

# Revista Brasileira de Musicoterapia

REVISTA DA UNIÃO BRASILEIRA  
DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA



ISSN 2316-994X

ANO XI  
NÚMERO 9  
2009

## **EDITORIAL**

É com grande alegria que apresentamos a Revista Brasileira de Musicoterapia número 9. A realização dessa publicação é fruto de um grande esforço e do trabalho colaborativo de muitos: autores, pareceristas, comissão editorial, além do apoio das Associações Brasileiras de Musicoterapia e do secretariado da UBAM.

*Laize Guazina*

# MUSICOTERAPIA EM AÇÃO: PRIMEIROS MOVIMENTOS DA INVENÇÃO DE UMA PROFISSÃO

Marcello Santos<sup>\*</sup>  
Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro<sup>\*\*</sup>

## RESUMO

Como se inventa uma profissão? Como um coletivo produz esse tipo de emergência em uma rede sociotécnica? Quais seriam os actantes, os agenciamentos e as controvérsias envolvidas? Partindo de uma das maiores materialidades dessa rede, o Projeto de Lei 0025/2005, pretendemos mapear controvérsias, inscrições, porta-vozes e todos os dispositivos necessários para as contendas e disputas que performam o coletivo - musicoterapeutas. No que tange a profissão de musicoterapeuta, a porta de entrada, pelo meio e não pelo fim, como sugere Latour, nos leva a acessar o documento do Projeto citado, cujo texto e sua própria confecção são fontes de eventos controversos que nos mostrarão a reconfiguração rizomática e dinâmica do grupo ao qual queremos chegar. Quando os grupos se formam e se intitulam “categoria”, “classe” ou “profissão”, seus porta-vozes estarão dispostos a defini-los, mesmo que de forma precária: fronteiras, qualificações, reservas de mercado e jargões, marcando um território com sentido de tornar suas produções um pouco mais duráveis, até tornar o grupo inquestionável.

## PALAVRAS-CHAVE

Redes; Regulamentação; Musicoterapia; Psicossociologia.

## ABSTRACT

How a profession is made up? How this kind of emergency is produced by collective within socio-technical network? Who would be these actants, the agencies, the controversies involved? Setting out from one of the biggest materialities of this network, the Law Project 0025/2005, we intend to map out controversies, inscriptions, spokesmen and all the necessaries devices to the disputes that perform the music therapists collective. The “entrance”, as suggested by Latour, is the Project, whose texts and the confection itself are sources of controversial events that will show us a rhizomatic and dynamic configuration of the group we intend to reach. When the groups are performed and self called “category”, “class” or “profession”, their spokesmen will be willing to define them, although in a precarious form: frontiers, qualifications, market reserves and technical terminologies, indicating a territory in order to make their productions more lasting, until it becomes unquestionable.

---

\* Musicoterapeuta e psicólogo, Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social – EICOS/UFRJ. Contato: marcellosantos@hotmail.com

\*\* Doutora em Comunicação e Cultura, Professora e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social – EICOS/UFRJ.  
Contato: rosapedro@globocom

**KEYWORDS**

Networks; Professional Regulation; Music Therapy; Psychosociology.

Acompanhar, descrever, apontar. Com essa difícil missão e valendo-nos de algumas ferramentas latourianas, pretendemos cartografar os movimentos de constituição de uma profissão: musicoterapeuta. Em seu livro “Ciência em Ação”, Bruno Latour (2001) propõe um método dinâmico para estudar a ciência, não como um produto acabado, mas como efeitos de processos de construção, com história marcada não pelas descrições duras, mas por passionalidades, incertezas, escolhas, afectos, alianças, micropolíticas, acasos.

Uma pista inicial para o pesquisador com essa missão deve ser “descrever bem”. Para essa descrição satisfatória, faz-se necessário também escolher uma boa porta de entrada em seu objeto de estudo, um acesso em que este ainda não tenha se tornado uma verdade inquestionável, um fato ou, nas palavras de Latour, uma *caixa-preta*. A entrada pela porta dos fundos permitiria a percepção do fato em construção, como uma rede de materiais heterogêneos na qual contexto e conteúdo estão completamente indissociados, permitindo-nos um olhar estratégico através do qual as divisões modernas entre natureza e sociedade, sujeito e objeto possam ser problematizadas.

A rede é certamente uma ferramenta essencial nesse método etnográfico que não parte de configurações pré-determinadas, mas uma sobreposição de heterogeneidades cujo relevo sempre mutável nos cabe seguir. A matéria dessa rede consiste basicamente de controvérsias. Pensar em rede é poder verificar quanta energia, movimento e minúcias nossa narrativa pode capturar. Trata-se de um conceito que prepara o texto para abrigar o revezamento de atores como mediadores, sempre apoiada por uma descrição adequada, como veremos. É uma ferramenta para ajudar na descrição e na narrativa.

Neste trabalho, propomos enveredar nos meandros do que, em outra ocasião<sup>1</sup>, tratamos como produto “inquestionado”: a profissão de musicoterapeuta. Com a

---

<sup>1</sup>Em trabalho anterior, “Emergências em Saúde Contemporânea: A Experiência da Musicoterapia” (SANTOS, 2005), a Musicoterapia foi tratada como um artefato de uma rede contemporânea, uma inteligência coletiva fruto das conexões de humanos e não-humanos. Uma caixa preta deslocando-se por outra grande rede, mais potente, a Saúde Contemporânea.

metodologia latouriana, propomos investigar de que modo actantes humanos e não-humanos se agenciam para produzir essa profissão. Um dos desafios apresentados à investigação dessa profissão-rede é a desconstrução de um pensamento pronto, racional-moderno, do investigador.

Esta investigação torna-se particularmente relevante na medida em que o ano de 2008 foi marcado por duas comemorações históricas da Musicoterapia no Brasil: os 40 anos da fundação da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro (AMTRJ) e os 30 anos do reconhecimento do curso de Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário<sup>2</sup>. Foi também um ano de muitas expectativas, já que o Projeto de Lei 25/2005, que regulamenta o exercício da Profissão de Musicoterapeuta tramitou pelo Congresso e pelo senado e acabou vetado pela Equipe Jurídica da Casa Civil da Presidência da República. Em maio de 2009 acabou tendo seu veto mantido, no Congresso.

Seguindo a primeira regra metodológica de Latour, para nos aproximarmos desse “bando” como “coletivo”, devemos buscar as controvérsias. Um primeiro lugar que podemos eleger para vermos essa “heterogeneidade em ação” seria a lista de *e-mails* musicoterapia.com.br, criada para agilizar a circulação de informações, diminuir espaços e “formar uma rede de musicoterapeutas”. Trata-se de um fórum virtual de debates sobre a profissão – questões práticas e teóricas passariam por ali, numa espécie de estratégia de robustecimento do campo e criação de uma categoria. Assim sendo, os fatos terão destinos associados a seus multiplicadores, humanos ou não-humanos.

Essa lista acabou por se tornar um pequeno mural virtual de recados pessoais, protestos, reclamações contra as entidades, informações de *shows*, *workshops*, eventos sociais, não menos importantes, mas que “traíram” (traduziram) a finalidade também tecnocientífica do grupo, objetivo primeiro de sua criação. Em alguns momentos, surgem polêmicas até clássicas. Narro aqui um dos momentos em que uma delas reemergiu, produzindo uma discussão incessante quanto ao campo ao qual pertenceria a Musicoterapia – Saúde ou Música? Ironicamente, uma discussão que reforça a tendência defendida por

---

<sup>2</sup>Apesar da não-regulamentação da profissão, os cursos de graduação e pós-graduação em Musicoterapia são reconhecidos pelo MEC.

alguns de que nenhuma nova profissão deveria ser regulamentada, pois já existiriam grandes campos de conhecimento em que cada novo campo poderia (e deveria) ser inscrito.

A questão principal, relativa à área à qual pertencem os musicoterapeutas é também um problema oficial. Os órgãos de fomento de pesquisa e o Conselho Nacional de Saúde não conseguem trabalhar com híbridos tão visíveis, que são definidos como “outros”. Não há nesses espaços ainda a lógica do “e”. A então presidente da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro (AMTRJ) apontava para um olhar estratégico. Questionava a inserção no campo de Saúde, no sentido da disputa direta que os musicoterapeutas teriam com alguns rivais poderosos: Medicina, Biologia, Genética, Farmácia, para citar alguns. Nessas disputas, os musicoterapeutas seriam sempre remetidos para o fim da fila! A área da Música, apesar de pouco privilegiada em termos de recursos, ofereceria uma disputa mais justa, mais possível, mais identificável. Acrescentamos a isso que não é à toa que as faculdades de Musicoterapia, no Brasil, estão, em 99% dos casos, em instituições de música. Nessa controvérsia, a Musicoterapia alista seus aliados no enfrentamento das práticas hegemônicas do campo da Saúde.

Esse comentário nos desvia para uma deriva importante que a Musicoterapia toma (ou, como diria Latour, é levada a tomar) na localização do espaço pretendido por ela. Os discursos e as práticas em Musicoterapia são atravessados por aqueles provenientes da área da Saúde. Deixemos por hora essa questão e voltemos à pista principal de nosso trabalho, pela qual trafegam mais controvérsias e outras tantas redes poderosas.

Outra importante controvérsia é a querela entre especialistas (pós-graduados) e graduados, que ganha particular relevo por ocasião de um concurso público de 2001, realizado pela Prefeitura do Rio de Janeiro. Coletivos são constituídos também por afetos<sup>2</sup>. Em meio ao processo seletivo na fase das provas de títulos, eclode a grande polêmica: segundo a redação do edital do concurso, os especialistas, formados em outras áreas e habilitados a exercer a profissão por conta do curso de pós-graduação em Musicoterapia, ganharam pontos adicionais por possuírem esta pós-graduação. Isso criou inimizades, rugas, rancores, questionamentos: “rachou” a classe. Há a perspectiva de que assim

---

<sup>2</sup> Não custa lembrar que, por ocasião da abertura do concurso, o prefeito do Rio de Janeiro era Luiz Paulo Conde, irmão de Cecília Conde, introdutora da Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário.

também será após a regulamentação<sup>3</sup>. Enquanto ela não acontece, gera-se mais uma polêmica no campo. Os concursos atuais têm tido mais cuidado com isso. A estratégia de alistar mais aliados transforma-se em burburinho entre os já alistados. Forma-se uma espécie de “categoria heterogênea”, que envolve diferentes musicoterapeutas:

a) Práticos – Musicoterapeutas profissionais (educadores musicais e músicos – com nível superior) que jamais tiveram formação acadêmica e que já atuavam no Brasil bem antes dos cursos reconhecidos pelo MEC surgirem. Após a regulamentação da profissão terão de comprovar pelo menos cinco anos de prática para serem intitulados musicoterapeutas, de acordo com o vetado Artigo 3º do Projeto de Lei 25/2005.

b) Graduados - Profissionais formados pelos cursos de graduação em Musicoterapia. É o grupo que gera maiores movimentos purificadores, insatisfeitos com tantas impurezas na “classe”.

c) Pós-Graduados – Profissionais de áreas afins que, ao fim do curso, tornam-se especialistas em Musicoterapia. Trata-se de uma estratégia de alistamento de muitos profissionais que já transitam na área da Saúde, Educação e Música, utilizando a música como ferramenta terapêutica. Ao mesmo tempo, são multiplicadores que, quer em pesquisas, quer em aspectos interdisciplinares desse campo, estarão popularizando e trazendo mais aliados (ou contendores) para “a grande batalha”.

d) Amadores – Músicos que já perceberam a potência terapêutica da música, mas desconhecem seus efeitos iatrogênicos, não fazendo especificamente Musicoterapia, mas uma atividade terapêutica musical.

Não há como avançar sem tecer alguns conceitos latourianos que devem ser mencionados para o sucesso de nossa descrição. O primeiro deles é o de *laboratório*. Latour propõe, com esse conceito, a existência de uma consistência nos fatos, baseada em textos técnicos, experimentos, teorias, leis, o forro do lado de dentro. Esse forro ganha mobilidade através dos *dispositivos de inscrição*, que se referem a todo tipo de transformação em uma materialidade, em uma estatística, um instrumento, um artigo. Mais tarde, isso será importante nas traduções “de dentro para fora”.

---

<sup>3</sup> Com a regulamentação, apenas graduados e pós-graduados até a data da mesma terão o título de musicoterapeuta e o curso de especialização, nos moldes atuais, não terá mais a função de habilitar ao exercício da profissão.

A capacidade de trabalhar num laboratório com colegas dedicados depende do grau de sucesso que os outros cientistas têm na obtenção de recursos. (...) esse sucesso, por sua vez, depende do número de pessoas já convencidas pelos cientistas de que o desvio pelo laboratório é necessário para promover seus próprios objetivos (...) uma translação ambígua entre os interesses dos cientistas e os de outras pessoas (LATOUR, 2000, p. 259).

Aqui somos levados a nos desviar de nosso raciocínio (ou será que as redes nos remetem a questões mais imediatas?): é preciso falar das representações da “classe”, das entidades<sup>4</sup>, criadas para solucionar ambigüidades, no rumo do reconhecimento e da regulamentação. Algumas associações são oficializadas (firmadas em cartório, dotadas de CNPJ), ao passo que a União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) não existe, não é legalmente reconhecida. Trata-se de um colegiado, de um tácito acordo de cavalheiros (e damas, principalmente), que surge como forma de articulação e controle da ainda candidata a profissão pelo país, não como órgão de fiscalização, mas como regente e controlador de um coletivo, suas ações e discursos, que não legisla e seu poder deliberativo é exercido dentro de muitos limites estabelecidos dentro da carreira. Daí a dificuldade de certos musicoterapeutas em entender como a UBAM não resolve certas pendengas como a que envolve o Conselho Nacional de Saúde – que não reconhece oficialmente a Musicoterapia como um campo da Saúde, apesar de suas amplas contribuições na História da Saúde Mental no Brasil, principalmente no Serviço Público de Saúde. A UBAM representa, mas depende amplamente das ações locais. Mas, como chegaremos à visualização desse coletivo?

Latour (2005) nos dá boas pistas sobre do quê é feito o coletivo. Para começar, é constituído por humanos e não-humanos, o que nos faz repensar todo um trajeto de inferências e lógicas baseadas em ações humanas. É preciso elencar os não-humanos, os dispositivos de inscrição (documentos, experimentos, técnicas, artigos, relatórios), a internet, os projetos de lei que tentam se articular ao Estado e à Sociedade para o

---

<sup>4</sup> Regionalmente, há várias associações, sendo a mais antiga a AMTRJ (Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro) que data de 1968. Temos outras associações importantes, como a APEMESP (de São Paulo – capital), AGAMUSI (do Rio Grande do Sul), SGMT (Sociedade Goiana de Musicoterapia) e a AMT/PR, para citar algumas organizações locais. Para efeito de redução de dificuldades da categoria fragmentada pelas distâncias físicas e pelos diversos encaminhamentos da profissão localmente, cria-se em 1995 a UBAM, União Brasileira das Associações de Musicoterapia, para ser uma entidade nacional que englobasse e globalizasse as associações locais

reconhecimento e regulamentação da profissão. Focamos então em como esse coletivo pode ser construído, a partir de suas traduções ou translações, expressão que traduz a dinâmica mudança de lugar e de configuração.

Controvérsias levam a escolhas, opções, caminhos e... encruzilhadas. Sabemos que a ação é importante na construção do ato, mas sua circulação está vinculada aos multiplicadores dessa informação-afirmação sobre os quais tem pouco controle. Isso porque um ator não apenas age, ele é levado a agir. Segundo Latour (2005), não deveríamos pensar em termos de um ‘determinismo social da ação’, ou do ‘poder do inconsciente’, mas da *sub-determinação da ação*, advinda das incertezas e das controvérsias sobre “quem” e “o quê” está agindo quando “nós” agimos. Devido à complexidade dessas ações, Latour sugere uma atenção à tradução, “a interpretação dada pelos construtores dos fatos aos seus interesses e aos das pessoas que eles alistam”, a fim de “controlar o comportamento delas para tornar previsíveis suas ações” (2000, p.178). Vejamos algumas de suas estratégias.

De que formas musicoterapeutas podem transformar uma afirmação em um fato? Uma primeira resposta seria “encontrando elementos humanos e não-humanos que ‘vistam a camisa’”.

Em 1968, surgiu o primeiro curso de Musicoterapia, em nível de especialização. Tinha duração de um ano, o que não lhe conferia *status* de pós-graduação. Situava-se no atual Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro<sup>7</sup>. Forma inicial de se estabelecerem cabeças de ponte, esse curso proporcionou as primeiras contribuições ao campo, trazendo para seu campo profissionais diversos da área de saúde. Desde 1965, a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) já possuía esse trabalho dentro de sua proposta multidisciplinar, apesar de seus profissionais estarem inseridos em outra categoria de musicoterapeutas tão polêmica (mas menos numerosa) quanto os especialistas: os práticos, questão que por ora será posta de lado para podermos chegar ao objetivo dessa análise. Apenas no ano de 1972 surge, no Conservatório Brasileiro de Música (CBM – CEU), o primeiro curso de graduação no Brasil<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> No mesmo campus, no mesmo ano, formava-se a primeira turma de psicólogos no Instituto de Psicologia da UFRJ.

<sup>8</sup> Alguns anos antes, no Paraná, surgia a primeira pós-graduação em Musicoterapia.

Quanto mais esse embate fervilha no coletivo, mais a Musicoterapia vai se robustecendo na direção de se tornar uma caixa-preta. E mais híbridos aparecem também, mais alunos de pós-graduação vindos de áreas afins são alistados, alimentados e treinados, para, em contrapartida, multiplicarem esse novo saber em forma de novas traduções através de pesquisas, *workshops*, artigos, debates, cursos de extensão, clínicas, palestras, mestrados e doutorados. Trata-se de porta-vozes de esclarecimentos e... Controvérsias! Quando a afirmação passa de uma mão para outra, logo se dá a tradução/traição – deslocamento de interesses.

Essa é a forma também como os maiores veículos de divulgação de informação da Musicoterapia, que são as listas públicas na internet (tanto da UBAM quanto das associações locais) incorporam em suas linhas não-musicoterapeutas, musicoterapeutas não-associados ou distantes do mercado, curiosos, buscando virtualmente os simpatizantes, a sociedade, os passantes (ou navegantes) que ainda não conhecem o produto. Esse “caldo” sugere uma segunda forma de tradução, a de tradução como tradição, também, no sentido de transmissão de interesses.

Tirar as pessoas, os “passantes” de seu caminho habitual para que tomem um caminho diferente é tarefa árdua. Órgãos de fomento ignoram a Musicoterapia, a sociedade desconhece o campo. Como operacionalizar sua visibilidade? As agências que fomentam as pesquisas estão mal-aparelhadas de pessoal e instrumentos para receber em suas listas campos de composição complexa, que requerem menos simplificações que campos “objetivos” de formulários. Em poucas palavras: muitos são os obstáculos, inclusive burocráticos, que tornam difícil a visibilidade e sua inteligibilidade.

Uma forma muito comum de estratégia de popularização da Musicoterapia tem sido ganhar as ruas: caminhadas, passeatas, trotes em forma de desfiles de blocos de carnaval, panfletagens, shows, colhimento de assinaturas de adesão à regulamentação tornam-se ações de corpo-a-corpo tanto controversas quanto instigantes. Quem são as pessoas que devem ser desviadas de seus caminhos para conhecer a Musicoterapia?

Enquanto escrevemos em meio a pequenos arroubos de frustração, ansiedade e teimosa esperança, lembramos também de musicoterapeutas que entram em instituições para fazerem um trabalho *estritamente* musical (o termo *Musicoterapia* sugere questões

relacionadas à loucura, ou doença e causa resistências e incompreensões) e acabam tirando proveito da música como agente terapêutico, promovendo atividades produtoras de saúde, nas relações pessoais e institucionais. Num rápido exemplo, cito a participação de musicoterapeutas e músicos na Fundação Leão XIII, no Projeto “Arte Pelos Caminhos”, ação que fusionou em suas diversas unidades atividades como encontros semanais entre funcionários, usuários, aulas, blocos de carnaval, festas, grupos de percussão, oficinas, teatro que, costuradas pela música, tornavam-se também meios da chamada “reabilitação social”. Um trabalho tecido por música e Musicoterapia. Nesse formato (e a duras penas) conquistou-se espaço na instituição<sup>9</sup>.

Não há no nosso exemplo uma mudança brusca de trajeto, mas a incorporação da Musicoterapia como intervenção pertinente, pertinência essa avaliada por nossos alvos de alistamento. Isso encaminha nossa argumentação a uma terceira forma de alistamento, num recuo estratégico que evita o combate direto com opositores muito mais fortes e poderosos.

Sendo assim, pertinências, afetos, simpatias, fundamentação teórica, interdisciplinaridade, humanização, relaxamento, qualidade de vida, show, musiquinha, antiestresse, bandinha, coro, apresentação musical, aprendizagem e tantas outras palavras alistam adversários importantes para a luta. A Musicoterapia é vista também como técnica de decodificação das ininteligibilidades, evento muito comum no dia-a-dia das pessoas envolvidas em serviços de saúde.

Porém, há alguns alertas a fazer: “Comunhão de interesses é resultado de uma difícil e tensa negociação que pode desfazer-se em algum ponto” (LATOURE, 2000, p. 185). Há um contrato implícito: o desvio deve ser pequeno. De que forma musicoterapeutas o fazem? Adotando para si os discursos hegemônicos, institucionalizando-se, cristalizando-se; muitas vezes usando a multifacetada música para envolver a instituição, angariar simpatias, ciúmes e antipatias, e resolver entraves. Alguns riscos são bem conhecidos: a desqualificação pretensamente fundamentada por parte de outros campos rivais, a invisibilidade da prática

---

<sup>9</sup> Faz-se importante notar que boa parte desse sucesso se deveu a negociações institucionais entre o Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário (CBM-CEU) e o Governo do Estado do Rio de Janeiro, mesmo envoltas em um contexto neoliberal que esvazia o Estado. É fundamental o alistamento de instituições de grande porte. Por questões de uma outra política, o projeto “Arte Pelos Caminhos” foi desfeito. Outros interesses mais fortes foram impostos, verbas mudaram de mãos e sentidos e o contrato não foi renovado. O CBM-CEU, como instituição de pequeno porte, não conseguiu garantir a manutenção do projeto.

terapêutica dentro da instituição, lobbies corporativistas, reserva de mercado, resistências as mais variadas.

A quarta estratégia de tradução não é menos difícil, e exige uma dose importante de articulação política. Lida com os interesses explícitos dos alistados, mais controvérsias e histórias passionais. É preciso persistência e maleabilidade para se construir um campo, tornar a Musicoterapia um fato.

O primeiro movimento na redução de controvérsias é o deslocamento dos objetivos. Criam-se problemas comuns. Quando o grupo que está sendo convocado não sente o caminho bloqueado, ou seja, não se deixa convencer pela argumentação dos musicoterapeutas, é importante que se configure um novo cenário, propondo também que tome para si um novo problema. O significado de um objetivo pode ser compreendido de muitas formas.

Para a garantia de sucesso nessa empreitada, os musicoterapeutas necessitarão não somente deslocar, mas criar novos objetivos, correspondentes a novos problemas. Cito como exemplo os discursos em voga nas mais diversas áreas, que respaldam a pertinência, a adequação. É uma espécie de criação de demanda a partir de interpelações muito claras, como a crise do paradigma medicalizante, a humanização em saúde, a interdisciplinaridade, as tecnologias leves<sup>11</sup>. Mensagens de esperança em território inóspito, hostil, infértil, pela finitude dos saberes e a inabilidade diante dos desafios contemporâneos. São alistados a partir das demandas. Afinal, qual soldado luta realmente por uma questão pessoal?

Alistadas novas demandas e novos objetivos, é preciso agora se inventar novos grupos: pacientes, profissionais de saúde, trabalhadores de saúde, mais artigos, mais publicações especializadas em saúde, neonatologia, saúde mental, música, contemporaneidade, associação de portadores de Alzheimer, etc. A ação de criação de grupos tem seus riscos. Pode ainda haver desconfiança, traduções são sempre arriscadas. Ainda é preciso mais um movimento estratégico, um que garanta que as mudanças sejam “naturalizadas”, tornando o desvio invisível, progressivo, garantindo a indispensabilidade da Musicoterapia.

---

<sup>11</sup>Conceito de Emmerson Mehry, relativo a novas práticas e saberes que surgem para um “up grade” das práticas e saberes instituídos, como uma espécie de possibilidade de sobrevivência dos mesmos (MEHRY, 2002).

Chegamos aqui à quinta tática de negociação. “Não é mais possível dizer quem é alistado e quem está alistando, quem está saindo do próprio caminho e quem não está” (Latour, 2000, p.194). A questão é relativa à dissolução do mérito. A produção é coletiva. Quem inventou a Musicoterapia? : “(...) para que não haja confusão, devemos distinguir, de um lado, o recrutamento de aliados para a construção coletiva de um fato (mecanismo primário) e de outro, as atribuições de responsabilidade (mecanismo secundário) àqueles que fizeram a maior parte do trabalho” (Idem, p.195). Saber quem segue ou quem é seguido, realmente não importa.

Por aqui nosso trabalho se esgota como um primeiro ato, o ato em que o coletivo produz a Musicoterapia, antes que se estabeleça como coletivo. Fecha as cortinas fervilhando em conexões, escolhas, rumos. As controvérsias vão se tornando mais densas e numerosas, os criadores de métodos e técnicas, autores recorrentes que buscam disciplinar o campo, lideranças e os musicoterapeutas da primeira agora buscam o lugar na história e tornam-se referência para os mais novos. Campo muito recente, já fez escolhas importantes. Por enquanto fica um primeiro ato, um movimento dentre muitos que tecem essa profissão. Esta conclusão, radicalmente provisória, portanto, aponta para os efeitos das sobreposições de heterogeneidades e as estratégias de tradução em um campo que quer se tornar profissão.

Entendemos que, para produzir uma cartografia interessante – no sentido de que possa também interessar a outros –, buscamos acompanhar as estratégias de tradução envolvidas nas controvérsias, de modo a não partir de soluções ou categorizações *a priori*, e pudéssemos seguir o relevo produzido pelos atores. Esperamos poder seguir outros movimentos, configurar a saída de “dentro” para o lado de “fora”, acompanhar o fechamento dessas e de outras controvérsias. É sempre bom também lembrar o quanto esses movimentos são impossíveis de prever, dada a inconstância e a fragilidade dessas redes, sua capacidade incessante de reconfiguração – o que torna o trabalho mais desafiador, mas, nem por isso, menos interessante.

As reconfigurações não param. O Projeto de Lei, que outrora tramitou no Senado visando regulamentar a profissão de musicoterapeuta, recebe a confirmação do veto em maio de 2009. Nosso mapeamento segue agora novas inscrições, novas controvérsias, novos aliados, mapeia novos movimentos. Provavelmente um novo projeto em meio a

novas regras que incluem desregulamentações e não-regulamentações. Fazendo conexões com essas novas regras, um coletivo continua tramando. Trata-se do orto de uma profissão. Estranha e encantadora.

## REFERÊNCIAS

LATOUR, B. **Reassembling the Social**: an introduction to actor-network-theory (Clarendon Lectures in Management Studies). 1st edition. Oxford, NY: Oxford University Press, 2005. 312p.

\_\_\_\_\_. **A Esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. 1ª edição. SP: EDUSC, 2001. 372 p.

\_\_\_\_\_. **Ciência em Ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. 1ª edição . SP: UNESP, 2000. 440 p.

MERHY, E.E.. Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde In: MERHY, E.E. ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 2002. p. 71-112.

SANTOS, M. **Emergência e Saúde Contemporânea**: a experiência da musicoterapia. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social – Programa EICOS do Instituto de Psicologia da UFRJ, RJ, 2005. 97 f.

## INTERFACES ENTRE MUSICOTERAPIA E BIOÉTICA

José Davison da Silva Júnior\*  
Leomara Craveiro de Sá\*\*  
Maria Márcia Bachion\*\*\*

## RESUMO

Este artigo origina-se de uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Música da Universidade Federal de Goiás. Com base nas discussões sobre os princípios da não-maleficência e beneficência, propõem-se aproximações da Musicoterapia com a Bioética, focalizando o principialismo. Em decorrência desse estudo, foi apresentado e discutido o termo “erro musicoterápico”, objetivando-se apontar elementos que devem ser considerados pelo profissional musicoterapeuta, no sentido de se evitar que experiências musicais tornem-se iatrogênicas no contexto clínico musicoterápico.

## PALAVRAS-CHAVE

Musicoterapia; Bioética; Principialismo; Iatrogenia.

## ABSTRACT

This article comes from a research conducted at the Music Post Graduate Program in the Federal University of Goiás. Based on the discussions on the principles of non-maleficence and beneficence, it proposes approaches of Music Therapy with Bioethics focusing principlism. As result of this study, was presented and discussed the term “music therapeutic error”, aiming to point out elements that should be considered by the professional music therapist in order to prevent musical experiences become iatrogenic in the clinical of Music Therapy.

## KEYWORDS

Music Therapy; Bioethics; Principlism; Iatrogeny

*Introdução*

Este artigo originou-se de uma pesquisa financiada pelo CNPq, defendida em 2008 junto ao programa de pós-graduação *stricto sensu* em Música da Universidade Federal de Goiás. Intitulada ‘A utilização da música com objetivos terapêuticos: interfaces com a Bioética’, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar, à luz das teorias da Musicoterapia e da Bioética, a utilização da música com objetivos terapêuticos em diferentes contextos clínicos da área da Saúde, incluindo a prática musicoterápica.

---

\* Mestre em Música/subárea Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás – UFG; Musicoterapeuta e Educador Musical. Contato: davisonjr@bol.com.br

\*\*Doutora em Comunicação e Semiótica/PUC-SP; Professora-pesquisadora vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Música; Conselheira no Conselho Estadual de Educação do Estado de Goiás; Musicoterapeuta Clínica. Contato: leomara.craveiro@gmail.com

\*\*\*Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP; Professora Titular da Universidade Federal de Goiás, vinculada a Faculdade de Enfermagem. Contato: mbachion@fen.ufg.br

É notório que, mesmo no contexto da Musicoterapia, podem ocorrer iatrogenias, dependendo da forma como é utilizada a música, ou seja, como são desenvolvidas as experiências musicais/musicoterápicas. O musicoterapeuta, em sua formação, recebe conhecimentos específicos de música aplicada à terapia. Isso, certamente, faz com que diminuam muito as possibilidades de erros relacionados à utilização da música naquele contexto, porém, não isenta o musicoterapeuta de cometer impropriedades em sua profissão.

Propõe-se, aqui, uma discussão sobre o princípio da não-maleficência e beneficência, no que se refere à ocorrência de iatrogenia na Musicoterapia. Para tanto, cunhamos o termo “erro musicoterápico”, com base nos preceitos já existentes sobre o erro médico. Por fim, a título de ilustração, será apresentado um breve estudo sobre a prática clínica de uma musicoterapeuta.

### *Interfaces da Musicoterapia com a Bioética*

De início, a Bioética tratou especificamente da prática médica e das pesquisas envolvendo seres humanos. Entretanto, sua área de abrangência ampliou-se para discussões sobre a vida e a saúde humana de forma mais geral. Neste trabalho, pretende-se estabelecer relações entre Musicoterapia e Bioética. Tal proposta justifica-se devido ao fato de existirem questões da prática clínica musicoterápica que requerem reflexões e ações que muito se aproximam dos preceitos da Bioética. Respeito à dignidade da pessoa humana e a tomada de decisões sobre dilemas éticos e morais são algumas dessas questões. Na concepção de Constantino (2006, p. 7),

a Bioética é um campo de estudo, reflexão e produção de práticas éticas na área da saúde que vem passando por grandes transformações ao longo dos mais de 40 anos de seu surgimento e progressiva consolidação. Atualmente, constitui terreno de reflexão transdisciplinar e plural, envolvendo o conhecimento de diversas áreas e buscando responder aos imperativos do contexto social no que se insere.

Tomando como ponto de partida a corrente principialista da Bioética, apresenta-se, a seguir, cada um desses princípios: da autonomia, da justiça, da não-maleficência e da beneficência, procurando estabelecer interfaces com a prática da Musicoterapia. É importante destacar que o principialismo é uma das teorias da Bioética, mas não é a única. A partir da década de 1990 surgiram outras abordagens como o contextualismo, o

feminismo, o contratualismo, o naturalismo, entre outras (DINIZ; GUILHEM, 2002).

O princípio da autonomia decorre da doutrina do respeito à dignidade do homem e seus direitos fundamentais. A autonomia significa a capacidade que alguém tem para tomar decisões em seu benefício. Baseado neste princípio, o paciente não pode ser mais um meio para se alcançar algum objetivo. Este princípio relaciona-se com o princípio da dignidade da pessoa, no qual a pessoa é vista como um fim, e não como um meio de satisfação pessoal de algum profissional da saúde, como ocorria no passado nas pesquisas envolvendo seres humanos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Em decorrência do Julgamento de Nuremberg, no qual algumas pessoas foram julgadas por realizarem pesquisas em seres humanos sem nenhum respeito por sua dignidade, durante a Segunda Guerra Mundial, e também com a divulgação das pesquisas realizadas nos campos de concentração, passou-se a exigir o consentimento informado para o paciente ou o sujeito da pesquisa. O consentimento informado é definido como uma autorização autônoma e capaz de uma pessoa que, compreendendo tudo o que vai acontecer no tratamento ou na pesquisa, a partir das informações fornecidas, consente em participar como paciente ou sujeito da pesquisa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Na Musicoterapia, o princípio da autonomia manifesta-se quando o musicoterapeuta busca o consentimento do paciente para realizar o tratamento. O consentimento é fornecido quando há informações claras do profissional sobre o processo musicoterápico e, então, o paciente, ou o seu responsável, concorda com o tratamento após ter conhecimento no que consiste, claramente, tal tratamento.

Outro aspecto que deve ser dito a respeito do princípio da autonomia e Musicoterapia é o respeito pelo gosto musical do paciente. Cada paciente é único e possui uma realidade de vida que o levou a apreciar determinados estilos de música. O terapeuta não pode impor suas preferências musicais, mas sim escolher o repertório a ser utilizado nas sessões musicoterápicas, considerando a individualidade de cada paciente e os objetivos terapêuticos pretendidos, em respeito à sua integridade e singularidade.

Os direitos iguais ao acesso dos serviços de saúde, em respeito à dignidade da pessoa humana é à base do princípio da justiça, segundo Beauchamp e Childress (2002). Toda pessoa deve receber, pelo menos, os serviços básicos de saúde.

No contexto do atendimento musicoterápico, o princípio da justiça refere-se à justa disposição de recursos e tratamento dados a cada paciente. Dividir igualmente os recursos entre todos, de forma apropriada. É importante que o musicoterapeuta utilize todos os recursos necessários no processo musicoterápico. Todos os pacientes têm direito aos procedimentos técnicos e recursos materiais, independentemente de sua cor, raça, religião, gênero ou condição social. Devem-se considerar, sim, suas reais necessidades no campo da saúde física e mental no momento de disponibilizar tais recursos. Portanto, o princípio da justiça deve ser considerado, principalmente, quando são desenvolvidos trabalhos sociais, com pessoas excluídas, que se encontram à margem da sociedade, a fim de que sejam dadas a essas pessoas as mesmas condições por ocasião de seus atendimentos.

O princípio da não-maleficência conduz-nos à obrigação de não causar dano aos pacientes. Invoca-se a máxima “*Primum non nocere*: acima de tudo, não causar dano” (KIPPER; CLOTET, 1998, p.37). De acordo com Beauchamp e Childress (2002), para definir o que seja o princípio da não-maleficência, são empregados alguns conceitos como prejuízo, que significa “contrariar, frustrar ou pôr obstáculos aos interesses de alguém” (p.214); lesão, que “envolve violar os direitos de alguém” (p.213); e dano, cuja definição concentra-se no dano físico, sem desconsiderar outros tipos de dano.

Os benefícios e as desvantagens de um tratamento surgem como questões tratadas no princípio da não-maleficência. Às vezes, é preferível não iniciar um tratamento, uma vez que os malefícios podem ser maiores que os benefícios.

Como o principal instrumento de trabalho do musicoterapeuta é a música, compreendemos que o destaque a ser dado a respeito do princípio da não-maleficência na Musicoterapia é a consciência do potencial da música e de sua aplicação, evitando, assim, causar dano ao paciente. É de extrema importância que o musicoterapeuta “conheça” o paciente, suas preferências musicais, seu estado patológico e suas queixas, a fim de que a música não provoque nenhum dano físico, psicológico e/ou mental. Além de conhecer muito bem o paciente, o musicoterapeuta precisa ter domínio do seu instrumento de trabalho, ou seja, da música e sua aplicação científica, visando o bem estar do paciente.

O princípio da não-maleficência exige que não seja causado dano ao paciente. No princípio da beneficência, entretanto, exige-se uma atitude positiva de beneficiar

alguém ou agir de forma a prevenir um dano. O princípio da não-maleficência envolve uma abstenção, enquanto o princípio da beneficência requer uma ação (KIPPER; CLOTET, 1998).

No princípio da beneficência, a essência é beneficiar alguém. Toro (2000) apresenta as consequências do princípio da beneficência na Musicoterapia. Para o autor, o musicoterapeuta está obrigado eticamente a evitar o mercantilismo; evitar trabalhar sozinho e buscar a integração com outros profissionais da saúde; buscar a supervisão de seu trabalho e, ainda, manejar eticamente todas as técnicas e habilidades inerentes à profissão.

Para aprofundar mais a discussão sobre o princípio da beneficência, no que se refere a prevenir algum dano ao paciente, será apresentado, a seguir, concepções sobre erro médico e iatrogenia, visando o desenvolvimento de um conceito denominado “erro musicoterápico”.

#### *Erro musicoterápico: um conceito em construção*

Um tema importante que surge dentro das questões levantadas pela Bioética é o erro médico, no qual ocorre a iatrogenia por uma falha do médico. O erro médico, portanto, é definido como sendo “a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência” (GOMES; FRANÇA, 1999, p.25).

A iatrogenia é uma palavra composta, de origem grega, que significa *iatrós* (médico) e *genos* (geração) mais *ia*. Fugindo da etimologia da palavra, este conceito estendeu-se e refere-se não apenas aos atos do médico, mas também aos atos dos demais profissionais da saúde (MORAES, 1991).

A imperícia é definida por Gomes (1994, p.140) como “falta de observação das normas técnicas, por despreparo ou insuficiência de conhecimento”. A imprudência acontece “quando o médico por ação ou omissão assume procedimentos de risco para o paciente sem respaldo científico ou, sobretudo, sem esclarecimentos à parte interessada”. O médico age sem a devida cautela e expõe os seus pacientes a riscos desnecessários. A negligência ocorre quando o profissional “trata com descaso ou pouco interesse os deveres e compromissos éticos com o paciente e até com a

instituição”. Caracteriza-se pela inação, indolência, inércia e passividade. A imprudência caracteriza-se por uma ação, enquanto a negligência por algo que deixou de fazer (MARTIN, 1994).

Pode-se relacionar a negligência e a imprudência com o princípio da beneficência e o princípio da não-maleficência da Bioética. Na negligência, o médico é responsável porque deixou de fazer algo, quando deveria ter feito. Esta obrigação de fazer está relacionada ao princípio da beneficência, no qual se exige que o profissional faça alguma coisa, tenha uma atitude positiva para prevenir um dano. Na imprudência, o médico praticou algum ato que não deveria ter feito. Exigia-se que ele não causasse dano ao paciente. Esta obrigação de não causar dano ao paciente é a expressão do princípio da não-maleficência. A partir do conceito de erro médico, foi proposto o termo “erro musicoterápico”, como aquele ato causado pelo musicoterapeuta no exercício de sua profissão, que gera um dano ao seu paciente, causado por imperícia, imprudência ou negligência.

Na literatura da Musicoterapia, em português, encontram-se poucas referências específicas à iatrogenia no contexto musicoterápico. Benenson (1985), bem como Craveiro de Sá (2003), advertem que não sejam deixadas crianças autistas ouvindo músicas sozinhas, pois isto pode tornar-se um elemento iatrogênico. Barcellos (2004b) explica que o uso de aparelhagens eletro-eletrônicas, como o teclado, “pode ter um efeito iatrogênico se o musicoterapeuta não utilizá-lo como ponto de partida para introduzir-se como pessoa” (p. 124). Isto deve-se ao fato de que o uso do teclado pela criança autista sozinha pode levá-la a um maior isolamento. É preciso que o instrumento seja usado para um fazer musical, ou seja, musicoterapeuta e paciente interagindo, juntos, através da música e/ou de seus elementos. Millecco (1997) levanta um questionamento sobre a utilização de um repertório familiar ao paciente que, massificado pela indústria cultural, seria iatrogênico, uma vez que o paciente não teria uma identidade sonora, um repertório próprio, escolhido por ele mesmo. Ele seria induzido pela mídia a ter o gosto musical que ela impusesse, através dos meios de controle como rádio, televisão, shows etc.

Transpondo algumas concepções sobre o erro médico para o erro musicoterápico, pode-se relacionar a imperícia à falta de conhecimentos específicos do profissional musicoterapeuta no exercício de sua profissão. Ou, ainda, ao acobertamento

do exercício da profissão por pessoas não habilitadas.

A formação do musicoterapeuta é híbrida. Está contida na área da música e da saúde. Por isso, é fundamental que o profissional desta área saiba música e recolha informações pertinentes da vida pessoal e clínica do seu paciente. Assim, se o musicoterapeuta não sabe música e/ou não conhece particularidades da vida pessoal e clínica do paciente, não terá perícia para atuar na profissão.

Além de questões relativas à formação do musicoterapeuta, que caracterizam a imperícia, outras questões aparecem para definir outra modalidade do erro musicoterápico, ou seja, a imprudência. A imprudência ocorre quando o musicoterapeuta executa procedimentos em sua prática, sem respaldo científico ou sem esclarecimento ao paciente ou ao seu responsável. O musicoterapeuta coloca seu paciente em risco. Ressalta-se a importância da pesquisa científica para dar fundamentação ao exercício da musicoterapia. É possível que o musicoterapeuta utilize uma música e não conheça o potencial clínico dela naquela situação clínica e/ou não conheça a história sonora do paciente, para saber como ele irá reagir durante a exposição àquela música.

Por fim, há a negligência como a última das três modalidades que expressam o erro musicoterápico. A negligência se dá no momento em que o musicoterapeuta age sem responsabilidades para com seu paciente e/ou também para com a instituição onde trabalha. A imprudência pode ocorrer por uma ação, enquanto a negligência por uma omissão ou inação.

Por meio de uma pesquisa qualitativa, Barcellos (2004a) identificou as ações, reações e inações como mecanismos de atuação do musicoterapeuta. Dependendo do objetivo que o musicoterapeuta quer alcançar, as ações do musicoterapeuta poderão ser assim caracterizadas: conduzir um relaxamento, conduzir um aquecimento ou apresentar propostas de atividades musicais/musicoterápicas. Já as reações do musicoterapeuta ocorrem em resposta a uma atuação do paciente. São apontadas como reações: interagir com o paciente e intervir. E, por último, a autora cita a inação como sendo “a inatividade física/corporal do musicoterapeuta, mas de atenção para e de percepção e escuta de conteúdos veiculados/expressos pelo paciente” (p.13).

Visando compreender melhor os reflexos da Bioética na Musicoterapia, são apresentadas, aqui, algumas reflexões sobre a atuação clínica de uma musicoterapeuta

com uma paciente de 40 anos, que apresenta deficiência mental.

### *Reflexões sobre um estudo de caso*

Com o objetivo de caracterizar melhor a atuação clínica de uma musicoterapeuta, que consiste na utilização da música como terapia, foram realizadas observações de algumas sessões musicoterápicas e entrevistas com esta musicoterapeuta sobre formas de se prevenir um erro musicoterápico. Partiu-se do pressuposto que mesmo um profissional com formação específica para utilizar a música com objetivos terapêuticos não está isento de cometer erro musicoterápico.

Quanto às formas de prevenção de iatrogenia na utilização da música na Musicoterapia, a musicoterapeuta em questão comentou sobre a importância do conhecimento do tempo interno do paciente; o cuidado ao se introduzir a música no contexto clínico e a importância do conhecimento musical por parte do musicoterapeuta. Também a necessidade de reflexões e sistematizações na prática clínica, principalmente, aprendendo com os próprios erros.

A paciente, com idade de 40 anos, atendida pela musicoterapeuta, no momento das observações e entrevistas, apresentava um quadro de deficiência mental, distonia facial e movimentos involuntários. Devido à deficiência mental da paciente, a musicoterapeuta utilizava músicas com uma harmonia simples e uma letra de fácil entendimento. Se fosse utilizada música cujo conteúdo fosse difícil para a paciente ou uma sequência harmônica muito elaborada, poderia haver prejuízos para a paciente, devido à não compreensão da letra ou pela imprevisibilidade da estrutura musical. Isso poderia gerar diversos fatores prejudiciais ao tratamento da paciente em questão.

A musicoterapeuta enumerou alguns outros aspectos que poderiam levar à iatrogenia, tais como o cuidado para não forçar o prolongamento de uma sessão; a atenção ao tempo utilizado em cada atividade, uma vez que isso pode aumentar ou provocar rigidez na paciente; o cuidado que se deve ter quanto à utilização do andamento correto em cada atividade, para não levar a uma fadiga muscular ou respiração desordenada, dentre outros. Também ressaltou a importância de se manter claros os objetivos propostos para o paciente, respeitando cada momento do seu processo musicoterápico, cuidando para que ele não seja mobilizado por meio da música de forma indevida, causando-lhe qualquer tipo de prejuízo.

### *Considerações finais*

Ao final da pesquisa que originou o presente artigo, foi possível enumerar várias formas de iatrogenia em Musicoterapia, desencadeadas principalmente por alguns fatores, tais como: a) escolhas inadequadas ou inoportunas de métodos, técnicas e/ou procedimentos; b) consignas não claras dadas ao paciente; c) aplicação da técnica de forma incorreta; d) escolha inadequada de instrumentos musicais e/ou de outros recursos; e) interpretação equivocada da produção sonora, musical e/ou verbal do paciente; f) inação, no momento em que o musicoterapeuta deveria fazer outra movimentação no *setting*; g) desrespeito ao tempo interno e/ou ao estado emocional do paciente; h) escolha do repertório sem critérios científicos sobre a utilização da música no contexto clínico musicoterápico; i) interpretação errônea quanto ao silêncio do paciente; j) e outras.

Esse estudo foi direcionado no sentido de se descobrir fatores para evitar ocorrências de iatrogenia no contexto clínico musicoterápico. Para tanto, estabeleceu-se relações entre Musicoterapia e Bioética, tomando como base o princípalismo. Dentre os princípios tratados - da autonomia, da justiça, da não-maleficência e da beneficência, foram considerados os dois últimos para se propor o termo “erro musicoterápico”, ou seja, o princípio da não-maleficência e o princípio da beneficência.

Redefiniu-se o conceito de iatrogenia no âmbito da musicoterapia como sendo aquele dano ou prejuízo causado pelo musicoterapeuta ao paciente nos âmbitos físico, mental, psicológico e/ou espiritual. Como pôde ser visto, os conceitos de erro em Musicoterapia e de iatrogenia ampliam-se muito em relação ao erro médico.

A referida pesquisa possibilitou tecer várias reflexões acerca da prática clínica musicoterápica, dentre elas, a conscientização de que o profissional musicoterapeuta não está isento de um “erro musicoterápico”, da mesma forma que um médico, apesar de sua formação específica, também não está isento, em sua prática clínica, de cometer um erro médico.

Entretanto, o que se pode fazer para evitar um erro musicoterápico é estarmos imersos na responsabilidade ética e moral da prática de nossa profissão. Devemos, cada vez mais, investir em uma formação continuada, atualizando nossos conhecimentos teóricos e práticos incluindo, aqui, o estudo da música; também submetemo-nos,

quando necessário, a supervisão clínica, uma vez que esta funciona como reguladora, clarificando e equilibrando a prática do musicoterapeuta; e, ainda, desenvolver cuidados com a nossa própria saúde física, mental, psicológica e espiritual. Somente assim conseguiremos acolher e tratar de forma eficaz o nosso paciente, um ser humano que vem até nós, musicoterapeutas, em busca de ajuda.

## REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. Mecanismos de atuação do musicoterapeuta: ações, reações e inações. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 5, 2004a. **Anais**. Rio de Janeiro: AMT-RJ. CD ROM.

\_\_\_\_\_. **Musicoterapia: alguns escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004b.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. Tradução: Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BENZON, Rolando O. **Manual de Musicoterapia**. Tradução de Clementina Nastari. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

CONSTANTINO, Clóvis Francisco. Editorial. In: **Bioética & Ética Médica**. v.14, n.1. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006. p.7-8.

CRAVEIRO DE SÁ, Leomara. **A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia**. Goiânia: Ed. UFG, 2003.

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

GOMES, Júlio César Meirelles. Erro Médico: Reflexões. In: **Bioética**. vol. 2, n. 2. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1994. p.139-146.

GOMES, Júlio César Meirelles; FRANÇA, Genival Veloso de. **Erro médico: um enfoque sobre sua origem e suas conseqüências**. Montes Claros. Ed. UNIMONTES, 1999.

KIPPER, Délio José; CLOTET, Joaquim. Princípios da Beneficência e Não-maleficência. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA,G.; GARRAFA,V. (organizadores). **Iniciação a bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 37-51.

MARTIN, Leonard Michael. O Erro Médico e a Má Prática nos Códigos de Ética Médica. In: **Bioética**. Vol. 2, n.2. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1994. p 163-173.

MILLECCO, Ronaldo Pomponét. Ruídos da massificação na construção da identidade sonora-cultural. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano II. Número 3. Rio de Janeiro: UBAM, 1997. p.5-15.

MORAES, Iranyh Novah. **Erro Médico**. São Paulo: Editora Maltese, 1991.

TORO, Mariano Betés de. Ética y deontología. In: TORO, M. Bétes de (Comp.). **Fundamentos da musicoterapia**. Madrid: Ediciones Morata, S.L., 2000. p. 382-388.

# RESSONÂNCIAS ENTRE A TEORIA ATOR-REDE E A MUSICOTERAPIA

Raquel Siqueira da Silva\*

## RESUMO

Este artigo aborda possibilidades de conexões entre a Teoria Ator-Rede (TAR) proposta, entre outros autores, pelo antropólogo Bruno Latour e a Musicoterapia. Estas conexões têm acrescido ferramentas para problematização e inserção no campo de pesquisa e atuação da Musicoterapia, repercutindo em produção acadêmica em andamento na área da Saúde Mental.

## PALAVRAS-CHAVE

Teoria-Ator-Rede; Musicoterapia; Saúde Mental.

## ABSTRACT

The present article approaches the possible connections between the actor-network theory that has been proposed, among other authors, by the anthropologist Bruno Latour and the Music Therapy. These connections are increasing the tools for the problematization and insertion into the Music Therapy's research of field and area of performance, reverberating in academic production and course on the area of mental health.

## KEYWORDS

Actor Network Theory; Music Therapy; Mental Health.

## *Introdução*

As práticas musicoterápicas há tempos reverberam pesquisas aliadas a abordagens teóricas diversas. Os pesquisadores utilizam-se de conhecimentos de várias áreas para agregarem suas composições teóricas e práticas. A Teoria Ator-Rede (TAR) assim como as teorias da Musicoterapia, não se pretendem acabadas, prontas. A TAR busca investigar fatos e fenômenos em construção, isto é, trata-se de investigar os modos pelos quais certos fatos são feitos em condições locais, aliando materiais bastante heterogêneos. Em última instância, está em jogo analisar o processo, mais do que o produto.

Na medida em que produções teórico-práticas caminham no *entre* da TAR e da Musicoterapia, entram novos atores, novos pesquisadores e tecnologias, novos *modos*

---

\*Doutoranda e mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Orientada pela Profa. Dra. Márcia Moraes. Musicoterapeuta (AMT-RJ 418/1), Psicóloga (CRP 05/18050), coordenadora do curso de graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música-Centro Universitário (CBM-CEU). Contato: raqsiqueira2000@yahoo.com.br

*operandi* de práticas musicoterápicas. A TAR nos ensina a seguir os atores em ação, através de seus efeitos, seus rastros, suas materialidades. Neste sentido, aposta na construção dos fatos e fenômenos inaugurando um campo de pesquisas que consiste em seguir o processo de construção. Tal campo tem sido explorado em suas possíveis conexões com a musicoterapia por autores como: Marly Chagas (2008) e Raquel Silva (2007). Marcello Santos desenvolve atualmente pesquisa de doutorado no Programa EICOS da UFRJ e Grazielly Aquino está cursando mestrado na Universidade Federal Fluminense na área de Psicologia- Estudos da Subjetividade. Estes pesquisadores musicoterapeutas agregam novos interesses e estratégias que configuram reflexões *entre* a TAR e a Musicoterapia.

### *Pensem na Música*

Consideramos a Música como um dispositivo terapêutico cujo domínio faz parte do campo de atuação musicoterápica. A música se insere na rede como expressão que conecta som, escrita, afetos, leituras, vibração e algo incognoscível. Poderíamos antecipar que a música possui linhas de inteligibilidade que grafia nenhuma poderia alcançar. A materialidade da música se insere nos efeitos que ela produz. E estas derivas são ferramentas importantes no campo musicoterápico. Não há receita, não há previsibilidade. A música acontece. A heterogeneidade das práticas musicoterápicas podem encontrar no conceito de rede, como produção múltipla, heterogênea e acentrada certa ressonância com a materialidade fundamental da Musicoterapia: a música. Conforme Moraes (1998<sup>a</sup>, p. 49), a noção de rede

não remete a nenhuma entidade fixa, mas a fluxos, circulações, alianças, movimentos. A noção de rede de atores não é redutível a um ator sozinho nem a uma rede. Ela é composta de séries heterogêneas de elementos, animados e inanimados conectados, agenciados. Por um lado, a rede de atores deve ser diferenciada dos tradicionais atores da sociologia, uma categoria que exclui qualquer componente não-humano. Por outro lado, a rede também não pode ser confundida com um tipo de vínculo que liga de modo previsível elementos estáveis e perfeitamente definidos, porque as entidades das quais ela é composta, sejam elas naturais, sejam sociais, podem a qualquer momento redefinir sua identidade e suas mútuas relações, trazendo novos elementos para a rede. Neste sentido, uma rede de atores é simultaneamente um ator cuja atividade consiste em fazer alianças com novos elementos, e uma rede que é capaz de redefinir e transformar seus componentes.

Há muitas semelhanças entre o conceito de rede proposto por Bruno Latour (2008) e o conceito de rizoma de Deleuze e Guattari (2004)<sup>1</sup>. A diferença mais visível encontra-se no modo de inclusão de não-humanos na rede latouriana; humanos e não-humanos tem importância simétrica na rede. Não podemos defini-la *a priori*.

É preciso que a antropologia absorva aquilo que Michel Callon chama de princípio de simetria generalizada: o antropólogo deve estar situado no ponto médio, de onde pode acompanhar, ao mesmo tempo, a atribuição de propriedades não-humanas e de propriedades humanas (LATOURE, 1994, p. 95).

Latour argumenta nos campos da Antropologia e da Sociologia, neste sentido, os não-humanos assumem uma enorme importância porque tiram o homem do centro da ação; da primazia da ação. Para Latour, a Sociologia e a Antropologia estudam não a relação entre os homens, mas entre homens e coisas. “As redes são tal como as descrevemos, e atravessam a fronteira entre os grandes feudos da crítica- não são nem objetivas, nem sociais, nem efeitos de discurso, sendo ao mesmo tempo reais, e coletivas, e discursivas” (LATOURE, 1994, p. 12).

Por mais que nos esforcemos para capturá-la, a música se espalha em ondas, que é sua condição vibracional. Fenômeno físico que engendra várias conexões, algumas visíveis, outras nem tanto. Estamos diante de uma produção em rede. Conectando novos *actantes*<sup>2</sup>. E estes seriam, neste novo momento da Musicoterapia, os agenciadores de linhas de fuga.

As materialidades dos efeitos da TAR e da obra de Bruno Latour na Musicoterapia se presentificam em alguns trabalhos acadêmicos. O processo de hibridação já foi apontado por Chagas (2008), e a Musicoterapia pode-se reconhecer em movimento. Ciência não acabada, em construção. Não por se considerar novo campo de conhecimento, mas pela sua condição de rede, conectando-se e ao mesmo tempo ampliando-se em várias direções. Se não buscamos as dicotomias dos erros e acertos e nos consideramos errantes por excelência, conectamos nosso nomadismo como potencialidade. As ressonâncias entre TAR e Musicoterapia operam traduções não

<sup>1</sup> Latour em entrevista a Crawford afirma que “Rizoma é a palavra perfeita para rede. Teoria-Ator Rede poderia ser chamada ontologia actante/rizoma, como Mike Lynch disse, porque isto é uma ontologia, é sobre actantes, e Rizomas” (CRAWFORD, 1993, p. 258- tradução minha).

<sup>2</sup> Moraes (1998b, p. 51) sublinha que numa entrevista concedida em 1993, Latour prefere utilizar a palavra *actantes* no lugar de atores para despir tal noção de seu cunho personalístico, subjetivista. Actantes são coisas, pessoas, instituições que têm agência, isto é, produzem efeitos no mundo e sobre ele.

previsíveis que estão em construção. Os possíveis fabricantes de fatos no campo acadêmico têm mais este dispositivo teórico-metodológico para construir suas pesquisas e ousar no campo das hibridações. “O pesquisador é, antes de tudo, um fabricante de fatos: mobiliza partes da realidade para transportá-la, combiná-la e recombiná-la nos centros onde se acumulam as informações” (MELO, 2006, p. 84). Parafraseando Latour (1994), diríamos que as ciências nunca foram modernas, jamais foram puras. Portanto cabe operar em Musicoterapia com múltiplos, heterogêneos, nômades modos de produção de conhecimento. Sua condição errante permite criar territórios teóricos, existenciais, estéticos, políticos e éticos compatíveis com estas expressões.

O autor [Latour] afirma uma mudança de paradigma na direção da prática científica e do mundo da pesquisa porque nestes últimos campos percebemos a incerteza, o risco, as ligações numerosas com o político, a sociedade, enfim as conexões heterogêneas, múltiplas que caracterizam a prática dos cientistas e que ficam fora de cena quando as ciências feitas são o cerne das investigações. É no campo múltiplo das práticas científicas que, segundo Latour, serão construídas a Natureza e a Sociedade (MORAES, 1998a, p. 46).

Na condição de terapeutas lidamos com os humanos e ao metodologicamente agregarmos os não-humanos como operantes, não estamos inventando algo novo. A Musicoterapia já foi criada com a perspectiva de utilização de sons, palavras, corpo, movimento e intervenções musicais, sonoras, corporais e verbais. Há disciplinas de sensibilização em todos os cursos de formação de musicoterapeutas do Brasil e isto é uma materialidade visível. Concebemos uma profissão que agrega várias conexões com não-humanos.

A música, considerada uma linguagem ou não, é uma compilação de códigos, signos e materialidades que necessitam de tradução. Ter este conhecimento em meio a outros profissionais coloca o musicoterapeuta como agenciador de um saber que pode gerar conexões importantes dentro de uma equipe profissional. Como exemplo, temos o grupo Musical Harmonia Enlouquece do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro. Um projeto que começou numa oficina de Musicoterapia e que através dela, esta unidade de saúde do Estado conseguiu uma repercussão com várias conquistas que não se restringiram aos profissionais diretamente envolvidos.

Pensamos que os musicoterapeutas devem se sentir fortalecidos com a perspectiva de que seus trabalhos e pesquisas engendram várias redes, conectam vários interesses e suas estratégias devem prover estas ampliações. Não só para divulgar uma

profissão, mas por acreditá-la capaz de confortavelmente ocupar um lugar de incerteza.

Muitos se afligem por não conseguirem definir a Musicoterapia como se apenas uma definição fosse conter a heterogeneidade, multiplicidade e condição nômade que a musicoterapia nos traz. Já temos boas definições no livro de Bruscia (2000). Não estamos aqui defendendo a possibilidade de não conceituarmos a Musicoterapia, mas de admitir e aprender a caminhar no campo das incertezas, o qual parece responder às práticas não-modernas com mais fidedignidade. Não há certezas, por que as buscamos? Por que não fluir nas possibilidades e probabilidades que as ações, as teorias, os trabalhos, as pesquisas nos colocam?

Aprender a lidar com as incertezas, na era das incertezas, parece-nos uma ferramenta assertiva para caminhar nas areias movediças das produções de conhecimentos contemporâneos. As redes são móveis e as produções locais não param de engendrar novas conexões. Para pesquisarmos, precisamos fazer um corte na rede, uma delimitação. Caso contrário, uma tese não teria fim, porque a rede não pára de agenciar cadeias semióticas. Mas, para atuarmos no campo terapêutico, é necessário disponibilizar aos pacientes/clientes o corpo, os movimentos, o conhecimento musical e as palavras. A eles dedicamos nosso trabalho terapêutico. Os pontos rígidos, as pequenas certezas locais e transitórias fazem parte das produções das redes, mas não esqueçamos de que vários *actantes* (atores) estão se conectando a cada nova incursão, a cada nova intervenção e a cada nova resposta do cliente. Funcionamos muito mais em rede do que percebemos. As articulações da rede em que atuamos geram outras redes de produção de conhecimentos, acadêmicos ou não. Escrever trabalhos científicos é somente parte desta produção de conhecimento e atuação.

Se discordamos em nossas produções profissionais e acadêmicas, ótimo, temos boas oportunidades de dialogarmos. Se concordamos, fazemos consonâncias. A harmonia contemporânea acolhe as dissonâncias de modo agregador. Façamos este exercício nas redes engendradas na Musicoterapia, e no mundo da pesquisa.

O pensamento de Latour (1994) nos convoca a conceber a produção científica como um campo não-purista. Não há ciência pura, alijada dos interesses, isenta de articulações com os poderes instituídos, neutra. Esta produção é misturada, mestiça como o filósofo Michel Serres (1993) nos diria e serve a interesses, às vezes, os mais díspares. Quanto mais interesses e conexões forem agregados a pesquisa, mais ela se

fortalece para construir versões de realidade. Para nossas reflexões, na citação abaixo, sugerimos substituir a palavra Psicologia por Musicoterapia. Moraes (1998a, p. 51) nos acrescenta que

um nomadismo na ciência permite redefinir o estatuto do erro como campo de estudos da psicologia. Numa ontologia híbrida o erro não é visto como algo a ser corrigido ou como uma imagem revertida do verdadeiro. O erro, neste caso, está articulado a uma hibridação ontológica, a uma errância que faz derivarem as formas do pensamento. Ao definir a ciência como uma prática híbrida, a teoria de rede de atores lança luz sobre a possibilidade de uma psicologia nômade, uma psicologia híbrida. E, conseqüentemente, uma psicologia cujas alianças não são mais aquelas da filosofia cartesiana, da ciência e do bom senso, mas sim aquela que torna positivo esse domínio híbrido.

Refletindo sobre a Musicoterapia e considerando as contribuições de Chagas (2008), percebemos que a Musicoterapia se constitui em profissão híbrida. E por que sua produção acadêmica poderia ser diferente disto? As ressonâncias entre a TAR e a Musicoterapia podem ser relevantes e diante desta produção os pesquisadores encontram uma fonte de conexão entre estas duas instâncias de saber. Um encontro espinosista; um bom encontro. Uma paixão alegre que nos permite polir as lentes (DELEUZE, 2002, p. 20), mas não as práticas, para que os pesquisadores possam sintonizar novas ondas de problematizações acerca das práticas musicoterápicas.

#### *Múltiplas Traduções (Translações)*

Quando o musicoterapeuta pesquisador ressoa com a TAR, ele produz traduções e quando ao contrário, elas também se fazem presentes. As traduções fazem parte da produção de conhecimento.

Ao invés de opor palavras ao mundo, os estudos científicos graças a sua ênfase na prática multiplicaram os termos intermediários que insistem nas transformações, tão típicas das ciências, como “inscrição” ou “articulação”, “translação”<sup>3</sup> é um termo que entrecruza o acordo modernista. Em suas conotações lingüística e material, refere-se a todos os deslocamentos por entre outros atores cuja mediação é indispensável a ocorrência de qualquer ação. Em lugar de uma rígida oposição entre contexto e conteúdo as cadeias de translação referem-se ao trabalho graças ao qual os atores modificam, deslocam e transladam seus vários e contraditórios interesses. (LATOURE, 2001, p. 356).

Ocorrem a produção de novas relações, novos encontros, novas conexões. Tradução não é uma ação representacional. Tradução é traição (LAW, 1997, p.2). Não

---

<sup>3</sup> Os termos tradução e translação são utilizados com o mesmo sentido (LATOURE, 2001).

podemos simplesmente transportar conhecimento de um campo para outro sem que haja misturas, sem que as redes se modifiquem. É um ajuste, um acordo, uma negociação. Os princípios da TAR não são aplicáveis, como um método imutável a ser seguido. A composição das redes não tem previsibilidade. Elas se formam conforme as conexões que são engendradas. Assim como não conseguimos definir previamente se uma produção acadêmica será científica ou não. Há que se supor que as ressonâncias são possíveis e este é um desafio. Alguns pesquisadores musicoterapeutas trazem a TAR para o campo da Musicoterapia em conexões viáveis e processuais. “Redes são processos ou realizações mais do que relações ou estruturas que são dadas pela ordem das coisas” (LAW, 1997, p. 06). As similaridades e diferenças destes dois campos trazem uma outra área de produção que não é restrita ao musicoterápico nem restrita a TAR.

*Tradução* gera efeitos de ordenamento tais como dispositivos, agentes, instituições ou organizações. Assim “tradução” é um verbo que implica transformação e a possibilidade de equivalência, a possibilidade que uma coisa (por exemplo, um ator) possa representar outra (por exemplo, uma rede)[...]. A teoria ator-rede quase sempre aborda suas tarefas empiricamente[...]Portanto, a conclusão empírica é que traduções são contingentes, locais e variáveis. [...] A tradução é mais efetiva se ela antecipa as respostas e reações dos materiais a serem traduzidos (LAW, 2009, p.06).

Criam-se novos acordos, novas negociações e novas traduções.

#### *A TAR e a Musicoterapia: pesquisa em andamento*

Em pesquisa de doutorado intitulada ‘O Movimento dos grupos musicais em Saúde Mental’<sup>4</sup>, nós utilizamos os pressupostos da TAR para embasar as reflexões e os procedimentos acadêmicos. Visamos analisar as controvérsias da proliferação de grupos musicais no campo da saúde mental na cidade do Rio de Janeiro.

Desde 1996, com o surgimento do grupo musical Cancioneiros do IPUB do Instituto de Psiquiatria da UFRJ que alguns musicoterapeutas vem desenvolvendo trabalhos musicais com usuários de serviços de saúde mental, alcançando repercussão nas mídias, mobilizando poderes instituídos e agregando interesses que antes a musicoterapia não agenciava. Um dos grupos, o Harmonia Enlouquece do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro, teve duas músicas na trilha sonora da novela Caminho

---

<sup>4</sup>Pesquisa em andamento na Universidade Federal Fluminense. Departamento de Psicologia-Estudos da Subjetividade. Início em agosto de 2008.

das Índias<sup>5</sup>. Este trabalho desenvolvido pelo musicoterapeuta Sidney Dantas encontrou ressonâncias institucionais e ampliou sua visibilidade e geração de renda, trouxe modificações para a vida dos componentes do grupo e também repercute em reflexões musicoterápicas que ora são pesquisadas. Quais os efeitos destas práticas que agregam tantas mudanças, estratégias, poderes instituídos, visibilidade e geração de renda em Musicoterapia? Seriam práticas musicoterápicas? E por que não considerá-las?

A rede destes trabalhos inicialmente musicoterápicos atualmente agrega grupos que não são formados a partir da Musicoterapia. Há os que já se formam com o objetivo de visibilidade. Não sabemos a priori o que encontraremos ao iniciarmos a pesquisa de campo em agosto de 2009. Esta rede conectou tantos atores (actantes) que repercutimos uma incerteza constitutiva da pesquisa: quais os efeitos deste movimento para os usuários de serviços de saúde mental? O que esta visibilidade gera nos componentes? E os profissionais como vêem estas práticas?

A pesquisa em andamento não se pretende neutra. Em observação participante estaremos presentes em ensaios e apresentações de dois grupos musicais para analisar as conexões, como elas acontecem no campo. E analisar as controvérsias destas redes.

A questão da proliferação dos grupos se conecta com a problematização da Reforma Psiquiátrica. Esta se constitui em práticas defendidas pela Luta Antimanicomial. A Reforma começou como movimento no final da década de 70 e atualmente recebe apoio e críticas. Ela visa acabar com os manicômios e criar serviços substitutivos, tais como Centros de Atenção Psicossocial, Serviços de Residências Terapêuticas, Projetos de Geração de Renda etc. Este modelo assistencial tem recebido críticas que se referem ao não cumprimento total de rede de serviços que substituam o manicômio. Por isto não correspondendo ao que se propunha inicialmente. Há ainda os que defendam a volta dos hospícios alegando segurança dos portadores de transtornos psíquicos. Há um grande debate nacional também incentivado pela abordagem televisiva do tema. Por que manter trancado alguém que pode conviver em sociedade?

### *Ressonâncias*

As práticas musicoterápicas em saúde mental agregam desde 1996 os grupos

---

<sup>5</sup> Novela de Glória Perez, exibida pela TV Globo no horário de 21h.

musicais e o que fazer diante disto? Não se trata da composição de um *setting* clínico tradicional em Musicoterapia. A questão da estética musical, antes vista com parcimônia, atualmente é condição para a visibilidade em apresentações musicais destes grupos. Há que se pensar que algo de diferente está acontecendo em nossas práticas em saúde mental. Estas práticas encontram ressonâncias e agenciam trabalhos acadêmicos, não para aprisionar, limitar, enquadrá-las. Mas para cartografar, acompanhar os movimentos, observar os efeitos.

Já cartografamos a experiência musicoterápica de um desses grupos em dissertação (SILVA, 2007)<sup>6</sup> e atualmente estamos conectando outros atores e percebendo que esta rede foi ampliada. Assim, com as traduções que esta pesquisa nos trouxe, pretendemos analisar as controvérsias que fazem parte destas redes com a ferramenta metodológica que a TAR oferece. As ressonâncias entre a TAR e a Musicoterapia estão presentes nesta pesquisa em andamento e nos fortalece para caminhar nos campos da incerteza e imprevisibilidade.

## REFERÊNCIAS

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 309 p., 2000.

CHAGAS, M. & P. R. **Musicoterapia: desafios entre a Modernidade e a Contemporaneidade**. 1ª.ed. Rio de Janeiro: Mauad X: Bapera, 78p, 2008.

CRAWFORD, T. H. **An Interview with Bruno Latour**. Configurations, Virgínia, vol.1, number 2, pp. 247-268, spring 1993.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. 1ª ed. São Paulo: Escuta, 135p., 2002.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. I, 3 ed., São Paulo: Ed.34, 2004.

---

<sup>6</sup> Produção acadêmica disponível em: [www.slab.uff.br](http://www.slab.uff.br).

LATOUR, B. **Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red.** 1ª ed. Buenos Aires: Manantial, 392p., 2008.

LATOUR, B. **A Esperança de Pandora.** São Paulo: EDUSC, 372p., 2001.

LATOUR, B. **Jamais Fomos Modernos.** Rio de Janeiro: Editora 34, 152p., 1994.

LAW, J. **Notas sobre a teoria do ator-rede:** ordenamento, estratégia e heterogeneidade. Fernando Manso (trad.). Documento eletrônico disponível em <http://www.necso.ufrj.br/> Acesso em 14 junho de 2009.

LAW, J. **Tradução/Traição:** notas sobre a Teoria Ator-Rede. [S.l.: s.n.], 1997. Disponível em: [http://www.lanacs.ac.uk/fss/sociology/papers/law-traduction - trahison.pdf](http://www.lanacs.ac.uk/fss/sociology/papers/law-traduction-trahison.pdf)

MELO, M. F. A. Q. **Voando com a pipa:** esboço para uma psicologia social do brinquedo à luz da idéias de Bruno Latour. Tese em Psicologia Social-Departamento de Psicologia Social e Institucional-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, São João Del Rey, 2006.

MORAES, M. O. **A psicologia, uma ciência?** Revista Paradoxa, Rio de Janeiro, v. IV, n. 9, p. 55-64, 2001.

\_\_\_\_\_. **Por uma Psicologia em Ação.** 182 p., 1998. Tese de doutorado-Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica/São Paulo, 1998a.

\_\_\_\_\_. Por uma Estética da Cognição: a propósito da cognição em Latour e Stengers. **Informare**, 4 (1), 49-56, 1998b.

SERRES, M. **Filosofia Mestiça.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 190p., 1993.

SILVA, R. S. **Cartografias de uma experimentação musical:** entre a musicoterapia e o grupo Mágicos do Som. 127p. 2008. Dissertação em Psicologia- Estudos da Subjetividade-Instituto de Ciências Humanas e Filosofia- Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

# A UTILIZAÇÃO DA MÚSICA NA HUMANIZAÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR: INTERFACES DA MUSICOTERAPIA E ENFERMAGEM

Leila Brito Bergold<sup>\*</sup>  
Marly Chagas<sup>\*\*</sup>  
Neide Aparecida Titonelli Alvim<sup>\*\*\*</sup>  
Dirce Stein Backes<sup>\*\*\*\*</sup>

## RESUMO

A música tem sido utilizada como recurso para humanizar o ambiente hospitalar por diferentes profissionais, principalmente musicoterapeutas e enfermeiros. Esse artigo discute a atuação destes profissionais em diferentes cenários. Os resultados apontaram a música como promotora de bem-estar e facilitadora da integração dos participantes com o ambiente de internação. Outro fator importante foi a atitude ética de promover a autonomia do paciente através de sua escolha musical, o que possibilitou lembranças que lhe trouxeram prazer e conforto. A utilização da música no ambiente hospitalar mostrou-se um espaço de intersecção entre diferentes profissionais que pode ampliar a humanização da assistência.

## PALAVRAS-CHAVE

Musicoterapia; Enfermagem; Humanização da Assistência.

## ABSTRACT

Music has been used as a resource to humanize the hospital environment for different professionals, mainly music therapists and nurses. This article discussed the performance of these professionals in different scenarios. The results pointed music as promoter of well being and a facilitator of integration of participants with the hospitalization environment. Another important factor was the ethic position to promote the patient autonomy through his musical option to enable remembrance that introduced pleasure and comfort. The use of music in hospital environment indicated an intersection space between different professionals that can amplify the humanization of assistance.

---

\* Musicoterapeuta e Enfermeira. Chefe do Serviço de Musicoterapia do Hospital Central do Exército (RJ). Especialista em Terapia de Família. Mestre e Doutoranda pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ). Membro do Núcleo de Pesquisas de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE) Contato: leilabergold@terra.com.br

\*\* Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. do Curso de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário. Contato: marlychagas@hotmail.com

\*\*\* Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adjunta do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Coordenadora do Curso de Doutorado da Pós-Graduação e Pesquisa da EEAN. Membro da Diretoria do NUCLEARTE. Contato: titonelli@terra.com.br

\*\*\*\* Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA (RS). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Saúde e Enfermagem – GEPESES. Contato: backesdirce@ig.com.br

**KEYWORDS**

Music Therapy; Nursing; Humanization of Assistance.

*Introdução*

Este artigo propõe-se a discutir a música como um recurso para humanizar o ambiente hospitalar e suas implicações como prática terapêutica exercida por diferentes profissionais: o musicoterapeuta e o enfermeiro. É fundamental discutir novas práticas interdisciplinares que buscam o desenvolvimento de ambientes mais saudáveis, com abordagens que priorizem a saúde e não a doença, visando implantar ações que mobilizem a mudança do padrão de assistência ao paciente internado. Comparar a atuação de diferentes profissões que usam a música no ambiente hospitalar, com o intuito de humanizá-lo, amplia o conhecimento sobre o tema e promove a reflexão sobre novas possibilidades de atuação.

Deve-se considerar que o processo de humanização da assistência está relacionado à valorização do trabalho dos profissionais de saúde, de suas aspirações e expectativas frente às necessidades de mudança de suas próprias práticas para reduzir os efeitos negativos da internação hospitalar. É importante articular e difundir essas iniciativas de humanização para fornecer diretrizes e parâmetros eficazes para a consolidação destas experiências e avaliação dos resultados. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar e garantir atenção integral, resolutiva e humanizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para um estudo que abrange atividades que vêm sendo desenvolvidas por pessoas com diferentes formações profissionais, é importante uma abordagem transdisciplinar que prioriza a relação dialógica entre as disciplinas. Nicolescu (2001) aponta que a transdisciplinaridade diz respeito àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina. É a compreensão do mundo presente que se alimenta da pesquisa disciplinar, que é iluminada de maneira nova pelo conhecimento transdisciplinar.

Nesse contexto, a música desempenha uma função diferente para a enfermagem e para a Musicoterapia, embora ambas visem a sua utilização com fins terapêuticos. Para a enfermagem, a música é um recurso para o cuidado, o seu fim precípuo. Diversos estudos apontam a sua utilização para diminuir a dor, melhorar a interação do paciente

com a enfermeira ou equipe, facilitar o processo ensino-aprendizagem, promover conforto e outras, todas voltadas para a finalidade de cuidar (BERGOLD, 2005).

A Musicoterapia é um processo terapêutico sistematizado que utiliza a música e seus elementos para atingir objetivos terapêuticos: prevenção, manutenção e recuperação da saúde física e mental. Uma das premissas básicas da musicoterapia é que a experiência musical afeta muitas facetas do ser humano, e cada mudança musical desenvolvida pelo cliente é indicativo de uma mudança não-musical de algum tipo (BRUSCIA, 2000). Assim, a música e sua possibilidade de promover mudanças é ao mesmo tempo instrumento e finalidade para a Musicoterapia.

Com o intuito de manter essa perspectiva transdisciplinar e buscar as interfaces entre essas disciplinas, será realizado um estudo comparativo em que serão analisados três pesquisas que enfocam a utilização da música como estratégia para a humanização hospitalar em cenários diversos e com a participação de profissionais com diferentes formações, quais sejam: equipe de saúde composta por enfermeiras, técnico de enfermagem e fisioterapeuta (BACKES et al, 2003), equipe de musicoterapia com musicoterapeuta supervisor e estagiários (CHAGAS; GAZANEO; AGUIAR, 2004) e equipe musical composta por uma musicoterapeuta/enfermeira e dois músicos (BERGOLD, 2005).

#### *Levantamento de dados: pesquisas sobre música como uma estratégia para a humanização hospitalar*

- a) Centro de Terapia Intensiva (CTI) em hospital do Rio Grande do Sul (BACKES et al, 2003)

Em 2000, no CTI de uma instituição hospitalar em Santa Maria, no Rio Grande do Sul, realizou-se uma investigação sobre a humanização desse local voltada inicialmente para os profissionais, considerando o elevado grau de ansiedade e estresse nesse setor. Por sugestão desses, uma das alternativas cogitadas foi a utilização da música para reduzir o nível de estresse. Posteriormente, esta proposta foi estendida aos pacientes internados. Segundo o artigo, por não haver musicoterapeuta nessa instituição, essa experiência foi conduzida por vários profissionais de saúde que possuíam habilidades para o canto e a música.

A finalidade dessa experiência era estabelecer maior contato entre os pacientes e profissionais do CTI por meio de vivências musicais, de modo a se construir um melhor relacionamento pessoal e um ambiente harmonioso, motivador e menos estressante. Foram realizadas atividades musicais interativas com os pacientes por meio do canto, vivências grupais com dinâmicas musicais celebrativas, audição musical, preces cantadas no início da manhã, além de música ambiental por uma hora durante o dia (horário de menor movimentação no CTI). As músicas ambientais eram escolhidas pelos profissionais e as músicas cantadas, pelos pacientes, sendo em sua maioria músicas de cunho religioso.

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais do CTI, pacientes e familiares que eram entrevistados após as sessões de música, sendo observadas durante a entrevista as alterações fisiológicas dos pacientes, além dos gestos e manifestações dos envolvidos. Os familiares foram incluídos para participar, em datas comemorativas como aniversários, das sessões de música e canto.

Foi observada uma similaridade na percepção dos pacientes quanto ao efeito da música sobre lembranças passadas, vivências familiares e religiosas. A música estimulou a manifestação de diferentes afetos, diminuiu o sentimento de solidão e promoveu o sentimento de estar em um lugar agradável, bem estar geral e segurança. Ela trouxe conforto espiritual e a idéia de cura. Os pacientes também relataram sentir paz interior, alegria, tranquilidade e relaxamento físico. Os autores destacaram que a preferência pelas músicas religiosas, escolhidas pelos pacientes, estava relacionada ao fato de estarem em um ambiente estressante, afastados do convívio familiar e em situação de extrema fragilidade. Por sua vez, os pacientes e familiares também perceberam que os profissionais ficaram mais relaxados e sensibilizados, se relacionando e trabalhando melhor.

Quanto aos profissionais, essa experiência promoveu, não somente paz interior, tranquilidade e harmonia, como também descontração e disposição para o trabalho. Esses referiram ter sentimentos agradáveis, apontando que a música também os remeteu a lembranças familiares e à infância, despertando a sensação de segurança e esperança. A música ainda provocou reflexões e promoveu maior interação entre a equipe. Além disso, houve um maior comprometimento com as atividades profissionais e com os colegas de trabalho, e a integração social melhorou a harmonia do ambiente.

b) Instituto Nacional de Câncer (Rio de Janeiro) (CHAGAS; GAZANEO; AGUIAR, 2004)

Em 2002, esse projeto foi implantado na unidade responsável pelo atendimento a adultos matriculados nos Serviços de Ginecologia e Oncologia Clínica. Este trabalho ligando Musicoterapia e humanização foi denominado “Projeto Encanto”, e tinha por finalidade oferecer, através de canções, significados existenciais aos pacientes para os auxiliar a fortalecerem-se e para efetivar mudanças internas necessárias ao enfrentamento da doença. Propunha-se também a atender a equipe do hospital, contribuindo para o alívio do estresse, a melhoria do humor e do ambiente.

Esse projeto era desenvolvido por estagiários de musicoterapia, supervisionados por musicoterapeuta, que tocavam músicas escolhidas pelos pacientes e pelos funcionários do hospital. Além disso, improvisavam segundo as diferentes situações clínicas que surgiam e também ofereciam músicas de seu próprio repertório.

Para a pesquisa foram realizadas entrevistas com enfermeiros e assistentes sociais da equipe de profissionais da instituição. Estes foram escolhidos por lidarem diretamente e diariamente com os pacientes, estando presentes nas enfermarias durante a atuação dos musicoterapeutas.

Os profissionais observaram que os pacientes apreciaram a atividade, sendo que a música trouxe conforto e ofereceu tanto a possibilidade do paciente se distrair quanto de esquecer a dor e os agravos provenientes da situação emocional advinda do tratamento. A Musicoterapia também promoveu um outro tipo de cuidado apontado pelos profissionais como sensível, estabelecendo uma lógica de cuidados inserida na saúde, na lembrança dos dias fora do hospital e na cultura do seu cotidiano.

Segundo as autoras, a música é portadora de sentidos que o paciente lhe dá, oportunizando comunicações significativas. Ele aborda a história de sua vida através da música, que facilita a expressão de emoções, contribuindo para aumentar a capacidade de enfrentamento da doença, tanto no período de internação quanto no de tratamento ambulatorial. O paciente tem a oportunidade de exercer a sua singularidade através das opções musicais que faz por meio da escolha de repertório, estilo musical, cantor, cantora, andamento da canção, cantar ou escutar, improvisar.

Para a equipe hospitalar, a música alivia principalmente o estresse. A expressão de singularidades dos pacientes, possibilitada pela Musicoterapia, foi relatada pelos profissionais, bem como maior integração entre os membros da equipe. Contudo, estes relataram que muitas vezes essa atividade atrapalha o serviço técnico, gerando o que os profissionais chamam de “resistência” da equipe. Esse dado obtido no relato dos trabalhadores pesquisados apontou que a música tanto atrapalha quanto ajuda efetivamente o trabalho no hospital. Ressalta-se, então, a importância da percepção do musicoterapeuta para avaliar os contextos clínicos onde a sua intervenção se dá.

c) Enfermarias de Clínica Ortopédica do Hospital Central do Exército (HCE): (BERGOLD, 2005)

Este trabalho foi desenvolvido no HCE. Teve início em 2000 e tinha por finalidade levar a música de uma forma mais abrangente e democrática aos clientes internados. No HCE há somente uma profissional que é enfermeira e musicoterapeuta, única responsável pelos atendimentos de musicoterapia, o que restringia a possibilidade de implantar um projeto amplo de humanização hospitalar. Para isso, formou-se nessa ocasião uma equipe com mais dois músicos, funcionários do hospital que foram treinados com a finalidade de realizar a visita musical em diversos setores da instituição. Democratizou-se, assim, a música aos clientes internados que, de outro modo, não teriam acesso aos benefícios desta, devido à defasagem entre a oferta e a demanda. Nessas visitas, o paciente optava por participar ou não, escolhendo a música e a forma de sua execução: cantada com acompanhamento de instrumentos (flauta, violão e cavaquinho), ou só instrumental, objetivando promover bem estar e o acolhimento do cliente através das lembranças do seu cotidiano despertadas pela música.

A visita ocorria com a equipe formada pela musicoterapeuta e músicos (especialmente nas unidades fechadas, como CTI, Unidade Coronariana, Unidade Renal, dentre outros) ou somente pelos músicos (nas enfermarias de clínica médica ou cirúrgica), o que ampliava a possibilidade de acesso aos pacientes internados.

Em 2004, surgiu a oportunidade de se realizar uma pesquisa que focalizou a visita musical como uma estratégia de cuidado, sendo utilizado o termo ‘música terapêutica’ (BRUSCIA, 2000) para caracterizar essa atividade, realizada tanto por musicoterapeuta/enfermeira como por músicos. O cenário escolhido para a pesquisa foi

a Clínica Ortopédica, pois a longa permanência dos pacientes nesse local facilitou a obtenção de dados através da realização de grupos de discussão com os pacientes internados nesse local.

Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que, para os pacientes, a visita musical os influenciou de forma holística nas dimensões física-biológica, subjetiva e social, promovendo a expressão de emoções, proporcionando alegria, conforto e bem estar. Alguns também relataram conforto espiritual e sensação de força, relacionando-os às músicas religiosas escolhidas.

A escolha das músicas pelos pacientes promoveu o resgate de lembranças ligadas ao seu cotidiano e sua cultura, remetendo-os à sua singularidade relacionada à biografia musical de cada um. Essa escolha estimulou a expressão de sua identidade social e também promoveu a autonomia que diminuiu a sensação de despersonalização e insegurança provocada pela internação hospitalar, aumentando a auto-estima dos participantes. A participação nas visitas musicais também promoveu reflexão e auto-conhecimento. Facilitou o esquecimento de situações angustiantes relacionadas à internação, diminuindo o sentimento de solidão e a monotonia da rotina hospitalar, proporcionando diversidade e momentos lúdicos que facilitaram a comunicação e a integração entre os pacientes e entre estes e a equipe de saúde. É importante ressaltar que os participantes da pesquisa apontaram a música como uma possibilidade de diminuir o estresse da equipe de enfermagem, proporcionando uma maior interação entre os pacientes e equipe, e melhorar o ambiente hospitalar.

#### *Discussão dos resultados*

Somente a experiência realizada no INCA utilizou a palavra Musicoterapia para descrever a atividade desenvolvida. As outras experiências utilizaram as expressões sessão musical (CTI) e visita musical (HCE), visto que não eram realizadas exclusivamente por musicoterapeutas.

Os estudos descritos realizaram experiências musicais receptivas em geral, com músicas ‘prontas’, com exceção do trabalho realizado somente por musicoterapeutas no INCA, no qual também foram realizadas improvisações musicais com os pacientes de acordo com as diferentes situações clínicas. Isso aponta a utilização de uma técnica desenvolvida pela Musicoterapia que amplia criativamente os recursos em atividades

terapêuticas voltadas para a humanização, podendo lidar com a situação vivida no momento da internação através da atividade musical.

No HCE, uma das diferenças observadas foi a utilização de música somente instrumental como um dos recursos utilizados pela equipe de músicos, a critério da escolha dos pacientes. Esse fato sugere que o preparo do profissional que é músico pode ampliar os recursos musicais relacionados à atividade de humanização. Isso promove maior aceitação por parte de pacientes que mostram preferência por música instrumental.

No INCA observou-se que também havia a escolha musical do musicoterapeuta, e não somente a do paciente. No trabalho realizado no CTI, como o objetivo era o de atender também às necessidades da equipe, parte do repertório foi escolhido pelos profissionais de saúde. Somente no trabalho desenvolvido no HCE a escolha partiu prioritariamente dos pacientes, visto que tinha por finalidade o resgate do sujeito social através da sua escolha musical.

É importante ressaltar, nessa perspectiva, que na concepção do programa Humaniza SUS, os valores que devem nortear as práticas dos profissionais da saúde são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles e os vínculos solidários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Destaca-se que a possibilidade de escolha, comum aos três estudos, mostra um fundamento ético e solidário que está em consonância com os valores do Humaniza SUS.

Todos os estudos apontaram como finalidade a humanização hospitalar, embora cada experiência se originasse de necessidades geradas no seu próprio contexto e a partir das necessidades reais dos indivíduos. No CTI, a atividade musical estava associada inicialmente aos funcionários, sendo estendida aos pacientes após a percepção do potencial de humanização que haveria para os mesmos e para o ambiente como um todo. No INCA, o projeto incluía desde o início tanto os pacientes como os funcionários, e no HCE, a proposta inicial era somente para os pacientes, mas estes próprios apontaram a importância da música na redução do estresse da equipe de saúde, que tem sido incluída gradativamente no desenvolvimento das visitas musicais. Essas diferenças apontam a abrangência da música enquanto instrumento harmonizador e indutor de humanização pela valorização das necessidades reais dos indivíduos, inseridos em seu contexto real e concreto.

Cabe ressaltar que no INCA, os entrevistados se referiram à resistência de alguns profissionais à atividade musical, devido a esta interferir no serviço técnico rotineiro. Esse fato também foi observado no HCE no início da implantação das visitas musicais, tendo diminuído com o tempo, talvez por já estar sendo incorporado à 'rotina' hospitalar. No CTI isso não foi observado, visto que de início o objetivo era atender às necessidades da própria equipe, o que aponta a possibilidade de diminuir a 'resistência' dos profissionais de saúde pela sua inclusão e participação ativa na atividade musical, principalmente ao serem consideradas suas necessidades, desejos e possibilidades criativas e inovadoras.

Os dois primeiros estudos indicam que a atividade musical desenvolvida com o intuito de humanizar o ambiente hospitalar é ampla, inovadora e eficaz, pois atende tanto às necessidades do cliente (pacientes e familiares) quanto às necessidades dos profissionais. Em relação aos pacientes, todos os estudos constataam que a música despertou lembranças de vivências passadas e do cotidiano relacionados à sua singularidade, que faziam parte da biografia musical de cada participante relacionada à sua inserção cultural e social (RUUD, 1998).

Os estudos também apontam que a música despertou a sensação de bem-estar e segurança, transformando o ambiente hospitalar em um lugar mais acolhedor. Proporcionou conforto, alegria, tranquilidade e relaxamento físico, expressão de sentimentos, aumento da capacidade de enfrentamento e integração ao ambiente, o que evidencia que a música como recurso terapêutico para a humanização da assistência pode ser realizado em vários contextos e com diferentes sujeitos.

Há uma aproximação entre as experiências relatadas e o conceito de ambiência nos espaços da Saúde, adotados pelo Ministério da Saúde (2006). Ambiência vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes. Além da composição estrutural, a ambiência considera as situações e interações que são construídas nestes. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, vivenciadas por uma grupalidade, isto é, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais. Ambiência também é considerada o espaço que possibilita a produção de subjetividades e o encontro de sujeitos. Logo, constitui-se numa ferramenta facilitadora do processo de trabalho dos profissionais da saúde que frequentemente o realizam sob desgaste emocional intenso.

O espaço visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, entre os quais inclui-se o som, que deve garantir conforto aos usuários e profissionais. Na exemplificação do uso do som, além da redução de ruídos, é sugerida a música ambiente, mas no nosso entender, a música ao vivo, executada de acordo com o desejo do paciente, promove maior acolhimento por promover a autonomia e aumento da auto-estima através da expressão de sua singularidade.

A música trouxe conforto espiritual e a sensação de força e esperança, apontadas pelos participantes das pesquisas, tanto do CTI quanto do HCE. A escolha de músicas religiosas nesses ambientes pode estar relacionada às condições estressantes do ambiente, bem como pelo afastamento do convívio familiar e à situação de fragilidade na qual dos internados se encontram. Acredita-se que este aspecto não foi mencionado no INCA pelo fato dos sujeitos pesquisados não serem os pacientes, e essa situação pode não ter sido considerada pela equipe.

A música trouxe distração e prazer, estabelecendo uma lógica de cuidados interativos, pela possibilidade de trazer à tona lembranças do cotidiano fora do hospital. Reduziu o sentimento de solidão para os pacientes do CTI e da clínica ortopédica do HCE, visto que esses ficam isolados e afastados dos seus familiares, às vezes, por tempo prolongado, e ainda ampliou a integração entre eles e também com a equipe. A música estimulou a reflexão entre os pacientes, pois sendo portadora de sentidos oportunizou comunicações significativas e ampliou o auto-conhecimento, assim como a percepção da equipe de saúde acerca do paciente.

Destaca-se o pioneirismo da experiência desenvolvida no CTI quanto à inclusão dos familiares tanto no momento da sessão musical quanto no âmbito da pesquisa. Isso ampliou o foco para as associações familiares, as quais precisam ser consideradas na humanização do cuidado enquanto fenômeno integral e integrador.

Quanto à equipe, as experiências que tinham por finalidade atender também aos profissionais (INCA e CTI), evidenciaram principalmente o alívio do estresse e maior integração entre os membros da equipe. Alguns participantes também relataram a expressão de singularidades relacionadas à escolha das músicas. Os profissionais do CTI relataram ainda descontração e disposição para a atividade laboral, referindo maior

comprometimento com o ambiente de trabalho. Isso pode estar relacionado à autonomia destes em relação à atividade musical visto que ela é desenvolvida por eles próprios.

### *Considerações finais*

Com a finalidade de atender às necessidades das novas demandas em saúde, o desenvolvimento de estratégias para a humanização hospitalar pode se beneficiar da utilização terapêutica da música. Os estudos abordados apontam a música como um recurso utilizado pela musicoterapia e pela enfermagem que atende às demandas dos pacientes, familiares e profissionais da saúde, relacionadas à humanização das práticas assistenciais. Assim, é importante destacar que essas atividades musicais mostraram diferenças em alguns pontos sustentadas nos diferentes campos do conhecimento, mas que através da transversalidade da política nacional de humanização da assistência, revelaram interfaces no acolhimento e na interação proporcionados por estas atividades.

Essas iniciativas de humanização hospitalar a partir da utilização da música mostraram-se amplas e eficazes, abrangendo não somente o cliente, mas também a família e a equipe de saúde. Destacamos aqui a importância da ética do cuidado, baseada na possibilidade da escolha do cliente, não somente em participar, mas em como participar desse momento de encontro intersubjetivo com ênfase no acolhimento. Também é ética a ousadia de se criar novas possibilidades de cuidados/práticas terapêuticas visando atender não só às necessidades, mas também aos desejos dos pacientes. Dessa maneira rompem-se paradigmas que não atendem às demandas atuais da assistência, ampliando o próprio papel do profissional de saúde.

O envolvimento da equipe de saúde nas práticas de humanização do ambiente hospitalar pode tornar-se um espaço de intersecção das práticas profissionais, com o objetivo de atender a demanda dos usuários quanto ao acolhimento e estabelecimento de vínculos, ampliando os recursos para a humanização da assistência e contribuindo para a consolidação da política nacional de humanização.

### REFERÊNCIAS

BACKES D. et al. Música: terapia complementar no processo de humanização de um CTI. *Nursing*, 2003. v. 66, n. 6, p. 35-42, 2003.

BERGOLD, L.B. **A visita musical como estratégia terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a enfermagem fundamental.** 167 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

BRUSCIA K. **Definindo Musicoterapia.** Rio de Janeiro: Enelivros, 2000. 312p.

CHAGAS, M.; GAZANEO, L.; AGUIAR, M. Projeto Encanto: avaliando uma proposta de humanização hospitalar. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA. 5ª ed., 2004. **Anais.** Rio de Janeiro. União Brasileira de Associações de Musicoterapia.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ambiência.** Série Textos Básicos para a Saúde. Organização da Série Cartilhas do PNH. Brasília, DF, 2006.

NICOLESCU, B. **O manifesto da Transdisciplinaridade.** 2ª ed. São Paulo: Triom, 2001. 165 p.

RUUD, E. **Music Therapy: Improvisation, Communication and Culture.** Barcelona: Publisher, 1998. 204p.

# A INSERÇÃO DA MUSICOTERAPIA NA ROTINA DE VIDA DE UMA COMUNIDADE ALBERGADA

Carolina Batista\*

Rosemyriam Cunha\*\*

## RESUMO

Este trabalho, de cunho qualitativo, aprovado em comitê de ética, apresenta reflexões referentes à inserção da Musicoterapia em uma instituição destinada ao albergamento de pessoas em processo de tratamento de saúde na cidade de Curitiba. Por meio do estudo dos registros de manifestações observadas em quatro encontros musicoterapêuticos, construiu-se um conjunto de dados referentes à participação da comunidade albergada em ações sonoras e musicais. Para o grupo de pessoas que participaram dos encontros de Musicoterapia a vivência musical se constituiu em um fator psicossocial que parece ter modificado aspectos inerentes à rotina da Instituição.

## PALAVRAS-CHAVE

Musicoterapia Comunitária; Comunidade albergada; Atividades musicais.

## ABSTRACT

This article is based on a qualitative, approach presents reflexions approach approved by an Ethical Committe, about the introduction of Music Therapy program in an institution that lodgde people in health treatment in Curitiba. The information observed in four music therapy meetings have resulted on data that revealed the participation of the community on sound and musical manifestations. For this group, Music Therapy has became a psychosocial element which influences could change the everyday routine in the institution.

## KEYWORDS

Community music therapy, Lodgde people, Everyday routine.

## *Introdução*

O estudo dos processos de inserção de ações musicoterapêuticas em comunidades é um campo que toma vulto, paulatinamente, na literatura da Musicoterapia. Estabelecer vínculos entre os fatores presentes no dia a dia das sociedades e entre os ritmos, sons e melodias que estas produzem, tem sido um desafio para o campo científico. No entanto, quando se trata de conhecer marcos identitários e

---

\* Graduanda do Curso de Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná (FAP) e graduanda do curso de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP). Contato: carol.batista@hotmail.com

\*\* Doutora em Educação pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), musicoterapeuta professora da Faculdade de Artes do Paraná. Supervisora na área social e educacional. Contato: rose05@uol.com.br

costumes de vida, as manifestações artísticas se inserem como instrumentos de investigação em áreas como Sociologia, Antropologia e Filosofia, para citar algumas. As pesquisas da área da Musicoterapia também se preocupam em entender essas expressões, centrando-se na atividade sonora musical das pessoas.

Foi por esta perspectiva de entendimento que o presente trabalho foi desenvolvido. Procurou-se descrever aqui, sob a visão da Musicoterapia comunitária, os processos de implementação da Musicoterapia em uma instituição que alberga pessoas em tratamento de saúde na cidade de Curitiba.

Este estudo partiu de uma revisão de literatura na qual se procurou verificar a produção científica existente sobre o trabalho da Musicoterapia de âmbito comunitário. Após tomar conhecimento do conjunto de publicações específicas para a área de interesse dessa pesquisa, e, devido às peculiaridades do campo de estudo focalizado, foram selecionados, para a fundamentação teórica desse trabalho, autores da área da Musicoterapia, como Kenneth Bruscia (2000), Marly Chagas (2001), Patricia Pellizzari (2005) e Rosemyriam Cunha (2006).

No que se refere ao campo da Psicologia Social Comunitária os autores que contribuíram para a fundamentação conceitual aqui utilizada foram Silvia Lane (1992), Bernardes Neves (2003). Procurou-se, por meio desse recorte teórico, entender os elementos que descrevem e caracterizam a Musicoterapia Comunitária como também compreender se os fatores encontrados na realidade aqui investigada coincidem com a Musicoterapia Ecológica, conforme definida por Bruscia (2000).

### *Musicoterapia Ecológica/Comunitária*

A Musicoterapia Comunitária se diferencia da terapia tradicional em grupo. Num grupo tradicional as pessoas são selecionadas de acordo com as necessidades em comum ou complementar, sendo que a proposta visa produzir mudanças individuais. Já no enfoque comunitário, a intervenção se dá em um ambiente natural com as pessoas que nele vivem ou trabalham (BRUSCIA, 2000). A Musicoterapia Comunitária apóia-se em conceitos da Psicologia Social Comunitária que considera o sujeito a partir do coletivo.

A inserção da Psicologia Comunitária no campo da Psicologia Social, por um lado, afirma a idéia de que o ser humano é construído sócio-historicamente e, ao mesmo

tempo, constrói as concepções a respeito de si mesmo, dos outros e do contexto social. A Psicologia Comunitária opera com o enquadre teórico da Psicologia Social crítica e propõe-se a compreender a constituição da subjetividade dos seres humanos numa comunidade, seja esta geográfica como, por exemplo, um bairro; ou psicossocial, como os participantes de um centro comunitário. Funda-se no respeito ao saber e às práticas dos sujeitos e atua predominantemente com grupos (LANE, 2006).

Os conceitos fundantes da Musicoterapia Comunitária, oriundos das teorias acima citadas, propõem o trabalho em comunidades onde vivem pessoas que têm histórias em comum, que compartilham serviços e áreas geográficas, com o objetivo de promover relações saudáveis naquele meio. Ela ultrapassa o *setting* de tratamento.

De acordo com Bruscia (2000), o musicoterapeuta ecológico tem o papel de abrir canais de comunicação que proporcionem um melhor relacionamento entre a comunidade e o meio circundante. Já Pellizzari (2005), fala que uma das incumbências da Musicoterapia é a de se fazer presente em projetos sociais, campanhas, jornadas de capacitação, multiplicar e de conscientizar os grupos de pessoas sobre a importância e o direito de saúde para todos. Assim, o musicoterapeuta pode desenvolver sua atividade em amplos setores da sociedade. O musicoterapeuta, nesta posição, deve desenvolver uma consciência clara sobre a sua função, seus objetivos e suas incumbências profissionais, ou seja, ser parte de uma instituição e/ou comunidade para gerar um marco de trabalho com projetos novos e inexistentes.

Numa comparação entre estas duas visões percebeu-se que o pensamento de Pellizzari tem um cunho comunitário, pois visa o bem coletivo e não só o bem individual. Por esta ótica, entende-se que a compreensão de Musicoterapia Comunitária neste trabalho seja diferenciada da noção de Musicoterapia Ecológica de Bruscia. Aqui estão consideradas idéias de coletivo, do bem-estar da comunidade, dos conflitos e contradições existentes no meio concreto no qual as pessoas convivem e vivem suas práticas cotidianas.

#### *Revisão de Literatura*

No decorrer da revisão da produção literária sobre a prática musicoterápica, foram encontrados trabalhos que relataram processos com pessoas portadoras de deficiências físicas, sensoriais, mentais, síndromes, doenças degenerativas, transtornos e distúrbios psíquicos. Nesta visão, a ênfase se deu na recuperação da saúde agravada por

alguma patologia ou na prevenção de doenças e de situações que ponham em risco a saúde. Existem trabalhos que rompem com a visão patogênica ao priorizar a promoção de saúde e se fundamentarem em abordagens da Musicoterapia Social. Nesta ótica, os estudos direcionaram-se para a obtenção de recursos e meios para mobilizar e conscientizar as pessoas, com o intuito de promover modificações no meio em que vivem (CUNHA, 2006; PELLIZZARI, 2005).

O conjunto dos trabalhos revisados mostrou duas visões distintas de abordagens nos textos produzidos na área da Musicoterapia nos últimos oito anos. As pesquisas que consideram a comunidade como objeto de estudo são recentes e observou-se nestas a permanência de traços epistemológicos da área clínica, com predominância de conceitos originados da psicanálise.

No presente trabalho, procurou-se observar os fenômenos manifestados por uma comunidade albergada, sob a perspectiva da Musicoterapia Social e Comunitária, já descrita. É a partir desta visão que se passa a considerar as características do grupo e do campo pesquisado.

### *Descrição do Grupo*

A comunidade aqui em estudo hospedava-se em uma instituição de caráter beneficente num bairro central da cidade de Curitiba. O albergue acolhia pessoas que vinham de outras cidades, para Curitiba, a procura de atendimento médico especializado. A casa disponibilizava 149 vagas, sendo 50 masculinas e 50 femininas. Dentre estas, 10 vagas eram em quartos especiais, para pessoas gravemente enfermas e 39 vagas que instalavam doentes e acompanhantes. A demanda, porém, muitas vezes superava o número de vagas.

Embora a escolha pela hospedagem no albergue fosse uma opção pessoal, uma vez inserida ali, as pessoas se submetiam às normas e à convivência em espaços físicos em comum como os quartos, o refeitório, o pátio da casa. Esta condição determinava o convívio e a vivência de fatores em comum entre pessoas oriundas de diferentes lugares e realidades. Na comunidade albergada coabitavam pessoas que passavam por momentos difíceis e dolorosos em relação ao seu estado de saúde. Longe de casa e da família elas vivenciavam essa realidade junto a pessoas estranhas com quem compartilhavam essa mesma situação.

Os grupos que participavam das atividades de Musicoterapia se constituíam pelos hóspedes que aceitavam o convite dos estagiários para a participação e interação nos encontros. Como a população albergada era flutuante, a cada semana os estagiários se deparavam com um grupo diferente. Estes grupos se caracterizavam por uma formação heterogênea, ou seja, nele participavam homens, mulheres, crianças, pessoas saudáveis, pessoas com agravos de saúde e suas acompanhantes. O número de participantes variava de semana a semana, sendo, em média, 20 pessoas. Não havia a necessidade de conhecimento musical prévio e o trabalho se desenvolvia com base na vivência musical de cada pessoa.

### *Metodologia*

Este trabalho foi desenvolvido sob o caráter da abordagem qualitativa, o que resultou em um estudo descritivo, cujo objetivo foi o de compreender as características de determinada população ou fenômeno. A construção dos dados aqui apresentados utilizou técnicas padronizadas de coleta: observação sistemática e transcrição das observações.

Para a elaboração da pesquisa, a coleta de dados foi feita através da interação com o campo, no qual foram observados os encontros de Musicoterapia. Com base em Minayo (1992), entende-se o campo de pesquisa como recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objetivo de investigação.

Os dados foram construídos por meio da observação e participação do pesquisador em quatro encontros musicoterapêuticos. Para o registro das informações foi utilizado um protocolo de observação, construído pelas autoras, com base em modelos de fichas de entrevistas musicoterapêuticas. Constaram deste protocolo os seguintes itens: data, local do encontro, número de participantes, participantes periféricos (pessoas que participavam das atividades posicionando-se fora da formação do grande grupo), estagiários presentes, canções solicitadas, temas discutidos, peculiaridades do encontro e depoimentos.

Com base neste conjunto de registros e da categorização das falas e canções dos grupos, um inventário de depoimentos verbais e uma listagem do repertório musical dos grupos foram gerados. As informações anotadas no diário de campo foram integradas a

esta análise por mostrarem impressões e aspectos não verbais que os outros instrumentos deixaram de captar.

Os encontros de Musicoterapia observados eram semanais e aconteceram em um amplo salão no qual as pessoas podiam repousar em sofás ou assistir televisão. As observações ocorreram nos meses de Outubro e Novembro do ano de 2008. Cinco estagiários coordenavam o encontro colocando-se entre os participantes. As pessoas albergadas, a pesquisadora e os estagiários formavam um grupo circular. É importante indicar que a opção pela participação no trabalho musicoterapêutico era de livre escolha da comunidade e que, no decorrer do encontro as pessoas podiam permanecer no grupo ou ausentar-se deste espaço de interação, conforme desejassem. No decorrer de todos os encontros foram anotadas observações no diário de campo e preenchido o protocolo de observação. Após a reunião do conjunto das informações, deu-se início à categorização, análise e interpretação das mesmas.

### *Análise dos Dados*

#### *Expressão Verbal*

A expressão verbal dos grupos foi constituída por depoimentos pessoais, que no contexto deste trabalho, se referem às comunicações que informavam os nomes das pessoas e das suas cidades de origem como também o motivo pelo qual se encontravam albergadas. Os relatos de fatos vividos no passado, associados à música, revelaram as lembranças que emergiam no decorrer dos encontros, estimulados por canções significativas. Quanto aos comentários sobre as músicas, estes estavam associados às letras das músicas executadas.

Os participantes indagavam uns aos outros em busca de informações pessoais quando algum fato relatado despertava interesse do grupo. As opções religiosas também eram comentadas durante os encontros e os integrantes do grupo falavam de sua crenças e fé. As conversas sobre gostos e preferências pessoais se manifestaram nos momentos em que o grupo foi estimulado, pelos estagiários, a falar.

A expressão verbal foi sempre presente nos encontros. Essa forma de expressão foi citada por Pavilecevic (2004), como um suporte psicossocial na ação musicoterapêutica. No albergue as trocas verbais ocorriam desde os encontros informais

pelos corredores até no decorrer das atividades de Musicoterapia. A manifestação verbal era o primeiro meio de comunicação entre o grupo de albergados e os estagiários.

Nos corredores da instituição as pessoas perguntavam se haveria “a música”, era assim que o grupo se referia à Musicoterapia. Quando acomodadas em seus lugares no grupo, as pessoas eram estimuladas a se apresentarem. Com o início da atividade e a execução das músicas, diferentes temas emergiam, proporcionando momentos para que as pessoas falassem sobre assuntos de suas vivências. Nesses momentos surgiam os depoimentos sobre suas vidas por meio do relato das lembranças de fatos vividos no passado e associados à música.

### Expressão Corporal

O posicionamento corporal do grupo foi caracterizado pela formação de um grande grupo acomodado em cadeiras posicionadas em círculo. O encontro musicoterapêutico acontecia em um amplo salão que permanecia aberto e oferecia à comunidade a liberdade de acesso: entrar e participar ou sair e ausentar-se do trabalho musical. No decorrer do encontro, por solicitação dos estagiários as pessoas levantavam, movimentavam os corpos e dançavam de mãos dadas. Além da formação do grande grupo, foi comum a formação de um subgrupo que agregava as pessoas que optavam por permanecer no ambiente sem se inserir no grupo maior. Essa formação caracterizou o que aqui foi chamado por “grupo periférico”, constituído por pessoas que assistiam os encontros sentados ou deitados nos sofás e cadeiras que margeavam o salão.

A prática da Musicoterapia Comunitária, segundo Pavilecevic (2004), foi descrita como constituída por espaços distintos que a autora chamou de “grupo de fora e grupo de dentro”<sup>1</sup> (p. 42). Observou-se, na comunidade aqui estudada, essa mesma organização geográfica dos grupos a qual passou a ser denominada por “grande grupo” e “grupo periférico”. Essa distinção espacial não é determinante da maior ou menor participação das pessoas na atividade. Tanto o grupo de fora como o de dentro pode apresentar envolvimento, atenção e cumplicidade, conforme observado por Pavilecevic e pelas autoras desta pesquisa.

---

<sup>1</sup> Tradução das autoras.

Na metade dos encontros observados houve o convite, por parte dos estagiários, para a formação de um círculo concêntrico à formação original do grupo, com o intuito de realizar atividades corporais associadas ao caminhar, dançar, ficar em pé, movimentar o corpo durante a realização da música. No entanto, quando estavam sentados, a postura corporal dos participantes, na maioria das vezes, era de pernas cruzadas e com os seus pertences como bolsas, malas, sacolas, posicionados ao lado da cadeira que escolhiam para se sentarem. As mulheres ficavam com as bolsas no colo durante todo o encontro. Os participantes batiam palmas durante as músicas.

### Expressão Afetivo-Emocional

A expressão afetivo-emocional observada nos encontros foi constituída pela voz embargada, risos e choro dos participantes. Enquanto as músicas eram executadas pelo grupo e pelos estagiários, as mães trocavam carinhos e olhares com seus filhos. Quando os filhos eram de colo, as mães os acariciavam e os amamentavam. Nas suas falas, os participantes mencionavam com freqüência a palavra “saudade”. As pessoas falavam da saudade de casa, da família, do trabalho, da rotina cotidiana que haviam deixado nas suas cidades enquanto estavam no albergue em tratamento de saúde.

O processo musical que acontecia nos encontros e que a comunidade acompanhava cantando, foi entremeado por expressões afetivas e emocionais dos participantes. Emoções associadas a eventos tristes ou alegres relativos às lembranças de suas vidas suscitavam a voz embargada, risos e algumas vezes o choro. A voz embargada foi emitida em momentos nos quais os participantes relatavam a situação de saúde na qual se encontrava. Também foram observadas manifestações de carinho e afago das mães em relação aos seus filhos. Relatos de saudade surgiram nos momentos em que as pessoas falavam sobre seus lares, sua família e amigos que se encontravam nas suas cidades de origem.

Chagas (2005) discutiu, em reflexões que articularam conceitos de saúde e prevenção de enfermidades na sociedade contemporânea, a possibilidade que os musicoterapeutas latino-americanos têm de dirigir sua prática para reais ações de promoção da saúde. A autora comentou que as pessoas em suas vidas juntam “suas histórias”, suas recordações, suas canções e afetos de forma imaginária, em diferentes imagens e narrativas. Essas são maneiras criativas de expressão de vida e podem ser

direcionadas pela comunidade para a concretização de fatores psicossociais que promovam o bem estar, como foi observado nos dados cima descritos.

### Expressão Musical

A expressão musical dos encontros foi caracterizada por ofertas de canções por parte dos estagiários para a comunidade. Com esta iniciativa os participantes se sentiam à vontade para a solicitação de canções e pediam músicas para que os estagiários executassem.

Durante a execução das músicas os participantes as acompanhavam com percussão rítmica de seus corpos, com palmas e balanceavam seus corpos para a marcação dos ritmos. A interação dos membros da comunidade por meio da execução instrumental se concretizou com participação de pessoas que sabiam tocar algum instrumento, geralmente violão ou pandeiro, e que apresentavam peças musicais para o grupo.

A expressão da comunidade cantando canções em uníssono foi a manifestação que predominou nos encontros. Pavlicevic (2004) descreveu essa participação sonora musical grupal como uma forma “diferente de se estar junto”<sup>2</sup> (p. 44). Esta ação acontecia quando os participantes cantavam sendo acompanhados pelos estagiários. A voz cantada esteve presente em todos os encontros e houve a participação da comunidade em todas as músicas. Quando, a pedido dos membros do grupo, alguma música foi executada somente por parte dos estagiários, as pessoas não cantavam, somente assistiam, caracterizando a audição.

Observou-se que em todos os encontros o grande grupo correspondeu acompanhando as canções com a voz, ou seja, cantando junto, percutindo ritmicamente os seus corpos e batendo palmas. Essas manifestações também foram encontradas por Pavlicevic (2004) que interpretou a expressão da musicalidade grupal como uma ação associada à saúde e ao relaxamento.

A comunidade solicitou, aos estagiários, canções que pareciam estar relacionadas às vivências de seu cotidiano. Essas canções tinham cunho religioso ou sertanejo. Como um dos estagiários era de origem mexicana e havia oferecido ao grupo uma canção de sua cultura, esta música voltou a ser executada em todos os encontros

---

<sup>2</sup> Tradução das autoras.

observados, por solicitação dos membros do grupo. Os momentos em que o grande grupo permaneceu em atitude de audição foram aqueles em que a canção “La Bamba” foi executada por esse estagiário.

As canções que se repetiram nos quatro encontros e que formaram o repertório básico dos grupos foram as seguintes: La Bamba, Mocinhas da cidade, Asa Branca, Oração da família, Pinga ne mim, Tocando em frente, Felicidade, Panela Velha, Moreninha Linda, Luar do Sertão, Chalana e cirandas do folclore brasileiro .

### *Reflexões Finais*

Esse trabalho mostrou o resultado da observação de quatro encontros de Musicoterapia realizados em uma Instituição que albergava pessoas em tratamento de saúde. Os elementos observados foram estudados sob a ótica da Musicoterapia Social Comunitária. Essa perspectiva colocou em lente os fatores psicossociais presentes no decorrer da convivência grupal mediada pela música. Entre estes foram ressaltadas a expressão verbal, a expressão corporal, a expressão afetiva e emocional e a expressão musical.

Quanto às expressões verbais, desse grupo, percebeu-se que os diálogos e conversas estavam sempre presentes e que tratavam de assuntos superficiais ou “conversas sociais”. Quando as atividades musicais mediavam a comunicação entre os membros da comunidade os temas que surgiam afastavam-se das “conversas sociais” e abrangiam reminiscências, associações a fatos anteriormente vivenciados. A música foi o elemento que propiciou o diálogo autêntico entre a comunidade.

As expressões corporais observadas revelaram que as pessoas se apegavam aos seus pertences e os carregavam pelo albergue, embora habitassem um ambiente em comum e cruzassem com seus companheiros de hospedagem no dia a dia. As atitudes corporais mostraram certa tensão que se traduziu em posturas de pernas cruzadas, bolsas no colo e bagagem ao lado da cadeira. Percebeu-se a constante formação de um grupo periférico em relação ao grande grupo. Esta formação não impedia a participação efetiva das pessoas embora estivessem em diferentes “posições geográficas” na atividade. No decorrer das execuções musicais os participantes batiam palmas para acompanhar o ritmo das canções.

As expressões emocionais afetivas do grupo se manifestaram na voz embargada quando falavam da saudade da família e da situação. Quando esses assuntos eram tratados após a expressão musical a voz soava no seu tom natural.

A participação da comunidade na produção sonora dos encontros caracterizou-se pela interação das participantes executando instrumentos musicais e cantando. Estas manifestações aconteceram tanto nas canções propostas pelos estagiários quanto nas canções solicitada pelo o grande grupo. Palmas, balanceios corporais, percussão rítmica com os corpos, voz cantada foram elementos presentes nas interações sonoras e musicais do grupo.

A música estimulou a produção de lembranças pessoais, além de proporcionar a interação entre a comunidade. Os hóspedes da casa, apesar da convivência diária, não trocavam informações sobre suas vidas fora do ambiente terapêutico e na Musicoterapia isso se tornava possível, mediado pela música.

O estudo dos dados mostrou que o grupo observado se fortaleceu na vivência verbal, corporal, afetivo-emocional e musical em uma abordagem musicoterápica aberta e de encontros únicos como a realidade aqui estudada. A adesão da comunidade foi geral, não houve restrições quanto à idade, gênero, condições de saúde, desempenho físico e cognitivo. A Musicoterapia foi oferecida a toda a comunidade e a própria comunidade foi sujeito e protagonista do trabalho.

A comunidade encontrou nas ações musicoterapêuticas estratégias que corresponderam às suas demandas frente à realidade que vivia na casa. O suporte psicossocial que encontraram no fazer musical foi confirmado pela permanência das pessoas no trabalho grupal mesmo que a liberdade de ir e vir fosse um fator permanente no decorrer dos encontros.

Os fenômenos estudados até agora revelaram algumas peculiaridades do trabalho da Musicoterapia comunitária. Embora seja uma exposição ainda exploratória, pretende-se com esta construção colaborar com aportes que sensibilizem o leitor para a percepção dos elementos que articulam as ações musicoterapêuticas em um ambiente comunitário.

## REFERÊNCIAS

BERNARDES, Jefferson de Souza. História. In: **Psicologia Social Contemporânea**. Marlene Neves Strey (org.). 10ª ed. Petrópolis : Vozes, 2007.

BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**. Segunda edição. Rio de Janeiro: Enelivros.2000.

CHAGAS. M. Reflexiones sobre la sociedad, riesgo e salud. Que será que me da? In: **Salud, Escucha y Creatividad**. P. PELLIZARI, R. Rodríguez (orgs). Buenos Aires: Ediciones Universiad Del Salvador, 2005. pp.151-158.

CHAGAS, M. **Musicoterapia: desafios da interdisciplinaridade entre a modernidade e a contemporaneidade**. Dissertação de mestrado. Orientador: Dra Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro. UFRJ/EICOS, 2001.

CHAGAS. Marly. **Reflexiones sobre la sociedad, riesgo e salud. Que será que me da?** In: Salud, Escucha y Creatividad. P. PELLIZARI, R. Rodríguez (orgs). Buenos Aires: Ediciones Universiad Del Salvador, 2005. pp.151-158.

CUNHA, Rosemyriam. **Musicoterapia Social**. Palestra apresentada no XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia em 2006. Goiânia: Disponível em: [http://www.sgmt.com.br/anais/p09palestras/Mesa08\\_p3\\_RosemyriamCunha.pdf](http://www.sgmt.com.br/anais/p09palestras/Mesa08_p3_RosemyriamCunha.pdf)  
Acessado em: 27/10/2009.

FURUSAVA, Gisele Célia. **Setting Musicoterápico: da caixa de música ao instrumento musical**. São Paulo: Apontamentos Editora, 2003.

LANE, Silvia, T. M. **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

PAVLICEVIC, M. Learning from Thembaletu: Towards Responsive and Reponsible Praticce In: **Community Music Therapy**. Em Community Musico Therapy. PAVLICEVIC, M. and ANSDELL, Gary (orgs). United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers, 2004. pp 35-47.

PELLIZARI, R. Rodríguez (orgs). **Salud, Escucha y Creatividad**. Buenos Aires: Ediciones Universiad Del Salvador, 2005

## MUSICOTERAPIA E SÍNDROME DE ASPERGER: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rosalina Gonçalves Abadia\*  
Ivany Fabiano Medeiros\*\*  
Fernando Gonçalves Abadia\*\*\*  
Tereza Raquel M. Alcântara-Silva\*\*\*\*

### RESUMO

Este trabalho é um estudo da utilização da música como terapia para um paciente com Síndrome de Asperger. Esta síndrome está inserida no espectro autista, mas diferencia-se do autismo clássico por não apresentar atraso ou retardo global no desenvolvimento cognitivo ou da linguagem do indivíduo. São seus principais sintomas: dificuldade de interação social, falta de empatia, dificuldade com mudanças, comportamentos estereotipados. O caso refere-se a um paciente do sexo masculino, com 08 anos de idade, cuja comunicação era eminentemente não verbal. O objetivo principal do trabalho terapêutico foi melhorar o comportamento social, a comunicação verbal e a expressão de conteúdos internos. O processo musicoterapêutico se desenvolveu por meio de sessões semanais que totalizaram 12 encontros. A técnica utilizada foi, principalmente, a Improvisação Musical. Os resultados demonstraram melhora no comportamento, na afetividade, na interação intra e interpessoal e na comunicação verbal. Espera-se que este trabalho sirva de incentivo para o desenvolvimento de pesquisas e para a atuação clínica da Musicoterapia.

### PALAVRAS-CHAVE

Musicoterapia, Síndrome de Asperger, Improvisação Musical.

### ABSTRACT

This work concerns a study related to the use of music as therapy with a patient with Asperger syndrome which is defined as a syndrome of autistic spectrum, differentiating itself from the classic autism for not submitting delay or global delayed in the cognitive development or in the language of the individual. Its main symptoms: difficulty in social interaction, lack of empathy, difficulty with changes, stereotyped behaviors. The case refers to a male patient, age of 8 years old. The patient presented as a characteristic non-verbal communication. The work had as main objective to achieve, through music, changes in social behavior, verbal communication and expression of internal content. The musictherapeutic process was developed through weekly sessions totaling 11 meetings. The methodology used was mainly the Musical Improvisation. The results showed improvement in behavior, affection, intra and interpersonal interaction and verbal communication. Finally it is expected that this work can serve as incentive for

---

\* Graduada em Direito pela Universidade Federal de Goiás (UFG), licenciada em Educação Musical pela Escola de Música e Artes Cênicas (EMAC/UFG) e graduanda em Musicoterapia também pela mesma escola. Contato: rosadelife@yahoo.com.br

\*\* Graduanda em Musicoterapia pela Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás (EMAC/UFG). Contato: namimedeiros1@yahoo.com.br

\*\*\* Mestrando em Engenharia Elétrica e de Computação na área de Sistemas Inteligentes: Biomecânica/UFG. Contato: ferdinandiz@gmail.com

\*\*\*\* Graduada em Direito pela Universidade Católica de Goiás (UCG), Profa. Ms. da Graduação em Musicoterapia (EMAC/UFG), Doutoranda do PPG Ciências da Saúde. Contato: tequels@terra.com.br

the development of research and clinical performance of Music Therapy and other health areas.

#### KEYWORDS

Music therapy, Asperger Syndrome, Musical Improvisation.

#### *Introdução*

A Síndrome de Asperger está inserida no espectro autista, todavia se diferencia do autismo clássico por não apresentar nenhum atraso ou retardo global no desenvolvimento cognitivo ou da linguagem do indivíduo (CÓDIGO CIE-9-MC, 2009). Segundo Nogueira (2007), quanto menor for o comprometimento do autista mais consciente ele será de sua situação, o que pode conduzir secundariamente a um quadro de depressão. A autora esclarece que os autistas mais comprometidos são considerados de “baixo funcionamento” e os menos comprometidos, de “alto funcionamento”; estes últimos são capazes de levar uma vida normal. E continua dizendo que, na extremidade mais leve do espectro, os asperges falam perfeitamente bem e só apresentam dificuldade na linguagem quando esta precisa ser utilizada como meio de contato social.

Neste contexto acreditamos que a música, conforme afirma Bang (apud RUUD, 1991, p. 24), pode estabelecer contatos sem, necessariamente, recorrer à linguagem. Assim, na Musicoterapia, encontramos um potencial não utilizado em outros meios de comunicação que auxilia este paciente no desenvolvimento da linguagem.

A Musicoterapia, de acordo com a definição da World Federation of Music Therapy (BRUSCIA, 2000), utiliza a música e/ou seus elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) produzidos pelo musicoterapeuta e pelo cliente ou grupos, em um processo estruturado com o intuito de facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e a organização (física, emocional, mental, social e cognitiva). Desse modo, é possível desenvolver potencialidades e/ou recuperar funções do indivíduo de forma que ele alcance melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, conquiste melhor qualidade de vida. Pode, ainda, ser definida como a utilização da música de forma científica com objetivos terapêuticos voltados para a prevenção e/ou a restauração da saúde física, mental e psíquica, com o intuito de melhorar a qualidade de vida do indivíduo. Portanto, a ação do musicoterapeuta faz parte da reabilitação do paciente como um todo (ALCÂNTARA-SILVA, 2005).

Entre as técnicas utilizadas em Musicoterapia para se alcançar objetivos terapêuticos, encontra-se a Improvisação Musical (BRUSCIA, 2000), que consiste em conduzir o cliente na improvisação de letras, melodias e/ou o acompanhamento de uma canção. O presente trabalho foi desenvolvido com base nesta técnica.

### *Metodologia*

O caso em questão refere-se a um paciente do sexo masculino, oito anos de idade, com hipótese diagnóstica de Síndrome de Asperger, Mutismo Infantil e Transtorno Invasivo de Desenvolvimento. Segundo o relato da mãe durante a entrevista musicoterapêutica, o paciente se desenvolveu dentro dos padrões de normalidade até os três anos de idade, após esse período a comunicação verbal “desapareceu”, passando a comunicar-se somente por meio dos gestos. Atualmente frequenta escola em período compatível com a sua idade. De acordo com a mãe, apresenta dificuldade de contato físico e visual, o que prejudica suas relações interpessoais.

O processo musicoterapêutico foi desenvolvido individualmente no Laboratório de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas (EMAC/UFG), no período de março a junho de 2008, somando um total de doze sessões, realizadas semanalmente com duração de 45 minutos cada. Os atendimentos eram coordenados por duas estagiárias do quinto período do Curso de Graduação em Musicoterapia (EMAC/UFG), sob a supervisão clínica semanal de uma professora do referido curso.

As técnicas aplicadas foram: Improvisação Instrumental Não-Referencial; Improvisação com Técnica de Empatia (Imitar), Técnica de Intimidade (Compartilhar instrumentos); Improvisação com Múltiplos Meios; Re-criação Vocal, Brincadeiras e Atividades Musicais, todas baseadas em Bruscia (1999 e 2000). Foram utilizados os seguintes instrumentos musicais: alfaia, teclado, ganzá, guizo, baquetas, pau de chuva, pandeiro, pandeiro meia-lua, caxixi, violão, piano, flauta, gaita, timba, caixa, sino, chocalhos, afoxé, etc. Outros recursos utilizados foram: colchonetes, folhas de papel A4, lápis de cor, giz de cera, quadro-negro, giz e desenhos de personagens da Disney.

A avaliação musicoterapêutica teve início na primeira sessão após a entrevista inicial e perdurou por três semanas consecutivas. Durante esse período, foi possível perceber o desinteresse inicial pelos instrumentos musicais e o canto. Nas primeiras sessões, o paciente se manteve alheio ao *setting* e a todos os seus componentes,

inclusive às terapeutas. Posteriormente, passou a explorar o violão e, especialmente, o piano. Estes instrumentos foram então utilizados de maneira não convencional, como objetos de diversão. Como o paciente não permitia contatos físicos e visuais, tornou-se difícil a relação terapeuta-paciente. Não foi observada alteração motora.

No decorrer do processo, a obsessão pelo piano tornou-se evidente. Seu interesse pelo instrumento estava voltado prioritariamente para a parte interna, sobretudo pelas cordas. Como essa atitude tornou-se recorrente durante o tratamento, em algumas sessões, tentamos retirar o piano da sala evitando assim o isolamento do paciente, comportamento esse que dificultava o desenrolar da sessão. Devido dificuldades relacionadas com seu peso e estado de conservação, não foi possível essa medida, levando-nos a desenvolver atividades que desviassem sua atenção para outros focos. Durante o planejamento das sessões havia um cuidado minucioso, principalmente com a escolha dos instrumentos.

Na primeira fase do processo musicoterapêutico evitávamos instrumentos de pequeno porte, visando proteger o paciente de lesões físicas bem como as musicoterapeutas, visto que, quando ele ficava nervoso, atirava objetos a esmo. As intervenções musicoterápicas foram realizadas de maneira cuidadosa, principalmente quando passamos a trabalhar com a hipótese de identificação do paciente com o personagem principal do filme ‘Corcunda de Notre Dame’, fator que o levava a criar desenhos de torres, relógios e “casas” com os colchonetes, todas essas características de forma repetitiva. Devido a complexidade e profundidade do caso, atuamos cautelosamente para não desencadear prejuízos e/ou agravamento psicológico no paciente. Após o levantamento e estudo do caso, foram propostos os seguintes objetivos terapêuticos: estabelecer o vínculo, melhorar suas relações interpessoais e a atenção, trabalhar a comunicação verbal e possibilitar a autoexpressão.

Foi elaborado para este caso um instrumento que permitia uma coleta de dados sistematizada, sendo aplicado em todas as sessões realizadas entre onze de abril a seis de junho de 2008. Com base nos objetivos estabelecidos, os aspectos observados foram: contato físico, contato visual, reações positivas (canto, sorriso, abraços, beijos, carinhos, não querer sair do setting, etc.) e reações negativas (auto e heteroagressão, gritos, choro, desejo de evasão, mutismo, etc). A pontuação obedeceu ao seguinte critério: 5 pontos = ótimo (muitas vezes a sempre), de 81% a 100% da sessão até 45 minutos; 4 pontos =

bom (muitas vezes), de 51% a 80% da sessão até 36 minutos; 3 pontos = regular (mais vezes), de 31% a 50% da sessão até 22 minutos e meio; 2 pontos = fraco (algumas vezes), de 11% a 30% da sessão até 12 minutos e meio e 1 ponto = ruim (pouquíssimas vezes), de 0% a 10% da sessão até 4 minutos e meio. Para as reações negativas foram utilizadas as pontuações: 5 pontos = ruim (muitas vezes a sempre), de 81% a 100% da sessão até 45 minutos; 4 pontos = fraco (muitas vezes), de 51% a 80% da sessão até 36 minutos; 3 pontos = regular (mais vezes), de 31% a 50% da sessão até 22 minutos e meio; 2 pontos = bom (algumas vezes), de 11% a 30 % da sessão até 12 minutos e meio e 1 ponto = ótimo (pouquíssimas vezes), de 0% a 10% da sessão até 4 minutos e meio.

### *Resultados e Discussões*

No decorrer do processo, o fato de o paciente insistir em desenhar torres (Figura 1) e construir casas com os colchonetes nos levou a refletir sobre que significado teria esses cenários para ele. Tendo conhecimento de seu interesse pelos filmes da Walt Disney, levantamos a hipótese de uma possível identificação com o personagem Quasimodo do filme ‘Corcunda de Notre-Dame’ que, de acordo com a história, vivia isoladamente na torre da Catedral.

Assim, na sessão subsequente, ao entrar no *setting*, o paciente foi recebido com desenhos do personagem sobre o piano e sua reação imediata foi de imensa alegria. A partir dessa sessão, quando se sentiu “compreendido” pelas musicoterapeutas, ele passou a desenvolver uma relação de proximidade, fortalecendo, assim, o vínculo terapêutico. Este tema continuou por algumas sessões, com objetivo de fazer que este paciente “descesse da torre” e passasse a se socializar.

Nas últimas sessões, para nossa surpresa, ele “desceu da torre” e começou a demonstrar afetividade com as terapeutas por meio de abraços e sorrisos. Este comportamento se estendeu aos familiares e colegas, aos quais, espontaneamente, passou a procurar. Outra mudança observada foi em relação à linguagem, uma vez que começou a chamar a professora pelo nome, o que não ocorria anteriormente. Acreditamos que a Musicoterapia foi o meio facilitador e potencializador da reelaboração de sua verdadeira identidade, bem como de sua comunicação verbal. Os resultados mostraram, ainda, significativa melhora no que diz respeito a: contato físico, contato visual, reações positivas e reações negativas, conforme demonstram as tabelas

1, 2,3 e 4.

Smith e Rossi (2008) afirmam que a música, como linguagem não verbal, no paciente autista é decodificada no hemisfério direito do cérebro (subjetivo e emotivo) e se move para o hipotálamo, centro de respostas emotivas, até o córtex, responsável pelos estímulos motores e pelo intelecto. Ainda segundo os autores, os sons verbais, ao contrário, são registrados no hemisfério esquerdo, na região cortical (analítica e lógica) diretamente do aparelho auditivo. Por essa razão, a música pode auxiliar o autista a se comunicar com o mundo.

Neste trabalho, demos muita ênfase à Improvisação Musical (Figura 2), pois, de acordo com Ruud (1988), ela “[...] é descrita como sendo mais honesta que a linguagem, a música pode expressar o que é temido ou camuflado pela linguagem ou intelecto”. Em muitos momentos das sessões, improvisávamos oferecendo ao paciente, conforme orienta Bruscia (2000), “[...] uma estrutura musical em que a improvisação se [baseava], tocando ou cantando um acompanhamento que [estimulasse ou guiasse] a improvisação do cliente, ou apresentando uma idéia não-musical”. Para Noess (apud RUUD, 1991, p. 108), “[...] outra técnica é cantar e representar para o paciente de um modo que o faça se sentir seguro. O canto proporciona experiência de intimidade e, portanto, de segurança. É algo melhor do que palavras, porque, para muitas crianças, palavras são apenas sons limitados”. O trabalho realizado esteve em consonância com essa afirmação, visto que, durante quase todas as sessões, improvisamos cantos e representamos cenas do filme ‘O Corcunda de Notre Dame’, juntamente com o paciente.

Comparando os resultados alcançados com os objetivos propostos, percebemos que o primeiro deles, o estabelecimento do vínculo entre nós e o paciente, foi concretizado e só não foi mais profundo e maduro em razão do pouco tempo de contato que mantivemos com ele. De acordo com Dorea (2000), a música pode constituir um elemento facilitador da construção do vínculo dentro do *setting* musicoterápico e, por meio dela, o musicoterapeuta constrói vias para lidar com a transferência e a contratransferência. Concluindo a exposição do presente trabalho, recorreremos ao pensamento de Brandalise (2001, p. 17), ao afirmar que “[...] a música, com suas forças dinâmicas, suas qualidades dinâmicas, possui uma real potência terapêutica e é somente

o musicoterapeuta, com habilidades clínico-musicais singulares, o profissional capaz de revelá-las”.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA-SILVA, Tereza Raquel de M. **O Papel da Musicoterapia como Coadjuvante no Tratamento do Paciente com Doença de Parkinson**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

BRANDALISE, André. **Musicoterapia músico-centrada**. São Paulo: Apontamentos. Editora. 2001.

BRUSCIA, Kenneth. **Modelos de Improvisación en Musicoterapia**. Espanha: Agruparte, 1999.

\_\_\_\_\_. **Definindo Musicoterapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CÓDIGO CIE-9-MC: 299.80 - **Asperger's Disorder**. Disponível em: <<http://www.agre.org/program/criteria>>. Acesso em: 30 maio 2009.

DOREA, Eduarda De Conti. **A Música e o Vínculo: o trabalho do musicoterapeuta**. Salvador, 2000.

NOGUEIRA, Tânia. Um novo olhar sobre o Autismo. **Época**, São Paulo, n. 473, p. 81, 11 jun. 2007.

RUUD, Even. **Improvisação como Experiência Limiar**. São Paulo: Summus, 1988.

\_\_\_\_\_. **Música e Saúde**. São Paulo: Summus, 1991.

SMITH, Maristela P. C.; ROSSI, Conceição. Música estimula comunicação de autistas com o mundo. **Folha Online**. Disponível em: <[http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/equi20000808\\_musicoterapia02.shtml](http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/equi20000808_musicoterapia02.shtml)>. Acesso em: 29/05/2009.

Figura 1: Desenho da Torre.

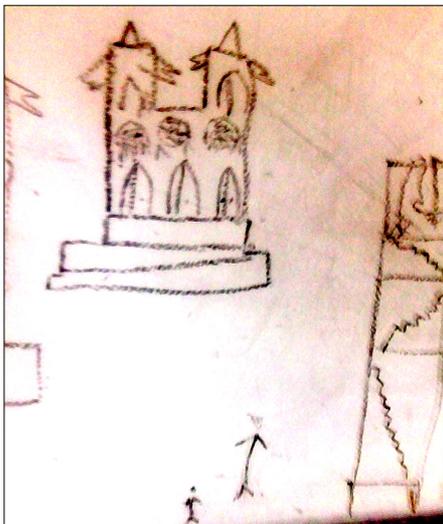


Figura 2: Improvisação para o paciente.

C F F G C C

L... es tá em su-a tor re L... es tá em su a tor re Mas vai des cer Mas vai des

Em F G C

cer Vai can tar Vai brin car E sor rir

Ritmo:

P i m i m i m i P i i i i  
i a a a i m i  
m a a

*Tabelas de dados:*

Tabela 1. Avaliação do aspecto “contato visual” durante o processo.

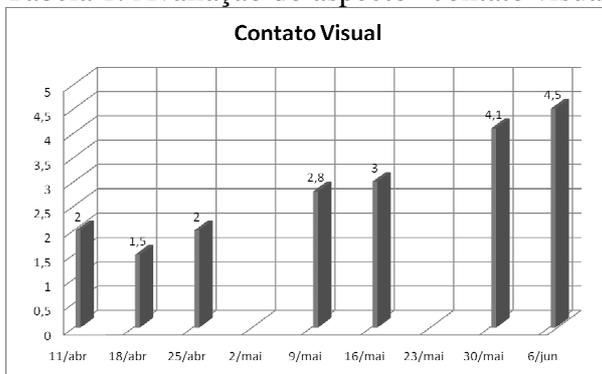


Tabela 2. Avaliação do aspecto “contato físico” durante o processo.

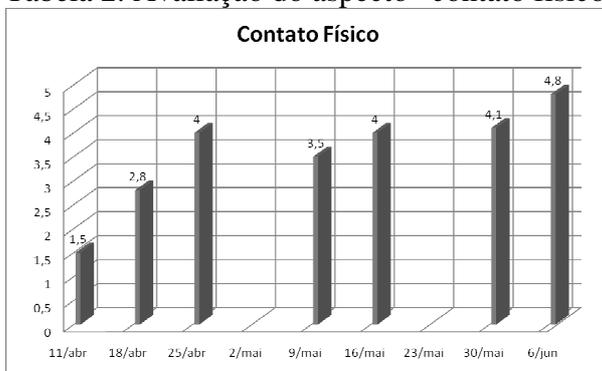


Tabela 3. Avaliação do aspecto “reações positivas” o processo.

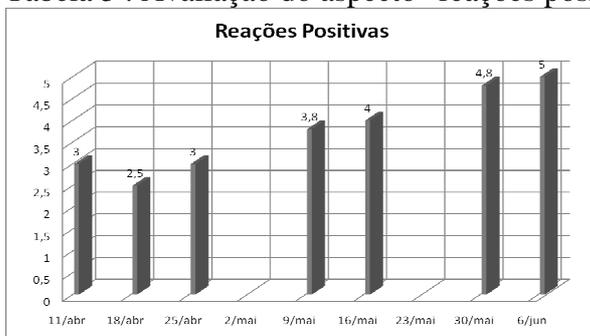
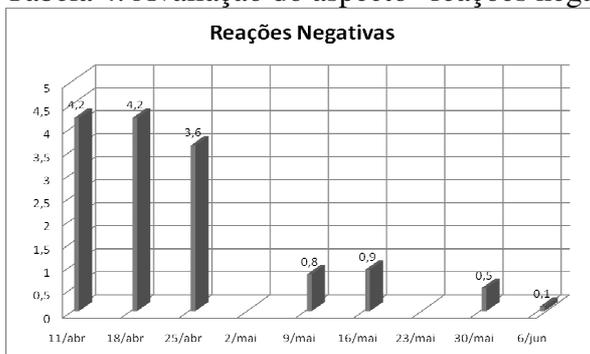


Tabela 4. Avaliação do aspecto “reações negativas” durante o processo.



## ACALANTO: UM EMBALO PARA A VIDA

Priscilla Winandy\*

### RESUMO

A partir de uma pesquisa envolvendo Musicoterapia e aleitamento materno foi realizada na Maternidade-Escola da UFRJ desde 2002, intitulada “Projeto MAME – Musicoterapia no Aleitamento Materno Exclusivo”, com mães de bebês prematuros nascidos com peso menor ou igual a 1750g. Durante 16 meses foi feita uma pré-testagem do modelo metodológico da pesquisa. A partir de observações clínicas feitas sobre esta pré-testagem, foi percebido que os acalantos (cantigas de ninar) ocupavam um lugar significativo nesta clínica específica. A eficácia da utilização dos acalantos para auxílio do vínculo mãe-bebê e da instalação da função materna (de fundamental importância para a boa estruturação mental e subjetivação do novo ser) coloca o musicoterapeuta nesta clínica como um agente de prevenção de saúde mental. O trabalho visa mostrar a importância do resgate dos acalantos como ferramenta de trabalho para o musicoterapeuta assim como o papel e a importância deste profissional na área materno-infantil.

### PALAVRAS-CHAVE

Musicoterapia; aleitamento materno; acalantos.

### ABSTRACT

A research involving music therapy and maternal breast-feeding was carried out in the Maternity-School of the UFRJ in 2002, entitled “Project MAME - Musicoterapia no aleitamento materno exclusivo”, with mothers of premature babies born with weight equal or less than 1750Kg. During 16 months a daily pre-testing of the methodology model of the research was made. From observations made during this pre-testing, it was perceived that the lullabies (songs sing to sleep) occupied a significant place in this specific clinic. The effectiveness of the use of the lullabies for aid of the mother-baby bond and the installation of the maternal function (of basic importance for the good mental structure and subjective of the new to be) places the music therapists as a prevention agent of mental health. The work aims to show the importance of rescuing the lullabies as a tool of work for music therapists as well as the inclusion of this professional as a member of the medical team in this area.

### KEYWORDS

Music Therapy; maternal breast-feeding; lullabies.

---

\* Musicoterapeuta. Este artigo baseia-se no Trabalho de Conclusão de Curso da autora, denominado “Acalanto: Um Embalo para a vida – a especificidade dos acalantos na clínica musicoterápica com mães de bebês prematuros”, apresentada à graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário (RJ), sob orientação da Profa. Martha Negreiros de Sampaio Vianna. Contato: priwinandy@gmail.com

*Projeto MAME – Musicoterapia no Aleitamento Materno Exclusivo*

Projeto MAME foi uma pesquisa realizada na Maternidade-Escola da UFRJ envolvendo Musicoterapia e aleitamento materno. Trata-se de um ensaio clínico randomizado, prospectivo e controlado que teve início em 2002 com a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Instituto de Pediatria Professor Martagão Gesteira<sup>1</sup>.

A equipe do Projeto MAME era composta pelos orientadores Prof. Arnaldo Prata Barbosa, Prof. Antonio José Ledo Alves de Cunha e Profa. Lia Rejane Mendes Barcellos. Também pelo consultor Prof. Marcus Renato de Carvalho, pela pesquisadora responsável Mt. Martha Negreiros, pelos pesquisadores Mt. Paula Maria Ribeiro Carvalho e Mt. Albelino Silva Carvalhaes, bem como pelos estagiários pesquisadores Bianca P. A. Fialho, Helena Lauria Lima e Priscilla Winandy<sup>2</sup>.

A população alvo deste estudo foram mães de bebês prematuros, cujo peso de nascimento fosse menor ou igual a 1750g., embora também participassem das sessões de Musicoterapia mães que tivessem seus bebês internados na UTI Neonatal assim como familiares e amigos quando em visita à instituição. O objetivo primário da pesquisa era “avaliar a eficácia da Musicoterapia em aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo entre mães de recém-nascidos prematuros aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê” (NEGREIROS et. al., 2003a, p.08).

O estudo, por ser controlado, dispunha de dois grupos de mães: um grupo controle, que recebia todos os atendimentos disponíveis pela maternidade com exceção da Musicoterapia, e um grupo de estudo, que recebia os mesmos atendimentos disponíveis pela maternidade e mais o atendimento musicoterápico. Assim que a mulher assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, era feita uma seleção randomizada (aleatória) para definir a qual grupo esta mãe pertenceria.

As sessões de Musicoterapia ocorriam na sala de atividades da enfermaria mãe-canguru, três vezes por semana, com duração de 60 minutos cada. O atendimento era grupal. Além do aparelho de som, a equipe de Musicoterapia dispunha de instrumentos harmônicos, melódicos e de percussão.

---

<sup>1</sup> O Projeto MAME propriamente dito se deu entre 2006 e 2008, porém seu início se deu muito anteriormente, com o formato piloto em 2001.

<sup>2</sup> Composição da equipe referente até o momento em que foi escrito o trabalho monográfico a que se refere este artigo – dezembro de 2004.

A pré-testagem do modelo metodológico teve início em 19/06/2002 e constou com 140 sessões realizadas até seu término em 24/10/2003, contando, portanto, 16 meses. No desenrolar desta, configurou-se um desenho de sessão onde pudemos identificar quatro movimentos (NEGREIROS et. al., 2003a, p.11 e 12):

1º. Movimento – expressão verbal / acolhimento: Recepção das mães e/ou familiares pela equipe, conversa sobre elas próprias e seus bebês. 2º. Movimento – expressão musical / continente sonoro: Os instrumentos musicais estão disponíveis para que as mães toquem e/ou cantem qualquer tipo de música que lhes ocorra durante a dinâmica. Os terapeutas dão um continente musical a estas expressões interagindo através do tocar e/ou cantar ou ainda, fazendo intervenções musicais ou verbais. 3º. Movimento – estimulação dos laços de comunicação / vínculo mãe-bebê: Neste momento, os musicoterapeutas oferecem, cantando e tocando, acalantos brasileiros previamente selecionados. Também podem ser colocadas peças musicais instrumentais eruditas como Thäis – Meditation (duração de 5'23''), de Massenet, Lullaby de Brahms (duração de 2'41'') e Air on the G String de Bach (duração de 5'43''). As luzes são apagadas o que favorece um relaxamento. Ao final, as luzes são novamente acesas. 4º. Movimento – fechamento: Neste momento, são tecidos comentários sobre a sessão e assuntos que surgiram no dia. Estes quatro movimentos não são nem obrigatórios nem lineares, pois dependem da dinâmica do atendimento clínico.

É sobre este terceiro movimento, em especial, quando a equipe de Musicoterapia oferece os acalantos cantando para o grupo, que se refere este trabalho.

É importante salientar que a Maternidade-Escola da UFRJ possui uma UTI Neonatal, com livre acesso para as mães/pais, além de possibilitar que as mães fiquem internadas na instituição após alta obstétrica se estas assim desejarem. Dispõe de um Banco de Leite, o que garante a mãe armazenar seu próprio leite para com isso alimentar seu bebê através de sonda enquanto ele não está apto para a sucção, e dispõe também do dispositivo de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Baixo Peso – Método Canguru<sup>3</sup>. Neste método o bebê fica em contato pele-a-pele com um adulto, visto que isto auxilia na sua regulação térmica de maneira mais eficiente do que em uma incubadora.

O Método Canguru é realizado em três etapas: a primeira fase se dá com o bebê ainda na UTI Neonatal (a mãe é incentivada a ter maior contato com seu bebê, pegá-lo e alimentá-lo via sonda); a segunda fase ocorre no alojamento conjunto (mãe e filho permanecem em contato pele-a-pele o maior tempo possível e inicia-se a amamentação no seio); a terceira fase é domiciliar (a mãe é incentivada a continuar o programa em

---

<sup>3</sup> Criado pelo Dr. Edgar Rey Sanabria em 1978, Bogotá – Colômbia, sendo seguido em seu trabalho por Héctyor Martines – 1979.

casa e a vir ao *follow up* – acompanhamento hospitalar). Com isto, havia duas clientela distintas nas sessões: mulheres cujos bebês estavam internados na UTI Neonatal (UTIN) e mulheres que estavam no alojamento conjunto, comparecendo às sessões muitas vezes com seus bebês.

### *Acalantos*

Acalanto, ou cantiga de ninar (como são conhecidos popularmente), são canções utilizadas para adormecer crianças, que geralmente vêm acompanhados do ato de acalantar<sup>4</sup> ou embalar<sup>5</sup> a criança. Encontramos esta expressão musical presente nos cinco continentes, independente de suas línguas, raças, culturas ou níveis socioeconômicos. Podemos dizer que a prática dos acalantos é algo próprio do humano.

Como tudo em nossa cultura, os acalantos são marcados pela influência da miscigenação, em especial, de três culturas: a européia, mais especificamente dos portugueses (presença de seres mitológicos e da religião cristã); indígena (influência mais marcante é na forma de embalar os bebês); e africana (palavras onomatopaicas e outras como *neném, tutu, angu, calunga,...*). Sobre a etimologia da palavra, temos o seguinte dado (LIMA, 1986, p. 05):

Ela tem uma etimologia mista: o prefixo *a* é grego, que indica privação; *Kaió*, palavra grega que significa choro; o sufixo *ar* ou *entar* que deriva da palavra latina *actitare* que significa *agitar frequentemente*. Portanto, *Acalentar*, é uma prática que visa afastar o choro da criança embalando-a (ninando-a) suavemente e cantando-lhe cantigas. É bem verdade que o *choro* contido na etimologia da palavra guarda relação com o *sono*.

Em relação aos elementos musicais, percebemos que nos acalantos o ritmo costuma ser sem grande complexidade (no máximo aparecem figuras pontuadas); o andamento é relativamente lento (subjetivo, pois não contém nenhuma indicação); e geralmente são estruturados em oito compassos. A melodia contém relações intervalares sem grandes saltos, geralmente por graus conjuntos (movimento contínuo – idéia de onda que favorece o movimento de balanço); a harmonia é simples (I e V ou I, IV e V graus) e tonal (prevalência de tonalidade maior). Os compassos, em sua maioria, são

---

<sup>4</sup> Acalantar ou Acalentar: ato para adormecer a criança com embalos, aconchegos e carícias – derivada da palavra calar – do espanhol *callanta* (FERREIRA, 1986, p. 629).

<sup>5</sup> Embalar: é o contato corporal que se tem entre aquele que acalenta e o acalentado, é o carinho, o contato, o afago acompanhado do movimento, do balanço, como um impulsionador e provocador do sono – derivada da palavra balançar (FERREIRA, 1986, p. 629).

binários e quaternários simples, embora também apareçam ternários simples e binários compostos com bastante frequência.

Quando qualquer pessoa adulta chega perto de um bebê acontece algo muito interessante: a pessoa regride em sua maneira de falar, ou seja, iguala a sua forma de falar com a de uma criança pequena para ser mais bem compreendida por ela. A isto chamamos de “manhês”, que é uma linguagem “pela qual os adultos falam com as crianças de um modo mais convocante, com prosódia mais ritmada e estrutura gramatical simplificada, mais próxima a do bebê” (JERUSALINSKY, 2002, p. 60). Bem, se os adultos tentam usar uma forma de falar mais próxima à dos bebês para se comunicarem, a forma de cantar destas mães deveria ser, por extensão, a mais próxima possível à forma como se expressam os bebês.

Existe um fenômeno intrigante conhecido por *Canção de Ur*, nome dado a um tipo fundamental de melodia, cantada por crianças em todo o mundo, independente da cultura a que pertencem. De dezoito meses a dois anos e meio de idade, as crianças cantam espontaneamente fragmentos melódicos com intervalos de segunda, terça menor e terça maior. Até os três anos, passam a incluir intervalos de quarta e de quinta, e a partir daí, começam a ser influenciadas pelo estilo musical particular da própria cultura (MILLECCO; BRANDÃO; MILLECCO, 2001, p. 60).

Podemos relacionar então a “Canção de Ur” com a linha melódica dos acalantos, visto que as relações intervalares encontradas nos acalantos são geralmente compostas por graus conjuntos ou pequenos saltos intervalares que raramente ultrapassam uma quinta. Como na Canção de Ur, os intervalos que mais aparecem nos acalantos são de segundas e terças, seguidos pelos de quarta e quinta.

Além da relação intervalar (graus conjuntos) dar uma idéia de movimento oscilante, ondulante, percebemos também esta idéia em relação ao compasso: o tempo forte de cada compasso, relacionando a prosódia musical<sup>6</sup>, parece impulsionar o embalo.

Em relação às letras dos acalantos, encontramos a presença de fonemas e interjeições (como ô-ô-ô, u-u-u) que acompanham os movimentos de embalar; elementos perseguidores (geralmente associados a um animal ou figura mitológica); e figuras da religião cristã, como Maria, José, menino Jesus, entre outros (LIMA, 1986, p. 05). Se repararmos na letra e na estrutura musical dos acalantos, percebemos algo um tanto curioso: existe uma contradição entre o doce e terno embalar sugerido pelo

---

<sup>6</sup> Prosódia musical: “ajuste das palavras à música e vice-versa, a fim de que o encadeamento e a sucessão das sílabas fortes e fracas coincidam, respectivamente, com os tempos fortes e fracos dos compassos” - (FERREIRA, 1986, p. 1404).

desenho melódico e o conteúdo das letras. Em alguns acalantos, foram encontrados conteúdos que parecem querer amedrontar a criança, “apavorá-la”, uma contradição entre o que parece ser um cuidar, com carinho e ternura e, ao mesmo tempo, uma atitude de punição que virá se a criança não dormir. Há um anúncio de perigo que algumas vezes é afastado por intervenção dos pais ou de alguma figura religiosa, em outros casos, este perigo vem como uma ameaça feita para que a criança durma.

A psicanalista Ana Lúcia Cavani Jorge (1988) levanta algumas hipóteses sobre o porquê desta ambiguidade. A primeira hipótese é que a criança reluta em dormir, e por isso é preciso assustá-la, ameaçá-la. Mas se o dormir é uma necessidade básica do ser humano, por que as mães precisam assustar seus filhos para que eles durmam? A autora chega então à conclusão (segunda hipótese) de que existe um medo relacionado ao fato de dormir. Mas que medo seria este? O medo em questão não é apenas do bebê, mas também da mãe.

Assim como há uma ambiguidade entre letra e melodia nos acalantos, há também na mãe uma ambigüidade relacionada ao desejo desta em ser um com seu bebê, e a necessidade de se desligar dele, “tornar-se e torná-lo sujeito”. Portanto, a hipótese da autora é que o tema frequentemente associado à perseguição nos acalantos é a separação mãe-bebê: “pelo horror, mãe e filho elaboram a necessidade de castração, primeira forma de separação subjetiva da criança, e que à mãe remete a formas anteriores de separação” (JORGE, 1988, p. 13 e 14). O paradoxo entre letra e melodia teria como finalidade a elaboração desta dor, para que fosse “suavizada e parcialmente compensada” pelo embalar, pela melodia suave, pelo aconchego do contato corporal, como num “alimentar de presença a ausência”, já que a separação é inevitável.

Chegamos então à conclusão que uma das funções dos acalantos seria a de possibilitar a elaboração simbólica do medo da separação (castração para a psicanálise) tanto para mãe como para o filho. No entanto, percebemos que existe uma função que antecede e é contrária a esta primeira, que é a de favorecer os laços de comunicação mãe-pai-bebê, uma vez que esta expressão é capaz de agregar outros elementos necessários para que haja a instalação deste vínculo, como o olhar, o falar, o cantar e o contato corporal.

### *A Clínica – Objetivo da Pesquisa*

A vida de uma pessoa, sua constituição como sujeito, não começa apenas a partir do momento em que ocorre a fecundação. Ela começa muito antes, com a espera deste bebê por seus pais, com o desejo destes e com uma antecipação de futuro, de um lugar no mundo para seus filhos. É já com essas primeiras antecipações dos pais frente ao bebê, que muitas vezes ainda nem foi concebido, que se iniciará o processo de subjetivação do novo ser.

Quando nasce, um bebê não tem maturidade psíquica suficiente para perceber que ele é um sujeito em um mundo composto por vários outros sujeitos. Para ele, tudo é apenas ele. O mundo é uma prolongação de si mesmo. É por essa incapacidade em distinguir seu próprio corpo dos outros objetos, e sobretudo da mãe, que o bebê precisa estar unido em simbiose a um outro. O bebê é totalmente dependente deste “Grande Outro” (Lacan) em todos os sentidos. Este Outro<sup>7</sup>, será o grande responsável, por encaminhar este novo ser na sua inscrição como sujeito no mundo, como ser único. É através do desejo de um Outro que o bebê pode desenvolver o seu psiquismo e perceber que ele é um ser “separado” que pertence a este mundo da linguagem. Geralmente este Outro que se vincula em simbiose com o bebê é a mãe, mas isso não significa que esta seja uma função especialmente e unicamente da mãe, e sim de qualquer pessoa que esteja disposta a desempenhar a função materna.

A função materna é estar disposto e disponível para emprestar seus desejos e significados a um outro ser, é estar disponível totalmente a este novo ser através do olhar, do falar, do cuidar, através do contato, do carinho, do afeto e do amor. É um “apostar” num futuro para este sujeito, é enfim, desempenhar o papel de inscrever este pequeno bebê como sujeito pertencente ao mundo.

Ao contrário do que se pensa, este vínculo entre mãe e filho não é algo que nasce pronto, deve ser construído. Quando um bebê nasce e vai para uma UTIN, algumas dificuldades ameaçam a instalação deste vínculo.

Como foi dito anteriormente, a constituição do sujeito se inicia com uma antecipação dos pais frente ao bebê. Eles então constroem uma imagem para aquele bebê. Quando o neném nasce, há um choque entre o bebê real e o bebê imaginado, mas este choque logo é superado, e os pais começam a se vincular ao bebê. Se todas as mães

---

<sup>7</sup> Na linguagem lacaniana, o “Grande Outro” é representado por “Outro” - com letra maiúscula.

passam por este choque com bebês que nasceram ditos “normais”, imaginemos então a dificuldade de pais cujo bebê real se diferencia ainda mais do bebê imaginário, seja apenas pelo tamanho ou por alguma anomalia. Existe também o medo de se apegar a um ser que poderá morrer, ou seja, existe o medo, nestes casos, de uma separação bem real e definitiva: a morte, situação ansiogênica que gera *stress* e angústia. Isto sem contar que os cuidadores daquela criança passam a ser os médicos e não os pais (bebê ‘dos médicos’, bebê ‘da equipe’).

A instalação do vínculo se dá pelo estar em contato, no falar, cantar, tocar e olhar para o bebê. As mães de bebês internados na UTIN têm muito menos contato com seus bebês, pois além deles serem retirados de seus braços ainda muito cedo, muitas vezes o único contato que elas podem ter é através de uma “janelinha” na incubadora onde colocam suas mãos para tocar o bebê.

Segundo Brazelton (1988, p. 80), são observados pelo menos cinco estágios pelos quais passam os pais para que possam ver o bebê como seu e com isso estabelecer uma relação, um vínculo: 1) o relacionamento dos pais com o bebê se dá pelos relatórios médicos, e dados físicos do bebê fornecidos pela equipe médica; 2) reconhecimento de movimento reflexos do bebê com a equipe médica pelos pais, mas ainda sem procurar eles mesmos provocar estas reações; 3) com uma maior movimentação do bebê, ainda em relação à equipe médica, os pais começam a ver o neném se transformando em pessoa, mas ainda não tentam estimulá-lo; 4) os pais começam a se relacionar com o neném e a tentar estímulos que provoquem alguma resposta (podem se perceber como responsáveis pelas respostas do bebê); e 5) o último estágio é aquele em que os pais ousam pegar a criança, segurá-la ou alimentá-la, onde eles estabelecem um vínculo com o filho e se acham capazes de cuidar deste bebê. É preciso sensibilizar os pais para a construção deste vínculo. É preciso que eles passem por estas etapas.

Como o objetivo primário do Projeto MAME é “avaliar a influência da musicoterapia no aleitamento materno exclusivo”, ou seja, bebê apenas alimentado com o leite materno, é de fundamental importância que o terapeuta sensibilize os pais para o desenvolvimento do apego, ou vínculo, visto que, para se obter sucesso na amamentação (uma vez que o fato não é algo natural do ser humano, e necessita ser aprendido), é necessário, além da produção desse leite e um bebê para sugá-lo, que a

mulher esteja disponível para tal. Se a mãe não está devidamente vinculada a seu bebê, será muito difícil que ela consiga amamentar.

Segundo King (1991 In: NEGREIROS, 2003a), toda mãe tem a possibilidade de produzir leite para seu filho (com raras exceções, decorrentes de alguma anomalia física). Assim que o bebê nasce, com a saída da placenta, a hipófise é acionada e inicia a produção de prolactina. A prolactina vai agir nos alvéolos e com isso se inicia a produção do leite. Este processo é chamado de ‘reflexo de produção’ ou ‘reflexo da prolactina’. O leite escoar dos alvéolos, através dos ductos lactíferos, e fica retido nos seios lactíferos. Quando o bebê suga, ele ativa novamente a hipófise, que libera também ocitocina. A ocitocina é o hormônio responsável pela descida do leite para os seios lactíferos – processo chamado de ‘reflexo da ejeção do leite’ ou ‘reflexo da ocitocina’. Assim que o bebê suga, a hipófise libera prolactina, que ativa a produção de mais leite. Portanto, quanto mais o bebê sugar, mais leite será produzido. Já o reflexo de ocitocina, também liberado pela hipófise, não funciona desta forma tão simples. O reflexo de descida do leite (ocitocina) sofre interferência de fatores emocionais, como preocupações, medos, dúvidas, dor, vergonha, ansiedade, *stress*, cansaço. Álcool e drogas também inibem este reflexo.

Nas sessões de Musicoterapia, as mães têm a possibilidade de entrar em contato com seus sentimentos, trabalhar a aceitação dos mesmos e expressá-los. Também pode haver suspensão das preocupações, além de se sentirem apoiadas (menor oscilação emocional), e isso pode auxiliar o reflexo de descida do leite.

### *Os Acalantos na Clínica*

Em relação à clientela, a equipe de Musicoterapia pôde perceber os seguintes aspectos:

- Pouco conhecimento de acalantos por parte das mães e familiares. No máximo, algumas conheciam o “Boi da Cara Preta” ou o “Nana Neném”;
- A substituição das músicas infantis ou folclóricas pelas músicas dos apresentadores de televisão (como Xuxa, Eliana...);
- Muitas relataram que não foram acalentadas pelos pais;
- Demonstraram estranheza em relação a cantar qualquer outro tipo de música aos bebês que não as infantis ou de ninar;

- Postura muito passiva por parte das mães – uma necessidade em ouvir e receber.

A equipe de Musicoterapia passou (a partir da 25ª sessão) a trazer uma seleção de acalantos para a sessão. Como fora demonstrada uma estranheza em relação à questão de se cantar qualquer música para o bebê, a equipe passou a utilizar os acalantos para incentivar que as mães cantassem para seus filhos. Além disso, os acalantos se mostraram muito eficazes em momentos marcados pela angústia, pelo desamparo, por fantasias mortíferas, onde as mães pareciam precisar ser acalentadas. A equipe oferecia os acalantos para as mães nestes momentos, especialmente em situações que envolvessem um bebê em estado muito grave ou em casos de risco de morte para algum bebê.

Vemos, então, que uma das funções do acalanto nestas sessões era dar apoio às mães, para que elas tivessem um suporte<sup>8</sup>, e assim estarem suficientemente amparadas para poderem apoiar seus filhos e enfrentarem a situação. Ou seja, os acalantos funcionavam como “ *Holding para o holding*” (CARVALHO; NEGREIROS, 2003b), onde a equipe dava suporte às mães para que elas assim pudessem dar o suporte a seus bebês.

Em relação às mães que estavam com os bebês na UTIN, percebemos as seguintes utilidades dos acalantos:

- Sensibilizar os pais para a construção do vínculo (passar pelas cinco etapas) e função materna, uma vez que esta expressão é capaz de agregar elementos como o contato corporal, a voz, o olhar, etc.;
  - Acessar conteúdos como medos e angústias ligados a situação dos bebês (foi percebido que com outros gêneros musicais, as mães se remetiam a outras fases de suas vidas, quando nem imaginavam passar pela situação do filho, já com os acalantos, elas imediatamente se remetiam a questão do bebê, ou a vivência de outros filhos ou ainda de sua infância);
  - Entrar em contato com os sentimentos e possibilidade de os expressarem.
- Em relação às mães que participavam das sessões com os bebês e os acalantos, foi percebido:
- As mães cantam e tocam muito pouco. Mas no momento em que são cantados os acalantos, percebemos que a mãe se volta totalmente e inteiramente para seu bebê,

---

<sup>8</sup>  *Holding*, palavra original de Winnicott para “suporte”.

canta para ele, o olha e acaricia como se não existisse mais nada além dela e seu filho;

- O acalanto parece favorecer os laços de comunicação mãe-bebê.

#### *Considerações Finais*

Os acalantos parecem ser uma ferramenta muito útil nesta clínica para:

- Auxiliar a entrar em contatos, aceitar e expressar os sentimentos;
- Estreitar os laços entre mãe e bebê (vínculo);
- Favorecer o funcionamento da função materna;
- Suporte terapêutico (“ *Holding do Holding*”).

Não se pretende com este trabalho fechar nada acerca dos acalantos, pois acredita-se que ainda se pode descobrir muitas outras funções para ele, além de que este estudo está sendo feito apenas sobre a pré-testagem do Projeto MAME, o que significa que ainda existe muito material a ser analisado. Também não significa dizer que tudo o que os acalantos são capazes de auxiliar nesta clínica não possa ser feito com outras músicas, nem é intenção desvalorizar a utilização de outros gêneros musicais. Acredita-se simplesmente que os acalantos tenham uma especificidade, pelo que já está inscrito deles em nossa cultura. Demonstra-se com este trabalho como o resgate pela tradição dos acalantos é importante, principalmente por parte de nós, musicoterapeutas, como eles podem ser de grande utilidade não apenas nesta clínica, mas em várias outras, afinal, a relação entre mãe e filho é algo que estará inscrito em nós para sempre.

Este trabalho vem apontar também a pertinência da inclusão do musicoterapeuta nesta clínica com mães-bebês e como os acalantos constituem uma ferramenta de função específica nesta área. Por fim, os acalantos parecem ser realmente um embalo, um impulso para a nova vida destas mulheres como mães e destes bebês, que já entram na vida como grandes lutadores. Um impulso para a vida, um embalo de amor.

#### REFERÊNCIAS

BRAZELTON, T. Berry. **O Desenvolvimento do Apego: uma família em formação.** Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

CASCUDO, Luís Câmara. **Dicionário do Folclore Brasileiro**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Livro (Ministério da Educação e Cultura), 1962.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Edição Revista e Ampliada. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.  
JERUSALINSKY, Julieta. **Enquanto o Futuro Não Vem**. Coleção de Calças Curtas Bahia: Ágalma, , 2002.

JORGE, Ana Lúcia Cavani. **O Acalanto e o Horror**. São Paulo: Escuta, 1988.

LIMA, Jeremias Ferraz. Considerações Psicanalíticas Sobre os Acalantos Brasileiros. In: **Boletim Científico da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro**, ano 2, nº1. Rio de Janeiro: 1986.

MILLECCO, L. A., BRANDÃO, M., MILLECCO, R. **É Preciso Cantar: Musicoterapia, Cantos e Canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

NEGREIROS, Martha et. al. **Projeto MAME: Musicoterapia no aleitamento materno exclusivo**. Rio de Janeiro, 2003a.

NEGREIROS, Martha; CARVALHO, Paula. Projeto MAME (Musicoterapia no Aleitamento Materno Exclusivo): uma proposta metodológica clínica em construção. In: Anais. IX Fórum da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro – AMTRJ. Natal: novembro de 2003b.

WANDERLEY, Daniele de Brito (org e Trad.). **Agora Eu Era o Rei: os entraves da prematuridade**. Coleção de Calças Curtas 2. Salvador, BA: Álgama, 1999.

O MOVIMENTO ESTUDANTIL FRENTE AOS DESAFIOS DA MUSICOTERAPIA:  
A EXPERIÊNCIA DO CAMT-RJ/CBM-CEU

Pollyanna Ferrari\*  
Lucas Antunes Tibúrcio\*\*  
Ana Carolina Arruda\*\*\*

RESUMO

O presente trabalho apresenta uma reflexão acerca do papel do movimento estudantil da graduação em Musicoterapia, frente aos desafios dessa profissão. Para isso, evidencia a importância da ação dos Centros e Diretórios Acadêmicos nos âmbitos educacionais, culturais e sócio-políticos. É fundamental, para tanto, o esclarecimento das funções de um Centro Acadêmico, bem como de suas possíveis áreas de atuação. Ilustra-se, a título de exemplificação, a atividade do Centro Acadêmico de Musicoterapia – Rio de Janeiro, do Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário (CAMT-RJ/CBM-CEU), percorrendo sobre seu histórico. Baseia-se na produção literária de musicoterapeutas acerca da formação profissional, atualização, atuação e da mobilização política da categoria. Espera-se, com este artigo, incentivar a criação de Centros Acadêmicos e de outras entidades representativas dos estudantes de Musicoterapia, a nível estadual e federal, bem como o fortalecimento e ampliação do movimento estudantil e, por consequência, do movimento da classe musicoterapêutica.

PALAVRAS CHAVES

Movimento Estudantil, Musicoterapia, Desafios, CAMT-RJ/CBM-CEU.

ABSTRACT

This article presents some reflections about the Music Therapy undergraduate students' political movement towards the challenges in the profession. It emphasizes the importance of Student Advocacy, Academic Union and Student's Activities Centers in cultural, educational, social and political environments as well as their possible areas of practice. The study takes as an example, the history of the Centro Acadêmico de Musicoterapia (Music Therapy Academic Union) - Rio de Janeiro, at the Conservatório Brasileiro de Música (Brazilian School of Music) - Centro Universitário. This

---

\* Graduada em Musicoterapia pelo CBM-CEU. Cursa pós-graduação em Saúde Mental pela UFRJ nos moldes de Residência, atuando no Instituto Municipal Phillippe Pinel e no CAPs Ernesto Nazareth. Presidente e membro fundador do DCE Pedro Dominguez (2005/2006). Presidente e membro fundador do CAMT-RJ/CBM-CEU (2007/2008). Segunda secretária da AMT-RJ (2008/2010). Contato: pollyannaferrari@globo.com

\*\* Aluno do 4º ano de Musicoterapia. Vice-Presidente e membro fundador do CAMT-RJ/CBM-CEU (2006/2007). Presidente do CAMT-RJ/CBM-CEU (2007/2008). Atualmente, segundo tesoureiro do CAMT-RJ/CBM-CEU. Estagiário da Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco, da Maternidade Escola da UFRJ e da Pousada Otero Bastos Residencial para Idosos. Contato: lucasan@terra.com.br

\*\*\* Aluna do 4º ano de Musicoterapia do CBM-CEU. Vice-Presidente do CAMT-RJ/ CBM-CEU (2007/2008 e 2008/2009). Estagiária da Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco e da Maternidade Escola da UFRJ. Contato: anacarolinaarrudacosta@yahoo.com.br

description is based upon the literature related to accreditation, professional background, updating data, professional achievements and mobilization in the Music Therapy field. It is hoped that these reflections encourage the creation of other advocacy endeavors, such as Music Therapy students' centers and representative organizations among the states and all over the country, as well as reinforce the strengthening and expansion of student's movements and consequently, the music therapist's domain as a whole.

#### KEYWORDS

Student Movement, Music Therapy, Challenges, CAMT-RJ/CBM-CEU.

O presente trabalho apresenta uma reflexão acerca do papel do Movimento Estudantil dos alunos de graduação do curso de Musicoterapia nos enfrentamentos dos desafios dessa profissão. Para isso, evidencia-se a importância da ação dos Centros e Diretórios Acadêmicos nos âmbitos educacionais, culturais e sócio-políticos. Este artigo foi motivado pela experiência dos autores no Movimento Estudantil no Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário (CBM-CEU) no período de 2005 a 2009. Utiliza-se o Centro Acadêmico de Musicoterapia do Rio de Janeiro do CBM-CEU (CAMT-RJ/CBM-CEU) para ilustrar a relevância do movimento dos estudantes e suas reverberações na Musicoterapia, para além da universidade. São reconhecidos, de antemão, iniciativas de organizações estudantis em outros estados; no entanto, opta-se por restringir esta descrição ao mencionado CAMT-RJ. Pretende-se aproximar o Movimento Estudantil da teoria do movimento social à luz de estudiosos como o italiano Alberto Melucci, bem como as reflexões da brasileira Ilse Scherer-Warren.

“Movimentos são sistemas de ações, redes complexas entre os diferentes níveis e significados da ação social” (MELUCCI *apud* GOHN, 1997, p. 155). O que caracteriza um movimento social é a luta de atores<sup>1</sup> por algo em comum (GOHN, 1997). Melucci vê a interação do ator numa ação coletiva como resultado de múltiplos processos e diferentes orientações. “Há um processo relacional, e este cria a identidade coletiva do grupo” (MELUCCI *apud* GOHN, p.158).

Para Melucci (2007) a juventude tem sido um dos atores centrais em diferentes ondas de mobilização coletiva. Como exemplo disso, cita o Movimento Estudantil desde os anos 60 até os dias atuais.

---

<sup>1</sup>Entende-se atores como “agentes dinâmicos, produtores de reivindicações e demandas, não como simples representantes de papéis atribuídos de antemão pelo lugar que ocupariam no sistema de produção” (TOURAINÉ *apud* GOHN, 1997, p. 143).

De acordo com a Cartilha de Centros e Diretórios Acadêmicos da União Nacional de Estudantes – UNE (2009), o Movimento Estudantil, em relação ao ensino superior, é atualmente formado por oito organizações políticas que abrangem diferentes comunidades estudantis. São elas, hierarquicamente: Organização Continental Latino-Americana e Caribenha de Estudantes (OCLAE), UNE, União Estadual dos Estudantes (UEE), Executivas de Curso, Diretório Central dos Estudantes (DCE), Centro Acadêmico (CA), o Centro e Circuito Universitário de Cultura e Arte (CUCA) e as Atléticas, associações esportivas.

Para contextualizar o CAMT-RJ/CBM-CEU, é preciso primeiro compreender quais são as funções de qualquer Centro Acadêmico. Ainda segundo a cartilha da UNE, o CA atua dentro da universidade como representante dos estudantes de um mesmo curso ou faculdade. Quando sua representação abrange estudantes de mais de um curso ou faculdade dentro da universidade, admite a forma de Diretório Acadêmico (DA). Estas duas organizações são o núcleo central de toda a rede do Movimento Estudantil.

A cartilha da UNE (2009) preconiza que cabe ao Centro Acadêmico desenvolver as lutas locais, realizando discussões com os estudantes do curso a fim de encontrar soluções para os problemas enfrentados, seja na relação com os professores, temas vinculados aos conteúdos e currículos dos cursos, ou mesmo em questões administrativas. Também cabe lutar contra o aumento das mensalidades e contra as ações que firam o direito dos estudantes inadimplentes, por exemplo. Nas universidades públicas, é o papel do Centro Acadêmico observar as formas de aplicação dos recursos e a transparência na gestão da instituição. Cabe ao CA, ainda, promover a integração dos estudantes através de atividades culturais e acadêmicas, como palestras e seminários, festas, confraternizações, festivais de arte e cultura, bem como atividades esportivas.

A atuação do CAMT-RJ/CBM-CEU não se resume a questões institucionais e acadêmicas, uma vez que existe uma demanda de articulação política na Musicoterapia. Expande sua atuação visando o reconhecimento social da profissão, tendo em vista os desafios, que serão aprofundados posteriormente.

#### *A Formação do CAMT-RJ/CBM-CEU e sua Atuação*

Ao longo da história do curso de Musicoterapia e do CBM-CEU, o Movimento Estudantil já existiu, ora atuante, ora sem muita repercussão. Nos últimos quatro anos a

instituição e a comunidade musicoterápica tem presenciado uma crescente movimentação por parte dos alunos da graduação. O Diretório Central de Estudantes Pedro Dominguez, criado no ano de 2005, iniciou um movimento que culminou na criação do CAMT-RJ/CBM-CEU.

Em setembro de 2006, alunos do primeiro, segundo e terceiro ano, reunidos no XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, em Goiânia, comentavam sobre o desejo de se entrosarem mais, tanto social quanto musicalmente, assim como de promoverem eventos que aos alunos pudessem interessar. A partir da dificuldade do DCE em reunir estudantes de diferentes cursos, foi pensada a possibilidade de criar um CA de Musicoterapia como estratégia para viabilizar a continuidade do Movimento Estudantil. Sendo assim, em 2006, o DCE foi desativado e o CAMT-RJ/CBM-CEU, fundado. A diretoria do CA tomou posse no dia 11 de outubro de 2006, composta pelos alunos Pollyanna Ferrari (Presidente), Lucas Tibúrcio (Vice-Presidente), Gabriela Santos (Tesoureira), Marília Schanuel (Diretora de Comunicação), Kenia Bianor (Secretária Geral) e Sarah Chaves (Suplente).

O CAMT-RJ/CBM-CEU surgiu em contexto de mudanças de gestão da diretoria da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro (AMT-RJ), da direção geral do CBM-CEU e da coordenação do curso de Musicoterapia, além da presença do Secretário Geral da União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) no Rio de Janeiro. A nova postura política adotada por essas instâncias foi marcada pelo incentivo ao Movimento Estudantil e pela consolidação da parceria entre profissionais e alunos da classe. Este cenário contribuiu para a realização de novas propostas e reforçou uma mobilização mais expressiva da categoria frente a suas lutas políticas. A primeira gestão do CAMT- RJ/CBM-CEU assim se definiu:

O CAMT-RJ vem representar os alunos, sendo a voz dos mesmos<sup>2</sup>, a fim de promover a realização de eventos em prol da Musicoterapia, a integração entre alunos, musicoterapeutas e instituições, levar adiante a luta dos estudantes representados em defesa de seus interesses, entre outros objetivos (CAMT-RJ, 2007, p. 4).

### *Desafios da Musicoterapia e o Movimento Estudantil*

---

<sup>2</sup> Atualmente, os autores não reconhecem o CA como a voz dos alunos, pois estes têm voz própria. Entendem que o CA representa os estudantes e atua como “amplificador” da voz dos mesmos.

Identificam-se em escritos de musicoterapeutas, como Bárbara Hesser (1996), Lia Rejane Barcellos (2004), Marco Antônio Santos (2007) e Marly Chagas (In: CHAGAS e PEDRO, 2008), alguns desafios relacionados à Musicoterapia, mesmo que não nomeados dessa forma. Esses desafios englobam desde problemáticas de ordem econômica a questões acadêmicas; de lutas políticas a inquietações do contexto social brasileiro; de impasses criados pelo meio científico a demandas paradigmáticas. É relevante frisar que tais desafios surgem em um cenário contemporâneo, complexo, com todas as implicações econômicas, sociais, políticas e subjetivas que o sistema capitalista neoliberal, a realidade social e a saúde pública podem gerar.

Santos (2007) afirma que os musicoterapeutas constituem um grupo bastante pequeno em relação aos demais que atuam na área da Saúde. A Musicoterapia é uma profissão recente no Brasil. A primeira turma foi graduada no Rio de Janeiro pelo Conservatório Brasileiro de Música em 1975. No cenário nacional há, atualmente, oito<sup>3</sup> graduações. Duas estão em universidades federais, sendo elas a Universidade Federal de Goiás (UFG) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Há também uma graduação em faculdade estadual, a Faculdade de Artes do Paraná (FAP). Existem cinco<sup>4</sup> graduações em instituições privadas, sendo elas: Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário (CBM-CEU) no Rio de Janeiro, Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU) e Faculdade Paulista de Artes (FPA) na grande São Paulo e, por fim, Faculdades EST em São Leopoldo/RS.

No Rio de Janeiro, o número de formandos por ano é limitado, tendo uma instituição privada como único curso formador de musicoterapeutas. Segundo dados oficiais cedidos pela AMT-RJ (2009), até 2008, a graduação em Musicoterapia do CBM/CEU formou mais de 430 musicoterapeutas, em média 13 por ano. A pós-graduação da mesma instituição formou de 1992 a 2008 mais de 100 especialistas, cerca de 07 por ano.

Talvez pelo fato de a Musicoterapia ainda figurar como um campo novo, com poucos profissionais, seja difícil encontrar expressiva produção bibliográfica. Aliado a

---

<sup>3</sup> Páginas das instituições consultadas: [www.ufg.com.br](http://www.ufg.com.br); [www.musica.ufmg.br](http://www.musica.ufmg.br); [www.cbm-musica.org.br](http://www.cbm-musica.org.br); [www.est.com.br](http://www.est.com.br); [www.fpa.art.br](http://www.fpa.art.br); [www.fapr.br](http://www.fapr.br); [www.fmu.br/site](http://www.fmu.br/site); [www.unaerp.br](http://www.unaerp.br). Acesso: agosto de 2009.

<sup>4</sup> Sabe-se da existência do curso de graduação em Musicoterapia na Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp), entretanto, até a presente data, consta no site desta apenas a pós-graduação em Musicoterapia *Lato Sensu*.

isso, em geral, não há tradição de pesquisa nem de estudo no Brasil, como afirma Barcellos (2004). Em relação à pesquisa, Chagas e Pedro (2008, p. 62) apresentam o que nomeiam como um terrível dilema:

(...) precisamos obedecer às regras estabelecidas pelos modernos órgãos de fomento à pesquisa – pois daí advém os recursos necessários para desenvolver o conhecimento musicoterapêutico –, mas esta mesma política nos coloca regras às quais não conseguimos nos adequar. Essa política afasta nossas pesquisas dos programas de Mestrado e Doutorado, com a justificativa de que não temos doutores em Musicoterapia para orientá-los. Sofremos o ineditismo de um campo interdisciplinar que se constitui novo e que, apesar de precisar de pesquisa para se desenvolver, encontra na própria pesquisa o impedimento da sua continuidade.

Apesar de todos os entraves apresentados, atualmente a pesquisa em Musicoterapia encontra-se em crescimento no Brasil, o que pode ser evidenciado através de dados (ZANINI et al., 2009)<sup>5</sup> apresentados no XIX Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Música (ANPPOM) em Curitiba. Esses dados apontam, entre os graduados ou especialistas em Musicoterapia, 18 doutores, 12 doutorandos, 50 mestres e 26 mestrandos. Ainda assim, a categoria conta com poucos pesquisadores. A publicação de artigos, o fomento e a realização de pesquisas em Musicoterapia, assim como a formação de pesquisadores é uma condição fundamental para o desenvolvimento e legitimação científica da profissão no País.

Faz-se necessário que a sociedade tenha um conhecimento cada vez maior da existência da Musicoterapia. A divulgação, neste sentido, contribui para que a profissão seja reconhecida e o mercado de trabalho ampliado, o que ocorre reciprocamente. Todos os desafios e questões apresentados estão interligados, por fazerem parte de um mesmo campo complexo.

Numa sociedade complexa o reconhecimento de uma nova especialidade, como a Musicoterapia, envolve questões de ordem científica (capacidade de justificar teoricamente junto à comunidade científica os princípios e métodos da nova prática e demonstrar a sua eficácia na clínica) e questões políticas como o convencimento de amplos setores a respeito da sua importância e eficácia (SANTOS, 1996, p. 44).

Hesser (1996) indica a necessidade da construção de um paradigma<sup>6</sup> da Musicoterapia através do desenvolvimento de uma fundamentação teórica própria. Para

---

<sup>5</sup> Esse trabalho será publicado nos Anais do XIX Congresso da ANPPOM no site [www.anppom.com.br](http://www.anppom.com.br)

<sup>6</sup> Kuhn define um paradigma como algo que unifica as comunidades científicas, ao afirmar que “o paradigma é uma estrutura de pensamento e um conjunto de crenças e afirmações que explicam certos

a autora (apud HESSER, 1996, p. 2), “fortalecer a identidade da Musicoterapia como uma disciplina distinta e separada se constitui como um grande desafio”.

No Dicionário Aurélio (FERREIRA, 2004, p. 295) o termo *desafio* é definido como incitação à disputa, à luta; provocação. Portanto, não se pode atribuir, *a priori*, uma valoração a qualquer desafio, uma vez que esse pode ser entendido tanto como uma dificuldade ou impasse, como uma oportunidade ou provocação para mudança. O desafio, então, gera movimento.

Dados os desafios da Musicoterapia, os estudantes são provocados a produzir mudanças. Desde o seu início, o CAMT-RJ/CBM-CEU, movido pelos inúmeros desafios apresentados, estipulou entre suas metas, a atuação no campo sócio-político da Musicoterapia. Sendo assim, expandindo sua atuação para além da instituição a que está vinculado, nesses quatro anos, o CAMT-RJ realizou cursos, palestras, debates, workshops, grupos de estudo, encontros, festas, shows, em parceria com CBM, AMT-RJ, Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco, CAMT-FAP, EKI Estação Musicoterapia, Associação de Moradores da Cardoso Junior, entre outros.

No Código de Ética proposto pela UBAM (2009), consta como responsabilidades de cada musicoterapeuta para com a profissão o desenvolvimento da mesma nos seus aspectos científico, clínico, educacional, bem como da organização profissional e de sua divulgação na comunidade. Além disso, o musicoterapeuta deve se empenhar em ampliar e fortalecer a Associação Regional e a Nacional, órgãos representativos e agregadores dos profissionais de Musicoterapia. O enfrentamento dos desafios depende do engajamento dos musicoterapeutas e, defende-se aqui, dos estudantes também.

Os estudantes, em sua maioria, trazem novas propostas e olhares para o instituído, questionando o sistema vigente. Iniciam o curso com disposição para enfrentar os desafios, impulsionam novos movimentos. No percurso do CAMT-RJ/CBM-CEU foi fundamental contar com a experiência dos professores e profissionais para indicar os caminhos, apontar tentativas já realizadas, além de dar respaldo aos estudantes.

O Movimento Estudantil, entendido como movimento social, reafirma e consolida as identidades coletivas e projetos/utopias, que reforçam o sentimento de

---

aspectos do campo. Um novo paradigma substitui um antigo quando um grande número de pensadores aceita esses novos preceitos” (apud HESSER, 1996, p. 3).

pertencimento, bem como dão longevidade e significação ao movimento (SHEREN-WARRER, 2006). Portanto, é nesse espaço que o empoderamento político e simbólico das organizações de base local se constrói e se reconstrói de forma mais efetiva.

É de grande importância a consolidação do Movimento Estudantil na Musicoterapia, visto que o mesmo contribui para a formação de profissionais mais engajados politicamente. Estudantes politizados aumentam o quórum dos que lutam por mais conquistas frente aos desafios da profissão. Segundo Silva (2007, p.3) “o movimento de organização estudantil ressurge no CBM-CEU como uma grande contribuição para a maturação política na formação do aluno”. A autora acredita que o aluno poderá continuar o seu percurso profissional mais ciente de seus compromissos e responsabilidades em relação à gestão de sua carreira.

Os projetos, metas e desafios da Musicoterapia reforçam o movimento da categoria. A regulamentação da profissão e a entrada da mesma no Código Brasileiro de Ocupações podem ilustrar a necessidade de engajamento político e de união de forças em prol dessas conquistas.

No ano de 2008, ocorreu uma Audiência Pública presidida pelo Vereador Dr. Carlos Eduardo na Câmara dos Vereadores do Rio de Janeiro, na qual foi ressaltada a necessidade de reconhecimento da Musicoterapia e ampliação do mercado de trabalho na área da Saúde Pública para esses profissionais. Nesta situação, o Centro Acadêmico realizou a “Passeata CAMTante” em que profissionais e alunos foram juntos até o local da audiência cantando e tocando diversos instrumentos musicais, distribuindo panfletos informativos sobre a Musicoterapia e portando faixas confeccionadas pelos próprios alunos, contendo dizeres esclarecedores sobre a profissão.

Ficou evidenciada a potencialidade da união estudantil frente aos desafios de reconhecimento e divulgação da profissão, visto a repercussão e importância agregadas à passeata. A representatividade da categoria foi fortalecida pela presença de 89% dos alunos matriculados no curso. Esse ato contribuiu também para o fortalecimento do movimento político dos estudantes e profissionais.

Melucci (*apud* GOHN, 1997) chama atenção para o fato de que nos movimentos sociais atuais os iniciadores das ações não são os marginalizados, mas sim lideranças com prática anterior. Para este autor, os movimentos que se mobilizam mais contam com a experiência de participação, que advém do fato de já conhecerem os

procedimentos e métodos de luta, possuem líderes próprios e um mínimo de recursos de organização, além de já utilizarem redes de comunicações existentes para veicular novas mensagens e novas palavras de ordem.

A experiência dos movimentos, sua consolidação e engajamento político são fundamentais para uma maior mobilização dos atores envolvidos. Tal apontamento indica a necessidade contínua de fomentação e articulação dos movimentos existentes na Musicoterapia, bem como a criação de outros movimentos estudantis, uma vez que é, em geral, neste espaço onde se inicia a experiência de participação política. O protagonismo começa a ser exercido quando os alunos saem da posição de esperar que mudanças venham de fora e passam a ter uma participação ativa. Todos são importantes, agentes de mudança, propulsores de movimento, atores em potencial.

Espera-se, com este artigo, incentivar a criação e manutenção de Centros Acadêmicos e de outras entidades representativas dos estudantes, a nível estadual e federal. Com isso, o Movimento Estudantil é fortalecido e ampliado, o que favorece o engajamento dos alunos em defesa dos seus interesses e sua atuação reverbera na classe musicoterapêutica.

O Movimento Estudantil, entendido como movimento social, contribui para a formação de atores. O empoderamento do Movimento Estudantil se dá através da participação, da articulação política e da mobilização coletiva. A ação coletiva tem mais força, pois potencializa o poder de transformação e o enfrentamento dos desafios contemporâneos no cenário da Musicoterapia. As inquietações e tensões, assim como acontece na música, são propulsoras de movimento e de dinâmica. É através do movimento que mudanças são possíveis.

Muda, que quando a gente muda  
o mundo muda com a gente  
A gente muda o mundo na mudança da mente  
E quando a mente muda a gente anda pra frente  
[...] Na mudança de postura a gente fica mais seguro  
Na mudança do presente a gente molda o futuro <sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Trecho da música “Até Quando” de Gabriel o Pensador

## REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Lia Rejane M. Sobre Pesquisa em Musicoterapia. In: BARCELLOS, L. **Musicoterapia: alguns escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004. p. 27-41.

CAMT-RJ – Centro Acadêmico de Musicoterapia do Rio de Janeiro. Novo CAMT. **Informativo AMT-RJ**, Rio de Janeiro, Ano XXVI, n. 1, mar/maio, 2007, p. 4.

CHAGAS, Marly; PEDRO, Rosa. **Musicoterapia: desafios entre a Modernidade e a Contemporaneidade – Como sofrem os híbridos e como se divertem**. Rio de Janeiro: Editora Mauad, 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. Curitiba: Posigraf, 2004.

GOHN, Maria da Glória. **A teoria dos Movimentos Sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. 6. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

HESSER, Bárbara. **Teoria da Musicoterapia**. Tradução: Lia Rejane Mendes Barcellos. Título Original: Music Therapy Theory. New York, 1996, Texto não publicado.

MELUCCI, Alberto. Juventude, tempo e movimentos sociais. **Juventude e Contemporaneidade – Coleção Educação para todos v.16**. Brasília: UNESCO, MEC, ANPEd, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/obsjovem/mambo/images/stories/Documentos/juventude%20e%20contemporaneidade.pdf#page=27>. Acesso: maio de 2009.

SANTOS, Marco Antônio. Sobre Musicoterapia e identidade profissional. **Informativo AMT-RJ**, Rio de Janeiro, Agosto, 2007, p.4.

\_\_\_\_\_. Musicoterapia - Aspectos da construção da carreira. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Rio de Janeiro, 1996, Ano I, n. 2, p.40-47.

SCHERER-WARREN, Ilse. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 109-130, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922006000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922006000100007&script=sci_arttext). Acesso: abril de 2009.

SILVA, Raquel S. Formação do musicoterapeuta e práticas políticas. **Informativo AMT-RJ**, Rio de Janeiro, Agosto, 2007, p. 3.

UBAM. **Código de Ética**. Disponível em: <http://www.amtrj.com.br/codigo2.shtml>. Acesso: Agosto de 2009.

UNE. **Campanha da UNE pela construção e Cadastramento de Centros Acadêmicos: onde tem centro acadêmico tem luta pelos seus direitos**. Disponível em: <http://www.une.org.br>. Acesso: abril de 2009

ZANINI, C. et al **Atualizando dados sobre Pesquisa e Musicoterapia**. Curitiba, 2009, Texto não publicado.