singularidades em uma Prática de Reabilitação

Marcus Vinicius Machado de Almeida¹

Resumo

O autor propõe uma problematização dos saberes e práticas específicas da musicoterapia no processo de reabilitação física, tomando o sistema Laban como dispositivo de tais problematizações.

Palavras-chave: Reabilitação Física, Musicoterapia, Corporeidade.

Abstract

The author argues on knowledges and practices peculiar to music therapy in the process of physical rehabilitation taking Laban system as a basis for his argumentation.

Keywords: Physical Rehabilitation, Music Therapy, Body.

Recentemente, a musicoterapia vem conquistando reconhecimento no meio profissional. Seu crescimento e conquistas são bem significativos. Deste modo, na

¹ Musicoterapeuta e Terapeuta Ocupacional. Mestre em Artes (UFRJ), Doutorando em Corporeidade (Unicamp), Docente do Departamento de Arte Corporal (UFRJ). E-mail: marcus.v.machado@uol.com.br

necessidade de legitimação e entendimento de sua especificidade, esta profissão, cada vez mais, busca fontes teóricas diversas para justificar e sistematizar suas ações terapêuticas. Teorias psicanalíticas, fisiopatologia, teorias operacionais da personalidade e outras cada vez mais são estudadas e pesquisadas pelo profissional musicoterapeuta.

No chamado campo da reabilitação física, motora, a musicoterapia, para entendimento e justificativa de sua prática, busca duas formas de legitimação: uma, que se baseia em teorias cinesiológicas e neurológicas, fazendo com que a musicoterapia compreenda os músculos e comportamentos motores que podem estar sendo trabalhados quando se solicita a um paciente a execução de um instrumento; e a segunda forma, que procura mostrar a atuação globalizante da musicoterapia, através de um olhar mais abrangente de seus clientes, tratando-os como sujeitos não só comprometidos motoramente, mas também afetiva e socialmente. É a tão comentada visão biopsicossocial.

Desde já, apontamos que ambas as formas, apesar de possuírem sua pertinência, não revelam a especificidade, a singularidade da musicoterapia no tratamento de um corpo e seus movimentos.

Ao se apoderar dos conhecimentos cinesiológicos e neurológicos, a musicoterapia toma apenas como verdade o que fisioterapeutas, professores de educação física e terapeutas ocupacionais já mostravam há muito: que, ao realizar determinado movimento, um músculo, ou um grupo muscular, está sendo trabalhado no seu arco de movimento ou hipertrofiado. Basta assim saber quais os músculos necessários para tal movimento e levar, através de repetições, o músculo a exercitar-se. A musicoterapia, deste modo, nada mais faz do que uma "ginástica sonora", ou seja, acrescenta aos já conhecidos exercícios "cinesioterápicos", a execução de um instrumento. Alguns problemas são freqüentes quando um musicoterapeuta tenta justificar-se desta forma. Primeiro, porque às vezes falta na sua formação acadêmica um aprofundamento em cinesiologia; segundo, porque não foi apresentada nenhuma especificidade da musicoterapia, a não ser tornar os exercícios mais agradáveis através da execução de um instrumento. Devemos crer, desde já, que a musicoterapia não deve ser vista apenas como uma prática cinesioterápica mais agradável. É extremamente tacanha esta perspectiva, para uma profissão tão potente.

Neste trabalho, então, estamos tentando entender se há algum elemento do processo de reabilitação física, do ato motor, que seja trabalhado no processo musicoterápico. Desta forma, caminhamos no sentido da busca de um entendimento da especificidade da musicoterapia, logo, revelando-a como uma prática importante, indispensável e única.

Se assim não fosse, a musicoterapia poderia ser plenamente substituída por uma boa prática cinesioterápica e um atendimento psicológico. Porém, a musicoterapia não deve ser entendida como a síntese de práticas profissionais, diferenciando-se apenas pelo uso dos sons. Revelamos, então, que há "algo" no campo do movimento que as práticas cinesioterápicas não podem realizar e que podem apenas fazer parte de uma prática musicoterápica. Chamaremos este "algo" de fatores de esforços que estão presentes na arquitetura do movimento, que iremos apresentar mais adiante.

Na área da saúde, ligada às práticas e profissões da área de reabilitação física, podemos perceber que parte dos pacientes tratados por terapias mais reducionistas voltam a realizar seus movimentos, sendo que uma parcela destes sujeitos após o processo de reabilitação não é capaz de utilizar corpo e movimentos de forma funcional e expressiva.

Isto ocorre, geralmente, porque a subjetividade profissional que se vincula ao movimento está apenas direcionada para a percepção da amplitude de seu arco. O movimento é reduzido, portanto, ao deslocamento de um segmento ósseo no espaço, realizando uma trajetória, uma angulação. Outros componentes importantíssimos não são levados em consideração e, conseqüentemente, perde-se a complexidade do movimento humano e suas ações.

Esta visão reducionista é fortemente presente nos profissionais da reabilitação devido à cinesiologia. Segundo esta disciplina, a possibilidade relacional e expressiva do movimento não é tão imperiosa, e ele permanece desvinculado de qualquer função, ação, manipulação. O movimento é tirado de um espaço fenomenológico e relegado a um espaço abstrato de arcos, planos, eixos e vetores.

Nossa tradição de ciência ocidental, na área de saúde, tenta sistematizar o estudo de seus objetos de pesquisa, fato que quase sempre simplifica demasiadamente o mundo dos fenômenos. Assim, a cinesiologia, seguindo esta tradição científica, afirma-se como ciência do movimento humano, mas apenas o visualiza como um conjunto de alavancas, dobradiças e vetores de forças, representado por músculos, articulações e seus possíveis arcos. Neste sentido, a cinesiologia está próxima à mecânica e à engenharia.

Se, neste momento, nossos objetivos voltam-se para a tentativa de refletir, entender e teorizar a complexidade do movimento humano no fazer, nas atividades de execução musical, não estamos querendo essa visão de uma engenharia do movimento, mas sim que o corpo e o movimento, com suas complexidades, cheios de elementos sutis e nuances expressivas, sejam uma ressignificação do sujeito.

Faz-se necessário perceber como tais formulações e subjetividades relativas ao corpo, principalmente referentes à cinesiologia, se constituíram historicamente. Tal fato revelará não só a formação dessa disciplina e de seus pressupostos teóricos, mas também sua função política, evidenciando as hierarquias de profissões de reabilitação e suas possíveis mudanças, produzindo então novas subjetividades. Ao justificarmos a potência e a força de outras práticas, apontando sua singularidade na atuação terapêutica, temos a operação de mudanças.

Afirmamos, então, que a cinesiologia é uma produção que tem como grande força constituidora o pensamento inaugurado por Descartes com a modernidade. Descartes tenta entender os fenômenos, a natureza, o homem. Mas, para isso é necessário estruturar mecanismos racionais a fim de não deixar que o diverso sensível, o mundo dos fenômenos, nos confunda com sua complexidade. São criadas leis universais, oriundas do ato pensante, para seu entendimento. Quando, ao estudar o corpo do homem, o cartesianismo produz um mecanismo de esquecimento que nos impede de nos misturarmos e nos confundirmos com o corpo, cria a imagem de que o

corpo é uma máquina. Tal conceito terrível impede que o estudioso se identifique com o objeto de estudo, impossibilitando qualquer zona de contato. Constitui-se o olhar distanciado do geômetra sobre a natureza, fornecendo a tão cultuada objetividade científica.²

Segundo o cartesianismo, neste momento, só podemos estudar o corpo humano naquilo que ele apresenta de objetividade, de universalidade, enquanto repetitividade fenomênica e segundo suas características universais, mesmo que sejam grandes as diversidades culturais, sociais e outras apresentadas. Para se obter tal objetividade, uma série de elementos componentes dos movimentos e do corpo tiveram que ser *sacrificados*. Tantos sacrifícios ocasionaram, assim, a produção de uma abstração, de um movimento idealizado que não se insere no mundo dos fenômenos, dos fazeres, das relações corpo-mundo. Este mundo do movimento abstrato é o mundo da cinesiologia, da biomecânica, da cinesioterapia.

Hay e Reiden³ afirmam que a cinesiologia é considerada como “o conhecimento das bases anatômicas e mecânicas do movimento humano”. Isso ratifica nossas reflexões sobre esta ciência ser uma engenharia, ou seja, se baseia num modelo científico cartesiano. A cinesiologia estuda, então, um grupo muscular, a articulação e o conjunto de forças que agem sobre um braço ósseo e qual ângulo tal articulação pode realizar. Notamos que a biomecânica e a cinesiologia se aproximam da figura paradigmática do guindaste, com suas correias, dobradiças e hastes.

Nesta trajetória histórica, podemos destacar dois momentos nos quais o pensamento cartesiano é desestabilizado. O primeiro é representado pela filosofia de Leibniz, e o segundo pelos estudos sobre o movimento de Laban. O que Leibniz concebeu ontologicamente, Laban parece ter empregado em suas pesquisas sobre o corpo, como se fosse um eco do primeiro. Apesar de não haver historicamente nenhuma relação de Laban com os estudos de Leibniz, parece que ambos, dentro de suas áreas de estudos, se aproximaram em diversos pontos.

A filosofia de Leibniz, um século depois de Descartes, baseou-se na teoria das mônodas, que são uma espécie de unidades de energia basais constituidoras de toda realidade. Leibniz vai procurar debaixo da pura espacialidade os pontos de energia, o não-espacial, ou seja, o dinâmico que há na realidade. “Para Leibniz, o erro mais grave do cartesianismo foi esquecer o elemento dinâmico que jaz no fundo de toda realidade”⁴. De acordo com Leibniz, Descartes retira do movimento a dinâmica e só pensa numa cinemática, porque as noções de energia, *conatos* e esforços são confusas e as tiram da realidade, substituindo-as por noções claras e distintas, que são as noções puramente geométricas. “Os corpos não são somente figuras geométricas, mas ademais e sobretudo, forças, conglomerados de energia, conglomerados de dinâmicas”, contesta Leibniz⁵. Esses conglomerados de energias são constituídos por mônodas que se agrupam.

² DESCARTES, 1999.

³ HAY e REIDEN, 1995, p. 1.

⁴ MORENTE, 1980, pp. 206 – 207.

⁵ *Ibid.*, p. 207.

Cada mônoda conserva em si a memória de sua existência, porém ela não é imutável, tem capacidade de modificar-se, de passar por vários estados sendo sempre singular.

Tentando também desestabilizar e, até de certa forma, contrapor-nos a esta concepção do movimento humano, nos apoderaremos dos estudos de Laban⁶, que apontam para um olhar estético, múltiplo, singular e ontológico sobre essa questão. Há uma mudança radical através de Laban, passando-se de um paradigma científico a um paradigma estético sobre o corpo e o movimento.

Seguindo uma linha diametralmente oposta à anatomia e à cinesiologia, Laban não iniciou seus estudos do movimento humano pelos cortes anatômicos, mas preferiu um corpo em ação, o corpo dos homens nas ruas, em seus trabalhos e afazeres, andando, jogando, dançando. Foi em um homem vivo que ele buscou o entendimento do movimento. Criticando a forma científica reducionista de observação, Laban⁷ afirma:

As explicações racionalistas insistem no fato de que os movimentos do corpo humano estão submetidos às leis do movimento inanimado. O peso do corpo segue a lei da gravidade. O esqueleto do corpo pode ser comparado a um sistema de alavancas que faz com que se alcancem no espaço (...).

Estas alavancas são acionadas pelos nervos e músculos que providenciam a força necessária para superarmos o peso das partes do corpo que se movem. A fluência do movimento é controlada por centros nervosos que reagem aos estímulos internos e externos. Os movimentos se processam durante algum tempo e podem ser medidos com exatidão.

Ao contrário dessa visão reducionista sobre o movimento, Laban propõe um outro olhar – ele vai buscar não aquilo que é universal, invariável, mas o que há de variação de partículas em cada corpo que se move: o que há de expressivo e funcional, por ele nomeado de esforços.

Laban observa que no movimento vivo há qualidades diversas para além de seus arcos. Estas são os esforços representados por peso, tempo, espaço e fluxo. O peso se refere ao grau de energia empregado no movimento, podendo ser forte ou leve. O tempo indica a velocidade de realização, indo de lento a rápido. No fator espaço há a possibilidade de uma atitude indireta que se reconhece em um movimento ondulante e flexível, onde parte do corpo ou o corpo como um todo vá a “lugares diferentes ao mesmo tempo”. A atitude direta pode ser percebida através de “gestos que cortam o espaço percorrendo caminhos em linha reta”. O fluxo se manifesta através de movimentos livres que são fluentes, incontroláveis, “uma ação difícil de ser interrompida subitamente”. O fluxo contido aparece em movimentos controlados, restritos, “em ações que podem ser interrompidas sem dificuldades”⁸

⁶ LABAN, 1990.

⁷ LABAN, 1978, p. 49.

⁸ MIRANDA, 1980, p. 36 e 37.

Podemos realizar múltiplas combinações entre estes quatro esforços, produzindo uma variação na qualidade do movimento que tende ao infinito. Assim, poderemos ter um movimento rápido-forte-direto que aparece no ato de martelar ou de chutar ou num ataque *fortíssimo* ao piano; o leve-lento-indireto é comum nas carícias, às vezes na pintura a dedo e no *pianíssimo* expressivo.

Essas combinações de esforços podem ser entendidas como energias básicas para as qualidades de movimento, ou seja, como mônodas leibnizianas. Todo o corpo e seus movimentos são constituídos por unidades primordiais em forma de energias, que são combinadas, produzindo um mosaico de forças: são as mônodas ou esforços. Tanto Laban como Leibniz resgatam energias e dinâmicas para o movimento.

Afirmamos agora que é somente nas atividades, nos fazeres, nas ocupações, nas execuções musicais que os esforços apresentam-se com sua máxima expressão e que são as próprias ocupações que fazem os sujeitos explorarem os seus esforços. Não há ação humana ou expressão do corpo sem combinação de determinados esforços. As ações humanas, dentre elas a produção sonora, muito mais do que serem arcos cinesiológicos, são combinações complexas de esforços. Estes aparecem e são estruturados através das artes plásticas, do trabalho, dos jogos, na execução instrumental, na vida.

Além de estabelecerem uma relação direta com o mundo dos fenômenos, as observações de Laban mostram que as musculaturas envolvidas em uma determinada ação, tão estudada pela cinesiologia, podem ser modificadas ou ampliadas, dependendo dos esforços empregados. A cada qualidade de movimento há sempre uma combinação muscular inédita, fato de que a visão reducionista das práticas pela cinesiologia não consegue se dar conta, porque no esforço há a exceção, o particular, o relacional. Na cinesiologia o movimento é abstrato, isento de qualidades, sem vinculações com o fazer. Cada sujeito, ao longo de sua vida, organiza complexas combinações e interligações musculares que lhe são únicas, para produções de suas ações e para a expressão corporal peculiar à sua melodia cinética – são os esforços que são manifestados.

Mas não devemos, neste momento, criar uma visão de oposição entre a cinesiologia e a arquitetura do movimento de Laban. A cinesiologia aqui é criticada porque é limitado seu olhar para o corpo e o movimento. A arquitetura do movimento é algo de extensões maiores e mais complexas, que já contém a própria cinesiologia. Esta, por sua vez, é apenas uma parte da arquitetura do movimento.

A partir de agora, talvez possamos visualizar que as propostas terapêuticas que se baseiam exclusivamente na cinesiologia não reabilitam o movimento humano na sua complexidade e singularidade, mas sim voltam-se praticamente para a reconquista de um arco de movimento. O goniômetro⁹ é a prova máxima dessa afirmação. No campo da reabilitação física percebemos com freqüência que parte dos sujeitos tratados com terapia apenas pela cinesiologia volta a realizar os arcos de movimento. Em grande parte, porém, tais movimentos não estabelecem nenhuma relação funcional

⁹ Instrumento para medir amplitude articular.

ou expressiva. Isto ocorre porque outras qualidades importantíssimas do movimento, como os esforços, não são levadas em consideração não são avaliadas, exploradas, produzidas. O que garante uma relação do corpo com o mundo não são apenas os arcos de movimento, mas os esforços.

A singularidade e especificidade da musicoterapia na reabilitação física devem ser agora trazidas à tona. Ao realizar seu processo através das atividades sonoras, a musicoterapia sempre foi organizadora, estimuladora e produtora dos esforços, dos movimentos e dos corpos vivos e expressivos, partindo de um corpo que se relaciona com um mundo de ações e de ocupações. Há na musicoterapia uma força única e singular, tornando-a indispensável em qualquer processo reabilitatório. Esta força é a exploração das dinâmicas sonoras, fonte de infinitas combinações de esforços.

Para um melhor entendimento, desde já temos que apontar o que muitos profissionais da área de reabilitação não entendem, ou seja, que há uma diferença entre o resgate de arco de movimento e moção. Daremos um exemplo bem simples: caso seja fornecido a uma criança com aproximadamente dois anos de idade um estojo com canetas hidrocores, ela seguramente irá destruir as pontas das canetas por uma impossibilidade prática de ajustar-se motoramente à utilização deste material. Mas essa falta de habilidade adequada revela que a criança tem limitações nos arcos de movimento? Significa que há um tônus alterado por lesão encefálica central? Ou, de modo mais elaborado, significa que há um problema de coordenação motora? A resposta para as três indagações é não. Não há qualquer problema com esta criança. O que ocorre é que o fator peso na característica leve ainda não foi suficientemente explorado, e a criança não sabe utilizá-lo de modo pleno. Talvez pudesse restar uma dúvida com relação à sua coordenação motora, mas é fácil sanar tal dúvida, ao ver que com um lápis cera grosso, a criança não apresenta qualquer falha neste sentido, para a sua idade.

Tomemos agora um exemplo na música. Um estudioso de piano pode estar mecanicamente executando muito facilmente um trecho musical de grande dificuldade e agilidade técnica. Porém, este trecho exige, para sua perfeita interpretação, um toque pianissimo e muito ligado, e o executante, que tão habilmente coordena seus dedos, tem grande dificuldade em imprimir essa dinâmica. Nosso executante não tem problemas motores, nem de coordenação, apenas não está ainda capacitado ao emprego dos esforços leve-livre.

É fácil perceber, então, que a execução musical está sempre mobilizando os esforços. Nos andamentos e divisões rítmicas o tempo aparece, nas dinâmicas e sutilezas dos toques os outros fatores de peso, espaço e fluxo se apresentam. Se na dança livre de Laban esses esforços aparecem numa escala maior e mais visível por todo o corpo, nas mãos de um pianista, em movimentos menores, o mesmo acontece, e talvez de modo muito mais preciso e complexo.

Alguns trabalhos de musicoterapia, de forma ainda inicial, já apresentam essa dimensão das dinâmicas nos processos reabilitatórios através da execução musical. Benenzon¹⁰, citando Juliette Alvin, comenta que o sentido sensorial “nos fala da música

¹⁰ BENENZON, 1985, p. 133.

como movimento no espaço e no tempo. A música dá à criança a emoção do movimento porque se move no espaço e tempo¹¹. E também não podemos deixar de citar Nisenbaum¹² que visualiza a musicoterapia como potencializadora de estímulos cinestésicos-táteis-sonoros. A exploração dos esforços na musicoterapia certamente permitiria ao sujeito transferir para o campo de suas ações cotidianas as experimentações e descobertas nas execuções instrumentais. Se retomarmos o exemplo de um paciente que se corta ao barbear-se, isto ocorre porque o fator peso na qualidade leve está inadequado, porém se ele é levado a executar instrumentos com intensidades piano e pianíssimos, diminuindo e crescendo, certamente transportará dessa vivência sonora-corporal para aquela atividade de adequação pessoal.

Há um fator que é favorável à musicoterapia na utilização dos esforços, quando comparada à terapia ocupacional que também visivelmente utiliza os esforços de Laban em suas atividades: é mais fácil o paciente compreender e perceber o esforço numa atividade sonora do que num fazer plástico, manual, pois a audição é um forte estímulo para adequar seu esforço ao efeito sonoro.

Os agenciamentos entre Laban e a musicoterapia não param por aqui, mas levam-nos a uma proposta ontológica, estética, do homem com suas ações. Para Laban¹², o homem é um ser com múltiplas capacidades expressivas corporais, e esta diversidade se apresenta através das qualidades dos movimentos. Se um gato for criado com um cão, afirma o autor¹³, dificilmente ele modificará seus movimentos corporais de modo tão intenso. Porém, o homem pode imitar, sugerir os movimentos de um cão ou um gato. Há assim a constatação de que o homem está mais livre com relação a padrões corporais tão definidos. Ele cria, aprende e produz um padrão motor por imitação e pela experiência. O homem, para Laban, é um ser que se realiza e se manifesta através de seu corpo e movimento. Apesar da cultura e outros fatores cristalizarem certos padrões de movimento e corporais, Laban quer um sujeito que utilize toda a multiplicidade variacional do seu corpo, não se limitando a padrões que sua história de vida permita experimentar. Neste contexto visualizamos, facilmente, uma crítica à vida limitada de um homem especializado e industrial da era moderna.

Explorar ao máximo a expressividade dos esforços de Laban é apostar na vida, pois é produzir no sujeito mudanças nos aspectos psicológicos, afetivos, sociais e sensoriais. Estamos produzindo novos campos existenciais, intensificando o corpo-sem-órgão nas palavras de Deleuze e Guattari¹⁴, ou seja, um homem capaz de viver a pluralidade de seu corpo é um homem feliz. A musicoterapia, com suas ocupações e esforços, pode produzir tais mudanças.

Visualizamos que a musicoterapia em agenciamento com o sistema de Laban é uma proposta da contemporaneidade, que entende o homem através da multiplicidade, do devir, da mudança, do variacional e do estético. Tal visão é bem diferente da proposta moderna e idealizada da cinesiologia que, como uma disciplina da ciência moderna,

¹¹ NISENBAUM, 1990.

¹² LABAN, 1978.

¹³ *Ibid.*, 1990.

¹⁴ DELEUZE e GUATTARI, 1996.

acredita em leis universais e rígidas para o homem.

Uma nova força deve ser produzida na musicoterapia e nos corpos com que ela lida. É a força dos esforços, de um corpo-criação, um corpo-arte, de dinâmicas sonoras nas execuções musicais que desestabilizam e produzem novos corpos. É a força da existência de um paradigma estético para os corpos em movimento, para a musicoterapia. E para a vida.

Referência Bibliográfica

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

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

DESCARTES, René. *Discurso do Método*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

HAY, James G; REIDER, Gazin. *As bases anatômicas e mecânicas do movimento humano*. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1995.

LABAN, Rudolf. *Domínio do Movimento*. São Paulo: Summus, 1978.

_____. *Dança Educativa Moderna*. São Paulo: Ícone, 1990.

MIRANDA, Regina. *O Movimento Expressivo*. Rio de Janeiro: Funarte, 1980.

MORENTE, Manuel Garcia. *Fundamentos de Filosofia - lições preliminares*. São Paulo: Mestre Jou, 1980.

NISENBAUM, Esther. *Prática da Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1990.

Musicoterapia em Psico-oncologia

Marly Chagas¹⁵

Resumo

Baseando-se nas concepções teóricas das Terapias Somáticas, esse artigo apresenta a Musicoterapia aplicada em crianças que sofrem de câncer, e seus familiares, residentes em casa de apoio. O atendimento musicoterapêutico em crianças, familiares e voluntários é descrito nesse estudo. Esse trabalho aponta para o crescimento da musicoterapia com pacientes hospitalizados.

Palavras-chave: Musicoterapia, Oncologia Pediátrica, Casa de Apoio.

Abstract

This article is based on the Somatic Therapy theoretical conceptions. It presents music Therapy practiced with cancer suffering children and their families living in a Supporting Home Association. The music therapeutic attendance of children, parents, and volunteer workers is described on this study. This paper indicates that Music Therapeutic works with hospitalized patients is been improved.

Keywords: Music Therapy, Pediatric Oncology, and Supporting Home Association.

¹⁵ Graduada em Musicoterapia e Psicologia. Especialista em Psico-oncologia. Mestre e Doutoranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Professora da Graduação e da Pós-Graduação de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário - CBM - CEU do Rio de Janeiro.

1. Aspectos Gerais

Dentre as modernas perspectivas de atendimento ao portador de neoplasias, encontra-se a utilização da musicoterapia. Pesquisas recentes apontam a música como importante fator na contribuição ao tratamento oncológico principal. A música pode trazer conforto, desenvolver uma comunicação significativa e, inclusive, contribuir na resolução de questões emocionais. Butler¹⁶ utiliza a fonoacústica para propiciar mudanças fisiológicas com base no uso do som. A música deve trazer tranquilidade, diminuir a dor ou acalmar a alma que sofre, preenchendo o vazio criado pelas necessidades decorrentes da internação hospitalar.

Pacientes internados geralmente experienciam ansiedade devido a numerosos fatores relacionados a aspectos objetivos e subjetivos decorrentes da internação. Alguns fatores relatados na literatura incluem os medos da dor, medo das limitações impostas pela doença, e pela possibilidades da morte, bem como questões referentes à hospitalização, como por exemplo, a não familiaridade com o meio expressivo como o que oferece a musicoterapia, que não espera uma resposta léxica imediata – isto é, sentimentos não têm que ser identificados ou nomeados – temos a chance de trazer à tona poderosas emoções em uma forma expressiva. Essas formas podem se renovar, são dinâmicas e têm o potencial de serem positivas e enriquecedoras da vida.¹⁷ O uso de canções é eficiente em contribuir para oferecer aos pacientes significados existenciais que os auxiliam a se fortalecerem, e constitui importante instrumento para efetivar mudanças internas que o enfrentamento da doença exige.

Bailey¹⁸, musicoterapeuta que trabalha com pacientes adultos portadores de câncer e com suas famílias, observa que pacientes com câncer geralmente experienciam sentimentos de isolamento, depressão, tensão, perda, aflição e dor. No *setting* musicoterápico, os pacientes e suas famílias frequentemente abordam experiências ligadas às dores físicas e às dores emocionais. No trabalho de Bailey, as produções musicais de seus clientes expressam importantes significados que os auxiliam na tarefa de fortalecerem-se e de buscarem mudanças.

Outro foco da musicoterapia em oncologia é a busca da melhoria na qualidade de vida tanto do paciente quanto do cuidador, podendo ser estratégia fundamental a ser utilizada nos projetos de humanização hospitalar nas etapas de enfrentamento da doença e nos cuidados paliativos.

Na compreensão teórica da psicoterapia somática – Reich, Lowen e Boadella – temos uma unidade funcional englobando o nosso corpo e o nosso aparelho psíquico. Reich levou adiante o esquema conceitual de Freud no que se refere à sua visão econômica da libido. Exercemos, então, através de nosso aparato fisiológico, funções vitais biológicas e emocionais. A dor do corpo representa uma dor da alma, um conflito de nossa existência, uma maneira própria de estar no mundo. A energia biopsíquica, estagnada em regiões somáticas, pode ser mobilizada com uma intervenção

¹⁶ Butler, 1999.

¹⁷ Aldridge, 1999.

¹⁸ Bailey, 1984.

musicoterápica. Esta energia biopsíquica, liberada, poderá fluir através do corpo facilitando a consciência das circunstâncias vividas, a expressão emocional, a reorganização dessa energia.

O câncer, como qualquer massa tumoral, representa um bloqueio energético para o organismo. Muitas histórias, muitas dores, muitos sons, muita vida está guardada neste lugar de dor. O trabalho terapêutico, especificamente aqui o musicoterapêutico, possibilita a mobilização desta energia com conseqüências importantes para a pessoa. No mínimo a qualidade de sua vida estará influenciada pela intervenção clínica do profissional.

2. Musicoterapia em Oncologia Pediátrica

2.1. A Casa Ronald McDonald

Desde julho de 1995, desenvolvo na Associação de apoio à criança com neoplasia (AACN-RJ) um trabalho de musicoterapia. A Casa Ronald McDonald, órgão da Associação de Apoio à criança com Neoplasia, funciona desde dezembro de 1994. Seu objetivo principal é possibilitar a criança com câncer, que não reside na cidade do Rio de Janeiro, uma hospedagem que facilite a continuação de seu tratamento no regime ambulatorial. A Casa atualmente tem capacidade para hospedar 33 crianças ou adolescentes, cada qual acompanhado de um responsável.

O Setor de Musicoterapia, coordenado a partir de 2002 pelo musicoterapeuta Nelson Cruz, atende os responsáveis e às crianças que se hospedam na Casa. O atendimento em Musicoterapia é atualmente realizado por profissionais musicoterapeutas e por estudantes da graduação e da pós-graduação em musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música (Rio de Janeiro).

Foi supervisionando os atendimentos das crianças e das mães que me deparei com um rico material sonoro musical. A expressividade musical das crianças – que estão há um só tempo envolvidas em situações de sofrimento e prazer, vida e morte, expansão e contração energéticas – precisa ser estudada e analisada.

A musicoterapia é particularmente eficiente no atendimento às crianças, já que “nem sempre a criança consegue pôr em palavras suas necessidades de compreender a gravidade do que vai captando por meio de olhares, silêncios, fugas.”¹⁹

2.2. O atendimento musicoterápico às crianças da AACN.

No setor de Psicologia e Musicoterapia, a musicoterapia, historicamente, foi o primeiro atendimento oferecido às crianças. Pretende possibilitar à criança um espaço de exploração e comunicação não verbal como o permitido pelo *setting* musicoterápico. Os atendimentos são realizados uma vez por semana em pequenos grupos organizados com o critério da faixa etária. Algumas crianças são atendidas individualmente.

¹⁹ Valle, 1997, p. 71.

No nosso trabalho em musicoterapia na Casa temos observado que, através da exploração rítmica e melódica, a criança organiza possibilidades de catarse com posterior alívio de tensões importantes.

A improvisação livre, a recriação musical e a composição são técnicas musicoterápicas que oferecem a criança vivências indispensáveis ao seu desenvolvimento psíquico: auto-estima, senso de segurança, poder criador e interação humana. O prazer, o lúdico, o cantar e o dançar, as possibilidades de expressar tristeza e esperança demonstram a importância desse trabalho.²⁰

Silva²¹, analisando as sessões de musicoterapia na Casa, percebe que existem três maneiras de expressão das crianças nas sessões: a catarse, a resistência e a expressão.

A execução musical, a partir do ponto de vista expressivo da criança, oferece esta possibilidade de catarse. Esta mesma relação afetiva emocional entre musicoterapeuta e cliente, que se baseia no fazer musical, irá além da experiência catártica: construirá a possibilidade da elaboração dos conflitos e dores infantis, para que a criança possa lidar com eles. Cantar, tocar improvisar, compor acompanhada por instrumentos – em que vai percudir seu ritmo ou executar a sua melodia e harmonia – traz a possibilidade de construção de sentidos para a sua experiência.

Muitas vezes o que se inicia como expressão catártica, e aqui entendo como expressão catártica o simples alívio de tensões afetivas sem elaboração simbólica, torna-se, produtivamente, a expressão da raiva e do medo.

Os musicoterapeutas que trabalham na AACN com o grupo de adolescentes durante muito tempo substituíram os instrumentos de percussão por grandes caixas de papelão, que eram destruídas nas sessões. A substituição se deu porque a necessidade de rasgar o instrumento era tão grande que as peles do instrumento arrebentavam, e depois do movimento do alívio a culpa advinda da destruição do instrumento não permitia aos clientes a elaboração dos grandes significados de seus gestos. A caixa de papelão substituiu o instrumento com êxito e desempenha ainda melhor a função musicoterapêutica desejada.

A criança e o adolescente com neoplasia são, normalmente, pacientes dóceis. Assustados pelo tratamento invasor, submetem-se ao mal estar, à queda do cabelo, ao poder dos profissionais do hospital sem reclamar. As sessões de musicoterapia representam um local possível para surgirem os sentimentos de raiva, medo e frustração. A importância da catarse nas sessões de musicoterapia em pacientes oncológicos, ainda precisa ser mais estudada. Segundo o depoimento de uma mãe o único dia da semana que seu filho não toma Lexotan para dormir, é o dia da sessão de musicoterapia. Silva²² entende a existência da resistência como fenômeno comum no processo

²⁰ Chagas e colaboradores, 1997

²¹ Silva, 1998, pp.20-21.

²² Idem, 1998.

musicoterapêutico na Casa. Na experiência desta autora, a resistência se expressa como falta ao atendimento seguinte a uma sessão em que conteúdos importantes foram trabalhados.

No grupo de adolescentes, certa vez, Luis ia voltar para sua casa. Estava curado e não via a hora de poder enfrentar uma tia que havia lhe dito: *Câncer não tem cura. Iôcê vai mesmo é morrer*.²⁵ O grupo ficou inquieto com o depoimento de Luis. Mexiam-se nas cadeiras, levantavam-se. Um dos integrantes foi consultar o papel da Casa que indica o tipo de tumor de cada criança para saber se o seu tumor era idêntico ao companheiro curado. Nesta sessão a canção *"A gente não quer só comida, a gente quer bebida diversão e arte"*²⁶ foi cantada com entusiasmo pelo grupo. Luis foi para sua casa e os outros adolescentes não voltaram, por vários dias, às sessões.

Esta é uma das possibilidades da resistência. Entendemos, porém, que nem toda a falta às sessões é expressão da resistência. Algumas vezes a criança não deseja participar da sessão porque a idade do grupo de musicoterapia, naquela semana, não é compatível com a sua idade, ou, então, a criança, já grande está usando fraldas e se envergonha, ou ainda pode estar se sentindo muito debilitada para sair do leito e comparecer ao atendimento.

Em geral eles não faltam. Esperam ansiosamente os musicoterapeutas. Em um dos atendimentos, por motivos institucionais de falta de sala, a sessão só pode ser realizada para um dos grupos. Decidiu-se que o grupo a ser atendido seria o dos maiores. Uma das crianças pequenas ao encontrar com o musicoterapeuta disse-lhe, muito zangada: *olha, grande já foi pequeno, ouviu?*²⁷

Os conteúdos manifestos mais comuns encontrados nas sessões são: o vínculo terapêutico; as questões do corpo, da doença e da morte; a saudade; revolta; a falta de um amigo da casa; a vivência hospitalar; o medo; a tristeza, a esperança.

Permito-me utilizar alguns exemplos da clínica de musicoterapia da Casa Ronald, algumas citadas por Silva.²⁴

As questões relativas ao corpo, à doença e à morte aparecem de inúmeras maneiras. Kátia de três anos, portadora de tumor cerebral canta: *marcha soldado, cabeça pegou fogo, seu Francisco deu sinal*.²⁸ É interessante destacar que o presidente da casa nesta época era Francisco Neves, o Chico, presença bastante atuante na instituição.

De Eduardo, seis anos, é a seguinte expressão: *minha Brasília amarela, meu corpinho tá louco* no lugar de *"Meu docinho de côco, tá me deixando louco. Minha Brasília amarela tá de portas abertas"*.²⁶

Segundo Silva²⁷

Na produção sonora está envolvida a produção de uma nova "realidade". No "fazer música" o cliente transpõe suas fantasias

²⁵ Música dos Titãs

²⁶ Silva, 1998, p. 21.

²⁷ Música Folclórica

²⁸ Música dos Mamonas Assassinas – Dinho.

²⁹ Silva, 1998, p. 18.

para a criação musical. Talvez isso reduza a transposição do material recalçado em sintomas, pois aqui o cliente encontra uma outra forma de lidar com seus desejos. É diante deste lugar especial que a arte ocupa, lugar da irrealidade, que o cliente pode atingir uma realização/sublimação, retornando o caminho da sublimação em contraposição ao da produção de sintomas o que em última instância pode significar um percurso para o cliente retomar a saúde.

Este é um caminho teórico muito importante para o nosso trabalho.²⁸ Se conseguirmos contribuir para que uma pessoa retome o seu processo energético possibilitado pela sublimação que a arte e a criatividade facilitam, e esta expressão criadora estabelecer-se no lugar da produção de sintomas, que nos casos destes pacientes são sintomas de dor e morte, estaremos contribuindo, não somente para a qualidade de vida, mas para o estabelecimento da vida, DE ERROS, (EROS?) da força e do prazer.

2.3. O atendimento musicoterápico às mães

Nosso objetivo, no atendimento psicossocial através do setor de musicoterapia, é o de oferecer um espaço para que os pais possam compartilhar o sentimento de dever cumprido – objetivando com isso a fortificação da interação amorosa para com o seu filho; favorecer a comunicação de sentimentos; e possibilitar a troca de experiências enriquecedoras. A pesquisa de Grootenhuis e Last²⁹ sublinha a importância dos pais terem expectativas positivas para que continuem em condições emocionais de continuar cuidando de seus filhos enfermos.

Temos constatado que os pais, nesse momento dramático, vivenciam atitudes que correspondem às descritas por Elizabeth Kübler-Ross³⁰ acerca da reação das pessoas diante da própria morte. São elas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Em abril de 1998 iniciamos o serviço de musicoterapia com as mães das crianças e dos adolescentes da casa Ronald. Partindo da observação da necessidade das mães de experimentarem um espaço expressivo de elaboração de vivências de muito sofrimento, oferecemos uma sessão semanal de musicoterapia para os responsáveis pelas crianças.

²⁸ Em Salvador as crianças no GAAC cantavam com frequência "Fui no Tororó / beber água não achei / Encontrei bela moçona / que no Tororó deixei / Aproveita, minha gente, / que esta noite não é nada / Se não dormir agora / dormirás de madrugada". Em Salvador o Grupo de Apoio fica situado no bairro de Itororó. Silva e Silva e Matos Filha refletem sobre o significado simbólico desta canção. Ir ao tororó beber água e não achar. O simbolismo da água e sua relação com vida, sobretudo no nordeste, e as relações da noite com o medo, e o sono da morte 'aproveita, minha gente que esta noite não é nada, se não dormir agora dormirás de madrugada, e o medo da solidão: entrarás na roda ou ficarás sozinha'. (Silva e Silva e Matos Filha, 1998).

²⁹ Grootenhuis e Last, 1997.

³⁰ Kübler-Ross, 1991.

As mães aproveitam este espaço para elaborar conteúdos de dor, medo, insegurança quanto ao sucesso do tratamento de seu filho, ou filha, saudade do lar distante.

A condução deste grupo no enfoque dos sentimentos, permitiu a essas mulheres expressar o que tinham trazido por "acaso" ou o que, a princípio era "cantar por cantar". Através da musicoterapia, acreditamos que estávamos auxiliando a um mergulho interno, de maneira que a conscientização do que estava sendo experimentado ocorria em doses possíveis e significativas.¹¹

A conclusão mais surpreendente que trouxe este trabalho foi a de que as mães usavam o espaço das sessões para experimentar aspectos de si mesmas que pouco podiam parecer nesta situação de contínua contração emocional à que estavam submetidas: a mulherice, a sensualidade. Músicas de Vando, rebolados, risos... as lembranças de mulheres com uma sexualidade presente, embora não exercitada genitalmente pela distância de seus homens.

Provavelmente a possibilidade de soltarem o corpo, ritmo, voz nas sessões de musicoterapia proporcionava-lhes uma distensão no estresse, um alívio na tensão acumulada, um recarregamento energético que nutria e sustentava essas mulheres, em situação de maternidade tão dolorida, para continuar a cuidar de seus filhos ou filhas enfermos.

2.4. Os voluntários e a musicoterapia

A associação de Apoio a Criança com Neoplasia funciona através do trabalho voluntário. Fazer parte de uma equipe técnica que cuida de uma criança com câncer, requer do musicoterapeuta a atenção para com o próprio voluntário. As motivações que levam e mantêm uma pessoa no trabalho voluntário ligado à criança com câncer precisam ser examinadas, tanto quanto o estresse provocado pela delicadeza do vínculo criado entre criança-responsável e o voluntário. Esse, embora esteja uma vez por semana envolvido com aquela criança, não é seu responsável, não faz parte da equipe de saúde que se responsabiliza pelo seu tratamento, mas é elemento fundamental para humanizar o tratamento da criança e zelar pela sua qualidade de vida. A utilização da musicoterapia no trabalho com o voluntário situa-se no campo da psico-oncologia na perspectiva do "cuidado com o cuidador".

Cantar com os voluntários alivia tensões, possibilita a expressão e clarificação de sentimentos, além de integrar a equipe. Sempre cantamos em nossas reuniões, seja em pequenos ou grandes grupos.

Certa vez estava participando de uma importante reunião administrativa da Casa. O clima havia ficado muito tenso por uma discussão, absolutamente normal e necessária do ponto de vista da organização dos grupos, mas o impasse paralisou o

¹¹ Rescala e Azevedo, 1999.

grupo. Propus uma dinâmica musical. Fizemos uma grande roda e pedi para que cantassem o que quisessem. A primeira música sugerida foi “Atirei o pau no gato”³², cantando forte, com os pés batendo no chão enquanto rodavam. A segunda música foi “Que tudo mais vá para o inferno”, cantada com gestos de mãos, vozes claras e sonoras. Por último, “Bandeira Branca”³³ foi cantada em um andamento mais lento, expressivamente, no seu tom menor, os participantes dançando com gestos largos. O grupo cantou e voltou a trabalhar.

Não fiz para eles nenhuma interpretação. Apenas cantamos. Eu, porém, entendi que a reunião prosseguiria e que o impasse seria resolvido, porque as músicas me anunciaram o desfecho. Realmente eles atiraram o pau no gato, mas o gato não morreu, mesmo com a admiração de D. Chica com seu enorme berro. O que importava mesmo era que só queriam algo que lhes aquecesse no inverno, tudo mais que fosse pro inferno. Apesar de difícil o embate e da solidão sentida ao estar só no carro, pediram paz, acenando uma bandeira branca. A tonalidade passa do maior para o menor. O conteúdo das letras pode ser escutado por todos nas vozes claras e sonoras dos participantes que dançaram harmoniosamente enquanto cantavam.

São inúmeros os exemplos em que o trabalho de musicoterapia alcançou o grupo de voluntários. Para expressar saudades das crianças que haviam partido: “Naquela mesa tá faltando ele, e a saudade dele tá doendo em mim”;³⁴ orgulho pelo exercício da cidadania que o trabalho voluntário evoca: “Mas se ergues da justiça a clava forte, verás que um filho teu não foge à luta. Nem teme quem te adora a própria morte”;³⁵ esperança “Viver e não ter a vergonha de ser feliz”.³⁶

3. Perspectivas futuras

Muitas são as possibilidades de atuação do musicoterapeuta na psic-oncologia. No Brasil, alguns locais são vanguarda no oferecimento desta modalidade terapêutica. Podemos vislumbrar o alcance de uma abordagem como a nossa, que lida com materiais que implicam na expressão do não verbal, e na força motriz transformadora da criatividade, em ainda muitos outros lugares, por exemplo, na Clínica da Dor, no trabalho com as famílias de pacientes falecidos – tanto na ajuda para a elaboração do luto, quanto na reestruturação da vida cotidiana – no atendimento à equipe de saúde, na humanização hospitalar; no acompanhamento ao doente em cuidados paliativos. A ênfase contemporânea no paradigma da complexidade, certamente levará a muitos de nós o trabalho nessa área instigante da musicoterapia com pacientes gravemente adoecidos.

³² Música folclórica.

³³ Música de Laércio Alves e Max Nunes

³⁴ Música de Sérgio Bitencourt

³⁵ Hino Nacional Brasileiro

³⁶ Música de Gonzaguinha

Referência Bibliográfica

ALDRIDGE, D. e ALDRIDGE, G. Life as Jazz; Hope, meaning and music therapy in the treatment of life-threatening illness. In: DILEO, C. (edited) *Music therapy & Medicine – Theoretical and Clinical Applications*. Silver Spring: American Music Therapy Association, 1999. P. 31 – 40.

BAILEY, L. M. The Use of Songs in Music Therapy with Cancer patients and their Families. In: *Music therapy – the Journal of the American Association for Music therapy*; Vbl. 4, Nº 1, 1984.

BUTLER, C. Physioacoustic Therapy with Post-cirurgical and Critically Ill Patients. In: DILEO, C. (edited). *Music Therapy & Medicine – theoretical and Clinical Applications*. Silver Spring: American Music Therapy Association. 1999. P. 79 – 94.

CHAGAS, Marly; et al. Experiência Psicossocial numa Instituição de Apoio à Criança com Câncer e sua Família. In: *Revista eletrônica Artes de Cura*. Bapera Editora. <http://www.ax.apc.org/~bapera/index.html>, 1996.

_____. *Relatório das Atividades do Setor de Psicologia e Musicoterapia da Associação de Apoio à Criança com Neoplasia*. Quiron, 1987.

GROOTENHUIS, M. A, and LAST, B. F. Predictors of Parental Emotional Adjustment to Childhood Cancer; In: *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer* New York: Wiley. 1997. Vbl. 6. N.2.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MARANTO, C. Applications of Music in Medicine. In: HEAL, M; WIGRAM, T. (Edts). *Music Therapy and Health and Education*. London: Jessica Kingsley Publications. 1993. P. 153 – 174.

PASTANA, D. P. *Aspectos do Processo Musicoterápico dentro de uma Casa de Apoio que Hospeda Crianças com Câncer: Casa Ronald McDonald*. Monografia de Graduação. Rio de Janeiro: Conservatório Brasileiro de Música. 1997.

RESCALA, A.B. e AZEVEDO, J. G. *Musicoterapia em Grupo de Mães de Crianças Portadoras de Neoplasia*. Monografia de Graduação. Rio de Janeiro: Conservatório Brasileiro de Música. 1999.

SILVA, J. Musicoterapia em Oncologia pediátrica. In: *Clínica musicoterápica limites e Transgressões*. IV Fórum estadual de Musicoterapia. AMT-RJ. 1998.

SILVA E SILVA, B. V.; MATOS FILHA, E. M.M.C.L. *a Musicoterapia no Grupo de Apoio à Criança com Câncer*. Monografia de Graduação. Salvador: Universidade Católica do Salvador. 1998.

VALLE, E. R. M. *Câncer Infantil. Compreender e Agir*. Campinas: Editorial Psy. 1997.

A CANÇÃO-ÂNCORA

descrevendo e ilustrando a contratransferência em Musicoterapia.

Márcia Cirigliano, M.M.T.*

Resumo

O presente artigo visa dar continuidade às possíveis articulações entre o corpo teórico da Musicoterapia e os conceitos psicanalíticos, notadamente os de livre associação e atenção flutuante, este já em vigor na teoria musicoterápica sob a denominação de atenção flutuante musical. É descrita a conceituação do termo canção-âncora que, como expressão contratransferencial, consiste na canção do musicoterapeuta. Seu conhecimento consciente e correto monitoramento possibilita recurso terapêutico, ante a eventuais situações de impasse na relação terapeuta-paciente.

Palavras-chave: Contratransferência, Canção-âncora, Musicoterapia

Abstract

This article aims to give continuity to possible relations between the Music Therapy theoretical approach and the psychoanalytical concepts, mainly free association, and evenly* suspended attention, this one already part of Music

* Márcia Maria da Silva Cirigliano, psicóloga, musicoterapeuta, Mestre em Musicoterapia pela Temple University, Philadelphia, USA. Professora dos cursos de Graduação e Especialização em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro.

Endereço: Rua Martins Ferreira, nº 15 apto. 201 - Botafogo, RJ, 22271-010

E-mail: marciasilva105@hotmail.com

Therapy theory, under the term of musical evenly suspended attention. The concept "song as an anchor" is then described as the therapist's song and also as an expression of the countertransference. Being aware and correct monitoring this named song provides a therapeutic resource for the music therapist when facing situations of impasse in the patient-therapist relationship.

Keywords: Countertransference, Song, Music Therapy.

A necessidade de definir termos para o corpo teórico-prático da Musicoterapia faz-me retomar o artigo *Pesquisa na Clínica Musicoterápica: a canção como âncora terapêutica*, publicado nesta revista (Cirigliano, 1998), estendendo suas reflexões para uma definição conceitual do que venho a nomear "canção-âncora", descrita como se segue:

Canção-âncora é primariamente uma canção trazida pelo musicoterapeuta, no contexto do atendimento. É passível de ocorrência, mediante alguma circunstância do paciente que, contratransferencialmente, mobilize o musicoterapeuta. A canção surge, sem que este se aperceba conscientemente, em situações clínicas nas quais, movido pela contratransferência, o musicoterapeuta se depara com dificuldades de interagir com o seu cliente. A canção-âncora auxilia o musicoterapeuta a sair do estado "paralisado" em que se encontra, dando prosseguimento à sessão. Posteriormente possibilita, ao profissional, mediante reflexão, utilizá-la como um recurso que o instrumenta buscar interação, quando exposto a situações musicoterápicas de impasse.

A imagem da âncora pode causar polêmica pela gama de significados que dela se depreendem. Por exemplo, tem-se no dicionário Aurélio (1975), ancorar significando "lançar (a embarcação) uma âncora ao fundo, para com ela manter-se parada". Entretanto, sabe-se que "basear, fundamentar, estribar, fundar-se", seriam outros sentidos para o verbo ancorar.

A palavra **estribo**, em nossa nomenclatura, está associada a diversos contextos, inclusive ao das plataformas (de trens, por exemplo) para embarque e desembarque. Ou seja, nesta concepção, constitui um primeiro apoio para que o movimento (embarcar/desembarcar) se processe. É precisamente este sentido (de estribar), que associa apoio momentâneo, para posteriormente haver movimento, que busco conferir à imagem da canção como âncora, na clínica musicoterápica: o musicoterapeuta lança mão de um recurso (canção, surgida espontaneamente, a princípio e depois, tornada consciente), estando nele apoiado, frente uma situação de impasse, para propiciar movimento na interação com seu cliente, antes paralisada por sentimentos contratransferenciais.

A escolha desta imagem advém da semente de toda esta reflexão: minha dissertação de Mestrado (Cirigliano, 1996). Nela, utilizo o termo "*be anchored*" (estar ancorado) para explicar a sensação de apoio que a canção me proporcionava nas circunstâncias então descritas.

Sabemos o quão complexa, e ao mesmo tempo necessária, é a definição de um termo. Há alguns anos atrás o termo **ATENÇÃO FLUTUANTE MUSICAL** foi também por mim definido e devidamente registrado. Posteriormente, o mesmo estudo foi

publicado nos anais do VII Congresso Mundial de Musicoterapia (Cirigliano, 1993). Na construção deste termo em Musicoterapia, baseio-me no conceito freudiano de atenção flutuante (Freud, 1912) no contexto psicanalítico e o transponho, com a devida exemplificação clínica, para o *setting* musicoterápico.

No presente caso, a tarefa se torna um tanto mais árdua por duas razões. Por um lado, desde os primeiros trabalhos publicados, dirijo meu olhar, na clínica musicoterápica, a uma articulação de suas especificidades com a Psicanálise. Assim, quando nomeio certas situações, refiro-me a conceitos freudianos, já explorados com detalhe na literatura psicanalítica. Um bom exemplo de referência é a vasta obra de **Laplanche & Pontalis** (1983), onde tem-se acesso a um apanhado da terminologia psicanalítica, historiada e resumidamente aprofundada.

A segunda razão para a complexidade deste trabalho se deve ao fato de que, em vista de parte da minha formação ter sido feita em uma universidade americana, muitas reflexões que deram origem à Dissertação de Mestrado formularam-se em outra língua. A tradução de termos constitui-se algo sutil e nem sempre se consegue manter total clareza e fidedignidade quando transitamos de um universo lingüístico para o outro.

Bruscia (1998) discorre sobre a longa trajetória para definir Musicoterapia, passando por, no mínimo, duas distinções importantes e pertinentes a este tema. A primeira se refere à figura do terapeuta como "aquele que ajuda" (**helper**). Destacadas as particularidades inerentes ao contrato terapêutico, o autor chama a atenção para os aspectos contratransferenciais. Embora advenham de uma terminologia criada por Sigmund Freud, estão presentes em toda modalidade terapêutica, não importando sua orientação teórica, uma vez que se trata de uma relação entre seres humanos. A segunda distinção se faz entre as mutuamente excludentes visões de mundo, que vão caracterizar as investigações das pesquisas quantitativa e qualitativa. Minha dissertação se deu nos moldes da segunda orientação, em que o pesquisador é, ao mesmo tempo, observador e participante.

Neste momento em que estabeleço um recorte das mencionadas apresentações estou, na realidade, atendo-me a uma das conclusões da pesquisa que resultou em minha dissertação de Mestrado em Musicoterapia. Naquela época, cumprindo as exigências de apresentar um estudo qualitativo, debruçava-me sobre os relatórios das sessões de um paciente atendido em consultório. Os dados diagnósticos e outros de identificação foram propositadamente mascarados por dois motivos: a) não seria possível obter formulários de consentimento da família que estava no Brasil; b) uma vez que o objetivo da pesquisa era investigar o que se passava comigo, musicoterapeuta, na interação com aquele cliente, tal acuidade seria irrelevante. Em outras palavras, estava buscando investigar o meu papel, e o que a música revelaria de aspectos contratransferenciais naquela relação. Talvez ajude lembrar o estudo do atendimento com vistas à dissertação que então se esboçava:

- 1) O paciente apresentava comportamentos que me deixavam paralisada: isolamento, agitação (jogar instrumentos), choro, etc.

- 2) Eu me perguntava: "O que há com ele? Será que está triste? Por quê?"
- 3) Em relação às minhas questões contratransferenciais, tentei, ao longo do estudo, traduzi-las em construções como: gostaria de ajudar, não sei como interferir, estou impotente ante o isolamento do paciente, sinto-me ansiosa, etc.
- 4) Na improvisação musical eu cantarolava. Um trecho familiar de melodia surgia. Naquele instante, algo mudava na dinâmica da sessão. Ou seja, a sessão saía da "paralisia" em que estava e tomava alguma direção. Mais que isso, terapeuta e cliente voltavam a interagir (por exemplo, o cliente saía do isolamento, fazia contato com o olhar, parava de jogar instrumentos, etc.).
- 5) Mediante a análise das letras das canções que surgiam, uma canção destacou-se como mais propiciadora de mudanças no contexto terapêutico.

Quando o trabalho sobre Pesquisa na Clínica Musicoterápica foi apresentado no IX Simpósio Brasileiro de Musicoterapia (Rio de Janeiro, 1997), o termo canção-âncora já estava nele embutido mas não explicitado. O propósito deste artigo é, pois, colocá-lo em bases de definição, com as possíveis implicações contratransferenciais.

Não pretendo aqui uma exposição de situações pessoais de vida, mas estimular os musicoterapeutas para que reflitam sobre seus sentimentos em relação aos clientes, sobre o que estão fazendo e, é claro, sobre como suas relações também podem, em algum nível influenciar o seu "estar com" o paciente. Como já mencionado antes, o terapeuta se depara constantemente com sentimentos contratransferenciais. Não há, portanto, terapeuta "neutro" e seria, por um lado confortável, e por outro ameaçador, se houvesse. Porém é preciso que o musicoterapeuta se aperceba que, do mesmo modo que seu mundo interno (musical, inclusive) pode estar provocando reações em seu cliente, também o exercício da atenção flutuante apura sua escuta e contribui para ajudá-lo tanto a escutar o cliente, como, *a posteriori*, a si próprio.

Cabe considerar as seguintes características da canção-âncora: ela é uma expressão da contratransferência, na medida em que pertence ao terapeuta, relaciona-se com sua história e vivências musicais. Sua função é proporcionar certo grau de relaxamento ao terapeuta, à semelhança de um acalanto, para que, então, ele tenha condições de sair do estado de impotência/impasse ante seu cliente e poder interagir com ele. Trata-se de uma ancoragem terapêutica pessoal, e cada musicoterapeuta tem a(s) sua(s) - ritmo, harmonia, etc - de acordo com a sua história e relações que estabelece com a música - pode inclusive possuir várias formas musicais de ancoragem e sequer ter consciência disso!

A canção-âncora não deveria constituir ameaça nem ser nociva ao cliente, mas proporcionar a mobilização de respostas no contexto terapêutico. Tampouco se aplicaria a ser utilizada como mecanismo de defesa mas uma ferramenta de trabalho, um facilitador para a participação ativa do terapeuta junto a seu cliente. Obviamente, tal participação inclui o silêncio e a plena utilização da criatividade e recursos musicais.

Desnecessário dizer, embora seja útil enfatizar, que o musicoterapeuta deve ainda mais investir no conhecimento de si próprio, sua história, preferências, dores e impasses musicais. Quanto mais se conhece, menos “atua sua contratransferência” (no sentido freudiano do termo act-out), quanto mais profundamente se descobre, mais pode se aventurar junto com seu cliente, no universo desconhecido do não-sabido, não-revelado. E, poderá dispor, se e quando pertinentes e quanto maior auto-conhecimento tiver, de seus próprios recursos internos, que são vários – a canção-âncora é apenas um deles.

Referências Bibliográficas

Dicionário Aurélio, 1975

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

BRUSCIA, K. E. Defining music therapy. Phoenixville: Barcelona Publishers, 1998.

CIRIGLIANO, M. A dream is a wish: a therapist's song. Philadelphia, Temple University. Dissertação de Mestrado 1996.

_____. Atenção Flutuante Musical: uma reflexão psicanalítica quanto ao papel do musicoterapeuta. VII Congresso Mundial de Musicoterapia, Espanha, 1993.

_____. Revista Brasileira de Musicoterapia ano III número 4, 1998.

FREUD, S. (1912). Conselhos aos médicos que exercem a psicanálise. In: Obras Completas (Standard Edition). Rio de Janeiro:Imago, 1972, volume XII, p. 149-159.

Ética na Pesquisa em Musicoterapia⁷⁰

Marco Antonio Carvalho Santos⁷¹

Gostaria, em primeiro lugar, de agradecer o convite para participar deste III Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e do IV Fórum Paulista de Musicoterapia e dizer que considero altamente significativo para o desenvolvimento da nossa carreira o interesse e o envolvimento crescente dos musicoterapeutas com a prática da pesquisa. É uma demonstração de maturidade do campo já que indica um novo patamar de compreensão do processo de construção do conhecimento e um movimento de superação de uma visão mais limitada da relação entre teoria e prática terapêutica.

Em 1995, aqui em São Paulo, durante o VIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, tive a oportunidade de afirmar, numa mesa redonda a respeito da construção da nossa carreira, que, sem pesquisa, publicações e um esforço de qualificação acadêmica de uma parte dos seus profissionais, a musicoterapia não poderia alcançar reconhecimento junto à comunidade científica⁷². Enfatizava a necessidade de superar algumas concepções que pareciam considerar a pesquisa como uma iniciativa pessoal, perdendo de vista o seu caráter essencialmente coletivo que implica na conjugação de esforços, intercâmbio constante, definição de prioridades, formação de pesquisadores.

⁷⁰ Trabalho apresentado no III Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e IV Fórum Paulista de Musicoterapia – outubro de 2002.

⁷¹ Professor do Conservatório Brasileiro de Música (graduação e pós-graduação em Musicoterapia), professor-pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fiocruz, doutorando em Educação na Universidade Federal Fluminense

⁷² Santos, Marco A. C. "Musicoterapia – aspectos da construção de uma carreira" in *Revista Brasileira de Musicoterapia* no. 2 – 1996, UBAM: Rio de Janeiro.

Dois anos depois, durante o IX Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, retornando ao tema da pesquisa, procurei destacar a relação entre produção científica e as pós-graduações *strito sensu* no nosso país.

Citava uma fala da Dra. Cecília Minayo⁷³ na qual esta autora, analisando os mestrados e doutorados em saúde coletiva, apontava “a pós-graduação como o *locus* privilegiado de produção técnico-científica, não só da área de saúde coletiva, mas de todo o complexo acadêmico brasileiro”. No nosso campo, no entanto, ainda não contamos com nenhuma pós-graduação *strito sensu*, mas apenas com especializações (pós-graduação *latu sensu*). A alternativa encontrada por vários musicoterapeutas tem sido encaminhar projetos para programas de mestrado e doutorado em áreas onde possam pesquisar questões, direta ou indiretamente, ligadas ao campo da musicoterapia. Alguns poucos conseguiram completar, nos Estados Unidos, programas de mestrado em musicoterapia e temos já uma doutora formada lá.

A preocupação com o desenvolvimento do trabalho de pesquisa esteve presente na fundação da União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM). Uma das tarefas que a entidade se propôs a enfrentar quando da sua criação foi exatamente a de promover e estimular a pesquisa. Num documento elaborado pelo primeiro secretariado da UBAM, dirigido por Ronaldo Millecco, e enviado às direções das associações era lembrado que

“Na reunião das Associações de Musicoterapia, realizada em São Paulo durante o VIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, em que foi decidida a criação dessa entidade, ficou estabelecido um programa mínimo a ser desenvolvido pelo Secretariado Nacional da mesma no período de um ano. Este programa contemplava 3 aspectos: 1- coordenação da elaboração do projeto de estatuto da entidade a ser aprovado em encontro das Associações a ser realizado no próximo ano; 2- criação de uma revista nacional de Musicoterapia que incentive o intercâmbio e estimule a produção teórica, possibilitando a sua publicação; 3- o desenvolvimento da pesquisa em Musicoterapia, através de iniciativas que organizem o intercâmbio de experiências e pesquisas em diferentes áreas.”

Mais adiante, depois de detalhar as propostas em relação ao estatuto e à criação da Revista Brasileira de Musicoterapia, o texto propunha especificamente em relação à pesquisa:

Uma primeira tarefa a que se propõe o Secretariado é a de organizar um catálogo nacional de monografias. Além disso consideramos importante iniciar um arquivo que reúna a produção científica na

⁷³ “A produção Científica na Saúde Coletiva” in *Tema our. 1997*, Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro. Trata-se do texto apresentado pela autora, Vice-Presidente da Fiocruz, durante o V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

nossa área (artigos em publicações científicas, anais de congressos, relatórios de pesquisa, etc.).

Para isso pedimos a colaboração dos cursos e associações enviando-nos listas das monografias (se possível com o resumo) e outros trabalhos para o arquivo de produção científica. Nossa intenção é divulgar o material recebido facilitando a circulação de informações sobre pesquisas e estudos realizados.

O levantamento da prática clínica será um segundo objetivo. Queremos poder dispor de dados atualizados a respeito da situação da profissão nas diferentes áreas de atuação. Também aqui necessitaremos de informações das associações e estamos elaborando um questionário que enviaremos posteriormente.

No texto lançava-se ainda a proposta de promover um concurso nacional de monografias sobre a história da Musicoterapia no Brasil. Creio que, se ainda não foi possível completar estas tarefas mencionadas no texto, conseguimos avançar com a criação dos Encontros Nacionais de Pesquisa, a titulação de vários musicoterapeutas nos últimos anos, a organização de alguns trabalhos de pesquisa em diversos estados. Abordar estas questões numa perspectiva histórica pode contribuir para nos situarmos melhor: é importante percebermos que avançamos e em que aspectos e, ao mesmo tempo, que ainda temos desafios e obstáculos difíceis a superar. Talvez o maior seja a inexistência de programas de pós-graduação *strito sensu* na nossa área, dificultando a formação de pólos integrados de ensino e pesquisa. Isso se torna mais um empecilho para a elaboração de uma pauta de pesquisa que defina prioridades e facilite a conjugação de esforços.

Hoje, seguindo a proposta da comissão organizadora deste evento, abordaremos a questão da ética em pesquisa. Escolhi aborda-la a partir da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Embora tenha consciência de que vários dos presentes conhecem a Resolução, creio que pode ser um ponto de partida para organizar algumas reflexões sobre o tema.

O documento foi homologado em 1996 pelo Dr. Adib Jatene, então Ministro de Estado da Saúde e tem a seguinte estrutura:

- I - Preâmbulo
- II - Termos e Definições
- III - Aspectos Éticos da Pesquisa envolvendo Seres Humanos
- IV - Consentimento livre e esclarecido
- V - Riscos e benefícios
- VI - Protocolo de Pesquisa
- VII - Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
- VIII - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS)
- IX - Operacionalização
- X - Disposições transitórias

Trata-se de um texto razoavelmente extenso - a Resolução tem cerca de 14 páginas e pode ser acessada na internet – que não tenho a intenção de resumir ou analisar integralmente mas apenas propor reflexões em torno de algumas de suas orientações. Assim não me preocuparei aqui em acompanhar a ordem de exposição dos temas na Resolução.

Na seção *Términos e Definições*, o documento apresenta *Pesquisa* como “*classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência.*”

O documento considera, ao contrário de algumas suposições ingênuas, “*que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco*”, mas que as pesquisas são admissíveis quando, entre outras razões, “*oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa¹⁴ e de outros indivíduos*”. É necessário que “*o risco se justifique pela importância do benefício esperado*”.

São três páginas dedicadas aos *Aspectos Éticos da Pesquisa envolvendo Seres Humanos*. Segundo a Resolução, a eticidade da pesquisa implica em

- “consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo (autonomia) e a proteção aos grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes”;
- ponderação entre riscos e benefícios (...) comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência);
- garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);
- relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para sujeitos vulneráveis, o que garante igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade)”.

São apresentadas 23 exigências a serem observadas na pesquisa envolvendo seres humanos em qualquer área de conhecimento. Uma delas afirma a necessidade de contar com “*os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-estar do sujeito da pesquisa, devendo ainda haver adequação entre a competência do pesquisador e o projeto proposto*”. Fica assim destacada, como exigência ética da investigação científica, que o pesquisador tenha condições de realizar o que se propõe a fazer em termos de pesquisa. Mas quem decide sobre isso? Cabe apenas ao próprio pesquisador avaliar as suas propostas em relação aos cuidados com os sujeitos da pesquisa e às suas próprias condições para o trabalho?

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde deixa muito claro que “*toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Conselho de Ética em Pesquisa*”. Estabelece que “*as instituições nas quais se realizem*

¹⁴ “Sujeito da pesquisa – é o(a) participante pesquisado (a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer remuneração” (Resolução 196/96).

pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, conforme suas necessidades”, e que, “na impossibilidade de se constituir CEP, a instituição ou o pesquisador responsável deverá submeter o projeto à apreciação do CEP de outra instituição, preferencialmente dentre os indicados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS)”.

O documento afirma o caráter social da pesquisa e determina normas e diretrizes que devem nortear o controle social da sua prática. Os cuidados a serem observados quando se lida com pessoas em pesquisa não podem se constituir em assunto a ser decidido pelo bom senso do pesquisador e da sua equipe. O grande desenvolvimento da pesquisa em diversos campos levou à consciência dos riscos envolvidos em procedimentos aparentemente inócuos e à constatação de que podem ser produzidos danos de várias ordens. A Resolução se refere à *“possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.”* A preocupação com o caráter social e não apenas técnico do controle ético pode ser observado na composição dos Comitês de Ética em Pesquisa determinada pela Resolução:

colegiado com número não inferior a sete membros. Sua constituição deverá incluir a participação de profissionais de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição. Poderá variar na sua composição, dependendo das especificidades da instituição e das linhas de pesquisa a serem analisadas.

O texto afirma ainda o caráter multi e transdisciplinar do CEP (não pode ter mais que metade de membros de uma mesma categoria profissional) e poderá contar com a participação de consultores *“ad hoc”* quando necessitar de subsídios técnicos específicos.

Na seção referente a *Protocolo de Pesquisa* ficam definidas várias exigências que garantem a dimensão pública da pesquisa. O protocolo é documento a ser submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa e deve incluir, entre outros dados, uma descrição dos propósitos e das hipóteses a serem testadas, explicitação das responsabilidades dos envolvidos (pesquisador, instituição, promotor e patrocinador⁷⁵), demonstrativo da existência de infra-estrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender eventuais problemas dela resultantes, orçamento financeiro detalhado, explicitação de acordo preexistente quanto à propriedade, uso e destinação das informações geradas e material e/ou dados coletados, demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação dos resultados⁷⁶, declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não. Esta dimensão pública da pesquisa pode ser considerada problemática por alguns já que

⁷⁵ A resolução define promotor como “indivíduo ou instituição responsável pela promoção da pesquisa” e patrocinador como “pessoa física ou jurídica que apóia financeiramente a pesquisa”.

expõe o trabalho com seus acertos e erros, avanços e equívocos. Pode parecer difícil apresentar para outros profissionais, da nossa e de outras áreas, os resultados de uma prática ainda no seu início. Creio que teremos, no entanto, de enfrentar este desafio com humildade se quisermos construir uma produção consistente. Acostumar-se à crítica, aprender com ela em lugar de se deixar levar pela suscetibilidade, é uma exigência incontornável que se coloca a quem pretende se inserir no campo da pesquisa.

Alguns musicoterapeutas que desenvolvem ou desenvolveram trabalhos de pesquisa em instituições de saúde têm se defrontado com exigências cada vez maiores dos CEPs relacionadas com os protocolos de pesquisa, com os documentos que expressam o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa, com relatórios e prazos. Caberia perguntar até que ponto os profissionais estão hoje saindo dos cursos de graduação e pós-graduação preparados para isso e se as pesquisas que estão sendo desenvolvidas no nosso campo atendem efetivamente às exigências do Conselho Nacional de Saúde. Talvez a UBAM possa coordenar uma reflexão nesta direção buscando identificar as principais dificuldades enfrentadas e que soluções podemos encontrar para elas.

Creio que divulgar e discutir estas questões serão uma importante contribuição para o desenvolvimento dos musicoterapeutas que atuam ou pretendem atuar como pesquisadores. Se a legislação específica é ainda pouco conhecida dos estudantes e mesmo de muitos profissionais, a sua divulgação e discussão poderiam ser objeto de uma campanha das associações e dos cursos, como mais um passo no sentido de construirmos uma prática de pesquisa teoricamente consistente e solidamente fundada em procedimentos éticos.

¹⁶ Segundo a Resolução, nos casos que envolvem patenteamento, os resultados devem ser tornados públicos logo que se encerre a etapa de patenteamento.

El Método Plurimodal como herramienta de evaluación del paciente en Salud Mental

*MT Mayra Hugo y Lic. **MT Diego Schapira

Resumen

El Método Plurimodal es un método musicoterapéutico desarrollado por musicoterapeutas que integran el programa ADIM, (Asistencia, desarrollo e investigación en Musicoterapia), institución fundada por los autores en Montevideo y en Buenos Aires. En este texto, se intenta describir cómo se concibe lo que en el Método se ha denominado "valoración diagnóstica" en musicoterapia, y cómo se la lleva a cabo. Para eso se brinda una breve introducción teórica del método, se describe qué se entiende por valoración, qué información se indaga y cómo se obtiene, y cuáles son los objetivos de la misma. Finalmente, se brindan tres ejemplos de valoración diagnóstica extraídos de casos clínicos.

* Mayra Hugo

Uruguaya, egresada de la Primera Escuela de Musicoterapia del Uruguay

Fundadora y coordinadora del programa ADIM

Musicoterapeuta del Servicio de Hemato oncología pediátrica del Hospital Pereira Rossell, y del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica.

Ex integrante de la Comisión de Educación de la WFMT

Delegada suplente por Uruguay ante el CLAM.

**Diego Schapira

Argentino, musicoterapeuta y licenciado en musicoterapia egresado de la Universidad del Salvador (USAL), de Buenos Aires.

Fundador y coordinador del Programa ADIM.

Musicoterapeuta de la Comunidad Terapéutica Vicente López.

Profesor titular de Musicoterapia IV en la Carrera de Musicoterapia de la USAL.

Miembro del Consejo Asesor de la Carrera de Musicoterapia de la Universidad de Buenos Aires

Palabras clave: Método Plurimodal, valoración, Modos Comunicacionales no verbales (MCnoV)

Abstract

The Plurimodal Method was developed by music therapists who belong to the Programa ADIM (Assistance, Development and Research in Music Therapy), Institution founded by the authors in Montevideo and Buenos Aires. This paper intends to describe how is conceived and done what in the method is called "diagnosis assessment" in music therapy. For that purpose it is given a brief introduction to the method, it is described what is understood by "diagnosis assessment", what information is searched, how it is found and what are the aims of it. Finally, three clinical examples of "diagnosis assessment" are developed.

Keywords: Plurimodal method, Assessment, Non verbal communicational modes

Introducción

Este trabajo surge a partir de nuestra tarea como Musicoterapeutas, con pacientes psiquiátricos en rehabilitación, en un encuadre institucional, concretamente en el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, en Montevideo y en la Comunidad terapéutica Vicente López, en Buenos Aires. Se trata de pacientes con diagnóstico de psicosis, adicciones duales y neurosis graves. Luego, lo hicimos extensivo a la población que demanda asistencia en los consultorios del programa ADIM (Asistencia, Desarrollo e Investigación en Musicoterapia) –la institución que fundamos hace unos años en ambas ciudades-, personas que, en su gran mayoría, son neuróticas.

En el caso del CNRP los pacientes, derivados por sus psiquiatras tratantes, son admitidos, luego de una entrevista inicial con el psiquiatra de la institución, en un grupo llamado "de evaluación", en el que permanecen por un tiempo aproximado de tres meses, durante los cuales asisten tres veces por semana por espacio de cinco horas cada vez, para participar de distintas actividades grupales (Psicoterapia, Terapia Ocupacional, Recreación, Expresión Corporal, Musicoterapia). Durante ese tiempo, se realizan entrevistas familiares con un Asistente Social, y se les realiza un psicodiagnóstico. El objetivo en esta "etapa de evaluación", es justamente ese: evaluarlo, conocerlo, calibrar su capacidad de adaptación a la propuesta única institucional, y formular objetivos para su tratamiento, si es que el equipo de profesionales decide que está en condiciones de comenzar un proceso de rehabilitación. En ese caso, luego de ser evaluado pasa a integrar uno de los grupos de la llamada "etapa intermedia", en la cual permanecerá por un periodo de dos a tres años aproximadamente, y durante la cual realizará su proceso de rehabilitación.

Si bien Musicoterapia funciona como actividad continente necesaria para la adaptación del paciente a la institución, como también lo hacen algunas otras actividades

grupales, observamos que, desde nuestra disciplina podemos hacer aportes específicos que enriquecen y amplían la visión que el equipo tiene del paciente.

En la Comunidad Terapéutica Vicente López, la modalidad es que los mismos ingresen al programa asistencial luego de algunas entrevistas de admisión, y la evaluación se va realizando desde cada disciplina en el devenir de la vida institucional. Esto es posible porque se trata de un grupo único, en el cual no hay una rotación permanente de pacientes. Son más los períodos de estabilidad en cuanto a la constitución grupal, lo que permite visualizar con claridad las posibilidades de inserción de un nuevo paciente. De todos modos, se nos hace muy claro que aun en modalidades institucionales tan diferentes, desde la Musicoterapia es indispensable disponer de herramientas de evaluación diagnóstica para considerar si alguien puede ser beneficiado con lo que cada institución puede ofrecerle. En el caso de los tratamientos ambulatorios de musicoterapia, no contar con herramientas de evaluación diagnóstica puede ser el camino que lleve a la iatrogenia, ya que es el musicoterapeuta quien asume toda la responsabilidad profesional de tratamiento, al conducir el mismo. En función de esto, debe tener muy en claro cuáles son las posibilidades asistenciales que su encuadre puede contener, y debe contar indispensablemente con herramientas de evaluación diagnóstica, de prescripción, de evaluación del proceso y criterios de alta. También debe saber, si el encuadre resultara insuficiente, cuál podría ser el tratamiento más adecuado a indicar, y qué tipo de profesional o institución derivar.

Nosotros nos formamos, allá y entonces, con el concepto de que nuestra función como Musicoterapeutas se limitaba a "abrir canales de comunicación", a través de los cuales las personas pudiesen tener un mejor acceso a otro tipo de terapias, sobre todo verbales. Nuestro tránsito por distintos modelos y corrientes de pensamiento teórico musicoterapéutico, nos dejó muy en claro que los Musicoterapeutas podíamos dar una visión específica del paciente que ningún otro profesional podía dar. Luego, en el Método Plurimodal fuimos recogiendo y sintetizando los procedimientos que nos han parecido más eficaces para poder generar nuestras propias herramientas que deriven en la formulación de un protocolo de valoración.

Breve introducción al Método Plurimodal

La Musicoterapia como cuerpo disciplinario se sostiene sobre diferentes pilares que se interrelacionan para configurar su trama actual. Cada uno de ellos está constituido como un trípode, donde sus componentes a la vez se vinculan indisolublemente, tal como lo podemos apreciar en el gráfico siguiente:



Vemos que uno de estos triángulos está por constituido por: a) Teoría de Sujeto b) teoría musicoterapéutica y c) lógicas de intervención. Es en este en el cual nos centramos para hacer una breve referencia acerca del Método Plurimodal.

El mismo comenzó a configurarse durante la década del 90, y hacia fines de la misma se constituyó como tal. Su denominación alude a dos dimensiones, una teórica y otra práctica. Con respecto a la dimensión teórica, es plurimodal por no estar inscripto de manera indisoluble dentro de ninguno de los denominados modelos teóricos musicoterapéuticos, tomando conceptos de pensadores de distintas corrientes que nos resultan valiosos y útiles.

Podemos decir entonces que el método plurimodal comparte primordialmente con el Modelo de Musicoterapia Analítica (MMA)- que generó Mary Priestley, y que han continuado colegas como Inge Pedersen, Mechtilde Langenberg, Jochannes Eschen, Susan Hadley y tantos otros prestigiosos musicoterapeutas - la teoría de sujeto que lo sustenta, gran parte de su teoría musicoterapéutica, y se diferencia más en los ejes de acción que privilegia para sus intervenciones. Cabe aclarar que rescatamos también algunos conceptos de otros modelos y corrientes de pensamiento teórico musicoterapéutico, que nos parecen sumamente valiosos y nos han permitido ampliar nuestra comprensión acerca del fenómeno musicoterapéutico. En un apretado resumen de los fundamentos teóricos del Método Plurimodal, se podría decir que el mismo:

- a. toma en cuenta la noción de inconciente
- b. considera que todo individuo tiene un registro total de su experiencia de vida, que condiciona su presente y su futuro
- c. adhiere a la idea de matriz sonora del inconciente
- d. considera que en el proceso musicoterapéutico se despliegan los mismos mecanismos de defensa que aparecen en un proceso psicoterapéutico analítico

- e. concibe el concepto de transferencia musicoterapéutica, que tiene características diferentes a la transferencia en términos psicoanalíticos.
- f. adhiere al concepto de contratransferencia musical
- g. toma en cuenta al encuadre como elemento básico para el despliegue de los fenómenos musicoterapéuticos.
- h. adhiere al concepto de "analogía", propuesto por H. Smeijsters

En su dimensión práctica, su denominación se sostiene en el desarrollo sobre cuatro ejes de acción, que se van entrecruzando permanentemente en el devenir de los procesos musicoterapéuticos. Es decir que no es sólo Musicoterapia improvisacional, ni es sólo Musicoterapia que trabaje con imaginaria musical o sobre las diferentes formas de utilizar las canciones sino un permanente entrecruzamiento de sus ejes de acción, que pueden privilegiarse o no considerarse de acuerdo a la población con la que se trabaje, o al momento del proceso musicoterapéutico por el que esté atravesando un paciente o un grupo de pacientes. El Método Plurimodal desarrolla actualmente cuatro ejes de acción:

1. La Improvisación musical terapéutica
2. El trabajo con canciones
3. La técnica de EISS (Estimulación de Imágenes y sensaciones a través del sonido)
4. El uso selectivo de la música editada

Todo paciente que realiza un proceso de Musicoterapia en el marco del Método Plurimodal (MP) es considerado como un sujeto, un individuo con su propia realidad psicofísica, cuyos padecimientos son únicos. Al mismo tiempo, ese sujeto se nos presenta con sus propios Modos Comunicacionales no Verbales (MCnoV), y es tarea del Musicoterapeuta poder conocerlos, preservándolos y respetando su identidad cultural. Ya tendrá tiempo el paciente de revisar sus MCnoV durante el proceso musicoterapéutico, y de analizar en qué medida le sirven para comunicarse y establecer vínculos fluidos con otros, o bien en qué medida están al servicio de preservar su malestar.

Las lógicas de intervención en el MP se han desarrollado considerando que todo individuo tiene un registro total de su experiencia de vida, que condiciona su presente y su futuro. Esto significa que en cada técnica propuesta, en cada sesión, no sólo se tiene en cuenta lo que se observa, sino que se considera que eso que sucede está condicionado no sólo por el presente del paciente sino por los elementos de su historia que se activan en ese instante, y por las expectativas y/o consecuencias que eso que está aconteciendo le podrían acarrear.

En función de eso, las sesiones en el MP no son programadas sino abiertas, y las propuestas que surjan tendrán que ver:

- a. con el análisis del proceso que previamente ha realizado el Musicoterapeuta;
- b. con el "material" que aporte el paciente al iniciarse la sesión,
- c. con los materiales con los que el Musicoterapeuta cuente en el momento de la sesión (encuadre),
- d. con el análisis "in situ" que el Musicoterapeuta realiza durante la sesión

La necesidad de valorar

Como señala la investigadora y musicoterapeuta clínica Joanne Loewy (2000, citada por Scheiby 2002) "Lo esencial y fundamental para la formulación de un plan de tratamiento es un protocolo de valoración, que provea un formato para introducir temáticas o problemáticas, que puedan servir como punto de partida para el futuro curso de la terapia" De alguna manera esto se complementa con lo que señalaba el Dr. Ken Bruscia en las "Conferencias Porteñas", cuando nos decía que "lo que necesitan hacer es desarrollar un protocolo muy específico, y ese protocolo deberá contener una valoración inicial, el tratamiento y una evaluación final. (...) O sea que, al principio, nuestro foco no va a estar puesto en lo que deberíamos hacer, sino en tratar de comprender qué le está pasando al paciente, qué está sintiendo, qué y cómo está pensando, cuál es su historia de vida, por qué y cómo llegó a su situación actual." Alude a distintos momentos del proceso que atravesamos con el paciente. En función de esta presentación, estamos focalizando en la valoración inicial, lo que Bruscia llamaría "primera etapa del assessment", que es la que realizamos cuando recién conocemos al paciente.

Nos propusimos entonces, empezar a trabajar en el diseño de un protocolo de evaluación de los pacientes con 3 objetivos principales:

- Crear una herramienta que sea facilitadora y ordenadora de la escucha MT.
- Hacer aportes específicos desde la Musicoterapia al equipo interdisciplinario, que enriquezcan la concepción que éste pueda construir acerca el paciente.
- Delinear objetivos específicos y estrategias de tratamiento musicoterapéutico, en relación a ese paciente.

Obviamente elegimos instrumentarlo desde el Método Plurimodal. En este momento, estamos en la finalización de su diseño y el comienzo de su aplicación, razón por la cual todavía no podemos ofrecerles información acerca de sus resultados. Lo que sí podemos compartir es el procedimiento de valoración diagnóstica que hasta ahora implementamos en nuestro método.

La valoración del "assessment"

El intercambio directo que pudimos tener con Ken Bruscia, nos permitió generar espacios de discusión en torno a este concepto. "Assessment" es una palabra que, si bien tiene muchas acepciones en el lenguaje vulgar, no tiene en español una concepción específica en el lenguaje técnico de la salud. Luego de mucho buscar una traducción adecuada, llegamos a la conclusión de que el término "valoración" que proponemos, es el que más se acerca al concepto de "assessment", que Bruscia definió como "Es el proceso dirigido a obtener insights o comprensión acerca del paciente como ser humano, sus condiciones de vida, sus problemas, sus potenciales y recursos para poder, después, comprender cuáles son sus necesidades terapéuticas."

Desde una concepción musicoterapéutica, este proceso está basado en cómo el paciente se relaciona con la música. "Analizamos su universo musical, -añade Bruscia- como forma de comprender sus otros universos." El despliegue de su desempeño en el hacer significativo en la sesión, de su sonoridad, de sus McnoV en el microcosmos de una improvisación, es la síntesis expresiva del macrocosmos de su "música interior", y de su universo relacional.

Si bien es bueno que podamos hacerlo, acordamos con Bruscia que no nos corresponde evaluar al paciente desde una perspectiva psicológica, o dictaminar si la medicación que recibe esta bien o no. Nuestra disciplina se centra en lo que hace con la música, y en cómo sus dificultades se ven reflejadas en ella. O sea que lo que vamos a hacer es estudiar y analizar la música del paciente y hacer inferencias acerca de él basadas en la música. Esta idea está estrechamente vinculada con el concepto de analogía específica musicoterapéutica que muy claramente describe Henk Smeijsters, cuando señala "el hecho de que elementos musicales como melodía, pulso, ritmo, tempo, dinámica, timbre, forma musical e interacción musical son un equivalente simbólico del acontecer no-musical" (Smeijsters 1999). Dicho con otras palabras, los procesos musicales en Musicoterapia son análogos a los procesos psíquicos, por lo que estos pueden modificarse operando sobre el acontecer musical en sesión. Esta idea podría reconfirmarse a través de estudios muy recientes en el campo de la neuropsicología, que trabajan sobre la idea de la existencia de un cerebro musical con un posible funcionamiento paralelo al cerebro tal como lo concebimos hasta hoy.

¿Cómo hacemos la valoración individual de un paciente?

Si bien en las instituciones lo más habitual es realizar valoraciones diagnósticas dentro de un contexto grupal, es posible que haya instancias institucionales- como pueden ser los consultorios externos- en los que se necesite determinar si una persona podrá hacer o no un tratamiento individual de Musicoterapia. De más está decir que este es el tipo de valoración más común en los consultorios privados. Desde el MP, la valoración la realizamos privilegiando tres de sus ejes de acción: Improvisaciones Musicales terapéuticas, el trabajo con canciones y el uso selectivo de la música editada.

En el caso de la valoración individual en grupo, en el protocolo que estamos desarrollando, apuntamos a hacer un recorte individual dentro de lo grupal, considerando simultáneamente las posibilidades de inserción en el grupo de la persona valorada. En el primero de los casos, como ya señalamos, utilizamos principalmente tres ejes de acción del MP, y en la segunda instancia, rescatamos como herramienta de lectura el perfil de autonomía de los IAPs de Bruscia. Si bien desde las psicoterapias grupales puede haber herramientas de lectura de las dinámicas de pequeños grupos más completas en términos psicológicos, nos parece apropiado tomar este perfil ya que no sólo es un concepto que forma parte del universo teórico de la Musicoterapia, que distintas corrientes teóricas pueden tomar, sino porque incorpora la dimensión musical y, como dijimos antes, solo una herramienta musicoterapéutica puede evaluar terapéuticamente lo que pasa en la música.

Una de las primeras tareas con el paciente es comenzar a conocer sus MCnoV. Denominamos Modos comunicacionales no verbales a todas aquellas pautas culturales y códigos de comunicación que caracterizan a un grupo sociolingüístico determinado. Contienen los ingredientes cualitativos de nuestros actos comunicativos, como formas abstractas, expresadas a través de nuestros sentidos. Constituyen el modelo de la personalidad expresiva del paciente, en su dimensión verbal, gestual, sonora y corporal. En esta aprehensión de los MCnoV, nuestro instrumento primordial es la escucha. Como se señala en el libro "Musicoterapia: Facetas de lo inefable", de Diego Schapira, "La escucha del musicoterapeuta es distinta de la del psicólogo, de la del psiquiatra, de la del psicoanalista. Es un rasgo distintivo de la profesión más allá de la línea teórica musicoterapéutica que sostenga el ejercicio profesional de cada colega. Frente a la misma situación, el musicoterapeuta escucha algo diferente de lo que pueden escuchar los otros miembros del equipo interdisciplinario.

Escuchamos la voz, pero también escuchamos lo que vuela en la voz. Escuchamos lo que se dice. Escuchamos lo que suena. Escuchamos lo que no se dice, y a partir de eso, y del soporte teórico se implementarán los recursos, se aplicarán métodos y técnicas, se desarrollarán los procesos musicoterapéuticos. Si bien hay un análisis permanente del proceso grupal, y del proceso personal de cada paciente en Musicoterapia, en el MP las intervenciones y la elección de recursos se dan tanto a través de una elaboración que surge de la observación in situ como del desarrollo de la denominada "escucha afectivo intuitiva". "La escucha afectivo intuitiva está sostenida por el desarrollo de la escucha abierta y de la escucha semántica. Escucha abierta que intenta vincular de manera libre los aspectos sonoros percibidos y las imágenes que estos evocan; escucha semántica que incluye la percepción de sentimientos, metáforas, asociaciones y memorias". (según H Bonny, citada por LR Mendes Barcellos)

Qué información y cómo obtenerla?

Cualquier valoración que se precie de completa requiere de la anamnesis, de la historia clínica, de la historia sonora. Esto es lo que corrientemente se toma como

primera valoración diagnóstica en Musicoterapia. Desde el MP consideramos que esta recolección de datos es insuficiente para hacer una valoración adecuada. Se estaría perdiendo la consideración de las posibilidades activas y receptoras del paciente en el encuadre Musicoterapéutico, y además no podríamos escuchar la relación del paciente con la música. Es por eso que esta valoración, tal como la concebimos nosotros no se hace en una o dos entrevistas, sino que forma parte de una posible primera etapa de un proceso musicoterapéutico.

Los musicoterapeutas no podemos contentarnos con una recolección de datos escrita, que puede ser realizada eventualmente por cualquier persona. Consideramos indispensable valorar la experiencia musical del paciente en el encuadre y las relaciones que pueden surgir a partir de estas.

Cuando nos referimos a la combinación de experiencias activas y receptoras estamos haciendo alusión a la implementación de recursos que nos revelen aquello que el paciente nos dice haciendo música. Para ello, proponemos experiencias musicales estructuradas y no estructuradas en las que participa el paciente, y evitamos testificaciones exclusivamente auditivas o sólo expresivas. Bruscia destaca la importancia de la combinación de experiencias activas y receptoras. "qué nos dice un paciente haciendo música".- señala -. "La mayoría de las personas tiene una relación con la música basada en la escucha, en la audición. Si no tenemos en cuenta ese aspecto y basamos nuestra práctica sólo en el hacer musical, estamos ignorando una parte importante de toda la relación que las personas tienen con la música." (Bruscia, "Conferencias porteñas".2001)

Por otro lado, y más allá de que la mayoría de nuestros pacientes no tienen una formación musical (salvo en el caso de Musicoterapia para Músicos), el setting instrumental que se ofrece facilita un hacer significativo y permite vislumbrar aquello que Bruscia llamó "orígenes musicales", es decir, la posible relación entre las capacidades musicales de un individuo y la etapa del desarrollo en las que puede residir el núcleo de su patología.

Bruscia sostiene que "Todas las personas tienen una relación particular con la música, y que la naturaleza de esa relación es un reflejo total de cómo esa persona se relaciona con el mundo.(...) Todos venimos al mundo como músicos. Profundizando esta idea, cualquier persona que se desarrolla normalmente, también se desarrolla musicalmente, inclusive si no tiene entrenamiento, ni recibe ningún tipo de instrucción o lección musical. Hay algunas capacidades musicales básicas que todos desarrollamos normalmente, a no ser que algo ande mal, o que haya algún problema en el desarrollo." La comunicación entre madre e hijo está caracterizada por un "campo musical", como ha denominado Daniel Stern a los aspectos de esta situación vincular en la cual el ritmo, la melodía, el tempo, la dinámica y el timbre son parámetros importantes.¿por qué algunas personas no pueden mantener un ritmo, o entonar una melodía, si todos hablamos con un ritmo y usamos las fluctuaciones de nuestra voz.?

En la valoración inicial se consideran también las posibilidades de generar una alianza de trabajo tanto de parte del paciente como del musicoterapeuta con ese paciente, y además se valora cómo se va construyendo la relación transferencial.

Observación y recolección de datos:

Mediante la implementación del abanico de recursos y procedimientos que plantean los diferentes ejes del MPM, vamos obteniendo información, que procesamos para realizar la valoración inicial. En esta recolección y procesamiento de datos, consideramos las categorías de información identificadas en la música y descritas por Benedikte Scheiby en el libro "Analytical Music Therapy" (editado por Johannes Eschen, 2002, y que no incluimos en estas páginas por su extensión) Con respecto a la información que indagamos en esta etapa de un proceso intentamos obtener distinto tipo de información de cada eje de acción:

De la Improvisación Musical Terapéutica:

En la improvisación se revelan los McnoV del paciente, su estilo, sus maneras de vincularse, sus formas de expresarse. El microcosmos de una improvisación puede implicar la visión del macrocosmos relacional de un individuo. Improvisar en musicoterapia, significa la formulación de estructuras musicales que revelan aspectos del universo intrapersonal del paciente, a partir de la generación emergente de sus contenidos intramusicales; sumándose la dimensión interpersonal a partir de los contenidos intermusicales entre éste y sus compañeros, o entre éste y su Musicoterapeuta. Una de las diferencias básicas entre la improvisación en la música, y la improvisación en la musicoterapia, radica en que es esta última no se persigue la formulación de elementos musicales con fines estéticos, sino la revelación de la estructura de personalidad del paciente, el despliegue de su yo. En ese sentido, carece de la menor importancia el contenido artístico del producto sonoro generado. Lo que importa, una vez más, son lo que el siempre recordado Ronaldo Milleco denominó "musicantes" (significantes musicales) que impregnan la improvisación musical en el contexto musicoterapéutico.

Es quizás en la improvisación dónde más se refleje el mundo interno del paciente. Podemos proponerle distintos tipos de improvisación: referenciales, no referenciales, en dúos, individuales, etc. Por ejemplo, cuando trabajamos con improvisación, observamos además, aspectos no musicales: cuál es su postura corporal, cuál es la expresión de su rostro, qué instrumento elige, cómo lo sostiene, si está tenso., qué pasa con su mirada, y escuchamos para comprender cómo está organizada la música: para eso usamos las IAPs focalizando, en función de la valoración, en los siguientes perfiles: autonomía, integración y saliencia. Los otros no se descartan pero no se ponen en primer plano.

Del trabajo con canciones

"Nadie canta porque si" dice Luiz Milleco, Cuando cantamos la música nos otorga una vía regia para poder decirnos algo a nosotros mismos. Esto, en musicoterapia, le es de suma utilidad al paciente para poder darle forma a sus pensamientos, sentimientos o emociones, y también para poder atisbar sentimientos, emociones e ideas que no pueden asomarse a la conciencia por el sendero de la palabra hablada. Al mismo tiempo, es de utilidad al Musicoterapeuta trabajar con las asociaciones con canciones que el devenir de las sesiones le puedan despertar, como forma de registro contratransferencial. Si bien en el MP consideramos diversas formas de utilización de las canciones de manera terapéutica, en la etapa de valoración diagnóstica privilegiamos el canto conjunto y la exploración de material. Ambas, además, contribuyen a la construcción de una alianza de trabajo y de la relación transferencial.

Las canciones son fieles compañeras que pueden habitarnos cada día. Están desde que existe la memoria. Prácticamente todas las culturas las han creado, y las transmiten de generación en generación. Cuentan historias. Recrean sentimientos. Describen situaciones. Participan de nuestra vida cotidiana y se entrometen en la memoria personal construyendo la historia sonora de cada individuo. Al mismo tiempo, van creando y consolidando el acervo cultural de cada pueblo. La canción es material dual, objeto intermediario, pero sobre todo musicante (significante musical) y debe considerarse como tal.

En este método, hasta ahora usamos las canciones de siete formas básicas. Estas son:

- Creación
- Canto conjunto
- Improvisación
- Inducción evocativa conciente
- Inducción evocativa inconciente
- Exploración de material
- Cuestionario de canciones proyectivas

De la EISS:

La técnica de la Estimulación de Imágenes y Sensaciones a través del Sonido (EISS) consiste en la audición de una secuencia de estímulos musicales, diseñada artesanalmente por un Musicoterapeuta para la situación singular de un paciente o grupo de pacientes, durante el proceso musicoterapéutico. Esta técnica, en la valoración diagnóstica, la utilizamos en un formato reducido ya que se evalúa si aparecen o no imágenes, cual es la perspectiva en la que los pacientes se sitúan, si hay compromiso emocional o afectivo, y cuales son los niveles de profundidad a los que pueden acceder. La reducción en la extensión, obedece el privilegio de la valoración por encima

de los posibles efectos terapéuticos que pudiera tener. De todos modos, nunca se implementa ante la sospecha de un estado alucinatorio o de delirio.

Del uso selectivo de la música editada.

La selección de la música en la clínica musicoterapéutica, como la concebimos desde el método, es un proceso creativo y artesanal. Está basado en ciertos ordenadores objetivos que confieren seriedad y rigurosidad a dicho proceso. Un Musicoterapeuta selecciona música para diferentes momentos de una sesión, y esta elección no es (o no debería ser) azarosa o estandarizada. Para nosotros no existe "la música para situaciones determinadas", sino la música que, en el encuadre terapéutico, se escoge de acuerdo a criterios organizados según tres ejes: Terapeuta, Paciente y Música.

También debemos pensar en la función que cumple la música elegida. EL Método Plurimodal plantea 3 funciones:

La Música consigna: que sostiene, apoya y completa la consigna verbal.

La Música interpretación: que dice, señala, e interpreta, a partir de la lectura transferencial.

La Música asociación: que moviliza a diferentes niveles, posibilitando la asociación de imágenes y sensaciones conectadas con afectos. En la etapa de valoración, el uso de la música editada, tiende también a producir un acercamiento a los MCnV del paciente.

Objetivos de la valoración diagnóstica:

Si bien al comienzo de esta presentación destacamos tres grandes objetivos principales en la valoración, es importante señalar que hay una serie de otros objetivos que pueden cumplirse a partir de la información obtenida. Entre estos podemos mencionar:

- Hacer aportes al diagnóstico del paciente
- Valorar si el paciente está en condiciones de acceder al tratamiento, es decir, si es el momento y el abordaje adecuado para el
- Plantearse objetivos generales para ese paciente y delinear un tratamiento específico de musicoterapia. Esto significa, modelar una estrategia acorde a la singularidad de cada uno.
- Valorar su capacidad de trabajo en grupo
- Valorar qué registro tiene de sí mismo y del otro
- Conocer sus MCnV
- Observar sus posibilidades de acercamiento a los instrumentos
- Observar el uso y trato que les da
- Valorar si es capaz de escuchar y escucharse

- Considerar si es capaz de movilizarse emocional y/o afectivamente
- Percibir si tiene alguna capacidad de insight
- Valorar con qué tipo de imágenes y sensaciones se conecta, si es que se conecta con alguna
- En el caso de escuchar rigideces, determinar cuál es su gradiente
- En la EISS, valorar cuál es el nivel de profundidad al que pueden llegar, prestando particular atención a posibles despliegues afectivos, como a las posibilidades de bucear en su mundo interno.
- Valorar si acceden a la metáfora, a lo simbólico, si pueden metapensarse a partir de la escucha de sus propias producciones.

Una vez, hecha esta valoración inicial estaríamos en condiciones de pasar a la siguiente etapa del tratamiento, que sería la interpretación de los datos y la prescripción o indicación.

1. Interpretar: La interpretación siempre requiere algún tipo de juicio clínico, porque estamos tomando datos musicales, y poniendo sobre ellos significados no musicales. La interpretación de los datos no puede ser musical, y tampoco puede ser psicológica. Nosotros postulamos, más allá inclusive del MP, que la interpretación no puede ser sino musicoterapéutica. Como señaláramos antes, en el Método, tomamos en cuenta las interpretaciones que ofrece Bruscia en el libro "Modelos Improvisacionales en Musicoterapia" y lo que él llama "Orígenes Musicales". También rescatamos algunos postulados teóricos de la Musicoterapia Morfológica (por ej. los 6 factores de la Gestalt vinculados al análisis de las improvisaciones) y del Modelo Nordoff Robbins.

2. Prescribir: A partir de la valoración ya podemos establecer una idea del rumbo que va a tomar el tratamiento del paciente: podemos saber cuales son sus potenciales, sus aspectos más enfermos, qué hacer con él. Podemos perfilar la dirección del tratamiento, y el aporte específico al resto del equipo. Como señala Henk Smeijsters, "un punto de partida importante es que la Musicoterapia sólo da un aporte propio en el proceso terapéutico cuando, al hacer la indicación, se parte de características específicas de la música". Si en la valoración se concluye que esta persona puede ser un paciente de musicoterapia, para ser abordado desde el Método Plurimodal, se diseñará entonces una estrategia de tratamiento que considere no solo qué ejes de acción del MP privilegiar, sino cómo combinarlos, y qué de cada eje tomar en la etapa inicial.

Ejemplos clínicos:

Pese a no contar el lector con la posibilidad de la escucha, nos parece conveniente relatar algunos ejemplos de casos clínicos, donde se pueda ilustrar la forma en que hacemos la valoración inicial.

Ejemplo 1.-Gracias a la vida: Este ejemplo es de una paciente durante lo que el CNRP llama "etapa de evaluación". Tiene 38 años, y un diagnóstico presuntivo de esquizofrenia dado por los médicos psiquiatras y psicólogos. A la misma se le propone que cante la primera canción que aparezca en su mente, y, si lo desea, se acompañe con un instrumento. Elige un xilofón, que percute con un palo con un pulso errático y con una violencia tal que hace saltar las placas, mientras simultáneamente canta "a tempo" el tema "gracias a la vida", de Violeta Parra, con voz dulce, armoniosa y tierna. En la escucha de esta improvisación, es evidente apreciar un gradiente diferenciado en la figura fondo melódica del perfil de integración. Destacamos que, a pesar de que a priori privilegiamos otros perfiles, en este ejemplo nos resulta evidente recurrir al perfil de congruencia, ya que el mismo "señala cuan distantes están las emociones provenientes de la experiencia musical de las experiencias corporales y los pensamientos en uno mismo, y cuan distantes esta una emoción particular de otra. También revela cuan distantes están los pensamientos y emociones del paciente, con respecto a los de otra persona. De este modo, este es el perfil mas relevante para comprender como están fusionados, integrados y diferenciados los pensamientos y emociones del cliente dentro de su espacio musical personal, así como dentro del espacio musical compartido con otros" (Bruscia).

En este caso, resalta el gradiente "Incongruente" entre la figuración melódica y la figuración rítmica y entre el grado de tensión "calmo" en la voz, en la figuración melódica y en el timbre, con respecto a la tensión en grado "tenso" en la línea del xilofón. Si acordamos con Bruscia en que "los componentes rítmicos son considerados comúnmente como manifestación de la energía instintiva. Por tanto, pulso métrica, subdivisiones, esquemas rítmicos y acentos son interpretados como expresiones simbólicas de la cantidad, dirección y flujo de la energía instintiva o pulsión" y aceptamos su postulación de que "la melodía es la expresión de un sentimiento específico. Es el deseo ligado al impulso rítmico, al que reviste. La melodía agrega la dimensión espacial al ritmo y revela dónde se ubican los sentimientos en relación al self. La melodía revela actitudes para con los propios impulsos", podemos decir que este nivel de disociación en la improvisación nos habla de un posible quiebre entre su deseo y su energía vital, y de un posible encubrimiento o represión de un importante monto de agresividad que, si no se canaliza adecuadamente, podría orientarse hacia sí mismo o hacia otros. El ritmo y la melodía se relacionan el uno con el otro a través del fraseo, que en este caso aparece disociado. Este se ocupa del flujo de la energía rítmica junto a la forma del sentimiento de la melodía y la armonía. "Cuando el ritmo y la melodía no están coordinados dentro de la misma frase, las descargas pulsionales no son coherentes con

las emociones en intensidad o dirección" (Bruscia). En el caso de esta persona, con una notoria negación de esta carga de agresividad, de poco puede servirle el señalamiento o interpretación de la misma. Este problema que se observa en la música, puede y resulta efectivo ser tratado en la música.

Ejemplo 2.- Eduardo: esta es una improvisación que forma parte de la valoración diagnóstica. En este caso, es un joven de 27 años, de quien sabemos que es guitarrista, y que aparentemente ha tenido un episodio confusional. En la prosodia de su lenguaje verbal, se escucha la ausencia de silencios, y una línea melódica relativamente monocorde. Se le propone una improvisación instrumental interpersonal paciente - Musicoterapeuta, y como única referencia, se le propone "tocar juntos". El paciente escoge la guitarra y el musicoterapeuta un metalofón y un pandero. En la escucha, se aprecia cómo el paciente, que conoce claramente las posibilidades armónicas del metalofón, desarrolla una melodía en la escala de Mi mayor anulando toda posibilidad de integración o de fusión. Ante esto el musicoterapeuta retoma en el parche la figuración rítmica que venía haciendo la guitarra, y Eduardo pasa a la escala de La menor, permitiendo que haya un breve acercamiento armónico entre la guitarra y el metalofón que entonces retoma el musicoterapeuta. El paciente se mantiene durante toda la improvisación en un rol de líder desde el perfil de autonomía, en una figura -fondo que va de un gradiente sobrediferenciado a diferenciado en el perfil de integración. Además se aprecia un gradiente "tenso" en el perfil de tensión, determinado por una línea melódica que acumula tensión al no buscar reposo en la tónica. Estos datos, no alcanzan para realizar un diagnóstico. Dado que nosotros hablamos de un "proceso de valoración diagnóstica", es necesario realizar la misma a través de varias sesiones. De todos modos, y considerando el saber musical de este paciente, las características que se escuchan en esta improvisación podrían estar indicando la existencia de un trastorno al menos cercano a una estructura psicótica. Una de estas características, muy importante, es la de tocar sin descarga de tensión en la tónica. La línea melódica recorre toda la escala pero no se asienta nunca, ni mitiga su dureza. Tampoco respeta la función que ocupa cada sonido en la escala, ni parece tomar en cuenta la importancia relativa que cada sonido o acorde estipula donde deben dirigirse los sonidos y acordes para reposar. Toda su producción habla de una gran dificultad para relacionarse con otro, y de una realización que conduce a la alineación.

Ejemplo 3.- Esteban: En este caso, se trata también de una improvisación realizada durante la etapa de valoración diagnóstica, más específicamente en la tercera entrevista. Se puede escuchar al paciente en la guitarra y al musicoterapeuta con un pandero. Como es una improvisación indagatoria, que busca, además, la generación de una alianza de trabajo, es interpersonal e instrumental. Como referencia, el musicoterapeuta le señala que hará una base rítmica sobre la que él pueda tocar lo que tenga ganas. Un dato a tener en cuenta es que el paciente elige la guitarra, que es el instrumento que toca desde niño. Del análisis de esta improvisación, se desprende la existencia de una tensión global cíclica generada por ambos, una figura - fondo melódica

integrada en el perfil de integración que acompaña los cambios en la figuración rítmica y en la intensidad propuesta por el parche, y una estabilidad en la línea melódica en el perfil de variabilidad que suele encontrar reposo en la tónica o en los cambios de punteos a "tappings".

Se mantiene durante toda la improvisación en un rol de compañero en el perfil de autonomía. Este dato por sí solo es absolutamente insuficiente para aportar a la valoración diagnóstica. De todos modos es importante su consideración si lo sumamos a la capacidad de adaptación a los cambios que el paciente manifiesta, a la estabilidad de una línea melódica como expresión de aspectos vinculados al deseo y al sostenimiento de un pulso básico, ordenador, separado de una figuración rítmica variable. Puede alejarse y acercarse a un pulso básico, y puede alejarse de un centro tonal para volver a él y reposar brevemente. Además, el acompañamiento de las variaciones en intensidad y en pulso que durante la improvisación propone el musicoterapeuta da cuenta de la existencia de un registro de otras personas, de la capacidad para hacer algo con otro y de un grado de plasticidad que no se encuentra habitualmente en estructuras de tipo psicótica. Por otro lado, si bien se escucha su energía vital fluyendo a través del sonido de la guitarra, también se puede apreciar cierta dificultad para construir una línea melódica claramente reconocible. Más bien son esbozos melódicos que cuando parecen querer armarse derivan en los *tappings* que percuten las cuerdas y obturan el deseo. Al igual que en el ejemplo anterior, una valoración diagnóstica requiere de otras experiencias musicales analizadas. De todos modos, una primera impresión de esta escucha, estaría dando indicios de una estructura de tipo neurótica.

Conclusión:

La valoración diagnóstica que realizan los musicoterapeutas, se hace en la música. Como señala Sjmeisters "Aquello que se crea, el acontecimiento musical (el contenido), surge a través de una interacción de personas (la relación/ vínculo) A través del vínculo surge el producto musical. Incluso se podría decir que el vínculo musical es el producto musical. El hecho de que la interacción entre personas es el producto diferencia a la Musicoterapia de algunas terapias creativas, en las que la expresión artística no es la consecuencia de una interacción personal".

En este trabajo, hemos intentado demostrar cómo podemos hacer una valoración diagnóstica desde la Musicoterapia, a través del MP, con objetivos orientados a la descripción, interpretación y prescripción, que sirva para la valoración de adultos verbales. Si bien acordamos con la necesidad de establecer un protocolo que ordene, facilite y oriente la tarea del Musicoterapeuta, es importante tener siempre presente que aún aplicando procedimientos relativamente estandarizados, dicho protocolo nunca podría llevarse a cabo sin las variaciones necesarias que requiere la singularidad de la persona que se está valorando. Aún, en estos casos, nosotros consideramos que los

procedimientos de valoración diagnóstica requieren de una aplicación artesanal en el sentido estricto de su palabra. Esto estaría demostrando cómo los procedimientos de valoración diagnóstica se inscriben dentro del paradigma cualitativo.

Esperamos que esta tarea que venimos desarrollando con respecto a la valoración diagnóstica pueda servirle a nuestros colegas, tanto como nos sirve a nosotros para intentar ser más eficaces como agentes de salud mental.

Referencia Bibliográfica

Bruscia, Kenneth. *"Reconocer/Descubrir/compartir... en Musicoterapia"*. Conferencias Porteñas. Ediciones ASAM. 2003.

Bruscia, Kenneth: *Improvisational Models of Music As Therapy*: Springfield, Illinois – Charles C. Thomas, 1987

Bruscia, Kenneth. *The Dynamics Of Music Psychotherapy*. Barcelona Publishers. 1998.

Eschen, Johannes. *Analytical Music Therapy*. Jessica Kingsley Publishers. 2002.

Hugo, Mayra; Imediato Elvira, Lodeiro, Marisel; Rodrigo, Patricia; Ripka, Lisa; Viñales Gabriela: *¿Cómo y para qué elegimos? Algunos criterios para la selección musical en Musicoterapia*. Actas del VII Foro Rioplatense de Musicoterapia, Montevideo, ASUM, 2001

Hugo, Mayra; Lodeiro, Marisel. *El Uso selectivo de la Música, eje del método Plurimodal*. Presentado en el I Congreso Latinoamericano de Musicoterapia. Buenos Aires, abril de 2002.

Mendes Barcellos, Lia Rejane: *Musicoterapia: Transferencia, Contratransferencia y Resistencia* - Río de Janeiro, Enelivros, 1999

Milleco Filho, Luiz Antonio; Esmeraldo Brandao, María Regina; Pomponét Milleco, Ronaldo: *E preciso cantar: Musicoterapia, cantos e cancoes* – Río de Janeiro, Enelivros 2001

Schapira, Diego: *Musicoterapia: Facetas de lo inefable*. Río de Janeiro, Enelivros, 2002.-

Sjmeisters, Henk: *Bases de la Musicoterapia*. Alemania 1999

Wigram, Tony; Pedersen Nygaard, Inge; Ole Bonde, Lars: *A comprehensive guide to Music Therapy: Theory, clinical practice, research and training*. London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2002

As "Experiências Musicoterápicas" nos Cursos de Musicoterapia: Uma pesquisa Qualitativa – Fenomenológica.

Lia Rejane Mendes Barcellos⁷⁷

Resumo

O propósito deste artigo é apresentar uma pesquisa qualitativa-fenomenológica, realizada no Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário, de 2000 a 2002, que teve por objetivo estudar a validade da inserção de Experiências Musicoterápicas – EM, nos cursos de Musicoterapia. O **objetivo principal** foi avaliar se as EM contribuem para as competências do musicoterapeuta e o **objetivo específico** "como" ou "por que" contribuem. Os resultados indicaram que as EM permitem que o aluno tenha uma melhor compreensão da dinâmica de alunos/musicoterapeutas e alunos/pacientes atuando numa "prática clínica assistida" e ainda ajudam-nos a reconhecer habilidades e dificuldades que contribuem para melhorar a competência e a prepará-los para a prática clínica como futuros profissionais.

Palavras-chave: Experiências Musicoterápicas; Formação do Musicoterapeuta; Musicoterapia.

⁷⁷ Graduada em Piano e Musicoterapia. Mestre em Musicologia. Formação no Método Bonny de Imagens Guiadas e Música (em curso). Professora do Conservatório Brasileiro de Música e Professora Convidada da Universidade Federal de Pelotas. Editora da América do Sul do Jornal Eletrônico *Rótes*.

Abstract

The intention of this article is to present a qualitative-phenomenological research – held at the Conservatório Brasileiro de Música, Centro Universitário, from 2000 to 2002 –, which had as its goal the study of the relevance of the insertion of Experiential Music Therapy – EMT, in Music Therapy Programs. Its **main goal** was to evaluate if the EMT contributes to the music therapist competencies and the **specific goal** "how" or "why" it contributes. The results indicate that the EMT allows students/music therapists to better understand students/music therapists and students/patients' dynamics, acting in an "assisted clinical experience". EMT further aids students to recognize abilities and difficulties, which contributes to improve their competencies and to prepare them for clinical practice as future professionals.

Key-words: Experiential Music Therapy; Music Therapy Training; Music Therapy.

Equipe da pesquisa:

- Orientador:** Prof. Dr. José Maria Neves (CBM)
Consultor: Prof. Dr. Kenneth Bruscia (Temple University)
Pesquisadores: Prof. Mt. Lia Rejane Mendes Barcellos (Pesquisadora principal)
 Mt. Heloisa Helena Souza e Silva Santos
 Nivea Raquel de Carvalho Lima (aluna do 4º ano)
 Albelino Silva Carvalhes (aluno do 4º ano)
 Bianca Panetti de Andrade Fialho (aluna do 2º ano)

Nota explicativa

Na Revista nº 6 publicamos pela primeira vez um relatório sobre uma pesquisa realizada no Brasil. Nesta edição estamos novamente trazendo um artigo sobre pesquisa mas, desta vez, acompanhado de comentários de dois musicoterapeutas. Assim, Barbara Wheeler, dos Estados Unidos, e Marco Antonio Carvalho Santos, do Brasil, inauguram com pequenos textos de análise crítica um espaço de debate e reflexão que, sem dúvida, pode contribuir para o desenvolvimento da pesquisa no Brasil e, conseqüentemente, da musicoterapia.

1. Introdução

A formação de musicoterapeutas é constituída por disciplinas que objetivam a aquisição de conhecimentos teóricos (área científica), o desenvolvimento de habilidades musicais (área musical), o desenvolvimento do campo perceptivo e da sensibilidade do

aluno (área de sensibilização) e o desenvolvimento de habilidades clínicas (estágio supervisionado). Além destas, faz parte de muitos cursos de musicoterapia uma atividade que denominou-se, no CBM, “Experiências Musicoterápicas” – EM, que é aqui definida como “uma atividade teórico/prática onde os alunos atuam como musicoterapeutas e co/terapeutas de seus próprios colegas numa prática assistida – isto é, assistidos pelo professor de musicoterapia –, e que tem por objetivos contribuir:

- para o reconhecimento de capacidades, bloqueios e dificuldades;
- para o reconhecimento da identidade sonoro/musical;
- para o desenvolvimento de habilidades clínicas e, conseqüentemente, para a formação do musicoterapeuta”.

Apesar desta atividade estar incluída em muitos cursos de Musicoterapia existentes, e de sua importância ser reconhecida e debatida até em congressos mundiais, não se realizou ainda uma pesquisa que se dedique especificamente ao estudo do tema, o que se considera da maior importância pela contribuição que pode trazer ao desenvolvimento da formação do musicoterapeuta.

No Curso de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música – CBM, Rio de Janeiro, esta atividade foi incluída em 1989. No entanto, somente em 2000 decidiu-se pesquisar sobre o tema, para se estudar se a realização de tal atividade é relevante e, em caso afirmativo, por que é importante, do ponto de vista dos alunos e do ponto de vista dos pesquisadores.

2. Aspectos Históricos

2.1. No Mundo

Embora com diferentes formatos e denominações, muitos são os cursos de musicoterapia do mundo que incluem as EM como atividade que faz parte de seus currículos.

No levantamento da literatura sobre o assunto foram encontradas as seguintes referências:

- Hesser, USA – 1975⁷⁸
- Benenzon, Argentina – década de 70
- Barcellos, Brasil – 1989
- Wigram, Dinamarca e Inglaterra – 1995⁷⁹
- Pedersen, Dinamarca – 1995⁸⁰

⁷⁸ HESSER, Barbara, 1996a.

⁷⁹ WIGRAM, Tony, 1995.

⁸⁰ PEDERSEN, Inge, 1995. WIGRAM, Tony, PEDERSEN, Inge & BONDE, Lars Ole, 2002.

O formato das EM realizadas no CBM é similar à *Inter Music Therapy* de Mary Priestly.⁴¹ Mas é interessante apontar-se as diferenças entre essas experiências no que se refere:

- **Aos objetivos:**
 - terapêutico
 - didático
 - **didático, reconhecendo os efeitos terapêuticos – CBM.**
- **Ao musicoterapeuta**
 - um profissional que não faz parte do curso;
 - o professor de musicoterapia;
 - **um dos próprios estudantes que fazem parte da turma - CBM**
- **As formas de Registro das Sessões**
 - Relatórios escritos (pelo professor de musicoterapia e/ou por um observador);
 - Vídeo – a ser assistido pelo professor/ musicoterapeuta;
 - **Relatórios escritos e vídeo a ser assistido pelo professor de musicoterapia com os alunos – CBM.**

2.2. No Brasil

No Brasil este tipo de experiências começou em 1980 com um grupo formado pelo Dr. Rolando Benenzon, com musicoterapeutas, no CBM (musicoterapeutas formados, com terapia pessoal – estes eram os critérios para admissão no grupo). Estas experiências são ainda hoje realizadas por Benenzon e denominadas “Musicoterapia Didática”, por analogia à Análise Didática, parte da formação de psicanalistas. Participei desses grupos, em quatro diferentes ocasiões, e pude sentir a importância deste tipo de experiência:

- para o reconhecimento de bloqueios e dificuldades,
- como possibilidade de viver experiências sonoro/musicais,
- como contribuição para reconhecer aspectos da identidade sonoro/ musical,
- como deflagradora de *insights* sobre questões teóricas, enfim,
- para o desenvolvimento de habilidades clínicas.

⁴¹ SCHEIBY, Benedikte, 2001.

2.3. No Conservatório Brasileiro de Música – Rio de Janeiro.

Em 1989 as EM foram introduzidas no Curso de Musicoterapia do CBM, fazendo-se modificações com relação à Musicoterapia Didática de Benenzon, vivenciada anteriormente.

Também existem diferenças entre as EM introduzidas por Barcellos no CBM e outras experiências existentes no mundo, relatadas na literatura. Estas diferenças advêm, principalmente, dos objetivos pretendidos e podem ser resumidas no quadro apresentado a seguir:

OUTRAS EXPERIÊNCIAS	BARCELLOS
<ul style="list-style-type: none"> • O musicoterapeuta é um profissional que não faz parte do curso. • O musicoterapeuta é o professor de musicoterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • O musicoterapeuta é um aluno que faz parte da própria turma.
<ul style="list-style-type: none"> • A experiência é prática, seguida de discussões entre os participantes e o musicoterapeuta. 	<ul style="list-style-type: none"> • A experiência é prática, seguida de discussões entre os alunos/ pacientes e o aluno/ musicoterapeuta.
<ul style="list-style-type: none"> • O professor de musicoterapia é um participante ativo. • O professor de musicoterapia é um observador tomando notas. 	<ul style="list-style-type: none"> • O professor de musicoterapia é um observador tomando notas.
<ul style="list-style-type: none"> • O registro é escrito no momento da sessão. • O registro é escrito depois da sessão. • O registro é feito em vídeo. 	<ul style="list-style-type: none"> • O registro é escrito – pelo professor de musicoterapia e por um aluno/ observador durante a sessão – e feito também em vídeo.
<ul style="list-style-type: none"> • Os vídeos são assistidos pelo professor de musicoterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os vídeos são assistidos pelo professor de musicoterapia com os alunos, muitas questões são retiradas da experiência prática e discutidas, e uma literatura é indicada, no sentido de sustentar o debate teórico.
<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo principal é terapêutico. • O objetivo principal é didático. 	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo principal é didático mas os efeitos terapêuticos são admitidos e reconhecidos.

3. Sobre as "Experiências Musicoterápicas" - Objeto da Pesquisa.

As EM, objeto da pesquisa, foram realizadas no ano de 2000, e em 2001 e 2002 a equipe de pesquisa reuniu-se uma vez por semana, durante quatro horas, para a análise dos dados.

3.1. Os Objetivos

Os objetivos das EM são:

A - dar aos alunos a oportunidade de desempenhar diferentes papéis, numa "prática assistida"⁴², tais como:

- . o papel de musicoterapeuta
- . o papel de co-terapeuta
- . o papel de observador

no sentido de que eles possam vivenciar estes papéis que desempenharão no futuro como profissionais.

B - possibilitar ao aluno o contato com seu mundo sonoro/musical em

- interações intrapessoais
- interações interpessoais com seus pares
- possibilitar o reconhecimento de bloqueios e dificuldades e,
- contribuir:
 - para o reconhecimento de aspectos da identidade sonoro/musical
 - como deflagradoras de *insights* sobre questões teóricas
 - para o desenvolvimento de habilidades clínicas.

2.4. O Formato das "Experiências Musicoterápicas"

As EM são sempre realizadas no 4º ano do Curso de Musicoterapia, incluindo as que foram objeto desta pesquisa. Inicialmente foram estabelecidas e discutidas com os alunos as regras que deveriam ser seguidas por todos os participantes das EM:

- A sequência da atuação dos alunos seria estabelecida por sorteio.
- O papel de musicoterapeuta seria desempenhado a cada 15 dias.
- O aluno/musicoterapeuta escolheria:
 - . o seu objetivo
 - . o co-terapeuta
 - . a proposta a ser dada
 - . a(s) técnica(s) a ser(em) utilizada(s)
 - . os instrumentos a serem utilizados
- O observador seria escolhido ao acaso, entre os integrantes do grupo.

⁴² Denomina-se "prática assistida" a atividade na qual um aluno desempenha o papel de musicoterapeuta de seus colegas, assistido pelo professor de musicoterapia.

- O objetivo da aula seguinte à da realização de cada Experiência seria assistir-se ao vídeo, para levantar e discutir-se questões, e para indicar-se bibliografia para sustentar o debate.
- O número de sessões seria o mesmo do número de alunos que faziam parte do grupo (dez).
- As questões éticas, sobre os conteúdos das sessões, deveriam ser observadas.
- A aceitação do Termo de Consentimento Esclarecido – as EM de 2000 seriam objeto de pesquisa e estas só poderiam ser realizadas se todos os alunos da turma aceitassem participar, concordassem com os aspectos que constavam deste documento e se o mesmo fosse por todos assinado.

4. Sobre a Pesquisa

4.1. A Equipe

A equipe de pesquisadores foi formada por:

- Um orientador – um Doutor/professor do CBM;
- Um consultor – um Doutor/professor da *Temple University* – USA;
- Um pesquisador principal – a professora de musicoterapia;
- Um musicoterapeuta – que fez parte do grupo de EM, objeto da pesquisa;
- Três estudantes de musicoterapia:
 - dois que cursavam o quarto ano
 - um que cursava o segundo ano

A participação dos estudantes na equipe teve por objetivo iniciá-los na prática da pesquisa e a escolha dos mesmos obedeceu aos seguintes critérios:

- a compatibilidade de horários com a disponibilidade do pesquisador principal;
- um teste de percepção musical – que consistiu em um ditado rítmico/melódico - para avaliar as habilidades de percepção e grafia musical dos candidatos;
- um teste de redação.

Também deveria ter sido levada em consideração a proficiência em língua inglesa porque quase toda a bibliografia sobre pesquisa em musicoterapia está nesse idioma. No entanto, nenhum teste foi realizado neste sentido.

4.2. Objetivos da Pesquisa

1. Objetivo Geral

Avaliar a pertinência da inclusão da atividade na formação do musicoterapeuta e,

2. Objetivo Especifico

Avaliar como ou por que as EM contribuem para a formação do musicoterapeuta.

Estas duas questões seriam avaliadas sob dois pontos de vista:

- 1 – dos alunos/musicoterapeutas participantes das EM objeto da pesquisa, e
- 2 – dos pesquisadores

4.3. Metodologia

A coleta de dados:

- o relatório elaborado por cada um dos alunos sobre a experiência (sessão) na qual desempenharam o papel de musicoterapeuta
- os registros elaborados pelo professor de musicoterapia durante cada sessão
- os registros elaborados pelos alunos/observadores durante cada sessão
- os vídeos das dez sessões
- um questionário elaborado pelo professor de musicoterapia – que é o pesquisador principal – e que deveria ser respondido pelos alunos/musicoterapeutas.

Este questionário teria por objetivo saber como a experiência tinha sido avaliada pelos alunos/musicoterapeutas. (Resultados apresentados na página 8).

Também a elaboração de relatórios pelos alunos/musicoterapeutas, depois de desempenharem o papel de musicoterapeuta, teriam este objetivo. Para avaliar estes relatórios foi utilizada a metodologia de Giorgi⁹³ – apresentada a seguir – adaptada às necessidades e objetivos da pesquisa para responder à seguinte questão: “por que os alunos consideram esta experiência importante para a formação do musicoterapeuta?”

1º passo: *o sentido do todo*

- os relatórios elaborados pelos estudantes após desempenharem o papel de musicoterapeuta foram lidos quantas vezes se fizesse necessário, para capturar o sentido do todo.

2º passo: *a criação de unidades de pensamento com o objetivo de criar categorias*

- depois de uma leitura exaustiva e de discussões entre os pesquisadores, duas classes de categorias foram criadas e *unidades de pensamento* foram agrupadas como segue:

- contribuições da experiência para a formação do musicoterapeuta e
- dificuldades para a realização da mesma.

⁹³ GIORGI, Amedeo. 1984. DELABARY, Ana Maria Loureiro de Souza. 2001.

3º passo: unificar e reorganizar estas categorias

- e transformá-las numa "linguagem de pesquisa" – mais científica e acadêmica.

4º passo: síntese destas unidades de pensamento e elaboração de um texto.

Embora metodologia e nomenclatura sejam de Giorgi, este é claramente um exemplo do que Colaizzi denomina "análise de protocolo".⁸⁴

4.4. Resultados**4.4.1. Do ponto de vista dos estudantes/musicoterapeutas:**

Primeiro: Do questionário respondido por eles, compreendendo 11 perguntas sobre questões pessoais e profissionais com relação à experiência (dez estudantes).

Perguntas e resultados sobre questões pessoais:

	sim	não
As EM contribuíram, de alguma forma, para a compreensão de aspectos pessoais?	10	
As EM promoveram mudanças pessoais?	8	2
Em caso afirmativo, estas mudanças poderiam ser classificadas como significativas?	8	1 ⁸⁵
Alguns aspectos – que apareceram nas EM foram discutidos na sua terapia pessoal?	3	5 ⁸⁶

Perguntas e resultados sobre questões profissionais:

	sim	não
As EM contribuíram, de alguma forma, para uma melhor compreensão do seu estágio em musicoterapia?	10	
As EM provocaram alguma mudança na sua prática clínica no estágio?	7	2 ⁸⁷
Alguns aspectos vividos nas EM apareceram na sua prática clínica no estágio?	9	1
As EM contribuíram, de alguma maneira, para a sua aprendizagem?	10	
Você considera importante para a formação do musicoterapeuta a inclusão das EM no Curso de Musicoterapia?	10	

⁸⁴ FORINASHI, Michele, in WHEELER, 1995, p.375.

⁸⁵ Um estudante não respondeu.

⁸⁶ Sete estudantes não estavam em terapia. Dois estudantes não responderam.

⁸⁷ Um estudante não respondeu.

Como você classificaria as EM com relação ao nível de aprendizado?⁹⁸

	Nível Pessoal		Nível Profissional	
	Sim	Não	Sim	Não
Satisfatório	10	0	10	0
Indiferente	1	3		4
Ruim		4		4

Como você considera as EM em Termos de nível de execução?

	Sim	Não
Difícil	1	3
Fácil	1	
Média	7	

Segundo: Do relatório que os estudantes elaboraram sobre as suas experiências como musicoterapeutas.

A equipe de pesquisa levou todo o ano de 2001, trabalhando em encontros semanais de quatro horas, avaliando estes relatórios, utilizando-se da metodologia de Giorgi, adaptada, e os resultados levantaram duas grandes questões: O que os estudantes apontaram sobre as EM como um todo, e sobre os diferentes momentos da experiência, tudo resumido no quadro apresentado a seguir:

Achados do ponto de vista dos alunos/musicoterapeutas (relatórios)		
Os alunos/musicoterapeutas apontaram contribuições advindas:		
1 - Da experiência como um todo	2 - De diferentes momentos da experiência:	
	a - Do planejamento	b - Da prática
Perceberam que esta torna possível:	Perceberam a necessidade de:	Perceberam questões:
<ul style="list-style-type: none"> • a vivência de uma nova experiência • o desempenho do papel de musicoterapeuta/coterapeuta e observador numa "prática clínica assistida". • a percepção da possibilidade de que os alunos/pacientes não sigam o planejamento do aluno/musicoterapeuta. 	<ul style="list-style-type: none"> • planejar a sessão • refletir sobre o que foi proposto • estar consciente: <ul style="list-style-type: none"> • do objetivo que o musicoterapeuta quer alcançar • de que as propostas devem ter um objetivo 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>sobre o grupo como um todo:</i> • a coesão • o processo de elaboração • as subdivisões do grupo • a repetição das mesmas atitudes do micro-grupo em outras atividades • a mobilização

⁹⁸ A partir daqui existe um problema na elaboração do questionário mas as respostas foram mantidas para ilustrar-se a questão.

	<ul style="list-style-type: none"> • de que os objetivos têm que ser estabelecidos também de acordo com o "mood" do grupo (ânimo). 	<ul style="list-style-type: none"> • a diferença entre coordenar grupos de pessoas com deficiência/ doença mental e neuroses - <i>sobre as próprias atuações:</i> <ul style="list-style-type: none"> • a preocupação em mobilizar as pessoas • a preocupação em dar liberdade para as pessoas se expressarem • a condução do início e do fim da sessão • a consciência das intervenções verbais e musicais • a possibilidade de interagir e perceber o grupo • a possibilidade de fazer associações entre a experiência e o trabalho clínico em hospitais psiquiátricos • a consciência da necessidade de qualidades especiais para ser musicoterapeuta • a consciência de que sentimentos do musicoterapeuta aparecem na prática • a consciência da emergência de mecanismos de defesa do musicoterapeuta • a consciência de reações frente ao aparecimento de eventos inesperados - <i>sobre os alunos/ pacientes:</i> <ul style="list-style-type: none"> • que eles se expressam através da música
--	---	---

Pode-se observar, no quadro aqui apresentado que a grande maioria das questões que foram objeto de percepção por parte dos alunos é sobre o próprio desempenho. Isto pode também vir a ratificar a importância da inclusão das EM nos cursos de musicoterapia.

4.4.2. Do ponto de vista dos pesquisadores

Os pesquisadores se utilizaram da Metodologia de Colaizzi, (1974)⁸⁸ – *reflexão fenomenológica* – como método para estudar os dados da chamada *presença imaginativa*. Neste método, o pesquisador usa o pensamento reflexivo para descobrir o sentido num evento. O método e os resultados estão entrelaçados de tal forma que é impossível descrever o método separadamente dos resultados.

A partir desta metodologia, os pesquisadores se debruçaram sobre os fenômenos existentes nas EM para, a partir deles, avaliar os aspectos que podem contribuir para a formação do musicoterapeuta.

Refletindo sobre esses fenômenos, percebeu-se, da mesma forma que os alunos/ musicoterapeutas, que as contribuições advêm de diferentes momentos:

- da experiência como um todo e,
- dos diferentes momentos da experiência

- A. do momento que antecede a realização da experiência;
- B. do momento da realização da experiência;
- C. do momento em que se reflete sobre a experiência.

Também para uma melhor visualização, decidiu-se agrupar esses achados em um quadro que será apresentado a seguir, de forma resumida, isto é, sem a subdivisões de cada aspecto.

Achados do ponto de vista dos pesquisadores			
Da experiência como um todo	Dos diferentes momentos da experiência		
A experiência possibilita	Antes da realização	Da realização	Depois da experiência
<ul style="list-style-type: none"> • o exercício do papel de MT numa "prática assistida" • o exercício do papel de co-terapeuta e observador numa "prática assistida" 	A experiência possibilita a consciência da importância de um planejamento para:	A vivência da experiência possibilita: <ul style="list-style-type: none"> • o exercício da vivência de uma relação entre musicoterapeuta e co-terapeuta, numa "prática assistida" 	O ato de refletir sobre a experiência anteriormente realizada: <ul style="list-style-type: none"> • possibilita o exercício da elaboração de relatório numa "prática assistida"

⁸⁸ FORINASHI, Michele. In: WHEELER, 1995, p. 374.

<ul style="list-style-type: none"> • uma vivência nova • a consciência da dificuldade em atender-se pacientes que tenham alguma proximidade com o terapeuta (advinda das dificuldades em desempenhar o papel de musicoterapeuta de colegas) • a consciência da necessidade de aprimoramento musical que possibilite interagir de forma mais adequada com o paciente • a consciência da necessidade do domínio de, ao menos, um instrumento musical que possibilite ao musicoterapeuta movimentar-se mais livremente nas sessões 	<ul style="list-style-type: none"> • satisfazer tanto as necessidades do paciente ou grupo quanto os objetivos do terapeuta (que devem estar relacionados entre si) • determinar objetivos • escolher uma proposta que facilite alcançar os objetivos pretendidos • decidir sobre o tipo de preparação do grupo a ser utilizado na realização da proposta (relaxamento ou aquecimento) • optar pelas técnicas a serem utilizadas (musicoterápicas e não musicoterápicas) • selecionar os instrumentos musicais mais adequados • adotar uma das formas de liderança • melhor utilizar o espaço físico 	<ul style="list-style-type: none"> • o desenvolvimento da percepção: <ul style="list-style-type: none"> A) auditiva • escuta • escuta musical • escuta subjetiva⁹⁰ • transaudição⁹¹ B) visual • o exercício de: <ul style="list-style-type: none"> - dar propostas compatíveis com os objetivos pretendidos - interagir com o outro - intervir quando necessário - escolher a forma de liderança mais adequada para o paciente ou grupo - perceber que o MT deve se adequar às necessidades do paciente - perceber as dificuldades em colocar limites e fazer intervenções 	<ul style="list-style-type: none"> • torna consciente e ratifica a necessidade de refletir-se sobre a sessão • permite a consciência de haver ou não correspondência entre a proposta dada e o desenvolvimento da sessão • possibilita a constatação de os objetivos terem ou não sido alcançados • torna possível a percepção de haver uma relação entre o tipo de liderança utilizado e a personalidade e/ou formação do MT • leva à constatação da importância de estimular-se a produção musical dos pacientes para, através desta, facilitar uma posterior comunicação verbal
---	--	--	---

⁹⁰ Embora esta seja uma expressão de uso corrente não nos foi possível encontrar uma definição na literatura especializada. Assim, tivemos a necessidade de elaborar uma definição. Definimos como 'escuta subjetiva' aquela que pretende apreender os sentimentos/emoções/conteúdos internos e desejos veiculados através de expressões gestuais, corporais e musicais. Diz-nos Lacan: "o significante é o material audível, o que nem por isso quer dizer o som". LACAN, 1975, p. 281.

⁹¹ Este termo foi o único encontrado para dar conta do que queremos significar – uma escuta de inconsciente para inconsciente. Assim o tomamos por empréstimo a HOFSTEIN que, referindo-se à música, e citando Lacan, afirma que há uma "transaudição direta, de inconsciente para inconsciente". LACAN, apud HOFSTEIN, 1972, p. 114.

4.5. Problemas e dificuldades na realização da pesquisa

1 - Com relação à instituição:

- a falta de silêncio necessário para a realização da atividade, por se tratar de uma escola de música e pela inexistência de preparação acústica do espaço físico utilizado. Este aspecto fez com que as fitas gravadas tenham uma qualidade que dificulta a análise dos elementos musicais, pela interferência de sons externos e pela falta de microfone direcional.
- a falta de material adequado para o registro das sessões em vídeo. A câmera utilizada foi de pequeno porte e a gravação feita de forma amadora.

2 - Com relação ao Projeto:

- Estabelecimento de foco

A primeira grande dificuldade encontrada na realização da pesquisa foi o estabelecimento de foco. Até o momento em que se terminou a coleta de dados – as sessões das EM –, tinha-se um objetivo claro mas não um foco claro. Foram criados alguns instrumentos para a leitura do registro das sessões mas o foco só ficou claro em orientação com o consultor Dr. Kenneth Bruscia⁹².

Abandonou-se, então, a análise dos registros das sessões em vídeo e, com o foco definido, passou-se a avaliar os relatórios elaborados pelos alunos/musicoterapeutas pois, só assim, poder-se-ia ter a visão dos mesmos sobre as EM.

- Cumprimento do cronograma

A segunda dificuldade foi com relação ao cumprimento do cronograma. Pensava-se ser possível fazer uma avaliação dos dados em um ano, trabalhando-se nisto, oficialmente, durante quatro horas semanais. No entanto, foram gastos dois anos de trabalho, com muitas horas além das quatro previstas oficialmente. Houve, sem dúvida, por inexperiência da pesquisadora principal neste tipo de atividade, um erro de elaboração do cronograma.

3 - Com relação à própria experiência:

- Dos alunos/musicoterapeutas

- a dificuldade de os alunos serem terapeutas de seus próprios colegas e estarem em contato com aspectos do grupo que são também seus, o que poderia comprometer a realização das experiências e, conseqüentemente, os resultados da pesquisa.
- a dificuldade do trabalho em co-terapia
- a existência da câmera na sala
- a presença da professora como observadora.

⁹² BRUSCIA, Kenneth. In: LANGENBERG, Mechild; AIGEN, Kenneth; FRÖMER, Joerg. 1996.

- Do professor de musicoterapia/pesquisador principal:

- *assistir, descrever e grafar musicalmente as improvisações ocorridas nas sessões, num espaço sem preparação acústica;*
- *lidar com seus sentimentos e emoções em relação:*
 - . *a músicas cantadas e/ou tocadas;*
 - . *a situações;*
 - . *a aspectos transferenciais.*

- Dos pesquisadores:

- *trabalhar sobre um material que foi gravado em vídeo num espaço sem preparação acústica (o que prejudicou a qualidade da gravação);*
- *avaliar um questionário cuja má elaboração prejudicou a compreensão de aspectos que seriam relevantes para os resultados da pesquisa*
- *trabalhar com uma equipe de pesquisadores sem proficiência em língua inglesa, o que sobrecarregou a pesquisadora principal.*

5. Considerações Finais

Num artigo onde Chaimovich analisa a questão do investimento das universidades só em ciência aplicável, a partir de um estudo que discute a questão na Inglaterra, o autor sai em defesa da pesquisa básica no Brasil. Considerando "um erro estratégico grave redirecionar as políticas de investimento para produzir apenas ciência "aplicável" nas universidades", o autor ainda se manifesta afirmando que a pesquisa nesse espaço deve ser avaliada pela sua qualidade e não pela sua aplicabilidade.⁹³

Mas o autor ainda se debruça sobre parte do documento da Inglaterra que pergunta: "Por que o governo deveria financiar pesquisa?" E aqui encontra-se, dentre sete razões, uma que parece ser de extrema importância àqueles que se dedicam à pesquisa em artes ou que utilizam a arte de alguma forma.

Diz o texto,

a pesquisa e a criação em humanidades e artes produzem uma compreensão mais profunda do mundo e da sua cultura e, quando não é utilitário, continua a ser essencial numa sociedade civilizada.⁹⁴

Esta é uma afirmação de extrema importância para uma pesquisa que pretende estudar a relevância da inserção de Experiências Musicoterápicas numa formação de pessoas que deverão ter uma compreensão do seu paciente, do mundo no qual este está inserido e da cultura da qual faz parte.

⁹³ CHAIMOVICH, Herman, 2002, p. 4

⁹⁴ *ibid.*

Os resultados apontados anteriormente, tanto do ponto de vista dos alunos/musicoterapeutas, quanto dos pesquisadores, mostram que a pesquisa aqui apresentada, constituiu-se como um estudo fundamental para validar a inserção deste tipo de atividade nos cursos de musicoterapia em nível de graduação.

Os resultados também indicam que esta atividade permite que o aluno conheça mais sobre a natureza humana, sobre a movimentação do homem no mundo e sobre a dinâmica da atuação de alunos/pacientes num espaço didático, onde os aspectos terapêuticos são reconhecidos e levados em consideração, o que, sem dúvida, traz ao aluno, investido da função de terapeuta numa prática assistida, grande contribuição no que diz respeito à prática clínica posterior. Ressalta-se, ainda, além da importância da realização dessas experiências que incluem alunos como terapeutas e como pacientes, a inserção de alunos de outras turmas na equipe de pesquisadores, o que se constitui como um aspecto absolutamente relevante, por prepará-los para a prática da pesquisa posteriormente. (Iniciação científica).

Atribui-se grande relevância a esta pesquisa pela sua aplicabilidade posterior, apesar de não ser este o objetivo principal da mesma, recomendando a inclusão deste tipo de experiências nos diferentes cursos de graduação existentes no Brasil.

Mas, duas questões que se entrelaçam ainda ficam por ser respondidas:

- será este formato, no qual o musicoterapeuta é o próprio aluno, o melhor a ser adotado?
- deverá este tipo de experiência ter o objetivo didático como o principal ou aqui deveriam estar inseridas experiências terapêuticas?

Se o objetivo é dar ao aluno a possibilidade de desempenhar o papel de musicoterapeuta numa prática assistida, pensa-se que o objetivo deve ser didático.

Por outro lado, as questões anteriores levam a uma outra pergunta: seria adequado inserir-se uma atividade terapêutica num ambiente didático?

Talvez estas duas questões só possam ser respondidas após serem objeto de uma outra pesquisa.

Referências Bibliográficas

AIGEN, Kenneth. *Path of Development in Nordoff-Robbins Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. *A Importância da Análise do Tecido Musical para a Musicoterapia*. Dissertação de mestrado em Musicologia. Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 1999.

BENENZON, Rolando O.. *La Nueva Musicoterapia*. Buenos Aires: Lumen, 1988.

_____. *Musicoterapia: de la Teoría a la Práctica*. Barcelona: Paidós, 2000.

BRUSCIA, Kenneth. Authenticity Issues in Qualitative Research. In: MECHTILD, Langenberg; AIGEN, Kenneth; FRÖMER, Jorg. Gilsum: Barcelona Publishers, 1996.

CHAIMOVICH, Herman. Investir só em Ciência Aplicável nas Universidades é um Erro Estratégico. In: *Jornal da Ciência*. Publicação da Sociedade Brasileira para o progresso da Ciência. Ano XVI, Nº 476. Rio de Janeiro, Março, 2002.

DELABARY, Ana Maria Loureiro de Souza. *Musicoterapia com Gestantes: Espaço para Construção e Ampliação do Ser*. Dissertação de Mestrado em Educação. PUC-RS, 2001.

FORINASHI, Michele. Phenomenological Research. In: Wheeler, Barbara, (Ed.) *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*. Phoenixville: Barcelona Publishers, 1995.

GIORGI, Amedeo. A Phenomenological Psychological Analysis of the Artistic Process. In: *Qualitative Evaluation in the Arts*. John Gilbert. Ed. Vol. II. New York University, 1984.

HESSER, Barbara. *Group Music therapy: A Model for Training Music Therapy Students*. Trabalho apresentado no 8^o World Congress of Music Therapy. Hamburgo, 1996a.

HESSER, Barbara. *Music Therapy Theory*. New York: New York University. Inédito. 1996b.

HOFSTEIN, Francis. Drogue et Musique. In: *Musicque en Jeu. Psychanalyse et Musique*. Nº 9. Paris: Editions Seuil, 1972.

KENNY, Carolyn Berezna. *The Field of Play: A Guide for the Theory and Practice of Music Therapy*. Atascadero: Ridgeview Publishing Company, 1989.

LACAN, Jacques. *O Seminário*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

LANGENBERG, Mecchtild; AIGEN, Kenneth; and FROMMER, Jörg (Ed.). *Qualitative Music Therapy Research. Beginning Dialogues*. Gilsum: Barcelona Publishers, 1996.

PEDERSEN, Inge Nygaard. La Experiência Vivencial como Metodologia Didática em Musicoterapia. In: *Revista Internacional Latinoamericana de Musicoterapia*. ADIMU. Rosário. Vol.1. Num. 1, 1995.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *O Processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

WHEELER, Barbara. (Ed.). *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*. Phoenixville: Barcelona Publishers, 1995.

SCHEIBY, Benedicte. Forming an Identity as a Music Therapist through Analytical Music Therapy Supervision. In: *Music Therapy Supervision*. Ed. Michele Forinash. Gilsum: Barcelona Publishers, 2001.

WIGRAM, Tony. "Becoming Clients"- Role Playing a Clinical Situation as an Experiential Technique in the Training of Advanced Level Music Therapy Students. In: *Music Therapy within Multi-Disciplinary Teams*. Proceedings of the 3rd European Music Therapy Conference. Aalborg, 1995.

WIGRAM, Tony; PEDERSEN, Inge Nygaard & BONDE, Lars Ole. *A Comprehensive Guide to Music Therapy Theory, Clinical practice Research and Training*. London; Jessica Kingsley Publishers, 2002.

Normas para Apresentação de Trabalhos Científicos. Parte 3. Relatórios. Universidade Federal do Paraná – UFPR. Curitiba, 1995.

Comentários sobre “As Experiências Musicoterápicas” nos Cursos de Musicoterapia – uma Pesquisa Qualitativa-Fenomenológica.⁹⁵

Barbara Wheeler⁹⁶

Estou feliz em ter a oportunidade de comentar a pesquisa intitulada “As Experiências Musicoterápicas nos Cursos de Musicoterapia – uma pesquisa Qualitativa-Fenomenológica”, conduzida por Lia Rejane Mendes Barcellos. Este estudo envolve as “Experiências Musicoterápicas”, uma área muito importante na formação do musicoterapeuta. Há muito poucos estudos de pesquisa na literatura de Musicoterapia quanto a este tópico, e nenhum outro estudo, do qual eu tenha conhecimento, que contemple a experiência dos alunos nesta atividade.

Barcellos começa a apresentação de seu estudo contextualizando as Experiências Musicoterápicas, estudadas nesta pesquisa, descrevendo este tipo de treinamento de atividade em outros cursos do mundo e no curso que ela enfoca/estuda. Ela faz esta comparação com clareza e isto facilita ao leitor entender a experiência, que é o foco de sua pesquisa.

Parece-me que o coração do estudo é, como indicado no título, um estudo qualitativo da experiência dos alunos. Entretanto, o primeiro objetivo do estudo e a parte inicial da análise é de natureza positivista. A questão, “avaliar se as experiências dos alunos nas “Experiências Musicoterápicas” contribuem para as competências do musicoterapeuta” é de natureza positivista. Não se trata de procurar para encontrar significado, ou mesmo explorar a questão, e sim tentar descobrir SE isso ocorre. A questão positivista então, é analisada através da tabulação de respostas a um questionário e apresentada em uma tabela. Não apenas isto é positivista, mas sinto que

⁹⁵ Tradução do inglês: Marcia Maria da Silva Cirigliano.

⁹⁶ Barbara L. Wheeler é PhD, MT-BC, NMT Fellow (*Neurological Music Therapy Fellow*). Diretora e professora do Curso de Musicoterapia da *University of Louisville*, Louisville, Kentucky, - USA.

não é necessário ao propósito do estudo e, na verdade, tira o valor das questões principais e análise da pesquisa.

A principal parte do estudo, o estudo de pesquisa fenomenológico, busca responder à questão “por que os alunos apontam esta experiência como importante para seu desenvolvimento”? Para tal, Barcellos segue métodos de pesquisa fenomenológica delineados por Giorgi. Apesar de saber que ela segue os métodos e passos sugeridos por Giorgi, a apresentação do estudo não descreve claramente COMO ela segue esses passos. Seria mais claro se ela listasse os passos, e fornecesse detalhes de como eles foram aplicados à esta pesquisa.

O aspecto final que almejo, enquanto leio este estudo é a clara apresentação de seus achados, e descrição dos dados que a ajudaram a chegar a essas conclusões. Mais especificamente, eu desejaria que Barcellos tivesse analisado os dados e descoberto categorias de experiências que os alunos tiveram, e aí apresentasse as categorias com exemplos de afirmações que os participantes fizeram, que pudessem levar a tais categorias. Este tipo de apresentação daria vida à pesquisa, e os leitores entenderiam verdadeiramente esta experiência.

Gostaria de destacar outro ponto: entendo, a partir da descrição do método, seguido da coletânea dos dados, que os alunos que COORDENARAM grupos foram os únicos que relataram/ escreveram/reportaram suas experiências. Portanto, talvez o título deva refletir isso. Talvez devesse ser “Experiência dos alunos em liderar um grupo de “Experiências Musicoterápicas” – um estudo fenomenológico de pesquisa qualitativa”. Esta é somente uma sugestão pois, certamente, a experiência deles em liderar é também parte de sua experiência de grupo, então o título original é também apropriado.

As descrições estão no coração da apresentação da pesquisa qualitativa. Uma vez que os resultados da pesquisa qualitativa geralmente são apresentados em palavras, ao invés de números, é imperativo que o pesquisador qualitativo faça os resultados do estudo claros através de palavras que os descrevam. Gostaria de ler estas descrições desta importante pesquisa, para verdadeiramente entender a experiência dos alunos nas “Experiências Musicoterápicas”.

Normas para Publicação na Revista Brasileira de Musicoterapia

I - INFORMAÇÕES GERAIS

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

II - ORIENTAÇÃO EDITORIAL

Os originais de artigos encaminhados para publicação são submetidos a uma avaliação cega pelo 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 Editora da Revista da seguinte forma:

- em três vias digitadas em papel A4
- fonte Times New Roman, corpo 12, espaço 1,5 e margem de 2 cm
- o texto deve vir de acordo com as regras da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).
- resumo em Português (até 100 palavras com três palavras-chave)
- *abstract* em Inglês (até 100 palavras com três *key-words*)
- A primeira lauda do texto original deve conter:
 - o título do trabalho
 - nome completo do autor e seu respectivo endereço
 - biografia de no máximo 5 linhas. As demais páginas devem ser numeradas consecutivamente, a partir de 2.

- Disquete no formato “Word for windows” 98/2000 (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 científicas/culturais (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).

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.