

Revista Brasileira de Musicoterapia

REVISTA DA UNIÃO BRASILEIRA
DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA



ISSN 2316-994X

ANO XII
NÚMERO 10
2010

EDITORIAL

É com grande alegria que apresentamos a *Revista Brasileira de Musicoterapia* número 10. 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. Outra conquista realizada neste último trimestre foi a digitalização de todas as Revistas Brasileiras de Musicoterapia, que hoje estão disponíveis para consulta na página online da UBAM.

Desta forma a *Revista* segue trabalhando para que as produções científicas dos musicoterapeutas tenham visibilidade e circulem nos meios acadêmicos e profissionais, discutindo as realidades investigadas e nosso papel como pesquisadores comprometidos com o avanço de nossa profissão.

Iniciamos esta edição com o artigo “Musicoterapeutas pesquisadores – uma atualização de dados e sugestões para futuros encaminhamentos” de Claudia R.O. Zanine, Clara M. Piazzetta, Bárbara Trelha, Leonardo Borne e Leonardo Albuquerque que traz um panorama através dos dados sobre a pesquisa de musicoterapeutas no Brasil em programas de pós-graduação *stricto sensu* diversos. O trabalho trata dos resultados do Grupo de Trabalho em Musicoterapia do XIX Congresso da ANPPOM- Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Música, 2009.

No segundo artigo “Musicalidade, cognição e estética: realidades da clínica musicoterápica”, de Clara Marcia Piazzetta, apresenta uma reflexão sobre a percepção estética na Musicoterapia a partir de bases clínicas. A autora usa como base teórica a abordagem da Musicoterapia Criativa (Nordoff & Robbins) e seus conceitos de *music child*, *condition child* e da Musicoterapia Musico Centrada conceito de *Musicing*. A discussão do tema foi realizada a partir do uso das cirandas e sambas no contexto musicoterapêutico de um cliente que experimentou na música e com a música formas de ser e compreender o mundo em que vive e que interage.

O terceiro artigo intitulado: “Musicoterapia comunitaria, contextos e investigación”, a musicoterapeuta argentina Patricia Pelizzari expõe as aspectos práticos e teóricos da Musicoterapia Comunitária. A investigação utiliza o método de ação participativa e a abordagem comunitária do sociólogo Fals Borda. O artigo também traz uma matriz construída pela autora para o monitoramento de trabalhos em grupo.

No quarto artigo “Centro de Atendimento e Pesquisa em Musicoterapia em uma Instituição de Ensino Superior na cidade de Curitiba”, de Clara M. Piazzetta, Noemi N. Ansay e Rosemyriam Cunha. O artigo relata a história e o funcionamento de um Centro de Atendimento e Pesquisa em Musicoterapia (CAEMT) evidenciando a importância da prestação de atendimentos de Musicoterapia à comunidade, a experiência das vivências abertas em Musicoterapia e o trabalho de pesquisas e estudos desenvolvidos com os acadêmicos do curso de Musicoterapia na Faculdade de Artes do Paraná.

No quinto artigo “A Musicoterapia e o uso das canções religiosas no tratamento de pacientes com insuficiência renal crônica sob hemodiálise”, as autoras : Thâmile Ferreira Vidiz , Claudia R.O. Zanini, Ângela Alessandri M. de Castro e Marcela Emília C. de Siqueira discute e analisa a presença da música religiosa no atendimento de pacientes com insuficiência renal, partindo da premissa que o homem é um ser bio-psico-social-espiritual. Após a realização de dez atendimentos, com sete pacientes, evidencia-se aspectos musicais relacionados as temáticas: o Sagrado como razão para a existência; a culpa e a representação de Deus; o auxílio para conforto espiritual e reconciliação; a esperança, a fé e o milagre. As autoras trazem os resultados da pesquisa mostrando que no processo musicoterapêutico a religiosidade/espiritualidade não deve ser desconsiderada, pois pode constituir-se como um aspecto facilitador do processo terapêutico.

No sexto artigo “Improvisação no *setting* musicoterápico: uma experiência com pacientes adultos cegos”, de Marina Reis Toffolo e Mara Reis Toffolo, as autoras relatam o trabalho de improvisação realizado com pacientes adultos cegos na instituição APAE – Ouro Preto, no ano de 2008. Por meio da técnica da improvisação os pacientes fizeram música, de várias maneiras, o qual possibilitou a expressão de sentimentos internalizados, que oportunizaram desta forma uma ampliação da autonomia física e emocional desses pacientes.

No sétimo artigo “Relato de experiência musicoterapêutica de paciente adulto com deficiência mental moderada”, de Ludmila da Castro Silva, Talita Faria Almeida e Tereza Raquel M. Alcântara-Silva, as autoras relatam uma experiência referente ao processo musicoterapêutico de nove sessões, de um paciente com diagnóstico de deficiência mental moderada. A descrição desse caso possibilitou constatar os

resultados que a Musicoterapia trouxe à vida do paciente no resgate de sua subjetividade.

No oitavo artigo “Ritmo e dificuldades de aprendizagem: possibilidades de intervenção” as autoras: Claudia das Chagas Prodossimo e Tatiana Izabele Jaworski de Sá Riechi descrevem e analisam os resultados de um estudo longitudinal e de caso controle, cujo objetivo foi verificar uma possível associação entre o desenvolvimento do senso rítmico e a sua relação com os aspectos prosódicos da leitura e da compreensão de um texto. Através dos dados da pesquisa foi possível concluir que as atividades rítmicas são um instrumento de estimulação e reabilitação no que diz respeito a reabilitação cognitiva nas dificuldades de aprendizagem.

No último artigo “A música e a musicoterapia na escola: sons e melodias que permeiam o processo de inclusão em uma escola de ensino fundamental na cidade de Curitiba” as autoras Magali Dias e Rosemyriam Cunha, descrevem e analisam os processos da prática musicoterápica em uma escola de Ensino Fundamental que acolhem em seu quadro alunos com necessidades especiais. Foram aplicados protocolos de observação, registrando as reações físicas, cognitivas e emocionais dos alunos no decorrer de atividades e interações musicais. Os resultados da pesquisa mostraram que a música, como elemento mediador nos atendimentos de musicoterapia, possibilitou alternativas de comunicação e expressão física, emocional e cognitiva do grupo de crianças participantes.

Para finalizar essa edição, cito o mestre Paulo Freire (1996)¹: “O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também de quem intervém como sujeito de ocorrências”. Portanto, como sujeitos atuantes e não somente expectadores da realidade do mundo contemporâneo, concluímos esse trabalho, convictos de que a construção coletiva é um caminho possível e desafiador para os Musicoterapeutas-Pesquisadores em nosso país.

Noemi Nascimento Ansay

Editora Geral

¹ FREIRE, P. A pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

MUSICOTERAPEUTAS PESQUISADORES – UMA ATUALIZAÇÃO DE DADOS E SUGESTÕES PARA FUTUROS ENCAMINHAMENTOS

Claudia Regina de Oliveira Zanini¹
Clara Márcia Piazzetta²
Bárbara Trelha³
Leonardo Borne⁴
Leonardo Albuquerque⁵

RESUMO

A pesquisa de musicoterapeutas no Brasil tem sido realizada em programas de pós-graduação *stricto sensu* diversos. O presente trabalho trata dos resultados do Grupo de Trabalho em Musicoterapia do XIX Congresso da ANPPOM- Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Música, 2009. O principal objetivo foi atualizar o levantamento sobre as pesquisas realizadas por musicoterapeutas no Brasil, realizado em 2003. Quanto à metodologia é um estudo bibliométrico sobre os títulos das dissertações e teses disponíveis nos currículos virtuais da Plataforma *Lattes* do CNPq. Espera-se poder contribuir para atualização dos dados quantitativos de 2003 e dar início a estudos mais aprofundados sobre os objetos de pesquisas realizadas no Brasil

Palavras-Chave: Musicoterapia, Musicoterapeutas brasileiros, Pesquisa, Produção Acadêmica *stricto sensu*.

¹ Coordenadora do Grupo de Trabalho em Musicoterapia no XIX Congresso da ANPPOM (2009). Doutora em Ciências da Saúde, Mestre em Música. Professora e Pesquisadora do Curso de Musicoterapia UFG. Atual Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Música (Mestrado) da UFG. Líder do NEPAM Núcleo de Musicoterapia (CNPq). mtclaudiazanini@gmail.com

² Participante do Grupo de Trabalho em Musicoterapia no XIX Congresso da ANPPOM. Mestre em Música (UFG), Graduada em Musicoterapia (FAP - Faculdade de Artes do Paraná). Professora do Curso de Musicoterapia da FAP. musicoterapia.atendimento@gmail.com

³ Participante do Grupo de Trabalho em Musicoterapia no XIX Congresso da ANPPOM. Graduada em Musicoterapia (FAP) e Graduada em Educação Musical (UFPR - Universidade Federal do Paraná). maebabra@hotmail.com

⁴ Participante do Grupo de Trabalho em Musicoterapia no XIX Congresso da ANPPOM. Mestrando em Educação (UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Graduado em Composição (UFRGS), Graduando em Musicoterapia (Faculdades EST - São Leopoldo). lepoars@yahoo.com.br

⁵ Participante do Grupo de Trabalho em Musicoterapia no XIX Congresso da ANPPOM, Graduando em Psicologia na Universidade de Fortaleza. sementedosol@gmail.com

ABSTRACT

The search of music therapists in Brazil has been performed in different post-graduate studies. This paper discusses the results of the *Working Group of Music Therapy* in the XIX Congress of ANPPOM - National Association for Research and Graduate Studies in Music, 2009. The main objective was to update the survey on research done by music therapists in Brazil, in 2003. Regarding the methodology is a bibliometric study on the titles of dissertations and theses available in the virtual curriculum of Lattes Platform of CNPq. It is expected to contribute to updating the figures of 2003 and initiate further studies on the objects of research conducted in Brazil.

Keywords: Music Therapy, Brazilian Music Therapists, Research, Academic Production strict sense.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Grupo de Trabalho - GT em Musicoterapia reuniu-se em Curitiba, durante o XIX Congresso da ANPPOM - Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Música. Teve a participação de três musicoterapeutas, um graduando em Musicoterapia e um graduando em Psicologia. A ementa (ZANINI, 2009) proposta pela coordenação do GT foi: a formação do musicoterapeuta pesquisador no Brasil; as pesquisas realizadas por musicoterapeutas brasileiros em cursos de pós-graduação; linhas e grupos de pesquisa dos quais os musicoterapeutas são coordenadores ou participam; e o contexto atual da Musicoterapia como campo de conhecimento e outros assuntos relacionados.

Optamos por realizar um estudo bibliométrico dos dados sobre as pesquisas que têm sido realizadas por musicoterapeutas no Brasil, focando aqueles que estão em processo ou concluíram seus cursos de pós-graduação *Stricto sensu*, em nível de mestrado ou doutorado. Para isto tivemos como banco de dados um levantamento dos currículos disponíveis na *Plataforma Lattes*, organizado um mês antes do Congresso da ANPPOM.

O último levantamento de dados acerca dos pesquisadores musicoterapeutas envolvidos em pós-graduação foi realizado pela Comissão de Levantamento de Pesquisa - CLP/UBAM - União Brasileira das Associações de Musicoterapia, em 2003. Para sua

realização foram utilizados questionários enviados a musicoterapeutas com pós-graduação *Lato e Stricto sensu*. O levantamento desenvolveu-se em duas etapas: a primeira com o envio generalizado aos musicoterapeutas filiados às Associações de Musicoterapia e a segunda etapa buscou os formulários respondidos que contemplavam o desenvolvimento de cursos de pós-graduação *Lato sensu* ou *Stricto sensu*. Após esta segunda etapa trabalhou-se sobre os dados recebidos durante o GT de Musicoterapia do XIII Congresso da ANPPOM, em Porto Alegre. Os resultados finais foram apresentados no IV Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia em Natal-RN (PIAZZETTA, et al, 2003).

LEVANTAMENTO INICIAL: PRÉ-CONGRESSO

Essa atualização de dados sobre o desenvolvimento de pesquisas realizadas por musicoterapeutas e pesquisas sobre musicoterapia, proposta para este GT no XIX Congresso da ANPPOM - Associação de Pesquisa e Pós-Graduação em Música teve por base a Plataforma Lattes, visto que atualmente a maior parte dos pesquisadores tem preenchido o currículo Lattes, atualizando-o periodicamente. Passados seis anos dos trabalhos da CLP/UBAM, a realidade acadêmica e pós-acadêmica no Brasil é outra e a Plataforma Lattes é referência e obrigatoriedade para cursos de graduação e pós-graduação.

Durante os encontros deste GT, os participantes do grupo analisaram os dados previamente organizados através de uma busca no banco de dados da plataforma, utilizando como palavras-chaves “musicoterapeuta” e “musicoterapia” e, como filtro de busca, as categorias “doutor” e “demais pesquisadores”, visando ter uma dimensão do número de trabalhos que citavam estes termos. Nesta etapa inicial foram considerados currículos de profissionais com formação em Musicoterapia, incluindo musicoterapeutas graduados e/ou especialistas e mestres em Musicoterapia fora do país, além daqueles currículos de profissionais de outras áreas que mencionavam Musicoterapia em alguma produção de seu currículo.

Nesses parâmetros o sistema (site do CNPq) apresentou os seguintes dados:

I - musicoterapeuta - doutor: quinze currículos, dos quais cinco são de *musicoterapeutas*. Os demais podem estar direta ou indiretamente ligados às instituições que oferecem cursos de graduação ou especialização em Musicoterapia.

II - musicoterapeuta - demais pesquisadores (aqueles que têm mestrado, especialização e/ou graduação): quarenta currículos, dos quais vinte e oito têm formação em Musicoterapia.

III - musicoterapia - doutor: duzentos e setenta e sete currículos de doutores que, em algum momento, a palavra 'musicoterapia' aparece. Isto ocorre por terem: 'especialização em musicoterapia'; usar a palavra em título de trabalho monográfico, dissertativo ou tese ou ser orientador de trabalho onde a palavra 'musicoterapia' aparece. Nesta busca vinte e quatro foram pré-selecionados. Os duzentos e cinquenta e três currículos que não foram considerados envolvem pesquisadores que trabalham em instituições que oferecem curso de musicoterapia (graduação ou especialização) ou foram orientadores de mestrado ou doutorado realizado por musicoterapeutas. Deste modo eles não produzem diretamente o conhecimento no campo da Musicoterapia.

IV - musicoterapia - demais pesquisadores: oitocentos e quatorze currículos, dos quais trezentos e noventa e um foram pré-selecionados por apresentarem informações como:

- a) Precursor da Musicoterapia que mantém estudos em áreas afins como Educação Musical;
- b) Graduados e graduandos em Musicoterapia;
- c) Graduados e/ou especialistas em Musicoterapia com mestrados ou mestrandos;
- d) Doutorandos;
- e) Trabalhos monográficos em outras áreas realizados por graduados em Musicoterapia;
- f) Outras áreas de conhecimento que escrevem sobre musicoterapia em Graduação e Pós-Graduação;
- g) Outras áreas que realizam pesquisa em música, com foco na saúde;

- h) Formação complementar em musicoterapia, como curso de musicoterapia didática;
- i) Currículos desatualizados ou preenchidos de modo inadequado.

Desses currículos foram descartados os que se enquadraram no descrito na letra ‘i’. Os demais foram categorizados em: graduados e graduandos - 156 currículos (letra b); musicoterapeutas mestres e mestrandos - 78 currículos (c); musicoterapeutas doutorandos - 12 currículos (d), trabalhos monográficos em outras áreas, feitos por musicoterapeutas - 57 currículos (e) e outras áreas que desenvolvem trabalhos monográficos, dissertações, teses e profissionais com formação complementar em musicoterapia - 88 currículos (f). Estes 88, em sua maioria, correspondem a trabalhos de graduação e de outras áreas que escrevem monografias, dissertações e teses citando a musicoterapia.

Os dados quantitativos deste levantamento inicial desdobraram-se em subcategorias e envolveram profissionais não musicoterapeutas. Assim, para a análise destes dados, optamos por considerar os currículos de profissionais com formação acadêmica em Musicoterapia, incluindo musicoterapeutas graduados e/ou especialistas e mestres em Musicoterapia com formação fora do país. Os currículos pré-selecionados de outros profissionais, contudo, não foram considerados nesse momento.

Outras informações obtidas no levantamento pré-congresso dizem respeito aos grupos de pesquisa cadastrados no CNPq que citam a palavra “musicoterapia”. São eles:

- 1) Música em Pesquisa
Instituição: Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário - CBM
Criação: 2004; Órgão: Coordenadoria de Pesquisa
Unidade: Núcleo de Pesquisa José Maria Neves
- 2) NEPIM – Núcleo de Estudos e Pesquisa Interdisciplinar em Musicoterapia
Instituição: Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Criação: 2008; Órgão: SETI
Unidade: Faculdade de Artes do Paraná
- 3) NEPAM – Núcleo de Musicoterapia
Instituição: Universidade Federal de Goiás - UFG

Criação: 2002; Órgão: Escola de Música e Artes Cênicas

Unidade: Escola de Música e Artes Cênicas

4) Terapia Ocupacional e Gerontologia

Instituição: Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR

Criação: 2009; Órgão: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Unidade: Departamento de Terapia Ocupacional

5) Cancerologia Cirúrgica

Instituição: Liga Norte Riograndense Contra o Câncer - LNRCC

Criação: 2006

6) Núcleo de Estudos e Pesquisa em Educação Musical

Instituição: Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Criação: 2007

Área Predominante: Ciências da Saúde; Medicina

7) Estudo das Práticas Alternativas ou Complementares de Saúde

Criação: 1989

Área Predominante: Ciências da Saúde - Enfermagem

8) Educação Musical, Cultura e Comunidade

Instituição: Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR

Criação: 2007

Área Predominante: Lingüística, Letras e Artes; Artes

Seguindo os mesmos critérios de análise dos currículos, verificamos que somente os quatro primeiros grupos de pesquisa citados têm a participação de profissionais com formação acadêmica em Musicoterapia, incluindo musicoterapeutas graduados e/ou especialistas.

RESULTADOS DA ANÁLISE-TRABALHO DO GT EM MUSICOTERAPIA

Apresentamos um panorama dos dados existentes em 2009, a partir do levantamento pré-congresso e dos trabalhos de pesquisa realizados em âmbito *Stricto sensu* (mestrado e doutorado) concluídos e em andamento. Os critérios utilizados na análise foram: a) ser graduado ou especialista em musicoterapia; b) usar a palavra 'musicoterapia' no título do

trabalho e/ou nas palavras-chave. Deste modo os currículos de profissionais de outras áreas que usam a palavra ‘musicoterapia’ e/ou nas palavras-chave não foram considerados.

MUSICOTERAPEUTAS DOUTORES

Dentre os dezoito musicoterapeutas que concluíram doutorados ou têm titulação equivalente (título de notório saber ou livre docência) foram selecionados oito com os critérios de inclusão. Esses profissionais realizaram seus estudos em programas das seguintes áreas: Música (Musicologia e Educação Musical), Ciências da Saúde (Psicologia Social, Psicossociologia de Comunidades, Ciências da Saúde e Ciências Aplicadas à Cirurgia e Oftalmologia) e Ciências Humanas (Educação, Filosofia, Comunicação & Semiótica).

Os títulos das teses de doutorado desses musicoterapeutas são:

- *A Música como Metáfora em Musicoterapia;* (Lia Rejane Barcellos)
- *O Efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida e na Pressão Arterial do Paciente Hipertenso;* (Claudia Zanini)
- *A Teia do Tempo nos Processos de Comunicação do Autista: Música e Musicoterapia;* (Leomara Craveiro de Sá)
- *Processos de Subjetivação na Música e na Clínica em Musicoterapia;* (Marly Chagas)
- *The Experience of Being a Mother of Children up to Two-And-A-Half Years Old and the Bonny Method of Guided Imagery and Music;*(Thelma Alvares)
- *Mosaico de olhares e de interesses para além do enquadre do setting terapêutico;*
- *Efeitos da Musicoterapia na Qualidade de Vida Visual de Portadores de Neurite Óptica Desmielinizante;* (Cybele Loureiro)
- *A Música e a Ciência se encontram - Um Estudo Integrado entre a Música, Ciência e Musicoterapia.*(Clotilde Leinig)

Foram selecionados dez musicoterapeutas que não preencheram os critérios empregados. Estes profissionais realizaram seus estudos em programas das seguintes áreas:

Educação, Teoria Psicanalítica, Música, Teologia, Psicologia, Psicologia Clínica, Filosofia, Educação Física e Engenharia Elétrica.

MUSICOTERAPEUTAS DOUTORANDOS

Dentre os doze musicoterapeutas doutorandos selecionados, cinco são os que atendem aos critérios estabelecidos. Estes profissionais estavam realizando seus estudos em programas das seguintes áreas: Ciências da Saúde (Psicologia, Enfermagem e Ciências Médicas) e Ciências Humanas (Educação).

Sete musicoterapeutas não tinham a palavra musicoterapia no título de seus trabalhos e estavam realizando seus estudos em programas das seguintes áreas: Música, Música e Inclusão, Psicologia, Ciências da Saúde, Psicobiologia, Teatro e Etnomusicologia.

MUSICOTERAPEUTAS MESTRES

Dos cinquenta currículos de musicoterapeutas mestres, vinte e cinco foram selecionados por apresentar alguma destas palavras: musicoterapia, musicoterapeuta, musicoterápica, no título de sua pesquisa e ou estavam entre as palavras-chave. Estes profissionais realizaram seus estudos em programas das seguintes áreas: Música (Música e Musicoterapia), Ciências da Saúde (Psicologia, Psicologia Social, Psicossociologia de Comunidades, Psicologia Clínica, Psicanálise e Ciências Médicas) e Ciências Humanas (Administração, Educação e Comunicação & Semiótica).

Os títulos das dissertações de mestrado desses musicoterapeutas são:

- *Razão e sensibilidade: caminhos para a formação do professor de musicoterapeuta;* (Sheila Volpi)
- *Musicoterapia e Identidade Humana: a concretização de um projeto emancipatório;* (Maristela Smith)
- *Musicalidade clínica na musicoterapia: um estudo transdisciplinar da formação do musicoterapeuta como um ser musical-clínico;* (Clara Piazzetta)

- *Contribuições do tratamento musicoterápico ao paciente portador de disfonia;* (Eliane Faleiro)
- *Escuta em Musicoterapia: a escuta como espaço de relação;* (Lilian Coelho)
- *Cartografias de uma experimentação musical: entre a Musicoterapia e o grupo Mágicos do Som;* (Raquel Silva)
- *A Prática Pedagógica do Professor Musicoterapeuta: Implicações na Formação do Profissional;* (Jonia Messagi)
- *Emergência e Saúde Contemporânea - A Experiência da Musicoterapia;* (Marcelo Santos)
- *Novas Perspectivas de Comunicação em Musicoterapia;* (Renato Sampaio)
- *O Jogo Sonoro num Território Musicoterápico;*(Ana Lea Baranov)
- *Approach Brandalise to Music Therapy;* (André Brandalise)
- *Metodologias do Cotidiano da Saúde: A Musicoterapia na Sala de Espera de uma Unidade Básica de Saúde;* (Adriana de Freitas Pimentel)
- *A utilização da música com objetivos terapêuticos: Interfaces com a Bioética;* (José Davison)
- *Música - uma ponte no tempo: demência e memória musical;* (Mariangela Aleixo)
- *Audição Musical e Respostas a Dilemas Morais;* (Raul Brabo)
- *Music Therapy and the continuum of treatment in a pediatric setting;* (Cristiane Ferraz Prade)
- *Musicoterapia com Gestantes: Espaço para a construção e ampliação do ser;* (Ana Maria Delabary)
- *A influência do Tratamento Musicoterapêutico na comunicação de crianças com Transtornos do Espectro Autista;* (Gustavo Gattino)
- *O lugar ético dos sons musicais quando significantes na clínica e na política de saúde mental infanto-juvenil;* (Francisca Abreu)
- *Musicoterapia e o cuidado ao cuidador: uma experiência junto aos Agentes Comunitários de Saúde na Favela Monte Azul;* (Mariana Mazzei)
- *Music Therapy Education and Training: A study of the development of music skills for students within undergraduate music therapy programs in Brazil;* (Roger El Khouri)
- *Interações entre avós e seus netos com deficiência: uma experiência em musicoterapia;* (Fabiana Mariano)

- *Identidade musical em pacientes com esclerose múltipla: um estudo piloto;* (Shirlene Moreira)
- *Musicoterapia com adolescentes portadores de câncer: um caminho para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao estresse;* (Fernanda Ortins Silva)
- *Le developpement de la perception corporel des enfants polyhandicapés atravers d'un travail musical vers le corps.* (Fernanda Mota)

Os vinte e cinco musicoterapeutas que não se enquadravam nos critérios estipulados realizaram seus estudos em programas das seguintes áreas: Ciências Médicas, Psiquiatria, Enfermagem na Saúde do Adulto, Engenharia de Produção, Filosofia, Gestão Sustentável em Turismo, Teoria Psicanalítica, Educação Musical, Educação & Cultura, Música, Educação, Performance Musical, Arquitetura & Urbanismo.

MUSICOTERAPEUTAS MESTRANDOS

Foram localizados vinte e seis currículos de musicoterapeutas mestrandos, dos quais seis atendiam aos critérios. Esses profissionais realizam seus estudos em programas das seguintes áreas: Música e Ciências da Saúde (Distúrbios da Comunicação Humana e Ciências da Saúde).

Os demais vinte musicoterapeutas realizavam seus estudos em programas das seguintes áreas: Educação, Teologia, Psicologia, Estudos da Cultura Contemporânea, Letras, Docência Universitária, Serviço Social, Educação e Saúde na Infância e Adolescência, Saúde Coletiva, Fonoaudiologia, Música, Educação nas Ciências, Distúrbios da Comunicação e Terapia Ocupacional.

Na tabela 1 apresentamos os dados relativos a estes quatro grupos de profissionais citados acima, tendo como foco a citação da palavra musicoterapia no título ou como palavra-chave citada no currículo da Plataforma Lattes em sua pesquisa de pós-graduação *Stricto sensu*.

Profissionais Musicoterapeutas	Citação de musicoterapia no título ou como palavra-chave de sua pesquisa na Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i>	
	Citação -Musicoterapia n (%)	Outros Temas n / %
Doutores n = 18	8 (44,4%)	10 (55,6%)
Doutorandos n = 12	5 (41,7%)	7 (58,3%)
Mestres n = 50	25 (50%)	25 (50%)
Mestrandos n = 26	6 (23,1%)	20 (76,9%)

Tabela 1 – Quantidade de Musicoterapeutas e a citação de musicoterapia no título ou como palavra-chave de sua pesquisa na Pós-Graduação *Stricto sensu* com base na *Plataforma Lattes*, em agosto de 2009

Os critérios adotados nos trabalhos deste GT favoreceram um mapeamento preliminar quantitativo da realidade da pesquisa realizada por musicoterapeutas em nível de pós-graduação *Stricto Sensu*.

Ao colocarmos como critério as palavras-chave foi possível selecionar trabalhos em áreas afins à Musicoterapia. Estas pesquisas colaboram com a área da Musicoterapia e são pesquisas no âmbito da música e cérebro, bioética, psicologia social, entre outras.

O critério adotado de utilizar somente currículos de profissionais com formação em Musicoterapia (graduação e especialização) não permitiu um mapeamento da construção do conhecimento realizado por outras áreas a partir da Musicoterapia, sendo este um estudo futuro de suma importância para o campo, que possibilitará melhor visão da realidade da Musicoterapia.

DIFICULDADES ENCONTRADAS

Para atualizar os dados sobre as pesquisas realizadas por musicoterapeutas brasileiros em cursos de pós-graduação, assim como os grupos de pesquisa dos quais os musicoterapeutas são coordenadores ou participam encontramos as seguintes dificuldades: *Currículos Lattes* não atualizados, inadequação no preenchimento dos currículos, falta de resumos das dissertações e teses. Também constatamos que existem musicoterapeutas pós-graduados que não tem preenchido seu *Currículo Lattes*, não sendo assim considerados no presente levantamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados aqui registrados temos um panorama sobre as pesquisas referentes aos cursos de pós-graduação *Stricto sensu* realizados por musicoterapeutas graduados e/ou especialistas que têm seu currículo na *Plataforma Lattes*.

Os dados expostos nos dão informações restritas, visto que não tivemos acesso aos resumos dos trabalhos e, em alguns casos, não havia citação de palavras-chave nos currículos. Optamos por citar os títulos dos trabalhos finais de mestrados e doutorados concluídos porque, em muitos dos trabalhos em andamento, os títulos e até mesmo os temas e/ou projetos sofrem modificações no decorrer da pós-graduação.

Para dar continuidade a esse levantamento temos como propostas: que os musicoterapeutas conscientizem-se da importância de divulgar a sua produção preenchendo e atualizando periodicamente seu *Currículo Lattes* (pós-graduação *Stricto* e *Lato sensu*); que procurem vincular suas pesquisas aos grupos cadastrados no Diretório do CNPq; que busquem mais dados (bancos de teses e dissertações) para estudo e compreensão dos temas estudados e do conhecimento construído pelos musicoterapeutas; e que os resultados do levantamento de 2003 e do mapeamento realizado pelo GT em Musicoterapia (XIX Congresso da ANPPOM/2009) possam nortear os encaminhamentos para os próximos ENPEMTs (Encontros Nacionais de Pesquisa em Musicoterapia), no sentido de construí-los com temas pertinentes às dificuldades e especificidades de nossa área.

Finalmente, é imprescindível que o musicoterapeuta se veja como um produtor de conhecimentos na área, que se fortaleça a divulgação da produção científica do

musicoterapeuta com a publicação de artigos em periódicos indexados, que trabalhem para a composição da *Lista Qualis* de Musicoterapia e, principalmente, que não deixemos de acreditar em nossas possibilidades enquanto pesquisadores.

REFERÊNCIAS

PIAZZETA, C.M. (coordenação); BARCELLOS, L.R.M.; BRANDALISE, A.; MARANHÃO, A.L.; PENA, M.E. Relatório final da Comissão de Levantamento de Pesquisa. In: **Anais do Simpósio Brasileiro de Musicoterapia**. Natal, 2003 (CD-Rom).

ZANINI, C.R.O. Ementa do Grupo de Trabalho em Musicoterapia para o XIX Congresso da ANPPOM. In: site do **XIX Congresso da ANPPOM**, 2009.

ⁱⁱ Currículos acessados entre 17 e 22 de agosto de 2009.

MUSICALIDADE, COGNIÇÃO E ESTÉTICA: REALIDADES DA CLÍNICA MUSICOTERÁPICA

Clara Márcia Piazzetta¹

RESUMO

Este artigo apresenta uma reflexão sobre a percepção estética na Musicoterapia a partir de bases clínicas com autorização para publicação. Os conceitos de base são: *music child*, *condition child* e *Musicing* importantes para a compreensão do tratamento. Esta proposta não busca desvelar um processo musicoterapêutico, mas, sim os sentidos das estruturas musicais quando em consonância com a *music child*. Um resultado encontrado e discutido no texto é o aspecto da “ampliação”, pois uma ampliação da musicalidade é simultânea à ampliação das condições gerais do cliente. A percepção estética musical integra a cognição e fornece bases clínicas para o uso da música como terapia.

Palavras-chave: Musicalidade; Cognição; Estética; Musicoterapia Músico Centrada

ABSTRACT

This article presents a reflection on the aesthetic perception in Music Therapy from clinical basis, with permission for publication. The basic concepts are: *music child*, *condition child* and *Musicing*, which are important to understand the clinical treatment. This proposal does not seek to uncover a music therapy process, but rather the senses of musical structures in line with the *music child*. A result found and discussed in the text is the aspect of "extension" because an extension of the musicality is simultaneous to the extension of the general conditions of the client. Musical aesthetics perception integrates cognition and provides clinical basis to the use of music as therapy.

Keywords: Musicality; Cognition; Aesthetics; Music Centered Music Therapy.

INTRODUÇÃO

O processo musicoterapêutico que gerou este artigo desenvolveu-se do ano de 2006 a 2009. Durante as oitenta e três sessões individuais realizadas as transformações pessoais acompanharam as mudanças nos contextos musicais sem, contudo, perder o contato com algumas características estruturais e estéticas musicais.

¹ Musicoterapeuta clínica, Docente em Musicoterapia, participante do Colegiado de Musicoterapia – Faculdade de Artes do Paraná, integrante dos grupos de Pesquisa NEPIM/FAP-CNPq e NEPAM/UFG-CNPq, email: musicoterapia.atendimento@gmail.com

Ao discorrer sobre “cirandas” e “sambas”, linguagem musical predominante, não se pretende abordar sobre a importância da cultura e da inserção cultural do cliente, nem tão pouco desconsiderar esses aspectos. Esses exemplos musicais, bem como, suas particularidades estéticas são considerados aqui o terreno fértil para um crescimento pessoal. Acredita-se que essas linguagens musicais acolheram as particularidades da musicalidade do cliente de modo a permitir tanto o desenvolvimento pessoal quanto musical. Desse modo, musicalidade e cognição formaram uma engrenagem potente, a expansão da musicalidade proporcionou o encontro consigo mesmo, e os aspectos cognitivos ampliaram a capacidade de interação e percepção da realidade ao redor.

Este texto se propõe assim, a abordar os aspectos da *music child* e *condition child*ⁱ (Musicoterapia Criativa) em acordo com alguns elementos estéticos musicais colocados em destaque. Da mesma forma, visa contemplar uma ação cognitiva que transcende o ambiente pedagógico musical e alcança as formas de ver, estar e ser no mundo, próprias de cada pessoa. O desenvolvimento musical e o desenvolvimento pessoal nessa reflexão acontecem simultaneamente, não existindo uma relação causal entre eles. O ambiente é de recursividade, pois, ‘vivemos porque conhecemos e conhecemos porque vivemos’ (MATURANA & VARELA, 2001), do mesmo modo que, a música esta na vida porque a vida está na música.

LINGUAGEM MUSICAL DOS RECORTES CLÍNICOS

a) Cirandas

Algumas cirandas conduziram o início dos trabalhos. Uma, contudo, destacou-se pela recorrência, por acolher paródias que atualizavam a canção para o contexto do aqui e agora e por acolher também uma escolha por intervalo descendente recorrente na musicalidade do cliente. A recriação destas canções se fez com melodia e ritmo.

Mas o que são “cirandas”? Manifestações musicais folclóricas transmitidas pela oralidade. São brincadeiras de roda usadas por crianças e por adultos. Como manifestação folclórica, segundo Travassos e Carvalho (2006),

[...] é lúdica em suas formulações mais vigorosas e essenciais (...) os brincantes preservam e recriam um legado cultural, herança de seus pais, parentes e amigos - liames que unem os sujeitos ao passado, onde a memória e a lembrança desempenham um papel fundamental (TRAVASSOS & CARVALHO, 2006, p. 27).

O desempenho das cirandas acontece com a interação de todos os dançantes. Todos são convidados a participar e aprendem por imitação a letra, a dança e a melodia. Um mestre

então a ciranda e todos repetem. Assim nessa brincadeira, “a memória dos brincantes flui de maneira livre, delineada na lembrança e no improviso criativo” (*Ibid.*, 2006, p. 27). É uma manifestação popular que mantém viva a história e a memória de uma comunidade. Os visitantes convidados a dançar, da mesma forma entram em contato com essa raiz cultural dos dançantes.

O aspecto das cirandas como elos entre o presente e o passado dos brincantes de certo modo serviu a essa função também nos atendimentos. A origem de nascimento do cliente vinha ao encontro dessa linguagem musical ciranda. E também, por ser essa manifestação musical acolhedora e inclusiva, favoreceu a construção do vínculo na fase inicial do processo. As características musicais das cirandas, quanto a ritmo, melodia e harmonia descritas por Michahelles & Chagas (s/d) são:

Ritmo - apresenta-se em compasso binário simples, ritmo anacrústico e terminação masculinaⁱⁱ, havendo presença expressiva de síncope muito peculiares, como as formadas por antecipações de sons finais, deslocamento das sílabas tônicas, acentuações nas partes fracas dos tempos, e interrupções por pausas. Apesar do predomínio do compasso binário simples, podemos também encontrar canções em ternário simples, quaternário.

Melodia - O modo predominante é o maior, geralmente abrangem âmbito de oitava, destacando-se os intervalos de segunda e terça, assim como os sons rebatidos. Também apresentam-se freqüentemente melodias com repetição insistente ou imitação de desenhos, movimento inicial ascendente dominante-tônica, movimento melódico terminal descendente sobre a tônica por graus conjuntos. Modulações tonais são atípicas, ocorrendo de forma rara.

No processo clínico em questão, a ciranda recorrente foi denominada de “cheguei”ⁱⁱⁱ (fig.01)



Fig. 01 – Ciranda – ‘Cheguei’

Um detalhe chamou atenção na recriação dessa ciranda e foi revelado com a recorrência. Primeiramente ela era a música de início de cada atendimento, depois quando outros acontecimentos musicais de improvisação e experimentação de instrumentos ocuparam esse momento a surpresa veio. A forma como ela foi cantada alterou o intervalo inicial da ciranda. Na realidade da linguagem da “ciranda” o intervalo inicial é ascendente (fig.02), na realidade da musicalidade do cliente foi executado como descendente (fig.01).

Lundu: Canto e dança muito populares no Brasil do século XVIII originária dos escravos de Angola; **Maxixe:** Canto e dança populares no país no final do século XIX e início do XX. É uma mistura da habanera e da polca; **Modinha:** Canto de salão conhecido tanto no Brasil quanto em Portugal; **Choro:** Formado por pequenos grupos de instrumentos solistas.

Essa manifestação musical originária do Brasil tem enquanto estrutura e contexto pontos marcantes no ritmo, na poesia, na dança e na sua função social. O ritmo é sincopado com compasso binário mantém no surdo o apoio no segundo tempo e antecipação do acorde do primeiro tempo. Os instrumentos característicos são de percussão e de corda: pandeiro, surdo, tamborim, violão, cavaquinho. A poesia acompanhada dos instrumentos canta fatos do dia a dia. Desse modo, é uma forma de compartilhamento dos fatos da vida. O ritmo é o elemento integrador, mas as letras favorecem a identificação das pessoas com suas próprias vidas, desejos e decepções.

No exemplo clínico em questão a canção “Para ver as meninas – Paulinho da Viola”(fig. 03) foi um delimitador de etapas de trabalho. Tanto a letra quanto a estrutura rítmica, melódica e harmônica potencializaram um aprofundamento no processo do cliente e a mudanças na sua forma de entender e interagir com o mundo. Foi recriada pelo cliente com o musicoterapeuta, sem envolver audição de CD.

D7 Gm Bb7 A7

Si - lên - cio por fa - vo - or en quan toes que -

Am(b5) D7 Gm

- çoum pou - coa - - - dor no pei - to

Fig. 03. ‘Para Ver as Meninas’ – Paulinho da Viola

Silêncio por favor Enquanto esqueço um pouco a dor no peito
 Não diga nada sobre meus defeitos Eu não me lembro mais quem me deixou assim
 Hoje eu quero apenas Uma pausa de mil compassos
 Para ver as meninas E nada mais nos braços Só este amor assim descontraído
 Quem sabe de tudo não fale Quem não sabe nada se cale Se for preciso eu repito
 Porque hoje eu vou fazer Ao meu jeito eu vou fazer Um samba sobre o infinito
 Porque hoje eu vou fazer Ao meu jeito eu vou fazer Um samba sobre o infinito

A harmonia caminha no ambiente de Sol menor; tem início com a preparação da dominante para a tônica acompanhando a melodia em terça maior descendente a partir da nota da dominante; Ao final da primeira ideia (fig 03), o campo harmônico fechou um ciclo, contudo a melodia termina esse trecho na nota da dominante. E deste modo tensiona e pede algo mais.

Esse algo mais, nos versos seguintes, ‘Não diga nada sobre meus defeitos Eu não me lembro mais quem me deixou assim’, leva para a nota de repouso com a palavra ‘não’, contudo, segue para nova tensão na nota da melodia na dominante. A harmonia passeia sobre o acorde homônimo G7 e retorna para o campo harmônico de Sol menor.

Um ponto interessante dessa canção acontece no verso: ‘hoje eu quero apenas uma pausa de mil compassos’ que é executado com uma fermata na palavra ‘apenas’ e na harmonia G7 resolve em Cm, subdominante de Gm. O espaço dessa fermata em G7 amplia a suspensão e as expectativas e a harmonia mantém aberta as possibilidades.

A partir desse ponto de culminância musical da canção, a peça caminha para seu desenvolvimento tanto na poesia quanto na melodia e harmonia. A conclusão harmônica retoma a cadência de IVm, V7, Im e IIm7(5b), V7, Im, conclusiva para acompanhar a decisão apresentada nos versos: ‘ Por que hoje eu vou fazer, do meu jeito eu vou fazer, um samba sobre o infinito’.

As características melódicas e rítmicas da musicalidade do cliente estão presentes. O intervalo descendente e o início com *ana cruze* soa como um impulso para começar.

O outro samba recriado e em destaque foi ‘Minha Missão’ de João Nogueira (Fig. 04)

Fig. 04 – Minha Missão – João Nogueira

Quando eu canto É para aliviar meu pranto E o pranto de quem já
Tanto sofreu Quando eu canto Estou sentindo a luz de um santo
Estou ajoelhando Aos pés de Deus
Canto para anunciar o dia Canto para amenizar a noite
Canto pra denunciar o açoite Canto também contra a tirania
Canto porque numa melodia Acendo no coração do povo
A esperança de um mundo novo E a luta para se viver em paz!

Do poder da criação Sou continuação E quero agradecer
Foi ouvida minha súplica Mensageiro sou da música

O meu canto é uma missão Tem força de oração E eu cumpro o meu dever
Aos que vivem a chorar Eu vivo pra cantar E canto pra viver

Quando eu canto, a morte me percorre
E eu solto um canto da garganta
Que a cigarras quando canta morre
E a madeira quando morre, canta!

Esta canção está em Lá menor, na introdução escuta-se: Dm D#º Am F7+ Bm5-(7) E7 Am7. Logo na primeira frase da canção o encadeamento harmônico leva o ouvinte do ambiente de Am para G7.

Am7 G7+ F7 E7 Am7 Dm E7
Quando eu canto, é para aliviar, Meu pranto E o pranto de quem já tanto sofreu

Na melodia (trecho em negrito) o primeiro intervalo parte da nota da tônica e segue por uma terça menor ascendente e depois segunda menor descendente. Uma melodia tensa na primeira frase. A condução harmônica e os baixos em movimento descendentes dão sustentação a essa melodia e ao ambiente de tensão. João Nogueira interpreta esse início com notas rápidas. Clara Nunes já a faz com fermata em cada palavra. Na recriação no *setting* a canção apareceu com notas mais longas.

Nestes primeiros versos e os seguintes até “aos pés de Deus” a harmonia mantém a suspensão com a dominante com sétima e a melodia também conclui essa primeira parte com a nota de tensão (sétima nota). A resolução vem com a segunda parte da canção

A6	D	G7+	C7+
Canto para anunciar o dia	Canto para amenizar a noite		
F7	A#7+	E7	Em5-(7) A7
Canto pra denunciar o açoite	Canto também contra a tirania		
	D	G7+	C7+
Canto porque numa melodia	Acendo no coração do povo		
F7	A#7+	F7	E7 Am7 E7
A esperança de um mundo novo	E a luta para se viver em paz		

Os acordes maiores com sétima acompanham a melodia que brinca com notas mais rápidas e com saltos do grave para o agudo em cada verso (palavras em negrito estão não agudo). Contudo levam a um movimento descendente da peça, pois cada verso começa mais grave que o anterior. Na repetição ‘canto porque uma melodia’, faz o mesmo caminho, porém o encadeamento harmônico V7, Im7 e V7 conclui essa segunda parte da canção sem resoluções conclusivas.

Essa mudança de ambiente entre acordes menores e maiores (primeira parte da canção é menor e segunda parte maior), ritmo melódico com notas mais longas seguidas de notas mais rápidas e em saltos maiores de intervalos ascendentes ao final das frases lembra um movimento de pêndulo. Um deslocar do peso por lados opostos sobre uma mesma base sem, contudo, perder o equilíbrio. Outros elementos se manifestam

Mudanças estão em andamento nas músicas presentes no *setting* e isso acontece também na forma de ver e entender o mundo. Essa canção traz em sua poesia o relato da saga

ninguém faz samba só por que prefere’, não adianta impor ao artista, não adianta lugares bonitos. A conclusão revela: precisa-se deixar-se levar, mas sem perder o objetivo de escutar **uma melodia**. Assim também na vida, os limites nas relações interpessoais favorecem um campo de ação uma vez que existe clareza e confiança em si mesmo e no que se quer.

Esse processo clínico que partiu das cirandas com voz e percussão desenvolveu-se e incorporou mais instrumentos por parte do cliente. Os três sambas destacados nesse artigo foram tocados no violão pelo cliente.

Com as cirandas o violão permanecia na sala, mas era visto com receios por não se achar capaz de tocá-lo. À medida que as relações musicais, acolhimento da musicalidade e as relações pessoais se estabeleceram num ambiente seguro e acolhedor o processo cresceu, ampliou-se e o violão soou. As características melódicas com intervalos iniciais descendentes mudaram, mas mantiveram-se as harmonias em campo menor. Essa manutenção em momento algum deve ser vista como mesmice. Mas pode sim ser a musicalidade do cliente em ação quando diante dos acontecimentos musicais.

A MUSICOTERAPIA

O trabalho musicoterapêutico realizado com as experiências musicais busca objetivos musicais e não musicais. O campo cognitivo e o campo estético estão em ação e constroem uma base consistente para a compreensão do valor clínico da música segundo a concepção Musicocêntrica (AIGEN, 2005).

A cognição é compreendida nesse trabalho, como todas as formas de interação do ser humano com o meio à sua volta, e o aparato sensorio-motor ou esquemas cognitivos envolvidos nessas interações. O ato de tocar um instrumento musical, escutar uma canção, cantar e se acompanhar, enfim, todas as maneiras de se relacionar com a música são ações cognitivas (ZATORE, 2005).

O Campo cognitivo, segundo a abordagem *Nordoff & Robbins* é importante, pois cada pessoa possui uma *music child* que envolve uma organização das capacidades receptivas, expressivas e cognitivas e no campo terapêutico cada pessoa apresenta uma *condition child*, ou seja, suas potencialidades reais (NORDOFF & ROBBINS, 1977). Musicalidade, assim, é uma ação cognitiva.

Esses dois conceitos são dinâmicos e estão em constante relação. Pois o que muda em um é percebido no outro e vice versa. Não se trata de um caminho de mão única, mas sim de mão dupla. Mudanças na musicalidade estão também presentes nas possibilidades reais, do

mesmo jeito que mudanças nas condições gerais estão presentes nos acontecimentos da musicalidade.

Todas as vezes que se percebe uma ampliação das possibilidades gerais está estabelecida uma nova etapa de desenvolvimento no processo clínico como no desenho abaixo (fig. 5).

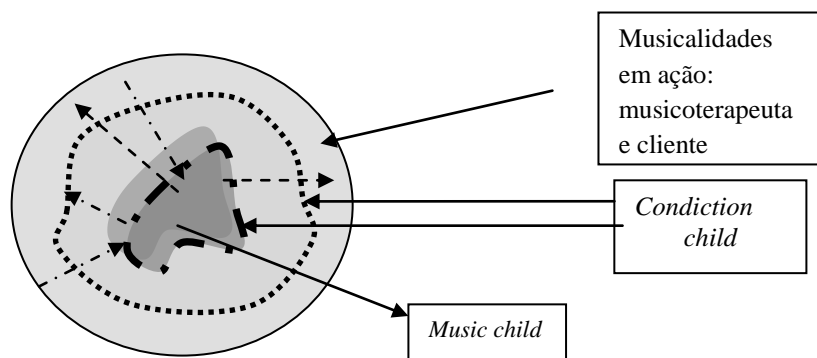


Fig. 05 Relação dinâmica entre *Music Child* e *Conduction Child* (BRUSCIA, 1991)

Estudos neurocientíficos recentes revelam que não existe um centro cerebral para o processamento da música, mas sim “redes neuronais especialmente relevantes para a música” (ANDRADE, 2004). Desse modo, as características estilísticas das linguagens musicais colocam em ação determinados sistemas de esquemas cognitivos para a percepção do tempo, andamento, contorno melódico e encadeamento harmônico (AIGEN, 2005). A partir das características da musicalidade do cliente, colocadas em ação nas interações musicais com o musicoterapeuta e com a música é possível ampliar a *music child* e a *conduction child*.

Musicoterapia acontece com a música e na música como manifestação artística. Assim é fundamental que se considere as características estéticas de cada obra, pois estas manifestam um valor clínico no processo em andamento. Música aqui é considerada uma ação humana (*Musicing*) e não um objeto a parte, uma representação dos sentimentos e expressões humanas.

Tsiriris (2008), no texto, *‘Aesthetic Experience and Transformation in Music Therapy the critical essay’*, publicado no *Voices* traz o pensamento de Kenneth Aigen (1995) sobre música em musicoterapia e o valor da estética nessa área: “Música na musicoterapia não é usada apenas como um meio para um fim que poderia ser abordado através de caminhos alternativos. A música é um meio, o qual é o foco da relação terapêutica e não está separado dos seus objetivos clínicos”(AIGEN, *apud* TSIRIRIS, 2008, p.4). Assim as qualidades estéticas são aspectos essenciais dos valores clínicos da música.

O ser humano precisa da arte e significa sua existência nessa forma de construção. A música em musicoterapia não pode ser separada de seu aspecto artístico, construtivo e

transformador e o ambiente clínico tem interesse nos processos criativos e não nos produtos alcançados.

Esta premissa denota uma visão da música como um processo, como uma experiência de momento para momento que fornece ao cliente oportunidades para descobrir, experimentar e transformar vários aspectos de seu *self* e de seu *self* em relação com o ambiente e outras pessoas em torno dele (TSIRIS, 2008, p.4).

Estar com o foco no processo artístico e não no produto artístico torna as experiências de recriação musical um ambiente flexível e seguro. Ao acompanhar uma execução musical de recriação do cliente, o musicoterapeuta deve conhecer a linguagem musical da canção e assim preservar as características estéticas da obra. A flexibilidade existe no momento em que se permite viver na música o que o cliente á na vida.

A importancia da estética na musicoterapia transcende os aspectos estruturais da obra e alcançam a essência criativa e de criação artística humanas. Tornam-se assim elementos importantes para os objetivos não musicais devido o envolvimento ativo do cliente com a experiência musical (TSIRIS, 2008). De modo que, a fusão dos meios e as finalidades na experiência estética, segundo Aigen (*apud*, TSIRIS, 2008, p 4), favorecem o desenvolvimento “de um sentido geral da vida, uma vida com significado e finalidade” inerentes aos processos de auto conhecimento vivenciados nos processos clínicos. A possibilidade de entendimento da estética como acontecimentos da vida fundamenta o valor clínico da música.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma reflexão sobre a Estética na Musicoterapia a partir de recortes clínicos, torna mais acessível a compreensão de alguns aspectos complexos inerentes ao trabalho clínico com música. A expressão: a vida está na música porque a música está na vida é possível a partir de entendimentos complexos estéticos e musicoterápicos.

Musicalidade, cognição e estética discutidos com o uso das cirandas aos sambas neste artigo trouxe consigo não apenas exemplos musicais característicos da cultura brasileira mas sobre tudo trouxe uma vida em desenvolvimento. Trouxe uma pessoa buscando a si mesmo e experimentando na música e com a música essas formas de ser e de entender o mundo à sua volta.

A experiência musical como ação cognitiva que acontece com as redes neuronais e esquemas sensorio motores em ação, pode ser entendida a partir das sensações descritas tais como: suspensão (acordes dominantes, notas de tensão), a música em seu todo é crescente

que permitem viver na música o que se é na vida e de modo seguro, experimentar-se como pessoa em relação com o outro (musicoterapeuta).

Os sentidos e os significados do processo realizado não estão apenas nas qualidades dos acordes e encadeamentos dos campo harmonicos menores ou nos intervalos descendentes, mas em como a vivência desses elementos conduziram a mudanças de escolhas nas estruturas musicais e a compreensão dos acontecimentos pessoais.

As relações do homem com a música enquanto uma produção artística, na musicoterapia, preservam a integridade da linguagem musical (estética) sem desconsiderar as possibilidades de ação do cliente. Música, musicoterapeuta e cliente estabelecem uma relação recursiva e consensual que revela mais uma função da estética: reviver os acontecimentos da vida. A efetividade clínica da música tem nesse acontecimento uma base de fundamentação para o entendimento dos processos musicais (musicalidade) e dos processos de pensamento (cognição) em ação nos processos clínicos.

REFERÊNCIAS

AIGEN, K. **Music Centered Music Therapy**. Gislum, NH: Barcelona Publishers, 2005
BRUSCIA, K (org.). **Case Studies in Music Therapy**. Barcelona Publishers, Gislum NH, 1991.

DOURADO, Henrique Autran. **Dicionários de termos e expressões da música**. Editora 34. São Paulo, 2004

MATURANA, H. e VARELA, F. **A Árvore do Conhecimento, as bases biológicas da compreensão humana**. Palas Athena. São Paulo, 2001.

MICHAHELLES, B. e CHAGAS, M (Orit.). **Cantigas e Brincadeiras de Roda na Musicoterapia**. Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro: s/d disponível em <http://www.taturana.com/mono.html> . acessado em 11/05/2010.

NORDOFF, P. & ROBBINS, C. **Creative Music Therapy**. New York: John Day, 1977.

SALOMÃO, G. A transformação do Samba. Revista Época, disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Epoca/0.6993.EPT865240-1655-2.00.html>

TRAVASSOS, L. e CARVALHO, N. **Serena, serená: um documentário sobre a memória da cultura paraibana**. Disponível em <http://www.cchla.ufpb.br/caos/n11/03.pdf> acessado em 11 de maio de 2010.

TSIRIS, G. Aesthetic Experience and Transformation in Music Therapy: A Critical Essay. **Voices: A World Forum for Music Therapy**, 2008. Retrieved May 1, 2010, from <http://www.voices.no/mainissues/mi40008000286.php>

ZATORE, R. **Music, the food of neuroscience?** Nature Publishing Group, 2005.

ⁱ Op. Cit. p. 09

ⁱⁱ Terminação Masculina: Conclusão de uma frase cuja resolução harmônica se dá no tempo forte do compasso. (DOURADO, 2004, p. 330)

ⁱⁱⁱ Canção interpretada pelo cliente, sem referência de autoria.

MUSICOTERAPIA COMUNITARIA, CONTEXTOS E INVESTIGACIÓN

Patricia Pellizzari¹

RESUMEN

Este trabajo desarrolla dos grandes constructos para problematizar y reconstruir al interior de nuestra disciplina. Musicoterapia Comunitaria e Investigación en Musicoterapia. El desarrollo de la Musicoterapia Comunitaria es reciente, las experiencias registradas en escritos científicos son muy escasas y la literatura anglosajona tiene pocos elementos extrapolables a la realidad Latinoamericana, por tanto, este escrito abre el intercambio sobre algunas ideas y necesidades surgidas de la experiencia de la autora. Se basa en la idea directriz que la investigación en Musicoterapia Comunitaria busca dar sentido y respuestas a problemas que surgen de la práctica local y contextualizada. La práctica es la que interroga. La investigación es necesaria para el progreso explicativo de una disciplina, pero aún es más necesaria, para hallar metodologías y estrategias que den solución a problemas sociales. Se propone la investigación – acción – participativa como modelo de abordaje comunitario (FALS BORDA, 1972) ¿Que distingue las experiencias musicales en instituciones o el arte callejero, de la Musicoterapia Comunitaria? ¿Cual es el aporte metodológico que realiza la Musicoterapia al trabajo preventivo, promocional, comunitario? El escrito desarrolla un posicionamiento epistémico musicoterapéutico enlazado a problemáticas y hallazgos surgidos de un contexto local de la salud pública.

Palabras claves: Musicoterapia preventiva – comunitaria / Investigación – Acción - Participativa Evaluación

ABSTRACT

This article develops two major ways to approach and reconstruct the core our discipline: Community Music Therapy and Research in Music Therapy. The development of Community Music Therapy is recent, the experiences within scientific

¹ Lic. en Musicoterapia USAL. Argentina. Doctora en Psicología. UP. Psicomotricista. Directora del Equipo ICMus de investigación y acción Comunitaria. Titular de la Cátedra Musicoterapia en Prevención. USAL. Coordinadora del Programa Musicoterapia para la Comunidad del Municipio de Morón. Gob. de la Prov. de Buenos Aires. Argentina.

literature are scarce and the Anglo-Saxon literature has few elements with extrapolate to the Latin American reality. Therefore, this paper opens the way to exchange ideas and needs arising from the author's experience. It is based on the guiding idea that research in Community Music Therapy seeks to give meaning and answers to problems arising from local and contextualized practice. Practice is the question. Research is needed for the explanatory progress of a discipline, but it is even more necessary to find methods and strategies that provide solutions to social problems. An investigation - action - as a model for participatory community approach is proposed (Fals Borda, 1972). What distinguishes the musical experiences in institutions or street art, from Community Music Therapy? What is the methodological contribution that music therapy gives to preventive, promotional and community work? This article develops an epistemic music therapy position bound to issues and findings from the local context of public health.

Keywords: Preventive Community Music Therapy - / Research - Action - Participatory Evaluation

DESARROLLO

El tema Investigación en Musicoterapia Comunitaria (en adelante MT. C) problematiza directamente nuestra identidad desde el punto de vista epistémico y su complejidad a la hora de estudiarlo esta dada porque la salud es un imaginario social, una construcción colectiva, atravesada y enriquecida por saberes y prácticas de diversos colectivos legos y diversas disciplinas, inmersos - todos - en contextos culturales que son a su vez sus variables determinantes.

Las disciplinas científicas de la salud y los profesionales de la salud creamos y asumimos constantemente hipótesis diagnósticas. Analizamos factores de riesgo y promovemos alternativas de resolución de problemas.

Vamos construyendo teorías y tecnologías para delimitar territorios de prioridades y direcciones de intervención y esos recortes nos permiten analizar y operar con responsabilidad, eficacia y en red con otros profesionales que asuman similares deseos.

Nos vemos obligados por la cultura de época a fundamentar nuestras prácticas y por tanto, a especificar un punto de partida y un punto de llegada posible y/o esperado.

Ya estamos en condiciones de hacer crítica y autocrítica de las intervenciones espasmódicas que no se sustentan en algún objetivo o que no nos permitan ver el encarnado de cierto efecto o huella producto de nuestra intervención.

Sabemos de transformaciones subjetivas que precisan de tiempo, que solo suceden con la presencia constante del trabajo en un proceso, pero sabemos también de actos de sentido comunitarios que impactan conmovedores en las poblaciones y que son profundamente significativos en su unicidad, como los de carácter ritual y ceremonial, que anclan, elaboran o inauguran una historia, que producen un antes y un después en el ciclo de la vida de la persona o grupo.

Entre la experiencia ritual o ceremonial y la musicoterapia debe seguramente haber cosas en común y diferencias; la MT. C es una ceremonia grupal pero busca un proceso de transformación colectiva de la salud.

Los que trabajamos en y con la comunidad sabemos que estamos surfeando en una ola, buscando afanosamente un equilibrio entre paradigmas, luchas de poder, prácticas instituidas y prácticas emergentes.

El saber popular y lego confronta con el saber científico, tecnológico, político y burocrático. La cultura hegemónica no siempre esta al servicio de la cultura de la intersubjetividad.

Transitamos una línea de conflicto que nos involucra en la cotidianeidad de nuestras intervenciones: el paradigma asistencialista y mercantilizado versus el paradigma colectivo y promocional. Una musicoterapia que se dedique a la promoción y prevención de la salud colectiva es una musicoterapia sociopolítica.

La diferencia entre Musicoterapia clínica y comunitaria no esta dada por los recursos, objetos sonoros, técnicas interactivas como la improvisación, o receptivas como las secuencias sonoras, la audición proyectiva, los juegos reglados, la composición, el canto, el movimiento, sino por un nuevo constructo paradigmático, un nuevo posicionamiento mental.

¿Qué es lo que cambia en el abordaje comunitario? ¿Cuál es el eje de trabajo?

Comparto algunas ideas, sin por ello considerarlas acabadas:

1. La MT. C es una práctica que problematiza la situación de salud de los grupos, desde un abordaje expresivo, dialéctico, histórico y constructivista.

La salud de una comunidad es un objeto de estudio complejo (ALMEIDA, 1999; GARCÍA, 2007; FERNANDEZ, 2006; MORÍN, 1995) ya que las comunidades son sistemas complejos y adaptativos que poseen diversidad de elementos relacionados y por tanto pluralidad de niveles y procesos de análisis. Su acceso es a través de conocimientos interdisciplinarios – multiculturales e intersubjetivos que básicamente cuestionan la idea de certeza basada en la no contradicción.

La expresión de un grupo es también un sistema complejo que articula y reproduce lo biológico y lo psico – social, las condiciones de vida, el espacio de lo cotidiano y la historia en el presente.

La MT. C recibe para el análisis de la expresión el aporte de la estética, de los abordajes desde el arte y de los modos simbólicos (CARBALLEDA, 2007; BORDIEU, 2003).

Entendemos a la Estética como ciencia del conocimiento sensible. El arte y la estética son “estructuras estructurantes”, instrumentos de conocimiento y construcción de lo real a partir de las formas.

La MT. C propone una experiencia con las formas sensibles de los significados sociales, con las expresiones estéticas grupales y con los símbolos de una comunidad.

Atravesar formas es conmover y crear conocimientos sensibles, compuestos por sensaciones, sentimientos y arribar a una reflexión integradora.

2. Se apoya en la evidencia de que la situación de salud de las poblaciones esta más vinculada a las condiciones de vida y de trabajo, que a riesgos individuales diferenciales, por eso estudia la relación entre problemas individuales y problemas sociales dentro de un contexto local.

Lo comunitario es un territorio en donde se suceden expresiones estéticas que confluyen e influyen en la salud colectiva.

El Equipo ICMus Comunitario se inserta en el Municipio de Morón en el año 2006 a través del Programa Musicoterapia para la Comunidad, en el área programática de Atención Primaria en los Centros de atención primaria de la salud y diversas organizaciones barriales. El Programa tiene como objetivo central la intervención psicosocial en y con la comunidad, enfocada a la promoción y prevención de la salud integral. Las intervenciones pueden ser coordinadas por Musicoterapeutas (en adelante Mt. o Mts.) exclusivamente o incluir tanto en su planeamiento como en la concreción de

las prácticas a distintos miembros del equipo de salud y actores sociales de los barrios. Dado que las estrategias se orientan al fortalecimiento de la inclusión en la diversidad, en modos y estilos de vida saludables, y partiendo de la complejidad de los contextos socioambientales, el programa contempla el trabajo con colectivos amplios: niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores y abordajes intergeneracionales. Veamos el esquema de acción (solo un recorrido posible) que transitó el equipo ICMus en el Municipio de Morón desde el año 2007 a la actualidad:

- 1) Intervención sistematizada en sala de espera del centro de salud.
- 2) Intervenciones interdisciplinarias en jardines y escuelas. Ej.: relevamiento epidemiológico Odontológico y Musicoterapia articulados (Extra Muro).
- 3) Los niños del jardín con sus maestras y madres realizan visitas al centro de salud para familiarizarse y realizar actividades musicoterapéuticas focales.
- 4) El grupo de mujeres de Musicoterapia ya en proceso, replica una experiencia en el jardín con las madres y padres (Extra Muro).
- 5) Los grupos de niños y adultos de Musicoterapia ya en proceso, se reúnen para debatir sobre salud colectiva y cuidado del medio ambiente y plantan árboles y flores en el jardín del establecimiento.
- 6) El equipo de musicoterapia sale del centro de salud y asiste a eventos barriales.
- 7) El quipo de Musicoterapia sale del centro de salud hacia diferentes organizaciones barriales que nuclean adolescentes.
- 8) Los grupos de adultos de musicoterapia invitan a vecinos y familiares a diferentes Jornadas de arte y salud donde se realizan actividades que fusionan música, danzas circulares, pintura espontánea, cuentos reuniendo las diferentes franjas etáreas.
- 9) Entre estos y otros actores sociales del barrio se fue construyendo lentamente una Jornada Comunitaria (metodología puente) donde participaron activamente los grupos existentes, los profesionales del centro y los vecinos, alrededor del tema Salud en el barrio.

JORNADA COMUNITARIA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Entendemos que las jornadas son un formato posible de interacción comunitaria. Lo importante es que cumplan con la función de generar red social, en donde los distintos actores realizan un proceso de reconocimiento de problemáticas, necesidades y herramientas sobre la salud local y crean formatos estéticos junto con los equipos de salud para compartirlo con su comunidad. Por eso son esencialmente, una metodología “puente” que enlaza personal de salud y comunidad.

Características:

- a) Supone un trabajo a partir de las lógicas colectivas (FERNANDEZ, 2007) interesadas en desdisciplinar, para pensar por fuera de las antinomias clásicas, individuo-sociedad, sujeto-objeto, estructura-acontecimientos, desnaturalizar los dominios de objeto instituidos e interrogar los saberes.
- b) La ética de esta intervención se sustenta en un acto de coherencia praxiológica. Se entiende por coherencia praxiológica una experiencia sensible que propone “puentes” integradores entre cognición y emoción, saberes conceptuales y prácticas legas (PELLIZZARI, 2008).

El marco de la Epidemiología Crítica (AMEIDA, 2000, 2006; BREHIL, 2009) y la Salud Colectiva (SPINELLI, 2006; SOUZA CAMPOS, 2001) resalta el aporte de la promoción de la salud, el planeamiento y evaluación de estrategias, desde gestiones participativas como las propuestas en este apartado.

Para la MT.C la mejor forma de hacer una sociedad mejor es hacer la mejor Musicoterapia social que podamos.

La corriente Crítica basa el análisis de las intervenciones en la contrastación y evaluación social, lo que la convierte en participativa.

En investigación es muy importante la tarea de categorización, operacionalización, búsqueda de indicadores observables y de marcos epistémicos claros sobre lo que se va a indagar y significar la realidad a transformar.

Los proyectos de investigación - acción son proclives a ciertos obstáculos. El hecho de operar con la observación participante, el compromiso ideológico y la propia

subjetividad del investigador debe complementarse con la claridad de procedimientos, la contrastación y la operacionalización. Cada categoría a indagar debe ser inicialmente conceptualizada y sus observables deben someterse a la problematización en forma permanente. Lo relevante en la investigación cualitativa es la descripción de cualidades, la singularidad y la profundidad explicativa.

La investigación cuantitativa se sirve de números y métodos estadísticos. Parte de casos concretos para llegar a una descripción general o comprobar hipótesis causales. Se dice cuantitativa- sistemática- generalizadora.

Las diferencias entre ambos diseños, se dan a nivel de los métodos e instrumentos que cada cual aplica y la forma en que tratan los resultados.

Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante, las entrevistas no estructuradas y la interacción.

La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales.

La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica. La investigación acción se enmarca en los diseños cualitativos y en situaciones necesarias puede incorporar procedimientos cuantitativos también.

¿Que investigar en Musicoterapia Comunitaria?

- 1° Los procesos de integración (participación) - integralidad (gestión).
- 2° Los procesos intersubjetivos (expresados en distintos lenguajes estéticos).
- 3° Los procesos deseantes – motivacionales.
- 4° El proceso de respuestas a problemas y demandas.
- 5° Los procedimientos de abordaje estratégicos, metodológicos y técnicos.
- 6° Los impactos.

Herramientas necesarias para investigar

1. Evaluación participativa de necesidades y respuestas posibles. Este relevamiento se puede realizar a través de entrevistas, visitas, grupos focales o dinámicas interactivas que tengan el objetivo de indagar y reflexionar sobre problemas y necesidades de los diferentes grupos.

2. Confección de un proyecto. Esta tarea tiene responsables y los mismos estarán determinados por el marco epistémico de base. La participación de la comunidad en la confección del proyecto es relevante en este marco.
3. Monitoreo de las experiencias con algún sistema de registro. Para que se produzca la visualización de los procesos mayormente significativos, se hace necesario grabar, filmar y utilizar cotidianamente el material como espejo y reflejo de las subjetividades participantes.
4. Utilización de matrices o informes que permitan organizar y visualizar los datos, la información y los procesos mencionados.

¿Que es una matriz de evaluación?

Es una planilla de estructura tripartita del dato donde se evalúan variables, valores e indicadores.

1. Es funcional a muchas etapas del proceso: diagnóstica, de facilitación, de evaluación de impactos, de evaluación del equipo coordinador etc.
2. Organiza los hechos de una manera aprehensible alrededor de los datos que se quieren recoger y reflexionar.
3. Propone en cada etapa profundizar variables del trabajo a través de nuevas preguntas y datos que inciden en nuestro objeto de estudio.
4. Es una forma inteligible (entendible) de interpelar a la realidad con la teoría.

El equipo ICMus utiliza este sistema de análisis y evaluación cotidianamente. Cada matriz se crea para evaluar temáticas particulares consideradas notables en el proceso investigativo.

Se pueden confeccionar matrices para evaluar el cumplimiento de objetivos, determinar problemáticas emergentes, evaluar procedimientos técnicos, visibilizar logros e indicadores de éxito etc.

Vemos en el anexo un ejemplo de matriz para monitorear cada encuentro grupal.

CONCLUSIONES

Los Mts. nos enfrentamos a un tiempo de compromiso social: este siglo nos pone por delante un gran desafío. Un desafío al narcisismo, al individualismo y al aislamiento que refleje actitudes transformadoras respecto de los saberes que se

mantienen en la intelectualidad o en la burocracia sin advenir a una praxis al servicio de la salud colectiva.

No todos los Mts. tienen que dedicarse a abordajes preventivos o comunitarios, está claro que la asistencia musicoterapéutica clínica y de rehabilitación es de absoluta necesidad y relevancia social. Lo que deseo remarcar es la necesidad de que los Mts. y las casas de formación incorporen saberes sobre salud colectiva, prevención y promoción de la salud, estrategias de gestión en la salud organizacional y pública y en metodologías de evaluación participativa.

El gran desafío de la Musicoterapia Preventiva Comunitaria es reflexionar sobre los paradigmas de salud y enfermedad y encontrar los intersticios de entrada en los sistemas instituidos que aplastan la intersubjetividad creativa.

Un desafío que permita alcanzar criterios de accesibilidad para que la Musicoterapia no sea una prestación elitista para “unos pocos” y que la población más necesitada acceda a dispositivos creativos que contribuyan al fortalecimiento comunitario y a un empoderamiento real para la toma de decisiones sobre salud comunitaria. Un desafío dirigido hacia metas que valoren la salud, la subjetividad y la esperanza de los pueblos.

REFERENCIAS

ALMEIDA Filho, N. **La Ciencia Tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología.** Buenos Aires, Argentina: Editorial Lugar, 2000.

ALMEIDA F. N. y FERNÁNDEZ S. A. R. **Promoción de la Salud. Conceptos, Reflexiones, Tendencias.** Buenos Aires, Argentina: Editorial Lugar.2006

BOURDIEU P. **Capital cultural y espacio Social.** Argentina: Siglo XXI Editores.1997

BREILH, J. **Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora E Interculturalidad.** Argentina: Lugar Editorial.1997

CARBALLEDA, A. **La intervención en lo social.** Argentina: Ed. Paidós. Col. Tramas sociales.2007

FALS B. O. **Reflexiones sobre la aplicación del método de estudio-acción en Colombia.** Simposio sobre Política de Enseñanza e Investigación en Ciencias Sociales.

Documento No. 8. Marzo, 19-24, 1972, Rosca de Investigación y Acción Social. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú: UNESCO-FLACSO.1997.

_____ . **La ciencia y el pueblo.** Bogotá, Colombia: Punta de Lanza.1980.

FERNÁNDEZ, A. **Las lógicas colectivas: Imaginarios, cuerpos y multiplicidades.** Buenos Aires, Argentina: Ed. Biblos.2007

GARCÍA, R. **Sistemas complejos: Conceptos, método y fundamentación de la investigación interdisciplinaria.** Buenos Aires, Argentina: Ed. Gedisa.2007

MONTERO, M. **Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, Conceptos y Procesos.** Tramas Sociales. Ed. Paidós.2004

MORIN, E. **Introducción al pensamiento complejo.** Barcelona, España: Ed. Gedisa.1995

PELLIZZARI, P. y Rodríguez, R. **Salud, Escucha y Creatividad.** Argentina: EUS Ediciones.2006

SPINELLI, H. **Participación social ¿para que?** Argentina: Lugar editorial.2006

SOUSA C. G. **Gestión en salud. En defensa de la vida.** Argentina: Lugar Editorial. Col. Salud Colectiva.2001

MATRIZ DE SEGUIMIENTO Asistencia usuarios en lista aparte	Si-No-Par	INTERVENCIÓN EN: ENCUENTRO N°: FECHA:		EQUIPO EJECUTOR: GRUPO: FILMACIÓN: AUDIO:	
¿Existen objetivos generales del Proyecto?					
¿Se plantearon objetivos específicos para la intervención de la fecha?					
Actividades 1.- ¿Se planearon actividades para la fecha?					
2.- ¿Se concretaron las actividades previstas?					
La estrategia ¿se privilegió el reforzamiento de algún eje?		Cognitivo	Emocional	Sensorio motor	Social
Técnicas 1.- ¿Se utilizó una técnica específica?		Improvisación libre/pautada Roll Play Reflexión verbal Sonodramatización Canto Composición de canciones	<input type="checkbox"/> Juegos reglados <input type="checkbox"/> Juegos con objetos <input type="checkbox"/> Cuento - <input type="checkbox"/> Técnica receptiva + grafico +movimiento <input type="checkbox"/> Secuencias sonoras <input type="checkbox"/> Técnicas vinculares sonoras		Otras:
Temas significativos 1.- ¿Se visualizaron temas emergentes – significativos grupales u/o individuales?					

<p>2.-¿Se observaron tendencias de participación grupal significativas?</p>		<p>Observadora <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Pro-activa <input type="checkbox"/> Otras:</p>
<p>3.- ¿Se observó una modalidad vincular grupal?</p>		<p>+ Dependientes <input type="checkbox"/> + integrados <input type="checkbox"/> Fusionados <input type="checkbox"/> Aislados <input type="checkbox"/> Diferenciados <input type="checkbox"/></p>
<p>4.- ¿Se visualizaron obstáculos/ dificultades?</p>		<p>Con la actividad <input type="checkbox"/> Con la coordinación <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?: Interpersonales <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?: Recursos materiales <input type="checkbox"/></p>
<p>5.- ¿Se visibilizó Creatividad - aspectos salugénicos?</p>		<p>Invencción <input type="checkbox"/> Recreación <input type="checkbox"/> Otros: Aspectos resilientes:</p>
<p>Campos sonoros 1.- ¿Se percibieron campos Notables sonoros en lo grupal o en lo individual? 2.- Se percibieron obstáculos técnicos en la coordinación?</p>		
<p>Equipo ejecutor 1.- Se visualizaron temas significativos para el equipo de coordinación? 2.- ¿Existen sugerencias para el próximo encuentro?</p>		

Centro de Atendimento e Pesquisa em Musicoterapia em uma Instituição de Ensino Superior na cidade de Curitiba.

Clara Marcia Piazzetta¹
Noemi N. Ansay²
Rosemyriam Cunha³

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo relatar a história e o funcionamento de um Centro de Atendimento e Pesquisa em Musicoterapia (CAEMT) na cidade de Curitiba. Também traz dados numéricos dos atendimentos realizados a comunidade curitibana no primeiro semestre de 2010. Partindo da premissa de que as Instituições de Ensino Superior de acordo com Lei de Diretrizes e Bases (LDB) devem estimular o conhecimento dos problemas do mundo na atualidade e prestar serviços especializados à comunidade, relatamos como o CAEMT vem estruturando suas práticas no atendimento a comunidade, as vivências abertas em musicoterapia e o trabalho de pesquisa e estudos desenvolvido com os acadêmicos do curso de Musicoterapia.

Palavras-chaves: Centro de Atendimento e Pesquisa em Musicoterapia; Vivências Abertas em Musicoterapia;

ABSTRACT

The objective of the present article is to relate the history and the operation of an Assistance and Research Center in Music Therapy (CAEMT) in the city of Curitiba. It also brings quantitative data from the treatments performed with the community in the city of Curitiba in the first semester of 2010. Assuming that the Higher Education Institutions according to Guidelines and Basis Law (LDB) should stimulate the current knowledge about the world's problems and offer specialized services to the community, we describe in this article how the CAEMT has been structuring its practices in the

¹ Musicoterapeuta clínica, Docente em Musicoterapia, participante do Colegiado de Musicoterapia – Faculdade de Artes do Paraná, integrante dos grupos de Pesquisa NEPIM/FAP-CNPq e NEPAM/UFG-CNPq, e-mail: musicoterapia.atendimento@gmail.com

² Mestre em Educação (UFPR), participante do Colegiado de Musicoterapia – Faculdade de Artes do Paraná, integrante dos grupos de Pesquisa NEPIM/FAP-CNPq, Coordenadora do Centro de atendimento e pesquisa em Musicoterapia (CAEMT). e-mail: noemiansay@gmail.com

³ Doutora em Educação (UFPR) e professora da Faculdade de Artes do Paraná. Participante do Colegiado de Musicoterapia – Faculdade de Artes do Paraná, integrante dos grupos de Pesquisa NEPIM/FAP-CNPq E-mail: rose05@uol.com.br

assistance to community, open experiences in music therapy and the research work developed with the undergraduate students of Music Therapy.

Keywords: Assistance and Research Center in Music Therapy; Open experiences in Music therapy;

INTRODUÇÃO

“A universidade conserva, memoriza, integra, ritualiza uma herança cultural de saberes, ideias, valores; regenera essa herança ao reexaminá-la, atualizá-la, transmiti-la; gera saberes, ideias e valores que passam, então a fazer parte de uma herança. Assim ela é conservadora, regeneradora, geradora.”.

Edgar Morin (2004)

As Instituições de Ensino Superior têm o papel primordial em nossa sociedade na formação de sujeitos em diferentes áreas do conhecimento, habilitando-os a ingressarem no mercado de trabalho. Além do aspecto formativo o ensino superior tem um compromisso de não ser indiferente às demandas da sociedade onde está inserido. A universidade é uma instituição social que expressa a forma como uma sociedade se organiza, seus valores, suas contradições, suas dificuldades e também suas perspectivas quanto ao futuro. Para Chauí (2001, p. 35) a universidade “não é uma realidade separada e sim expressão historicamente determinada de uma sociedade determinada”.

Dentre os inúmeros cursos de ensino superior existentes no Brasil, o curso de Musicoterapia (bacharelado e especialização)¹ se insere como uma opção de formação profissional capacitando o aluno a utilizar a música (e suas diferentes possibilidades) com o objetivo de atender terapeuticamente a saúde das pessoas, em suas diferentes necessidades. Uma das finalidades previstas pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB) para o Ensino Superior no Art. 43º diz: VI “estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade”.

Partindo dessa finalidade que é o de prestar serviços à comunidade e estabelecer uma relação de reciprocidade o Curso de Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná (FAP), conta com um Centro de Atendimento e Pesquisa em Musicoterapia “Clotilde Leinig” (CAEMT). Este Centro de Atendimento é um órgão Suplementar da Faculdade de Artes do Paraná, sem fins lucrativos, seu funcionamento atualmente

acontece dentro das dependências da FAP e é regido por Regulamento e Código de funcionamento próprio estando em consonância com o regimento da FAP. O objetivo do CAEMT é proporcionar atendimentos de Musicoterapia à sociedade em geral e oferecer aos alunos do curso de graduação em Musicoterapia estágios para formação profissional, visando à experiência de administração do exercício profissional para o mercado de trabalho em instituições ou em consultórios particulares. Além deste aspecto prático o CAEMT tem por finalidade ser um centro de estudos e pesquisas interdisciplinares em Musicoterapia.

HISTÓRICO DO CAEMT

O atual CAEMT foi criado em 1976 na então Faculdade de Educação Musical do Paraná. Nesse momento acontecia na Instituição um Curso de Especialização em Musicoterapia para os graduados em Licenciatura em Música. A necessidade de aprofundamento dos estudos e investigações na área levou a trabalhos de estágios em hospitais psiquiátricos. Para ampliar os espaços de atendimentos foi idealizado pelo Dr.º Paulo de Tarso de Monte Serrat e pela Prof.ª Clotilde Leinig o “Centro de Aplicação de Musicoterapia para Multideficientes” nas dependências da Faculdade. Neste momento participaram também deste projeto: Professora Ivete Amaral Lima Santos, licenciada em Música e Musicoterapia, professora auxiliar de terapêutica pela Música do Curso de Licenciatura em Música da mesma faculdade; Elísio Mosca de Carvalho, então professor de Psicologia do curso de Especialização em Musicoterapia; Dr.º Edson Novak, professor de Neurologia do curso de Especialização em Musicoterapia; Professor Dr.º Júlio Grott assistente de anatomofisiologia; Dr.º Sérgio Gevaert professor de Psicoterapia do curso de Musicoterapia. Todo esse elenco de professores fundadores figurava como consultores do Centro. De 1977 a 1984 trabalhavam como Musicoterapeutas no Centro: Clotilde Espínola Leinig; Rita de Cássia Oliveira; Liliam Drews; Cinira Juraszek Messadri, Jônia Maria Dozza Messagi, Eulide Weibel Jazzar e Maria José Braga.

Com poucos registros destes trabalhos de atendimentos temos uma ideia colocada em prática e uma semente plantada por estes profissionais da saúde, educação e admiradores da Musicoterapia descritos acima. Com o término do curso de Especialização ocorreu também a interrupção das atividades do Centro de Aplicação de Musicoterapia para Multideficientes. Em 1986 teve início a Graduação em

Musicoterapia e também procurou-se reativar o trabalho de atendimento musicoterapêutico para a comunidade. Assim, foi reativado com o nome de Centro de Musicoterapia.

A integração com o campo de estágio sempre esteve muito presente nestes primeiros anos de graduação. Deste modo, uma estruturação específica quanto ao espaço físico, a um regulamento específico e também recursos instrumentais musicais não foram construídos. Com as mudanças de endereço da Faculdade de Artes do Paraná na década de 1990 também os trabalhos de atendimento à Comunidade foram suspensos até que se pudesse ter um espaço específico para o trabalho.

No atual endereço, que se configurou como sede própria, os trabalhos de atendimento à comunidade foram reiniciados com o nome de “Laboratório de Musicoterapia”. A gestão do funcionamento do Laboratório permaneceu sob a responsabilidade da Coordenação de Estágios do Curso de Musicoterapia. Em 2008, os professores musicoterapeutas, sob com a Coordenação da Professora Rosemyriam Cunha, iniciaram os estudos para a reestruturação, organização e regulamentação desse espaço. Os debates levaram então à concretização do atual Centro de Atendimentos e Estudos Interdisciplinares em Musicoterapia.

Os trabalhos para composição da regulamentação desse espaço de atendimento musicoterapêutico à comunidade teve a participação da Coordenação do então Laboratório, dos Professores musicoterapeutas, do Secretário Geral, do Setor Jurídico e do Conselho Superior da Faculdade que aprovaram a regulamentação e apoiaram os esforços do Colegiado de Musicoterapia diante da necessidade desse avanço. Atualmente os trabalhos de coordenação estão divididos entre as Professoras Noemi Nascimento Ansay e Clara Márcia Piazzetta.

Este espaço de estudos e atendimentos de Musicoterapia, por fim, homenageia a pioneira da Musicoterapia no Paraná e no Brasil, Prof.^a Clotilde Espinola Leinig.

FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE ATENDIMENTO E PESQUISA EM MUSICOTERAPIA

O Centro de Atendimento e Pesquisa em Musicoterapia “Clotilde Leinig” tem por finalidades: a) Prestar atendimentos musicoterapêuticos a comunidade curitibana e paranaense; b) Promover a valorização e a integração da musicoterapia no âmbito regional, nacional e internacional; c) Apoiar o ensino, a pesquisa e a extensão na área da Musicoterapia, da Arte, da Saúde, da Educação e da Ciência; d) Estabelecer

intercâmbios e convênios com outras Instituições nas áreas da Arte, da Saúde, da Cultura, da Educação e da Ciência no âmbito nacional e internacional; e) Prestar serviços a pessoas físicas ou jurídicas, através de convênios ou não com entidades de classes, associações, órgãos governamentais e empresas privadas; f) Assegurar a plena liberdade de estudo e pesquisa de todas as correntes musicoterapêuticas; g) Proporcionar à comunidade do corpo discente do Curso de Musicoterapia, um espaço de pesquisa, observação e atuação.

O CAEMT é dirigido por um Conselho de Administração formado por um coordenador geral, pelo coordenador do curso de musicoterapia, por um professor musicoterapeuta, por um membro do corpo discente do curso de musicoterapia e por um membro da sociedade civil.

O centro de atendimento conta com uma ampla sala nas dependências da FAP, onde ficam os instrumentos musicais, um piano, aparelho de som, um computador e outros itens. Parte do patrimônio do CAEMT foi adquirido pela própria faculdade ou através de doações.

Dentre os serviços prestados pelo CAEMT elencamos os seguintes: atendimento individual e grupal de musicoterapia (o atendimento é realizado semanalmente, e a população atendida é de crianças, adolescentes, adultos e idosos); atendimentos de grupos abertos onde todos os participantes do CAEMT, suas famílias, alunos do curso de musicoterapia, alunos de outros cursos da faculdade participam da vivência; atendimentos na modalidade *Home Care* que estendem os atendimentos de musicoterapia às residências ou instituições; atendimento de fisioterapia realizado por um professor/fisioterapeuta da Instituição integrando fisioterapia e musicoterapia, orientação dos atendimentos realizados no CAEMT feita por professores musicoterapeutas; consultoria em Musicoterapia nas áreas: social, educacional (regular e especial), hospitalar, saúde mental e organizacional e reuniões com alunos estagiários para troca de experiências e apresentação dos trabalhos em andamento.

As pessoas atendidas no CAEMT são indicadas por profissionais da área médica ou por outros profissionais da área da saúde e educação, também algumas pessoas procuram o atendimento por livre iniciativa ou por indicação de outras pessoas da comunidade ou de outros participantes. Uma vez que a pessoa manifesta interesse em ser um participante, a coordenação realiza uma entrevista inicial, em seguida, é realizado o encaminhamento para um aluno estagiário, que então dá início aos atendimentos. Independente da forma de ingresso, todos os participantes assinam um

termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando que o processo clínico realizado no CAEMT seja objeto de 'estudos de caso'. No caso de pessoas menores de idade ou com capacidades relativas, os responsáveis legais, assinam o termo como responsáveis. Quando esses 'estudos de caso' levem a propostas de publicações os participantes e ou seus responsáveis assinam outro termo de consentimento livre e esclarecido permitindo, ou não, a publicação.

No primeiro semestre de 2010 foram realizados 136 atendimentos individuais de musicoterapia, 4 encontros abertos, 12 atendimentos de fisioterapia e na modalidade *Home Care* foram realizados 23 atendimentos. Totalizamos desta forma 175 atendimentos prestados a comunidade. Para realizar os atendimentos contamos com uma equipe de 11 alunos estagiários, 4 professores musicoterapeutas e um 1 professor fisioterapeuta que orientam o trabalho desenvolvido.

Os atendimentos de fisioterapia vêm ao encontro da proposta interdisciplinar deste Centro e oportunizam o diálogo entre Musicoterapia e Fisioterapia.

VIVÊNCIAS ABERTAS EM MUSICOTERAPIA: COMUNIDADE E MEIO ACADÊMICO EM INTERAÇÃO

O desenvolvimento de processos musicoterapêuticos é uma prática que se iniciou nos meados do século passado. Na sua trajetória, o tratamento adquiriu características de atendimentos individuais ou em pequenos grupos. A partir de 1990 percebeu-se, no âmbito musicoterapêutico, a presença de relatos de trabalhos cuja fundamentação teórica e epistemológica, adotou o contexto social, musical e coletivo de comunidades como um espaço no qual se pode compartilhar saberes, fortalecer a cultura e promover modos saudáveis de convivência humana.

Mesmo assim, a implementação de abordagens abertas e diversificadas nos processos de musicoterapia ainda é pouco documentada. Existem, no entanto, autores que descreveram casos com indicações teóricas que revelaram práticas inovadoras. Entre estes se encontram Brynjulf Stige (2002), musicoterapeuta norueguês que descreveu o processo de inserção de um grupo de alunos com necessidades especiais na banda municipal de sua cidade; Kenneth Bruscia (2000), cujos estudos forneceram aportes teóricos para as práticas da musicoterapia ecológica e comunitária; Mercédès Pavlicevic e Gary Ansdell (2004) organizadores de artigos com os quais compuseram o livro *Community Music Therapy*. Na visão desses autores, a musicoterapia comunitária

se estabeleceu como uma nova visão de prática que extrapolou o ambiente da “sala” e se expandiu para a totalidade dos ambientes sociais. Por essa perspectiva, a musicoterapia comunitária caracteriza-se por ser uma ação que pode envolver o ambiente e as pessoas de maneira aberta e ampliada.

Esta foi a filosofia que deu fundamento para que as demandas da população curitibana, que buscava os atendimentos, os quais eram ofertados no então Laboratório de Musicoterapia, no ano de 2008, fossem escutadas. Havia uma procura expressiva da comunidade para a solicitação de vagas, razão pela qual se constatou a existência de uma real procura pelos serviços musicoterapêuticos que a Faculdade de Artes do Paraná ofertava. Observou-se, que essas pessoas queixavam-se, quase que unanimemente, de solidão e extremo isolamento social. Pensou-se então, que elas poderiam usufruir do espaço cultural e social que a instituição oferecia, como forma de construção de redes de convívio social e de fruição artística.

Em vista dessas constatações, foram realizados, em novembro daquele ano, dois encontros que reuniram os participantes do CAEMT, os estagiários que os atendiam, a professora que passou a coordenar os encontros abertos e os alunos do 2º ano do curso de musicoterapia, cuja participação foi no sentido de colaborar com produções musicais inéditas para aquelas pessoas. Na ocasião do primeiro encontro, que foi chamado de “banda”, percebeu-se a construção de uma situação social na qual se pôde dialogar sobre assuntos do dia-a-dia, executar e compartilhar canções do repertório das pessoas presentes, cantar em conjunto e trocar informações, de modo descontraído e prazeroso.

De acordo com as avaliações feitas após o término do encontro, a vivência foi educativa e gratificante. A partir desse fato, visualizou-se a possibilidade de proporcionar um intercâmbio entre a comunidade dos participantes do Laboratório e a comunidade acadêmica da FAP.

Essa perspectiva, além de estar em consonância com as atuais políticas inclusivas que permeiam as áreas da educação e da saúde também mostrou-se capaz de oportunizar a prática de estudo e pesquisa aos alunos e de promover e estender o contato social das pessoas que demandavam pela musicoterapia. Por outro lado, a proposta, ao oportunizar a comunicação entre o meio acadêmico e a comunidade, reafirmou os propósitos do CAEMT, conforme o consta no atual regulamento que orienta as ações dessa unidade.

Por esta via de entendimento, a continuidade da concretização dessas vivências com um apoio e embasamento teórico pareceu ser adequada na medida em que podia

favorecer a construção do conhecimento e a promoção do bem-estar psíquico-emocional e social das comunidades envolvidas nas atividades. Para dar sequência a esse propósito, foram desenvolvidos, durante o ano de 2009, estudos teóricos e práticos, como parte de um projeto de pesquisa.

O projeto começou a ser desenvolvido com um convite feito aos alunos de todas as séries do curso de Musicoterapia para a participação no grupo de estudos. Por razões de disponibilidade de horário, os alunos do primeiro ano e os estagiários do quarto ano, ingressaram na proposta. Avaliou-se que, embora iniciantes, o envolvimento dos alunos de primeiro ano seria favorável pela oportunidade do engajamento no estudo exploratório de um tema ainda inédito na área em questão. Avaliou-se, também, que a aproximação ao campo da prática como observadores-participantes de encontros abertos em musicoterapia seria um fator de construção de conhecimento para esse grupo de acadêmicos.

Com a participação de 16 alunos em encontros semanais, deu-se início, em março daquele ano, à revisão de literatura. Percebeu-se, porém, que o trabalho de revisão e elaboração da escrita poderia ser enriquecido com o apoio da vivência prática. Foram realizados, no segundo semestre, quatro vivências abertas com a participação dos componentes do grupo de estudos, da coordenadora, das pessoas atendidas no CAEMT e os respectivos musicoterapeutas estagiários do quarto ano.

Para a realização desses encontros, o grupo de estudantes e a professora pesquisadora elaboraram um planejamento prévio que consistia nas seguintes iniciativas: a) planejamento de um rol de atividades que poderiam ser colocadas em ação caso houvesse interesse dos participantes; b) preparação do repertório musical adequado; c) construção de material de apoio para as atividades como pastas com as letras das canções mais requisitadas e seleção de instrumentos musicais adequados para a reunião; d) contato telefônico os participantes três ou quatro dias antes da data fixada para a realização do mesmo (considerou-se que esse intervalo de tempo seria adequado e evitaria esquecimentos por parte dos participantes do CAEMT, uma vez que todos eram convidados também pelos estagiários); e) participação efetiva e ativa de todos os membros do grupo de estudo nas atividades propostas; f) escuta e aceitação das demandas do grupo de participantes, g) registro e discussão e reflexão sobre os eventos ocorridos no encontro aberto.

Em outubro de 2009 os resultados parciais desta pesquisa foram apresentados em evento internacional no 4º Congresso Multidisciplinar de Saúde Comunitária do

Mercosul, na cidade de Gramado. Em comunicação oral, houve a exposição do projeto e o relato dos principais eventos registrados no decorrer dos encontros abertos até ali realizados. No início de 2010 o grupo de estudos concentrou suas atividades na construção de um artigo para ser submetido ao XII Fórum de Musicoterapia que aconteceu em Curitiba no mês de junho. Em paralelo a esta ação foram retomados os planejamentos para o reinício dos encontros abertos.

Para que a continuidade da pesquisa pudesse ser concretizada, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da FAP e aprovado. A partir dessa resposta, o grupo de estudos viu-se em condições de colocar em ação a proposta original do projeto que tinha por objetivo o envolvimento amplo da comunidade de alunos “fapeanos” nos encontros. Passou-se, então, a convidar, para os encontros mensais, alunos dos outros cursos desta instituição, que quisessem colaborar na abertura dos encontros chamado por “momento da novidade”. Até agora já colaboraram com essa proposta: um aluno egresso do curso de música que demonstrou e tocou o saxofone, seu instrumento principal; um grupo de alunos da Oficina de Choro, que falaram sobre o gênero, demonstraram os instrumentos e tocaram uma seleção de choros e, por fim, uma aluna do quarto ano do curso de musicoterapia que fez a dramatização de uma poesia e trabalhou a expressão corporal do grande grupo. Após cada um desses momentos de aquecimento, cheio de novidades, a expectativa era a de que o andamento de cada encontro acontecesse de acordo com as demandas do grupo. Fato que se concretizou nas vivências.

A interlocução entre a comunidade acadêmica e os participantes do CAEMT, nas vivências abertas em musicoterapia, resultou no enriquecimento das atividades. Ambas as comunidades mostraram-se acrescidas com as experiências. A comunidade do CAEMT relatou seu agrado com as novidades trazidas e os alunos convidados também disseram ter gostado da oportunidade de interagir no ambiente terapêutico. As pessoas puderam conhecer, entrar em contato com situações inéditas que despertaram a curiosidade e promoveram informações para ambos os grupos. Até este momento, foram realizados quatro encontros abertos em 2010.

Percebeu-se que a adesão às vivências, além dos participantes do CAEMT, ampliou-se para os seus familiares que têm marcado significativa presença nos encontros. Os alunos do curso de musicoterapia também acorrem, cada vez em maior número, para as atividades. As vivências abertas têm reunido em média 30 pessoas que formam um grupo interessado em passar momentos agradáveis durante os quais possam efetivar trocas culturais e sociais num ambiente agradável e “banhado” pela música.

Além da produção teórica em equipe, observou-se que os laços intercomunitários têm se estreitado na medida em que essa teoria se articula à realidade vivenciada em momentos de agradável convívio para todos os participantes. Pretende-se dar continuidade a essa forma de intercâmbio na medida em que a prática dos encontros abertos seja incorporada à rotina dos serviços oferecidos pelo CAEMT.

CONCLUSÕES

Através de todas as frentes de trabalho desenvolvidas pelo CAEMT, percebe-se que além dos benefícios primários oferecidos aos participantes da comunidade curitibana, a própria comunidade acadêmica tem a possibilidade de aproximar-se da realidade do mercado de trabalho onde os mesmos precisam administrar todo processo do exercício profissional.

Além disto, os estudos realizados e compartilhados entre os alunos na apresentação dos casos clínicos poderão contribuir como um termômetro para adequações curriculares do curso de Musicoterapia. Já a pesquisa desenvolvida através das vivências abertas em musicoterapia possibilita aos estudantes um contato direto com as práticas de pesquisa desenvolvidos na iniciação científica.

Desta forma, pode-se concluir que através de Centros de Atendimento de Musicoterapia, Clínicas-Escolas ou Laboratórios de Musicoterapia que estão inseridos no contexto acadêmico das Instituições de Ensino Superior é possível preservar os conhecimentos elaborados ao longo da história, refletir sobre estes conhecimentos e atualizá-los conforme as demandas da realidade contemporânea. Essa prática de ensino e aprendizagem aproxima a teoria da prática de forma contextualizada, possibilita que sejam gerados novos saberes que constituirão como nos diz o sociólogo Edgar Morin, uma herança cultural de saberes, que poderão ser utilizados pelas futuras gerações de musicoterapeutas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R.C. **Os jardins da psicologia comunitária**. UFC/ ABRAPSO: Ceará, 1999.

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

CHAUÍ, M. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: UNESP, 2001.

FACULDADE DE ARTES DO PARANÁ. **Regulamento do Centro de Atendimento e Pesquisa em Musicoterapia (CAEMT)**. Disponível em <<http://www.fap.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=129>>. Acesso em 20/07/2010.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

PAVLICEVIC, M., ANSDELL, G.. **Community Music Therapy**. Jessica Kingsley Publishers. Londo and Philadelphia, 2004

STIGE, B. **Culture-Centered Music-Therapy**. Gilsum: Barcelona Publishers, 2002.

SICCARD, Maria Gabriela. Musicoterapia Comunitária. Em: **Salud Escucha y Creatividad**. Musicoterapia preventiva psicosocial. Buenos Aires: Ediones Universidad Del Salvador, 2005.

ⁱ Atualmente no Brasil existem onze cursos de Musicoterapia em funcionamento: Faculdade de Artes do Paraná; Faculdades Metropolitanas Unidas- SP; Faculdade Paulista de Artes; Universidade Federal de Goiás; Conservatório Brasileiro de Música; Faculdade EST (São Leopoldo); Universidade Federal do Piauí; Faculdades Integradas Olga Mettig/ FAMETTIG, Universidade Federal de Minas Gerais; Faculdade de Ciências Humanas Olinda;

A MUSICOTERAPIA E O USO DAS CANÇÕES RELIGIOSAS NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SOB HEMODIÁLISE

Thâmile Ferreira Vidiz¹
Claudia Regina de Oliveira Zanini²
Ângela Alessandri Monteiro de Castro³
Marcela Emília Carelli de Siqueira⁴

RESUMO

Pacientes com insuficiência renal crônica sob hemodiálise passam por significativas mudanças em suas vidas, que podem envolver as dimensões orgânica, emocional, social e espiritual. É provável o surgimento do sofrimento, podendo ser manifestado por quadros de ansiedade grave, falta de esperança na vida e medo da morte. Sustentando que associar a música à capacidade que o homem tem de se conectar com o Sagrado pode ser um forte fator de proteção à saúde integral de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico e a fim de entender a influência da espiritualidade, através de canções religiosas no tratamento hospitalar é que foi proposta a presente pesquisa monográfica. Diante dos resultados obtidos, ressalta-se a importância do musicoterapeuta e dos demais profissionais da saúde terem um olhar atento aos cuidados que vão além das questões fisiológicas, tais como a dimensão emocional, social, psíquica e também espiritual do indivíduo assistido, considerando as crenças, a religiosidade e a espiritualidade do paciente, com a finalidade de buscar estratégias que sirvam de suporte no tratamento e visando minimizar o sofrimento em todos os âmbitos.

Palavras-chave: musicoterapia, hemodiálise, espiritualidade, canção religiosa.

¹ Bacharel em Musicoterapia pela Escola de Música e Artes Cênicas (EMAC) da Universidade Federal de Goiás (UFG), em 2009. Musicoterapeuta na área da Educação. lemitha@hotmail.com.

² Doutora em Ciências da Saúde, Mestre em Música, Especialista em Musicoterapia em Educação Especial e em Saúde Mental. Musicoterapeuta na Liga de Hipertensão Arterial da UFG. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Música - Mestrado da UFG. Líder do NEPAM - Núcleo de Musicoterapia (CNPq). mtclaudiazanini@gmail.com

³ Graduada em Enfermagem e Obstetrícia e em Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (1979), Fez mestrado em Educação Brasileira pela Universidade Federal de Santa Maria (1992). Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. angelaal@fen.ufg.br

⁴ Bacharel em Musicoterapia pela Escola de Música e Artes Cênicas (EMAC) da Universidade Federal de Goiás (UFG), em 2009. marcela_ecarelli@hotmail.com

ABSTRACT

Patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis undergo significant changes in their lives, which may involve the organic, emotional, social and spiritual dimensions. Suffering is likely to arise and it can be expressed by conditions of severe anxiety, lack of hope in life and fear of death. Claiming that the association of music to the ability that the man has to connect himself with the Sacred can be a strong protective factor to the overall health of patients with chronic renal failure on hemodialysis treatment and in order to understand the influence of spirituality through religious songs in hospital treatment is the basis of this article. Based on these results, it is highlighted the importance of the music therapist and other health professionals who must have a careful watchful eye that goes beyond the physiological issues, such as the emotional, social, mental and spiritual dimensions of the patient, considering the beliefs, religiosity and spirituality of the patient, with the aim to provide strategies that serve as support for the treatment and to minimize suffering in all contexts. **Keywords:** Music therapy, hemodialysis, spirituality, religious songs.

1 INTRODUÇÃO

A humanização das relações que envolvem os cuidados voltados ao relacionamento estabelecido entre profissionais-cuidadores e pacientes no processo de atendimento tem sido um importante fator no contexto hospitalar. Para assegurar a qualidade do atendimento prestado, profissionais precisam se preocupar com cuidados que vão além das questões fisiológicas, como a dimensão emocional, social, psíquica e também espiritual do indivíduo assistido.

Segundo Dyniewicz, Zanella, Kobus (2004), o paciente com Insuficiência Renal Crônica (IRC) passa por mudanças significativas no seu estilo de vida, envolvendo aspecto orgânico, emocional, o social e o espiritual. O paciente renal crônico em estágio mais avançado da doença é submetido a uma intervenção chamada hemodiálise, que é tida como última possibilidade terapêutica antes do transplante renal. Para o paciente a

máquina de hemodiálise “representa a manutenção de uma homeostase física, e porque não dizer a manutenção de sua vida.” (CAMPOS, 2002, p. 24)

Os pacientes enfrentam também problemas de adaptação à vida cotidiana, pois terão que se preocupar com a sobrevivência, além da mudança de rotina, por conta da submissão às recomendações do tratamento. Nessa fase, é provável o surgimento do “sofrimento” e a manifestação dele muitas vezes é expressa nos quadros de ansiedade grave, de falta de esperança na vida e de medo da morte. Segundo Carlucci (2007, s/p):

A complexidade do sofrimento pode ter componentes físicos, cognitivos, afetivos, sociais e espirituais. O sofrimento pode estar acompanhado por manifestações físicas e afetivas como o choro e a expressão de dor física, expressões de angústia mental, sentimentos de medo ou culpa, isolamento frente a outras pessoas e questionamento sobre a morte e sobre a crença religiosa.

Neste aspecto surge a necessidade de considerar a dimensão espiritual do paciente, suas crenças e sua religiosidade, para buscar estratégias que sirvam de suporte no tratamento e no contexto do processo musicoterapêutico.

Pacientes e familiares têm, muitas vezes, uma necessidade e vontade de gritar para o alívio da angústia, dor ou tristeza. Quero dizer uma oração no sentido mais lato do termo, uma vez que podem ou não estar em um contexto religioso, mas uma chamada a partir do canto mais profundo do coração, mente e espírito. Às vezes, essa necessidade de expressar é reprimida. A música chega e é uma voz. (MAGILL, 2002, s/p)

A Musicoterapia pode ser uma importante abordagem terapêutica no contexto hospitalar, atuando junto aos pacientes que, frequentemente, sofrem diante da ansiedade, dor, privação de sono e incerteza sobre seu bem-estar geral.

O uso da cançãoii em Musicoterapia permite ao paciente expressar, por meio do não-verbal, sentimentos e sensações. “Partindo do pressuposto de que a canção apresenta sentido próprio para cada pessoa, pode-se afirmar que é no processo e na relação que a palavra cantada constrói seu significado” (PEREIRA & SÁ, 2006, p. 2). A letra da música se torna um elemento de comunicação entre paciente e musicoterapeuta, indivíduos de um mesmo grupo terapêutico, pacientes e familiares (PEREIRA & SÁ, Idem), podendo ser também uma via de comunicação com o transcendente.

Sustenta-se que associar a música à necessidade que o homem tem de se conectar com o Sagradoiii pode ser um forte fator de proteção à saúde integral de pacientes com IRC em tratamento hemodialítico. Buscou-se por meio de pesquisa monográfica investigar a influência das canções religiosas no tratamento de pacientes usuários do sistema de saúde com doença renal crônica, sob hemodiálise, focalizada na dimensão espiritual do paciente.

2 METODOLOGIA

A pesquisa com caráter qualitativo foi desenvolvida durante o segundo semestre de 2009, em uma unidade hospitalar filantrópica conveniada em Goiânia, Goiás, observando-se as recomendações da Resolução CNS 196/96, sendo encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da SCMG - Santa Casa de Misericórdia, Goiânia-Go, para sua autorização.

As intervenções ocorreram na unidade de Hemodiálise da SCMG, durante um período de cinco semanas, totalizando dez sessões de Musicoterapia. Os horários de atendimento foram fixados nas quartas e sextas-feiras, no período matutino de 08h30min às 10h00min.

Para concretização da pesquisa fez-se necessária a participação da enfermeira e da médica responsáveis pela unidade de Hemodiálise e a colaboração de uma co-terapeuta, graduanda em musicoterapia. Todas as sessões foram supervisionadas pela professora e orientadora da monografia. Foi assegurado respaldo da psicóloga da instituição, para eventuais atendimentos psicológicos aos sujeitos da pesquisa, ficando acertado que estes só se concretizariam após a conclusão das intervenções musicoterápicas, caso fosse necessário.

A escolha dos sujeitos de pesquisa aconteceu por meio do apoio da responsável técnica do serviço de hemodiálise da SCMG, que informou a sala de hemodiálise mais adequada para os atendimentos, sendo atendidos sete integrantes dessa sala. Todos os sujeitos estavam em processo hemodialítico e atendiam a todos os critérios de inclusão, como a idade superior a 18 (dezoito) anos, a lucidez e a orientação no espaço. Os critérios de exclusão também foram atendidos, pois não havia pacientes com

comorbidade de transtorno mental (exceto sintomas de depressão, já previstos no projeto desta monografia), com previsão de transplante renal dentro do período da pesquisa e em coma.

A partir das necessidades relatadas pelos pacientes em conjunto com as canções relatadas para o preenchimento da Ficha Musicoterápica, a musicoterapeuta/pesquisadora escolheu experiências musicoterápicas específicas da Musicoterapia, tais como: Recriação Musical (instrumental e vocal), Composição Musical, Improvisação Musical e Audição Musical, descritas por Bruscia (2000). As experiências musicais foram utilizadas individualmente e combinadas entre si.

Com todos os dados coletados, para realizar as análises, foi feita a triangulação de dados. Maffezzolli e Boehs (2008) citam que a triangulação tem sido compreendida como a adoção de múltiplas percepções para clarear o significado e, de certa forma, verificar a repetição de determinada observação ou interpretação alcançada por uma fonte de dados, em comparação com outras fontes utilizadas.

3 RESULTADOS

Logo nos primeiros atendimentos observou-se que todos os pacientes, à sua maneira, tinham vinculação à dimensão espiritual, fosse pela religiosidadeiv ou por atitudes que remetiam a valores agregados à espiritualidadev, além da habilidade da maioria para a transcendênciavi. Esta ligação existia de modo enfático ou, com características intransigentes ou ainda, não tão ressaltadas. A seguir, em forma de tópicos, serão relatados alguns resultados obtidos diante da atenção direcionada à dimensão espiritual dos sujeitos de pesquisa. Todos os nomes mencionados são fictícios, para preservar a identidade dos pacientes. Cabe ressaltar que no presente artigo teve-se como principal foco a relação entre o conteúdo das letras de músicas que emergiram no decorrer do processo musicoterapêutico e a situação clínica dos pacientes.

3.1 O SAGRADO COMO RAZÃO PARA A EXISTÊNCIA

O paciente diante de uma doença crônica, como a IRC parece ter necessidade maior de encontrar uma significação, razão para continuar a viver, pois a doença acaba impondo muito sofrimento e a iminência de morte está presente a todo instante. Pargament (1997, apud Panzini, s/d) afirma que a religião tem como objetivo central ajudar o paciente a encontrar significação para vida, pois quando o indivíduo se sente incapaz de encontrar um significado, ele sofre em função de sentimentos de vazio e desespero. Isto foi observado em um atendimento quando a pesquisadora pediu que pensassem em como estavam se sentindo e escolhessem uma música que representasse aquele sentimento. Seu Geraldo escolheu *Oração de um Homem Triste* (Antônio Marcos):

“Eu tanto ouvia falar em ti/Por isso hoje estou aqui/Eu sempre tive tudo que eu quis/Mas te confesso não sou feliz/Calça apertada de cinturão/Toco guitarra faço canção/Mas quando eu tento me procurar/ Eu não consigo me encontrar/Escondo o rosto com as mãos / E uma tristeza imensa me invade o coração/Já, já não sou capaz de amar/E a felicidade cansei de procurar(...)

Por isso venho buscar em ti/O que eu não tenho o que perdi/Vestido em ouro te imagine/E tão humilde eu te encontrei/Cabelos longos iguais aos meus/Tu és o Cristo, filho de Deus./Tanta ternura em teu olhar/Tua presença me faz chorar/Eu ergo os olhos para o céu/E a luz do teu amor me deixa tão feliz/Se, se jamais acreditei/Perdoa-me Senhor pois hoje eu te encontrei.”^{vii}

Nesta letra, o tema é o encontro de uma razão, um significado para a felicidade através da busca pelo Sagrado, encontrada em *Cristo, filho de Deus*. Na narrativa das primeiras estrofes da música, o autor fala de um sujeito, caracterizado como um musicista (toco guitarra, faço canção), que mesmo tendo tudo que sempre quis, permanece com uma tristeza inerente na vida, capaz de torná-lo sem capacidade para amar e para busca da felicidade. Os versos “*Mas quando tento me procurar*”, “*Eu não consigo me encontrar*”, “*O que eu não tenho, o que perdi*”, se contrastam com “*Por isso hoje estou aqui*”, “*Por isso venho buscar em Ti*” sugerindo uma busca pelo Sagrado que, segundo Otto (1989, p. 75) é considerado como aquilo que está além da natureza racional do homem, não sendo satisfeito mesmo que se supram as necessidades de “pulsões e desejos físicos, psíquicos e intelectuais.” Na música, a felicidade é adquirida após o encontro com filho de Deus, Cristo, responsável por deixar o sujeito

em contemplação. O encontro com “Cristo” é dado de maneira imaginativa, porém extremamente significativa a ponto de restabelecer a felicidade no sujeito.

O paciente parecia se projetar no eu-lírico da canção quando cantava, principalmente porque as histórias narradas tanto na música quanto as de seu Geraldo eram muito próximas. O paciente sempre falava sobre o estado de contemplação diante de Deus, mencionando inclusive que mesmo quando chora se sente tomado por uma força que o impulsiona a viver: *“Chorar com presença do Espírito Santo^{viii} não é um choro de tristeza. Às vezes você chora e não sabe o porquê está chorando, mas não é de tristeza não, porque você se sente bem.”*

3.2 A CULPA E A REPRESENTAÇÃO DE DEUS

Seu Antônio, paciente religioso, parecia ser impelido por uma barganha feita com Deus. Ao analisá-lo pode-se fazer uma analogia com os escritos de Kubler-Ross (1998) sobre pacientes terminais. Kubler-Ross cita que o paciente, na fase de barganha, poderá estabelecer um contrato com Deus prometendo uma vida dedicada ao Sagrado ou ainda uma vida a serviço da igreja, caso seus dias sejam prolongados. Entretanto, as promessas poderão estar associadas a uma culpa recôndita. O paciente Antônio parecia utilizar a religião e a religiosidade para esconder a culpa que sentia em relação aos atos desregrados que tinha antes de adoecer. A impressão é que Antônio achava que a doença tinha vindo em forma de castigo. Com a culpa que sentia, tornava-se intolerante com músicas seculares e apesar de ter trazido para sessão as músicas *Dama de Vermelho (Ado Bebatti/Jeca Mineiro)* e *Mexe Mexe (Nazildo/Altair Menezes)*, dentre outras, sempre que os outros cantavam estes sertanejos, Antônio discutia sobre as escolhas.

“Tudo que é pecado é bom demais. Tudo que faz mal, que é pecado é bom demais. Olha doce, pra que coisa mais deliciosa que doce, né? Engorda. Coca-cola é uma delícia, mas engorda demais. Pinga os cara bebe e fica doidão(...). As portas do mundo são largas, fácil(...) Só é bão mesmo o caminho da perdição. Esse, o povo gosta, ê, ê!”
(Antônio)

Não parece que a condenação surgia apenas pelo entendimento acerca das atitudes desregradas, sugeridas pelas letras de músicas sertanejas cantadas durante as

sessões, mas sim por um medo ou culpa por já ter vivenciado tais atitudes. As reações dele eram diferentes das de outros pacientes que professavam uma religiosidade. Enquanto os outros pareciam mais saudáveis por terem uma religião, Antônio se punia e se segregava.

3.3 O AUXÍLIO PARA CONFORTO ESPIRITUAL E RECONCILIAÇÃO

Na segunda sessão foi realizada Audição Musical de músicas religiosas que os pacientes tinham mencionado em sessão anterior, pedindo que escolhessem parte de alguma música para representar os sentimentos que estavam vivenciando naquele momento. Depois da audição, dona Alice chamou a pesquisadora e disse:

“(...) a minha música é... a Noites Traiçoeiras, é... eu casei um filho e eles me magoaram muito no casamento, eu fiquei muito apaixonada (choro) foi o dia mais triste (choro) (...) “Eu fiz de tudo pra dar pra ele, mas na hora eles me deixaram de lado. Aí eu me senti muito humilhada! Voltei pra casa muito desesperada, aí foram oito dias que minha vida era só chorar, só pensava em morrer. Aí um dia eu falei: eu vou na Igreja.” (...). “Aí eu falei pra minha filha que eu ia, né? Aí quando eu cheguei na igreja estava tocando Noites Traiçoeiras e eu me emocionei muito, porque aquele casamento foi uma Noite Traiçoeira, mas eu preciso ser forte porque Deus me quer sorrindo. Toda vez que eu ouço ela eu choro, eu me emociono!”(...) hoje eu consigo amar minha nora, eu perdoei! Primeiro ela fala noites traiçoeiras mas depois ela fala assim Deus te quer sorrindo(...).”

Rosa (2004, p. 5) afirma que a música de caráter religioso pode causar efeitos positivos na “organização do pensamento”, “sentimentos”, “autoexpressão” e “liberação de emoção”. Foi o que aconteceu no caso de dona Alice. A paciente retratou o episódio do casamento do filho caçula, para ela marcado por mágoa, tristeza, desespero e humilhação diante do isolamento que filho e nora direcionaram a mesma. A situação foi muito marcante para dona Alice, prolongando o choro por oito dias e gerando pensamentos de morte. O título da canção, *Noites Traiçoeiras (Carlos Papae)*^{ix} sugere o acontecimento, a palavra “*Noites*” simboliza o casamento e a palavra “*Traiçoeiras*” simboliza os sentimentos de Alice diante da rejeição direcionada a ela. Mas, ao mesmo tempo em que sugere as cenas do casamento, a canção vem como suporte na dor gerada pela *Noite Traiçoeira*. “(...) mas eu preciso ser forte, Deus me quer sorrindo”. Mesmo diante de toda situação de sofrimento, dona Alice conseguiu perdoar a nora, e se reestruturar emocionalmente.

3.4 A ESPERANÇA, A FÉ E O MILAGRE

Segundo Milleco, Filho e Brandão (2001) existem algumas funções para o canto, dentre elas o *canto desejante*, no qual o paciente expressa através da letra da música, sonhos, fantasias, devaneios, que, através do conteúdo da canção, nos informam sobre certos desejos de transformar o presente em algo mais prazeroso. Esses desejos podem estar relacionados com a ilusão de que, no futuro, encontraremos o paraíso perdido, fim de todos os sofrimentos e conflitos. Seu Antônio usou a música *Milagre* (André Valadão) para expressar o desejo de um milagre em sua vida.

*“Posso crer que em minha vida/O milagre vai acontecer/Posso ver as promessas/
Sendo liberadas sobre mim/(...)Hoje o meu milagre vai chegar/ Eu vou crer, não vou
duvidar/O preço que foi pago, ali na Cruz/Me dá vitória, nesta hora.”*

Finalizada a música, o paciente afirmou: *“Glória a Deus! Creio que um milagre vai vir pra mim e para todos nós. Deus vai nos restaurar.”* (...) (Antônio)

Negar a esperança do paciente não é o melhor caminho. Quem garante que ele não será curado, quem garante que será? Ele confia que será assim, que o *Milagre* vai chegar. É preciso estar atento às possíveis decepções as quais esta crença poderá estar relacionada, a fim de auxiliá-lo na reconstrução do pensamento e em relação às idéias de existência. Talvez o melhor direcionamento seja apenas considerá-lo, sabendo “respeitar a experiência do crente como este mesmo vive e descreve.” (ALETTI, p. 33)

3.5 O PROCESSO DE VALIDAÇÃO

Segundo Bruscia (2000), os pacientes em terapia geralmente perdem de vista seu valor como seres humanos e como indivíduos ou tem baixa autoestima. De acordo com o autor os problemas de saúde poderão levar uma pessoa a sentir-se abatida ou deprimida. Geralmente no processo de mudança o paciente fica esgotado e necessita de apoio, elogio, aceitação e encorajamento. Neste aspecto algumas canções religiosas chegam e servem para reforçar esta autoconfiança, auxiliando no processo de validação, tranquilizando e oferecendo um apoio de uma força Superior. Em algumas sessões foi

possível estabelecer validações por meio das canções religiosas, como se vê em *Quero que valorize o que você tem (Armando Filho)*, apresentada a seguir:

“Quero que valorize o que você tem / Você é um ser você é alguém/Tão Importante para Deus/Nada de ficar sofrendo angústia e dor / neste seu Complexo inferior/Dizendo às vezes que não é ninguém / Eu venho falar do valor que você tem (...)”

3 DISCUSSÃO

Coesão e singularidade, características marcantes do grupo trabalhado. Nele cada integrante reconstruía-se a cada instante, com sucessos, insucessos, perspectivas, desilusões e, principalmente, em forças adquiridas por meio dos vínculos construídos, do desejo de dias melhores e de uma coragem que surgia incessantemente, apesar de cada NÃO que a doença impunha.

Por ser a insuficiência renal uma patologia crônica, dúvidas quanto ao ser e estar no mundo surgiam em diversos momentos. Questionamentos relacionados a aspectos ligados ao Sagrado eram manifestados de forma positiva ou negativa no enfrentamento da doença. A partir disto, justifica-se a importância de ver o paciente como um todo indivisível, considerando a sua dimensão espiritual, para possível manejo de atitudes religiosas/espirituais que poderão comprometer o quadro, ou ainda reforço de atitudes religiosas/espirituais que servirão de suporte no enfrentamento.

Partindo de uma revisão bibliográfica e, através da pesquisa de campo, observou-se como se desenvolviam as habilidades de interpretação e comunicação de idéias, sentimentos, emoções e os possíveis efeitos do uso das canções religiosas no processo musicoterápico. Isso foi possível por meio da identificação dos compositores e das letras de músicas relevantes para a religião dos sujeitos de pesquisa.

Através da coleta de dados e da triangulação com a literatura pré-existente observou-se que por meio da utilização de canções religiosas o paciente hospitalar comunicava sentimentos que estavam associados: ao desejo de recuperação, à aceitação ou não-aceitação da doença, à necessidade de união a familiares e amigos, à fé no futuro, à possibilidade de consentimento com a terminalidade e à transcendência. Este tipo de canção auxiliou o paciente a exteriorizar tristezas, dores e ansiedades com uma significativa diferença do uso das demais canções, pois com o uso da canção religiosa o

mesmo se sentia acolhido por uma força Sagrada, confortante e assistencial ao equilíbrio.

Musicoterapeutas presenciam continuamente momentos nos quais a comoção é capaz de tocar seu ser transcendente e um mistério parece fazer escapar toda suposta sensação de controle do profissional. Partindo destes momentos, é possível afirmar que é fundamental entender o modo pelo qual cada paciente relaciona-se com aspectos da dimensão espiritual e qual a influência da fé religiosa na vida do sujeito durante os diversos tratamentos aos quais ele será submetido, incluindo a musicoterapia.

O paciente carrega consigo todo um contexto histórico e cultural correspondente à sua formação de crença, valores, admissão e aderência a determinada religião. No processo musicoterápico, a religiosidade/espiritualidade não pode ser desconsiderada, uma vez que pode ser facilitadora dos processos terapêuticos.

REFERÊNCIAS

ALETTI, M., A representação de Deus como objeto transicional ilusório. Perspectivas e problemas de um novo modelo. PAIVA, G. J., ZANGARI, W., **A representação na religião: perspectivas psicológicas**, São Paulo: Edições Loyola. 2004.

BOFF, L., **Espiritualidade, um caminho de transformação**, Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

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

CAMPOS, J. G., TURATO, E. R., **O tratamento de hemodiálise sob a ótica do doente renal: vivências e significados**. Disponível em: <http://www.bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=62567&popup=1>

CARLUCCI, V. D. S., ROSSI, L. A., FICHER, A. M., F. T., FERREIRA, CARVALHO, E. C., **A experiência da queimadura na perspectiva do paciente**. Rev. da Escola de Enfermagem da USP

DITTRICH, M. G., **A arteterapia: da criatividade e espiritualidade ao sentido de viver**, In: NOÉ, S. V., **Espiritualidade e saúde, da cura d' almas ao cuidado integral**, Rio Grande do Sul: Sinodal, 2004.

DYNIWICZ, A. M.; ZANELLA, E.; KOBUS, L. S. G. - **Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa**. *Revista*

Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

KUBLER-ROSS, E., **Sobre a morte e o morrer**: o que os pacientes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes, 8ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LINDOLPHO, M., C.; SÁ, S. P. C.; ROBERS, L. M. V.; **Espiritualidade, um suporte na assistência de enfermagem ao idoso**. Uberlândia, v. 8, n.1, p. 117 – 127, jan/jul. 2009.

MAFFEZZOLLI, E. C.; BOEHS, C. G. E.. **Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa**. Em pauta: Revista FAE, Campinas, v. 11, n° 1/2009.

MAGILL, L. **Espiritualidade em musicoterapia**, 2002. Music Therapy Hoje (online), disponível em: <<http://musictherapyworld.net>> Acessado em: 28 de abril de 2009.

MILLECCO, R. P., BRANDÃO, M. R. E., FILHO, L. A. M. **É preciso cantar – Musicoterapia, cantos e canções**. Rio de Janeiro: Enelivros. 2001.

OTTO, R., O Sagrado, Rio Grande do Sul: Sinodal, 2007.

PANZINI, R. G., BANDEIRA, D. R., Escala de COPING religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto, **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507 - 516, set/dez, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a18.pdf> Acessado em: 12 de agosto de 2009.

PEREIRA, G. T. M. & SÁ, L. C., **A utilização da canção em musicoterapia como recurso**, 2006. Goiânia-GO. Disponível em: http://www.sgmt.com.br/anais/p05temalivrecomoral/TLCO05-Pereira&Craveiro_Anais_XIISBMT.pdf

ROSA, S. M. V., **Música no contexto religioso**: sua influência e relação com a musicoterapia, Goiás, 2004, Bacharelado (monografia)

SILVA, D. C., O que é canção, por Luiz Tatit, Agosto/2007. Disponível em: <http://www.digestivocultural.com/blog/post.asp?codigo=1567> Acessado em: 24 de julho de 2010

VASCONCELOS, E. M., **A espiritualidade no trabalho com a saúde**, São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

ⁱ A dimensão espiritual esta sendo utilizado a fim de abranger o conceito holístico do sujeito. Permitindo

uma flexibilidade paradigmática que traduz a transformação pela qual o conceito biopsicossocial tem passado, transformando-se em biopsicossocioespiritual-ecológico. (VASCONCELOS, 2001).

ii Segundo Tatit, (apud Silva, 2007) o que faz uma música ser considerada canção é a *fala* por trás da melodia.

iii “Estranha e poderosa experiência de um bem que só a religião conhece e que é irracional por excelência”, que indica que “acima e por trás da nossa natureza racional está oculto algo último e supremo na nossa natureza, que não é satisfeito ao se suprirem e saciarem as necessidades de nossas pulsões e desejos físicos, psíquicos e intelectuais.” (OTTO, 1899, p.75)

iv Capacidade que cada indivíduo tem de vivenciar a experiência religiosa, produzindo modificações de atitudes e comportamento, relacionando-se com a espiritualidade e contribuindo para o enfretamento de situações aversivas. (OLIVEIRA, apud LINDOLPHO, SÁ E ROBERS, 2009)

v “Apresenta-se como maneira de ser do ser no mundo, a sua criatividade, diante dos desafios do seu existir, num mundo carregado de símbolos e signos, que codificam de certa forma o sentido de sua existência com relação ao mistério, aos assombros das questões existenciais.” (DITTRICH, 2005, p.47)

vi Dimensão, não imediatamente percebida, da realidade concreta, material e cotidiana da existência. Algo presente, mas nem sempre revelado, na experiência histórica do ser humano. (BOFF, 2000, apud Vasconcelos, 2006). Vasconcelos (Ibid,) aponta que transcendência é a dimensão que permite abertura e força o ser humano à romper as barreiras, a superar proibições e ir além de todos os limites.

vii Grifo do autor

viii Referindo-se ao termo utilizado para denominar a presença imaterial de Deus na terra.

ix Deus está aqui neste momento/Sua presença é real em meu viver/Entregue sua vida e seus problemas/Fale com Deus, Ele vai ajudar você/Deus te trouxe aqui/Para aliviar o seu sofrimento/É Ele o autor da Fé/Do princípio ao fim/De todos os seus tormentos/E ainda se vier, noites traiçoeiras/Se a cruz pesada for, Cristo estará contigo/O mundo pode até/Fazer você chorar/Mas Deus te quer sorrindo/Seja qual for o seu problema/Fale com Deus, Ele vai ajudar você/Após a dor vem a alegria/Pois Deus é amor e não te deixará sofrer/Deus te trouxe aqui/Para aliviar o seu sofrimento/É Ele o autor da Fé
Do princípio ao fim/De todos os seus tormentos/E ainda se vier, noites traiçoeiras/Se a cruz pesada for, Cristo estará contigo/O mundo pode até/Fazer você chorar/Mas Deus te quer sorrindo

IMPROVISACÃO NO *SETTING* MUSICOTERÁPICO: UMA EXPERIÊNCIA COM PACIENTES ADULTOS CEGOS.

Marina Reis Toffolo¹
Mara Reis Toffolo²

RESUMO

O presente artigo descreve o trabalho de improvisação musical realizado com pacientes adultos cegos na instituição APAE – Ouro Preto, no ano de 2008. A improvisação foi uma das experiências utilizadas durante as sessões de musicoterapia realizadas com esses pacientes. Improvisar é uma técnica ativa, facilitadora para a expressão do paciente que sabe ou não música e tem sido bastante utilizada pelos musicoterapeutas brasileiros. Através da técnica da improvisação o paciente pode cantar, tocar, criar uma melodia e/ou complementar um fragmento sonoro. Tal experiência musical aproxima o paciente de seus sentimentos internalizados, muitas vezes difíceis de serem expressos verbalmente e liberta o mesmo de suas condições físicas e emocionais para vivenciar uma fantasia de liberdade e autonomia.

Palavras-chave: Musicoterapia, Improvisação e Pacientes cegos.

ABSTRACT

This article describes the improvisation work done with adult blind patients in the institution APAE - Ouro Preto, in 2008. The technique of improvisation in music therapy is widely used by Brazilian music therapists. That's because improvisation is an active technique, which facilitates expression of the patient who doesn't know music, or even those who know. The technique of improvisation was one of the experiments used during music therapy sessions with blind adult patients. Improvisation is an experiment in which the patient uses this technique to make music by singing, playing, creating a melody, adding a sound fragment. This musical experience brings the patient's their

¹ Bacharelado em violino pela Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG em 2007. Pós-graduação em musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música (Rio de Janeiro, RJ) em 2009. Contato: mtoffolo@gmail.com.

² Bacharelado em violino pela Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG em 2007. Pós-graduação em musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música (Rio de Janeiro, RJ) em 2009. Contato: maratoffolo@hotmail.com

internalized feelings, often difficult to be expressed verbally and frees it from its physical and emotional conditions to experience a fantasy of freedom and autonomy.

Keywords: Music therapy, improvisation and fantasy.

IMPROVISACÃO NO *SETTING* MUSICOTERÁPICO

“Quando improvisamos ou resolvemos problemas musicais somos atores mudando nossa vida e emoção, somos agentes de transformação da nossa vida” (LIMA, 2003, p.08).

Improvisar foi uma das técnicas utilizadas durante doze sessões de musicoterapia, com duração de uma hora por semana, com pacientes adultos cegos no ano de 2008, na instituição APAE – Ouro Preto. Formado por três pacientes o grupo era fechado com mesma faixa etária – entre 40 a 45 anos sob a coordenação das estagiáriasⁱ de musicoterapia Mara Toffolo e Marina Toffolo. Os pacientes puderam vivenciar, durante todo o processo musicoterápico, a música através das técnicas de re-criação, improvisação, composição e audição musical.

As sessões eram semanais e aconteciam na instituição APAE – Ouro Preto onde o grupo participava das suas atividades. Cabe lembrar que o *setting* não foi modificado durante as doze sessões realizadas. “Desde o primeiro contato, o musicoterapeuta e o paciente devem ter um espaço que, pouco a pouco, vá se constituindo e se configurando como o “espaço sagrado” da terapia” (Barcellos, 1999, p.20).

Antes de começar o processo musicoterápico foi realizada uma entrevista inicial com o grupo e nessa primeira entrevista, pudemos notar uma significativa baixa auto-estima e a pouca confiança que esses pacientes apresentavam.

As sessões foram estruturadas a partir de um protocolo de pesquisa sobre "Musicoterapia e Fisioterapia: Uma abordagem interdisciplinar na reabilitação de pessoas com esclerose múltipla" (MOREIRA, 2008) que foi realizado no Centro de Investigação em Esclerose Múltipla – CIEM, no Hospital das Clínicas da UFMG, onde também estagiávamos¹ e ocorriam da seguinte maneira:

Etapa 1- Orientação do grupo/ Abertura

- Abertura da sessão utilizando uma canção de saudação. (ex: Bom dia! Boa tarde! Oi!)

Objetivos: perceber cada paciente, observando o estado de ânimo, os temas de preocupação e as condutas; proporcionar a coesão do grupo.

Etapa 2- Experiências de Movimento e Corpo

- Atividades de alongamento e movimentação no espaço utilizando a música.
- Objetivos: proporcionar ao grupo conhecimento, segurança e domínio do *setting* musicoterápico e do seu próprio corpo.

Etapa 3- Experiências Musicais

- Atividades de improvisação, composição ou audição musical.
- Objetivos: vivenciar a música como um processo terapêutico buscando alcançar a auto-estima e autoconfiança do grupo.

Etapa 4- Experiências Musicais

- Atividades de re-criação musical.
- Objetivos: vivenciar a música através de canções conhecidas pelos pacientes, para desenvolver habilidades sensório-motoras, trabalhar a auto-estima, a autoconfiança e coesão do grupo.

Etapa 5- Relaxamento

- Conscientização do corpo permitindo um estado de descontração.
- Objetivos: relaxamento, concentração na recuperação da auto-estima, da autoconfiança e do bem-estar corporal e mental.

Etapa 6- Orientação do grupo/ Fechamento

- Fechamento da sessão utilizando uma canção de despedida.

Objetivo de fechar e finalizar a sessão.

Os pacientes puderam vivenciar durante as sessões todas as experiências musicais. A improvisação foi uma dessas experiências interessantes utilizadas no grupo que resultou nos objetivos propostos. O presente artigo pretende descrever a utilização dessa técnica, seus pontos positivos e o resultado dessa prática com esses pacientes adultos cegos.

Para Barcellos (2008), técnica é o conjunto de processos e recursos práticos de que se serve uma ciência, uma arte, uma especialidade. A improvisação musical como técnica tem sido objeto de estudo de muitos teóricos da musicoterapia, bem como o tema de muitas publicações que se debruçam sobre a sua importância e o porquê de sua utilização na área (BARCELLOS, 2004).

Para Costa e Leão (2002), a improvisação é uma forma de criação sem a carga ou as possibilidades da notação, cujo ato de criar um objeto musical, ou formular uma idéia musical, se dá pelo ajuntamento de materiais sonoros de maneira expressiva, através da experimentação.

Durante as sessões, a improvisação era utilizada como atividade de interação e descontração para o grupo. Era como um jogo capaz de estimular a musicalidade desses pacientes, dar a eles confiança. Uma importante ferramenta para trabalhar assim a auto-estima desses pacientes.

Segundo Gainza (1988), a improvisação também é concebida como criação musical espontânea, ou seja, um jogo musical que se aproxima da linguagem comum. É nesse jogo espontâneo que o sujeito desenvolverá a capacidade de manipular a realidade à sua volta com o seu mundo interior (COSTA E LEÃO, 2002).

A improvisação comporta uma atitude de escuta e também uma atitude de expressão pelos sons. Essa elaboração ocorre, sobretudo, de forma afetiva, ou seja, as emoções interiorizadas são expressas através da música que é criada (toca o que sente). Ao mesmo tempo em que é executada e ouvida, essa música entra em ressonância com as emoções que lhe deram origem e a comunicação se processa numa expressão sonora, sem palavras. (COSTA e LEÃO, 2002, p.86).

Nas sessões da APAE - Ouro Preto era nítida a facilidade com que os pacientes se colocavam entregues e atentos na ação de improvisar. As respostas aos estímulos dados e a maneira como eles se sentiam durante e ao fim dessa atividade, nos mostravam a segurança e a confiança que essa atividade trazia tanto para o individual como para o coletivo. Ao final de cada atividade proposta nas sessões, acontecia uma conversa com o grupo, uma verbalização de como eles haviam se sentindo durante a atividade realizada. Após as atividades de improvisação, o sentimento mais recorrente desses pacientes era o sentimento de confiança, liberdade e alegria. Essa verbalização era o *feedback* que precisávamos desses pacientes para que pudéssemos encontrar o melhor caminho dentro da musicoterapia, para se chegar ao objetivo proposto.

Para esse grupo de pacientes cegos, onde todos os três pacientes apresentavam uma significativa baixa auto-estima e falta de confiança para realizarem tarefas do dia a dia, o objetivo principal da musicoterapia se tornou o aumento da estima e da confiança de cada um, individualmente.

Outros objetivos foram pré-estabelecidos quanto a utilização da técnica de improvisação, que era: criar espaços para a comunicação e vínculo entre pacientes-terapeutas; promover a coesão do grupo; promover a livre expressão; fazer os mesmos se sentirem parte de um processo musical; testar a capacidade de expressão do grupo; conseguir uma maior espontaneidade, criatividade, senso de identidade, trabalhar a autonomia desses pacientes.

Existem muitas maneiras de se trabalhar com improvisação. Segundo Chagas (2008) o paciente pode improvisar sozinho ou ser acompanhado pelo terapeuta, ou por outros clientes. Na improvisação pode-se usar a voz, ou ainda, um instrumento musical. Na improvisação com esses pacientes cegos todo processo acontecia em grupo, acompanhados pelas estagiárias de musicoterapia e utilizando a voz. A escolha da voz como ferramenta para as atividades de improvisação com esse grupo tem como base, utilizar o canto, a emissão de sons das mais variadas formas, sem grandes exigências técnicas e estéticas, para alcançar: conhecimento da própria voz, do corpo, da respiração, para aliviar tensões, conectar o paciente ao seu mundo interior assim, buscar o objetivo proposto. “O canto improvisado é uma maneira efetiva para que a pessoa se conecte com imagens, memórias e associações do inconsciente pessoal e coletivo para que traga esse material à consciência” (BARCELLOS, 1999, p.78).

Para Bruscia (1991) todos os candidatos básicos ao método de improvisação são clientes que necessitam desenvolver: espontaneidade, criatividade, liberdade de expressão, senso de identidade, ou habilidade interpessoal – estas são características básicas da experiência de improvisação. Além disto, a improvisação seria usada para ajudar o terapeuta a estabelecer um meio de comunicação com o cliente, e habilita o cliente a expressar sentimentos que são difíceis de expressar verbalmente. Também produziria um lugar seguro de experimentação de comportamentos, papéis, ou modelos de interação, enquanto desenvolve a habilidade de fazer coisas e tomar decisões dentro dos limites estabelecidos. Bruscia (1991) define improvisação como método, mas para Barcellos (2008) e para o presente artigo é definido como técnica.

A improvisação acontecia sempre em grupo, com os pacientes posicionados em pé e em círculo. È importante ressaltar que nossa intenção era proporcionar aos pacientes, segurança e autoconfiança ao se movimentarem - uma vez que o ato de movimentar-se implica uma tensão nos pacientes cegos, e promover o vínculo afetivo

com os pacientes, uma vez que, em círculo, os mesmos podiam sentir a presença das terapeutas, sentir segurança quanto ao espaço e movimento que seria utilizado além da troca das vibrações sonoras de forma mais direta.

Em umas das sessões realizadas, foi proposto ao grupo um pequeno fragmento musical cantado e improvisado. Esse fragmento não continha o uso de palavras completas, eram apenas sílabas ritmadas repetidas no intervalo de terças maiores descendentes exemplo: tá-ra. Esse fragmento era uma referência dada aos pacientes para ajudá-los no processo de improvisar, era como um modelo. Essa ajuda segundo Bruscia (2000) pode ser dada aos pacientes como uma informação e fazendo demonstrações necessárias, oferecendo uma idéia ou estrutura musical em que a improvisação se basearia, cantando um fragmento musical que estimulasse ou guiasse a improvisação dos pacientes. Após apresentar esse fragmento foi pedido ao grupo para que cada um entrasse com um novo fragmento complementando assim essa estrutura musical.

Ao oferecer essa proposta aos pacientes, sentimos uma grande insegurança no grupo. O grupo demonstrava medo e ansiedade ao trabalhar com a voz de forma livre. Isso, porque durante a prática o paciente JM imediatamente disse: - *“Será que consigo fazer isso, meninas?”* - sentindo-se não capacitado a improvisar. E logo em seguida o grupo expõe o medo de improvisar dizendo: - *“Não sabemos nada de música, não vamos conseguir!”* – Após encorajá-los, todos os pacientes completavam os fragmentos musicais como propunha a atividade. Durante a improvisação, os pacientes e as terapeutas estagiárias foram se descontraindo a ponto de não ficarem presos a nenhum fragmento sonoro. Isso possibilitou a todo instante a reformulação de novos fragmentos, novas sílabas e novos efeitos sonoros e rítmicos.

Segundo Barcellos (1994), uma situação musical improvisada dá lugar para que qualquer coisa aconteça. Num sentido muito amplo, improvisar se torna sinônimo de “brincar” musicalmente. Essa “brincadeira” musical proposta trouxe aos pacientes, nessa experiência, um sentimento de prazer e de confiança.

Segundo Bruscia (2000), a improvisação livre estabelece um canal de comunicação não verbal e uma ponte para comunicação verbal; dá sentido a auto-expressão e a formação da identidade; desenvolve habilidades grupais; desenvolve a criatividade, a liberdade de expressão, a espontaneidade e a capacidade lúdica; estimula e desenvolve os sentidos; desenvolve habilidades perceptivas e cognitivas.

Após a experiência de improvisar, os pacientes conseguiram descrever verbalmente como se sentiam e a resposta veio de forma direta e surpreendente: - *“Gostei muito disso, achei que não iria dar conta, mas não é tão difícil assim”* – disse MM; - *“Me senti leve”* – disse ML; - *“Que coisa boa! Me senti livre e sem barreiras, podemos fazer isso mais vezes!”* – disse JM.

As respostas desses pacientes foram positivas, logo após experimentarem pela primeira vez uma improvisação vocal livre, relataram sentimentos de confiança. Sentimentos esses, de suma importância para que os objetivos pré-estabelecidos fossem alcançados.

O relato do paciente JM nos chamou atenção, o paciente no início dessa experiência relatou sentir-se inseguro e despreparado para improvisar. JM que estudou violão sozinho durante a adolescência, dizia ter muita dificuldade em improvisar, e apesar de cantar de forma livre nas atividades de re-criação, relatou nunca ter “brincado” com a sua própria voz. Observamos que ao passar da atividade, o paciente foi se soltando e improvisando livremente junto ao grupo. Após a realização da atividade proposta descreveu seu sentimento como “livre e sem barreiras”.

Assim, a experiência de improvisação trouxe ao paciente JM um sentimento de autonomia - sentimento importante que traz a sensação de independência, de liberdade e de autoconfiança.

Certos valores psicológicos da música têm especial importância quando aplicados em pacientes com malformação, uma vez que o seu aspecto criativo (da música) permite uma individualidade no desempenho, que mesmo o deficiente físico pode participar com certo grau de êxito, o que serve para compensá-lo de sua deficiência, pelos sentimentos de autoconfiança e responsabilidade despertados. Ouvir ou fazer música são atividades que dão prazer a esses pacientes (LEINIG, 1977, p.126 apud CHAGAS, 2008, p.47).

Barcellos (1999) acredita que a música improvisada proporciona ao cliente tanto uma ponte ao mundo interno como uma experimentação direta de sentimentos, fantasia e memórias. O paciente JM liberta-se de suas condições físicas e emocionais para vivenciar uma fantasia de liberdade e autonomia.

Para a psicanálise, através dos estudos de Klein (1975), a fantasia não é simplesmente uma fuga da realidade, mas um constante e inevitável acompanhamento de experiências reais, com as quais estão em constante interação (SEGAL, 1975).

As fantasias são representantes psicossomáticos dos instintos (“expressão mental” de um instinto, como diria Freud). Elas permitem concretizar no mundo externo nossas necessidades instintivas mediante a “representação” fantasiada daquilo que preenche nossas necessidades. A fantasia é uma invenção da mente, mas para o indivíduo representam uma experiência real subjetiva. Elas produzem no ego efeitos reais, emoções, comportamentos concretos em relação a outras pessoas; com repercussões no mundo externo, provocando mudanças que afetam o caráter e a personalidade, gerando sintomas, inibições, capacidades (GIROLA, 2000).

Segundo Isaacs (1942), alguns impulsos, sentimentos, modos de defesa, são experimentados em fantasias que lhe incutem vida mental e mostram a direção e propósito daqueles. Uma fantasia representa o conteúdo particular dos impulsos ou sentimentos (por exemplo: desejos, medos, ansiedades, triunfos, amor ou mágoa) que dominam a mente no momento. Contudo, as fantasias não têm origem no conhecimento articulado do mundo externo; sua fonte é interna, nos impulsos instintivos.

Através da experiência de improvisação relatada, o paciente JM entra em contato com os seus sentimentos e através da fantasia expressa a independência, liberdade e aceitação.

[...] acreditamos que a principal função da música esteja relacionada com a necessidade humana de expressar seu mundo interno, subjetivo, onde as emoções têm nuances, movimentos, que estão à margem de uma descrição discursiva. É outra forma de linguagem, um esperanto de emoções, uma espécie de representação simbólica análoga ao sonho, à fantasia. (MILLECCO, 2001, p. 79).

Segundo Segal (1975), a fantasia pode ser considerada como o representante psíquico ou o correlato mental, a expressão mental, dos instintos. Os objetos da fantasia consistem em satisfazer os impulsos instintuais, prescindindo da realidade externa, a gratificação derivada da fantasia pode ser encarada como uma defesa contra a realidade externa da privação. A fantasia é em todos os indivíduos ubíqua e sempre ativa. Isto é, sua presença não é indicativa de doença ou falta de sentido de realidade.

A improvisação se aplica a todo processo de desenvolvimento e pode promover a expressão e a “descarga pessoal” (BARCELLOS, 1994, p.14). Com os relatos positivos desses pacientes após improvisar, a expressão e a descarga pessoal davam sentido a atividade aplicada com o grupo e fazia com que pacientes e as estagiárias de

musicoterapia passassem a se conhecer melhor, promovendo assim a coesão e a interação do grupo.

Para Gainza (1981) a não internalização de materiais e estruturas utilizadas durante a improvisação permite que se conheça melhor e mais rapidamente a pessoa que improvisa, ao mesmo tempo, que lhe traz um efeito benéfico, resultado da ação expressiva e comunicativa.

Segundo Chagas (2008), a improvisação é uma técnica muito utilizada pelos musicoterapeutas brasileiros. Isso porque não é preciso que o paciente saiba música para improvisar. Numa sessão de improvisação clínica, o paciente faz música tocando, cantando, criando uma melodia, ou um som.

Nessa experiência específica descrita, a técnica de improvisação musical trouxe aos pacientes, o sentimento de fazer parte de um todo e os encorajou a experimentar o potencial da expressão não verbal. Possibilitou aos pacientes sensações importantes como: autonomia, autoconfiança, auto-estima e sensação de realização e capacidade pessoal.

O paciente JM foi observado em particular por verbalizar um sentimento que nos pareceu curioso após a sessão relatada acima – autonomia e autoconfiança. O fato de um paciente cego, que desde as primeiras sessões compartilhava o sentimento de dificuldades trazidas pela própria patologia - a pouca autonomia por não conseguir ir e vir sem ajuda, insegurança de se incluir numa sociedade pouco preparada para a sua deficiência e a falta de preparo encontrada dentro da sua própria casa, após algumas sessões já compartilhava de um sentimento de capacidade e confiança.

Na sessão citada, o paciente JM relata a sensação de liberdade, e demonstra vontade de viver novamente aquela experiência. Acreditamos que uma única experiência de improvisação possibilitou a esse grupo, e em especial a JM, uma abertura de seu universo corporal, mental e musical e proporcionou o contato com seus sentimentos internalizados. Sentimentos esses de muita importância dentro da sua condição física e psíquica.

A improvisação serviu como um meio importante para que os pacientes conseguissem conectar-se com seus sentimentos internos, buscando potencializar os sentimentos de autonomia e de confiança, alcançar os objetivos terapêuticos estipulados no início do tratamento com esses pacientes. Como já relatado o paciente JM e o grupo

iniciaram a sessão com um sentimento de incapacidade e medo, e ao fim da sessão, relataram confiança e liberdade. Nessa experiência os pacientes se sentiram capacitados a improvisarem, essa resposta positiva dessa prática trouxe uma melhora na auto-estima e na autoconfiança do grupo.

De acordo com Bradem, (apud KOHUT, 1985), a auto-estima é o fator mais decisivo que o homem possui para o desenvolvimento psicológico e a motivação. É resultado da autoconfiança e do auto-respeito, que por sua vez resulta na auto-imagem. “Quanto mais auto-estima nós possuímos, mais amado, respeitado, reconhecido e apreciado nós nos sentimos” (KOHUT, 1985, p.43).

Durante todo trabalho musicoterápico houve a preocupação em trazer para o grupo sentimentos confortantes de segurança, auto-estima e autonomia. As atividades dentro da terapia serviam de ponte para alcançar os objetivos pré-estabelecidos de tornar o grupo, como um todo o foco principal da terapia, trabalhando a auto-estima, a autoconfiança, autonomia e das virtudes tanto do grupo quanto da própria formação individual. Sendo assim, não poderíamos esquecer os cuidados que tomamos para que as atividades de improvisação não frustrassem os pacientes, fazendo assim o efeito contrário do objetivo estabelecido.

Foi necessário estabelecer um laço de confiança entre pacientes e musicoterapeutas, era importante conhecer os limites do grupo e de cada paciente em particular, foram observadas: as reações individuais durante os primeiros contatos do grupo com a musicoterapia, o universo dos cegos, suas limitações e modo de vida para que as sessões não saíssem de um contexto baseado na segurança, na auto-estima e na confiança desses pacientes. Esses cuidados possibilitaram aos pacientes uma entrega maior ao processo de improvisação.

A improvisação aproximou os pacientes de seus sentimentos internalizados, muitas vezes difíceis de serem expressos verbalmente e os libertou de suas condições físicas e emocionais para vivenciarem uma experiência de liberdade e autonomia, capazes de acrescentar significativamente na formação de cada paciente, trazendo o aumento da autoconfiança e da auto-estima pessoal.

A utilização da técnica de improvisação, nas sessões de musicoterapia com esses pacientes adultos cegos resultou na melhoria da comunicação e vínculo entre pacientes-terapeutas; promoveu a coesão do grupo; trabalhou a livre expressão; colocou os

mesmos como parte de um processo musical; aumentou a espontaneidade, criatividade do grupo, trouxe melhorias na auto-estima e autoconfiança desses pacientes.

Ao final do trabalho foi realizada uma segunda entrevista, onde os pacientes demonstraram em suas respostas uma melhoria na auto-estima e na autoconfiança pessoal, o que nos faz acreditar que os objetivos pré-estabelecidos com esse grupo foram alcançados.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **A Previsibilidade da Canção Popular como “holding” às mães de bebês Prematuros.** Trabalho apresentado no II Congresso Latino americano de Musicoterapia. Montevidéo: julho 2004.

_____. **Musicoterapia: Transferência, Contratransferência e Resistência.** Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

_____. **Caderno de Musicoterapia 3.** Rio de Janeiro: Enelivros 1994.

_____. **Teorias, Técnicas e Métodos I.** 2008. (Curso de curta duração ministrado/Especialização).

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia.** Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

_____. **Fundamentos da Prática Musicoterápica in: Case Studies em Music Therapy.** Phoenixville: Barcelona Publisher, 1991.

CHAGAS, Marly. **Musicoterapia: Desafios entre a Modernidade e a Contemporaneidade – como sofrem os híbridos e como se divertem.** Marly Chagas, Rosa Pedro. Rio de Janeiro: Mauad X: Bapera, 2008.

COSTA E LEÃO, Kristiane M. e Eliane. **A relação entre improvisação e apreciação musical.** Anais do IV Seminário Nacional de Pesquisa em Música da UFG: Goiás, 2002.

GIROLA, Roberto. **Nas fronteiras da Psicanálise. Disponível :**
<http://rgirola.sites.uol.com.br/Psicanalise.htm>. Acesso em 27/11/2008

GAINZA V H. **Estudos de Psicopedagogia Musical**. São Paulo: Editora Summus, 1988.

_____ **La Improvisacion musical**. Buenos Aires: Ricordi, 1981.

ISSACS, S. **A natureza e a função da fantasia In: Klein - Os processos da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1942.

KOHUT, Daniel. **Musical Performance learning: teory and pedagogy**. New Jersey, Englewood, England, 1985.

LIMA, Célio de Oliveira. **Musicoterapia e psicodrama: Relações e similaridades**. Artigo apresentado para obtenção de título de especialização em Musicoterapia - Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário, 2003.

LEINIG, C. E. **Tratado de Musicoterapia**. São Paulo: Sobral Editora Técnicas Artes Gráficas, 1977.

MILLECO FILHO, BRANDÃO e MILLECCO, Luiz A; Maria R.E; Ronaldo P. **É preciso Cantar - Musicoterapia, Cantos e Canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

MOREIRA, SV e cols. **Musicoterapia e Fisioterapia: Uma Abordagem Interdisciplinar na Reabilitação de Pessoas com Esclerose Múltipla-** Estudo Piloto. Arq Neuropsiquiatr 2008; 66 (supl.1): 19-20

SEGAL, Hanna. **Introdução a Obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ⁱ Estágio submetido para conclusão do curso de Especialização em Musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música/CBM - Rio de Janeiro.

RELATO DE EXPERIÊNCIA MUSICOTERAPÊUTICA DE PACIENTE ADULTO COM DEFICIÊNCIA MENTAL MODERADA

Ludmila da Castro Silva¹

Talita Faria Almeida²

Tereza Raquel de Melo Alcântara-Silva³

RESUMO

O presente trabalho é um relato de experiência referente ao processo musicoterapêutico breve de um paciente do sexo masculino, 20 anos, com diagnóstico de Deficiência Mental moderada, desenvolvido no estágio supervisionado do curso de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás. Foram realizadas nove sessões, com frequência semanal e duração de 45 minutos cada. As técnicas utilizadas foram a improvisação e a recriação musical. Nas primeiras sessões, o paciente apresentava pouco contato visual e sua expressão musical resumia-se a uma única célula rítmica. Mostrava dificuldade de exercer sua capacidade de escolha, evidenciada durante a eleição de instrumentos musicais e canções. Os objetivos terapêuticos estabelecidos foram: melhorar a autoestima e alcançar autonomia. No fim do processo, foi observada melhora do aspecto sonoro-musical com ampliação dos elementos rítmico-melódicos, da capacidade de escolha e da autoexpressão. Também foi possível observar reflexos desses avanços em sua vida cotidiana, o que ficou demonstrado em apresentação musical pública na escola onde estuda. Descrever este caso propiciou a oportunidade de vislumbrar os resultados que a Musicoterapia trouxe à vida do paciente no resgate de sua subjetividade, bem como explicitou a importância da música no contexto da prática clínica musicoterapêutica.

Palavras-chave: Musicoterapia, Deficiência Mental, Autoestima.

ABSTRACT

This work relates the experience about a brief musictherapeutic process on a 20-year old male patient, diagnosed with a moderate mental disability. This process was carried out

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás. Email: ludmilacast@gmail.com

² Acadêmica do Curso de Graduação em Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás. Email: tatittafaria@gmail.com

³ Docente do Curso de Graduação em Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás; Mestre em Música/Musicoterapia (UFG); doutoranda do PPG Ciências da Saúde (UFG). Email: tereza@iineuro.com.br

during the undergraduate training period at the Escola de Música e Artes Cênicas (EMAC) of the Universidade Federal de Goiás (UFG). There has been a total of nine weekly sessions, of forty-five minutes each. The techniques used included musical improvisation and recreation. In the first session, the patient denied visual contact and his musical expression came down to a single rhythmic unit. He also had difficulty in picking up instruments and songs. The therapeutic goals were the improvement of self-esteem and autonomy. At the end of the process, he has improved his musical expression, especially in the expansion of melodic and rhythmic elements, and self-expression, which reflect on his daily routine, and eventually on a public appearance. Describing this event provided the team the opportunity to see the results music therapy can bring to the patient's life, helping the gain of subjectivity and thus the importance of music on the context of clinical practice of music therapy.

Keywords: Music Therapy, Mental disability, Self-esteem.

INTRODUÇÃO

A Deficiência Mental, de acordo com o DSM-IV (Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais) consiste em um estado de redução perceptível do funcionamento intelectual inferior à média, associado a limitações de pelo menos dois aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, competências domésticas, habilidades sociais, utilização de recursos comunitários, autonomia, saúde e segurança, aptidões escolares, lazer e trabalho.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 1995), as características essenciais do retardo mental são classificadas segundo três critérios. Critério A: funcionamento intelectual significativamente inferior à média (QI em torno de 70 ou menos); nos casos de retardo mental moderado, o nível de QI pode variar entre 35-40 e 50-55. Critério B: o baixo QI é acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidado, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. Critério C: o início da doença deve ocorrer antes dos 18 anos.

Normalmente o indivíduo com retardo mental moderado apresenta algumas dificuldades secundárias que interferem nos aspectos relacionais, entre as quais cabe destacar a baixa autoestima, que é definida por Coopersmith (1967 apud GOBITTA; GUZZO, 2002) como a avaliação que a pessoa faz de si mesma. Também expressa uma atitude de autoaprovação ou desaprovação que indica o grau em que se percebe como capaz, importante e valioso. A autoestima é um juízo de valor que se expressa mediante as atitudes que o indivíduo mantém em relação a si mesmo.

As pessoas com Deficiência Mental podem beneficiar-se da Musicoterapia, que consiste na utilização da música e/ou seus elementos numa relação terapêutica que propicia reações biopsicossociais com o propósito de minimizar os problemas do indivíduo e facilitar a sua integração/reintegração social (BARCELLOS, 1999), já que a estética musical não é almejada em primeiro plano. A expressão ocorre mediante a potencialidade de cada um, por meio dos instrumentos, da voz e até mesmo do corpo (SOUSA, 2007). Ou seja, a manifestação sonoro-musical do paciente pode expressar algo de si mesmo, razão pela qual o valor estético é individualizado e contextualizado e não predeterminado de acordo com padrões socioculturais.

A Musicoterapia, como forma de tratamento para pessoas com Deficiência Mental, tem como funções estimular, pela abertura de canais de comunicação, o desenvolvimento psicomotor, a melhoria da atenção, da concentração e da expressão corporal e verbal; ampliar o entendimento e proporcionar um contato coerente com o mundo externo, visando despertar e manter a atenção e o interesse por si mesmo e pelas pessoas e objetos que as rodeiam (BARANOW, 1999).

O musicoterapeuta deve assumir, ante a pessoa com Deficiência Mental, duas atitudes internas sumamente claras. A primeira é despojar-se dos conhecimentos do QI de seu paciente; a segunda é relacionar-se com o ser humano a quem se dirige utilizando uma linguagem especial que lhe comunique mensagens que servirão para seu desenvolvimento (BENZON, 1985).

A abordagem teórica adotada para este caso foi a behaviorista. De acordo com Ruud (1990) os musicoterapeutas que definem a musicoterapia como uma ciência behaviorista estão preocupados, primeiramente, com a função da música sobre o comportamento do paciente. Assim, conforme Guilhard (2002) a utilização de contingências que reforçam positivamente apresenta várias vantagens: 1. Fortalece os

comportamentos adequados do indivíduo; 2. Produz maior variabilidade comportamental, pode-se dizer que a criança fica mais criativa; 3. Desenvolve comportamentos de tomar iniciativa; 4. Produz sentimentos bons, tais como satisfação, bem-estar, alegria, autoestima, dentre outros.

A música permite a expressão de carga emocional mediante um processo de expressão que se inicia no não verbal para ser, posteriormente, elaborado verbalmente e permite construir uma nova associação vinculada ao presente, de velhas cognições negativas no processo de elaboração e mudança com novas emoções de prazer e satisfação (PÉREZ, 2008).

Este artigo teve como objetivo relatar a experiência de um caso atendido no Laboratório de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás (EMAC/UFG), visando à troca de experiências na área da Musicoterapia.

METODOLOGIA

O paciente do sexo masculino tinha 20 anos e diagnóstico de Deficiência Mental moderada. O processo musicoterapêutico desenvolveu-se em sessões semanais com a duração de 45 minutos cada, em par terapêutico formado por acadêmicas do curso de Graduação em Musicoterapia (EMAC/UFG) sob a supervisão clínica semanal de professora vinculada ao referido curso. Foi conduzido em quatro etapas:

1. Entrevista Inicial – foram utilizadas a Ficha de Identificação do paciente e a Ficha Musicoterapêutica.
2. Testificação Musical (TM) – realizada com base no modelo de Benenzon (1985), que tem como objetivo observar as reações do paciente ante a produção sonoro-musical. Segundo o autor, esta testificação desenvolve-se em dois momentos. No primeiro, deve-se deixar o paciente livre para explorar os instrumentos durante 20 minutos. No segundo, acontece a audição de quatro estímulos sonoros gravados: no primeiro, prioriza-se o ritmo primitivo; no segundo, a melodia primitiva e arrítmica; no terceiro, um fragmento sinfônico e,

no quarto, um fragmento de música eletrônica. Entre cada estímulo ocorre um espaço de cinco minutos.

3. Sessões musicoterapêuticas.

4. Devolutiva.

As técnicas musicoterapêuticas mais utilizadas foram a Improvisação e a Recriação musical, denominadas por Bruscia (2000) como experiências musicais. Foram utilizados instrumentos musicais de percussão, tais como alfaia, pandeiro, ganzá e chocalho, dentre outros. Também foram utilizados violão, piano e voz.

Os dados foram coletados por meio da entrevista inicial, da testificação musical, de relatórios progressivos, gravações em vídeos e da devolutiva (ou *feedback*), utilizada para avaliar o processo considerando o ponto de vista dos pais ou responsáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo musicoterapêutico desenvolveu-se em nove sessões. Na Entrevista Inicial (EI), a mãe do paciente relatou que, por vezes, ele era discriminado tanto no ambiente escolar quanto no social e familiar, sendo tachado de “burro”, “bobo”, “doido”. Quando indagada sobre as preferências musicais do paciente (A), respondeu que eram as mesmas dela – músicas sertanejas. Trouxe como queixa principal a falta de autonomia do paciente.

Na Testificação Musical (TM), foram disponibilizados os seguintes instrumentos: piano aberto (somente a parte que cobre as teclas), violão e instrumentos de percussão. Na primeira parte da TM, o paciente explorou vários instrumentos de percussão, como bongô, pandeiro, ganzá e alfaia, não permanecendo muito tempo em cada um, o que sugere certo nível de ansiedade. Na segunda parte, durante a audição dos estímulos, o paciente voltou a tocar o instrumento alfaia durante, aproximadamente, 20 minutos, executando uma única célula rítmica (Figura 1) em ostinato, com intensidade forte e andamento rápido. Durante a execução, sua postura corporal permanecia encurvada e não estabeleceu contato visual. Todavia, parecia exercer certo “domínio” sobre o instrumento, mas, ao mesmo tempo, despertou atenção o fato de não “experimentar” novos estímulos. Entendeu-se que se tratava de um possível isolamento

dentro de sua própria produção sonora, o que permitia, de certa maneira, um distanciamento em relação às estagiárias. A permissão de uma proximidade poderia transformar-se numa “janela aberta” para um possível julgamento estético, o que certamente evitava, uma vez que já fazia parte da sua rotina ser criticado e tachado como “burro” pelos familiares e colegas, conforme relato trazido durante a EI. Naquele momento, foi possível observar que, ao mesmo tempo em que o instrumento poderia ser utilizado como objeto intermediário por A. – permitindo a comunicação, apoiando o vínculo terapêutico e mantendo também certa distância (BARCELLOS, 1992) – havia também a possibilidade de ser usado como instrumento de apoio e ainda, conforme definiu Frederico (1999, p. 8) ao se referir ao som dos tambores usados nas cerimônias do homem primitivo, como “[...] uma arma para acalmar a ira dos inimigos superiores”. Neste caso, poderia ser uma “arma” para acalmar a ansiedade e o medo de se expor.

Sem dúvida, era necessária muita cautela no sentido de, durante as sessões seguintes, propiciar um ambiente seguro em que ele pudesse se expressar livremente e, como consequência, perdesse o medo de exercer sua autonomia. Assim, os objetivos dos encontros seguintes foram proporcionar ambiente de confiança e estabelecer o vínculo terapêutico. Para tanto, foram propostas as seguintes atividades: improvisação musical livre e recriação musical. Bruscia (2000) afirma que essas atividades têm como finalidades estabelecer um canal de comunicação não verbal, promover identificação e empatia com os outros e melhorar as habilidades interativas.

No decorrer do processo, a expressão rítmica do paciente resumia-se a uma única célula musical em compasso binário (Figura 1). O paciente também demonstrava dificuldades na escolha dos instrumentos e das músicas a serem executadas. Ficava cada vez mais evidente que sua autoestima estava comprometida negativamente. Segundo Coopersmith (1967 apud GOBITTA; GUZZO, 2002, p. 144), “[...] ansiedade e autoestima estão proximamente relacionadas: se for a ameaça que libera ansiedade, como aparece teoricamente, é a estima da pessoa que está sendo ameaçada”. A autoestima é um sentimento que se desenvolve no decorrer da vida do indivíduo. Esse desenvolvimento se deve ao fato de a pessoa estar inserida num contexto social e está intimamente ligado às relações interpessoais, nas quais a pessoa e seus comportamentos e atitudes serão reconhecidos e reforçados. Assim, se uma criança comporta-se de uma maneira específica e os pais reconhecem-na e oferecem-lhe carinho, sorriso, este

comportamento tende a repetir-se, fazendo com que sua autoestima aumente. Já a criança que foi privada de reforços positivos não aprende a tomar iniciativas, nem a solucionar problemas, desiste diante do insucesso, torna-se dependente dos outros e desenvolve medo, ansiedade, insegurança, etc. (GUILHARDI, 2002). A baixa autoestima caracteriza-se pelos sentimentos de incompetência e incapacidade de superação de desafios (AVANCI et. al, 2007). Estes autores colaboraram para fortalecer nas terapeutas a impressão de que este paciente era uma pessoa insegura, de baixa autoestima e que evitava qualquer tipo de exposição, recusando-se até mesmo a exercitar sua capacidade de escolha para fugir de possíveis julgamentos. A dificuldade apresentada pelo paciente em escolher instrumentos musicais e canções poderia significar também receio de assumir a responsabilidade pela escolha, visto que escolher poderia implicar duas condições: acertar ou errar. Como estava sempre acostumado a ser criticado por recorrentes “erros”, poderia significar que preferia não arriscar.

Com o fim de trazer algo conhecido do paciente, foi realizada uma composição tendo como base a célula rítmica que ele havia expressado (Figura 1). A canção foi facilmente aceita por ele. Foram introduzidas, aos poucos, outras células rítmicas e outros instrumentos musicais na execução desta canção com a finalidade de reforçar sua capacidade de aprender coisas novas (Figura 2). Desse modo, ele pôde observar seu crescimento paulatino sem haver sido exposto a situação constrangedora. Assim, A. poderia adquirir segurança e melhorar sua autoestima.

Vale ressaltar a importância da “musicalidade clínica”, definida por Barcellos (2004) como sendo a capacidade de o musicoterapeuta perceber os elementos musicais presentes na produção e/ou reprodução musical do paciente e estar apto a responder, mobilizar ou intervir musicalmente, de maneira adequada de forma a contribuir para o desenvolvimento do paciente - na clínica musicoterapêutica.

Entre os instrumentos dispostos para a execução desta canção estavam: pandeiro, ganzá, chocalho, guizo, flauta, gaita, bongô, violão e piano. O paciente, em nenhum momento, escolheu o violão, demonstrou preferência pelo pandeiro e pelo ganzá.

A preferência do paciente pelo pandeiro e pelo ganzá, instrumentos de pequeno porte que possuem volume sonoro baixo e não chamam a atenção, pode representar o medo do paciente de expor-se e a percepção que ele tem de si mesmo: diminuído, pouco percebido. A. possui esses instrumentos em casa, portanto significavam algo que ele já

conhecia e que não causava estranhamento. O violão, por sua vez, é um instrumento conhecido que, teoricamente, exige habilidade e conhecimento musical para executá-lo. Por não saber tocar este instrumento, o paciente poderia sentir-se vulnerável à crítica, porque, de certa forma, tocar um instrumento tão popular como o violão representava responsabilidade e ocasião de ser criticado, risco que o paciente não queria correr mais uma vez, pois a exposição em outros contextos resultara em “erro” e, conseqüentemente, em crítica de outras pessoas. Esses acontecimentos tiveram como consequência o medo que o paciente sentia de se expor e fizeram com que ele se sentisse incapaz e inseguro e evitasse novas experiências. Para Branden (1995), quando nosso comportamento conflita com nosso julgamento do que é certo e errado, tendemos a respeitar-nos menos, sentimo-nos incapazes. Segundo Guilhardi (2002), quando o comportamento não é reforçado positivamente, ele tende a ser evitado e até extinto pela pessoa. Por esta razão, no trabalho com A., iniciar a atividade com grau de dificuldade menos intenso e aumentá-lo gradativamente reforçaria positivamente sua capacidade de realizá-la.

A recriação musical (BRUSCIA, 2000) de canções conhecidas pelo paciente foi utilizada para proporcionar-lhe ambiente familiar e seguro, evitando, assim, qualquer possibilidade de estranhamento e constrangimento. “Faz um milagre em mim”, de Régis Danese, foi uma das canções trazidas pelo paciente, o qual, durante a audição, cantava a letra de forma desordenada e com intensidade fraca, demonstrando, mais uma vez, sua dificuldade de se expressar. Segundo Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001), esses artifícios podem ser vistos como uma tentativa de mascaramento defensivo do paciente.

A letra da canção “Faz um milagre em mim” sugere um “pedido de socorro”, no qual se afirma o sentimento de inferioridade, a impotência diante dos problemas e a necessidade de ajuda, de cura. A escolha desta música pode representar a necessidade que A. tinha de ser percebido como pessoa, de ser aceito. Para Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001), a música trazida pelo paciente pode estar relacionada com a sua necessidade de expressar seu mundo interno, subjetivo, uma vez que ela vem ao encontro de suas necessidades. Por meio do canto, consegue-se traduzir em palavras o que se sente. Os autores, citando Chagas, lembram que o canto tem uma função clarificadora, pois “[...] o ato de cantar possibilita a mobilização emocional quando o cliente expõe mais intimamente as suas feridas” (CHAGAS, 1990 apud MILLECCO

FILHO; BRANDÃO; MILLECCO, 2001, p. 86). Outro fato interessante que ocorreu durante a recriação das canções foi que o paciente permaneceu sentado ao piano junto à terapeuta e acompanhava a canção em *cluster* com a ponta dos dedos. O produto sonoro do *cluster* não permite a identificação de sons isoladamente.

Refletindo um pouco acerca do *cluster*, pode-se inferir que, no caso do paciente, este bloco de notas reflete um pouco a sua maneira de expressar, sem se expor isoladamente como, por exemplo, cantar em voz muito baixa uma canção, pois dificulta o reconhecimento da melodia e da letra, já que os sons se misturam quase que indistintamente. Assim, supostamente não necessita “explicar” e nem “assumir” suas escolhas.

Mais uma vez pode-se afirmar que a produção sonoro-musical de um indivíduo em Musicoterapia reflete conteúdos internos e cabe ao musicoterapeuta, detentor de conhecimentos musicais associados ao contexto sociocultural, fazer a leitura e análise musicoterapêutica regularmente, o que lhe permitirá acompanhar o processo terapêutico e ser capaz de propor intervenções conscientes, seguras e mais eficazes ao paciente.

Na quinta sessão, o paciente trouxe, voluntariamente, um CD com músicas do seu repertório. Esta atitude espontânea demonstrou um processo de crescimento de A. em relação às sessões anteriores. Pode significar que o vínculo terapêutico já estava estabelecido e que o paciente estava mais seguro em manifestar seu gosto musical, o que indica melhora no nível de autoconfiança e de autonomia.

Nas últimas sessões, o paciente continuou demonstrando progresso ao experimentar novos instrumentos e novas células rítmicas e também ao exercitar sua capacidade de escolha quando elegeu os instrumentos para acompanhar as músicas a serem tocadas e cantadas por ele e pelas terapeutas. Foi possível observar melhora da expressão musical por meio de novos elementos sonoros e pela intensidade mais forte que imprimiu na execução dos instrumentos musicais. Todos estes aspectos somente reforçam a percepção de que A. mostrava melhora da autoconfiança e, porque não dizer, da autoestima.

A última sessão se encerrou com a canção “O A. toca” (Figura 2), composta para o paciente pelas musicoterapeutas. Todos deveriam cantar acompanhados por instrumentos musicais escolhidos pelo paciente. Ficou, então, evidente que sua capacidade de fazer escolhas estava melhorando e este fato pode refletir positivamente

no alcance de autonomia, com ganhos importantes para sua vida fora do *setting* terapêutico.

Apesar do pequeno número de sessões foram alcançados os seguintes resultados: estabelecimento de vínculo, aumento do contato visual e corporal, melhora da expressão musical, do reconhecimento e da nominação de alguns instrumentos, aumento da autoconfiança, autonomia e autoestima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato de experiência constitui um trabalho importante para o aprimoramento e a troca de experiências na prática clínica musicoterapêutica que é, sem dúvida, muito rica do ponto de vista sonoro-musical. O conhecimento musical e a musicalidade clínica são dois elementos indissociáveis para uma boa atuação profissional com intervenções musicoterapêuticas adequadas em benefício do paciente.

O presente trabalho proporcionou a oportunidade de vislumbrar os resultados que a Musicoterapia trouxe à vida do paciente que, de certa forma, vivia segregado em seu mundo de baixa autoestima e pouca autonomia, preso nas amarras da discriminação por não corresponder aos padrões cognitivos preestabelecidos pela sociedade. Descrever este caso reafirmou a certeza de que a música, em contexto terapêutico, aproxima as diferenças e diminui o receio do indivíduo em buscar sua subjetividade, tão importante para a vida do ser humano.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, L. R. M. **Cadernos de musicoterapia 1**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992. 45p.

_____. **Cadernos de musicoterapia 4**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

_____. **Musicoterapia: alguns escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004, 67p.

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

BRANDEN, Nathaniel. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo**. 34ª Ed. São Paulo: Saraiva, 1995. Disponível em: <http://api.ning.com/files/9IboDRpEJTB22VpUIWgKl*YKspqasXRdqYRgHyBFPODFo2ATUwLWnfiRgncDcQtdQtkUGqdOu4Zs95qeaMdonXp1UZ39M4LS/Aprenda_a_gostar_de_si_mesmoNathanielBranden.pdf> Acesso em: 12/07/2010.

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

COOPERSMITH, S. **The antecedents of self-esteem**. San Francisco: Freeman. 1967.

DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. De Dayse Batista. 4.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

FREDERICO, E. **Música: Breve História**. São Paulo: Irmãos Vitale, 1999. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=ZG6q>. Acesso em: 13/07/2010.

GUILHARDI, H. J. Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. In: M. Z. S. Brandão et al. **Comportamento humano: tudo ou quase tudo que você queria saber para viver melhor**. Santo André: Editora Esetec, 2002. p.63-98. Disponível em: <http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Autoestima_conf_respons.pdf>. Acesso em: 12/07/2010.

GOBITTA, M. e GUZZO, R. Estudo Inicial do Inventário de Auto-Estima (SEI). Forma A. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v.15, n. 1, p. 143-150, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em: 24/06/2010.

MILLECCO FILHO, L. A.; BRANDÃO, M. R. E.; MILLECCO, R. P. **É preciso cantar: Musicoterapia, cantos e canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

PÉREZ, P.V. **Musicoterapia cognitivo – conductal com drogodependientes**. Anais do XII Congresso Mundial de Musicoterapia. Buenos Aires, Librería Akadia Editorial, 2008. 331 – 334p.

RUUD, E. **Caminhos da Musicoterapia**. Trad. Vera Wrobel. São Paulo: Summus, 1990.

SOUSA, T. P. **A Musicoterapia como auxílio na comunicação de pessoas com deficiência mental**. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2007. 62 f. Disponível em: <http://www.sgmt.com.br/musicoterapiacomunicacaodeficienciamental_talita_sous.pdf> Acesso em: 24/06/2010.em: <http://www.sgmt.com.br/musicoterapiacomunicacaodeficienciamental_talita_sous.pdf> Acesso em: 24/06/2010.



Figura 1 - Célula rítmica tocada durante a testificação musical em ostinato.

O A. toca...

○ A. toca
Standard tuning
♩ = 80

Canto



Perc

(nome do instrumento)

Figura 2 - Composição musical utilizando a célula rítmica trazida pelo paciente.

A MÚSICA E A MUSICOTERAPIA NA ESCOLA: SONS E MELODIAS QUE PERMEIAM O PROCESSO DE INCLUSÃO EM UMA ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL NA CIDADE DE CURITIBA.

Rosemyriam Cunha¹
Magali Dias²

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada em uma escola de ensino fundamental em Curitiba. O grupo de participantes aqui em estudo representa um recorte do corpo de alunos desta instituição de ensino e que são considerados em situação de inclusão. Nesta escola, as crianças com necessidades especiais, além do atendimento pedagógico, recebem atendimento na área de psicomotricidade e atendimento em Musicoterapia. Este atendimento é feito por meio das técnicas musicoterápicas, da apropriação dos ensinamentos de musicalização e de estímulos sonoros. Os atendimentos são individuais e/ou em grupo e visa o melhor desenvolvimento físico, psíquico, emocional, social, de este ser em formação, como também mudanças positivas no ambiente escolar. O objetivo delineado foi o de contribuir para a descrição e análise dos processos e da prática musicoterápica nas escolas de Ensino Fundamental que acolhem em seu quadro alunos com necessidades especiais. Para este fim foram aplicados e analisados (protocolos de observação, elaborados para esta pesquisa, onde se registrou as reações físicas, cognitivas e emocionais dos alunos no decorrer de atividades e interações musicais). Os resultados mostraram que a música, quando elemento mediador da comunicação em musicoterapia possibilitou, para este grupo de crianças, formas abertas e alternativas de expressão sonora, afetiva e cognitiva.

Palavras chaves: Musicoterapia, Música, Inclusão.

ABSTRACTS:

This survey was conducted in an elementary school in Curitiba. The Group of participants here in study represents a cutout from the body of students of this institution of higher education and that are considered in situation of inclusion. In music therapy concept, sought

¹ Licenciada em Música, Escola de Música e Belas Artes do Paraná. Musicoterapeuta, Faculdade de Artes do Paraná. Especialista em Psicopedagogia, UFRJ. Mestrado em Psicologia da Infância e da Juventude, UFPR, Doutorado em Educação, UFPR .Email: rose05@uol.com

² Bacharel em Musicoterapia pela FAP (2009), Graduada em Administração de Empresas e Especialização em Controladoria Financeira, Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas/SP; Contabilidade, Faculdade Tibiriçá/SP. Especialização em Práticas Pedagógicas, UNICEMP; Especialização em Educação e Saúde, UNIFAE. Email: magali.mgldias.dias@gmail.com.

to assist children with learning difficulties, whether with or without disabilities and/or mental. The attendance are individual and/or group and seeks the best physical, mental, emotional, social, it is in training, but also positive changes in the school environment. From the reflection regarding professional experience that six years ago she experiences the reality of inclusive school, is that if this work was planned and developed. The goal outlined was to contribute to the description and analysis of processes and practice music therapy in elementary schools in their pupils with special needs. For this purpose were applied and analyzed observation protocols, prepared for this survey, where registered physical reactions, students ' cognitive and emotional during musical activities and interactions. The results showed that the music, when element mediator of communication at music therapy enabled, for this group of children, open and alternate forms of sound expression, affective and cognitive.

Keyword: music therapy, music, inclusion.

INTRODUÇÃO

A inclusão de alunos portadores de necessidades especiais¹ na escola de ensino regular tem sido um tema presente nas reflexões a respeito da rotina escolar. Entram nesses debates temas como a capacitação dos professores, o preconceito frente ao que é diferente e as condições gerais das escolas para receber e conviver com os estudantes em processo de inclusão (NEVES e MENDES, 2001).

Os objetivos das práticas de inclusão, de forma geral, direcionam-se para a promoção do desenvolvimento, autonomia e qualidade de vida das pessoas portadoras de dificuldades motoras, sensoriais e cognitivas. É provável que os professores passem a buscar por alternativas educacionais e terapêuticas que os auxiliem no desenvolvimento de práticas que favoreçam a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento social e afetivo-emocional dos alunos portadores de necessidades especiais, como se acredita que acontece na prática musicoterápica.

Neste sentido, as atividades que envolvem a linguagem musical, passaram a despertar interesse nas escolas inclusivas, como meios para abrir canais de comunicação entre os alunos, facilitar a apropriação de conteúdos didáticos e possibilitar a expressão de elementos psíquico-emocionais. Acredita-se que as atividades musicais podem transmitir

valores culturais e ajudar na construção de formas de interpretar o mundo e assim colaborar com o desenvolvimento global do aluno (SEKEFF, 2002).

As escolas passaram a conviver com múltiplas situações no que se refere à utilização da música. A música pode assumir o papel do recurso disparador de ações educativas como também pode ser um meio terapêutico que vise à expressão de pautas afetivo-emocionais. O uso da música na escola pode influenciar o bem estar dos alunos e a qualidade das relações de ensino-aprendizagem. As formas e maneiras pelas quais a escola faz uso da música devem ser conhecidas para que se ampliem as possibilidades de utilização de sons, ritmos e melodias nos processos de ensino-aprendizagem.

O CAMINHAR DA MUSICOTERAPIA NA ÁREA DE INCLUSÃO

A partir da pesquisa realizada na Biblioteca da Faculdade de Artes do Paraná em setembro e outubro de 2008, fez-se um levantamento dos trabalhos publicados desde 1968 que se referem à Musicoterapia nas escolas, Musicoterapia com crianças especiais e Musicoterapia e Inclusão. Os trabalhos encontrados estão representados na Tabela 1, abaixo. Esta tabela mostra os trabalhos encontrados, categorizados cronologicamente, e pelo tema de relevância, autor e tipo de estudo. Essas publicações foram encontradas em anais de fóruns, revistas científicas especializadas e periódicas reconhecidos.

TEMA	AUTOR/ANO	TIPO DE ESTUDO
Música, Ed. Musical e Musicoterapia Musicoterapia, Educação Musical Especial	1) Michel, 1968/78 2) Santos, 2008	Relato de caso Tese em andamento
Musicoterapia e Educação Musicoterapia e Educação Musicoterapia e Educação	1) Santos, 1974 2) Franco, 1976/77 3) Lagares e Cupolillo, 2000	Relato de estágio Relato de caso Relato de caso
Musicoterapia e Educação Musicoterapia e Educação Especial	4) Alberton, 2002 1) Welbel, Duarte e Cavalcante, 2001	Relato de caso Relato de caso
Musicoterapia e Educação Especial Musicoterapia e Educação Especial	2) Anais V Fórum PR., 2003 3) Nascimento, 2006	Mesa redonda Relato de caso
Musicoterapia, Expressão Corporal e Educação Infantil	1) Jeandot, 1996	Workshop
Política Educacional e Musicoterapia	1) Stival, 2002	Relato de caso
Musicoterapia e Inclusão Musicoterapia e Inclusão	1) Braga, 2006 2) Gomes, 2008	Relato de caso Artigo de Conclusão de Curso
Musicoterapia e Aprendizagem	1) Brasil, 2008	Artigo científico

QUADRO 1 – Caracterização do acervo de revisão, segundo autor, ano, metodologia adotada, 1968 – 2008.

FONTE: Modelo de quadro adaptado do artigo Sexualidade e o adolescente com deficiência mental – uma revisão bibliográfica, de Olga M. Bastos e Suely F. Deslandes – Instituto Fernandes Figueira. olgab@iff.fiocruz.br

A revisão de literatura existente sobre o tema em estudo mostrou que a produção

literária que versa sobre a Musicoterapia e a Inclusão e a Musicoterapia na área de educação é escassa. Embora a Musicoterapia tenha iniciado seu campo de prática, no Paraná, no âmbito escolar, propriamente na área de Educação Especial, os registros escritos das atuações dos profissionais são raros. Esse fato leva a considerar que:

- a) a produção de conhecimento científico, os relatos de pesquisa que mostrem os dados e os resultados do trabalho musicoterápico é uma construção recente.
- b) os fundamentos teóricos e epistemológicos da Musicoterapia estão sendo estabelecidos na medida em que os estudos e investigações se ampliam.
- c) a valorização da prática da Musicoterapia depende da divulgação dos profissionais da área no que tange à elaboração de pesquisas, aplicação de metodologias de investigação, análise e registro dos dados empíricos em textos para publicação.

METODOLOGIA E RESULTADOS DA PESQUISA

Esta pesquisa, de caráter qualitativo, pretende descrever elementos originados em intervenções sob a ótica fenomenológica. A fim de justificar a escolha do método fenomenológico utilizamos como respaldo o artigo do Dr. Guilherme Saramago de Oliveira da Universidade de Uberlândia, (MG) intitulado: Breves considerações a respeito da fenomenologia e do método fenomenológico; onde o mesmo comenta que: “a fenomenologia é uma reflexão sobre um fenômeno ou sobre aquilo que se mostra” (OLIVEIRA apud BELLO, 2006:18), é a ciência dos fenômenos, sendo o fenômeno compreendido como aquilo que é imediatamente dado em si mesmo à consciência do Homem. (OLIVEIRA, 2009).

A Fenomenologia ocupa-se da análise e interpretações dos fenômenos que são vividos pela consciência, de alguma coisa ou algo estando direcionada para um objeto que esta sendo analisado por um sujeito (subjetividade). Por isto acreditamos que o “método fenomenológico apresenta consistência e legitimidade em estudos que enfatizam a experiência vivida pelo homem e sua significação”.

Para concluir, é importante ressaltar, de acordo com Martins (1992), que a trajetória do estudo fenomenológico tem a finalidade de estabelecer um contato direto com o fenômeno vivido pelo sujeito pesquisado. Para compreender esse fenômeno é necessário recorrer ao discurso, à descrição mais ampla do sujeito com o intuito de conseguir uma maior aproximação com a densidade semântica do fenômeno. Apenas um vocábulo, uma expressão, um conceito, uma definição não poderá expressar tudo o que há a ser falado em relação ao que se pretende investigar.” (OLIVEIRA, 2009)

Os dados foram construídos a partir dos fatos registrados, em protocolos de

observação organizados pelas pesquisadoras, sobre as reações de oito alunos no decorrer de interações musicais em aulas de educação musical e em sessões de musicoterapia. Toda a metodologia de pesquisa, questionários, protocolos, autorizações necessárias a realização da mesma foram enviadas ao Comitê de Ética do Instituto de Therapias e Ensino (Ibrate) sob o protocolo nº 099/2009, e aprovado em 25 de junho deste ano conforme ofício nº OF. CEP 047/09 do referido instituto. O protocolo consta de eixos relativos às reações físicas, cognitivas e emocionais destes alunos. No total foram observadas quarenta e nove sessões musicoterapêuticas e trinta e sete aulas de música. Para os fins desta apresentação estão considerados apenas os registros referentes a quarenta e nove encontros de musicoterapia.

Foram encaminhados para o atendimento de musicoterapia doze alunos de inclusão ou com necessidades especiais. Dos alunos encaminhados para atendimento musicoterápico, oito foram selecionados para esta pesquisa, por cursarem o primeiro ciclo do ensino fundamental. Deste conjunto sete são meninos e uma menina. Cinco deles cursam o 2º ano e três são alunos do 3º ano do primeiro ciclo. Do conjunto de alunos do 3º ano do primeiro ciclo, aqui observados dois estavam diagnosticados com transtorno de hiperatividade e desenvolvimento invasivo (THDI) e transtorno e déficit de aprendizagem (TDA), um foi diagnosticado com Síndrome de Down e no presente contexto foram considerados alunos de inclusão.

Os outros participantes considerados estão matriculados e cursando o 2º ano do primeiro ciclo. Destes dois são alunos com necessidades especiais (um é portador de Síndrome de Ellis-van Creveld² e outro é diagnosticado com Convulsões Febris e Hipoplasia do Esmalte dentário – Amelogênese Imperfeita³) e três são alunos de inclusão (um com Paralisia Cerebral Motora – Diplegia Assimétrica, um diagnosticado com portador da Síndrome do X Frágil e o terceiro com Transtornos Globais do Desenvolvimento - Autismo Infantil).

Ao observarmos e compararmos os dados dos protocolos de observação das sessões de Musicoterapia, com os registros da estagiária, com as Fichas Musicoterápicas (FM) completadas pelos pais, no que se refere à composição do repertório dos alunos atendidos observou-se que:

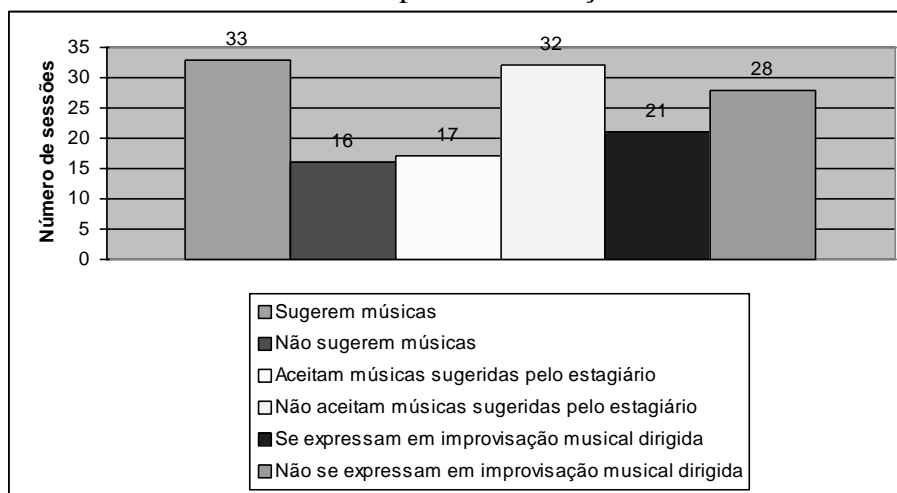
- a) Três pais e/ou responsáveis tem conhecimento do interesse musical dos seus filhos;
- b) Dos cinco restantes, três não retornaram a FM, o que não nos permitiu fazer a comparação;
- c) E dois demonstram que as crianças escutam apenas o que os pais e ou

responsáveis escolhem e não externam suas preferências, por motivos que não é possível avaliar até o momento.

Para apresentação dos dados encontrados, optou-se por mostrar os resultados dessa investigação, em imagens gráficas. Esta maneira pode facilitar a interpretação e a visualização dos fatos observados. Compreendeu-se também que o número de alunos aqui selecionados é representativo dentro do universo dessa pesquisa e a pretensão de generalizações está fora dos objetivos deste estudo. A partir destes esclarecimentos, passa-se a mostrar e comentar os dados até agora encontrados em um total de quarenta e nove sessões de musicoterapia. Seguem abaixo, comentários e imagens no Gráfico I, referentes às categorias “músicas sugeridas pelas crianças”, “expressão em improvisação musical” e “aceitação de músicas sugeridas pelo estagiário”:

- Sugerem músicas espontaneamente: seis alunos em trinta e três sessões observadas sugeriram músicas quer seja verbalmente, por meio de gestos ou através de comunicação alternativa⁴ (pastas de comunicação ou quadros de comunicação).
- Não sugeriram músicas espontaneamente: dois em dezesseis sessões, não se expressaram por vontade própria ou mostraram-se indiferentes a atividade proposta.
- Aceitam as músicas sugeridas pelo estagiário em Musicoterapia (EM:) três alunos se mostraram receptivos em um total de vinte e uma sessões.
- Não aceitam as músicas sugeridas pelo EM: cinco alunos não aceitam as músicas sugeridas pelo EM e retomam seus temas preferidos em trinta e duas sessões.
- Se expressam em improvisação musical dirigida: quatro participaram ativamente das mesmas e se expressam em vinte e uma sessões.
- Não se expressam em improvisação musical dirigida: dois não se expressaram em improvisação dirigida por dificuldades motoras e dois por vontade própria em um total de vinte e oito sessões

Gráfico I – Desempenho e Interações musicais



No que se refere aos instrumentais musicais de preferência dos alunos participantes deste estudo, observou-se que:

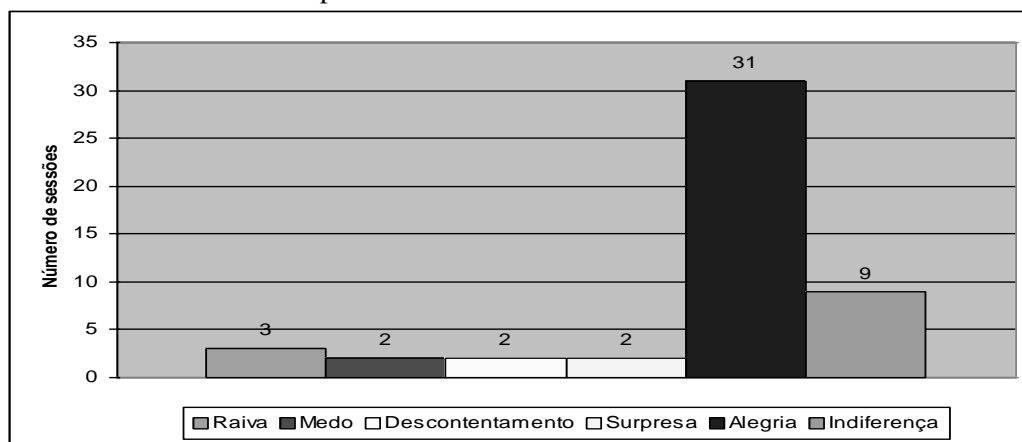
- a) quatro alunos preferem instrumentos de percussão de pele, a saber: zabumba, timba, tambores e caixas;
- b) Três preferem o teclado eletrônico;
- c) Um prefere instrumento de percussão metálico.

Manifestações Emocionais das crianças frente à Música

Foram observadas as manifestações emocionais das crianças no decorrer das atividades musicais e que eram representadas por meio de expressões faciais. Entre estas manifestações, foram selecionadas as seguintes: raiva, medo, descontentamento, surpresa, alegria e de indiferença. Constatou-se, conforme o Gráfico II, as seguintes expressões faciais⁵:

- a) De raiva: três situações nas quais a inserção da música pretendia uma ação direta que requeriam uma resposta.
- b) De medo: duas situações nas quais um aluno se percebeu frente à possibilidade de expressão.
- c) De descontentamento: duas situações de término da sessão de Musicoterapia em que um aluno demonstra descontentamento com o fato.
- d) De surpresa: duas manifestações um aluno por se defrontar a conteúdos significativos perante uma canção e outro aluno frente ao silêncio permitido na sessão.
- e) De alegria: na maioria das sessões (31) a metade dos alunos em atendimento em musicoterapia (4), manifestou expressões faciais de alegria na comunicação musical.
- f) De indiferença: em nove sessões, dois alunos demonstraram indiferença, onde um aluno demonstrou o baixo limiar de frustração e outro a dificuldade de acolher e/ou de se sentir acolhido quando surgem expressões, elementos de sua vivência cotidiana.

Gráfico II – Expressões Emocionais frente à Música

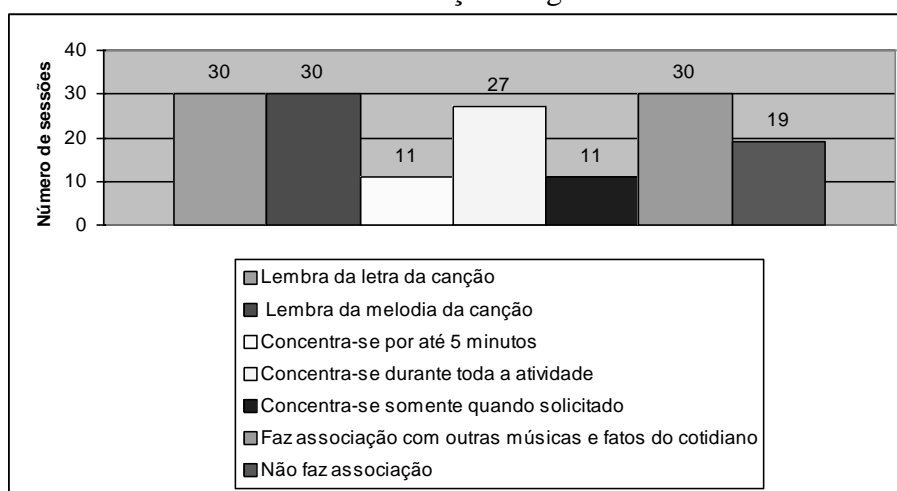


Manifestações Cognitivas das crianças frente à Música.

A seguir serão relatados os dados coletados a partir das observações feitas nas sessões de Musicoterapia no que se refere às manifestações cognitivas das crianças enquanto interagem com as músicas. As manifestações aqui relatadas encontram-se representadas no Gráfico III:

- Quanto à memória: Ao analisar o gráfico abaixo percebe-se que cinco alunos dos oito estudados, em trinta sessões lembraram-se da melodia e da letra das canções.
- Quanto a manter a atenção durante a atividade contou-se que quatro alunos em vinte e sete sessões mantiveram a atenção por toda a atividade. Outros três alunos ficaram atentos apenas quando solicitados, em onze sessões e outros dois por pouco tempo em outras onze sessões. Cabe aqui ressaltar que um destes alunos que se manteve por pouco tempo concentrado somente o fez quando solicitado.
- Quanto à possibilidade e concretização de associações entre a música, a melodia e/ou fatos do cotidiano percebe-se que a maioria dos alunos, em trinta sessões realizou associações e demonstrou tal fato através de comentários e manifestações musicais.

Gráfico III – manifestações cognitivas frente á música.



REFLEXÕES FINAIS

Neste estudo foram apresentadas reflexões sobre as sonoridades que permearam atividades de educação musical e de musicoterapia em uma na escola cuja filosofia didático-pedagógica estava norteadada pelo princípio da inclusão. A música colocou-se como uma estratégia de ação que expandiu as possibilidades de expressão emocional e da atividade cognitiva das crianças tanto nas aulas como nas intervenções terapêuticas. As análises dos

dados e dos elementos investigados revelaram aspectos singulares referentes ao grupo de alunos aqui pesquisado quando estes se manifestaram por meio das atividades musicais.

Desde o contato com os pais, na busca pela anuência para a realização da pesquisa, percebeu-se que as respostas das famílias referentes à vida musical dos alunos revelaram elementos do convívio social intergeracional. Os pais que participavam da rotina cotidiana dos filhos mostraram conhecer o repertório musical do interesse dos mesmos. Partilhar interesses musicais pode favorecer a convivência familiar já que a arte faz parte das manifestações da existência humana e revela outra forma de estar e de se expressar no mundo.

A interação familiar, a maior participação e interesse dos pais pelas atividades dos filhos também foram percebidas em situações nas quais os alunos manifestaram-se por meio de sonoridades, tais como vocalizações, percussão de instrumentos, sons guturais, ritmos e melodias, nas sessões de musicoterapia. Observou-se que, nos encontros terapêuticos, a música mediou de forma contraditória à expressão emocional de alegria e de indiferença. A alegria em ter a oportunidade de expressar-se individualmente era predominante assim como a satisfação em se manifestar através da atividade musical.

A atividade musical, por mais prazerosa que seja, desencadeia emoções individuais que permeiam o processo de criação e expressão. Essas manifestações no trabalho individual eram amenizadas através da intervenção musicoterapêutica e da sua escuta diferenciada que essa forma de interação proporcionava. As atividades musicais, no ambiente musicoterápico, propiciavam uma maior comunicação com os alunos fato que atendeu suas necessidades de validação pessoal e emocional. Esse fato proporcionou um empenho favorável na realização das atividades sugeridas ou mesmo da auto expressão musical.

Outra expressão que se destacou foi à manifestação cognitiva mnemônica. Ao mesmo tempo em que lembrar a letra das canções foi uma ação presente, não lembrar também foi uma atitude constante. Novamente vemos aqui a necessidade de auto-afirmação que estes alunos demandam, pois quando eram estimulados por meio de palavras chaves, de trechos de refrões apreendidos ou de trechos musicais tocados, a lembrança se manifestava.

Ainda referente às manifestações cognitivas, percebeu-se que as atividades musicais eliciaram nas ações musicoterapêuticas, limiares de atenção e concentração no decorrer de todo o encontro. Os alunos faziam associações das músicas a fatos de suas vivências concretas e também aos temas de outras canções. Mesmo com todas as impossibilidades e dificuldades apresentadas pelos alunos, a música mostrou-se como um elemento capaz de

provocar associações com fatos do cotidiano o que permitiu a ativação das condições cognitivas destes alunos. Esta atitude mostrou a dinâmica imaginativa desencadeada pelas atividades criativas musicais, pois nestas, o aluno se sente aliviado das pressões geradas pela expectativa de seu desempenho acadêmico.

A dimensão lúdica também confere sentido, significado às situações e vivências cotidianas, através do exercício das quatro funções psicológicas específicas: a sensação, o pensamento, a intuição e o sentimento. Esse conjunto de dimensões existenciais possibilitou que este aluno estivesse no mundo de forma mais plena, através da expressão de sua produção.

Nas aulas de educação musical os mesmos alunos apresentaram manifestações peculiares quando agiam por meio da música. Eles mais acataram sugestões de canções do que sugeriram músicas. A ausência de expressão livre em improvisações dirigidas foi preponderante. Estas manifestações mostraram que em situações grupais como nas aulas de Educação Musical ou quaisquer outras matérias contempladas no currículo escolar o engessamento deste mesmo currículo impede que os alunos tenham oportunidades de se manifestem e/ou tenham suas demandas específicas atendidas. Por outro lado nos atendimentos musicoterápicos as possibilidades expressivas individuais foram incentivadas e aceitas.

Quanto às manifestações emocionais percebeu-se que também nas aulas de educação musical a expressão de alegria se contrapôs à indiferença, conforme aconteceu nas sessões de musicoterapia. Este fato revelou a necessidade desses alunos de um atendimento mais específico para que sua participação pudesse ser mais efetiva.

Nas aulas de Educação Musical percebeu-se que manifestações de descontentamento estavam ligadas à impossibilidade de inserção na sua turma. Às vezes os alunos preferiam não participar das atividades sugeridas, para não sofrer comparações dos colegas. Em uma sala com muitos alunos torna-se quase que impossível ao professor, conceder atenção individualizada a todos. Ao se perceberem “diluídos” na turma a expressão de indiferença se faz presente nos alunos com necessidades especiais.

As manifestações de alegria foram expressas tanto nas aulas como nas sessões de musicoterapia. Esse fato deixou claro o prazer que a maioria das crianças demonstrou ao realizar a atividade musical em grupo. Por esta perspectiva a música se mostra como uma atividade que contribui para a socialização e para a realização dos processos de aceitação e

inclusão dos alunos com necessidades especiais.

Chamou a atenção o fato de que nas aulas de música os alunos de inclusão se concentravam apenas quando eram chamados à participação. Este comportamento pode ser explicado como seqüela do quadro patológico sobre o funcionamento cognitivo, ou seja, sobre o limiar de concentração que estes alunos podiam desenvolver em atividades grupais. Este indicativo levou a pensar sobre a possibilidade de que alguns alunos em processo DE inclusão possam ser acompanhados por Atendentes Terapêuticos (AT). O apoio dos ATs facilitaria o desenvolvimento do processo de aprendizagem e poderia estimular os limiares de concentração e socialização destes alunos.

O presente estudo através de reflexão e análise dos dados e dos elementos investigados revelou aspectos singulares referentes ao grupo de alunos aqui pesquisado. Entre estes se destacam os seguintes:

- a) Apesar das limitações causadas pelas diferentes patologias foi possível por meio da música o estabelecimento de pautas comunicativas e a concretização de interações e expressões pessoais.
- b) Em alguns casos a postura rígida quanto à aceitação de um novo elemento musical ao repertório prévio (músicas sugeridas pelo EM e não aceitas pelas crianças) parece ter sido relacionada com pautas do quadro patológico. Como por exemplo, a dificuldade de acatar o novo pelo indivíduo autista. Nestes casos o aluno se fixava em seus temas preferidos.
- c) Nos casos de não expressão nas improvisações dirigidas, percebeu-se que as crianças estavam impedidas de manifestarem-se por dificuldades e/ou impossibilidades motoras e cognitivas.
- d) A preferência por membranofones já relatada por Benenzon (1985) deve-se, possivelmente, às particularidades destes instrumentos como: o fácil manejo e deslocamento, a dispensa de conhecimento musical anterior, a sonoridade potente e de profundo primitivismo.

A música possibilitou ao sujeito revelar, na interação social, uma maior gama de manifestações e expressões emocionais. O ambiente relacional, a mediação pela música, a escuta e apreciação musicoterápica, proporcionaram aos alunos participantes, a possibilidade de se sentirem capazes e estimulados a expressarem elementos de sua subjetividade. Nas aulas de educação musical, embora a mediação existisse, as possibilidades de interação se viram diminuídas.

Todo este trabalho mostrou-nos que há a possibilidade da inclusão de alunos com necessidades especiais em escola fundamentais, mas não da forma documental como está colocada. Esse estudo demonstrou que para que haja uma real inclusão, faz-se necessária a predisposição social, as iniciativas positivas da sociedade como um todo. Uma maior

capacitação dos profissionais envolvidas no trabalho com essas crianças. Essa capacitação vai desde o guarda que acompanha a travessia das crianças em cruzamentos e avenidas até os profissionais de saúde, que os atendem nos Postos de Saúde, e também das auxiliares de serviços gerais das escolas, professoras, orientadoras, coordenadoras pedagógicas, pais e alunos.

A inclusão demanda uma reforma no âmbito estrutural e conceitual dos currículos, que se já estão ultrapassados na forma de avaliação. E veem-se em precárias condições no que se refere à didática a ser aplicada a esses novos alunos, também seria necessária. É preciso pensar que a partir do próximo ano letivo alunos de inclusão estarão obrigatoriamente inseridos nos bancos escolares de escolas públicas e privadas.

Esta pesquisa centrou-se nas ações musicoterapêuticas e nas atividades mediadas pela música no ambiente de inclusão escolar. A música foi o elemento principal de comunicação entre a pesquisadora e sujeitos da pesquisa. Neste sentido a capacidade de mediação do elemento artístico, no caso a música, foi capaz de manter o nível de desempenho corporal, musical e cognitivo dos alunos em um patamar favorável nas duas atividades observadas.

Através dessa pesquisa e dos dados encontrados, pretende-se que seja possível a divulgação e socialização dos conhecimentos aqui construídos. Espera-se que exista ainda, uma abertura para discussão de outros tópicos relevantes para a efetiva inserção dos alunos de inclusão e/ou com necessidades especiais. Almeja-se também, por meio deste estudo, contribuir para a valorização das manifestações artísticas na inclusão escolar como também para a ampliação da ação musicoterapêutica no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

ANAIS DO ENCONTRO DE MUSICOTERAPIA DO RIO DE JANEIRO DE 2008.

ANAIS DO FORUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA DE: 1999 À 2008.

BENENZON, Rolando O. **Manual de Musicoterapia**; tradução de Clementina Nastari – Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

INFOMT – Informativo de Musicoterapia da Universidade de Ribeirão Preto nº 1 à 16, UNAERP: Ribeirão Preto, São Paulo

MENDES, Enicéia. **A inclusão de alunos com deficiência na escola regular. Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial**. Almeida M. e Marquezzine M. (Orgs). Londrina: UEL, 2001, p. 127-126.

MENDES, Enicéia; NENES, Tânia. **Conselhos de defesa de direitos da pessoa com deficiência. Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial.** Almeida M. e Marquezine M. (Orgs). Londrina: UEL, 2001, p.35-52.

Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial.
Almeida M. e Marquezine M. (Orgs). Londrina: UEL, 2001.

OLIVEIRA, Guilherme Saramago de. OLIVEIRA, Ana Maria de. **Breves considerações a respeito da Fenomenologia e do Método Fenomenológico.** Artigo publicado no site: www.fucamp.com.br/nova/revista/revista0709.pdf . Acesso em setembro de 2010.

RBM – Revista Brasileira de Musicoterapia – Ano I, nº2, 1996; Ano X, nº8, 2006 – Rio de Janeiro.

RDM - Boletim da ABM – Associação Brasileira de Musicoterapia número 8, de 1968 à 1978, volume IV; número 2, de 1974, volume II; número 4 e 5, de 1976 e 1977, volume IV – Rio de Janeiro.

SEKEFF, Maria de Lourdes. **Da música, seus usos e recursos.** São Paulo: UNESP, 2002.

¹ O conceito de NEE só foi adotado e redefinido a partir da Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), passando a abranger todas as crianças e jovens cujas necessidades envolvam deficiências ou dificuldades de aprendizagem.

²A síndrome de Ellis-van Creveld (também chamada displasia condroectodérmica ou displasia mesoectodérmica) é um doença genética rara. O portador possui anomalias múltiplas e nanismo. É herdada como um trato autossômico recessivo cuja gravidade varia de pessoa para pessoa.

³Amelogênese Imperfeita compreende um grupo complicado de condições que mostram alterações de desenvolvimento na estrutura do esmalte dentário, na ausência de uma alteração sistêmica.

⁴ Pastas de comunicação ou quadros de comunicação são artefatos utilizados para comunicação com alunos não falantes, mas com pouco ou nenhum comprometimento cognitivo. Estas pastas e quadros são amplamente utilizados no Método TEACH com autista e são denominadas PEC's

⁵ Alguns alunos durante a mesma sessão tiveram mais de uma expressão.