

Revista Brasileira de Musicoterapia

Vol. 6
Número 6 - 2006

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.
- 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:
 - . 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" 6.0/95 (doc). No corpo do artigo não devem ser incluídos elementos que possibilitem identificar o(s) autor(es) do texto (ex: papel timbrado, rodapé com nome do autor).

IV – TIPOS DE TEXTO

1. Estudos teóricos/ensaios – análise de temas e questões fundamentadas teoricamente, levando ao questionamento de modos de pensar e atuar existentes, e a novas elaborações (aproximadamente 15 laudas);

2. Relatos de pesquisa – investigações baseadas em dados empíricos, recorrendo à metodologia quantitativa e/ou qualitativa, contendo introdução, metodologia, resultados e discussão (aproximadamente 12 laudas);

3. Depoimentos – relatos de experiência profissional de interesse para as diferentes práticas 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).

V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

INDICADOR PROFISSIONAL

- DRA. ANA PAULA ARAÚJO DE LIMA MAIA

Terapeuta Ocupacional - iineuro – Instituto Integrado de Neurociências
Av. T-15 n. 106 Setor Bueno Goiânia – GO - 62 – 3251 9191

- DRA. ANDIARA PACHECO SANTANA BUENO DE BASTOS

Psicologia clínica e Neuropsicologia - iineuro – Instituto Integrado de Neurociências

Av. T-15 n. 106 Setor Bueno Goiânia – GO - 62 – 3251 9191

- DR. ANÍBAL CINTRA NETO

Neurocirurgia - iineuro – Instituto Integrado de Neurociências

Av. T-15 n. 106 Setor Bueno Goiânia – GO - 62 – 3251 9191

- MT. FRANCISCA CAVALCANTI

Musicoterapeuta - Musicoterapia, Canto Werbeck, Pedagogia Waldorf

Rua Dês. Vitor Lima, 260, sala 512, Ed. Madson Center – Trindade

CEP 88.040 – 400 – Florianópolis Tel. 48 – 88110233

- DR. JÚLIO CÉSAR NUNES DA ROCHA

Neurocirurgia - Edifício Centro Médico - 62 – 3212 2060

- DRA. MARIA JOSÉ CARVALHO DAVID

Neurocirurgia - iineuro – Instituto Integrado de Neurociências

Av. T-15 n. 106 Setor Bueno Goiânia – GO - 62 – 3251 9191

- DR. OTHANIEL PEREIRA DE ALCÂNTARA

Odontólogo - Odontologia geral, Dor orofacial e estética

Goiânia – Goiás – (62) – 3287 - 1089

- MT. RITA DULTRA

Musicoterapeuta - Centro Médico Christian Barnaid

Rua Leonor Calmo, 256/308 - Cidade Jardim - Salvador - Bahia

CEP 40.280-620 - 71 - 3351-6081

CONSELHO EDITORIAL

André Brandalise Mattos – RS

Cléo Monteiro França Correia – SP

Jacila Maria Silva – RJ

Jonia Maria D. Messagi – PR

Leomara Craveiro Sá – GO

Marly Chagas - RJ

Maristela Smith – SP

Marcia Maria Cirigliano da Silva – RJ

Marco Antonio Carvalho Santos – RJ

Martha Sampaio Vianna Negreiros - RJ

Thelma Sydenstricker Alvares – ES

Endereço para correspondência:

Av. T-15, nº 106 – Setor Bueno

Goiânia – GO CEP 74230-010

E-mail: tereza@ineuro.com.br

EXPEDIENTE

Editora

Lia Rejane Mendes Barcellos

Editora Assistente

Malu Lafetá

Consultoria Técnica

Marly Chagas

Martha Negreiros de Sampaio Vianna

Jornalista Lúcio Santos

**CALENDÁRIO NACIONAL DE
EVENTOS DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA
- 2006**

- XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, o VI Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e o II Encontro Nacional de Docência em Musicoterapia acontecerão de 6 a 9 de Setembro de 2006 na Universidade Federal de Goiás. TEMA: MUSICOTERAPIA E TRANSDISCIPLINARIDADE: PESQUISA, FORMAÇÃO E MERCADO DE TRABALHO

- XII Fórum Estadual do Rio de Janeiro que será realizado nos dias 7 e 8 de julho de 2006

- VIII Fórum Paranaense de Musicoterapia, que se realizará nos dias 5 e 6 de agosto de 2006, em Curitiba – PR Tema: Há Canções e há Momentos: respeitando as Diferenças.

- VIII Fórum Paulista de Musicoterapia (APEMESP) que se realizará nos dias 19 e 20 de agosto de 2006. Tema “Musicoterapia: Ciência, Contemporaneidade e Futuro”

- II Congresso Brasileiro de Medicina e Arte. Participe de 14 a 16 de setembro deste ano, em Salvador (BA). Comemoração ao Dia do Musicoterapeuta durante o Evento.

- Semana de Musicoterapia de Ribeirão Preto de 13 a 16 de setembro de 2006. Tema: E no Brasil, como é?

- VIII Congresso Nacional de Musicoterapia que se realizará em Rosario, na Argentina de 26 a 30 de Setembro de 2006, terá o tema: “Com-posición: Asistencia, Formación e Investigación en Musicoterapia”.

- VII Congresso Europeu de Musicoterapia que será realizado de 15 a 19 de agosto de 2007, em Eindhoven, na Holanda.

<http://www.ubam.mus.br/portal/>

A Atuação do Musicoterapeuta na Educação Especial

Experiência Clínica

Eliane Faleiro de Freitas Nascimento*

Resumo

O presente estudo tem como idéia central a apresentação de experiência clínica no atendimento ao portador de necessidades educacionais especiais em um núcleo de educação e reabilitação. Abordam-se aspectos teóricos relevantes sobre as etapas do processo musicoterápico, relacionando-as com exemplos de casos clínicos. Conclui-se que a Musicoterapia tem um papel fundamental no desenvolvimento global do portador de necessidades especiais, evidenciando-se, principalmente, as potencialidades desses indivíduos.

Palavras-chave: Experiência Clínica. Musicoterapia, Portador de Necessidades Especiais.

Abstract

This work is centered around the presentation of clinical experience in the care of individuals with special educational needs in a nucleus of education rehabilitation. Relevant theoretical aspects on the phases of the music-therapeutic process relating them to examples of clinical cases are addressed. It is concluded that Music Therapy has a key role in the global development of people with special needs, by mainly making evident the potential of these individuals.

Key-words: Clinical Experience, Music therapy, Individuals with special needs.

* Fonoaudióloga graduada pela Universidade Católica de Goiás. Especialista em Musicoterapia, Área de Concentração Educação Especial pela Universidade Federal de Goiás. Especialista em Musicoterapia, Área de Concentração Saúde Mental pela Universidade Federal de Goiás. Professora do curso de Bacharelado em Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás. e-mail: elianeff@cultura.com.br

Introdução

A proposta de desenvolver o tema sobre a atuação do musicoterapeuta na educação especial causou-nos, em princípio, certa apreensão. Por onde começar a dissertar se são infinitos os aspectos que norteiam o atendimento ao portador de necessidades especiais?

Como se trata de um ciclo de estudos consideramos uma excelente oportunidade para apresentarmos a nossa prática clínica de cinco anos de atuação, como musicoterapeuta, em um núcleo de educação e reabilitação. O trabalho era desenvolvido com uma clientela portadora de necessidades educativas especiais e consideramos que esse termo relaciona-se aos indivíduos que apresentam características físicas, mentais ou sociais que os distanciam da média comum entre os outros indivíduos ditos normais. O portador de necessidades especiais, assim como o termo sugere, necessita de orientações de várias especialidades que poderão contribuir para o desenvolvimento do seu potencial.

Assim, a Musicoterapia é uma dessas especialidades que atua junto ao portador de necessidades especiais e o objetivo deste trabalho é abordar as etapas do processo musicoterápico, na tentativa de se fazer uma relação entre os aspectos teóricos e exemplos clínicos.

Consideramos que tais experiências possam servir de base para que outros profissionais façam uma reflexão crítica a fim de desenvolverem as próprias práticas clínicas.

A Instituição

A experiência clínica que por hora nos propomos em relatar deu-se em uma instituição cujo objetivo é o de favorecer o desenvolvimento do cliente, portador ou não de necessidades especiais. O núcleo realiza uma proposta interdisciplinar desenvolvida por uma equipe educacional e terapêutica que é conduzida por uma coordenadora técnica científica. Com esta proposta procura-se maximizar

o potencial e bem estar do indivíduo. A instituição apresenta os seguintes setores:

- Setor Clínico: Estimulação Essencial, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Musicoterapia, Natação Especializada, Psicologia, Psicopedagogia.
- Setor Educacional.
- Oficina de Artes e Culinária.

O setor de musicoterapia é composto por três musicoterapeutas, que realizam os atendimentos aos clientes entre idades variando desde bebês até adultos portadores ou não de necessidades especiais (deficiência mental, distúrbios globais e específicos do desenvolvimento, disfunção neuromotora) e família. Assim, o espaço de atendimento era dividido em duas salas de musicoterapia, uma destinada ao atendimento dos alunos da escola e demais clientes e a outra destinada ao trabalho com casais e família.

Etapas do Processo Musicoterápico

A Entrevista Inicial em Musicoterapia

As primeiras etapas relacionadas ao levantamento dos dados do paciente são realizadas, em boa parte dos casos, pela coordenadora técnica da proposta interdisciplinar da instituição. Nesse momento, colhem-se informações dos dados pessoais do cliente, queixa ou o motivo pelo qual a instituição foi procurada, além de aspectos do desenvolvimento global do paciente. Tal estratégia deve-se ao fato de se evitar que o cliente e/ou família responda às mesmas perguntas várias vezes para terapeutas diferentes. Com isso, evita-se que o paciente procure uma terapia que, sozinha, poderá não conseguir suprir as expectativas do cliente e/ou família, bem como se contribui para que o cliente receba uma melhor orientação em relação ao tratamento que atenda as suas necessidades.

Um exemplo é o fato de uma paciente com seqüela de Acidente Vascular Encefálico (AVE) ter procurado atendimento específico no setor de

Fonoaudiologia da instituição. Diante da necessidade da cliente, esse setor encaminhou-a para os setores de Fisioterapia, Musicoterapia e Natação Especializada a fim de se complementar o tratamento e garantir-lhe um atendimento mais adequado às suas necessidades.

A Ficha Musicoterápica

Quando um paciente é encaminhado para avaliação no setor de Musicoterapia realiza-se, então, a elaboração da Ficha Musicoterápica com o cliente ou com a família, quando o próprio paciente não apresente condições para fornecer as informações, como é o caso de crianças muito pequenas ou que apresentem distúrbios de fala.

A Ficha Musicoterápica terá como objetivo a colheita de dados referente à história sonora do indivíduo. Na nossa prática clínica costumamos investigar sobre as preferências musicais dos pais, o ambiente sonoro durante a gestação do cliente (quando for criança), as primeiras experiências musicais, sons típicos do ambiente doméstico e outros aspectos que vão sendo despertados no decorrer da entrevista, os quais se julgam necessários para a complementação dos dados. Este esquema no qual utilizamos é baseado em material oferecido pela musicoterapeuta e professora Ana Sheila de Uricoechea em 1993, na disciplina "Musicoterapia na Educação Especial" do curso de Especialização em Musicoterapia, área de concentração Educação Especial, da Universidade Federal de Goiás.

Convém ressaltar que a elaboração da história pessoal, clínica e musical irá depender do tipo do cliente ao qual se investiga, pois se podemos considerar desnecessária a investigação das etapas de desenvolvimento de um indivíduo que sofreu um AVE em idade adulta, por outro lado é imprescindível colher esses dados de uma criança que apresenta problemas emocionais graves.⁸⁵

Testificação Musical

Trata-se de uma etapa específica do processo musicoterápico e tem como objetivo principal observar as reações que os sons, estru-

85 BARCELLOS, Lia Rejane Mendes, 1999.

turas rítmicas e os diferentes instrumentos provocam no paciente.⁸⁶

Nesse momento o musicoterapeuta terá condições de “observar as possibilidades de comunicação do paciente; as suas dificuldades, inibições, preferências, impulsos, bloqueios, reações e desejos frente aos diferentes parâmetros e instrumentos musicais”.⁸⁷

Concorda-se com a autora quando diz que o musicoterapeuta deverá usar o bom senso a fim de determinar o melhor procedimento para se utilizar durante a testificação, julgando aquilo que é mais adequado para cada cliente. Isto se deve ao fato de que a clientela que atendemos na instituição era constituída, em sua grande maioria, por crianças portadoras de Deficiência Mental (DM), em graus variados, Paralisia Cerebral (PC) e alguns casos apresentando distúrbios globais e específicos do desenvolvimento. É por esse motivo que não realizamos a testificação, pelo menos integralmente, proposta por Benenzon⁸⁸, por ser uma orientação para pacientes psiquiátricos.

Entretanto, consideramos algumas orientações do autor:

Realizamos a testificação na sala de musicoterapia para que o cliente identifique o espaço e o ambiente no qual será desenvolvido o processo propriamente dito. Geralmente dispomos os instrumentos sobre um tapete grande que fica no centro da sala (caso o paciente se locomova independentemente, caso contrário serão dispostos sobre uma mesa). Selecionamos instrumentos que compõem o nosso folclore bem como de outras regiões a fim de se observar a atenção e a capacidade exploratória do paciente. Também são colocados instrumentos melódicos, tal como xilofone e/ou metalofone, além do piano (com os teclados e a caixa descoberta) e o violão.

A disposição dos instrumentos é a mesma nos primeiros encontros a fim de que possamos ter um padrão de observação, recordando, com mais facilidade da ordem em que o paciente executou

86 Ibid., 1999.

87 Ibid., 1999, p. 33

88 BENENZON, Rolando, 1985

(ou não) cada instrumento. Na última sessão destinada à avaliação não colocamos os instrumentos sobre o tapete com o objetivo de observar a atenção, memória e a capacidade de investigação do paciente. Constatamos que geralmente o cliente busca o instrumento que servirá, em princípio, como objeto intermediário. Tal estratégia também serve como um referencial para que o cliente perceba que os instrumentos só serão dispostos sobre o tapete durante o atendimento. Fora disso, cada objeto tem seu respectivo lugar e que sempre será guardado ao término da sessão.

Em relação ao número de sessões destinadas à testificação a nossa prática tem nos revelado que no mínimo dois e no máximo quatro encontros. Isso porque quando o cliente é criança, se a avaliação perdura por muito tempo, a família tende a apresentar um grau de expectativa e ansiedade que poderá comprometer o processo. E, no caso de adultos, durante uma avaliação prolongada, o cliente poderá começar a apresentar conteúdos que já poderiam já estar sendo trabalhados dentro do processo.

Contudo, em ambos os casos, consideramos que no momento da testificação o musicoterapeuta atuará como um observador. Acreditamos que, por ser uma avaliação, o paciente poderá mascarar aspectos que serão apresentados espontaneamente durante os atendimentos. Assim, essas primeiras sessões servirão para que o musicoterapeuta complemente a Ficha Musicoterápica e o cliente familiarize-se com o terapeuta e o espaço terapêutico.

Consideramos que a atitude do musicoterapeuta deverá ser ativa junto ao cliente, ao contrário do que insiste Benenzon⁸⁹ por se tratar de uma clientela de educação especial. Entretanto, o musicoterapeuta não deverá fazer intervenções as quais poderão comprometer a forma de expressão do cliente através do sonoro-musical.

Nesse momento de avaliação também procuramos observar as capacidades motoras, a comunicação oral e alguns conceitos básicos que por ventura o cliente apresente. Isso se deve ao fato de que a criança DM tem todo o seu processo de aprendizagem desenvolvido

89 Ibid., 1985.

de modo formal,⁹⁰ e o espaço musicoterápico propicia, também, a expressão desses conteúdos.

O Contrato Terapêutico

De acordo com Barcellos,⁹¹ trata-se de um procedimento comum a outras terapias. É o momento para se verificar se há indicação ou não para que o cliente freqüente a musicoterapia e se estabelecer os objetivos do tratamento.

Nessa etapa, há a realização de um Estudo de Caso entre os membros da equipe da instituição que avaliaram o cliente. Após a realização desse estudo, é determinado um encontro com o cliente ou a família a fim de que esses tenham a devolução: momento em que cada profissional repassa aos responsáveis pelo cliente os aspectos que foram levantados durante a avaliação, destacando-se as necessidades ou não de se freqüentar determinado setor, a freqüência, uma breve orientação em relação ao tratamento ao qual será submetido (principalmente em relação à musicoterapia, por ser uma prática clínica nova) e demais aspectos burocráticos que norteiam o Contrato Terapêutico.⁹²

Objetivos Terapêuticos

É o momento em que serão estabelecidos os propósitos do processo, pois esses objetivos fornecem a direção na qual o atendimento seguirá, além de ajudar o musicoterapeuta a ter um procedimento técnico-científico.⁹³

Apesar de López e Carvalho⁹⁴ apresentarem um trabalho relacionado ao atendimento a hemiplégicos adultos, essas autoras fazem

90 URICOECHEA, Ana Sheila, 1986.

91 BARCELLOS, Lia Rejane Mendes, 1999.

92 *Ibid.*, 1999.

93 *Ibid.*, 1999.

94 LÓPEZ, Ana Lúcia Leão e CARVALHO, Paula Maria Ribeiro, 1999.

considerações que são pertinentes ou semelhantes aquele desenvolvido em educação especial com crianças. Elas consideram que o trabalho que é desenvolvido de forma prazerosa promove um melhor rendimento na reabilitação do paciente. Enfocam a área emocional como catalisadora do processo motor e de linguagem e, assim, fundamentam-se nos objetivos emocionais para que os outros possam ser alcançados.

Apresentamos, a seguir, os principais objetivos destacados pelas autoras, divididos em três áreas:

- Área Emocional: Relação terapêutica, participação, (Re) integração, (Re) socialização, auto-estima, segurança.

Concordamos que só a partir do estabelecimento da relação terapêutica é que haverá a possibilidade de se iniciar os atendimentos. Porém, considerando o trabalho desenvolvido com crianças ou mesmo jovens portadores de distúrbios globais e específicos do desenvolvimento, tem-se na estimulação da integração, seja com grupo de atendimento e/ou escolar, e da socialização um dos principais objetivos a serem alcançados, após, evidentemente, o estabelecimento do vínculo terapêutico. Essa situação é um pouco diferenciada da proposta das autoras, uma vez que a clientela atendida por elas necessita, em sua grande maioria, de uma reinserção na sociedade como um todo.

- Área de Comunicação e Memória: percepção auditiva, atenção, compreensão, fala, expressão verbal, linguagem, memória.

- Área Motora: coordenação, equilíbrio, movimento, postura, marcha, respiração, relaxamento, ritmo, orientação espacial.

Apresentamos essas duas áreas em conjunto por traduzirem os objetivos que normalmente são trabalhados em uma clientela especial. Entretanto, em alguns casos, fundamenta-se no sentido de desenvolver essas habilidades e, em outros, somente em adequar essas funções.

Consideramos que a aprendizagem de habilidades básicas, que

se refletirão nas outras áreas do desenvolvimento, deverão estar intrínsecos no estabelecimento dos objetivos.⁹⁵ Essa autora também destaca como sendo objetivo terapêutico, promover o alcance de níveis de conduta adaptativa mais elaborados; promover uma melhor estruturação da personalidade; facilitar o pragmatismo, além de incentivar a criatividade e a expressividade.

Em relação a esse último aspecto, citaremos o exemplo de um grupo composto por duas pré-adolescentes. Num determinado momento do trabalho, uma cliente que se encontrava em processo de alta, sugeriu a dramatização da história "Chapeuzinho Vermelho". Tal idéia resultou na apresentação de um teatro aos alunos do setor educacional e traduziu-se em uma experiência riquíssima em níveis terapêuticos. Todas as necessidades que surgiam, as próprias clientes discutiam entre si (a musicoterapeuta atuava como facilitadora e moderadora do processo) e procuravam os recursos para serem sanados, desde a confecção das "fantasias" até o "arranjo" do material de apoio (para o "cenário") e aspectos musicais. Essa estratégia mostrou-se eficiente para o desenvolvimento do trabalho, tendo como objetivos terapêuticos trabalhar aspectos de cessão à vez do outro, expressão corporal, memória e, principalmente, fortalecimento da auto-estima.

Em relação à área motora, López e Carvalho⁹⁶ consideram que se trata de um valor secundário dentro da abordagem musicoterápica, pois o que se pretende é estimular a realização de um movimento de forma prazerosa. Tratando-se de estimulação, em seus aspectos globais, consideramos que a musicoterapia tem um valor fundamental, uma vez que o paciente encontra nesse setor um ambiente propício à expressão, sem ter, necessariamente, a evidência do trabalho motor - justamente por este ser considerado como um objetivo secundário.

Atendemos uma criança com atraso global no desenvolvimento. A mesma estava sendo trabalhada pelos setores de Estimulação e Fisioterapia no sentido de desenvolver a cambalhota, sem ainda ter manifestado tal movimento nos respectivos setores. Em uma sessão musicoterápica a criança, espontaneamente e sem a ajuda da musicoterapeuta, deu várias cambalhotas, sendo motivada apenas pela estratégia que era realizada no momento (movimentar-se de acordo com determinados ritmos).

95 URICOECHEA, Ana Sheila, 1986.

96 LÓPEZ, Ana Lúcia Leão e CARVALHO, Paula Maria Ribeiro, 1999.

É interessante ressaltar que a equipe da instituição interage de forma interdisciplinar e, às vezes, transdisciplinarmente. A principal característica do primeiro tipo de atendimento é que são “vários profissionais que atendem a um mesmo paciente e que estão no mesmo local. (...) há uma maior interação entre esses profissionais, o que permite uma melhor discussão de vários aspectos do tratamento, dentre eles o estabelecimento de objetivos em comum”.⁹⁷ Assim, após a avaliação, a equipe realiza um estudo de caso a fim de ter condições para estabelecer qual ou quais os aspectos que poderão ser ressaltados em todos os tratamentos. Como exemplo, citamos a adequação do desenvolvimento motor, a estimulação de fala, estruturação do ego e/ou fortalecimento da auto-estima etc.

Em alguns casos a equipe terapêutica poderá definir o atendimento seguindo o modelo transdisciplinar, ou seja, aquele em que os profissionais atendem o cliente numa mesma sessão. Nesses moldes temos uma nova “visão de ser humano, no qual este é um todo indivisível e relacional, (...), com múltiplas conexões com o mundo que o cerca, independente do tipo e do grau de alguma patologia que por ventura apresente”.⁹⁸

Nessa modalidade de atendimento cada profissional direciona-se para a sua área de atuação, prevalecendo-se a interdependência dos múltiplos aspectos que envolvem a necessidade do cliente, bem como a dinâmica de conjunto.⁹⁹ Baranow (OP. Cit).

Como exemplo dessas modalidades de atendimento, podemos citar o caso de uma adolescente portadora de Paralisia Cerebral, vítima de anóxia durante o parto. A cliente apresenta limitações motoras consideráveis, total ausência de comunicação oral, mas com uma excelente compreensão e nítida expressão facial. Após o estudo de caso, a fono estabeleceu que desenvolveria o trabalho de Comunicação Alternativa (na qual o indivíduo comunica-se, por exemplo, através de fichas com gravuras e símbolos que representam as necessidades básicas de comunicação – sim, não, fome, sono, sentimentos etc.). Assim, todos os profissionais que a atendiam deveriam estimular a utilização das fichas e, para cada setor, foi elaborada

97 BARANOW, Ana Lea von, 2001, p. 37-8

98 *Ibid.*, 2001.

99 *Ibid.*, 2001.

uma prancha contendo algumas características do atendimento. A do setor de musicoterapia continha gravuras de instrumentos na qual a cliente indicava, através dos olhos, com qual instrumento gostaria de trabalhar. Esse exemplo traduz um atendimento interdisciplinar. Em um estudo de caso a equipe observou que a cliente estava apresentando uma certa rejeição ao atendimento fisioterápico por ter pouca resistência à dor (é bem verdade que esse comportamento refletia determinados aspectos emocionais, dentre eles auto-estima rebaixada e dificuldade em se deparar com situações que evidenciavam suas limitações motoras). Decidiu-se, então, realizar os atendimentos fisioterápicos em conjunto com a musicoterapia, pois a cliente apresentava boa motivação para esse trabalho. Dessa maneira, caracterizou-se o atendimento transdisciplinar, no qual a fisioterapia preocupou-se em desenvolver aspectos da reabilitação motora e a musicoterapia estimulou a paciente a expressar seus sentimentos, principalmente em relação à dor ou ao desagrado causado pelos exercícios. É claro que não se tinha como objetivo diminuir em intensidade o trabalho fisioterápico, mas sim, permitir que a cliente expressasse seus sentimentos e, a partir daí, sentir-se valorizada e, conseqüentemente, aumentar sua resistência ao desconforto dos exercícios. Prevalencia-se a consideração da paciente como um todo, bem como a atuação conjunta das profissionais em prol desse desenvolvimento global da mesma.

Acreditamos que em uma instituição interdisciplinar os objetivos terapêuticos tendem a se adequar na medida que o cliente vá apresentando uma evolução ou mesmo quando solicitado por algum membro da equipe terapêutica. Entretanto, deve-se esclarecer que a musicoterapia também é limitada em relação à conjunção de objetivos, ou seja, não são todos os momentos em que ela poderá oferecer sua contribuição. Caso contrário, corre-se o risco de se perder o aspecto terapêutico, tornando a atividade semelhante à recreação musical e, até mesmo, educação musical. Acreditamos ser esse o grande desafio para que a musicoterapia seja devidamente reconhecida e valorizada dentro de uma equipe de multiprofissionais.

Sessões Musicoterápicas

Benenzon considera que "As sessões de Musicoterapia constituem a parte ativa e terapêutica do tratamento".¹⁰⁰

100 BENENZON, Rolando, 1985, p. 84.

Um dos aspectos mais importantes nessa etapa, além dos conhecimentos teóricos e musicais pertinentes, é a capacidade perceptiva do musicoterapeuta de modo a “utilizar a linguagem musical da forma mais adequada tanto a satisfazer os interesses e necessidade dele (paciente) quanto a alcançar os objetivos estabelecidos”.¹⁰¹

É imprescindível que, num primeiro momento da sessão (talvez até mesmo antes de o cliente entrar na sala de musicoterapia), o musicoterapeuta atenha-se para perceber os interesses e as necessidades do paciente, bem como detectar qual seria o seu tempo interno.

Barcellos¹⁰² considera que quatro fatores são essenciais para que o musicoterapeuta tenha um bom desempenho:

1. *Conhecimento e o domínio do seu elemento de trabalho – a música.* Ao conhecer e dominar o instrumento musical, o profissional sente-se livre para poder utilizá-lo, principalmente em relação à clarificação de elementos que o paciente manifesta, mas que não lhe são claros. Pode ser que aspectos inconscientes do cliente venham tornar-se conscientes durante a estimulação feita pelo musicoterapeuta.

2. *Conhecimento da patologia do paciente e as dificuldades decorrentes desta.* Com bom senso o musicoterapeuta considerará o diagnóstico para que tenha uma compreensão maior da história de vida e clínica do paciente. Mas é preciso que o conceito do paciente como pessoa esteja em primeiro lugar. Assim, não haverá uma rotulação que afaste o terapeuta do “ser-em-si”.

3. *Conhecimento da história do paciente.* Permite uma abordagem mais próxima da realidade do paciente, caso contrário, ficará mais difícil chegar até ele. Perde-se, então, um tempo precioso na terapia.

4. *Autoconhecimento.* Consideramos ser este um dos principais fatores para que o terapeuta apresente um desempenho satisfatório e contribua para o desenvolvimento do seu cliente. Com o autocon-

101 BARCELLOS, Lia Rejane Mendes, 1999, p. 47.

102 *Ibid.*, 1999.

hecimento, o musicoterapeuta não projetará as duas dificuldades no paciente e não irá delegar a ele a total responsabilidade por um eventual fracasso do tratamento.

Em relação à sala de Musicoterapia, esta deverá ter dimensões regulares a fim de que não disperse os clientes hiperativos e nem impeça a movimentação dos clientes de um modo geral. Não deve apresentar muitos estímulos para que não desvie a atenção do cliente dos estímulos sonoros.¹⁰³ O chão, como preconiza o autor, poderia ser de madeira, o qual facilita a percepção das vibrações. Diz-se poderia, pois tanto o piso de madeira, como outros recursos sugeridos pelo autor (isolamento acústico, determinados instrumentos) muitas vezes fogem à realidade do musicoterapeuta ou da instituição em que atua. Cabe lançar mão de recursos criativos, tal como a confecção de instrumentos em trabalho integrado ao do setor de terapia ocupacional ou de estimulação essencial (como no nosso caso) e procurar atuar com o mínimo de recurso possível sem, no entanto, se acomodar com situações abaixo do considerável.¹⁰⁴

Dentre os materiais utilizados destacam-se os instrumentos do folclore, instrumental Orff de musicalização, violão, piano, além daqueles que poderão ser fabricados pelos próprios pacientes. Em geral, Barcellos¹⁰⁵ recomenda cautela em relação aos instrumentos de difícil manejo para não causar frustração aos clientes.

Pode-se utilizar também, de acordo com as condições do musicoterapeuta e da instituição, o recurso da gravação das sessões em fitas K-7 ou de vídeo, desde que haja o consentimento do cliente e da família. Tal estratégia contribui para uma melhor compreensão do desenvolvimento do paciente.

Alguns autores¹⁰⁶ fazem referência a três etapas da sessão musicoterápica. A primeira delas estaria relacionada à percepção do pa-

103 BENENZON, Rolando, 1985.

104 BARCELLOS, Lia Rejane Mendes, 1999.

105 Ibid., 1999.

106 BENENZON, Rolando, 1985, BARCELLOS, Lia Rejane Mendes, 1999, URICOECHEA, Ana Sheila, 1986.

ciente ou grupo. Nesse momento o musicoterapeuta deverá apresentar-se numa atitude de observação dos interesses do cliente, seu ISO Complementar e suas reações. Após isso o musicoterapeuta poderá estimular o paciente ou interagir com ele.

Na segunda etapa o musicoterapeuta atuaria como moderador junto ao cliente, fazendo intervenções no nível musical, ou verbal, se for necessário.¹⁰⁷ O musicoterapeuta, então, estimulará o cliente com atividades que sejam mais adequadas aos interesses e necessidades do paciente, mas, também, que permitam ao musicoterapeuta atingir os seus objetivos: levar o cliente ao crescimento.

Na terceira e última etapa, o musicoterapeuta prepara o paciente para o término da sessão. Faz-se uma avaliação verbal do trabalho, dando a oportunidade ao debate de seus aspectos. Assim como Uricoechea,¹⁰⁸ mesmo nos casos de pacientes com dificuldades de expressão e compreensão, avaliamos o acontecer musical.

Nos casos de pacientes com distúrbios globais e específicos do desenvolvimento (tais como as psicoses infantis) costumamos compor uma canção, de acordo com a Identidade Sonora do cliente, para ser tocada/cantada no início da sessão e outra para o término da mesma. Observamos que tal estratégia auxilia o paciente a situar-se no tempo e no espaço, além de dar possibilidades de se observar o tempo interno do cliente e, a partir daí, improvisar em cima desse material e orientar o desenvolvimento da sessão.

É interessante ressaltar que em alguns casos o cliente "rejeita" qualquer manifestação melódica, por não ser este o seu ISO Gestáltico, respondendo apenas às produções rítmico-sonoras corporais (vibração e estalos de lábios e língua, palmas, sopro forte, sons onomatopéicos etc.). Daí a importância de o musicoterapeuta ter uma sensibilidade para perceber o seu cliente e não considerá-lo como um indivíduo de difícil abertura do canal de comunicação.

Nesses casos de pacientes dependentes concordamos com Uricoechea¹⁰⁹ que considera importante desenvolver um trabalho rítmico-

107 URICOECHEA, Ana Sheila, 1986.

108 *Ibid.*, 1986.

109 *Ibid.*, 1986.

corporal com esses pacientes, explorando, assim, o esquema corporal e a organização espacial. A partir daí associa-se a utilização dos instrumentos musicais, partindo-se dos elementos mais primitivos e de fácil manejo e ir progredindo para os de mais difícil execução.

Como exemplo, temos o caso de uma cliente jovem, apresentando ausência de comunicação oral, estereotípias, hipertonía muscular, auto-agressividade, sensibilidade ao toque e bastante regressiva e relação às emissões orais. Essa paciente só respondia quando a musicoterapeuta emitia sons com lábios e língua (estalando-os e vibrando-os) ou quando a chamava utilizando o recurso de voz conhecido por "vocal fry" (-voz basal - voz muito grave e tensa). Observamos que essa era a maneira pela qual a cliente emitia seus sons orais. No momento em que a musicoterapeuta emitia essa voz, a cliente direcionava o olhar para os olhos da terapeuta e emitia um belo sorriso, às vezes dava gargalhada. Isso tudo era apoiado pelo atabaque, que muitas vezes a musicoterapeuta tocava ritmo semelhante aos batimentos cardíacos (Iso Universal) que acalmava e prendia a atenção da cliente. Se a terapeuta tentasse cantar, ou seja, colocar uma melodia na mesma improvisação que era feita com o "vocal fry", a paciente já desviava a sua atenção e começava um padrão de auto-estimulação (estereotípias). Observamos, porém, que de todos os atendimentos a que era submetida (estimulação essencial, fonoaudiologia, natação especializada, fisioterapia) a musicoterapia era o atendimento em que a cliente menos manifestava esses comportamentos e mais se utilizava do recurso da vocalização. Consideramos que tal fato se deva ao estabelecimento, como objetivo, de se trabalhar visando o prazer durante o desenvolvimento das atividades.

Por fim ressaltamos que as técnicas mais utilizadas no nosso trabalho são:

1. *Improvisação Musical*: basicamente o cliente "fará" música enquanto toca, canta ou cria uma melodia, ritmo ou peça musical. O cliente poderá utilizar a própria voz ou instrumentos musicais. O musicoterapeuta acompanha essa execução, estimulando ou orientando a produção sonora do cliente. Podem ser utilizadas nas seguintes formas: *Improvisação Musical Livre*, na qual se permite a liberdade de expressão, trabalhando-se com o emergente sonoro do cliente; *Improvisação Orientada ou Dirigida*: são determinadas ações (temas, sentimentos, atividades) para que o cliente se oriente durante a ação do fazer música.¹¹⁰

110 NASCIMENTO, E. F. E., 1999.

2. *Re-criação*: traduz-se na reprodução de músicas existentes através da produção musical, instrumental ou vocal. Chaves e col.¹¹¹ consideram que essa técnica poderá auxiliar o resgate da memória, melhora da auto-estima e expressão de sentimentos em pacientes idosos. O canto, quando associado a essa técnica influencia na articulação e fluência da fala.

3. *Audição Musical*: o cliente escutará, mediante a uma seleção prévia por parte do musicoterapeuta, música ao vivo ou gravada a fim de que sejam mobilizados determinados conteúdos para serem trabalhados posteriormente.

4. *Composição*: basicamente consiste no fato de se criar e escrever músicas. O musicoterapeuta auxilia o cliente facilitando o processo e escrita da música, na composição da melodia ou da letra e se responsabiliza, quando necessário, pelos aspectos técnicos (harmonia, por exemplo).¹¹²

Consideramos ser prudente um melhor aprofundamento em relação às técnicas de atendimento. Mas como o tema central deste trabalho traduz-se em expor aspectos de maneira ampla, no momento não abordaremos tal assunto com maiores detalhes.

Observações das Sessões

É o registro ou documentação de cada sessão. Esse procedimento permite a sistematização da coleta de informação, documentação dos dados significativos do processo musicoterápico, o estabelecimento de bases concretas para um trabalho técnico-científico e eventuais pesquisas e a elaboração do relatório progressivo.¹¹³

Durante a elaboração do registro das sessões tem-se a oportunidade de refletir sobre a sessão e efetivar seu registro. Pode-se, ainda, clarificar aspectos obscuros e conscientizar-se do desenvolvimento do processo musicoterápico.

111 CHAVES, A. M. A. e col., 1998

112 Ibid., 1998.

113 BARCELLOS, Lia Rejane Mendes, 1999.

Uricoechea¹¹⁴ relata que em sua prática clínica faz uso de uma ficha para ser preenchida logo após os atendimentos. Esta ficha apresenta os seguintes dados, que são observados durante a sessão:

1. Nomes dos pacientes.
2. Instrumentos utilizados durante a sessão.
3. Movimentação no espaço.
4. Ritmos emergentes.
5. Outras manifestações em diferentes áreas.
6. Dinâmica de grupo operativo.
7. Aspectos dinâmicos da sessão.

Concordamos, entretanto, com o Barcellos¹¹⁵ (Op. Cit) que sugere um registro descritivo, pois "descrevem a sessão em toda sua dinâmica, ação após ação, cada uma tendo a anterior, que, muitas vezes dá origem a outras manifestações durante a mesma sessão ou até mesmo em sessões posteriores".

Relatório Progressivo

Traduz-se no conjunto de informações ordenadas de forma sistemática que permite a avaliação da atividade num determinado espaço de tempo. Para tanto, colhe-se os dados significativos através do estudo das observações das sessões.

Através de uma linguagem clara, objetiva e técnica o relatório deve apresentar as condições em que o paciente se encontrava no início dos atendimentos, ou desde a elaboração do último relatório, e quais são as suas condições atuais.

Na instituição em que atuávamos, elaborava-se um relatório apresentando, de uma maneira geral, a hipótese diagnóstica do setor, quais os objetivos que foram estabelecidos e quais foram alcançados, dificuldades apresentadas, evolução dos atendimentos e as sugestões para a continuidade do mesmo, quando for o caso.

114 URICOECHEA, Ana Sheila, 1986.

115 BARCELLOS, Lia Rejane Mendes, 1999, p. 61.

Em relação à frequência, elaboram-se os relatórios no momento em que toda a equipe terapêutica e educacional dedica-se a realização do estudo de caso, no qual os profissionais apresentam seus pareceres e traçam, quando necessários, novos objetivos e condutas de atuação. Esses estudos aconteciam de dois em dois meses para que fossem verificados quais clientes necessitavam de uma reformulação no tratamento, seja em relação a mudanças de objetivos, estratégias de atendimento ou indicação para outros setores etc., e sempre no fechamento do semestre, envolvendo toda a clientela da instituição e servindo de base para a realização da devolução ao país.

Aspectos da Alta em Musicoterapia

Trata-se de um das etapas mais delicadas para o paciente e, diríamos até, para o próprio musicoterapeuta.

Para se saber o momento certo da alta, deve-se rever os objetivos que foram traçados no início do atendimento e se estes possibilitarão, de uma maneira geral, uma melhora na qualidade de vida do cliente.

Na nossa experiência clínica institucional, a alta era discutida entre a equipe, podendo-se efetiva-la para todos os atendimentos ou somente para aquele em que houve a conquista dos objetivos de uma forma efetiva.

É muito comum, porém, a família solicitar a interrupção do tratamento alegando vários fatores. Nessa situação, a equipe realiza uma reunião com a família no sentido de apresentar o quadro clínico em que o cliente se encontra e quais seriam as prováveis conseqüências que poderiam acarretar mediante essa decisão.

De qualquer maneira, o paciente deve ser preparado para a sua saída.

Lembramo-nos de um caso em que a família solicitou o encerramento do tratamento de uma criança com diagnóstico de autismo. A família, antes mesmo de ter dado a oportunidade de que a equipe trabalhasse com a questão, informou à criança da sua saída das terapias. Quando a criança chegou à instituição para os atendimentos chorava compulsivamente e não

houve a interação com nenhum terapeuta. Depois de muito esforço, conseguimos fazer com que a criança entrasse na sala de musicoterapia. A criança entrou, deitou-se no tapete e, aos prantos, gritava "acabou música, acabou música". Decorrido o fato, entramos em contato com a família solicitando que houvesse a preparação, ou seja, que fosse realizado o devido desligamento, evitando-se, assim, o sofrimento por parte da criança.

Situação interessante a se considerar é à saída do musicoterapeuta. No nosso caso passamos pela experiência por duas vezes devido à licença maternidade. Essa situação rendeu-nos muitas reflexões que sempre que nos é possível procuramos transmitir aos nossos colegas musicoterapeutas devido à riqueza de detalhes e aspectos que talvez não tenhamos consciência.

Como já estávamos nas semanas finais de gestação, trabalhou-se com os pacientes sobre a nossa ausência por determinado período. Para tanto, utilizou-se o recurso de atuarmos com uma co-terapeuta para que, progressivamente, essa fosse assumindo o papel de terapeuta. Ocorreu que, durante o atendimento a um grupo composto por jovens DMs, ao sugerirmos que o trabalho naquela sessão fosse proposto pelos clientes e pela co-terapeuta (que a partir daí haveria o revezamento dos papéis) notou-se uma dinâmica diferenciada, principalmente em relação à postura dos clientes e seus comportamentos habituais. Após o grupo eleger os instrumentos e solicitarem a cantar músicas de seus repertórios, um Down de 32 (já apresentava alguns sinais de demência e pouco expressava no grupo, mas mantinha a sua condição de líder) pegou o violão e cantou:

Ah se Deus me ouvisse e mandasse pra mim
Aquele que 'eu amo e um dia partiu
Deixando a tristeza junto de mim....¹¹⁶

Em seguida esse mesmo cliente disse que queria cantar outra música e assim o fez:

Mistérios da meia noite que voam longe
Que você nunca não sabe nunca
Se vão se ficam quem vai quem foi
Império de um lobisomem que fosse um homem
De uma menina tão desgarrada
Desamparada se apaixonou..¹¹⁷

Depois da nossa saída e quando a nova musicoterapeuta comunicou ao

116 Canção Se Deus me ouvisse, de autoria de Almir Rogério.

117 Canção, Mistérios da Meia Noite, de autoria de Zé Ramalho.

grupo o nascimento do bebê, o mesmo paciente cantou “tocando” no teclado.¹¹⁸

Aqueles olhos verdes/ Translúcidos, serenos/
Parecem dois amenos/ Pedacos de luar/
Mas têm a miragem/ Profunda do oceano/
E trazem todo o engano/ Das procelas do mar!/
Aqueles olhos verdes/ Que inspiram tanta calma/
Entraram em mina 'alma/ Encheram-na de dor/
Aqueles olhos tristes / Pegaram-me tristeza/
Deixando-me a crueza/ De tão infeliz amor!¹¹⁹

Outro caso muito interessante é de um pré-adolescente que apresenta diagnóstico de Autismo que nos foi passado pela mesma musicoterapeuta citada anteriormente. Durante o processo de passagem o cliente nos olhava com certa desconfiança e pouco interação. Com a saída da musicoterapeuta, trabalhamos no sentido de estabelecer-se o vínculo. Conseguimos detectar o ISO do cliente e desenvolver o processo musicoterápico. Com a nossa saída da instituição houve, novamente, a necessidade de se realizar a passagem para a mesma musicoterapeuta com a qual o cliente já havia trabalhado. Aconteceu, então, que na primeira sessão em que a profissional entrou para iniciarmos o processo de passagem, imediatamente após a terapeuta ter pegado um pandeiro, o cliente tirou-lhe o instrumento da sua mão e, puxando-a pelo braço, conduziu-a até a porta.

Muitas hipóteses podem ser levantadas a partir desses exemplos. O mais evidente, para nós, é o fato de que, assim como temos aprendido muito com esses clientes, chegando também a estabelecer uma reação afetiva e sofrendo diante da separação, o nosso cliente também sente esse momento. Contudo, tais exemplos não são suficientes para transmitir o tamanho da nossa responsabilidade enquanto terapeutas que lidam com as emoções e os sentimentos desses clientes – dessas PESSOAS.

Conclusão

Talvez essa situação de fazer uma “conclusão” seja a nossa maior dificuldade. Após observar o quanto conseguimos aprender nesses cinco anos de experiência, querer dar um ponto final seria preten-

118 Convém ressaltar que as musicoterapeutas têm olhos claros.

119 Canção, *Aqueles Olhos Verdes*, de autoria de Nilo Menéndez e Adolfo Utrera.

sioso da nossa parte. Acreditamos que o trabalho com o portador de necessidades especiais poderá ter um longo caminho a ser trilhado. Não por se tratar de um cliente limitado, mas, ao contrário, é um indivíduo ilimitado em relação às suas potencialidades. A duração do seu tratamento, geralmente longa, tanto em musicoterapia como em outros atendimentos que se fazem necessários, talvez se deva ao fato de que nós terapeutas “demoramos” um pouco para observar esse potencial. Depois que conseguimos descobrir a potencialidade do indivíduo vamos somente ajudá-lo a seguir esse caminho, descobrindo juntamente com ele quais são os obstáculos que possivelmente atrapalham essa caminhada. É verdade que encontramos muitas “pedras” pesadas. Mas acreditamos que a falha não está no peso da “pedra” e, sim, em não se tentar saber se realmente é pesada, acabando-se por contorná-la para seguir o caminho.

Acreditamos que a Musicoterapia tem contribuído para encontrar meios de se “retirar” essas pedras, ora expressando o seu real peso, ora dançando em volta dela, ora cantando para melhor compreendê-la ou simplesmente fazendo dela um excelente instrumento de percussão....

Referências Bibliográficas

BARANOW, Ana Léa von. Musicoterapia: Uma Visão Geral. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

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

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. Cadernos de Musicoterapia, vol. 4. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

CHAVES, Annete Mendes Assumpção; PORCARO, Gilca Maria Hubner Napier; ABRAMOF, Gislaïne Fois Coelho. Principais Técnicas Musicoterápicas. Monografia apresentada ao Curso de Musicoterapia. Rio de Janeiro: Conservatório Brasileiro de Música, 1998.

LÓPEZ, Ana Lúcia Leão, CARVALHO, Paula Maria Ribeiro. Musicoterapia com Hemiplégicos: um trabalho integrado à fisioterapia. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

NASCIMENTO, Eliane Faleiro de Freitas. A Técnica de Improvisação. Trabalho apresentado à disciplina "Teorias e Técnicas em Musicoterapia" do Curso de Especialização em Musicoterapia, área de concentração Saúde Mental. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 1998.

URICOECHEA, Ana Sheila. Musicoterapia e Deficiência mental: Teorias e Técnicas. In: Sociedade Pestalozzi do Brasil. Boletim nº 69/60. Rio de Janeiro, 1986, p. 33-59.

Sumário

Ana Lucia de Abreu Braga e Noemi Lang	Páginas
<i>Pesquisando a "Inclusão" na Cidade de Ribeirão Preto</i>	11
Ana Maria Loureiro de Souza Delabary	
<i>A Música em uma Unidade de Terapia Intensiva</i>	26
Danielle Duleba e Talita Rodrigues Nunes	
<i>"Quando eu soltar a minha voz" – Proposta para Ampliar um Olhar Musicoterápico</i>	42
Leomara Craveiro de Sá	
<i>Música, Cérebro e Regulação Temporal</i>	55
Niels Hamel	
<i>Musicoterapia: A Escuta Terapêutica da Linguagem Musical</i>	66
Eliane Faleiro de Freitas	
<i>A Atuação do Musicoterapeuta na Educação Especial: Experiência Clínica</i>	78
Bianca Bruno Bárbara	
<i>Interdisciplinaridade em Reforma</i>	100
Bianca Lepsch Vivarelli	
<i>A Música, as Palavras e a Constituição do Sujeito: Ressonâncias na Clínica do Autismo e da Psicose Infantil</i>	109
Sofia Cristina Dreher	
<i>A Canção: Um Canal de Expressão de Conteúdos Simbólicos e Arquetípicos</i>	127

Nando Araújo

*Abordagens Ideológicas para o Fazer Musical: uma Investigação
Acerca do Uso da Música New Age.....* 145

Normas para Publicação na Revista Brasileira de

Musicoterapia..... 162

EDITORIAL

A UBAM vem trilhando um longo percurso e se desenvolvendo por meio das ações conjuntas dos secretariados anteriores, os quais representaram os musicoterapeutas do país através de suas associações. Cada gestão representa uma renovação de forças e não, um recomeço; continuidade e não, rompimento de idéias. Assim, servindo à UBAM como Secretária Geral, quero agradecer a confiança em mim depositada e reafirmar o compromisso de continuidade deste projeto.



Entendemos que todo o trabalho desenvolvido no transcorrer destes anos produziu e continua produzindo frutos que se tornam visíveis no respeito e na confiabilidade conquistados pelo profissional musicoterapeuta. A conquista de novos campos de trabalho em instituições públicas e privadas, a abertura de novos cursos de graduação em musicoterapia e de programas de pós-graduação, as pesquisas desenvolvidas na área, a divulgação e o reconhecimento da musicoterapia como profissão em todo o país resultam de um trabalho consistente desenvolvido por estes profissionais em todos os lugares onde atuam.

A propositura, em 2001, do Projeto de Lei que dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de musicoterapeuta foi outra conquista relevante. Este projeto vem percorrendo as etapas do processo legislativo e sua tramitação foi acompanhada, até o momento, por pessoas que dispensaram tempo e até, quem sabe, recursos financeiros próprios e atuaram politicamente, porque entendem a importância da regulamentação no cenário nacional.

Esta gestão foi marcado por grandes aquisições, não no sentido material, mas no sentido da conscientização da categoria. Muitos musicoterapeutas foram mobilizados a participar das ações e estraté-

gias políticas em favor da regulamentação, dentre elas o envio de toda parte do Brasil de material para a composição do dossiê, um instrumento valioso para fortalecer e fundamentar a necessidade da regulamentação da profissão.

Vale ressaltar outro legado de grande destaque: a Revista Brasileira de Musicoterapia, cuja primeira publicação aconteceu em 1996 (n. I e II) e teve seqüência em 1997 (n. III), 1998 (n. IV), 2001 (n. V), 2002 (n. VI), 2004 (n. VII) e 2006 (n. VIII). São anos de uma história marcada pelo esforço, dedicação e aperfeiçoamento daqueles que coordenaram todo este trabalho. Por isso, deixo aqui palavras de respeito, agradecimento e incentivo àqueles que darão continuidade a esta tão valiosa revista, por entender que é o meio mais democrático de compartilhar conhecimentos e experiências.

Desejo, veementemente, que o crescimento da categoria não seja impedido por manobras de cunho pessoal que normalmente emperram qualquer desenvolvimento; que não seja, também, estagnado pelos obstáculos do desânimo, do conformismo e da falta de esperança.

Diante destas considerações, na condição de Secretária Geral de UBAM, tenho procurado desenvolver, com esmero, a função a mim confiada, calcada, acima de tudo, em princípios de ética, honestidade, transparência e responsabilidade.

Unamo-nos, portanto, para fortalecer a Musicoterapia, a União Brasileira das Associações e para que a Revista Brasileira de Musicoterapia continue sendo este grande veículo de divulgação de pesquisas, trabalhos e experiências dos musicoterapeutas.

Tereza Raquel de Melo Alcântara-Silva
Secretária Geral da UBAM

Abordagens Ideológicas para o Fazer Musical: uma Investigação Acerca do Uso da Música New Age

Nando Araujo*

Resumo

Diante da variedade de formas musicais que emergiram nesse fim de século, a música denominada new age é um desses fazeres musicais que vem sendo utilizada como suporte para algumas atividades terapêuticas, como ferramenta para engendrar determinados enunciados em nossa contemporaneidade. Há na atualidade um grande interesse para o consumo de produtos (sejam estes musicais ou não) que possuam atributos terapêuticos. A recente produção musical denominada new age, segundo os promotores do movimento no Brasil, é um desses produtos que possibilita sua utilização pela sociedade, visando provocar estados alterados de consciência. Em igual medida, propõe-se a cura de alguns males da sociedade moderna pela audição dessa forma musical.

Palavras-chave: Ideologia, Música, Terapia.

Abstract

Before a variety of musical styles that emerged in this century, the music called new age can be seen as one of these musical style, that has been used as support for therapeutic activities and, also used as a tool to impose specific ideas in our contemporary age. There is nowadays a great interest on consuming products, musical or not, considered having therapeutic qualities. The new musical production

* Músico-instrumentista, compositor, graduado em Filosofia pela Universidade Moura Lacerda - RP. Pós-graduado em Filosofia Clínica (Lato Sensu) e Mestre em Musicologia pelo Conservatório Brasileiro de Música (CBM-RJ). Atualmente leciona Filosofia, Musicologia e História da Música para os cursos de Musicoterapia, Música Popular, Letras e Direito da Universidade de Ribeirão Preto. É também editor e idealizador da revista eletrônica *Pense Música* (www.pensemusica.com.br). Autor do livro: *Quando as Musas usam Máscaras: ídolos e ideologias em música*. São Paulo: Apontamentos, 2002. www.nandoaraujo.com.br E-mail: nandoaraujo@nandoaraujo.com.br

labeled "new age", according to Brazilian promoters is considered one of these products that has the intent of promote altered states of conscience. In the same proportion the new age promoters state the cure for some of the modern social diseases through listening this musical style.

Key-words: Ideology, Music, Therapy.

Ao iniciarmos a pesquisa sobre a música new age no Brasil, deparamo-nos com algumas questões, como, por exemplo: quais os instrumentos de investigação necessários, para que se pudesse compreender, com mais eficácia, os enunciados dos promotores do movimento sobre seu produto musical? Qual o encaminhamento adequado ao processo de investigação? Como fundamentar as hipóteses sobre esse recente movimento sócio-musical no Brasil¹⁹¹, onde é quase inexistente uma literatura específica sobre o tema? Como identificar os representantes mais significativos no Brasil, visando à obtenção de um panorama preciso sobre o movimento e sua produção musical?

Essas foram questões iniciais, porém, no decorrer do processo de pesquisa, outras formas de encaminhamento das mesmas questões e de outras emergiram. O movimento new age, em sua amplitude de proposições, conceitos e pragmatismos, fez-nos dar prioridade a determinados enunciados, visando proporcionar uma melhor apreensão do significado de nova era e dos atributos de sua produção musical, da emergência e da vigência do movimento em nossa sociedade. Encaminhamos nossas questões no sentido de construir um instrumento mais preciso de verificação de seu produto musical, averiguando, principalmente, suas características funcionais.

Mas quais são as narrativas da new age em sua versão brasileira?

Podemos identificar alguns enunciados que perfazem os princípios new age; esses são os principais enunciados extraídos do discurso dos promotores do movimento new age no Brasil: 1) a busca

191 Esta pesquisa foi realizada entre 1996 e 1998.

individual de uma espiritualidade; 2) a aquisição de uma “nova consciência”; sendo o produto musical new age reflexo e/ou promotor dessa “nova consciência”, 3) a função terapêutica dessa forma musical.

Essas três proposições caracterizadas pelos promotores do movimento recebem um sentido evolucionista, sendo utilizado com um sentido de “progresso”, bem como são permeados por uma dimensão universal e constestatária.

Basicamente, é diante dessas proposições que os promotores new age criam o complexo ideário do movimento. Contudo, mesmo identificando-as em quase todos os entrevistados, estas não são plenamente acordadas entre eles. De fato existe a tendência de uma adequação individual desses mesmos enunciados.

Neste artigo estaremos discutindo apenas a terceira proposição, a função terapêutica da música new age, não obstante, a “nova consciência” e o seu processo de aquisição; o significado de universalismo em música; a pretensão do movimento em engendrar uma forma de resistência aos valores vigentes; o mecanismo de transladação dos conceitos new age norte-americano para o contexto brasileiro e os processos de formação dos Ídolos,¹⁹² que atuam como máscaras para a cognição sonora, são aspectos importantes para uma correta compreensão da ideologia do uso da música new age para fins terapêuticos. Todavia, apresentaremos os procedimentos e os resultados obtidos pelo modelo experimental, por nós elaborado, para averiguar a possibilidade intrínseca à música new age para a promoção de terapia.¹⁹³

Música Funcional: uma outra Máscara para as Musas?

No decorrer da pesquisa sobre o movimento new age e sua manifestação musical, uma investigação mais acurada sobre os atributos dessa forma musical desvelou-se necessária, deste modo seria verifi-

192 Os Ídolos a que nos referimos são provenientes da doutrina dos Ídolos de Francis Bacon (Novum Organum).

193 O conceito de terapia utilizado pelos promotores da nova era no Brasil é no sentido de promover um estado de relaxamento pela audição da música new age, promovendo assim um bem-estar físico e psíquico, proporcionando à estética new age o conceito precário de música “boa” e música “ruim”. Discussão moralista em música que permeia a cultura ocidental desde Platão no século IV a.C.

cado empiricamente os efeitos terapêuticos imputados a esse produto musical, como vimos acima. Sendo assim, foi elaborado um modelo experimental de música com Consumidores e Não-Consumidores de música new age, para detectar os possíveis efeitos terapêuticos promulgados pelos promotores do movimento no Brasil. Contudo, como observamos anteriormente, esta característica terapêutica é apenas um dos atributos desta produção musical.

A música denominada new age brasileira possui, portanto, dois atributos principais: 1) ter uma função terapêutica (indutora de relaxamento e/ou meditativa); 2) ser promotora e /ou reflexo da manifestação de indivíduos que já adquiriram (ou estão em via de adquirir) uma "nova consciência". Foi com o intuito de investigar tal uso e função, tais atributos da música new age, que propusemos o referido experimento para verificar diretamente o seu uso enquanto instrumento para promover relaxamento (bem-estar), e investigar também, embora por inferência, a função de promotora da "nova consciência".

Estamos cientes de que o experimento realizado não esgota outras possibilidades de análise referente ao uso e à função investigada. A inexistência de um protocolo para realizar o experimento sobre esta forma musical e suas respostas neurofisiológicas, levou-nos a propor um modelo experimental baseado em alterações autonômicas, ou seja, frequência cardíaca e pressão arterial. Verificamos, em igual medida, as possíveis alterações comportamentais, pela medição de níveis de ansiedade, conferidos através de escalas de auto-avaliação: Escala Analógica Visual do Humor (EAH)¹⁹⁴ e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).¹⁹⁵

Faz-se necessário, portanto, abordar as possíveis alterações ocorridas na neurotransmissão de indivíduos quando submetidos à audição de música new age, o que permitiria reunir um corpo de evidências capaz de avaliar com mais precisão o suposto efeito terapêu-

194 EAH foi descrita, originalmente, por NORRIS (1971) e traduzida para o português por ZUARDI E KARNIOL (1981)

195 IDATE de SPIELBERGER e cols. (1970). A versão em português foi validada por BLAGGIO e cols. (1976).

tico atribuído à música new age. No entanto, a falta desse protocolo não invalida os resultados obtidos através do experimento proposto.

Materiais e Métodos

Participaram deste experimento, como voluntários sem remuneração, sessenta indivíduos entre 18 e 35 anos de idade, que foram divididos em dois grupos, tendo como critério o sexo: 30 homens e 30 mulheres. Cada voluntário participou de apenas uma sessão experimental. Os indivíduos foram escolhidos através de um questionário que possibilitou-nos formar os referidos grupos principais de Consumidores e Não-consumidores de música new age, bem como os subgrupos: A,B,C,D,E,F.

Delimitamos aleatoriamente a faixa etária dos consumidores de música new age para o experimento, pois, segundo as entrevistas realizadas com os promotores do movimento new age brasileiro, esta não é possível de ser seguramente definida. Do mesmo modo, escolhemos os indivíduos que tenham cursado ou que estivessem cursando o terceiro grau, em virtude da não identificação do perfil profissional e da classe social dos consumidores dessa forma musical, todos estes dados foram coletados através de entrevistas realizadas com os principais representantes do movimento no Brasil, à época da pesquisa.

Foram utilizadas nove músicas para o experimento, sendo quatro de compositores new age brasileiros, perfazendo vinte e um minutos e trinta segundos de audição. A saber: *Visita Interiora* (Corciolli), *Amaranta* (Carlos Perez), *The Gold Of The Last Alchemy* (Alpha Phoenix), *Samsara* (Luz da Ásia). E mais cinco músicas que decidimos chamar de “não-new age”, pois estes compositores e as músicas escolhidas para o experimento não poderiam gerar dúvidas quanto ao seu estilo musical, são elas: *Nem um dia* (Djavan), *As vitrines* (Carlos Fernando/Toninho Horta), *Efêmero* (Paulinho Moska), *Não Deu* (Djavan) *Ho capito Che ti amo* (Luigi Tenco – intérprete Zizi Possi), *Vuelvo a Sur* (Astor Piazzolla/Fernando Solanas – intérprete Caetano Veloso).

Para registrar a frequência cardíaca durante o experimento, foi utilizado um monitor (Cardiosport / Exel), registrando o batimento a cada intervalo de cinco minutos.

A pressão arterial foi verificada com um esfigmomanômetro (Diastyl) e um estetoscópio (BD) Becton & Dyckson.

Os dados subjetivos foram medidos por meio de duas escalas de auto-avaliação. A primeira foi a Escala Analógica Visual do Humor (EAH). O segundo instrumento de avaliação utilizado foi o inventário de Ansiedade-Estado (IDATE).

A sessão experimental ocorreu em um quarto silencioso de 12m², onde os sujeitos permaneciam deitados em uma poltrona reclinada, estando com as luzes apagadas, durante os vinte e um minutos de duração do experimento. O volume sonoro foi de 37dB, adequado ao tamanho da sala, permitindo um estado confortável de audição visando auxiliar a indução de relaxamento pela música. As músicas foram gravadas e reproduzidas em um aparelho "hi-fi stereo" Gradiente.

Procedimento Experimental

Foram definidos dois grupos principais: Consumidores e Não-Consumidores, subdivididos em seis subgrupos: A,B,C,D,E,F.

Subgrupo A: Consumidores (grupo controle – sem estímulo musical).

Subgrupo B: Consumidores (submetidos à audição de música "não-new age").

Subgrupo C: Consumidores (submetidos à audição de música new age).

Subgrupo D: Não-consumidores (grupo controle – sem estímulo musical).

Subgrupo E: Não-consumidores (submetidos à audição de música "não-new age").

Subgrupo F: Não-consumidores (submetidos à audição de música new age).

Cada subgrupo foi composto de dez sujeitos: cinco homens e cinco mulheres. Foi utilizado o tempo máximo de vinte e um minutos e trinta segundos de audição, pois a quebra da homeostase por estímulos externos (em nosso experimento, ao estímulo musical) faz com que o organismo dispare um mecanismo compensatório, procurando restabelecer o equilíbrio inicial, ou seja, todo estímulo provoca uma reação no organismo, acarretando uma resposta adequada. Dessa forma, empregamos o tempo de vinte minutos para a estimulação musical, pois estímulos operados em tempo inferior poderiam não provocar adaptações fisiológicas. Do mesmo modo inferimos que se o indivíduo permanecesse em estado de repouso superior a vinte minutos poderia tender ao relaxamento independente do estímulo externo submetido, mascarando os possíveis resultados de relaxamento proporcionados pela audição de música new age ou de "não-new age", comprometendo as interpretações das respostas fisiológicas. Este tempo foi estimulado através de prévias experiências realizadas para detectar o limiar entre o estado de vigília e o estado de sonolência, independente de qualquer estímulo sonoro.

Os sujeitos foram previamente selecionados através de questionário. Todos os experimentos foram realizados entre vinte horas e vinte e uma horas e trinta minutos.

Antes de iniciar a audição os indivíduos eram submetidos às escalas de auto-avaliação: Escala Analógica Visual de Humor (EAH), que consiste em 16 itens, compostos cada um de dois adjetivos de sentidos opostos, separados por linha de 100mm de comprimento, sobre a qual os sujeitos deveriam assinalar com traço vertical o ponto que melhor descrevesse seus sentimentos naquele momento. Esses itens foram agrupados intuitivamente por Norris¹⁹⁶, em quatro fatores (ansiedade, sedação física, sedação mental e outros sentimentos e atitudes). Zuardi e cols.¹⁹⁷ realizaram, recentemente, análise fatorial dos itens dessa escala, apontando distribuição semelhante à original:

196 EAH foi descrita, originalmente, por NORRIS (1971) e traduzida para o português por ZUARDI E KARNIOL (1981)

197 ZUARDI, Antonio Waldo. et col., 1993.

fator ansiedade (itens: calmo-agitado, tenso-relaxado e preocupado-tranquilo);

fator sedação mental (itens: alerta-sonolento e atento-distraído);

fator sedação física (itens: raciocínio difícil-perspicaz, incapaz-capaz, apático-dinâmico, confuso-com idéias claras, retraído-sociável, ágil-desajeitado e forte-fraco);

fator ligado a outros sentimentos e atitudes (interessado-desinteressado, alegre-triste, satisfeito-insatisfeito e hostil-amistoso).

O segundo instrumento de avaliação utilizado foi o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE I), que é uma escala composta de duas partes com vinte itens cada, designadas para medir a Ansiedade-Estado, condição transitória e variável no tempo e a Ansiedade-Traço, a predisposição para responder com ansiedade e/ou a tendência para perceber uma variedade de situações como potencialmente ameaçadoras. Após tal procedimento, o indivíduo era submetido à audição de música new age, "não-new age" ou a nenhuma música (grupo controle), conforme o subgrupo definido. Como parâmetros fisiológicos foram utilizados FC (aferido manualmente), e PA, aferida por aparelhos especificados acima.

Durante toda a audição o monitor registrava, a cada cinco minutos, os batimentos cardíacos do voluntário. No final do experimento, o indivíduo permanecia com os olhos fechados e aferia-se, novamente, a FC e a PA. Posteriormente, os sujeitos preenchem novamente as escalas de auto-avaliação (EAH, IDATE I), visando conferir as possíveis alterações no nível de ansiedade.

Discussão

Nos últimos anos têm surgido livros que tratam da música e de seus efeitos terapêuticos, da sua influência nos processos físicos, intelectual e emocional, bem como do modo pelo qual pode provocar alterações na consciência individual (Tame, 1984; Stewart, 1987;

Fregtman, 1986, 1989; Bruscia, 2000; Beneson, 1988). Esses livros pouco ou nada relatam sobre procedimentos de averiguação dos resultados apresentados, bem como da fundamentação de determinadas teorias musicais, ou seja, uma epistemologia. Abre-se, portanto, uma lacuna de investigação com referência às propriedades anunciadas pelos promotores do movimento new age no Brasil, visto que, muitos deles se utilizam de tais literaturas para construção de suas narrativas sobre as propriedades da música new age. Somente dessa forma é que se deveria inferir com mais precisão sobre os enunciados propostos, em especial, sobre os efeitos psicofisiológicos do que se denominou new age.

No presente trabalho foram examinadas as respostas fisiológicas e as subjetivas de relaxamento em sujeitos submetidos à audição de música new age e “não-new age”, assim como em sujeitos que não ouviram nenhum tipo de música. O objetivo desse experimento, como vimos anteriormente, está no fato de que existe uma forte atribuição terapêutica enunciada pelos promotores dessa forma musical no Brasil.

Na Escala Analógica Visual do Humor, itens Ansiedade e Outros Sentimentos, verificou-se que, no final da sessão experimental, os sujeitos dos subgrupos A e D (controle), dos subgrupos B e E (submetidos à audição de música “não-new age”) e dos subgrupos C e F (submetidos à audição de música new age) apresentaram tendência a uma intensificação subjetiva da ansiedade e de outros sentimentos (medo, raiva, etc), inferi-se aqui em tendência, já que na análise estatística realizada não houve significância entre todos os subgrupos no início e no final do experimento. Todavia, para podermos atribuir uma função terapêutica a um estímulo sonoro, a redução dos níveis de ansiedade seria um dos aspectos fundamentais para que ocorra o estado de relaxamento.

Os dados obtidos na Escala Analógica Visual de Humor, item Sedação Mental, indicam uma tendência à ligeira resposta de sedação em todos os subgrupos, porém, uma maior tendência foi verificada nos sujeitos dos subgrupos A e D (controle), que não receberam nen-

hum estímulo sonoro, nos permitindo inferir que ambas as formas musicais, new age e "não-new age", proporcionaram uma tendência a um estado menor de sedação mental do que os sujeitos submetidos a nenhum estímulo musical.

No item Sedação Física, da EAH, verificou-se que, ao contrário do item sedação mental, os subgrupos A e D (controle) não apresentaram a tendência de sedação física; os subgrupos B e F (submetidos à audição de música "não-new age") e os subgrupos C e E (submetidos à audição de música new age) demonstraram uma pequena tendência para a sedação física, ao término da sessão experimental. Nesse item, também, não houve significância estatística.

Portanto, através desse instrumento de análise (Escala Analógica Visual de Humor), não se confirmou a função de relaxamento imputado à música new age. As respostas subjetivas de Ansiedade, de Outros Sentimentos, de Sedação Mental e da Sedação Física foram semelhantes, para consumidores e não-consumidores dessa forma musical. Com a obtenção desse resultado não podemos atribuir à música new age essa singularidade terapêutica, já que essa mesma possibilidade verificou-se em músicas "não-new age".

Utilizamos ainda, um outro instrumento de análise para verificar as respostas subjetivas de relaxamento, configurando o seguinte resultado:

O IDATE I: Ansiedade-Estado aponta para uma tendência à diminuição no estado de ansiedade, verificado no início e no final da sessão experimental, em todos os subgrupos, sendo que essa alteração subjetiva de relaxamento não é estatisticamente significativa.

No IDATE II: Ansiedade-Traço verificou-se que em ambos os grupos (de consumidores e de não-consumidores) possuem o mesmo traço de ansiedade em seu cotidiano. Desse resultado infere-se que a audição constante de música new age não interfere na diminuição de ansiedade geral.

Constatado que as propriedades subjetivas de relaxamento imputadas aos produtos musicais denominados new age não foram identificados empiricamente, investigamos a possibilidade de haver

alterações fisiológicas que pudessem induzir os voluntários a estados de relaxamento. Para esse fim, foram utilizadas as medidas de FC (frequência cardíaca) e PA (pressão arterial).

As respostas de PA e FC em todos os subgrupos, igualmente as Escalas Analógicas Visual de Humor, IDATE I-II, não foram estatisticamente significativas para que se atribua uma alteração nesse parâmetro fisiológico.

Na monitoração da FC dos subgrupos A e D (controle, isto é, sem estímulos musicais), B e E (de sujeitos submetidos à audição de música "não-new age") delineou-se uma tendência à diminuição da frequência cardíaca durante a sessão experimental. Na resposta de FC dos subgrupos C e F (sujeitos submetidos à audição de música new age), verificou-se que no subgrupo F (dos não-consumidores new age) não houve alteração na FC. Esse dado aponta que os indivíduos que não consomem música new age podem estar propensos a não relaxar ao ouvi-la, apresentando, inclusive, resposta contrária à esperada. Comparando esse resultado com as respostas de PA desse mesmo subgrupo, nota-se que, quanto a este parâmetro fisiológico, também não houve resposta de relaxamento, ocorrendo um aumento da PA diastólica nos sujeitos desse mesmo subgrupo F.

Dessa maneira, o experimento demonstrou não haver uma qualidade terapêutica (relaxamento) que se possa vincular à audição de música new age, uma qualidade intrínseca e exclusiva dessa forma musical.

Conclusão

Não pretendemos considerar, embora este subtítulo nos alude a pensar dessa forma, que o assunto esteja concluído. Estamos cientes de que as considerações finais realizadas nesse texto são referentes ao modo de abordar as questões que emergiram no decorrer da pesquisa. A amplitude das proposições e conceitos que envolvem as narrativas do movimento impossibilitou-nos de definir um único aspecto que pudesse abarcar eficazmente a pesquisa sobre a música new age. Desse modo, as colocações finais sobre o movimento e a

música new age não pretendem e nem devem ser consideradas conclusivas; ao contrário, apresentam-se como ponto de partida para novos estudos.

Não investigamos o movimento new age (em sua versão brasileira) através das literaturas existentes em seu país de origem; pois, não poderíamos considerar que os dogmas originais do movimento fossem incorporados plenamente em nosso contexto social. Portanto, foram os enunciados dos promotores do movimento new age no Brasil, identificados no transcorrer da pesquisa, que nos levaram à compreensão da existência de uma versão brasileira do movimento, tendo ocorrido, em primeira instância, uma assimilação e, posteriormente, uma adequação das narrativas do movimento norte-americano ao ethos brasileiro. Essas narrativas, em certo modo, vão permeando o comportamento de uma parcela da população brasileira que, como nos diz Ribeiro (1995), ainda se encontra em plena formação.

Nos Estados Unidos, onde já existem mais de dois mil títulos sobre a nova era, seus enunciados já constituem o viver individual e coletivo. Tal não ocorre no Brasil, onde a falta de unidade observada nos discursos dos promotores do movimento denuncia que se pretende forjar uma conduta new age e um consumo massivo desse produto musical.

É devido ao processo individual de transladação dos conceitos do movimento para o nosso país, aqui sistematizados em forma de uma indústria (indústria new age), que seu produto musical tornou-se mais um produto de consumo, diferenciado de outros em sua funcionalidade e atributos.

Todavia, com a realização do experimento descrito acima, pudemos verificar que não existe a atribuição de relaxamento proposta e esperada; a existência de uma propriedade inerente e exclusiva à música new age. Os dados das respostas fisiológicas e das respostas subjetivas de relaxamento obtidas entre os consumidores e não-consumidores de música new age, não apontam para tal atribuição. A análise dos dados não indicou significância estatística quanto às respostas de relaxamento obtidas em ambos os grupos de voluntários.

Precisamos considerar que outras variáveis levam ao efeito de relaxamento no tempo da audição de um determinado estilo musical; algumas dessas variáveis são: a agradabilidade do estímulo sonoro, a capacidade deste em despertar interesse, o quanto se gosta de um determinado estímulo, se esse estímulo é agradável ou belo (Berlyne, 1974). Enfim, devido a essas variáveis, as supostas propriedades da música new age precisam ser fornecidas com mais cautela e hesitação. Não podemos atribuir essa função exclusiva de relaxamento para essa forma musical, pelo simples ato judicativo de nomear o que é ou não new age e, desse modo, tornando-a terapêutica ou uma música "curativa". Verifica-se, todavia, que os indivíduos respondem a um estado de relaxamento conforme sua preferência musical. Assim, o "gostar" é em primeira instância o suporte para um possível estado de relaxamento, para a possibilidade e ser fazer terapia utilizando este produto do homem, a música.

Inferimos daí, que a classificação da música new age como própria para relaxamento, segundo os promotores do movimento no Brasil, funciona retoricamente para diferenciar seu produto musical de outros existentes no mercado. As respostas de relaxamento a este determinado estímulo sonoro podem ser consideradas uma possibilidade, sendo que esse relaxamento também pode ser verificado em outras formas musicais.

A "nova consciência" que se formaria em indivíduos que produzem e consomem músicas new age, complementa a retórica de uma nova era por vir, maximizando a demanda desse produto musical.

A narrativa de música da "nova consciência" é utilizada como retórica new age, uma ideologia; ferramenta que possui muito vigor de manipulação comportamental em mudanças de séculos e milênios (o movimento new age emergiu nos Estados Unidos na década de 1980).

O prenúncio de uma nova era, a concepção escatológica do homem, proveniente do momento histórico-social atual, faz com que se anunciem grandes mudanças que, em certa medida, são verificadas

no desenvolvimento tecnológico, nas descobertas científicas, enfim, em muitas áreas do saber; porém, muitas vezes, essas informações assumem a forma de produto recebendo um valor de troca, utilizada como jogos de linguagem, engendrando um complexo ideário de comportamento condizente com anúncios de novas eras.

Sem dúvida há um vasto campo de pesquisa sobre os efeitos da música no comportamento humano, no desenvolvimento da cognição, nos possíveis efeitos terapêuticos, nas possíveis alterações neurofisiológicas de indivíduos submetidos a determinados estímulos sonoros e musicais. Há muito que se pesquisar sobre o tema. Necessitamos ter muita cautela no pronunciar com veemência e legitimidade sobre uma área de pesquisa ainda muito carente de investigação sistemática e, no que concerne às proposições do movimento new age sobre seu produto musical, faz-se necessário delimitar o que são proposições legítimas e o que é gerado por conhecimento narrativo com fundo ideológico.

Todos os aspectos que verificamos no decorrer de nossa pesquisa e que foram discutidos na pesquisa sobre o movimento new age, levaram-nos até o presente momento a considerar que muitas narrativas dos integrantes do movimento, no Brasil, são de caráter ideológico, proveniente de um segmento da sociedade que, utilizando-se de um complexo ideário, quer convertê-la em idéias comuns, atribuindo-lhes uma universalidade que, contudo, é abstrata, transformando idéias particulares em idéias universais.

A ideologia new age pretende explicar o presente ou resolver os problemas contemporâneos projetando-se para o futuro, utilizando-se de instrumentos narrativos que sustentam a idéia de que estamos entrando em uma nova era na qual o homem caminha para um estado de perfeição absoluta. Da mesma forma, a ideologia new age lança-se para o passado, buscando mais informações para servirem de instrumentos de sua retórica. O passado, o presente, o futuro, os fenômenos sociais e culturais concernentes a cada "era", essa diacronia realizada pelos promotores do movimento, resultam em ideologias, nas quais as músicas, assim denominadas, transformaram-se em

suporte sensível desse complexo ideário como apanágio de ingresso em uma nova era. Para isso, os promotores new age empreendem a tarefa de redefinir, de re-nomear e contestar os fenômenos contemporâneos, utilizando-se de um dos recursos que a classe dominante dispõe, o processo de criação e difusão de ideologias.

Os ideólogos new age organizam suas idéias baseando-as em informações fragmentadas, querendo transformar suas ilusões e motivações (veladas) em representações universais de comportamento social. Desse modo, a música como produto transformou-se em uma “nova” possibilidade musical (um novo produto) como emergência de uma “era” (uma nova ideologia). Uma máscara que vela as inúmeras possibilidades do indivíduo apreender o material sonoro, para valorar e ajuizar a obra da forma que lhe convier, sem a interferência de “especialistas” direcionando e modelando o gostar, o fazer musical e o seu uso para fins terapêuticos.

Referências Bibliográficas

ADORNO, Theodor W. Idéias para a sociologia da música. In. Os Pensadores, 2º ed., São Paulo: Abril Cultural, 1983, 343p.

_____. Introduzione a Sociologia Della Musica. Terza Edizione. Torino: Giulio Einaudi Editore s.p.a., 1971, 261p.

_____. O Fetichismo na música e a regressão da audição. In. Os Pensadores, 2º ed., São Paulo: Abril Cultural, 1983, 343p.

BAUMAN, Zygmunt. O Mal-Estar da Pós-Modernidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1997, 272p.

BACON, Francis. Novum Organum ou verdadeiras indicações acerca da interpretação da natureza. In. Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1999, 255p.

BERLYNE, Daniel. Studies in the New Experimental Aesthetics. New York: John Wiley and Sons, 1974.

BIAGGIO, Angela Maria Brasil, NATALÍCIO, Luis e SPIELBERGER, Charles D. The development and validation of an experimental portuguese form of the state-trait anxiety inventory. Charles Spielberger e Diaz-guerrero (Eds.): Cross-cultural research on anxiety, Hemisphere/Wiley, 1976.

BRUSCIA, Kenneth E. Definindo Musicoterapia, 2º ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000, 312p.

BENEZON, Roland. Teoria da Musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. São Paulo: Summus, 1988, 182p.

CAPRA, Fritjof. O Tao da Física. 20ª ed. São Paulo: Cultrix, 2000, 260p.

CAVALCANTI, Nestor de Hollanda e CASTRO, Antonio José Jardim e. Teses sobre a Música. In: Revista Encontros com a Civilização Brasileira. V. 8, p. 223-245. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

CASTRO, Antonio José Jardim e. Pássaros não fazem Música: Formigas não fazem Política. In: Pesquisa e Música. V. 1, Nº 2, p. 75-80. Rio de Janeiro: Conservatório Brasileiro de Música, 1995.

_____. Música, uma outra densidade do real: para uma filosofia de uma linguagem substantiva. Dissertação – Mestrado em Educação Musical. Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro: CBM, 1988, 205 fls.

_____. Música: vigência do pensar poético. Tese – Doutorado em Ciências da Literatura – Poética. Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997, 317fls.

FREGTMAN, Carlos D. *Música Transpessoal: uma cartografia holística da Arte, da ciência e do misticismo*. São Paulo: Cultrix, 1989, 228p.

_____. *O Tao da Música*. São Paulo: Pensamento, 1986, 210p.

NORRIS, H. The action of sedatives on brainstem oculomotor systems in man *Neuropharmacology*. V. 10, p. 181-191, 1971.

RIBEIRO, Darcy. *O Povo Brasileiro: evolução e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, 476p.

SPIELBERGER, Charles, GORSUCH, Richard e LUSHENE, Robert. *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Consulting Psychologist Press. Califórnia: Palo Alto, 1970.

STEWART, Robert John. *Música e Psique: as formas musicais e os estados alterados de consciência*. São Paulo: Cultrix, 1987, 179p.

TAME, David. *O Poder Oculto da Música*. São Paulo: Cultrix, 1984, 334p.

WATSON, Andrew, DRURY, Nevil. *Musicoterapia*. São Paulo: Ground, 1987, 140p.

ZUARDI, Antonio Waldo e KARNIOL, Isac Germano. Estudo transcultural de uma escala de auto-avaliação para estados subjetivos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 31, p. 403-496, 1981.

Pesquisando a “Inclusão” na Cidade de Ribeirão Preto

Ana Lucia de Abreu Braga*

Noemi Lang**

Resumo

A Educação Especial vive um momento onde paradigmas são revistos. Para a legislação, é fundamental que a pessoa portadora de necessidades especiais tenha oportunidade de integração total com a sociedade. As escolas passam por readaptações. Na Clínica de Musicoterapia houve o interesse em se conhecer como está sendo implantada a inclusão em Ribeirão Preto. O encontrado foi surpreendente: falar sobre deficiência parece não ser muito adequado; famílias negam a deficiência dos filhos, fato também observado na Clínica; professores não conseguem lidar com a inclusão; alunos solicitam o retorno para escolas especiais. Além de alunos especiais que se adaptaram ao sistema escolar regular.

Palavras-chave: Inclusão, Educação Especial.

Abstract

Special Education lives a moment of paradigm review. It is fundamental to the legislation that the person who presents special needs have the opportunity of complete integration with society. Schools are undergoing readjustments. In the Music Therapy Clinic there was interest in knowing how the inclusion is being implemented in Ribeirão Preto. What was found was surprising: to speak

* Professora do Curso de Musicoterapia da Universidade de Ribeirão Preto. Psicopedagoga Clínica e Institucional pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – Ribeirão Preto. Terapeuta Corporal Neo Reichiana pelo Instituto Lúmen. Mestre em Educação pela Unicamp. E-mail: bragaana@aol.com ou bragaana@hotmail.com

** Coordenadora e professora do Curso de Musicoterapia da Universidade de Ribeirão Preto. Licenciada em Educação Artística pelas Faculdades de Ciências e Letras de Bragança Paulista. Técnica em Piano pelo Conservatório Carlos Gomes. Psicóloga Clínica pela Universidade São Francisco. Mestre em Musicoterapia pela Universidade Renes Descartes - Sorbonne Paris V. E-mail: noemilang@hotmail.com

about deficiency doesn't seem to be very adequate. Families deny their children's deficiency, a fact also observed in the Clinic; teachers can't deal with the inclusion; students request the return to special schools. Besides special students that have adapted themselves to the regular school system.

Key-words: Inclusion, Special Education.

Para desenvolver uma auto-identidade positiva, um indivíduo necessita de oportunidades para exercer e expressar suas escolhas. (...) enquanto a inclusão continua a ser discutida, é fundamental que a voz dos alunos seja ouvida. Uma maneira de garantir que os alunos tenham uma voz é proporcionar-lhes oportunidades para reunirem-se, formar amizades, gerar parcerias entre os grupos e aprender a assumir sua própria educação e suas próprias vidas.¹

Desde a fundação da Clínica de Musicoterapia da Universidade de Ribeirão Preto, em março de 1996, a demanda de pessoas portadoras de necessidades especiais é a grande maioria, enquanto clientela clínica. Os estagiários responsáveis estão quotidianamente em contato com essas pessoas. Este contato diário, muitas vezes, cruza os caminhos da orientação familiar e psicopedagógica, esbarrando na necessidade de se conhecer melhor as novas diretrizes do ensino fundamental. A Clínica Escola de Musicoterapia participa, então, desde seus primórdios, do processo de inclusão já que, em muitos casos dos pacientes atendidos, há portadores de necessidades especiais, principalmente necessidades sócio-afetivas.

Musicoterapia é a ciência que pretende estudar o complexo formado entre o homem e suas infinitas interações com o universo dos sons. Tem sido definida de diversas maneiras, desde que apareceu no ambiente das terapias e psicoterapias sem intervenção medicamentosa.² Constitui-se em um tratamento com tempo e local determi-

1 STAINBACK, Susan e STAINBACK, William, 1999, p. 412.

2 ANDRADE, H. S., 1961. BRUSCIA, Kenneth E., 1998. LEINIG, Clotilde Espinola, 1977.

nado, onde um paciente ou grupo de pacientes encontra-se com um musicoterapeuta com o objetivo de, juntos, num processo relacional, criar, recriar, improvisar e escutar músicas. Através da criatividade e da liberdade de criar, o ser humano ganha, entre outros benefícios, o prazer de produzir algo, de construir e de se comunicar através de uma linguagem com regras de construção mais livres do que as da linguagem falada. Não se afirma aqui que a linguagem musical seja livre de regras, elas existem e são bastante complexas; porém, no contexto terapêutico não são visadas e nem consideradas como objetivo final. Não se trata, portanto, de ensinar ninguém a tocar este ou aquele instrumento, nem de cantar afinado, ou fazer parte de um coral, ou grupo de músicos profissionais.

A musicoterapia preocupa-se, em primeiro lugar, em oferecer meios de comunicação mais criativos e lúdicos, acreditando com isto que possibilitará prazer e bem-estar. É de conhecimento de todos que prazer e bem-estar são peças importantes no resgate da dignidade humana, no resgate da autoconfiança e da auto-estima. Pesquisadores no mundo inteiro estão demonstrando, atualmente, o quanto é importante o equilíbrio das emoções, das relações afetivas no tratamento e desenvolvimento das afecções, distúrbios e alterações da natureza humana.

Vem da China o antigo pensamento “mente sadia, corpo sadio e vice-versa”. Há milênios os chineses descobriram esta verdade. A música é capaz de provocar estados de calma e prazer, bem como o contrário também, dependendo do estilo, volume, interpretação, gosto pessoal do ouvinte etc. A matemática existente na música segue uma lógica inigualável. As notas, os acordes, o entrelaçar de melodias, vozes, timbres de instrumentos, estão todos amarrados dentro de um conjunto harmônico capaz de proporcionar equilíbrio nas ondas de funcionamento cerebral, capazes também de estimular os movimentos, os pensamentos e a imaginação. As regiões do cérebro ligadas à produção do prazer foram mapeadas nos aparelhos de ressonância magnética e acusam que, durante a audição musical, o nível de serotonina aumenta consideravelmente entre outras regiões que

são igualmente estimuladas, tais como a área do raciocínio lógico, a memória etc. Isto se tratando, evidentemente, das técnicas de tratamento musicoterapêutico, chamadas técnicas receptivas.

Por outro lado, temos também as técnicas chamadas ativas, onde a produção sonora do participante (grupo ou individual) se transforma em material criativo utilizado de diversas maneiras pelo musicoterapeuta qualificado, tais como: recriando e improvisando; criando canções, histórias, teatros; estimulando gestos e movimentos corporais; confeccionando pinturas, modelagens, máscaras etc. Neste processo, a terapia acontece. E, uma vez instalada a mudança, qualquer que seja ela, de caráter físico, emocional ou gráfico, padrões internos, doentios ou não, em cada participante tendem a modificar-se.

Com relação a pessoas portadoras de necessidades especiais, crianças, adolescentes e adultos que procuram a Clínica, pode-se afirmar que 100% da demanda buscam resgatar a auto-estima e a autoconfiança. Seus familiares entregam aos estagiários da Clínica Escola da UNAERP seus filhos, junto com a esperança de vê-los felizes, realizando e produzindo momentos de prazer e brincadeira. Normalmente, procuram este atendimento sem muito conhecimento da profundidade do tratamento musicoterapêutico. Chegam com idéias limitadas em seu alcance e acabam por render-se às evidências: seus filhos adquirem não apenas autoconfiança, mas, de acordo com o depoimento de muitos pais, melhoram na convivência familiar, nas relações extra-casa, no rendimento escolar.

A musicoterapia contribui assim, como auxílio terapêutico aos seus pacientes portadores ou não de necessidades especiais. Tem sido considerada como apoio técnico e, muitas vezes, como única possibilidade de ajuda aos seus participantes, visto que, muitos são aqueles que não se beneficiam de tratamentos mais tradicionais, como as psicoterapias verbais, por exemplo.

Porém, a inclusão na Clínica de Musicoterapia ainda não ocorreu. A filosofia na qual a Clínica trabalha é a de proporcionar a integração, ou seja, as crianças ou os adultos "especiais" são vistos como portadores de demandas específicas, e assim, são tratados em

grupos ou não, com outros participantes semelhantes no que diz respeito às demandas. Aliás, este tratamento é aplicado também aos pacientes “normais”, dependendo de cada caso.

A integração existe no momento da recepção e nas salas de atendimento. Não existe diferença nem de sala e nem de local para as diferentes demandas. Há mudanças nas técnicas, aparelhos e instrumentos, caso a caso, grupo a grupo. Há um tratamento específico para cada paciente. Interessante é notar o quanto os pais ou responsáveis pelas crianças “normais” ou “especiais” interagem no momento da espera. Por sua vez, os pacientes estabelecem relações amigáveis entre si. Estes dados são possíveis graças à observação constante realizada na Clínica, porém não são, ainda, dados estatísticos.

No entanto, desde meados de 1994 tem-se o objetivo de trabalhar com a inclusão no ambiente familiar, ou seja, existem atualmente na Clínica “grupos de pais” nos quais o critério de seleção é apenas um: ter um ou mais filhos em tratamento, portador ou não de necessidades especiais. Considera-se esta uma inclusão familiar, pois, ao mesmo tempo, trabalha-se com pais de crianças especiais junto com pais de crianças ditas normais, e em geral o que é levado em conta é a demanda dos pais. A experiência é muito rica, e a relação afetiva e familiar é sempre o núcleo dos conflitos entre pais e filhos, entre marido e mulher, e entre irmãos (portadores ou não de deficiências). Observações como esta última, entre outras, já foram relatadas em relatórios internos.

A proposta de se pesquisar a inclusão nasceu da necessidade de se compreender o processo da inclusão nas escolas municipais, pois, na Clínica, com os pacientes e seus familiares, observa-se e, muitas vezes, constata-se certa influência, assim como sinais negativos e positivos do que está acontecendo lá fora, dentro das escolas.

A Educação e o Processo de Inclusão

A legislação brasileira e internacional considera fundamental que a pessoa portadora de necessidades especiais deve ter oportunidade de integração total com a sociedade. O que deve ocorrer pri-

meiramente na família, seguida da escola, como afirma a Constituição Federal de 1988.

Apesar da discussão sobre a integração ter sido iniciada na Dinamarca, na década de 50, no Brasil podemos detectar seus primeiros vestígios nas lutas pela expansão do ensino, pelo movimento da escola nova, e pelos direitos humanos na década de 40 (1948), quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

A Declaração de Salamanca³ afirma que a dignidade, o gozo e o exercício dos direitos humanos passam pela participação e inserção da pessoa portadora de deficiência e propõe que ações reais deveriam ser realizadas em todos os níveis para que a pessoa tenha reais possibilidades de inclusão social. É a partir daí que se podem observar experiências acontecerem em nosso país. E, junto com elas, ver o esforço para se praticar, no real, o que a lei (o proclamado) já colocava, como no caso da Lei 7.853, de 1989, que teve sua regulamentação 10 anos depois, com o decreto 2.398/99. Este decreto dispõe sobre a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiências no Brasil, e em seus princípios, como, por exemplo, no artigo 5º, refere-se sobre o respeito e a igualdade de oportunidades que essas pessoas devem receber, "por reconhecimento dos direitos que lhes são assegurados, sem privilégios ou paternalismos" (Decreto 3.298/99).

A experiência de alguns países, como os EUA e o Canadá⁴, por exemplo, tem apontado a escola inclusiva como a que melhor atende às expectativas para a integração de crianças e jovens portadores de deficiências.

No Brasil, tanto as leis acima referidas, como a nova Lei de Diretrizes e Bases (9.394/96) e seus Parâmetros Curriculares Nacionais, apontam para a inclusão da criança portadora de necessidades educacionais especiais, esses últimos traçando algumas propostas de atuação. E, nesta última década, várias experiências podem ser observadas no sentido da busca desta inclusão. Cabe lembrar exper-

3 CORDE, 1994.

4 STAINBACK, Susan e STAINBACK, William, 1999.

iências iniciais, como as das APAES do Rio de Janeiro⁵, de Bragança Paulista⁶, do CAEME, em Barrinha⁷, entre inúmeras outras.

O processo de inclusão parece querer lutar contra a discriminação, de um modo geral. E especialmente contra a idéia até hoje impregnada na educação especial, de que a deficiência ou excepcionalidade é definida pelo desvio individual, socialmente desvalorizado. E, neste sentido, foca e ressalta as características individuais, esquecendo-se de que “o homem, mesmo sob o aspecto físico, não se limita ao seu organismo”,⁸ deixando de considerar o contexto sócio-histórico em que se insere o deficiente e a deficiência, ou seja, os aspectos macro-sociais.

“Inclusão é o termo que se encontrou para definir uma sociedade que considera todos os seus membros como cidadãos legítimos”.⁹ Na escola, um dos resultantes da proposta de educação inclusiva é a ampliação da população dita como possuindo necessidades educacionais especiais.

A literatura mais recente tem apontado a necessidade de ler este postulado como sendo “inclusiva a todos os que se encontram fora da escola”, como o menos privilegiado socialmente, o negro, o índio¹⁰, ou seja, é a inclusão da educação especial no contexto da educação para todos. Deste modo, o fracasso escolar também fica contemplado, pois não só as crianças e jovens com deficiências devem ser inseridos, mas a educação deve ser de boa qualidade também para aqueles que a escola não tem conseguido atender.

No entanto, “inclusão” tem se mostrado uma palavra extremamente polissêmica, com interpretações e experiências diferentes.

Para Mello¹¹, colocar na mesma sala de aula grupos heterogê-

5 APAE, 1991.

6 MONTOAN, Maria Tereza Eglér, 1989.

7 BRAGA, Ana Lúcia de Abreu, 1993.

8 CANGUILHEM, Georges, 1990, p. 162.

9 MADER, Gabriele, apud MONTOAN, Maria Tereza. Eglér, 1997.

10 PSICOLOGIA, CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2000.

11 MELLO, Ana Maria S. de Ros. de, apud MONTOAN, Maria Tereza Eglér, 1997, p. 14.

neos, como crianças autistas com retardo mental e crianças normais, não serve para a integração, por não haver como conciliar em um mesmo espaço demandas tão diferentes e específicas. Para a autora, se a escola pública oferecesse, quando possível, momentos de integração a partir do lazer, já estaria contribuindo para o processo de inclusão. E, fundamentalmente, a escola pública deveria ter o auxílio das instituições especializadas, como as APAEs, por exemplo, para lidar com a organização e supervisão da metodologia na difícil tarefa de dar conta de todas as deficiências e suas necessidades.¹² A escola, no entanto, ainda não está preparada para esta integração total, para esta inclusão.

Há, ainda, previsões de limites próximos, preconceitos, concepções que apontam o descrédito no potencial do deficiente, segundo os próprios professores.¹³ Assim, concepções tradicionais trariam poucas possibilidades em se tratando de educação de um modo geral e, especialmente, no tocante à inclusão do deficiente.

Há, realmente, um Projeto Pedagógico para se educar o incluso?

Teria mudado tanto assim esta realidade?

A Experiência de Ribeirão Preto

Em Ribeirão Preto, a partir de 1996, foram iniciadas as inserções de alunos especiais, nas escolas de ensino básico e fundamental, crianças com deficiências mentais leves, "limítrofes" e com dificuldades de aprendizagem, com o intuito de integração. Dias¹⁴ nos conta um pouco deste processo, que se deu "associado a uma proposta de revisão nos objetivos e setores" do Centro Educacional Egydio Pedreschi. Houve uma descentralização no atendimento aos alunos especiais, foram organizadas salas de recursos, classes especiais em escolas regulares, e foram realizados cursos de capacitação de professores, dentre outras providências.

12 Ibid., 1997, p. 14.

13 KASSAR, M. de C. M., 1993.

14 DIAS, Tércia Regina da Silveira, apud MONTOAN, Maria Tereza Eglér, 1997.

A partir de 1998, outros tipos de inserção passaram a ser realizados. Todas as crianças menores de nove anos foram incluídas no ensino regular, em salas comuns. Assim tem sido a chamada inclusão.

Objetivos

“Fotografar” o quadro atual nas escolas da rede, identificar pontos positivos e negativos, mapear o desempenho acadêmico, o comportamento, a inserção social dos alunos; identificar o tipo de acompanhamento que os mesmos têm recebido, a supervisão dos professores; e o que professores, pais e alunos dizem deste processo foram os objetivos da pesquisa realizada por professores e alguns alunos do Curso de Musicoterapia da UNAERP.

Algumas questões nortearam as reflexões. Por exemplo: como o professor que apresenta inúmeras dificuldades no ensino de crianças comuns, sem “dificuldades ou deficiências”, tem podido dar conta, sem especialização ou aperfeiçoamento, de alunos que, além dos seus, apresentam “necessidades educacionais especiais?” Que concepções de educação e desenvolvimento subjazem a prática e a fala dos professores que trabalham com a inclusão? O que os pais sentem e dizem após quase dois anos de inserção do filho na rede regular de ensino? Como tem sido o comportamento e a integração dos alunos especiais, “misturados” com os alunos regulares? Como tem sido o comportamento dos alunos comuns? Como é o rendimento escolar dos alunos portadores de necessidades especiais? O que sentem e dizem os professores? Que tipo de planificação, via Secretaria de Educação, há para o futuro da criança inserida? Quais são as perspectivas de trabalho para os que estão sendo incluídos agora?

Metodologia

Foram realizados contatos telefônicos com 100 escolas do município de Ribeirão Preto, envolvendo a rede pública e privada, com o objetivo de conhecer onde se encontravam os alunos especiais. A

partir desses contatos, foi possível a organização metodológica, e o posterior envio de questionários às escolas. Daí também foram extraídas algumas possibilidades de análise. Foram observadas, entre as respostas via telefone, um enorme desconhecimento por parte dos informantes sobre o processo de inclusão, assim como muitas contradições em alguns casos de escolas com alunos inclusos. Em algumas escolas, também foram obtidas respostas claras sobre a quantidade de alunos, e quais os tipos e graus de deficiências.

No momento seguinte, foram enviados mais de 300 questionários a 100 escolas diferentes, que não foram devolvidos, pois a equipe da Secretaria Municipal de Educação não permitiu a resposta e a devolução pelos diretores. Estes sequer chegaram a repassar os questionários aos professores e pais. Não foi possível, pelo mesmo motivo, entrevistar os alunos inclusos e seus familiares, foco principal da pesquisa.

A partir da mudança do Governo Municipal, novos contatos com a Secretaria de Educação foram estabelecidos, e o que parecia impossível foi realizado com sucesso. Com esta nova equipe, foram distribuídos 1.300 questionários, dos quais 70 foram para os diretores, 470 para os pais e 760 para os professores. Destes 1.300, foram devolvidos apenas 279 questionários: 30 respondidos por diretores, 189 por professores e 60 por pais. E, devido ao impedimento da equipe de pesquisa em realizar as entrevistas com os alunos, estes não puderam ser ouvidos.

Conclusões

Das questões que nortearam as reflexões iniciais, algumas foram respondidas, outras ainda merecem continuar sendo investigadas.

Para a Clínica de Musicoterapia, incluir significa dar aos pacientes aquilo que é necessário a eles, no momento em que procuram o atendimento. Se o trabalho grupal com crianças ou adolescentes não-portadores de necessidades especiais for o mais indicado, ou se for melhor para o paciente estar em um grupo no qual haja apenas

crianças ou adolescentes com as mesmas necessidades, este será o procedimento da Clínica. E os pais continuarão sendo atendidos em grupo, conforme descrito anteriormente: estarão apenas com outros pais. Deve-se levar em conta, contudo, o que foi observado nos atendimentos de pais de crianças especiais: reações que negavam a deficiência, como se ela não existisse mais, o que se considera como consequência do modo como está se dando a inclusão.

Quanto ao pesquisado fora deste espaço terapêutico, "ouvindo" a voz de professores, diretores e familiares, muitas considerações necessitam ser feitas. As dificuldades no processo de inclusão em Ribeirão são inúmeras e de diversas ordens. As principais, que têm a ver com o professor, dizem respeito a: classes numerosas, falta de apoio pedagógico e técnico mais especializado (tanto para a professora como para o aluno), falta de formação profissional para a atuação com alunos especiais, falta de material didático. Dificuldades estas que são confirmadas, nesta pesquisa, pelos diretores.

Outros tipos de dificuldades foram encontrados, tanto por professores quanto por diretores, como dificuldades relacionadas aos ajustes arquitetônicos, à aceitação da inclusão por outros profissionais envolvidos na unidade escolar, ao comportamento dos alunos, e a falta de envolvimento das famílias no processo de escolarização do aluno especial. E também a falta de atendimento extra-escolar e clínico aos alunos especiais, além de outros aspectos não mencionados aqui. Ou seja, a falta de recursos reais para o atendimento ao aluno portador de necessidades educacionais especiais, previstos nos projetos, Decretos e Leis, desde que se iniciou o processo de Integração. Recursos que ainda não foram incorporados pela "Inclusão" em Ribeirão.

Os pais, segundo os dados analisados, parecem sentir que os filhos estão bem acolhidos no sistema regular de ensino, e que tiveram ganhos nos aspectos de comportamento e de socialização. Parecem acreditar que seu filho vai realmente passar pelos processos naturais de aprendizagem, como as demais crianças. E isto poderia ser verdadeiro no caso de muitos alunos portadores de necessidades especiais. Porém, nem tão verdadeiro assim no caso de muitos outros.

Com relação ao comportamento das crianças, observou-se, a partir das falas dos professores e também dos diretores e pais, que o grande ganho está relacionado com o processo de socialização. Comportamentos, como solidariedade e cooperação, têm sido desenvolvidos nas escolas de ensino regular por parte dos alunos, em função da presença dos portadores de necessidades especiais. Os demais pais praticamente não se manifestaram, excetuando-se nas ocasiões de agressões.

Quanto à planificação para o futuro da criança inserida, realizada pela Secretaria de Educação, sabe-se, há um grande desafio a ser encarado. A Resolução CNE/CEB nº 2 é clara quanto ao que fazer: incluir desde a creche, a educação infantil, pré-escolas, assegurando os “serviços de educação especial sempre que se evidencie, mediante avaliação e interação com a família e a comunidade, a necessidade do atendimento educacional especializado” (CNE, 2001. Artigo 1º). Deve-se conhecer a demanda REAL do aluno e oferecer as condições necessárias para o atendimento do mesmo.

Afirma-se aqui a importância de se pesquisar a inclusão, seja na Clínica de Musicoterapia, para o melhor atendimento ao portador de necessidades especiais e seus familiares, ou para a escola e a vida. Lourenço¹⁵ aponta para a diversidade em torno da questão da educação inclusiva. São propostas diferentes e novas, todas sujeitas às contradições que circulam entre a segregação e a inclusão.

Vale ressaltar que

todas sejam planejadas e implantadas com um cuidado, preparação de pessoal e avaliação tais que no futuro se possa perceber que houve realmente inclusão, pois, sabendo das contradições possíveis de aparecer na mais inocente e bem intencionada idéia, sabemos o bastante para não mais esperar que só o futuro avalie os resultados das nossas intervenções.¹⁶

15 LOURENÇO, Érika., 2000.

16 Ibid. p. 29

Investigar o modo como estão se dando estas experiências é o papel da Universidade.

“Seria ótimo vê-los incluídos sim, porém incluídos até no seu primeiro direito de cidadão: o de ser respeitado (em sua necessidade maior). São poucos profissionais especializados para tanto problema...” (professora)

Referências Bibliográficas

APAE. Mensagem da Apae. Ano XVIII. Abril a Junho/91. Brasília, 1991.

BRAGA, Ana Lúcia de Abreu. Professores em serviço: análise de um processo de (trans)formação. Dissertação de Mestrado. UNICAMP, 1993.

BRUSCIA, Kenneth E. Definindo Musicoterapia. Tradução: Mariza Velozo Fernandes Conde. Rio de Janeiro: Enelivros, 1998.

CANGUILHERM, Georges. O normal e o patológico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CEB 2/2001. Diário Oficial da União. Seção 1 E, p.39-40. Brasília: 2001.

DECRETO No. 3.298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei 7.853/89, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

DIAS, Tércia Regina da Silveira. Integração escolar: discussões preliminares sobre um caminho. In: MONTAAN, Maria Tereza Egler. (org.). A integração de pessoas com deficiência: contribuição para uma reflexão sobre o tema. São Paulo: Memnon, 1997.

KASSAR, M. de C. M. Dissertação de Mestrado. A deficiência mental na voz das professoras. Centro de Ciências Humanas da UFMS. Campo Grande, 1993.

LDB. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. 1996.

LEINIG, Clotilde Espinola. Tratado de Musicoterapia. São Paulo: Sobral Editora, 1977.

LOURENÇO, Érika. Educação inclusiva: uma contribuição da história da psicologia. In: Psicologia, Ciência e Profissão. 2000 (1). 24-29. Revista dos Conselhos Federal e Regionais de Psicologia.

MADER, Gabriele. Integração da pessoa portadora de deficiência: a vivência de um novo paradigma. In: MONTOAN, Maria Tereza Eglér. A integração de pessoas com deficiência: contribuição para uma reflexão sobre o tema. São Paulo: Memnon, 1997.

MEC/SEES. Livro 1. Brasília, 1994.

MELLO, Ana Maria S. Ros de. Autismo e Integração. In: MONTOAN, Maria Tereza Eglér (org.) A integração de pessoas com deficiência: contribuição para uma reflexão sobre o tema. São Paulo: Memnon, 1997.

MONTOAN, Maria Tereza. Eglér. (org.). A integração de pessoas com deficiência: contribuição para uma reflexão sobre o tema. São Paulo: Memnon, 1997.

ONU. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, e Ministério da Educação e Ciência da Espanha - Declaração de Salamanca e linha de ação: sobre necessidades educativas especiais. Brasília: CORDE, 1994.

STAINBACK, Susan & STAINBACK, William. In-
clusão: um guia para educadores. Tradução: Mag-
da França Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

A Música em uma Unidade de Terapia Intensiva

Ana Maria Loureiro de Souza Delabary*

Resumo

Este texto pretende mostrar aspectos gerais do projeto de musicoterapia desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital da Universidade da Região da Campanha, URCAMP, em Bagé, RS, como parte integrante do Programa de Humanização Hospitalar, elaborado pelo Setor de Psicologia do Hospital Universitário. A prática clínica nesta Unidade confirma a importância da música tanto no aspecto físico como no aspecto psicossocial das pessoas. A musicoterapia na UTI é algo que humaniza e enriquece a todos que dela participam.

Palavras-chave: Musicoterapia, Humanização, Saúde, Unidade de Tratamento Intensivo.

Abstract

This paper reports on the music therapy work performed in the intensive care unit of a university hospital. Clinical practice is inserted in the hospital psychology department and acts jointly with some of the other health departments in the same hospital. The text presents the employed methodology, techniques, and repertoire, along with some considerations, comments, and observations on the practical side of the treatment. Music therapy imposes itself as a valuable element for the health area and becomes particularly meaningful as a part of the hospital's humanization program which is

* Graduada em Música pela URCAMP. Especialista em Musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música. Mestre em Educação pela PUC-RS. Docente e musicoterapeuta responsável pelos projetos de Musicoterapia no Núcleo de Pesquisa e Atenção à Saúde e do Hospital Universitário, na URCAMP. Professora convidada da Universidade Federal de Pelotas, UFPel. Musicoterapeuta da Clínica Arte & Saúde. Sócia fundadora da Associação Gaúcha de Musicoterapia, AGAMUSI. E-mail: flsd@alternet.com.br

being developed in the institution. Striving for care quality, all the while it helps integration all involved personnel interacting with the patients, music can be a powerful stimulus for the improvement of health care, particularly in the reception and support of the difficult situations terminal patients are faced with.

Key-words: Music Therapy, ICU, Integrated Health Care, Hospital Humanization, Patient Interaction.

Introdução

Este texto pretende mostrar aspectos gerais do trabalho de musicoterapia realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital da Universidade da Região da Campanha - URCAMP, em Bagé, RS. O projeto de musicoterapia nessa instituição teve seu início em maio de 2002, integrando o Programa de Humanização Hospitalar, elaborado pelo Setor de Psicologia do Hospital Universitário.

A Instituição

Localizado na região central da cidade de Bagé, o Hospital Universitário (HU), considerado de médio porte, possui 115 leitos divididos em quatro unidades de clínica, uma Unidade de Terapia Intensiva – UTI e um Bloco Cirúrgico. Atende a convênios e particulares. O hospital é campo de estágio para alunos dos cursos da área da saúde e pedagogia.

A clientela engloba pacientes do Sistema Único de Saúde, principalmente nas Unidades de Clínica Médica II, Clínica Médica III e UTI. As Clínicas I e IV atendem convênios e um número muito pequeno de pacientes particulares.

Aproximadamente cinquenta médicos fazem parte do corpo clínico do hospital, mas apenas oito têm vínculo empregatício com a instituição, na função de plantonistas. Há a enfermeira chefe geral, e cada unidade possui uma enfermeira. Há a atuação de técnicos de

enfermagem em todas as unidades. Atuam também: duas nutricionistas e uma economista doméstica; três fisioterapeutas, sendo uma supervisora de estágio; uma psicóloga responsável pelas Clínicas I e IV (convênios e particulares) e pela supervisão de estágio; uma arteterapeuta e uma musicoterapeuta.

Os serviços de laboratório, radiologia, hemodiálise e a fisioterapia nas Unidades de Clínica Médica I e IV que funcionam no hospital são terceirizados.

A Unidade de Terapia Intensiva - UTI

É uma Unidade de Terapia Intensiva Geral com nove leitos e não dispõe de isolamento. Pertence ao Padrão I do Ministério da Saúde, pela área física, pelos equipamentos, pela média complexidade dos pacientes, bem como pelo número e capacitação das pessoas que integram a equipe profissional. Possui médico intensivista, plantonistas e a Unidade não têm ligação com Pronto Socorro e Bloco Cirúrgico. É equipada com ventiladores mecânicos, oxímetros, monitores, bombas de infusão e desfibriladores. Quando um paciente precisa ficar em isolamento, um quarto é preparado com o equipamento necessário. Em tempo integral, permanecem na UTI o médico plantonista e os técnicos de enfermagem. Há supervisão de enfermagem 24 horas e enfermeira dentro da UTI 6h/dia. Aí atuam, também, profissionais de fisioterapia, nutrição e psicologia, bem como alunos estagiários dos cursos de graduação da área da saúde.

Na Unidade são atendidas patologias diversas com predominância das cardiológicas, neurológicas e pneumológicas.

O Programa de Humanização Hospitalar

Esse programa tem como objetivo propiciar ao paciente e seus familiares uma melhor qualidade no atendimento e um maior estímulo para a busca da saúde. O fortalecimento da equipe de cuidadores tem merecido atenção especial por parte do Setor de Psicologia do hospi-

tal e algumas alternativas surgem nesse sentido. A partir de reflexões sobre estratégias para a área da saúde, a linha psicossomática foi a escolhida como possibilidade de ação. De acordo com Eksterman¹⁷, a medicina psicossomática é um estudo das relações mente-corpo, com ênfase na explicação psicológica da patologia somática, bem como uma proposta de assistência integral e uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais. Mello Filho¹⁸ diz que na fase atual ou multidisciplinar emerge “a importância do social e da visão psicossomática como uma atividade essencialmente de interação, de interconexão entre profissionais de saúde vários”. Neste enfoque, a atuação de profissionais interessados na melhoria da qualidade de vida do indivíduo como um todo, inicia com a mudança no olhar sobre a doença e o doente. Promove o resgate do homem primitivo e do curador natural dentro de cada um, voltando-se para uma ação interdisciplinar. Com base nesses subsídios, foi elaborado em 2002, pela Psicologia Hospitalar, o Programa de Humanização, projeto piloto a ser implantado de forma gradual.¹⁹ O Programa visa à humanização dos serviços prestados pelo hospital, começando pelos profissionais e estendendo-se ao paciente e seus familiares. Pode-se dizer que traz em sua intenção o cuidado com a profilaxia institucional - uma escuta atenta ao que pensa o cuidador/funcionário e uma interação afetiva com ele.

A Musicoterapia

O projeto de musicoterapia para a UTI foi elaborado por solicitação do Setor de Psicologia. Tendo como base o humanismo existencial, e valorizando suas raízes fenomenológicas, integra-se ao Programa de Humanização do HU. Inicialmente, após a apresentação do plano de trabalho e a escuta do corpo de profissionais atuantes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), houve espaço para o relato das

17 EKSTERMAN, A. apud MELLO FILHO, Julio de. 1992, p.77.

18 MELLO FILHO, Julio de e col., 1992, p.19.

19 MARQUES DIAS, Maria Helena Soares Souza, 2003.

vivências e preferências musicais do corpo de funcionários. Considerou-se importante saber como a música acontece na vida dos que ali prestam seus serviços, pois integram o setting musicoterápico, desempenhando significativos papéis, muitas vezes.

Na UTI, a musicoterapia tem como objetivo primeiro oferecer apoio às pessoas bastante fragilizadas pelo adoecimento e pela internação nessa unidade. Geralmente, esse setor ainda é visto como o local onde são realizados cuidados a pacientes com patologias graves e irreversíveis, quando, na realidade ele existe, também, para pacientes potencialmente recuperáveis, em casos que requerem cuidados intensivos. O apoio proporcionado pela música pode, então, acontecer tanto no sentido de estímulo para a busca da saúde, como no de auxiliar na elaboração de aspectos emocionais importantes, em situações que se apresentam muitas vezes difíceis. Os objetivos específicos vão sendo elaborados de acordo com as necessidades identificadas em cada paciente.

Nesta prática clínica entrelaçam-se os focos biomédico e psicossocial, segundo Bruscia²⁰, pois que se podem buscar tanto mudanças na condição física da pessoa, quanto mudanças no aspecto psicológico, modificando fatores mentais, emocionais, sociais ou espirituais, favorecendo a melhora de um problema biomédico. A musicoterapia pode atuar, também, como apoio psicossocial durante a internação.

Desenvolvimento do Trabalho

As atividades de musicoterapia na UTI acontecem duas vezes por semana e o número de atendimentos a cada paciente depende do seu tempo de permanência na Unidade. Desde o início do projeto, duas pessoas não quiseram o trabalho com a música, representando 0,89 da população atendida até o presente momento. Das pessoas participantes, 67% tiveram apenas um atendimento de musicoterapia. As demais (33%) tiveram de dois até mais ou menos dez atendimentos.

20 BRUSCIA, Kenneth E., 2000, p.201.

O tempo de duração de cada sessão é variável. Depende da disposição, interesse e necessidade da pessoa. As condições do doente dessa Unidade apresentam muitas variações. Há atendimentos de 15 ou 20 minutos e há os de 50 minutos ou uma hora. É importante registrar que se procura fazer cada encontro com começo, meio e finalização, não deixando questões pendentes, pois, na grande maioria dos casos, não se sabe se haverá uma próxima vez.

Ao iniciar cada trabalho buscam-se as informações no prontuário médico e logo após conversa-se com o paciente, quando há essa possibilidade. É explicada a presença da música na Unidade e verifica-se se existe interesse na musicoterapia. Ouve-se o doente sobre as suas experiências musicais anteriores e suas preferências. Uma relação empática permite a aliança terapêutica, entendida como o estabelecimento dos papéis de cada um, terapeuta e paciente, especificando os compromissos de ambas as partes, como explica Barcellos²¹. Tratando-se de uma UTI, essa aliança tem características próprias, podendo apresentar alguma diferença da estabelecida com pacientes de outras práticas clínicas. Aqui, o compromisso do paciente nem sempre acontece. Dependerá do seu estado de lucidez e capacidade de comunicação. Muitas vezes é estabelecido o compromisso da terapeuta - após contato com familiares e/ou equipe de profissionais da UTI, de fazer uma musicoterapia receptiva, sem contar com a interação do paciente.

Com o doente que tem condições de se comunicar, geralmente é possível fazer uma musicoterapia ativa. Ele /ela sugere ou solicita músicas e procura cantar junto, até mesmo quando isso não é fácil, em função de estar com sonda nasoesférica, catéter-nasal ou outro equipamento que causa desconforto.

Utiliza-se basicamente o violão e a voz. Eventualmente faz-se uso de som mecânico. Sempre se procura ir a todos os leitos, independente da situação da pessoa, às vezes obnubilada, desorientada ou comatosa. Uma postura de acolhimento, receptividade e empatia se impõe à situação. Atenção e abertura são as grandes auxiliares da

21 BARCELLOS, Lia Rejane Mendes, 1992, p.39.

intuição na busca do atendimento das necessidades percebidas. Muitas vezes há a colaboração do corpo de enfermagem que participa cantando e, também, ajudando a lembrar as letras das músicas solicitadas. Isso reveste os encontros de um estímulo especial: há uma atenção solidária e o prazer do fazer sonoro coletivo.

A musicoterapia é realizada, também, de forma integrada com a Fisioterapia (FT), predominantemente em pacientes neurológicos e pneumológicos. Neste caso, procura-se tocar as músicas da preferência do paciente adequando o andamento, a intensidade e o ritmo, ao trabalho que o fisioterapeuta está realizando. Algumas vezes, se canta junto e/ou improvisa uma letra especialmente para a pessoa que está sendo atendida. A aceitação do tratamento e o bem-estar do paciente constituem o foco da atenção.

Modalidades Clínicas

O atendimento é feito basicamente de forma individual. Algumas vezes, um ou dois pacientes dos leitos vizinhos fazem intervenções e passa-se a realizar o trabalho com o pequeno grupo.

As técnicas de musicoterapia utilizadas são destacadas aqui na ordem de freqüência em que se apresentam: a re-criação, a audição e a improvisação. Seguem as experiências musicais descritas por Bruscia.²² A re-criação das músicas solicitadas ou surgidas durante o atendimento, acontece com voz e gestos acompanhados do instrumento. Algumas vezes com troca de palavras da letra, variantes na melodia ou, mesmo, na mudança do ritmo. A audição ou experiência receptiva é utilizada de duas formas: com a música feita ao vivo e com a música gravada. Na primeira modalidade a pessoa escuta passivamente o que se toca – caso mais freqüente com pacientes comatosos; a segunda acontece quando se desconhece a música solicitada e há um próximo encontro, permitindo que se possa buscar o que foi pedido. A improvisação é a menos freqüente. Poucas vezes surge no atendimento individual. Acontece mais em conjunto com a FT, quando se improvisa ritmo, melodia e letra.

22 BRUSCIA, Kenneth E., 2000, p.121.

Repertório

Da população atendida, 38,83% dos pacientes não tiveram condições de comunicação para informar sobre seu gosto musical ou preferências. Observadas as manifestações e solicitações dos demais 61,17%, estas foram agrupadas, de acordo com as preferências: música regionalista gaúcha (26,33%); música popular nacional e internacional (22,75%); música religiosa e folclórica (4,51%); todos os tipos de música (7,58%).

Percebe-se a faixa etária e a condição sócio-cultural como fatores determinantes nas escolhas. As vivências musicais estão diretamente ligadas a estes aspectos. A maioria das pessoas situa-se na faixa de 65 a 90 anos. Na ordem das preferências apresentadas, é interessante ressaltar alguns pontos: a) a música gaúcha refere ao Gaúcho, cuja etimologia da palavra segundo Aurélio Porto significa gente que canta triste.²³ É o tipo característico desta região geográfica. Primitivamente denominação do habitante do campo, oriundo, pela maior parte de indígenas, portugueses e espanhóis, generalizou-se a todos os naturais do estado do Rio Grande do Sul, bem como do interior do Uruguai e de parte da Argentina. A música gaúcha, regionalista, inicialmente nostálgica, hoje mostra, também, andamentos mais movimentados com a influência dos imigrantes, principalmente alemães e italianos, nesta área geográfica brasileira. São ritmos bastante variados em compasso binário (simples e composto), ternário e quaternário. b) Na música popular nacional e internacional destacam-se valsas, tangos e boleros. Nas valsas, algumas européias entre as brasileiras. Os tangos e boleros vêm diretamente dos povos latinos de língua espanhola. Marchas de carnaval, canções românticas e samba destacam-se nas preferências da música popular nacional. c) As marchas de carnaval, especialmente, quando surgem na sessão, sempre são cantadas pelo paciente, ainda que, raramente completas. É interessante lembrar que a época áurea da música carnavalesca aconteceu de 1930 até a década de 60, época da infância e mocidade desses

23 MEYER, Augusto, 1957, p.53.

doentes. d) A música religiosa aparece, principalmente, com os pacientes convertidos às religiões protestantes, constituindo-se, na sua grande maioria, em hinos de louvor a Deus. e) Na música folclórica, as canções infantis são as mais freqüentes. As letras permanecem na memória e são cantadas com facilidade. Também quando, em improvisos no violão, toca-se algumas frases melódicas destas músicas, elas são reconhecidas e os pacientes passam a cantá-las.

Dos pacientes com condições de comunicação, poucos são os que não solicitam nenhuma música, deixando a critério da musicoterapeuta a escolha. Com base na intuição é tocada e cantada alguma melodia. Geralmente, a partir daí, começam a lembrar e fazem suas solicitações. Esses pertencem aos 7,58% que dizem gostar de todo o tipo de música.

Observações e Considerações Finais

Sobre a prática clínica da musicoterapia é possível fazer muita reflexão e uma série de observações. Aqui, no entanto, são feitas as mais evidentes no momento atual, após um ano e meio de atuação nesta área hospitalar específica.

Do ponto de vista médico, pode-se observar nos pacientes mudanças fisiológicas como: saturação de pulso de oxigênio – verificada através da oximetria de pulso - mostrando melhoria na respiração, bem como diminuição ou aumento do tônus muscular, constatados e registrados diretamente pelo fisioterapeuta, quando da atuação conjunta com a musicoterapia. Também, por vezes, reações podem ser observadas no paciente comatoso, quando faz algum movimento, abre os olhos, volta a cabeça para a direção do som ou deixa escorrer uma lágrima. A prática clínica na UTI confirma, pois, a importância da música tanto no aspecto físico como no psicossocial.

Do ponto de vista psicossocial pode-se perceber inúmeros aspectos interessantes, com possibilidade de diferentes leituras a cada novo olhar. Verifica-se que a música é parte muito viva na existência das pessoas e pertence ao mundo do lado de fora da UTI, isto é,

da vida sem doença. Sua presença ali, ainda que muitas vezes surpreenda, surge como um novo alento e estímulo à busca da saúde. A aliança terapêutica atua como um reforço positivo na possibilidade desta busca, ao mesmo tempo em que pode representar um compromisso de solidariedade e apoio em casos irreversíveis.

Considerando-se o contexto familiar do paciente e seu alijamento dele na situação em que se encontra, é importante a valorização da identidade de cada um. A musicoterapia favorece também este aspecto, pelo acolhimento oferecido. A escuta atenta do profissional e a utilização do material sonoro, de acordo com as necessidades e vontades do paciente têm sido uma forma de valorizar a pessoa como um todo, respeitando a sua singularidade e individualidade.

Aldridge, diz que cada um de nós é um tema, que é a nossa identidade, um repertório de “ser”, no qual nos movemos no mundo. Esse repertório, segundo o autor, sofre improvisações, à medida que nos adaptamos aos desafios da vida. É tarefa do musicoterapeuta facilitar essa improvisação, estendendo os repertórios individuais, ou mesmo desenvolvendo novos, quando uma vida é decisivamente interrompida por algum infortúnio²⁴. A abertura e disponibilidade do musicoterapeuta são, portanto, fundamentais na busca desse conteúdo sonoro, e é importante o empenho para encontrá-lo ou resgatá-lo no paciente da UTI. Complementando esse pensamento é interessante o que diz Campos: “cada pessoa tem uma história singular, tendo necessidade de contar e re-significar, ou seja, reprocessar sua história”.²⁵

A música pode permitir ao paciente conectar-se novamente com o mundo, ainda que com a musicoterapia receptiva. O ouvido entregue à escuta abre-se ao diálogo com o ambiente que o convoca. Conforme Tomatis e Vilain²⁶ “o ambiente não cessa de revelar ao homem sua pertinência a este grande todo vibrante que se manifesta fora e dentro de cada ser humano, passando de um para outro, un-

24 ALDRIDGE, David e ALDRIDGE, Gudrum, 1998, p.271-282.

25 CAMPOS, Terezinha Calil Padis, 1995, p.50.

26 TOMATIS, Alfred e VILAIN, Jacques apud RUUD, Even, 1991, p.114.

indo num jogo permanente o finito da natureza humana e o infinito imóvel". A música, neste contexto, é um apelo à vida e uma forma de valorização respeitosa da individualidade. Facilita sua situação e dimensão no universo. Muitas vezes o trabalho de musicoterapia tem sido oportunidade de retrospectiva da vida com revisão de valores e estímulo para novos propósitos e planos. Constitui-se uma ajuda forte ao 'lado guerreiro' da pessoa, às vezes adormecido, levando-a a desejar ou optar pela continuidade da luta pela vida.

Essas colocações são feitas mediante observação das escolhas musicais dos doentes e suas reações diante delas, bem como pelos conteúdos das músicas. O comportamento das pessoas na interação com a música tem mostrado curiosidade, ânimo, 'brilho nos olhos', participação, entusiasmo, atenção, confiança, carinho, sentimento de valorização. Até nos mais deprimidos uma boa receptividade é observada. Essas são algumas interpretações do que tem sido expresso musical e verbalmente, durante o trabalho desenvolvido. Deve-se ter presente, no entanto, o que diz Barcellos com relação à interpretação em musicoterapia, ressaltando que, do ponto de vista metodológico ela é uma hipótese e, em princípio, nenhuma hipótese é suscetível de verificação definitiva que resulte na condição de saber acabado.²⁷

Com os pacientes obnubilados, desorientados e comatosos também é feito o trabalho de musicoterapia, como já se falou anteriormente. Com os dois primeiros tipos consegue-se que fiquem mais atentos e corajosos diante da nova realidade - a necessidade de estar na UTI, podendo conviver melhor com a situação. Os desorientados, no diálogo em torno da música apresentam-se lúcidos, e, geralmente, acompanham com canto as músicas que sugerem. Já aconteceu de um paciente com registro de desorientação no prontuário médico, ditar a letra de uma canção, para que se pudesse cantar com ele. Isso leva a crer na possibilidade da desorientação ser unicamente emocional, merecendo os casos como este, uma investigação mais profunda.

27 BARCELLOS, Lía Rejane Mendes, 1992, p.17.

Com os comatosos é feita uma musicoterapia receptiva, onde se procura tocar no violão músicas indicadas pela família e, na falta desses dados, o que sugere a intuição da musicoterapeuta, ou a dos enfermeiros e/ou outras pessoas, que também convivem com o paciente e ali estão, dispostos a colaborar. Todos os profissionais podem ter a visão do paciente como um todo e dar sua contribuição nesse sentido, além da participação técnica. Esse aspecto tem sido muito positivo na prática aqui relatada. Campos, reforça esse pensamento dizendo que há necessidade de uma inter-relação entre os diferentes profissionais, que devem ver o paciente como um todo, tendo uma atitude humanizada.²⁸

Nos casos específicos de coma é interessante ter presente as colocações do neurologista Ivan Izquierdo, falando desse tipo de paciente e da sua impossibilidade de expressão de pensamentos ou sentimentos, como se fosse um demente em estado avançado da doença. "Pior do que este", diz, "o sujeito em coma não tem movimentos e é incapaz de palavras ou gestos, ainda que ninguém possa saber ao certo até que ponto esse paciente, por mais inexpressivo e imóvel que esteja, não ouve, ainda que de maneira fragmentária, o que está sendo dito ao seu redor". E, aconselha não se fazer comentários negativos perto de um paciente em coma. Os casos estudados revelam que não é fácil o diagnóstico diferencial entre um e outro nível de coma, mostrando que os médicos sabem muito menos do que se pensa.²⁹ Também, referindo-se aos comatosos, Angerami-Camon igualmente chama a atenção para a possibilidade de se mobilizar o paciente através de comentários, de visitas ou outras formas de estimulação direta que podem acarretar nele tanto reações positivas, quanto negativas. Fala desse tipo de cuidado como possível, cabendo à equipe atentar para ele.³⁰ A postura defendida pelos dois com relação ao entorno sonoro deste tipo de paciente é importante e tem sido considerada. O grupo de profissionais atuantes na UTI tem-se

28 CAMPOS, Terezinha Calil Padis, 1995, p.96.

29 IZQUIERDO, Ivan, 2000, p.63-65.

30 ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto et al., 1994, p.69.

mostrado cada vez mais sensível a recomendações como esta. Procura-se fazer com que a música, nesse contexto, possibilite uma reação positiva. O depoimento destes cuidadores, fala da música como responsável pela quebra de uma rotina estressante, ao mesmo tempo em que oferece alternativa para um cuidado mais terno e afetuoso aos doentes que, por sua situação de fragilidade, insegurança e dependência, assemelham-se a crianças muito pequenas.

É interessante registrar que nessa unidade se trabalha com dois tipos de doentes: os que têm a atenção da família e os que não possuem família ou, são abandonados por ela. No primeiro tipo a música pode, também, intermediar diálogos e comunicar mensagens entre o doente e os familiares e vice-versa. No atendimento a pacientes do segundo tipo, a atividade sonora congrega os cuidadores convertendo-os em uma família para aquela pessoa. Esta família pode ser terna e a música muito contribui para isso. Ela reúne a todos em torno daquele leito.

Neste processo, se buscadas as práticas médicas descritas por Bruscia³¹ a música pode ser utilizada tanto como agente primário em medicina – em uma relação cliente-terapeuta de forma a facilitar os procedimentos médicos – como também, na atenção paliativa, como apoio. Os elementos sonoros podem interferir diretamente na qualidade de vida e, pode-se dizer da mesma forma, na qualidade de morte. Na qualidade de vida, a música pode beneficiar tanto o paciente que vencerá a doença quanto aquele que precisa conviver com alguma moléstia sem possibilidade de cura. Como energia física ou como elemento atuante no aspecto emocional, um mundo sonoro significativo para o doente pode servir de alento. Como ação paliativa, no paciente terminal, a musicoterapia ajuda na aceitação e preparação para a morte. Aparece como mais um elemento a dar continente quando se vislumbra o final do caminho. A música auxilia na busca da tranquilidade e pode favorecer a diminuição de tensões com seus sons e suas harmonias. É capaz de colaborar para uma visão tranquilizadora em relação ao vivido, ao mesmo tempo

31 BRUSCIA, Kenneth E., 2000, p. 203-204.

em que desperta esperança diante do desconhecido e da certeza na transcendência. Possibilita que os últimos sons sejam acompanhados pela serenidade.

Com relação à atuação do musicoterapeuta, ainda que muitos pontos possam ser destacados, chama-se atenção para a necessidade do conhecimento prévio do ambiente onde vai atuar e, um cuidado especial, com relação à cultura das pessoas que potencialmente serão atendidas no setor.

Ainda que conte apenas com pouco mais de um ano, a experiência vivida já permite falar da importância do inter-relacionamento dos membros da equipe de trabalho e da necessidade de saber sobre as respectivas atividades profissionais. É fundamental, também, a troca de informações sobre o paciente para que se possa atendê-lo da melhor forma.

O musicoterapeuta pode e deve ser uma peça importante na engrenagem constituída pelo corpo de cuidadores da UTI, somando-se aos demais na formação de uma 'base segura' para o doente que necessita cuidados tão especiais. A musicoterapia ajuda no sentido do 'novo olhar' que se deseja ter sobre o paciente e, da mesma forma, sobre o cuidador. Ela integra e aproxima o grupo de trabalho facilitando a cumplicidade do doente com o cuidador no combate ao adoecimento. Essa caminhada apresenta desafios constantes para todos e, igualmente, para a musicoterapia, tendo em vista o dinamismo imposto pelas mais diversas situações e variadas realidades. Exige dos profissionais muita atenção e preparo, começando pelo cuidado consigo mesmo, num processo contínuo, sem interrupções.

Concluindo, a musicoterapia na UTI é algo que humaniza e enriquece a todos que dela participam. É uma fonte de águas profundas da qual, até o momento, conhece-se apenas a superfície. Cada pessoa internada nessa unidade é um mundo a valorizar e descobrir. E, o elemento sonoro, tão presente em toda a existência, aqui se faz, pela música, presença de inestimável valor acompanhando o desenrolar dos dois maiores mistérios humanos: o da vida e o da morte.

Referências Bibliográficas

- ALDRIDGE, David. ALDRIDGE, Gudrum. A vida como o Jazz: Esperança, significado e musicoterapia no tratamento de doenças que ameaçam a vida. In: *Advances in Mind-Body Medicine*, 14 (4), pp. 271-282, copyright 1998, The Fetzer Institute. Tradução: Márcia Cirigliano.
- BARCELLOS, Lia. Rejane. Mendes. *Cadernos de Musicoterapia N° 2*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.
- BRUSCIA, Kenneth E. *Definindo Musicoterapia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- CAMPOS, Terezinha Calil Padis. *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU, 1995.
- IZQUIERDO, Ivan. *Silêncio por favor!* São Leopoldo: Unisinos, 2003.
- MARQUES DIAS, Maria Helena Soares Souza. *Integrar para curar - o cuidado do cuidador – Trabalho apresentado no X Congresso de Psicologia Hospitalar*. São Paulo. Agosto de 2003.
- MELLO FILHO, Júlio de e col. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- MEYER, Augusto. *Gaúcho – A história de uma palavra*. Cadernos do Rio Grande v. V. Porto Alegre: IEL, 1957.
- TOMATIS, Alfred A., VILAIN, Jacques. *O ouvido à escuta da música*. In: RUUD, Even. *Música e Saúde*. Tradução de Vera Bloch Wrobel, Glória Paschoal de Camargo, Miriam Goldfeder. São Paulo: Summus, 1991.

TRUCHARTE, Fernanda Alves Rodrigues, KNIJNIK, Rosa Berger, SEBASTIANI, Ricardo Werner, ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. (org.) *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Pioneira, 1994.

“Quando eu Soltar a Minha Voz”

Propostas para Ampliar um Olhar Musicoterápico

Danielle Duleba*
Talita Rodrigues Nunes**

Resumo

Este trabalho se propõe a refletir sobre a dinâmica da expressão verbal trazida pelo cliente sob os olhos do musicoterapeuta, sabendo-se que este profissional vê este indivíduo e suas diversas formas de expressão com um olhar diferenciado. Trata-se da dinâmica comunicacional, portadora de vários elementos expressivos presente nas relações humanas. Há uma preocupação em mostrar esta comunicação dentro do contexto terapêutico e suas particularidades por estar inserido num âmbito tão especial como o clínico musicoterápico. Propõem-se possibilidades para se ampliar o olhar musicoterápico para esta expressão falada do cliente, utilizando-se para isto conhecimentos de outras áreas afins à musicoterapia.

Palavras-chave: Comunicação, Expressão Verbal, Musicoterapia.

Abstract

This work proposes to reflect about the verbal expression dynamics brought by the client under music therapist eyes, knowing that this professional sees this individual and his expression several forms with one look differentiated. It brings the communicational dynamic, which has several expressive elements present bearer in

* Musicoterapeuta graduada pela FAP – Faculdade de Artes do Paraná. E-mail: daniduleba@hotmail.com

** Musicoterapeuta graduada pela FAP – Faculdade de Artes do Paraná. E-mail: tapessoa@ig.com.br

the human relations. There is a preoccupation in show this communication inside the therapeutic context and its particularities for being inserted in a scope so special as the Music Therapy clinical. Possibilities are proposed for enlarge the Music Therapy look for this verbal expression of the client, using for this knowledge of others similar areas to Music Therapy.

Key-words: Communication, Verbal Expression, Music Therapy.

*Eu e o som somos um só. Sou musicoterapeuta.*³²

Este trabalho foi escrito a partir da Monografia “A Dinâmica da Expressão Verbal do Cliente Sob o Olhar Musicoterápico” apresentada pelas autoras, Danielle Duleba e Talita Rodrigues Nunes, ao Curso de Graduação em Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná – FAP, no ano de 2002, sob a orientação da Prof^a Jônia Maria Dozza.Messagi. A proposta originou-se numa curiosidade em saber se musicoterapeutas brasileiros, profissionais que essencialmente trabalham com sons e músicas, observam e analisam a expressão verbal de seus clientes.

Para abordar este tema, é necessário, a princípio, conceituar comunicação, pois a expressão verbal só tem sentido no âmbito das trocas humanas. Pode-se entender comunicação como um processo interacional onde trocas de mensagens são realizadas. Watzlawick vê a comunicação como um veículo das manifestações observáveis de um indivíduo, acrescentando que “um indivíduo precisa ser entendido por um outro para entender-se a si mesmo e para ser entendido pelo outro, precisa primeiro entender este outro”.³³

Neste ciclo criado pela necessidade da comunicação, toda manifestação possui uma mensagem a ser levada. As palavras, os silêncios, a movimentação, a inatividade, todos estes elementos comunicam. Não há como o ser humano não comunicar e, por conseguinte, envolver-se num processo interacional.

32 CUNHA, Rosemyriam, adaptado de KLIE, Paul, 1999.

33 WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet H. e JACKSON, Don D., 1977 p. 48.

Esta interação, com uma mensagem, originada num emissor e destinada a um receptor, é composta de particularidades, informações digitais e analógicas. Ainda segundo Watzlawick,

Na comunicação digital só existe uma correspondência arbitrária entre o item particular de informação e sua expressão digital (...) Sempre que se utiliza uma palavra para denominar alguma coisa, é evidente que a relação entre o nome e a coisa denominada é arbitrariamente estabelecida. Na comunicação analógica existe algo particularmente 'como-coisa' naquilo que é usado para expressar a coisa. A comunicação analógica pode referir-se mais facilmente à coisa que representa. (...) é toda a comunicação não-verbal (...) O termo deve abranger postura, gestos, expressão facial, inflexão da voz, seqüência, ritmo e cadência das próprias palavras, e qualquer outra manifestação não-verbal de que o organismo seja capaz, assim como as pistas comunicacionais infalivelmente presentes em qualquer contexto em que uma interação ocorra.³⁴

O musicoterapeuta, tendo uma escuta diferenciada, pode utilizar-se de ambas as informações, digitais e analógicas, para compreender seu cliente. Neste trabalho, entretanto, procura-se um enfoque maior na comunicação analógica, por entender-se que este tipo de linguagem é a mais utilizada por este profissional.

Observando o indivíduo como um todo e buscando uma ampliação da leitura musicoterápica, ressaltam-se particularidades da escuta quando esta está inserida num contexto terapêutico. A maneira como o musicoterapeuta escuta/observa os elementos trazidos pelo cliente irá influenciar sua análise sobre a expressão deste cliente no setting musicoterápico.

O musicoterapeuta diferencia-se de outros profissionais terapeutas por observar e escutar o conjunto de expressões essencialmente musicais trazidas pelo cliente, desenvolvendo uma leitura musicoterápica. Tendo-se uma visão de música abrangente, que englobe qualquer produção sonora, incluindo sons internos do organismo, sons externos, o silêncio e o movimento, pode-se observar toda manifestação do indivíduo como sendo sonoro-musical.

Sem intencionar uma polêmica relacionada à definição de musicoterapia como uma terapia "não-verbal", acredita-se que não se

34 Ibid. p. 56.

pode excluir desse cenário o verbal, pois a fala é resultado de emissão de som, vibração de cordas vocais. É transcendendo essa definição, na expressão verbal percebe-se a existência de uma “música” das palavras, como apresentado anteriormente, a combinação entre elementos digitais (palavras) e analógicos (forma) nas mais variadas manifestações do homem.

O musicoterapeuta lida com aspectos analógicos da comunicação, principalmente quanto à interpretação de elementos musicais surgidos no setting musicoterápico. Cabe, então, incluir nesses aspectos sonoro-musicais analógicos, a sonoridade intrínseca das palavras.

Carlos Fregtman diferencia a “forma” e o “conteúdo” da expressão verbal e coloca como um dos objetivos de trabalho do musicoterapeuta justamente identificar estes elementos na fala do cliente e interpretá-los para compreender a mensagem que está querendo ser passada. “... muitas vezes a ‘forma’ da mensagem verbal (entonação, ritmo, intensidade, textura) é percebida antes do ‘conteúdo’. Decodificar essas mensagens é o trabalho que o musicoterapeuta se propõe todos os dias”.³⁵ Cabe, então, ao terapeuta captar as múltiplas mensagens demonstradas no setting, para que haja identificação do que existe além do conteúdo explícito e objetivo trazido pelo indivíduo. Perceber o que está intrínseco nas formas de expressão do cliente contribui para uma acolhida adequada por parte do terapeuta.

Entende-se, pois, que os elementos não-verbais do discurso verbal conferem uma dinâmica específica às estas manifestações. Esta dinâmica fornece informações sobre o indivíduo que está aos cuidados do musicoterapeuta.

Conforme Feldman e Miranda, quando o terapeuta escuta seu cliente pode perceber que seu discurso se divide em duas partes:

O conteúdo verbal ou o conjunto das palavras, que corresponde à letra de uma canção; e a ‘música’ que acompanha esse conteúdo, formada da entonação da voz, de sua altura, intensidade e timbre, do ritmo das palavras, das pausas entre uma e outra e da respiração de quem fala.³⁶

35 FREGTMAN, Carlos Daniel, 1989 p. 50.

36 FELDMAN, Clara e MIRANDA, Márcio Lúcio, 2002, p. 107.

Pode-se fazer a relação entre o que os autores chamam de “letra de uma canção e a música que a acompanha” com o que Watzlawick³⁷ denomina de comunicação “digital e analógica”. Ressalta-se assim, no discurso verbal, a música contida nas palavras dos indivíduos – não “atrás das palavras” como alguns autores colocam, mas “junto” com elas, no mesmo patamar por serem intrínsecas uma à outra - e a importância da percepção destas nuances pelo terapeuta.

No ambiente terapêutico escutar é premissa fundamental a ser observada pelo terapeuta, pois o indivíduo que busca a terapia quer ser escutado. Cabe ao terapeuta ampliar e desenvolver sua escuta, estando sempre atento às ‘comunicações’ de seu cliente.

No campo da musicoterapia, o profissional atua com o diferencial de poder realizar uma escuta musical e musicoterápica de seu cliente. A escuta musicoterápica engloba a escuta musical e vai além, por estar contextualizada no setting musicoterápico e considerar a história de vida do cliente em sua produção sonora. Pode-se, talvez, dizer que a escuta musical está relacionada com a linguagem digital e a escuta musicoterápica, com a linguagem analógica da “música do cliente”.

O musicoterapeuta está sensível ao fato de que os indivíduos possuem suas próprias músicas, têm seus sons característicos. Cada pessoa, ao longo de sua caminhada, constrói sua Identidade Sonora, e a todo o momento se expressa das mais diversas maneiras: através de palavras, canções, sons.

O estudo preparatório para a elaboração da monografia originária deste texto, bem como o interesse em busca de acalmar algumas inquietações pessoais quanto à prática clínica, resultou em algumas propostas de análise da dinâmica da expressão verbal trazida pelo cliente.

Três propostas são sugeridas a partir de conhecimentos de áreas afins à musicoterapia que podem ser correlacionados e incorporados à visão do musicoterapeuta referentes à expressão verbal.

37 WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet H. e JACKSON, Don D., 1977.

Palavra por Palavra

Um primeiro foco proposto é a própria palavra que pode trazer informações complementares à leitura musicoterápica. Não se trata, porém, de utilizá-la como ferramenta tal qual as psicoterapias o fazem, mas estar atento a esta manifestação do cliente.

No contexto terapêutico, os indivíduos capazes de falar utilizam a função social de palavra e som para se comunicar. Quando o discurso verbal emerge pode-se perceber que:

Tudo o que é importante se repete, várias vezes, na fala do ajudado – é o tema central que vai e volta, ainda que sob formas diferentes até que ele o tenha explorado inteiramente e possa passar a outro tema. O que é importante é dito com grande intensidade pelo ajudado – ele pode alterar o tom da voz, encher os olhos d'água, fazer pausas; enfim, cada vez que ele tocar num ponto relevante, haverá uma mudança na música que acompanha suas palavras.³⁸

O musicoterapeuta diante do discurso verbal de seu cliente pode identificar o tema recorrente da fala. Pode parecer óbvio, mas muitas vezes o ajudado não está percebendo sua temática central. Cabe ao terapeuta, no momento adequado, ajudar o cliente a identificar elementos importantes em seu discurso verbal. Também através da identificação do tema central, encaminhar o processo terapêutico para a abordagem adequada que supra as necessidades mostradas pelo cliente.

Dependendo da abordagem seguida pelo musicoterapeuta isto pode se dar no plano do verbal, no contato visual silencioso, através do corporal, dentro do contexto musical ou em mais de um plano ao mesmo tempo. De qualquer forma, independentemente da leitura utilizada, precisa-se ressaltar a importância do musicoterapeuta responder adequadamente ao sentimento trazido no discurso verbal do cliente.

38 FELDMAN, Clara e MIRANDA, Márcio Lúcio, 2002, p.108-109.

Ao responder adequadamente ao discurso de seu cliente, o musicoterapeuta estará contribuindo, ainda, para a manutenção do vínculo terapêutico, bem como, aprofundando o nível de relacionamento e comunicação que o indivíduo pode estabelecer consigo e com outras pessoas.

Outra forma de se observar o discurso verbal literalmente é perceber que “uma pessoa pode contar a história de sua vida como uma forma de defender seus valores ou sua visão”.³⁹ O musicoterapeuta ciente dessa função pode captar dados sobre a formação de seu cliente, sobre o meio em que vive, quais valores foram e são arraigados em sua identidade. Em consonância com esses dados, fornecer encaminhamentos adequados ao processo terapêutico.

Coração na Boca

Além do conteúdo literal do discurso verbal que o cliente traz ao musicoterapeuta, também está inclusa na fala a maneira como são ditas as palavras – a sonoridade de cada palavra. O indivíduo colore as palavras que saem de seu interior com diferentes sentimentos. Retoma-se esta peculiaridade existente em cada indivíduo para aprofundar no que se refere à psicodinâmica vocal, quando a pessoa confere formas específicas de se projetar através da voz.

“A voz de cada pessoa está intimamente ligada a sua emoção e a sua personalidade”.⁴⁰ O indivíduo pode tentar se esconder atrás das palavras, mas a voz e a maneira como ela é projetada no ambiente revelam muito sobre seu mundo interno, suas intenções no momento.

Huche e Allali⁴¹ trazem questões pertinentes à projeção da voz que contêm conceitos como o de “Energia de Convicção ou de Determinação”. Estes se relacionam exatamente com o desejo do indi-

39 MOORE, Thomas, 1998, p.311.

40 LELIS, Cláudia, 2002, p. 02.

41 HUCHE, François Le e ALLALI, André, 1999.

víduo agir sobre o outro, gerando um aumento da tensão psíquica/psicomotora, visando aumentar a eficácia da ação verbal.

Para atingir este objetivo, o indivíduo, consciente ou inconscientemente, utiliza-se de modificações ocorridas na área da elocução como aumento da intensidade vocal, elevação da altura tonal, aumento no fluxo verbal e aumento da precisão da articulação.

Ao conferir determinada intensidade, o indivíduo busca atingir o outro. Ao aumentar a intensidade, o indivíduo está enfatizando o que diz. “É uma primeira manifestação possível da força da energia de convicção, para dar mais apoio a uma proposta, para dar provas de firmeza”.⁴²

A altura com que a voz é projetada, ou seja, o tom das palavras, pode conferir diferentes significados para uma mesma colocação. Quando se aumenta a altura tonal da voz, esta se torna mais aguda, aumentando a energia de convicção sobre o que foi dito.

O fluxo verbal pode ser relacionado ao ritmo com que as palavras são ditas. O aumento ou diminuição deste demonstram o nível de engajamento do indivíduo com o que está expressando verbalmente. Quando o ritmo aumenta, pode-se pensar que o indivíduo está entusiasmado e quer reforçar o que diz. Mas o excesso de aumento no ritmo do fluxo verbal pode acarretar dificuldades articulatórias, tornando a fala confusa e incompreensível.

O aumento da precisão da articulação destaca as idéias que o locutor quer enfatizar. “Falar destacando cada sílaba reforça a clareza da articulação, de torná-la mais cuidada, mais vigorosa, traduz o aumento da determinação daquele que fala”.⁴³

Os autores colocam ainda que a direção assumida pela energia de convicção não é o mais importante para o sucesso da ação vocal empreendida, mas sim o nível de energia posto a atuar e a eficiência com que essa energia é utilizada, o que depende do estilo pessoal de cada indivíduo.

Reforçar o que se diz é uma maneira de auto-afirmar opiniões e

42 Ibid., 1999 p. 252.

43 Ibid., p. 254.

propostas. Essas colocações geralmente estão imbuídas de sentimentos que se manifestam na forma como o indivíduo diz as palavras.

Atrás de cada palavra e de cada silêncio está presente um sentimento ou uma mistura de muitos. (...) É fundamental que cada sentimento seja percebido e captado e que sua percepção seja comunicada ao ajudado.⁴⁴

Ao perceber os sentimentos expressos no discurso verbal, seja pela forma como são ditas as palavras, ou pelo significado semântico das mesmas, o musicoterapeuta tem a possibilidade de ampliar seu entendimento sobre o indivíduo que está a sua frente buscando ajuda.

O musicoterapeuta também pode objetivar que seu cliente realize uma auto-escuta, contribuindo para um autoconhecimento, auxiliando o indivíduo em seu processo de conexão ou re-conexão entre sua expressão e sentimentos internos que queira transmitir. “Quando o som de uma pessoa está conectado com sua emoção podemos sentir seu colorido, sua vibração, sua energia”.⁴⁵

Não se Espante, Cante

Após a explanação sobre alguns aspectos do discurso verbal, pode-se perceber que as palavras não se mostram sozinhas porque são sonorizadas. Estão sempre interligadas ao sentimento quando se trata de expressividade. Ritmo, intensidade, timbre, altura são elementos musicais observáveis nos discursos de todos os indivíduos, conferindo emoção às palavras.

Constata-se que as palavras têm sua própria música. E mais: não apenas têm música como também são músicas, uma vez que possuem elementos musicais e a forma é intrínseca ao conteúdo (e vice-versa) no discurso verbal.

Conforme Schafer⁴⁶, “para que a língua funcione como música, é necessário, fazê-la soar, e então, fazer desses sons algo festivo e

44 FELDMAN, Clara e MIRANDA, Márcio Lúcio, 2002, p.148.

45 LELIS, Cláudia, 2002, p. 02.

46 SCHAFER, Murray, 1991, p. 240.

importante. À medida que o som ganha vida, o sentido define e morre”. Assim, pode-se entender como “as línguas estrangeiras também são música quando o ouvinte não compreende nada de seu significado”.

O autor fala de praticamente uma fusão entre palavra e música, o que não surpreende quando já se tem dito que palavra também é música, ou pode ser vista como música. É o que Moore⁴⁷ quer dizer quando menciona que a linguagem, ao aproximar-se da emoção pode desintegrar-se, “à medida que o senso se aprofunda no contra-senso”.

Ainda referindo-se a Schafer, é interessante colocar que ele faz um estudo específico das palavras e suas sonoridades num capítulo de seu livro chamado “Quando as palavras cantam”. O autor discorre sobre diversas formas de análise das sonoridades intrínsecas das palavras. “Algumas palavras têm sons contínuos ou repetidos para sugerir movimentos repetidos; algumas são pequenas e secas, para sugerir uma ação repentina ou interrompida”.⁴⁸

Ele refere-se ainda a particularidades das palavras como as vogais e consoantes, fazendo uma colocação muito própria para este contexto, dizendo que

As vogais, como diziam os antigos humanistas rabínicos, são a alma das palavras, e as consoantes, seu esqueleto. Em música, são as vogais que dão oportunidade ao compositor para a invenção melódica, enquanto as consoantes articulam o ritmo.⁴⁹

Experimentar escutar a música das palavras do cliente, dissociada do conteúdo literal, possibilita uma outra forma de ampliação sobre a percepção desse indivíduo que busca a musicoterapia como forma de ajuda.

“O psicoterapeuta como músico deve ter ouvido para as modu-

47 MOORE, Thomas, 1998, p. 332.

48 SCHAFER, Murray, 1991 p. 221.

49 Ibid., p. 224.

lações e a harmonia que ressoam profundamente com os eventos melódicos (pessoais) da vida”.⁵⁰

Os elementos musicais conferem movimento às palavras.

Ritmo, melodia, durações e alturas, apresentam-se ao mesmo tempo, um nível dependendo do outro. O ritmo é uma “especulação sobre o tempo (...) com função de criar estados de tensão e exprimir energia vital por meio de acentuações e alternâncias de tempos fortes e fracos”.⁵¹

Ao se observar o ritmo das palavras faladas pelo cliente pode-se perceber em quais elementos são colocadas mais ênfases. A melodia é “o elemento afetivo, psicológico, envolvendo emoção e resultando de construção. (...) A melodia tem acesso direto ao nosso eu, mexendo com nosso corpo, nossa mente, nossas emoções”.⁵² Pode-se correlacionar a melodia à afetividade que o indivíduo confere ao seu discurso verbal. Perceber um discurso sem nuances melódicas pode dar a sensação de monotonia.

Moore, em seu livro *A emoção de viver a cada dia*, escreve um capítulo sobre o que intitula “Música da Alma”, que vem ao encontro deste olhar musicoterápico, do terapeuta que utiliza “lentes musicais” para observar a fala do indivíduo que o procura. Ele fala do que este capítulo traz como “música das palavras”, referindo-se a esta música como uma metáfora do próprio indivíduo:

Desde o começo, compreendi que Boécio estava dizendo não que a música que ouvimos é uma metáfora para o que se passa na alma, mas que a música que criamos com a voz ou instrumentos é uma expressão ou representação da música essencial da natureza e do ser humano. Em nossa própria constituição, somos musicais, assim como o próprio mundo. A música que ouvimos é uma metáfora da natureza humana.⁵³

Vistas essas considerações, cabe ao musicoterapeuta, perceber as variações da dinâmica verbal de seu cliente para conhecê-lo, en-

50 MOORE, Thomas, 1998, p. 277.

51 SEKEFF, Maria de Lourdes, 1996, p. 52

52 Ibid., p. 67.

53 MOORE, Thomas, 1998, p. 277.

tendê-lo, compreendê-lo formulando uma resposta adequada ao que se almeja dentro de um processo musicoterápico.

Existem outras possibilidades e nuances não referidas no momento que também podem contribuir para o musicoterapeuta em sua atuação profissional. Mas o intuito principal apresentado nesse artigo é ampliar a visão musicoterápica sobre os elementos da dinâmica verbal do cliente, propondo a interligação entre elementos musicais e a expressão verbal, a análise pelo conteúdo literal e a observação da forma acústica das palavras.

Referências Bibliográficas

CUNHA, Rosemyriam. Escuta terapêutica: sons, silêncios e palavras. In: Anais do Encontro Paranaense de Musicoterapia e II Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. Curitiba: AMT-PR, 2001.

FREGTMAN, Carlos Daniel. Corpo, música e terapia. 3 ed. São Paulo: Cultrix, 1999.

FELDMAN, Clara. MIRANDA, Márcio Lúcio. Construindo a relação de ajuda. 13 ed. Belo Horizonte: Crescer, 2002.

HUCH, François Le e ALLALI, André. A voz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LELIS, Cláudia. O som da pessoa. In: Jornal da Musicoterapia. Boletim Informativo semestral da Associação de Musicoterapia do Paraná. Tiragem: 6000 cópias. Fábrica de Comunicação Júnior da UFPR, 2002.

MOORE, Thomas. A emoção de viver a cada dia. Rio de Janeiro: Ediouro, 1998.

SCHAFER, Murray. O ouvido pensante. São Paulo: UNESP, 1991.

SCHAEFFER, Pierre. Tratado dos objetos musicais. Brasília: Universidade de Brasília, 1993.

SEKEFF, Maria de Lourdes. Curso e dis-curso do sistema musical (tonal). São Paulo: Annablume, 1996.

WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet H e JACKSON, Don D. Pragmática da comunicação humana. Rio de Janeiro: Cultrix, 1977.

Música, Cérebro e Regulação Temporal

Leomara Craveiro de Sá*

Resumo

Estudos são desenvolvidos com o intuito de mostrar como a música, a partir de suas forças multitemporais, ao ser utilizada como terapia, torna-se um importante elemento terapêutico, promovendo mudanças. Tais estudos apóiam-se no pensamento do neurocientista Antonio Damásio, do filósofo francês Gilles Deleuze e do psicanalista Félix Guattari.

Palavras-chave: Cérebro, Música, Tempo, Musicoterapia.

Abstract

Studies are developed with the aim of showing how music, starting from its multi-tempo forces, used in a therapeutic context, becomes a considerable therapeutic element, causing changes. These studies are supported by the thought of neuroscientist Antonio Damásio, the french phylosopher Gilles Deleuze and the psychoanalyst Félix Guattari.

Key-words: Brain, Music, Time, Music Therapy.

Introdução

Fazemos parte de um universo, ou melhor, de um multiverso rítmico. Estamos todos acoplados a esse multiverso, encravados em

* Musicoterapeuta. Doutora em Comunicação e Semiótica - PUC/São Paulo. Coordenadora do NEPAM - Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Musicoterapia da UFG. Professora-pesquisadora no Programa de Pós-Graduação (Mestrado): "Música em Nosso Século" - Linha de Pesquisa: "Musicoterapia: convergências e aplicabilidades". E-mail: leomara@usa.net

ordens rítmicas, num dinâmico movimento de interação. Isto, segundo Koepchen et al.⁵⁴, pode ser notado

(...) nos movimentos oscilatórios das biomoléculas, na ritmicidade interna controlada por mecanismos neurovegetativos, na interação entre os sistemas vegetativo e somatomotor, na função homeostática do organismo, na sincronização entre movimentos e respiração, etc.

Podem-se, facilmente, observar formas de expressões rítmicas e temporais em nosso próprio corpo: nos movimentos corporais; nos gestos; na fala; nas produções sonoras e musicais. É comum ouvirmos frases que apresentem conteúdos sinalizando para essa temporalidade: andar num ritmo diferente; ser muito devagar; um tempo diferente do meu; aqueles movimentos coordenados; caminhar a passos largos; gestos limitados; fala cadenciada; escrita veloz; emissão de um som demorado; correr contra o tempo, entre outras. Cada uma dessas afirmações denota uma forma temporal intrínseca, que se realiza na produção criativa do homem, em seus movimentos, em seus gestos, na fala e, como não poderia deixar de ser, também em sua música.

Na concepção de Damásio⁵⁵, o organismo interage com o ambiente como um todo, uma vez que ele é constituído pela parceria cérebro-corpo. Mas, devido à sua própria complexidade, nosso organismo, além de gerar respostas externas – comportamento –, gera também respostas internas – imagens visuais, auditivas, somatossensoriais, etc. –, sendo estas consideradas como base para a mente. E, da organização dessas imagens, que tanto podem ser imagens visuais, quanto olfativas, sonoras, etc., teríamos o pensamento (imagens como construções do cérebro).

O autor ressalta que pesquisas mais recentes sobre cérebro e mente vêm apontando, cada vez mais, para questões relacionadas à temporalidade: “a idéia da integração pelo tempo tem emergido ao

54 KOEPCHEN, H.P. et al., 1996, p. 42.

55 DAMÁSIO, Antônio R., 1996.

longo da última década e aparece agora de forma proeminente no trabalho de vários teóricos”.⁵⁶

Partindo da idéia de que qualquer imagem, pensamento, ou mesmo o conhecimento geral depende não somente de um centro específico, mas de um conjunto de áreas espacialmente distribuídas, interconectadas pela ação do tempo (pode-se notar, aqui, que a idéia de tempo aparece vinculada à duração, ao hábito e à memória), o autor acredita ser “(...) provável que a ligação entre as diferentes partes da mente provenha da relativa sincronia de atividade em locais diferentes”, ou seja, essas integrações estariam diretamente relacionadas a uma regulação temporal que, por sua vez, dependeria de uma “maquinaria neural” que se constitui por controles homeostáticos.⁵⁷

Assim, uma vez que a integração mental se dá a partir de uma sincronização da atividade neural em regiões separadas, Damásio acredita que, se houver uma disfunção nesse mecanismo de regulação temporal, isto desencadearia uma integração adulterada ou, mesmo, um processo de desintegração.

Em sua visão, pode ser isto que ocorre nos estados de confusão mental devido a traumatismos cerebrais e/ou em doenças mentais como a esquizofrenia, haja vista que “o problema fundamental criado pela ligação pelo tempo (time binding) tem a ver com a necessidade de manutenção de uma atividade intensa em diferentes locais durante o intervalo de tempo que for necessário”.⁵⁸ Assim, tanto o processo do raciocínio quanto o da tomada de decisões estariam ligados às questões temporais e seriam afetados por estas.

Tempo e Música

Devo ressaltar que, a música, além de se desenvolver em um suposto tempo, ela mesma é o próprio tempo. Enquanto acontecimento temporal, a música, alguma vezes, marca, delimita, dá o tem-

56 Ibid., 1996, p.122, cita, dentre outros: C. von der Malsburg (1987), G. Edelman (1987), R. Llinás (1993), F. H. Crick e C. Koch (1990), W. Singer, A. Artola, A. K. Engel e col. (1993).

57 Ibid., 1996, p. 110.

58 Ibid., 1996, p. 122.

po; outras vezes, pode trazer diferentes idéias: ora de coexistência, ora de suspensão, ora de ausência do tempo. Tal como afirma Boulez⁵⁹ na música, pode-se distinguir:

O tempo e o não-tempo, o 'tempo pulsado' de uma música formal e funcional fundada em valores, o 'tempo não pulsado' para uma música flutuante, flutuante e maquinaica, que só tem velocidades ou diferenças de dinâmica.

No senso comum, quando se fala em tempo musical, existe uma clara tendência de se vincular esta idéia ao ritmo ou ao pulso. Entretanto, como explica Tarasti⁶⁰, a temporalidade em música não é um parâmetro que pode ser regulado deliberadamente como o tom, o timbre, ou mesmo as dinâmicas musicais. Não se pode reduzir temporalidade simplesmente ao ritmo ou a esquemas métricos. O que está envolvido, realmente, na visão do autor, é uma categoria muito mais profunda, para a qual os fenômenos rítmicos são apenas prolongações.⁶¹

Existe, na música, uma conexão dinâmica entre tempo e espaço, havendo mesmo uma interdependência entre os dois. Nela, e através dela, articulam-se tanto um tempo de valores medidos, tempo cronológico, o tempo mensurável que alinhava o antes e o depois, o que passou e o que virá, quanto o tempo não mensurável, flutuante, fugidio, um tempo de coexistências, de simultaneidades, de opacidades.

No interior da máquina musical, onde há um claro jogo entre som e não-som, aparece tanto zonas de espaços preenchidos, promovidas pelo som, quanto zonas de espaços vazios, geradas pelo silêncio. Mas existem, também, aquelas que poderíamos chamar de zonas de multiplicidade virtual, onde, segundo Deleuze, tudo coexiste virtualmente.⁶²

59 BOULEZ, Pierre apud DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Felix, 1997, *Mil Platôs*, vol. 4, p. 49.

60 TARASTI, Eero, 1994.

61 Recentemente, em uma dissertação de mestrado, foi desenvolvido um interessante estudo sobre o tempo musical, estabelecendo relações com as estratégias e a forma na composição musical. Ver SPONTON, A., *As Estratégias e a Forma: algumas considerações acerca do Tempo Musical*, 2000.

62 O virtual, para PELBART, é o "real sem ser atual, diferentemente do possível, que é atual sem

Música e Forças Multitemporais

Consideremos, então, que a música, através de sua temporalidade, carregue diferentes linhas de forças – forças extensivas e intensivas, heterogeneidades e multiplicidades – que se apresentam imbricadas, numa coexistência, em um rizoma temporal. Várias dessas forças, devido à sua complexidade, ficam obscuras; outras, tornam-se evidentes: movimentos, fluxos, sucessões, simultaneidades, divisões, velocidades, durações, ritmos, pulsações, deslocamentos, rupturas, gestualidades, deslizamentos, arrebatamentos, repousos, ataques, repetições, diferenças; espaços-tempos ordenados; espaços-tempos fluidicos.

Para uma melhor compreensão sobre as relações espaço-temporais na música, recorro ao que Deleuze e Guattari apresentam sobre espaço liso e espaço estriado com bases nos estudos de Pierre Boulez. Para o músico-compositor⁶³, enquanto “num espaço-tempo liso, ocupa-se sem contar”, “num espaço-tempo estriado, conta-se a fim de ocupar”. Sendo assim, é sensível a diferença entre multiplicidades não métricas e multiplicidades métricas.

O espaço liso é descrito como algo amorfo, informal, podendo ser comparado a um patchwork.⁶⁴ Ele é, na realidade, um espaço de afetos, mais que de propriedades; “é uma percepção háptica, mais do que óptica”. No espaço liso, “materiais assinalam forças ou lhes servem de sintomas”. É, na realidade, “um espaço intensivo, mais do que extensivo, de distâncias e não de medidas”. Por outro lado, “(...) o estriado é o que entrecruza fixos e variáveis, ordena e faz sucederem-se formas distintas, organiza as linhas melódicas horizontais e os planos harmônicos verticais”.⁶⁵

ser real”. O processo de atualização do virtual “(...) procede por diferenciação, segue linhas de diferenciação, de dissociação, de divergência, de produção, de criação (...)”. Tal processo se dá “(...) segundo uma lógica da invenção, e não da similitude”. PELBART, Peter P., 1998, p.40.

63 BOULEZ, Pierre apud Mil Platôs, vol. 5, p. 183.

64 Os autores comparam o patchwork a uma colcha de retalhos em que não há um centro definido, sendo constituída por pedaços e mais pedaços: “(...) acréscimos de tecidos sucessivos e infinitos”. DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Felix Mil Platôs, vol.5, p. 182.

65 Ibid., p. 185.

Messiaen⁶⁶, em várias de suas obras, joga com o tempo enquanto força, o tempo em seu estado puro. Como exemplo, o seu *Quatuor pour la fin du temps*, onde o compositor se desfaz do tempo mensurável, do antes e do depois, e a constrói visando uma escuta da 'pura duração'.

Trazendo esses estudos sobre música e forças multitemporais para o campo terapêutico (musicoterápico), inicialmente, devo dizer que, se a idéia de tempo depende de um observador, certamente, o tempo musical também não foge a esta regra. A(s) idéia (s) de tempo musical se faz diferente em cada indivíduo.

O corpo humano é uma máquina que tem ritmos internos, os quais estão em constante interação com os ritmos externos (do meio), ou melhor, estão acoplados a estes, coexistindo intensivamente. E a música, enquanto força multitemporal, pode provocar perturbações diversas, desencadeando outros estados temporais.

Acredito que, através das diferentes formas de produção sonora e musical realizadas em um setting musicoterápico, possamos melhorar nossa compreensão sobre o que significa ser uma criatura vivendo no tempo, em um tempo, às vezes, contraído, outras vezes, circular, às vezes, seqüencial, linear, por outras, flutuante, emaranhado ou, ainda, um tempo suspenso. Portanto, cabe ao musicoterapeuta trabalhar de forma consciente a natureza multitemporal da música no contexto musicoterápico. Isto, certamente, possibilitará a abertura de muitos outros caminhos (ou canais) terapêuticos.

No contexto da Musicoterapia, ao defenderem a concepção de tempo como uma experiência de multinível, Robbins e Forinash⁶⁷ enfatizam que, através da música, pode-se ir de um extremo ao outro: dos tempos metronômicos, das pulsações rígidas, previsíveis, aos tempos flexíveis, tempos expressivos das fermatas, dos rubatos, dos ritardandos e acelerandos. Além desses, segundo os autores, existem, ainda, os tempos das descobertas criativas, das auto-expressões que, ao serem vivenciados através da música, podem nos conduzir

66 MESSIAEN apud FERRAZ, Silvio, 1998, p.187.

67 ROBBINS, Clive, e FORINASH, M., 1999.

a experienciar aspectos multitemporais de nossas próprias personalidades. Tais afirmações me fazem voltar à idéia de liso e estriado, anteriormente apresentada.

Ampliando um pouco mais, convido vocês a pensarem a música no contexto terapêutico a partir das “três sínteses do tempo” apresentadas por Deleuze em *Diferença e Repetição*⁶⁸: música, enquanto presente, que contrai instantes, que retém o passado e, ao mesmo tempo, expecta o futuro; música, enquanto memória, que se encontra encravada entre dois presentes, aquele presente que já foi e aquele em relação ao qual já é passado; música, enquanto forma vazia do tempo (não mais algo se desenrolando no tempo, mas o próprio tempo se desenrolando), em que o eterno retorno afirma a diferença.⁶⁹

Ao utilizarmos música como terapia, estaremos lidando não somente com objetos ou valores que preencham um tempo, mas, também, com suas linhas de força, com o tempo em seu estado puro. Estaremos trabalhando, também, com a noção de tempo, enquanto matéria-prima aberta, tal como Pelbart⁷⁰ a descreve – uma massa modulável, que pode ser moldada, estirada, amassada, comprimida, fluidificada, sobreposta, dividida, distendida e assim por diante. Não mais uma linha do tempo, mas um emaranhado do tempo, onde tudo é pensado a partir de uma noção de coexistência temporal:

Tempo puro, saído dos eixos, liberado do movimento do mundo, não contém mais conteúdos presentes (lembranças), e sim, como na loucura e na alucinação, a virtualidade pura...⁷¹

Como foi mostrado um pouco antes, atualmente, são várias as pesquisas que apontam para a existência de uma relação entre temporalidade e funcionamento cerebral. O próprio Pelbart, em seus estudos, entrevê que certa desordem mental pode revelar o “em si” do tempo em sua virtualidade:

68 DELEUZE, Gilles, 1988.

69 A diferença, para Deleuze e Guattari, “(...) não passa absolutamente entre o efêmero e o duradouro, nem mesmo entre o regular e o irregular, mas entre dois modos de individuação, dois modos de temporalidade”. Mil Platôs, 1997, vol. 4, p.49.

70 PELBART, Peter P., 1998.

71 *Ibid.*, p. 7.

Seria o caso de perguntar se determinados fenômenos de perturbação psíquica (mas também estados mais prosaicos como o do sonho) não expõem, mais do que quaisquer outros, a virtualidade pura enquanto virtualidade, precisamente descolada de qualquer atualização, qualquer presente, qualquer encadeamento, e apta a revelar, portanto, incongruências temporais, ligações transversais, coexistência de impossíveis, etc...⁷²

Pensando por este prisma, poderíamos associar alguns estados mentais (talvez até mesmo alguns daqueles que se apresentam entre os autistas), a esta virtualidade pura da qual trata o autor, a esta falta de atualização, onde tempos se misturam, percepções se embaralham e regimes de signos são transmutados? Ou, em outros casos, distanciando-nos da idéia de Pelbart, poderíamos associar alguns comportamentos patológicos a estados mentais em que o tempo parece estar cristalizado, retido ou, ainda, apresentando-se através de repetições ou de reiterações?

Se, de fato, isto for verdadeiro, quais os efeitos de uma terapia que tem a música (que apresenta como um de seus fatores determinantes a multitemporalidade) como foco principal?

A música, como terapia, pode favorecer experiências relacionadas à seqüencialização, tanto no sentido de se estruturar seqüencialmente, quanto de se desestruturarem padrões seqüenciais cristalizados, uma vez que nela se articulam variadas formas temporais.

Segundo Wisnik⁷³, “a música encarna uma espécie de infra-estrutura rítmica dos fenômenos (de toda ordem)”. Para o autor, a música consegue reunir, “num tecido muito fino e intrincado, padrões de recorrência e constância com acidentes que os desequilibram e instabilizam”. Este pensamento é justificado por Wisnik tomando por base o caráter sucessivo e simultâneo da música, o que nos possibilita jogar com o contínuo e o descontínuo, com a repetição e a diferença, com semelhanças e diversidades. Sendo assim, ao mesmo tempo em que os sons nos remetem a um tempo sucessivo e linear, ele nos leva a um tempo ausente e virtual.

A seqüencialização pode ser trabalhada não somente através do

72 *Ibid.*, p. 16.

73 WISNIK, José Miguel, 1989.

canto, que apresenta um claro desenvolvimento sequencial – uma linearidade –, em que letra e melodia se interconectam através da prosódia, como, também, através de micro e macroestruturas rítmicas, melódicas e harmônicas; de gestos sonoros e musicais (os quais envolvem, também, gestos físicos e mentais), etc., que guardam relações temporais intrínsecas e uma sucessividade.

Apresento um trecho de Gisele Brelet⁷⁴ que, apesar de se deter no aspecto tonal, pode servir de reforço a estas idéias:

...cada som do discurso musical adquire um sentido pelo valor de movimento e repouso que lhe é imanente. A mudança supõe necessariamente um ponto de referência. Assim, graças à tonalidade, todos os elementos sucessivos da melodia se relacionam com um som e com um acorde fundamental que governam esta sucessão. A tonalidade realiza, pois, na matéria sonora, esta aliança do movimento e do repouso, que é a própria definição do tempo.

Além disso, como defende Clynes,⁷⁵ “o pulso musical estabelece uma expectativa - uma expectativa de identidade contínua”.

Considerações Finais

Na experiência de escuta, o(s) paciente(s) é levado a exercer uma imaginação gestual através de diferentes situações musicais: movimentos, marcações rítmicas, rupturas, passagens, repetições, deslizamentos, flutuações, direcionamentos, microperecepções, macroperecepções, etc. Mesmo quando o gesto físico não está presente, como no caso de uma escuta acusmática, existe, na maioria das vezes, uma apreensão desse contexto gestual – mental, físico, sonoro e musical.

A idéia de uma escuta múltipla e intensiva, que pode abarcar diferentes sínteses do tempo, assim como os diversos tipos de repetição, fazem parte de nosso contexto musical-musicoterápico sendo, a meu ver, um forte indicador terapêutico.

Como a temporalidade é inseparável de toda e qualquer exper-

74 BRELET, Gisele apud BARCELLOS, Lia Rejane Mendes, 1992, p. 40.

75 CLYNES, Manfred, 1986, p. 188.

iência gestual, tanto os gestos corporais quanto os gestos sonoros e gestos musicais trazem em si uma temporalidade intrínseca, uma vez que emergem de um cérebro-corpo temporal. Assim, sob meu ponto de vista, a prática terapêutica através da música pode encontrar uma de suas grandes fundamentações nessas idéias de gesto – físico, mental, sonoro e musical –, vinculadas à temporalidade. Tanto nos jogos que envolvem a improvisação, quanto naqueles de re-criação, audição ou composição musical, o gesto aparece como importante elemento terapêutico em nosso setting, uma vez que gesto e escuta são, na verdade, inseparáveis.

A partir das diversas formas de produções sonoras e musicais, estariam, paciente e musicoterapeuta, num processo intensivo de escuta e movimento gestual/temporal, independentemente de ser música ao vivo (improvisada, re-criada ou composta) ou mesmo música gravada, colocando em evidência a potência clínica da música devido, principalmente, ao seu aspecto multitemporal.

Referências Bibliográficas

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. A Importância da Análise do Tecido Musical para a Musicoterapia. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Musicologia - Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 1999.

CLYNES, Manfred. When Time is Music. In: EVANS, J. & CLYNES, M. Rhythm in Psychological, Linguistic and Musical Processes, (p.169-200). Illinois, USA: Thomas Publisher, Springfield, 1986.

CRAVEIRO DE SÁ, Leomara. A Teia do Tempo nos Processos de Comunicação do Autista: Música e Musicoterapia. Tese de doutorado em Comunicação e Semiótica – Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2002.

DAMÁSIO, António R. O Erro de Descartes – Emoção, Razão e

o Cérebro Humano. Tradução portuguesa por: Dora Vicente e Georgina Segurado. São Paulo: Cia. das Letras, 1996.

_____. The Feeling of What Happens – Body and Emotion in the Making of Consciousness. USA: Harcourt Brace & Company, 1999.

DELEUZE, Gilles. Diferença e Repetição. Tradução por: Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Felix. Mil Platôs, vol. 4. Tradução por: Suely Rolnik. São Paulo: Editora 34, 1997.

_____. Mil Platôs, vol. 5. Tradução por: Peter P. Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1997.

FERRAZ, Sílvio. Música e Repetição: a diferença na composição Contemporânea. São Paulo: EDUC, 1998.

KOEPCHEN, H.P. et al. Physiological Rhythmicity and Music in Medicine. In: SPINTGE, R. e DROH, R. (editors). Music Medicine. (p. 39-70). USA: MMB Music, Inc., 1996.

PELBART, Peter P. O Tempo Não-reconciliado. São Paulo: Perspectiva: FAPESP, 1998.

ROBBINS, C. & FORINASH, M. A Time Paradigm: Time as a Multilevel Phenomenon in Music Therapy. In: The Journal of the American Association for Music Therapy, vol.10, nº.1, p. 46-57, 1991.

TARASTI, Eero. A Theory of Musical Semiotics. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1994.

WISNIK, José Miguel. O Som e o Sentido. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

Musicoterapia: A Escuta Terapêutica da Linguagem Musical

Niels Hamel*

Resumo

A função da escuta e da linguagem musical representa o núcleo dessa breve reflexão teórica. A importância da escuta para a comunicação humana, o seu desenvolvimento e a sua integração são abordados e aplicados ao contexto musicoterápico. Dois casos clínicos trazem essas considerações para o nível prático.

Palavras-chave: Linguagem Musical. Escuta. Musicoterapia.

Abstract

The function of listening and musical language is the central topic of this brief theoretical reflection. The importance of listening for human communication, its development and integration are discussed and applied to the music therapeutic context. Two clinical cases illustrate the content on the practical level.

Key-words: Musical language, Listening, Music therapy.

Um Pequeno Prelúdio

Os três temas presentes no título desse trabalho – linguagem musical, escuta e terapia – surgem frequentemente tanto na minha

* Niels Hamel é médico, musicoterapeuta e arteterapeuta. Nascido em Berlim, Alemanha, morou e estudou durante 20 anos no Brasil, onde se formou em medicina e musicoterapia e foi presidente da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro. Nos Estados Unidos da América obteve um mestrado em arteterapia na University of Houston Clear Lake além de ensinar no C.G.Jung Center of Houston. Como músico, pianista e cantor, participou de inúmeras formações no Brasil e no exterior, desde a música antiga até a contemporânea. Nos EUA fundou o Playback Theater of Houston, um teatro de improviso com participação ativa do público e papel importante para a música. Atualmente trabalha como musicoterapeuta no Centro de Terapia para Autismo em Bielefeld, Alemanha, é diretor do Playback Theater Bielefeld, e é pianista do Duo von Bülow Hamel, que se dedica à divulgação do repertório brasileiro para violoncello e piano. E-mail: niels_hamel@yahoo.com

prática clínica diária, como em palestras ou cursos oferecidos em instituições variadas com um público bem diverso. A musicoterapia é uma disciplina científica relativamente nova e desperta grande interesse tanto em leigos quanto em profissionais de áreas afins. Quero aqui tentar traçar uma linha que possa aproximar a musicoterapia das outras áreas, respondendo às seguintes questões:

O que é a linguagem musical e qual a sua função no desenvolvimento comunicativo do ser humano?

- Qual é a função da escuta no contexto musicoterápico?
- De que forma a escuta pode ser terapêutica?

Linguagem Musical

Toda vez que surge este tema na musicoterapia, tiro da minha velha mala de citações um trecho de um artigo do neurologista norueguês Borchgrevink:

A música pode ser definida como uma progressão sonora não-linguística organizada no tempo. A maior parte das tradições musicais estabeleceu um sistema altamente especificado de elementos sonoros característicos, mas cada elemento sonoro carece da específica conexão simbólica com um conceito/significado/idéia – que é característica de uma linguagem.⁷⁶

Assim, quando falamos em linguagem musical não estamos nos referindo a uma propriedade lingüística da música, porque a música não tem os elementos necessários para tal, como Borchgrevink explica acima. A música, portanto, não constitui uma linguagem, mesmo que às vezes possamos percebê-la de tal forma. Borchgrevink tem razão em afirmar que não há conexão simbólica nos elementos sonoros, o que faz com que não possamos nos referir a conteúdos específicos ou compreender uma idéia do compositor a não ser a propriamente musical.

Um acorde de dó menor é, então, somente um acorde de dó

76 BORCHGREVINK, Hans M., 1991.

menor, com a sua função musical íntegra dentro do contexto da peça, mas sem função simbólica a não ser aquela que o ouvinte queira interpretar ou projetar nela. Se eu penso “casa” e quero comunicar esta idéia para o meu ouvinte, não tenho como fazê-lo estritamente através do meio musical. No entanto, e isto sim tem grande importância para a musicoterapia, posso sentir “solidão” e tentar expressar este sentimento através da música. A forma como toco, a escolha do instrumento, do padrão rítmico-harmônico-melódico dentro do meu contexto cultural faz com que o ouvinte tenha a possibilidade de se identificar com o conteúdo musical, de ouvir e sentir “solidão” de forma análoga.

Assim, forma-se uma espécie de sintaxe musical que faz com que nós escutemos a música com todas as informações paralelas e tenhamos a sensação de estar de fato escutando uma linguagem não-verbal. Se eu sei de antemão o que o outro quer me dizer e o expressa através da música, posso compreendê-lo perfeitamente e até ampliar a profundidade da minha compreensão pelo conteúdo emocional trazido pela música. Se, no entanto, eu não souber o que o outro quer comunicar especificamente, ouvirei apenas sons, ritmos, harmonias e melodias com os quais eu posso me identificar, isto é, criar ressonâncias ou não. Eu posso projetar emoções e fantasias minhas e gerar um grande mal-entendido – uma situação catastrófica no caso de uma situação terapêutica. O que fazer, então? Borchgrevink formula o seguinte:

A música, no entanto, deve ser considerada um meio de comunicação, e, como na maioria das manifestações artísticas, as emoções, assim como os conceitos de caráter estético, ritualístico ou simbólico, podem ser expressados – frequentemente de maneira mais direta do que através do código verbal, desde que os meios de expressão sejam percebidos e evoquem impressões (correspondentes?) – “ressonância comunicacional” – no ouvinte.
77

Este trecho vem a reforçar o que eu havia dito anteriormente. A comunicação através da música pode ser mais direta quando se estabelece o campo de ressonância. Aquilo que é de fato comunicado neste campo é de grande complexidade e envolve uma série

de fatores que ficam claros quando se estuda o desenvolvimento da linguagem verbal no ser humano.

Para chegar a se comunicar verbalmente, o ser humano tem que antes desenvolver sua integração sensomotora, que envolve o amadurecimento cerebral, o desenvolvimento mental e sócio-emocional, a motricidade e os sentidos. Tudo isso depende ainda do meio ambiente em que se encontra, da cultura, da sociedade, e, acima de tudo, dos padrões afetivos e de comunicação desenvolvidos inicialmente com a mãe e depois com o pai.

Como se vê, muitas informações são trocadas em cada diálogo, em cada situação na qual existe um campo de ressonância. A música pode ser um dos meios de comunicação nesse campo, além da linguagem corporal, da expressão vocal não-verbal, do olhar, da expressão facial e tanto mais. O fazer musical parece ser aquele que facilita uma espécie de comunicação envolvendo de forma integral e integrada o ser como um todo. O musicoterapeuta alemão Neugebauer, tentou de mostrar no seu trabalho que há efeitos físicos e fisiológicos comprováveis quando duas pessoas fazem música juntas. Ele mediu a frequência do batimento cardíaco de ambos os músicos e provou que há uma correlação entre o conteúdo musical e o batimento cardíaco.

A música, portanto, é um meio de comunicação poderoso capaz de conectar as pessoas nos níveis físico, fisiológico e mental. O estilo musical e a "linguagem" que as pessoas envolvidas escolhem – por exemplo: música elementar, improvisos, ou composições complexas de música contemporânea - irão depender muito do contexto. Importante no sentido da musicoterapia – falaremos disso mais tarde – é que se estabeleçam condições para um diálogo entre as partes e que a comunicação, esse diálogo, possa fluir livremente. Depois de estabelecido o diálogo, ocorre o que Neugebauer resume da seguinte forma no seu trabalho:

Música é um diálogo especial que oferece oportunidades completamente diferentes do que a terapia verbal. O diálogo em música não trata somente

de duas lógicas trabalhando juntas, mas do elemento original de diálogo, que é aquela lógica que está no meio, a lógica que conecta.⁷⁸

A questão que se coloca agora é: como criar esse campo de ressonância para possibilitar o diálogo musical e, portanto, a fluência da comunicação? A resposta está no ouvido e sua função da escuta. Tenho que saber escutar o cliente, o grupo, e a mim mesmo na função de musicoterapeuta para poder entrar em sincronia e a partir desse ponto poder dialogar musicalmente e apresentar uma ressonância para com o outro.

Escuta

Na musicoterapia a interação entre o terapeuta e o cliente ocorre principalmente através do material sonoro musical. Como vimos anteriormente, o fazer musical surte efeito no ser como um todo e, portanto, a função do ouvido não deve se restringir somente ao ouvir dos sons.

O médico francês Tomatis propôs nos seus livros uma versão sobre o ouvido e a escuta que amplia as suas funções. O ouvido, sendo o primeiro sentido a ser ativo no feto, teria a função de integrador primário. Isto é, recebendo informações de fora do organismo em forma de ondas sonoras, ele ativa diretamente o córtex cerebral. Segundo Tomatis, no caso do estímulo sonoro são principalmente as frequências acima de 8000 Hz as responsáveis por este processo.

Além dessa ativação, que é fundamental para o desenvolvimento, o ouvido tem a função de integrar outros estímulos, de frequências mais baixas. São os chamados estímulos proprioceptivos, que têm receptores nos ossos, nos músculos e na pele, além dos receptores específicos no vestibulo do labirinto. Esses estímulos são integrados com o cerebelo e outros núcleos do tronco cerebral e têm a função de perceber a postura, a adaptação postural no movimento e os padrões rítmicos na movimentação corporal. Por sua vez, as vias eferentes,

78 NEUGEBAUER, Lutz, 1999. Tradução do autor.

do cérebro para o corpo, integram toda movimentação em termos rítmicos e em relação à gravidade. Assim, só é possível perceber ou executar uma seqüência rítmica se o vestibulo está íntegro.

O movimento rítmico é percebido como som pelo ser humano a partir de uma freqüência aproximada de 16 Hz. Tudo indica que, a partir dessa freqüência, o ouvido escuta de forma integrada com o vestibulo e a cóclea. Enquanto o vestibulo percebe mais os padrões rítmicos e as freqüências baixas (até 800 Hz), a cóclea distingue as freqüências mais agudas com extrema precisão, sendo que, quanto mais agudo o som, maior a precisão – o que corresponde ao conceito tradicional de audição. Segundo Tomatis, existem também receptores na pele capazes de captar e diferenciar ondas sonoras agudas e que integram esse circuito. Assim, o ser humano teria a capacidade de se transformar como um todo em ouvido.

Todas as quatro formas de escuta – a vestibular rítmica, a coclear freqüencial, a ativação cortical, e a percepção sonora através da pele – têm importância para a musicoterapia, pois tornam clara a complexidade da interação musical no nível da escuta. Como musicoterapeuta, tenho que desenvolver a escuta e principalmente a integração dos tipos de escuta para poder servir como “antena” durante o processo de musicoterapia. Tenho que tentar captar todo espectro sonoro rítmico-freqüencial do meu cliente para poder interagir com ele de forma terapêutica.

Escutar em musicoterapia significa poder captar o cliente como um todo e a partir daí criar em conjunto, interagir, dialogar, soar. Como musicoterapeuta, tenho que saber escutar a mim mesmo, como me movimento, qual é o meu padrão rítmico e o meu padrão sonoro. Essa capacidade de se observar por dentro e por fora ao mesmo tempo não é propriedade do musicoterapeuta, mas é comum a todas as profissões terapêuticas. Característico para a musicoterapia é que esse processo ocorre no nível musical e da escuta e cria o fundamento para poder gerar um campo de ressonância, que por sua vez representa um terreno fértil para o surgimento de um processo terapêutico através da interação sonora musical.

Terapia

Vimos até agora que a música é um meio de comunicação que necessita da escuta ampla tanto para poder ouvi-la, quanto para poder tocá-la. A questão a ser colocada nesse ponto seria de como esses processos são aplicados na musicoterapia. Isso é um assunto complexo, já que a musicoterapia tem um grande campo de aplicação e não cabe nestas poucas páginas tratar desse assunto.

De uma forma geral pode-se dizer que os princípios básicos previamente mencionados podem ser aplicados e adaptados a cada situação terapêutica de acordo com as necessidades do cliente e da capacidade do terapeuta. O cliente tem que ser escutado na sua totalidade, revelando suas capacidades comunicativas e suas falhas na integração de desenvolvimento. Na interação sonoro-musical, na relação terapeuta-cliente, e no campo de ressonâncias, a escuta vai sendo desenvolvida por ambas as partes envolvidas através da utilização de elementos da sintaxe musical – padrões rítmicos, melódicos, sons vocais pré-verbais, etc.

Podemos também afirmar, que o cliente que é e se sente escutado, aprende a escutar. Assim, ele começa a perceber melhor os seus próprios ritmos, a compensar as falhas na integração, e a se comunicar de forma mais completa. Muitas vezes acontece nessa terapia que, um cliente com atraso no desenvolvimento da fala, “desperta” para a comunicação verbal e começa a falar. O processo de desenvolvimento da escuta, e com isso a integração do ser como um todo, é visto com clareza pela musicoterapia e acompanha as etapas de desenvolvimento do ouvido.

Inicialmente, são desenvolvidas as funções vestibulares (equilíbrio, coordenação básica e percepção rítmica). Em seguida, a função coclear com sua discriminação freqüencial e sua percepção melódica e sonora em conjunto com a percepção fina de som na pele. Tudo isso é acompanhado pela ativação do córtex cerebral através de freqüências agudíssimas, que formam a base para a motivação e o despertar para a escuta e em última instância para a linguagem e a comunicação verbal. O desenvolvimento do ser humano, em qualquer está-

gio de desenvolvimento que ele se encontre, ocorre por essa via de forma integral.

O autor e musicoterapeuta suíço Hegi resume este processo da seguinte forma:

Vir-a-ser-música e ser-música, o segredo da musicoterapia, ocorre na interação entre o movimento e a percepção corporal, expressando movimento transformando-se em brincadeira e introjetando movimento no brincar. Visto desta forma, não interessa tanto o "como" alguém se move, mas "o que" o move; ao mesmo tempo não importa tanto "o que" alguém está tocando, mas "como" alguém toca. (tradução do autor)⁷⁹

O vir-a-ser-música é o processo de integração das formas de escuta descritas anteriormente, tendo como objetivo alcançar o ser-música. Nesse estado teríamos a integração entre a movimentação, a percepção corporal, e a audição. Assim, em musicoterapia, damos uma maior ênfase em o que move o nosso cliente e, conseqüentemente, em como ele se expressa e interage musicalmente. Isso diferencia a comunicação musical da verbal, já que na comunicação verbal o conteúdo simbólico (o o que) ganha destaque. O como as coisas são ditas envolve aspectos musicais da comunicação verbal e representa uma das grey zones⁸⁰ da comunicação humana.

Ilustração Prática

Daniel⁸¹

Daniel é um menino de 5 anos e meio que chega ao centro de terapia agitado e sem deter-se em nenhuma atividade por mais de

79 HEGI, Fritz, 1998, p. 22. Musik-werden und Musik-sein, dieses Geheimnis der Musiktherapie, gelingt durch ein Zusammenwirken von Körperbewegung und -empfindung, wenn veräußerte Bewegung zu Spiel wird und das Spiel Bewegung verinnerlicht. Aus dieser Sicht interessiert es nicht so sehr, wie sich jemand bewegt, sondern, was jemand bewegt; und umgekehrt ist nicht so wichtig, was jemand spielt, sondern wie jemand spielt.

80 Zonas cinzentas: interfaces entre o preto e o branco. No presente caso, a interface entre a comunicação musical e a verbal. Os aspectos musicais da comunicação verbal geralmente ficam em segundo plano e, portanto, as informações neles contidas pouco percebidas.

81 Nome mudado pelo autor.

alguns segundos. Ele não permanece na sala de musicoterapia e ali somente toca no grande gongo com muita intensidade, mostrando uma expressão de susto com o som produzido. Corre pelo Centro explorando as salas, não fala, mas parece entender até ordens mais complexas e mostra claramente os seus desejos puxando o terapeuta pelo braço ou mostrando com o próprio indicador. Os pais relatam que ele já iniciara a fala três vezes, mas sempre voltou ao mutismo.

Quando Daniel anda, ele parece “desconjugado”, tem a marcha nas pontas dos pés, e se equilibra mexendo muito com os braços. Ele busca um contato físico intenso e consegue manter contato através do olhar. A interação com o terapeuta se resume inicialmente a conhecer o centro juntos, com a característica da percepção através da repetição em vez da atenção e concentração. Minha impressão, expressa nos princípios acima descritos, era que Daniel carecia de uma integração vestibular, isto é, ele escutava bem as frequências agudas, mas não integrava as frequências graves com a conseqüente falta da coordenação motora e rítmica.

Iniciamos o trabalho aumentando lentamente o tempo de permanência em cada sala, sem necessariamente ter que fazer algo na sala além de talvez percebê-la. Às vezes, quando Daniel dava os sinais nessa direção, eu o apertava diretamente com as mãos pelo corpo todo, ou ele se deitava embaixo de um colchão e eu me deitava em cima exercendo pressão. Isso de mostra a grande necessidade de integrar a percepção profunda, a base de qualquer percepção corporal-rítmico-motora. A expressão de prazer e alívio no rosto de Daniel é infelizmente indescritível.

Esse trabalho progressivo fez com que aos poucos Daniel conseguisse dar atenção maior a atividades conjuntas, escutando com mais atenção e experimentando as primeiras palavras – sinais de integração. Estas mostraram um padrão arritmico (“mam mammamam mama pamapapa”), confirmando a minha impressão de dificuldade da integração entre o ouvido e a motricidade.

Exercícios motores no trampolim ou com colchões diversos desafiando a coordenação e o equilíbrio, começaram a ser pedidos por

Daniel e ele mostrou progresso não somente na motricidade, mas na atenção e na fala. Após um longo período (mais ou menos 1 ano e meio) evitando a sala de musicoterapia, Daniel, espontaneamente, exigiu que fossemos lá. Ele de mostrou interesse maior nos instrumentos e permaneceu na sala acalmando-se quando eu toquei um sino tibetano, improvisando com a voz em falsete. No final, ele foi ao gongo e tocou com mais sutileza, escutando com mais atenção. Nesse período, ele desenvolveu intensamente sua fala, com extensão do vocabulário e frases de até 5 palavras.

Algum tempo depois, entramos de novo na sala a pedido de Daniel, e ele começou a tocar espontaneamente nas congas com as duas mãos um início de um ritmo regular, quase um pulso. Ele repetiu este pulso duas sessões mais tarde, tocando com uma baqueta regularmente num tímpano, com uma intensidade média.

O surgimento da regularidade no pulso e o surgimento intenso da fala mostram que houve a integração entre as frequências graves e agudas a nível neurológico e conseqüentemente a preparação do terreno para o desenvolvimento contínuo psicomotor de Daniel.

Manuela⁸²

Manuela é uma jovem de 16 anos de idade e se encontra em terapia desde os 4 anos, sem ter sido submetida porém a um processo musicoterápico. Ela mostra um atraso na fala – fala seu nome e algumas palavras e frases de duas palavras – e um atraso de desenvolvimento geral, além do seu comportamento autista bastante acentuado. Emocionalmente ela é instável, chora intensamente sem motivo aparente e torna-se auto-agressiva quando uma situação a sobrecarrega.

Na musicoterapia, ela reage imediatamente às frequências mais graves que ressoam no abdômen. Ela responde verbalmente “barriga, barriga” e bate com a mão na altura do umbigo quando toco o tambor grave. Ela também pede uma massagem nas costas e prefere os pontos profundos entre as omoplatas. Os sons graves em com-

82 Nome mudado pelo autor.

binação com a massagem viram um ritual de centralização ou de chegada à sala de musicoterapia. Manuela consegue, dessa forma, focalizar sua atenção na sala e no terapeuta.

Quando sinto que Manuela “chegou”, inicio um trabalho com freqüências mais elevadas, com chimes, sino tibetano, voz em falsete, e outros instrumentos agudos. A resposta dela é quase que imediata e ganha a forma de uma abertura para o diálogo pré-verbal. Com sons e ruídos produzidos com as nossas bocas estabelece-se uma comunicação que motiva Manuela a gesticular e a dançar em meio a risadas, integrando os sons. Quando o nível de agitação por parte de Manuela parece chegar ao seu limite e perder em termos de valor comunicativo, volto às freqüências mais graves e ela, como que por controle remoto, volta ao estado inicial. Parece-me de grande importância não puxar demais os limites, para que Manuela possa ter experiências positivas no novo meio de comunicação.

Manuela tem progredido no seu potencial comunicativo durante estes diálogos e chega à musicoterapia com muita motivação. O *grounding*⁸³ inicial parece ter grande importância para o desenvolvimento da comunicação de Manuela. Sem a prontidão e a integração das freqüências graves e dos padrões rítmicos (percepção profunda), ela de mostra somente uma desorientação comunicativa, enquanto que com a preparação do “terreno”, o diálogo ganha uma qualidade e fluência natural e mostra a tendência para o desenvolvimento da comunicação verbal.

Coda Final

Os dois casos, pequenos retratos instantâneos de longos processos, servem para ilustrar a importância da escuta na musicoterapia e no desenvolvimento da comunicação humana. A música e o som, como meio de comunicação pré ou peri-verbal⁸⁴, auxiliam e são el-

83 Palavra que conheço das terapias corporais – centrar, sentir o chão, ficar presente. No caso da Manuela, o *grounding* consiste nas massagens e nas freqüências graves que ressoam no baixo ventre.

84 Uso peri-verbal no sentido de “em torno do” verbal, isto é, todos os aspectos sonoros-musicais, expressivos, que não têm ligação direta com a palavra articulada – ritmo, melodia, dinâmica, etc.

ementos integrantes do desenvolvimento da linguagem, embora esta não seja uma linguagem em si.

Assim, através da escuta mútua, da escuta em diálogo, podemos criar fundamentos para uma comunicação melhor: dar ênfase ao “o que” move alguém e escutar o “como” ele se comunica. Para chegar a esse ponto, vimos que há necessidade de integração em níveis primários neurológicos, por vezes somente iniciados ou alcançados em processos como a musicoterapia.

Como reflexão final, gostaria de chamar a atenção para a importância dos aspectos musicais/sonoros na comunicação verbal e conseqüentemente na escuta. Uma escuta integrada é fundamental para desenvolver um diálogo claro, e, portanto, os parâmetros musicais da linguagem verbal também têm que estar integrados durante o aprendizado da fala. Nesse campo reside uma das funções futuras da musicoterapia.

Referências Bibliográficas

BORCHGREVINK, Hans M. O Cérebro por trás do Potencial Terapêutico da Música, In: Ruud, Even. (org.) Música e Saúde. São Paulo:Summus, 1991.

HEGI, Fritz. Übergänge zwischen Sprache und Musik. Paderborn: Junfermann Verlag, 1998.

NEUGEBAUER, Lutz. Communication, heart rate and the musical dialogue. www.musictherapyworld.net, 1999.

TOMATIS, Alfred. Der Klang des Lebens. Hamburg: Rowohlt Verlag, 1987.

Resumo

Este trabalho considera, a partir de relato de um caso clínico, a dinâmica interdisciplinar de uma equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – serviço de saúde mental da rede pública do município do Rio de Janeiro. Ressalta as especificidades de um trabalho marcado pelos conceitos inaugurados pela reforma psiquiátrica brasileira e aponta a construção do lugar da musicoterapia a partir destes conceitos.

Palavras – chave: Musicoterapia, Saúde Mental, Interdisciplinaridade, Escuta.

Abstract

This study considers, by description of a clinical case, the interdisciplinary movement of the CAPS's team - mental health public service in the Rio de Janeiro city. It emphasizes the specifics of a work marked by concepts inaugurated by Brazilian psychiatric reform and points out the place of music therapy based on these concepts.

Key-words: Music Therapy, Mental Health, Interdisciplinarity, Listen.

Quando me coloquei a pensar sobre o que dizer num encontro como esse, quando se entrelaçam temas como musicoterapia, saúde

120 Trabalho apresentado, em mesa redonda de mesmo título, na IV Jornada científica de musicoterapia realizada pela AMT-RJ, em novembro de 2003, no Rio de Janeiro, com o tema "Quando a arte reforma: o lugar da musicoterapia em saúde mental".

* Musicoterapeuta graduada pelo Conservatório Brasileiro de Música. Mestranda em Saúde Coletiva pelo Departamento de Ciências Humanas e Saúde do IMS/UERJ. End: R. Belfort Roxo, 407/1102, Copacabana, Rio de Janeiro – RJ.CEP: 22020-010. E-mail:biancabrunob@bol.com.br

mental, arte, lugar, equipes da reforma e em reforma, foi inevitável pensar no meu percurso enquanto musicoterapeuta e no percurso de reflexões que temos tido em nossos espaços coletivos de discussão.

Nesse fio associativo, me dei conta de que temas como a escuta, a ética do cuidado e a poesia da diferença eram temas recorrentes e comuns não apenas as nossas últimas discussões, mas também na prática cotidiana de quem trabalha em saúde mental.

Sem querer romancear a loucura e certa de que ela nos coloca sempre diante de um sofrimento aterrorizante do qual os sujeitos podem ser psiquicamente tomados, há “poesia” na forma como ditos loucos nos apresentam sua diferença: diferença de natureza psíquica, diferença de discurso, diferença de sentidos. Assim, torna-se inevitável para um cuidado ético, o reconhecimento da importância de que a escuta desses sujeitos seja permeada, ou sustentada por muitos recursos.

A chamada clínica ampliada vai configurando-se então como uma clínica que, fundamentalmente amplia a escuta, expandindo-se na constatação de que a singularidade dos sujeitos apresenta-se também nas práticas cotidianas, nas comunidades, na possibilidade de ir e vir e no reconhecimento de que, assim como o desejo está para além do psíquico, a vida deve estar para além de muros.

Trabalhar num Centro de Atenção Psicossocial, no meu caso o CAPS Lima Barreto é, partindo dessas concepções, reafirmar que a idéia de tratamento não se restringe a uma única abordagem. Como disse Pedro Gabriel Delgado (1997, pag43) “mais que em qualquer outra área da assistência à saúde, as demandas colocadas aos programas de saúde mental são complexas e, obrigatoriamente interdisciplinares e multi - institucionais”. Mas, as engrenagens da interdisciplinaridade nem sempre são simples... Como reconhecer as especificidades de cada membro da equipe sem compartimentar o cuidado? Como quebrar a tradição da centralização do saber médico? Como delinear a direção do tratamento diante dos recursos clínicos disponíveis?

Essas são perguntas constantes no cotidiano da clínica dos serviços (ao menos daqueles que exercitam o pensar sobre suas

ações) e não podem ser respondidas longe das situações clínicas a elas articuladas. Então, as reflexões que passo agora a fazer, devem ser entendidas no contexto do serviço onde estou inserida e a noção de interdisciplinaridade que tenho não é isenta de minha experiência com cada uma das pessoas com as quais trabalho ou trabalhei, as quais agradeço, sinceramente, pelo respeito a mim e ao meu trabalho, manifestado inúmeras vezes ao longo desses quase quatro anos.

O lugar da musicoterapia no CAPS Lima Barreto foi sendo construído junto com o desenho do próprio serviço. Fui chamada a compor a equipe mesmo antes da inauguração do CAPS e isso possibilitou que, desde o início, a musicoterapia fosse reconhecida como uma das ferramentas clínicas disponíveis. É importante ressaltar esse reconhecimento da musicoterapia enquanto espaço clínico já que, muitas vezes e por motivos diversos, é isso que nos falta.

Teria algumas formas de exemplificar as construções e reconstruções da interdisciplinaridade no CAPS de Bangu. Escolhi uma — um caso clínico, que acredito ilustrar bem, não só o lugar da musicoterapia na equipe, mas principalmente como concebemos o trabalho interdisciplinar: não propriamente como uma soma de esforços, mas como plasticidade, movimento dos diferentes recursos que tomam lugar a partir da direção de tratamento proposta para cada paciente por nós atendido. Cabe esclarecer que, apesar de toda riqueza do caso, os fragmentos clínicos narrados aqui têm como objetivo apontar para a dinâmica da equipe diante dele e não propriamente fazer uma leitura refinada do processo da paciente em questão.

A paciente, que chamarei de Rose, chega ao CAPS encaminhada pelo CAPS de Santa Cruz, onde foi atendida em entrevistas individuais até que pudesse frequentar o CAPS Lima Barreto por ocasião de sua inauguração.

Pensar no processo musicoterápico de Rose é pensar, necessariamente, em toda sua inserção no CAPS. Esse é o primeiro aspecto de relevância no caso: Rose recebe um grande investimento de toda a equipe e, quase sempre, nos mobiliza na mesma proporção.

A inserção de Rose no CAPS se dá, inicialmente, por intermédio das consultas médicas e de atendimentos individuais em tera-

pia ocupacional. Foi com Andréa – terapeuta ocupacional, que, de início, se tentou barrar um movimento presente na história pessoal e clínica de Rose desde sua infância: as auto-agressões. Rose, cortase, fere-se, introduz objetos em seu corpo desde que, com sete anos, colocou um prego em sua barriga. Segundo ela, desde então sente desejo em machucar-se. Andréa, assumindo o processo terapêutico de Rose, propõe, como parte de seu projeto terapêutico, que ela armazene em caixas os objetos cortantes que tem em casa e que os traga para o CAPS. Aos poucos, as caixas vão se enchendo de cacos de vidro, de pregos, lâminas, giletes, enfim, coisas que Rose guardava em sua casa numa possibilidade latente de uso. A proposta era desviar o uso desses objetos e, então, tentar diminuir os impulsos ‘as auto-agressões’. Como passo subsequente, Rose chegou a construir em atendimentos de terapia ocupacional, esculturas utilizando os objetos cortantes, dando a eles um outro uso e, conseqüentemente, um novo sentido.

Na ocasião de sua chegada ao CAPS, Rose tinha uma imagem completamente diferente da de hoje: era muito pouco feminina, mas não chegava a ser propriamente masculinizada. A impressão que nos dava era de algo indefinido, quase assexuado.

Surge, então, relato de abuso sexual por parte do pai que, apesar de nunca confirmado, diz respeito, no mínimo, a uma fantasia de incesto bastante intensa. Em desenhos e escritos Rose apontava a aproximação de um homem diante de uma criança e uma mulher de longe. Nestes, comumente aparecia a frase: “Ela sabia e não fez nada”.

Ainda nesse período inicial do processo de Rose no CAPS, ela deixava claro sua tendência de usar a arte para expressar-se. Os quadros pintados por ela naquela época retratam braços e mãos cortados; mãos que choram sangue. Esse é um traço muito comum em seus trabalhos.

Em função dessa sua aproximação com a arte e por reconhecermos uma menor dificuldade de Rose em expressar-se por outros recursos que não só a palavra, Rose foi então encaminhada ao grupo de musicoterapia. Começa também a freqüentar um grupo psicoter-

ápico, o “Grupo de Mulheres”, já que se podia perceber que muitas de suas questões tinham relação com o universo feminino. Soma-se a isso o fato de que o grupo era composto, na ocasião, por mulheres com traços de histeria e depressão – perfil correspondente ao de Rose.

Na musicoterapia, Rose escolhia canções e com elas, tentava contar algo de sua história. Apesar das canções quase sempre estarem impregnadas de alguma subjetividade daquele que as canta,¹²¹ podia-se verificar uma particularidade em Rose: ela escolhia criteriosamente suas canções, “mandando recados” por elas e já apontando sua tendência a manter tudo sob o seu controle.

Muito arredia, Rose elegia algumas pessoas para aproximar-se e tentava convencer-se de que não gostava de ninguém, de que não precisava das pessoas ao seu redor e que seu mundo limitava-se a seu quarto.

Leva para o CAPS bichinhos de pelúcia aos quais dá o nome de TI e MI. Em determinada ocasião coloca fogo em um deles (dentro do CAPS) e encena o que deveria ser o seu enterro. O “boneco atingido” é o TI, simbolicamente, o Outro. É no “salvamento” e no cuidado ao TI, “sobrevivente do atentado”, que se introduz o lugar da enfermagem no caso. Um dos enfermeiros do CAPS sugeriu suturar o boneco e cuidar de suas queimaduras. A partir de então, tudo o que se refere aos cuidados com o corpo (com o seu próprio e com o corpo dos vários bonecos que traz posteriormente), é demandado ao pessoal da enfermagem, em especial representado por Alex.

Tempos depois chega ao CAPS com outro bichinho de pelúcia que é “batizado” por ela de MITISI. Parece haver aqui, indícios de que a cisão tão demarcada entre Rose (ou Mi) e os outros (Ti) era perpassada por um Si que não entrava antes em questão.

Nesta mesma época Rose compõem uma música (dedicada a Andréa) que termina da seguinte forma: “até quando viver sem passado? Talvez, com esse passado...” parece começar a se permitir ressignificar sua história, sem precisar ignorá-la.

A saída de Andréa do CAPS mobiliza muito Rose, que toma o

121 Ver BRANDÃO, Maria Regina, MILLECCO, Ronaldo P. e MILLECCO FILHO, Luis Antônio, 2001.

afastamento de pessoas queridas como abandono. Associa morte a ir embora e coloca Andréa no lugar de morta. Escolhe ser atendida individualmente por mim e inicia, então, seu processo musicoterápico individual.

Além de trabalhar a ausência de Andréa, alguns outros aspectos começam a aparecer por intermédio dos sons e músicas. Rose oscila seu repertório entre canções infantis e “músicas sérias” (adjetivadas assim as músicas que ela também chamava de “músicas de adulto”).

Num determinado momento, Rose diz que se sente como sendo “mais de uma” e que, por isso, quando se machuca não sente dor: o corpo que é machucado não é da parte que, dentro dela, promove o machucado. Sente-se, então, em partes e as nomeia: Rose, Rozélia e Roxênia (que segundo ela fundiu com a Rose).

Rose, é descrita por ela como aquela que, na ocasião dessa narrativa, tinha 33 anos, que trabalha, estuda, está com pessoas, enfim, essa que tenta se abrir para o mundo. Rozélia, ao contrário, ressentese das aproximações e, por isso, fere o corpo. Tem sete anos (idade do início dos machucados) e gosta de implicar com as pessoas: as provoca, faz birra. É assim que justifica a diferença tão gritante em sua produção sonoro/musical: Rozélia é a criança que canta músicas infantis, que brinca de roda, que toca guizo e outros brinquedos sonoros. Rose é aquela que canta as dores, que se vitimiza, que fala como adulta (ainda que apenas do lugar do sofrimento).

Meu trabalho passa a ser então, encontrar uma forma de dar escuta as partes sem reforçar a divisão. Cabe aqui esclarecer que não se tratava de negar a divisão constitutiva dos sujeitos, mas de manejar essa divisão que em Rose, patologicamente, a impedia de reconhecer-se enquanto mulher. Segundo Rose, a Rozélia – parte criança, a machuca porque não quer crescer e a pune quando alguém se aproxima. Entendendo que Rozélia era a forma como Rose conseguia falar de questões que ainda não podia tomar como suas, a escuta dessa “parte” talvez favorecesse a diminuição dos episódios de auto-agressão, uma vez que eles eram também uma forma de Rose fazer-se ouvir.

Decidimos, como estratégia de equipe, que Rose seria remetida aos seus espaços de atendimento, em especial aos seus atendimentos musicoterápicos individuais, sempre que demandasse escuta da equipe fora deles. Buscávamos não esvaziar os espaços de atendimento, uma vez que observávamos que Rose os destituía sempre que estava mais mobilizada com as questões que lá surgiam. Buscávamos também evitar que, enquanto equipe, fôssemos capturados pelos movimentos manipulatórios de Rose que tentava “jogar” com os membros da equipe buscando brechas de contradição em suas falas.

Tivemos, então, que discutir várias vezes o caso de Rose, dentro e fora dos espaços de supervisão, mantendo-nos constantemente informados sobre seus últimos movimentos e nossas ações, individuais e coletivas, diante deles.

A tensão gerada pela dúvida de como escutar as partes, nomeadas por Rose, sem acentuar a sua impressão de que era duas, nos fez pensar na importância de pontuar-lhe o que havia de comum entre elas: o corpo. Rose e Rozélia se encontravam lá, num mesmo corpo. Os maus-tratos a esse corpo, em última instância a morte, colocaria em risco a existência de toda e qualquer parte.

Assim prosseguimos o trabalho. Com o passar do tempo, Rose começa a falar da divisão de uma outra forma. Já não dá nomes diferentes às fontes de suas questões. Consegue percebê-las como ambigüidades, como movimentos de sua própria subjetividade.

Aquela que, inicialmente, não se aproximava de ninguém foi fazendo vínculos... vínculos com a equipe, vínculos com outros pacientes. Tomou posição de liderança e nos movimentos em direção ao fora (fora do CAPS, fora do quarto, fora de si própria) conheceu um rapaz. Tempos depois estava de casamento marcado, casamento assistido por toda a equipe. Nos bancos da igreja, presenciávamos um novo momento de sua história e éramos, simultaneamente, presença diante do desejo que a ajudaríamos a sustentar.

É claro que esses “ganhos” pessoais não estiveram livres de muitos entraves, colocados por ela própria. Os passos dados por Rose são permeados por muitas angústias, muitos medos, muitas tentativas de recuo.

Rose está tentando... tenta ocupar um novo lugar. Tenta dar espaço para o ser, para o sentir, para o tocar. Tenta amar, mais que isso, tenta admitir que ama.

Muito se poderia pensar sobre o caso clínico. Muitas poderiam ser as discussões sobre outras possíveis intervenções. Mas para nosso propósito aqui, fragmentos desse caso talvez tenham sido úteis para apontar que, enquanto equipes, há uma única possibilidade de trabalho em conjunto: aquela que se constrói a partir da humilde constatação de que é a escuta quem direciona o caminho, que indica os "atores" que permanecem ou que se retiram da "cena".

Rose nos dá mostra de que num trabalho como esse, não há apenas transferência¹²² com uma ou outra pessoa da equipe. Quase sempre, estamos enlaçados numa transferência que se estabelece sim em cada atendimento, mas não termina nele. Na véspera de seu casamento, ocorrido há um ano, Rose, durante um atendimento de musicoterapia, me diz:

- "Eu tenho uma coisa para cantar, mas não gostaria que fosse só pra você. Muita gente precisaria estar aqui... eu gostaria de cantar para cada um de vocês que cuidam ou já cuidaram de mim... Você poderia chamar a Júnia, o Alex, a Sandra?"

Saio de sala e os chamo. E, juntos, ouvimos Rose cantar:

- "Eu apenas queria, que vocês soubessem, que aquela menina, hoje é uma mulher. E que aquela mulher ainda é uma menina, que cresceu seu fruto, flor do seu carinho. Eu apenas queria dizer pra todo mundo que me gosta, que hoje eu me gosto muito mais, porque me entendo muito mais também, E que a atitude de recomeçar é todo dia, toda hora. É se entregar, toda força e fé, se olhar bem fundo até o dedão do pé..."¹²³

Esse é um trabalho... uma forma, com muitas reformas... Um trabalho construído a muitas mãos. Mais que isso: sustentado a muitos ouvidos.

122 Em vários de seus textos, Freud faz referência ao conceito, por ele criado, de transferência. Ver, por exemplo, Obras Completas vol. XV e XVI.

123 Trecho de música de Gonzaguinha.

Referências Bibliográficas:

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

DELGADO, Pedro Gabriel. A psiquiatria no Território: construindo uma rede de atenção psicossocial. In : Saúde em foco, ano VI, n. 16, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 1997.

FREUD, Sigmund [1915-1917]. Conferências introdutórias sobre psicanálise. Edição Standard das Obras Completas de S. Freud, vol. XV –XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

A Música, as Palavras e a Constituição do Sujeito: Ressonâncias na Clínica do Autismo e da Psicose Infantil*

Bianca Lepsch Vivarelli**

Resumo

Neste trabalho buscamos fundamentar na psicanálise a afirmação de que a música, enquanto estrutura simbólica, produz, no sujeito do inconsciente, efeitos de linguagem a partir dos quais ele pode fazer-se representar, entendendo os sons musicais, os sons das palavras e os atos de um sujeito como significantes. Através de um caso clínico, pensaremos também no lugar do musicoterapeuta e da música num Serviço de Saúde Mental Infanto-Juvenil da Rede Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, cuja orientação clínica é psicanalítica.

Palavras-chave: Som, Música, Linguagem, Sujeito, Autismo.

Abstract

In this paper we try to ascertain in psychoanalysis the assumption that music, as a symbolic structure, creates, in the subject of the unconscious, effects of language from which he can represent himself, understanding the musical sounds, the sounds of the words and the acts of a subject as a signifiers. With a case study, we will also consider the roles of music and the music therapist in the public service of mental health in the city of Rio de Janeiro.

* Trabalho escrito a partir de monografia apresentada pela autora, sob o título *A música e o dispositivo analítico: ressonâncias na clínica do autismo e da psicose infantil*, ao Curso de Especialização em Psicanálise e Saúde Mental do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 2003.

** Musicoterapeuta formada pelo CBM/RJ. Especialista em Psicanálise / UERJ. Musicoterapeuta do Centro de Atenção Psico-Social Infanto-Juvenil (CAPSi) Pequeno Hans/RJ. Professora e regente auxiliar do Coral das Meninas Cantoras de Petrópolis/RJ. Membro da Comissão Científica da AMT/RJ desde 2000. Endereço: Rua Senador Muniz Freire, 44/408. Vila Isabel. Rio de Janeiro - RJ. CEP: 20541 - 040. Tel: (21) 2238 4805. Email: biancavivarelli@terra.com.br

Key-words: Sound, Music, Language, Subject, Autism.

Introdução

Em minha formação acadêmica como musicoterapeuta tive, desde muito cedo, a oportunidade de estar em contato com os conceitos da teoria psicanalítica de Freud. Espalhadas pelos quatro anos do curso, as cadeiras dentro da área de Psicologia foram ministradas, em sua maioria, por uma professora que também é psicanalista. Freud, que para mim era aquele “que explicava”, passou a ser aquele que suscitava questões, e, por isso mesmo, aquele que mais me falava de perto no que diz respeito ao manejo da clínica.

A ética da psicanálise, que leva em conta a verdade do desejo, que opera de forma a fazer o sujeito trabalhar e se responsabilizar por seu desejo e que oferta uma escuta a este sujeito na aposta de que todo saber está do lado dele e não daquele que pretende tratá-lo, mostrou-se como aquela que deveria nortear meu trabalho clínico.

Grande parte dos autores que pensam teórico-clinicamente a musicoterapia circunscrevem sua prática dentro do campo das terapias. Existe até mesmo uma tendência dentre os profissionais a considerarem a musicoterapia como uma musicopsicoterapia. Barcellos ressalta a importância de se delinear a prática clínica da musicoterapia de maneira a diferenciá-la de outras atividades que também utilizam a música, pois estas “podem vir a ter efeitos terapêuticos, mas a única que tem objetivos terapêuticos e se constitui como terapia é a Musicoterapia”.¹²⁴

Esta tendência explica-se com a própria origem da musicoterapia como disciplina, como bem localizou Abreu¹²⁵. Na Europa, com Dalcrose, desenvolveu-se uma terapia educativa musical. Paralelamente, nos Estados Unidos da América, os hospitais que tratavam os combatentes da Primeira Guerra Mundial contratavam músicos a fim de oferecerem um alívio para seus sofrimentos, a música entendida

124 BARCELLOS, Lia Rejane Mendes, 1999, p. 44.

125 ABREU, Francisca Mariana, 2003.

como recurso terapêutico. Existe também uma afirmativa no senso comum de que a música faz bem, que proporciona prazer, relaxamento, que pode ser fonte de descarga e alívio para as tensões... Enfim, de que a música comporta em si a qualidade de ser terapêutica. “Quem canta seus males espanta...”.

O psicanalista Carlos Augusto Nicéas reconhece, tanto na psicoterapia como na psicanálise, efeitos terapêuticos. Esses efeitos

podem se produzir toda vez que um que sofre se dirige a um outro que acolhe a sua demanda de cura. É, portanto a relação do sujeito com a palavra que convoca, imediatamente, a ação terapêutica, desde que a palavra põe em operação a função do Outro.¹²⁶

Ao falar sobre as interseções e diferenças entre psicoterapia e psicanálise, Jacques-Alain Miller escreve que o que existe em comum entre elas “é que ambas admitem a existência de uma realidade psíquica”.¹²⁷ A principal diferença estaria na posição que cada qual, psicoterapeuta e psicanalista, adotam, ou seja, nas respostas que cada um dá à demanda de um sujeito. Para o autor, as psicoterapias são terapias pela imagem, pela identificação com o mestre, com aquele que sabe o que o sujeito precisa; “o que é essencial, e que faz psicoterapia, é o assujeitamento ao Outro”.¹²⁸

Na psicanálise existe uma recusa radical do analista em ser o mestre. Na medida em que o analista pode ser situado pelo sujeito no lugar do grande Outro para quem ele, sofrendo, dirige uma demanda, seu desejo é um desejo de saber, é um desejo que dá lugar à questão do desejo deste sujeito, que permite que ele vá além da identificação. O desejo do analista, afirma Miller, “é apenas a outra face da paixão da ignorância. É preciso, efetivamente, que o analista se mostre habitado por um desejo mais forte do que o desejo de ser o mestre”.¹²⁹

126 NICÉAS, Carlos Augusto Nicéas apud Forbes, J., 1997, p. 24. (????)

127 MILLER, Jacques-Alain apud Forbes J., 1997, p.12.

128 Ibid., 1997, p. 13.

129 Ibid., 1997, p. 15.

Nesta busca por alívio o sujeito supõe no outro um saber que irá curá-lo e isso coloca em operação o campo da transferência. Nicéas (apud Forbes, 1997) acredita que

(...) pelas respostas dadas à suposição de saber que os destina ao lugar do Outro na transferência, analista e terapeuta mantêm radicalmente distintos ato analítico e intervenção psicoterapêutica. Enquanto a interpretação de um sustenta a demanda no nível do desejo, o outro, nutrindo de sentido o sintoma, sutura a demanda com a significação.¹³⁰

Quando comecei minha clínica como musicoterapeuta, deparei-me com um impasse: de um lado estavam anos de formação acadêmica e, do outro, a convocação ética que me fazia a psicanálise, à qual estava irremediavelmente destinada a responder.

Assumindo o compromisso de buscar fundamentação, passei a freqüentar grupos de estudos juntamente com outros colegas musicoterapeutas, busquei análise e iniciei um trabalho de supervisão. A cada novo trabalho, a cada novo paciente, a questão se recolocava: como fazer meu trabalho?

Começo então, em julho de 2001, a trabalhar no CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) Pequeno Hans, uma unidade de atenção diária em saúde mental da Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. No CAPSI atende-se a uma clientela bastante específica: crianças e adolescentes autistas, psicóticos e portadores de grave sofrimento psíquico, incluindo deficiências diversas de base neurológica. O trabalho clínico que lá é realizado fundamenta-se na psicanálise. Sustenta-se o dispositivo clínico ampliado dentro do qual um trabalho psicanalítico *strictu sensu* acontece.

A partir das articulações que foram surgindo em meus estudos e do trabalho clínico no CAPSI Pequeno Hans muitas questões se apresentaram.

Quais seriam as condições de possibilidade de uma clínica da musicoterapia orientada pela teoria e pela ética psicanalíticas?

Como fazer isso com todo o rigor que cada qual, musicoterapia e

130 NICÉAS, Carlos Augusto Nicéas apud Forbes, J., 1997, p. 27.

psicanálise, exigem, sem se tratar de uma adaptação, de uma leitura ou de uma prevalência de uma sobre a outra?

Qual o lugar que pode ter um musicoterapeuta dentro de um dispositivo psicanalítico?

De que maneira avançar, dentro de um trabalho clínico, para além da função terapêutica da música?

Como a psicanálise escuta a música? Como o sujeito escuta a música?

Qual o estatuto da música na escuta de um sujeito?

De que maneira música e palavra se articulam?

O presente trabalho propõe-se a pensar e a dialogar com estas vastas questões, buscando ir na direção da construção de uma nova e rigorosa fundamentação para a musicoterapia.

A Música e as Palavras

Por que o homem não se contenta em falar, por que é preciso que ele cante?
Se há um parentesco entre a fala e o canto, qual será ele?¹³¹

Qual será o parentesco entre a fala e o canto?

Qual será o parentesco entre palavra e música?

Ao refletir sobre as palavras e a música, Lévi-Strauss¹³² recorre à obra de um pensador do século XVIII chamado Michel-Paul-Guy de Chabanon (1730-1792), um filósofo que era ao mesmo tempo violonista e compositor. Chabanon, demonstrando uma espantosa modernidade para sua época, descobre na música “propriedades idênticas às que a lingüística estrutural atribuirá à língua”.¹³³ Contudo, na avaliação de Lévi-Strauss, Chabanon não consegue perceber uma analogia entre a música e as palavras.

Mas, apesar de considerá-las como domínios estranhos entre si, Chabanon enuncia sobre a primeira, princípios sobre os quais mais tarde Ferdinand de Saussure fundaria a lingüística estrutural.

131 DIDIER-WEILL, Alain, 1999.

132 LÉVI-STRAUSS, Claude, 1997.

133 CHABANON, Michel-Paul-Guy de, 1730-1792 apud LÉVI-STRAUSS, Claude, 1997. p.80.

Considerando as relações entre melodia e harmonia, Chabanon assim resume: “Sucessão, eis a melodia; simultaneidade, eis a harmonia”.¹³⁴ Desta forma, antecipa-se ao que Saussure estabeleceria como relação fundamental para a análise da linguagem: a relação entre o eixo das sucessividades e o eixo das simultaneidades.

A doutrina de Saussure, de acordo com Garcia-Roza¹³⁵, gira em torno do conceito de signo lingüístico. O signo saussuriano é representado pela união de duas partes indissociáveis: o significado e o significante - “um conceito e uma imagem acústica (ou impressão psíquica do som)”.¹³⁶

Assim, temos:

$$\text{Signo} = \frac{\text{Significado}}{\text{Significante}}$$

Garcia-Roza segue colocando que, para Saussure, a significação do signo lingüístico advém, primordialmente, da relação isolada entre o significado e o significante. Saussure confere uma certa autonomia a esta relação, apesar de também considerar um conceito de valor onde um signo deve ser pensado em sua relação com os demais signos do sistema.

A lingüística de Saussure surgiu alguns anos após Sigmund Freud ter criado a Psicanálise. Mas, para Jacques Lacan, “Freud havia inventado a nova lingüística, antes que esta nascesse”. Lacan afirma que “quando realiza uma análise do inconsciente, a qualquer nível, Freud sempre faz uma análise do tipo lingüístico”, considerando a “Interpretação dos Sonhos” como um “verdadeiro tratado de lingüística”.¹³⁷

134 Ibid., 1997, p. 79. As conceituações de Chabanon mostram-se bastante atuais. No Dicionário Grove de Música: edição concisa, editado por Stanley Sadie - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994, encontramos as seguintes definições: para harmonia - “combinação de notas soando simultaneamente”; para melodia - “série de notas musicais dispostas em sucessão, num determinado padrão rítmico, para formar uma unidade identificável”. (p. 407 e 592). O grifo é nosso.

135 GARCIA-ROZA, Luis Alfredo, 1984.

136 Ibid., 1984, p. 184.

137 LACAN, Jacques apud LEITE, Nina, 1994, p.35.

Nina Leite¹³⁸, ao pensar na articulação entre a Lingüística e a Psicanálise, aponta que o retorno que Lacan realiza à obra de Freud utilizando-se, de maneira subvertida, de conceitos da Lingüística “não se trata de uma tradução de termos”. Para a autora, “esta referência não se faz deixando intactos os conceitos da Lingüística, mas sim pela via de submetê-los a um tratamento à luz da hipótese do inconsciente”.¹³⁹

Assim, a concepção lacaniana de signo lingüístico aparece invertida:

$$\text{Signo} = \frac{\text{Significante}}{\text{Significado}}$$

Conforme o exposto por Garcia-Roza,¹⁴⁰ Lacan quebra a unidade do signo lingüístico postulada por Saussure, desfazendo a soldagem que o lingüista considerava existir entre significado e significante quando passa a tomá-los como dois conceitos distintos que se articulam paralelamente e que aparecem separados por uma barra resistente à significação. É a relação entre os significantes que irá determinar um significado.

Lacan¹⁴¹ postula que a relação entre os significantes se dá através de dois mecanismos como os descritos por Roman Jakobson e Morris Halle sobre o funcionamento da linguagem, a metáfora e a metonímia, identificando-os com os mecanismos de condensação e deslocamento apontados por Freud como regentes do funcionamento do inconsciente. Afirma que:

O inconsciente é, no fundo dele estruturado, tramado, encadeado, tecido de linguagem. E não somente o significante desempenha ali um papel tão grande quanto o significado, mas ele desempenha ali o papel fundamental. O que, com efeito, caracteriza a linguagem é o sistema do significante como tal”.¹⁴²

138 LEITE, Nina Leite, 1994.

139 LEITE, Nina Leite, 1994, p.34, 35.

140 GARCIA-ROZA, Luis Alfredo, 1984.

141 LACAN, Jacques, 1988.

142 Ibid., 1988, p. 139.

Lévi-Strauss¹⁴³ considera que a música é de fato uma língua; porém, uma língua que desconhece o dicionário. Para o antropólogo, “a música é uma linguagem, uma vez que a compreendemos, mas cuja originalidade absoluta, que a distingue da linguagem articulada, deve-se ao fato de que é intraduzível”.¹⁴⁴

No entanto, como bem nos lembra Didier-Weill¹⁴⁵, as palavras são potencialmente portadoras deste caráter intraduzível do musical. Palavras e músicas são feitas de uma mesma matéria prima - de som; de significante. O autor chega a dizer que vivemos em um mundo onde a linguagem é clivada entre a palavra e a música.

Lacan¹⁴⁶ nos diz, em seu Seminário III sobre as psicoses, que na descoberta analítica não devemos nos ater ao achado de um significado. Devemos buscar ir mais longe, ir até o significante. Uma significação sempre remete a outra significação e nisso Lacan considera o esquema de Saussure discutível, pois, para o lingüista, existe uma correspondência biunívoca entre significado e significante.

Para o psicanalista há uma autonomia do significante, que possui leis que lhe são próprias, independentemente do significado. Isso faz com que, para se compreender o fenômeno da linguagem, seja preciso fazer uma distinção do significante e do significado. O significado desliza sob o significante. E o significante, enquanto tal, ou seja, em si mesmo, fora de uma cadeia associativa, não significa nada, já que é do deslizamento dos significados sob a cadeia significante que surgirá o fenômeno da significação.

Partindo das conceituações que, por parte da música, Chabanon faz a respeito da harmonia e da melodia e, por parte da psicanálise, Lacan faz sobre a metáfora e a metonímia, poderíamos tecer uma analogia entre a estrutura da música e a estrutura do inconsciente. Considerando a música como uma linguagem e, numa definição mais abrangente, como o resultado de uma combinação entre as alturas e as durações dos sons, e, baseando-nos no aforismo lacaniano de que “o inconsciente é estruturado como uma linguagem”, que ar-

143 LÉVI-STRAUSS, Claude apud DIDIER-WEILL, Alain, 1999.

144 Ibid., 1999, p. 242.

145 DIDIER-WEILL, Alain, 1997

146 LACAN, Jacques, 1988.

ticulações, então, poderiam ser feitas entre música e inconsciente?

Vimos que Lacan, dentro do campo da Psicanálise, declara Freud como o “inventor” de uma nova lingüística. Por sua vez, Lévi-Strauss¹⁴⁷ dentro do campo das Artes, descobre em Chabanon a enunciação de princípios lingüísticos a partir de reflexões sobre a música, não sobre a língua, equiparando as formulações do filósofo às idéias existentes na Lingüística moderna. Partindo disto, o autor chega a afirmar que “na história das idéias, uma ‘sonologia’ antecipa e prefigura a fonologia”.¹⁴⁸

E na história de um sujeito, como poderíamos pensar os adventos da música e da palavra?

Seria possível, diante disto, levantar a hipótese de que o som da palavra antecederia, num tempo mítico, qualquer efeito de significação?

Rousseau, filósofo iluminista contemporâneo de Chabanon, associava a origem da música à da linguagem articulada. Segundo Lévi-Strauss,¹⁴⁹ este era um ponto de divergência entre os dois filósofos. Para Rousseau¹⁵⁰ a primeira linguagem do homem seria a linguagem das paixões. “Ela é figurada. É inseparável do canto, e mais próxima da poesia que da prosa”.¹⁵¹ Em seu Ensaio sobre a origem das línguas diz que:

Com as primeiras vozes, se formaram as primeiras articulações ou os primeiros sons, segundo o gênero da paixão que ditava uns ou outros. A cólera arranca gritos ameaçadores, que a língua e o palato articulam, mas a voz da ternura é mais suave, é a glote que a modifica, e essa voz se torna um som. Só os seus tons são mais frequentes, mais raros, as inflexões mais ou menos agudas segundo o sentimento que se acrescenta. Assim, a cadência e os sons nascem com as sílabas; a paixão faz falar todos os órgãos, e adorna a voz com todo o seu brilho. Assim, os versos, os cantos, a palavra têm uma origem comum.¹⁵²

147 LÉVI-STRAUSS, Claude, 1997.

148 *Ibid.*, 1977, p. 75.

149 LÉVI-STRAUSS, Claude, 1997.

150 ROUSSEAU, apud NEF, F. 1995.

151 *Ibid.*, 1995, p. 127.

152 *Ibid.*, 1995, p. 126-127. O grifo é nosso.

Retornando à pergunta enunciada por Didier-Weill sobre qual o parentesco entre a fala e o canto, encontramos a afirmação de que a voz materna ao mesmo tempo em que nos passa a sua fala, passa também a sua música. Didier-Weill situa o som desta “sonata materna” como uma “mediação entre o que a precede e o que a sucede: o que a precede remete ao significante do Nome do Pai que sustenta o simbólico, o que a sucede é o inconsciente por vir da criança receptora do som”.¹⁵³ O autor coloca, portanto, a via significante como precedendo o som da sonata materna, ou seja, a música pode ter efeitos significantes, pois incide em um campo estruturado pelo Outro.

A sonata materna “introduz no mundo a existência do significante”.¹⁵⁴ É pela música desta voz que se realiza a transmissão do simbólico que vai inaugurar um sujeito. O lugar da mãe neste primeiro momento é o lugar do grande Outro, que é o lugar da linguagem.

Mas o que estaríamos aqui chamando de “música da voz da mãe?” Seriam as modulações e inflexões desta voz, seu timbre, o ritmo da sua elocução, a cadência de um fraseado. A voz habita as palavras e o bebê recebe o banho de linguagem que o transforma num sujeito através desta voz, antes mesmo de significar o que está sendo falado. Desta maneira, o banho de linguagem é um banho sonoro e a melodia da voz materna é o meio através do qual os significantes são transmitidos. Somos levados então a concordar com Rousseau quando diz que o canto e as palavras têm uma origem comum, a linguagem; eles estão na constituição, na origem do próprio sujeito.

Podemos, portanto, afirmar que a música pode ter o efeito de uma estrutura simbólica para um sujeito, estrutura da qual ele pode lançar mão para fazer-se representar.

Didier-Weill nos diz que a música é “a mediadora de uma pura articulação lógica entre o Outro e o sujeito”.¹⁵⁵ A música, por ser uma linguagem, está no campo do Outro e recoloca em cena esta

153 DIDIER-WEILL, Alain, 1999, p.151-152.

154 apud LACAN, 1999, p.231.

155 DIDIER-WEILL, Alain 1997, p. 259.

dimensão do Outro. Didier-Weill postula que um dos caminhos possíveis para se compreender esta relação primordial do sujeito com o Outro parte de uma reflexão teórica sobre a música.

O advento do sujeito não coincide com o nascimento da criança. Ao falar sobre a constituição do sujeito, Lacan diz que a criança, a princípio, “se esboça como assujeito”.¹⁵⁶ É dessa maneira que experimenta a condição de dependência dos cuidados e caprichos de um outro, que é a mãe. Essa mãe dá a seu filho aquilo que ela supõe ser sua necessidade.

O tempo da necessidade no assujeito é um tempo mítico, já que, no momento em que a mãe interpreta seu choro como, por exemplo, fome, dando-lhe o seio, acontece o atravessamento pelo significante, o encontro com a linguagem, inaugurando-se e estruturando-se aí um sujeito. Sobrepondo-se ao traumático do encontro com a marca significante que o som entrará como passível de significar e que a música materna poderá afetar o filho, pois incidirá sobre um campo estruturado pelo significante que incide no momento do encontro da boca com o seio.

O que esse sujeito recebeu da mãe nesse primeiro momento só poderá ganhar um significado depois. É uma significação que já estava lá, mas o sujeito não sabia, uma significação que se desencadeia num segundo momento, à posteriori.

Portanto, cabe ao sujeito marcado pelo significante um ato de se constituir enquanto tal a partir do que lhe causou, ou seja, o próprio significante, para então alçar a significação. Um sujeito, então, se constitui a partir do que lhe causa, o significante, mas também a partir de seu ato.

A Música e o Dispositivo Analítico

As questões desenvolvidas neste trabalho, conforme exposto anteriormente, surgem principalmente a partir da experiência clínica que se desenrola no CAPSI Pequeno Hans com sujeitos – crianças e adolescentes – autistas e psicóticos.

156 LACAN, Jacques, 1999, p.195.

Esta clínica desenvolvida no CAPSI segue, segundo Elia¹⁵⁷, a orientação indicada pela psicanálise e propõe uma modificação do dispositivo psicanalítico somente em sua configuração – espaço, tempo, outros sujeitos além do analista e do paciente nesta configuração espaço-temporal – preservando sua estrutura com as exigências éticas e metodológicas da psicanálise, “que se fundamentam na palavra e/ou no ato sob transferência, desde que o operador chamado de analista esteja em seu lugar, capaz de tomar esta fala e este ato como tais”.¹⁵⁸

Nesta proposta de dispositivo várias crianças e vários técnicos freqüentam um mesmo espaço/tempo, num regime de permanências-dia onde se experiencia a prática da psicanálise entre muitos, visando como eixo do trabalho propiciar a emergência do sujeito. Não existe um projeto terapêutico com propostas pré-estabelecidas como as de oficinas. O que se faz, como disse a mãe de um paciente numa reunião de pais, é “seguir as pistas” que estes sujeitos nos dão. A instituição tem como eixo principal a proposta de ouvir os sujeitos e não de dirigir-se às doenças.

A psicanalista Kátia Santos¹⁵⁹ membro da equipe do CAPSI e integrante da referida pesquisa expõe que nesta proposição de trabalho,

(...) concebe-se um dispositivo clínico em que todos os técnicos deixarão seus saberes específicos para mergulhar no trabalho direto com as crianças e os jovens e com eles aprender a inventar as intervenções, e também, com eles criar o novo. O analista deixa o lugar de único responsável pela condução do trabalho com o sujeito, do único que detém a responsabilidade dos efeitos terapêuticos e transferenciais (...) abre-se a possibilidade de encontro com a intervenção analítica que pode se presentificar como estando sustentada por qualquer integrante da equipe.¹⁶⁰

Chegando ao CAPSI, senti-me então convocada a “mergulhar” no trabalho com estas crianças e adolescentes. De fato, neste tra-

157 ELIA, Luciano F. 2002.

158 Ibid., 2002, p. 8.

159 Santos, Kátia Wainstock Alves dos, 2001.

160 Ibid., 2001, p. 39.

balho, cria-se o novo, e acredito que esta foi uma dimensão colocada para a equipe, para os pacientes e para mim.

Era a primeira vez que um musicoterapeuta integrava a equipe. Seguramente, antes da minha chegada, a música era empregada como recurso de trabalho e talvez até mesmo como intervenção. Havia instrumentos musicais que eram utilizados pelas crianças e pelos técnicos durante as permanências. Como vimos, no CAPSI Pequeno Hans não se trabalha com a proposição de uma equipe multidisciplinar, mas com a de que cada técnico possa despojar-se de seu saber específico, operando de forma a colocar o sujeito diante da tarefa de formular suas próprias interrogações.

Então, qual seria o lugar do musicoterapeuta neste dispositivo psicanalítico? Como realizar um trabalho com música que se inclua no campo da ética da psicanálise? Escutemos, pois, para melhor ilustrar o trabalho da musicoterapia neste dispositivo psicanalítico, o relato de um caso clínico.

Caso Clínico

Ken é um menino autista de cinco anos de idade que é atendido desde que tinha um ano e sete meses no CAPSI Pequeno Hans. Ken chegou ao serviço através de seu pediatra, com uma história de alheamento que teve início aos quatro meses de idade. Durante um passeio junto com a mãe e a avó, Ken começa a chorar e assim permanece por dez dias, salvo os poucos momentos em que dormia. Foram feitas uma série de investigações pelos médicos e após o décimo dia, o menino silenciou passando a ficar completamente alheio. Segundo Amaral,¹⁶¹ sua psicanalista, a mãe de Ken atribuía-lhe uma surdez e uma cegueira intermitentes, pois em alguns momentos ela acreditava que o menino ouvia e enxergava, mas em outros, parecia-lhe inteiramente ausente. Através do atendimento psicanalítico que é feito também com esta mãe, foi revelado que Ken ocupava para ela o lugar de um presente incestuoso para sua própria mãe. O avô de Ken

161 AMARAL, *Nympha*, 2001.

era falecido e sua mãe desde então ocupava seu lugar na família. As marcas paternas evidenciavam-se como inexistentes nesta relação avó-mãe-filho, com o que contribuiu o afastamento de fato do pai de Ken.

De acordo com relatos da equipe, quando chegou ao CAPSI, Ken era uma criança completamente hipotônica. Ficava deitado de bruços, com a boca encostada no chão, babando bastante, sem emitir sons ou esboçar qualquer movimento.

Quando comecei a trabalhar no CAPSI - Ken, assim como sua mãe, já vinham sendo atendidos há dois anos - deparei-me com um menino que andava por todos os cantos, que subia nas mesas e cadeiras, que pulava e que enxergava e ouvia. Inicialmente pude observar que Ken raramente emitia sons vocais; produzia sons roçando os dentes e/ou os dedos em superfícies porosas, que geram sons intermitentes, ou fazendo vibrar os lábios, com a língua para fora, observando as gotinhas de saliva que eram expelidas neste movimento. Gostava muito de passar os dentes por uma portinha de metal que era toda trançada e que ficava na parte de baixo de uma mesa.

Passei a aproximar-me de Ken utilizando os mesmos sons que ele produzia. Num jogo especular, às vezes repetia o som que ele fazia e, outras vezes, incrementava este som com algum novo elemento rítmico, sempre dentro do universo sonoro de Ken. Permanecíamos por algum tempo neste "diálogo". Ken sorria e, por vezes, gargalhava.

Ken tem o hábito de chupar o dedo polegar e este movimento passou a ser acompanhado por sons vocais murmurados que ainda não apresentavam uma variação intervalar, ou seja, ainda não se fazia presente uma oposição sonora.

Com o tempo, Ken passou a mostrar grande interesse pelo violão, aproximando-se quando eu começava a tocar durante a permanência. Encostava o ouvido no corpo do instrumento, dedilhando as cordas e passando a língua e os dentes por elas, repetindo o movimento que faz com os outros objetos. Por vezes emitia, murmurando, sons que estavam em consonância com as notas tocadas por mim.

Certo dia, logo após seu aniversário de quatro anos, Ken começa, no meio da permanência, a cantarolar, com a boca fechada, a melodia de “Parabéns pra você”, bastante ritmada e afinadamente. Passo a cantar também, ora junto com ele, ora deixando-o cantar sozinho; ora com a letra, ora murmurando assim como ele; ora acompanhando com o violão, ora a cappella. Vale lembrar que após dois anos de afastamento, seu pai, que é marinheiro e trabalha distante, envia um cartão dando-lhe parabéns. A mãe, que com os efeitos do seu trabalho, vem podendo dar um outro lugar a este homem, mostra ao filho o cartão enviado pelo pai. A partir de então, inicia-se uma reaproximação do pai de Ken e de toda sua família.

Desde este episódio, esta passa ser a maneira de Ken estar na permanência: cantando Parabéns pra você. Quando começo a cantar também esta música, Ken interrompe o que quer que esteja fazendo para escutar minha voz e muitas vezes tem o movimento de aproximar-se, olhando nos meus olhos, encostando o rosto ou a orelha em minha boca. Sorrindo, ele pula e mostra um grande júbilo. Passei a improvisar, utilizando como base a melodia de Parabéns pra você, letras que nomeassem as partes de seu corpo, colocando em palavras cantadas aquilo que ele estava fazendo. Às vezes, Ken entra no jogo e pega minha mão para colocá-la em uma parte de seu corpo.

Gradativamente, Ken foi substituindo o murmurar por sílabas tais como “ca, ca, ca...”, “can, can, can...”, “gan, gan, gan...”, “la, la, la...”; depois, começou a pronunciar fragmentos de palavras do texto da música, tais como “ida” (querida) e “dade” (felicidades).

Hoje, Ken canta a música na sua íntegra, palavra por palavra, sempre muito afinadinho e ritmado. Quando introduzo outras palavras na melodia, buscando nomear aquilo que Ken está fazendo no momento, ele fica observando bastante minha boca e tenta “imitar” os sons que estou articulando.

Atualmente, Ken começou a cantarolar a melodia, sem letra ainda, de uma nova canção. Por enquanto, a equipe não conseguiu identificar de qual música se trata. Vemos, então, que há agora novos significantes-sons fazendo parte de seu repertório.

O caso clínico de Ken nos mostra que a clínica que se propõe a ter uma direção analítica possibilita o nascimento de um sujeito a partir da suposição de que ele desde sempre lá esteve e da escuta de sua verdade. Ken é recebido no dispositivo clínico do CAPSI como um sujeito ao inconsciente, sujeito aos efeitos da linguagem e da palavra e é a partir do trabalho analítico que ele passa a poder enxergar, ouvir, ter sustentação de seu corpo, andar, cantar e, porque não dizer, passa a poder falar.

Partimos da premissa que Ken está entrando na linguagem porque canta. Marcamos este momento como a primeira vez em que Ken simboliza: ao invés de nos pegar pela mão ou de sentar em nosso colo como se fôssemos uma cadeira, ele emite um som. É através deste som que ele chega até alguém. A música, pelo fato de pertencer ao campo do Outro, pode ser tomada como um ato de linguagem. O Outro passa a ser algo separado dele a partir do momento em que precisa, com um som, alcançá-lo. Ken deixa de ser, portanto, incluído no Outro e em seu fantasma.

A clínica com crianças autistas e psicóticas coloca interrogações a respeito do modo particular como estes sujeitos se constituem. De acordo com Amaral, verifica-se uma concomitância entre a estruturação e o desencadeamento do quadro clínico. Há o encontro com a linguagem, porém a criança “neste caso o faz sem a chance de encontrar o sentido”.¹⁶² Mas, a partir do trabalho no CAPSI e através do empréstimo de significantes por meio de palavras e/ou de sons musicais colocados por mim e pela equipe, Ken avança no que poderíamos supor ser um “ensaio” para a fala.

Ao escutarmos a música que Ken escolhe como suporte para este esboço da fala - o Parabéns pra você, canção que cantamos no dia em que comemoramos o nascimento de uma pessoa, lembrando que ela aparece no momento em que seu pai começa, de alguma maneira, a ser incluído em sua história, podemos, para além deste fato, pensar no endereçamento transferencial que vem no bojo deste canto a estas pessoas que, com sua aposta, viabilizaram o nascimento do

162 AMARAL, Nymph, 2001, p.2.

sujeito Ken. Reconhecemos também que Ken se dirige transferencialmente a mim, e não é por acaso que isso se faz musicalmente. Foi preciso, do meu lado, algo do desejo do analista para escutar música, e nela significantes, a partir daqueles sons que Ken fazia. Foi preciso supor em Ken um sujeito e apostar que este sujeito era suscetível de advir pela música.

Lacan afirma que:

A partir do momento em que a criança começa simplesmente a poder opor dois fonemas, eles já são dois vocábulos. E, posto que existem dois, aquele que os pronuncia e aquele a quem eles são dirigidos, isto é, o objeto, a mãe, já existem aí quatro elementos, o que é suficiente para conter em si virtualmente toda a combinatória da qual irá surgir a organização do significante.¹⁶³

Em minha escuta, reconheci nos sons de Ken esta oposição, dando a eles o valor de significante; Ken passou a nos dirigir estes sons e agora temos a inclusão do musicoterapeuta no seu trabalho e na “composição” de suas músicas.

Referências Bibliográficas

ABREU, Francisca Mariana. A musicoterapia no acolhimento ao sofrimento psíquico – O trágico na clínica. Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Nível de Residência em Saúde Mental. Inédita. Rio de Janeiro, 2003.

AMARAL, Nympha. Interrogações, hipóteses e discussões sobre a constituição do sujeito a partir da clínica do autismo e da psicose infantil., Inédito. Rio de Janeiro, 2001.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. Cadernos de Musicoterapia, vol 4. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

DIDIER-WEILL, Alain. Invocações: Dionísio, Moisés, São Paulo e Freud. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

163 LACAN, Jacques, 1999, p.231.

_____. Os três tempos da lei: o mandamento siderante, a injunção do supereu e a invocação musical. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

ELIA, Luciano F. O Dispositivo Psicanalítico Ampliado e sua aplicação em uma Clínica Institucional Pública de Saúde Mental Infante-Juvenil. Projeto de Pesquisa do Programa Prociência. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

FORBES, Jorge. (org.) Psicanálise ou psicoterapia. Campinas: Papirus, 1997.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. Freud e o inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

LACAN, Jacques. O Seminário, livro 3: as psicoses. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

_____. O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LEITE, Nina. Psicanálise e análise do Discurso: o acontecimento na estrutura. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1994.

LÉVI-STRAUSS, Claude. Olhar escutar ler. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

NEF, Frédéric. A linguagem: uma abordagem filosófica. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

SADIE, Stanley. Dicionário Grove de Música: edição concisa. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

SANTOS, Kátia Wainstock Alves dos. O Dispositivo Psicanalítico na Clínica Institucional do Autismo e da Psicose Infantil. Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.

A Canção: um Canal de Expressão de Conteúdos Simbólicos e Arquetípicos

Sofia Cristina Dreher*

Resumo

Este trabalho visa uma reflexão sobre a utilização da canção no processo musicoterapêutico. Propõe-se uma análise maior dos conteúdos que são expressos através da canção. Para tanto, fez-se uma pesquisa sobre o pensamento simbólico. Esses questionamentos surgiram a partir de um trabalho com pacientes oncológicos.

Palavras-chave: Canção, Canal de Expressão, Prática Musicoterapêutica.

Abstract

This text aims a reflection about the song utilization in a music therapeutic proceeding. It recommends a greater analysis of the contents expressed through the song. Therefore a research about the symbolic thinking was effectuated. These questions appeared during a work with cancer patients.

Key-words: Song, Expression Channel, Music Therapeutic Practice.

O Pensamento Simbólico

O pensamento simbólico se constitui de três entidades que estão interligadas, os complexos, os arquétipos e os símbolos.

* Graduada em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná. E-mail: sofiasoft@yahoo.com.br

Segundo o dicionário Aurélio¹⁶⁴ complexo é o grupo ou conjunto de coisas, fatos ou circunstâncias que têm qualquer ligação ou nexos entre si. Partindo para um conceito mais direcionado à área de psicologia, tem-se algo mais completo quando ULSON¹⁶⁵ coloca que complexo é um “agrupamento de idéias, sentimentos e imagens com um núcleo em comum e que se comporta como uma individualidade”.

Os dois conceitos acima mencionam conjunto e agrupamento de idéias que se relacionam, mas há um aspecto importante a ser ressaltado, o de que eles unem sob uma carga de sentimento, emoção muito forte. Assim se podem relacionar os complexos com os temas de vida que se tem. KAST¹⁶⁶ fala dos complexos como pontos suscetíveis de crise no indivíduo, ou seja, são temas com os quais se lida no transcorrer da vida, temas que movem essas vidas. É importante ressaltar que todos têm complexos e que eles é que dão a dinâmica à vida, é em função deles que se procura a transformação, o equilíbrio na psique, na vida.

Para falar a respeito dos complexos, precisa-se antes localizá-los na estrutura da psique. Eles “residem” no inconsciente, ou seja, num local onde não se tem acesso, a não ser através dos sonhos. Quando se quer e pode tornar esses conteúdos conscientes, ocorre então o que Jung chamou de dialética entre consciente e inconsciente, ou seja, passa a existir um “intercâmbio” de informações. Mas enquanto alguns conteúdos, complexos não se tornam conscientes, eles agem sobre as pessoas inconscientemente, portanto sem controle e percepção dessa ação. Esse é o aspecto negativo do complexo, o da dominação. Perante esse complexo, essa problemática, passa-se a reagir sempre dentro de um padrão de comportamento e de idéias.

Nem sempre se têm estrutura e suporte para receber devidas informações do inconsciente. Existem complexos que se formaram a partir de determinadas situações a que se foi confrontado durante a vida e com os quais não se conseguiu lidar, resolver. A repressão

164 COMPLEXO, Dicionário Aurélio, 1977.

165 ULSON, Glauco, 1998.

166 KAST, Verena, 1997.

desses conteúdos, os transforma em complexos inconscientes. Por esses aspectos é que o lidar com o inconsciente se torna algo tão dolorido, pois são temas que por motivos afins se fez questão de esquecer. E a hora e o momento de lidar com esses conteúdos, só podem partir do próprio indivíduo, caso contrário, o bloqueio e a repressão serão ainda maiores.

O caminho do processo de lidar com os complexos não pode ser nem o da defesa nem o do controle; trata-se de permitir que os complexos se desdobrem em fantasias, de vê-los e compreendê-los em padrões e então incorporá-los ao consciente por meio do trabalho com o símbolo.¹⁶⁷

A partir do momento que se vê que existe determinado comportamento frente a um tema, passa-se à compreensão dessa ação e acaba-se por incorporá-la ao seu consciente, ou seja, pode-se prever que aquele tema o mobiliza e dessa forma, até torná-lo mais sutil, menos prejudicial a si e aos que o rodeiam. Ao final retorna-se ao ponto de partida do pensamento de Jung, o de que o indivíduo deve buscar o equilíbrio, a dialética, nem a defesa nem o controle, mas a compreensão e adaptação.

Contudo, apesar desses aspectos puramente pessoais, que dependem das experiências vividas por esses indivíduos, há algo que dá forma a tais experiências, que molda esses conglomerados de idéias e emoções segundo padrões típicos da nossa espécie humana. O complexo, dessa forma, um núcleo inatingível abstrato, puramente formal, que Jung chamou de arquétipo.¹⁶⁸

Segundo a citação acima, arquétipo são as formas de agir, pensar, que temos em comum, que são herdadas, são as estruturas básicas da psique. Para que uma idéia, um comportamento seja arquetípico, ele deve ter aparecido em diversas épocas, regiões e civilizações. Por esse motivo é que se fala que os mitos são o veículo mais "exato" dos arquétipos, porque falam de acontecimentos passados que tocaram, ou seja, que espelham os comportamentos atuais.

167 KAST, Verena, 19997, p.47.

168 ULSON, Glauco, 1998, p. 33.

O arquétipo é visto como um conceito puramente formal, um arcabouço então preenchido com imagens, idéias, temas, etc. A forma ou padrão arquetípico é herdada, mas o conteúdo é variável, sujeito a mudanças históricas e ambientais.¹⁶⁹

Essa citação vem por confirmar a idéia de que os padrões são passados, são herdados, transmitidos, como através dos mitos, mas que o conteúdo advém da época, do ambiente, e é essa possibilidade de lidar, relacionar o passado como presente que dá a dimensão de um tempo atemporal ao que se chama de tempo mítico.

No pensamento mítico, o tempo não é quantitativo, contínuo, homogêneo e infinito, como o conhecemos através da ciência. Tampouco é como o tempo que Mircea Eliade chama profano - esse com que convivemos - , contado em horas, dias, meses, anos, séculos, milênios, compartimentado por relógios, agendas, calendários ou História. Não é conceito abstrato, é vivência - conhecido através da emoção, vivido como sagrado.¹⁷⁰

A partir do momento que o indivíduo tem consciência de que a dor não é só sua, mas também de outras pessoas, ele se coloca sobre um plano maior, o da humanidade. É através desse pensamento que ele dá um sentido maior à vida, que ele introduz um plano transcendental, onde se passa a entender que vieram outras pessoas antes dele e que virão outras depois, e o mais importante, de que tem um sentido após a morte.

(...) o indivíduo que sofre pode relacionar seus problemas aos problemas que sempre constituíram o ser humano; desperta-se sobretudo a esperança de poder viver com os problemas, de dominar a vida.¹⁷¹

Quando se diz que os arquétipos são os padrões, são os "olhos do observador" e não aquilo que ele observa, precisa-se entrar num conceito que surgiu juntamente com o arquétipo, o do inconsciente coletivo. Quando se fala dos complexos, localizam-se eles dentro do inconsciente, agora especificado como inconsciente pessoal, por se

169 SAMUELS, Andrew, 1989, p. 43

170 SEABRA, Zelita, 1996, p. 89.

171 KAST, Verena, 1997, p. 113.

tratar de conteúdos provindos de experiências pessoais, mas, para inserir esses conteúdos numa abrangência maior, o da humanidade, precisa-se conferir aos conteúdos arquetípicos a localização no inconsciente coletivo, no qual todos fazem parte.

Como já foi esclarecido anteriormente, o arquétipo é algo formal, são os olhos do observador, mas aquilo que ele observa, o conteúdo, surge através das imagens arquetípicas, o símbolo.

A própria definição de símbolo dada por Jung pode ser resumida como referindo-se à melhor formulação possível de um conteúdo psíquico relativamente desconhecido que não pode ser compreendido pela consciência. Para Jung, um símbolo não é um sinal; este se refere àquilo que já é conhecido (um sinal de estrada, um sinal indicando o banheiro, etc). A psique produz espontaneamente símbolos quando o intelecto está confuso e não sabe como lidar com uma situação interna ou externa. Um símbolo não é analogia que simplesmente elucida ou traduz.¹⁷²

Partindo da citação acima, tem-se a função do símbolo, a de mediar o inconsciente com o consciente. Como foi visto anteriormente, os complexos, bem como os conteúdos arquetípicos rompem a mente consciente, num intuito de equilibrar os pensamentos e comportamentos, e isso só é possível através do símbolo, que é o veículo de comunicação entre o inconsciente e o consciente. É importante ressaltar que é por meio do símbolo que se tem a possibilidade de uma melhor compreensão e adaptação de conteúdos do inconsciente, do contrário, acabaria-se por reprimi-los e negá-los.

Quando se lida com o símbolo, faz-se necessário a distinção do sinal. Como citado acima, o sinal é algo conhecido de todos e cujo significado é igual para todos. Já o símbolo, trata-se de elementos do cotidiano dotados de significados, dentro de um contexto de história e de vida do indivíduo, cujo significado não pode ser traduzido, decifrado, mas sim ampliado, re-significado.

A etimologia do conceito mostra o símbolo como algo composto. Apenas quando combinado é um símbolo, tornando-se símbolo de alguma coisa.¹⁷³

172 SAMUELS, Andrew, 1989, p. 118/119.

173 KAST, Verena, 1997, p. 19.

Aqui se retoma a importância de se contextualizar o símbolo, ao qual se é defrontado. Se não se tiver o cuidado de localizar o símbolo dentro do contexto de vida do indivíduo, cai-se na tradução do símbolo, o que acarretaria em interpretações “certas” ou “erradas”. Um símbolo, além de não ser traduzido, jamais terá apenas um significado, mas muitos, pois cada vez que se entra em contato com ele, ele diz algo do qual se está precisando saber. “... mostra a verdade e a realidade interiores do paciente como realmente são, não como eu conjecturo que sejam e não como ele gostaria que fossem, mas como elas são.”¹⁷⁴ É por esse motivo que quando um símbolo “atinge” o indivíduo, ele causa mudanças, transformações, porque ele é real, o indivíduo não pode fingir, ignorar a sua existência, mas para tanto, tem que estar preparado.

Para vivenciar os símbolos realmente como tais - e em última análise o que importa é a vivência - e não apenas vê-los como sinais, devemos estar prontos para nos deixar tocar emocionalmente por eles.¹⁷⁵

O Pensamento Simbólico na Canção

“A arte é a criação de formas simbólicas do sentimento humano”.¹⁷⁶

Suzanne Langer amplia o olhar perante as obras de arte, faz buscar o sentimento dentro delas. A frase acima traduz bem o valor que as obras de arte contêm e carregam. Não se trata apenas do sentimento que o artista imprime na obra, mas também do sentimento com que se aprecia essa obra e, na linguagem musical, com que ela se expressa.

(...) a música é “forma significante”, e sua significação é a de um símbolo, um objeto sensorialmente articulado que, em virtude de sua estrutura dinâmica, pode expressar as formas da experiência vital que a linguagem é

174 WHITMONT, Edward C., 1969, p. 34.

175 KAST, Verena, 1997, p. 25.

176 LANGER, Suzanne, 1953, p. 42.

Aqui se tem a oportunidade de compreender melhor o envolvimento de cada indivíduo com a música, com a canção, o que “atrai” em determinadas canções e como elas falam, ao mesmo tempo, da vida, de momentos que se está vivendo. Para isso serão tomados três termos, o significante, o significado e o signo, os quais aparecem também dentro do mito. Como diz a citação acima, a música é o significante, ou seja, é uma forma, uma obra, um veículo, um canal. O conteúdo dessa forma, e como relatado acima, formas de experiência vital, como sentimento, emoção, vida, é denominada como significado. A autora ainda ressalta um aspecto de grande valia, a estrutura dinâmica que a música, como um símbolo, tem e que possibilita imprimir na obra as experiências humanas, quase que de forma real, tamanha é a comoção que causa. Isso fica muito claro quando se entende que a música possui um tempo, um andamento, um fluir, um prosseguir, um retornar, um fim, ou seja, todos esses aspectos também fazem parte das vidas. Mas cabe ressaltar aqui, que apenas esses dois termos, o do significante e o do significado, não teriam a menor valia se não fosse a existência de um terceiro, que depende muito de cada indivíduo, ou seja, o signo. Esse sim tem o papel de associar e de dar a significação da obra de arte com a obra da vida, ou seja, as vidas. Pois, para que se possa associar a forma com o conteúdo e proporcionar uma significação, precisa-se passar a obra e a impressão pelos sentimentos para que ela expresse algo para o indivíduo. É mais ou menos como se tivesse que passar tal obra e conteúdo pelo “filtro de nossas experiências de vida”. Feito isso, não é por acaso que muitas, senão todas, das canções que se canta, escuta, aprecia, traduzem o momento pelo qual se está vivendo.

A canção é a forma que carrega conteúdos de experiências humanas, vitais, pelas quais também se passa, vive e daqui provêm as associações, significações as quais ligam as pessoas diretamente, numa conexão atemporal.

177 *Ibid.* 1953, p. 34.

Os afetos existem no tempo, como a música, e o tempo passa, não há como pegá-lo, estancá-lo. Há sim. As canções seriam uma das formas privilegiadas de fazer isso. Elas guardam blocos de tempo, de memória. E com seu formato circular, de eterno retorno, voltam sempre resgatando a carga afetiva com que as associávamos - sem o perceber, e daí vem o seu poder - na época em que as ouvíamos ou cantávamos.¹⁷⁸

Já foi relatado anteriormente o valor da canção quanto à associação, significação que se tem com ela devido aos conteúdos de obras distintas, a saber, arte e vida, porém de experiências vitais, humanas iguais. Agora o autor acima traz um outro aspecto muito importante e de grande poder para a Musicoterapia, o de eterno retorno, ou seja, quando se canta hoje uma canção que se aprendeu na infância, aquele tempo retorna ao tempo do hoje. Mas mais importante do que o retorno do tempo são as cargas afetivas, que em alguns casos podem conter complexos não resolvidos que retornam, estando anteriormente “escondidos” no inconsciente, que agora emergem no consciente. Aqui novamente se confirma a tese de que a canção é um canal de expressão. A canção, como relatado acima, tem o poder de emergir os complexos, as experiências vitais, que nem sempre são tão claras enquanto apenas vividas. À medida que se canta, os conteúdos da canção vão associando com os dos indivíduos e, através dessa significação, é que se toma conhecimento de pontos anteriormente encobertos, que impossibilitavam um entendimento, um equilíbrio maior do ser e de suas experiências vitais. “Há momentos de entraves, bloqueios, onde não conseguimos traduzir em palavras o que sentimos. As canções podem permitir, então, o emergir dos conteúdos bloqueados”.¹⁷⁹

Os Camarati italianos consideravam a transmissão de palavras como a tarefa fundamental da música. Não se quer adentrar aqui em questões de papéis principais e coadjuvantes, mas sim na unidade que se forma, o canto, a poesia, a saber, a canção.

Quando as palavras entram para a música, elas não são mais poesia ou prosa, são elementos da música. Sua tarefa é ajudar a criar e desenvolver

178 LANGER, Suzanne, 1953, p. 42.

179 COSTA, Mauro Sá Rego, 2001, p: ix, x.

a ilusão primária da música, o tempo virtual, e não a da literatura, que é outra coisa; assim, elas desistem de seu status literário e assumem funções puramente musicais.¹⁸⁰

Muitas pessoas acreditam que não é função do Musicoterapeuta dar importância às letras das canções, mas apenas à estrutura musical desta. Talvez porque entendam que a poesia é apenas uma comunicação verbal e esquecem que na canção ela não está sozinha e nem pode “sobreviver” individualmente. Não é possível imaginar, lembrar e até recitar a canção “Desafinado”, de Tom Jobim, sem a estrutura musical. Consegue-se entender o termo desafinado, a passagem “(...) que isso é bossa nova, isso é muito natural”?

Quando palavra e música se conjugam na canção, a música engole as palavras; não só meras palavras e sentenças literais, mas até mesmo estruturas literárias de palavras e poesia. A canção não é um compromisso entre poesia e música, embora o texto tomado em si mesmo seja um grande poema; a canção é música.¹⁸¹

A autora acima expõe a unicidade da canção, nela não existe música sem poesia e poesia sem música. Assim como se pediu anteriormente para recitar a canção “Desafinado” sem a música, o contrário também se faz necessário. Toda vez que a melodia, harmonia, surge nos ouvidos, mente, automaticamente a letra, a poesia também vem, pois ambas são uma unidade, uma complementa o sentido da outra.

A partir desses entendimentos, reafirma-se novamente que a canção é um canal de expressão e que é tarefa, sim, do Musicoterapeuta, dar suporte para os conteúdos pessoais que vêm atrelados a essa expressão, comunicação.

Quando se produz, expressa um som, uma canção, esse som se reverbera, se expande, amplia o símbolo da arte. Essa, carregada de experiências vitais, amplia as dos indivíduos, não apenas no tempo do hoje, mas também no do passado e do futuro. O reverberar, que

180 LANGER, Suzanne, 1953, p. 156.

181 Ibid., 1953, p. 158.

nada mais é do que o refletir, faz com que se reproduza imagens de..., conteúdos simbólicos e arquetípicos, ou seja, conteúdos que giram em torno de, vivem em torno de, os quais transcendem e existem.

Para que toda essa ampliação do símbolo ocorra, torna-se necessário que o símbolo traga os conteúdos vitais pelos quais se vive.

O Canto é um elemento estruturante para o ser humano, quer em sua história filogenética, colaborando na construção cultural, fazendo parte do universo simbólico de todas as culturas, quer em sua história ontogenética, graças à qual, cada indivíduo, ao nascer, utiliza vocalizações para iniciar o intercâmbio com o mundo. O homem vem, então, expressando-se musicalmente através da voz: nos cantos de trabalho, nos cânticos guerreiros, nos cantos religiosos ou sacros, nos acalantos de mães ou pais embalando filhos, nas festas, nos jogos, na crônica social de época, nas óperas associando dramas e mitos ao canto, nas canções populares... Enfim, em suas atividades, talvez mais significativas, o ser humano lança mão do cantar.¹⁸²

Na época em que foram e que são feitas as canções, os artistas imprimem não apenas a sua vida, ou seja, seu trabalho, divertimento, mas também e principalmente todo o contexto no qual estão inseridos, como as guerras, a repressão, a seca. Isso tudo fica muito evidente quando se tem contato com canções como *Asa Branca* de Luiz Gonzaga, o *Hino de Duran (Hino da Repressão)* de Chico Buarque, e tantas outras. Elas não tratam apenas de experiências individuais do compositor, mas de todo um contexto no qual estão inseridos e isso faz com que esse símbolo seja entendido e tenha significação para muitas pessoas. Assim, elas passam a serem utilizadas como a expressão de um povo.

Outro tipo de canto de grande importância para a compreensão do aspecto da expressão de conteúdos arquetípicos, são os cantos religiosos ou sacros.

Talvez seja o canto, uma das mais antigas maneiras do homem entrar em contato com o transcendente, com as forças divinizadas da natureza, com a idéia de um ser supremo. As canções e danças indígenas, os cantos Gregorianos, os mantras, as ladainhas, os spirituals, os "pontos" de terreiro, as

182 BRANDÃO, Maria Regina Esmeraldo, MILLECCO FILHO, Luis Antônio, MILLECCO, Ronaldo Pomponet, 2001, p. 109.

incelências, enfim, as evocações religiosas, funcionam como um canal de comunicação entre céu e terra, entre homem e Deus.¹⁸³

Tanto esse tipo de canto como a canção que fala da seca, a Asa Branca, levam a uma reflexão sobre algo maior, sobre a existência. Algo que iguala os indivíduos aos demais seres e que coloca a dor não mais como única, mas como a dor de um povo, de uma civilização.

Um Olhar do Musicoterapeuta sobre a Canção

Bruscia, em seu livro *Definindo Musicoterapia*, traz uma definição de trabalho, onde consta que “Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover a saúde utilizando experiências musicais e relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudanças”.¹⁸⁴

Dentro dessas experiências musicais, existem as classificações de técnicas e recursos utilizados na prática musicoterapêutica, tais como as técnicas da re-criação, composição, audição e improvisação, bem como recursos instrumentais, áudios, canções.

É importante ressaltar que a canção pode ser utilizada dentro de todas as técnicas citadas anteriormente, mas cabe enfatizar que a canção não é o único canal de expressão na musicoterapia.

O ato de cantar está muito presente em nossa sociedade. E é através do povo que a canção, a composição do autor, se torna popular, difundida, ou seja, a canção que o autor criou, passa a ser um significante para o povo. E é dessa forma que o símbolo emerge, uma vez que a canção contém vivências, experiências, imagens da natureza em que se vive e que se sente.

As imagens produzidas pela psique podem ser altamente pessoais, mas o drama em nosso palco interior costuma ser uma encenação do drama humano geral. Os artistas e os sábios sempre souberam disso. Nossos problemas particulares - nascimento, morte, relacionamentos, conflitos e a busca

183 Ibid., 2001, p. 48.

184 BRUSCIA, Kenneth E., 2000, p. 22.

de significado - são problemas humanos. Quem estiver passando por um deles tem chance de perceber que essa experiência é uma versão de imagens grandiosas que simbolizam o medo como a humanidade sempre vivenciou esse problema. Jung chamou de arquétipos essas imagens atemporais. São dinâmismos que fornecem padrões de um comportamento, de emoção e de experiências pessoais que transcendem a história pessoal.¹⁸⁵

O autor Milton Nascimento, como tantos outros autores, consegue imprimir esses “dramas humanos”, dos quais o autor fala acima. Dentre tantas canções da autoria de Milton Nascimento, uma em especial se encaixa dentro da abordagem desse trabalho, a canção intitulada, *Certas Canções*.

*“Certas canções que ouço cabem tão dentro de mim
Que perguntar carece como não fui eu quem fiz.
Certa emoção me alcança corta minha alma sem dor.
Certas canções me chegam como se fosse o amor.”*

“Como não fui eu quem fiz”? *Certas canções* falam tanto da vida, que por um instante, se confunde, como se passasse de uma canção para um relato de vida pessoal. É essa “mágica”, que a canção, como portadora de elementos simbólicos, nos proporciona.

*“... eu perguntei a Deus do céu, por que tamanha judiação”.*¹⁸⁶

Percebe-se que a judiação, a dor do povo relatado na canção, é de uma realidade, mas a dor não é só de domínio desse povo, mas de todo ser humano, daí a capacidade de ampliação do símbolo, do significado que damos a ele. Percebe-se a “Quem” se refere a súplica, a indagação, o pedido. A constelação do arquétipo do “Pai”, reflete a ajuda, o amparo, o consolo, que tanto necessitam nesse momento.

É importante que a canção seja esmiuçada até que o símbolo seja ampliado e significado para o paciente, ou seja, que o paciente se sinta atingido, tocado pela mensagem. Isso fica muito evidente

185 WHITMONT, Edward C., 1991, p. 47.

186 Verso da canção *Asa Branca*, de Luiz Gonzaga.

quando o paciente canta a canção uma vez, mas, não compreende o que cantou e nem está pré-disposto a “receber” o significado do símbolo.

Através de canções, eles podem comunicar seus problemas, suas necessidades ou desejos insatisfeitos do passado ou do presente, suas alegrias, sua solidão. Eles podem ser lembrados de períodos tristes ou felizes que podem providenciar uma introspecção maior de seus problemas do presente, ou que podem levá-los para longe de seus desconfortos imediatos. Através do ouvir ou cantar canções, eles podem aprender ou ensinar, podem experimentar ou re-experimentar fatos e sentimentos, podem tocar ou ser tocados pela audição.¹⁸⁷

Também se pode dizer que foram tocados pelo símbolo. Isso que a autora fala acima, só pode ser entendido dentro do pensamento simbólico, uma vez que os problemas, as necessidades e desejos, não são expressos de forma verbal, mas através das palavras das canções. Essas, contendo material simbólico, permitem fazer associações, ligações, re-significá-las para com a vida pessoal do paciente. Nem sempre essa expressão provém dos pacientes, em termos do ato de cantar. Muitas vezes, a escuta da canção contém letras, das quais emergem símbolos, mensagens de que estavam precisando.

Dentro da prática musicoterapêutica com pacientes com câncer, percebe-se que uma das primeiras necessidades dos pacientes, é falar, cantar algo que os “leve” daquele lugar, daquela situação. Não é por acaso que, em alguns atendimentos, solicitam canções “alegres”, contradizendo, saindo do estado em que se encontram. Quando se percebe que é a vontade e a necessidade deles “fugirem” um pouco daquela realidade, pede-se a eles que recordem de canções da infância e épocas significativas de suas vidas, como o namoro. Raras não são as vezes em que as risadas e expressões de lembranças alegres vêm ao rosto, antes de expressarem as canções. Aqui fica muito evidente o aspecto do espaço atemporal que a canção proporciona. Ela permite que as lembranças, as cargas afetivas, venham à tona, no momento em que são resgatadas as canções. Muitas também são

187 BAILEY, Lucanne Magill, 1984, p. 6, 7.

as histórias que vêm atreladas a essas canções. É um momento de intenso prazer, alegria e distanciamento, nem que por alguns minutos, daquela situação real que estão vivendo e sentindo. Deve-se ressaltar que o trabalho da musicoterapia, realizado com os pacientes oncológicos, é feito durante a quimioterapia, portanto, um momento em que para uns há dor, desconforto e muita tensão.

O conteúdo de canções é significativo. Pessoas preferem ouvir e participar de canções que expressem suas necessidades e que convém ao ânimo e às mensagens que eles desejam ouvir. Informações variadas a respeito das necessidades físicas, emocionais e espirituais de pacientes e famílias podem ser obtidos ao prestar mais atenção às canções que eles escolhem e às razões para suas escolhas. Os conteúdos da escolha ou lembranças.¹⁸⁸

Quando indagam sobre canções que aparecem com mais frequência entre os pacientes com câncer, pode-se dizer que uma canção que acompanha o trabalho do início até o presente momento, é “Nossa Senhora”, de Roberto Carlos. O símbolo de cuidado, de ajuda, que essa canção contém, é ampliado por muitos, uma vez que a situação em que estão vivendo pede pela ajuda, pelo cuidado. A canção fala do pedido pelo cuidado:

*“Nossa Senhora me dê a mão. Cuida do meu coração.
Da minha vida, do meu destino, cuida de mim.”*

É importante ressaltar, mais uma vez, que a ajuda é pedida a um plano maior, um plano transpessoal, o arquétipo está novamente presente.

Segundo os estudos da autora Elisabeth Kübler-Ross,¹⁸⁹ dentro de um processo do morrer, existem cinco estágios pelos quais se passa, a saber: a negação, a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação. O caso a ser relatado agora é de uma paciente que se encontra numa fase de transição entre a depressão e a aceitação.

Quando a musicoterapeuta chega à sala, a paciente está chorando

188 Ibid., 1984, p. 7.

189 KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2000.

e algumas enfermeiras dizendo a ela que não tem porque chorar, que, pelo contrário, deve ficar alegre. Aqui cabe fazer uma constatação perante a dificuldade dos profissionais de saúde em darem suporte à dor emocional dos seus pacientes. Esses profissionais não são preparados para lidar com a dor emocional, e sim, apenas com a dor física. Em alguns casos, os pacientes sentem uma angústia muito grande por não serem compreendidos na sua dor, uma vez que ela não se divide em dor física e emocional. Voltando ao relato do caso, a paciente disse que não estava encontrando lugar para chorar em sua casa, que apenas o conseguia fazer, à noite, em seu quarto. A musicoterapeuta então cochichou com ela, que fariam daquele lugar e daquele momento, um local para chorar, porque o choro faz bem. Antes mesmo de terminar de falar, o choro ganhou espaço e saiu. Enquanto isso, a musicoterapeuta pediu licença para tocar e cantar uma canção, "Aquarela", do Toquinho e Vinícius de Moraes. Foi escolhida "Aquarela", por falar de um futuro do qual não se tem controle, por falar de um fim que chega para todos:

*"Basta imaginar ele está partindo sereno e lindo
E se a gente quiser ele vai pousar."*

*"E o futuro é uma astronave que tentamos pilotar
Não tem tempo, nem piedade, nem tem hora de chegar.
Sem pedir licença muda a nossa vida
E depois convida a rir ou chorar.*

*Nessa estrada não nos cabe conhecer ou ver o que virá.
O fim dela, ninguém sabe bem ao certo onde vai dar.
Vamos todos numa linda passarela de uma aquarela,
Que um dia enfim, descolorirá."*

A musicoterapeuta pediu que, dentro do possível, a paciente a acompanhasse no canto, uma vez que apresentava dificuldades de respiração devido a um câncer no pulmão. Cantaram, conversaram, a paciente chorou e, em um determinado momento, perguntou o que a musicoterapeuta tinha para dizer a ela. Esta olhou em seus

olhos e perguntou o que a paciente gostaria de dizer a ela mesma. O choro veio com mais força, juntamente com a frase: "Que eu não tenho cura". A constatação e aceitação tinham ganhado espaço para a expressão, uma vez que em sua casa não havia espaço para esse diálogo. A musicoterapeuta acolheu a sua constatação e ficou num movimento mais de escuta, uma vez que era isso que não estava encontrando, mas precisando. Mas também, teve um movimento de confirmá-la dentro da sua dor e de uma morte iminente. Como já sabia de seu estado terminal, a canção Aquarela não foi escolhida por acaso. A musicoterapeuta trouxe essa canção por revelar que ela não tinha mais cura e que a morte é algo que vem para todos, que faz parte da vida. Ao final, quando foi solicitada uma canção para o próximo encontro, a paciente pediu a canção: Se eu quiser falar com Deus da autoria de Gilberto Gil. Naquele instante, a musicoterapeuta pode compreender que o coração da paciente estava mais aliviado e que o medo da morte tinha sido amenizado, e talvez até superado.

"Se eu quiser falar com Deus
Tenho que ficar a sós
Tenho que apagar a luz
Tenho que calar a voz
Tenho que encontrar a paz

...

Se eu quiser falar com Deus
Tenho que me aventurar
Tenho que subir aos céus
Sem cordas pra segurar
Tenho que dizer adeus
Dar as costas, caminhar
Decidido, pela estrada."

É dessa forma que a canção pode falar a respeito dos pacientes, pode ajudar a compreendê-los e, principalmente, eles a si próprios, dentro da situação em que estão vivendo. Nos momentos em que pa-

lavras não precisam ser ditas e nas quais nem se consegue dizê-las, as canções ampliam e “falam” a respeito deles e para eles.

Mensagens contidas nas canções podem providenciar suporte para necessidades internas e podem ajudar pessoas a processarem perdas e aflições. Canções podem evocar imagens prazerosas e podem provocar alegria.¹⁹⁰

Além de a canção atingir, transmitir e ampliar o indivíduo, justamente pelo seu caráter simbólico, também permite que os musicoterapeutas possam compreender seus pacientes, bem como o momento que estão vivendo, onde as palavras cantadas soam melhor e mais fáceis aos ouvidos, ao entendimento e ao coração.

Referências Bibliográficas

BAILEY, Lucanne Magill. The Use of Songs in Music Therapy With Cancer Patients and Their Families. In: *The Journal of the American for Music Therapy*. New Jersey – EUA, vol. 4, n. 1, 1984.

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

COMPLEXO. In: FERREIRA, A. B. de H. *Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

CONDE, Cecília. Orelha do livro. In: MILLECCO FILHO, Luis Antônio, BRANDÃO, Maria Regina Esmeraldo, MILLECCO, Ronaldo Pomponét. *É preciso cantar – Musicoterapia, cantos e canções*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

COSTA, Mauro Sá Rego. Prefácio. In: MILLECCO-FILHO, Luis Antônio, BRANDÃO, Maria Regina Esmeraldo, MILLECCO, Ronaldo Pomponét. *É preciso cantar – Musicoterapia, cantos e canções*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

190 *Ibid.*, 1984, p. 7.

KAST, Verena. A dinâmica dos símbolos: fundamentos da psicoterapia junguiana. São Paulo: Loyola, 1997.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, Sobre a morte e o morrer. 2ª tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LANGER, Suzanne K. Sentimento e forma. São Paulo: Perspectiva, 1953.

_____. Filosofia em nova chave. 2ª edição. São Paulo: Perspectiva, 1989.

MILLECCO FILHO, Luís Antônio, BRANDÃO, Maria Regina Esmeraldo, MILLECCO, Ronaldo Pomponét. É preciso cantar - Musicoterapia, cantos e canções. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

SAMUELS, Andrew. Jung e os pós-junguianos. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

SEABRA, Zelita. Tempo de Camélia - o espaço do mito. Rio de Janeiro: Record, 1996.

ULSON, Glauco. O método Junguiano. São Paulo: Ática, 1988.

WHITMONT, Edward C. A busca do símbolo: Conceitos básicos de Psicologia Analítica. São Paulo: Cultrix, 1969.

_____. Retorno da Deusa. São Paulo: Summus, 1991.