

Revista Brasileira de Musicoterapia

REVISTA DA UNIÃO BRASILEIRA
DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA



ISSN 2316-994X

ANO XIII
NÚMERO 11
2011

REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA

Uma publicação da

União Brasileira das Associações de
Musicoterapia

ANO XIII NÚMERO 11 2011

Revista Brasileira de Musicoterapia

Os Direitos Autorais para artigos publicados nesta revista são do(s) autor(res) de cada artigo, contudo, com direitos de primeira publicação cedidos à revista. As opiniões emitidas são de responsabilidade dos autores. A reprodução de quaisquer conteúdos dos textos pressupõe a citação obrigatória da fonte.

União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM)

Associação de Profissionais e Estudantes de MT do Estado de SP (APEMESP), presidente Roberta Helena Conceição Oliveira; Associação de Musicoterapia do Paraná (AMT-PR), presidente Magali Dias; Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul (AMT-RS), presidente Graziela Mayer; (SGMT) Associação Goiana de Musicoterapia, presidente Maria da Conceição de Matos Peixoto; (AMT-PI) Associação de Musicoterapia do Piauí, presidente Karine Jericó Vieira; Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro (AMT-RJ), presidente Pollyanna de Azevedo Ferrari; Associação Baiana de Musicoterapia (ASBAMT), presidente Isabela Barreto Rego; Associação Gaúcha de Musicoterapia (AGAMUSI), presidente Maria Helena Rockenbach; Associação de Musicoterapia do Distrito Federal (AMT-DF), presidente Célio de Oliveira Lima; Associação de Musicoterapia no Nordeste (AMTNE), presidente Carmen Vasconcelos.

Secretariado da UBAM (Gestão 2010-2012)

Gustavo Gattino (Secretário Geral)

Luciana Steffen, Alexandre Mauat da Silva e Fábio Ferraz Walter

Conselho Editorial

André Brandalise Mattos (Universidade de Ribeirão Preto e Georgia College); Claudia Zanini (Universidade Federal de Goiás); Diego Schapira (Universidad de Buenos Aires e Universidad del Salvador); Jonia Maria Dozza Messagi (Faculdade de Artes do Paraná) ; Juanita Eslava (Universidad Nacional de Colombia); Leomara Craveiro de Sá (Universidade Federal de Goiás); Leonardo Mendes Cunha (Faculdades Integradas Olga Mettig); Lilian Coelho (Faculdade Paulista de Artes, Escola Superior de Ciências da Saúde e Faculdade Integradas Olga Mettig); Marcia Maria Cirigliano da Silva (Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário); Marco Antonio Carvalho Santos (Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fundação Oswaldo Cruz - Ministério da Saúde); Maristela Smith (Faculdades Metropolitanas Unidas); Marly Chagas (Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário); Martha Sampaio Vianna Negreiros (Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro); Rosemyriam Cunha (Faculdade de Artes do Paraná).

Editora Geral

Noemi Nascimento Ansay
(Faculdade de Artes do Paraná)

Comissão Editorial

Revisão: Sheila Volpi (Faculdade de Artes do Paraná) e Mariana Arruda (Faculdade de Artes do Paraná); Revisão da Língua Portuguesa e Inglesa: Karina Grandino.

Revista Brasileira de Musicoterapia / União Brasileira das associações
Musicoterapia – Ano XIII, n. 11, (2011). – Curitiba, 1996-.

Annual
Resumo em português e inglês
ISSN 2175-5957

1. Musicoterapia – Periódicos. I. União Brasileira das Associações de Musicoterapia.

CDD 615.85154 18. ed.

SUMÁRIO

Editorial.....7

A Musicoterapia e sua inserção nas políticas públicas –
análise de uma experiência - Sofia Cristina
Dreher.....11

“Escutando musicalmente entre muitos” uma música para
mudar a minha vida - Benita
Michahelles.....36

Cantar: elementos não verbais e estados de humor no
processo musicoterapêutico - Luciana
Steffen..... 52

Cuidado de enfermagem por meio de acordes musicais:
significados e sentimentos vivenciados - Dirce Stein Backes;
Jane Santiago Sasso; Simone Barbosa
Pereira..... 79

Quadro do desenvolvimento Audiomusicoverbal infantil de
zero a cinco anos para a prática de Educação Musical e

Musicoterapia - Nydia Cabral Coutinho do Rego Monteiro.....	98
A Musicoterapia num contexto educacional: perspectivas de atuação – Laryane Carvalho Lourenço da Silva.....	117
Musicoterapia e a Educação Inclusiva - Marli Gimenez; Pedro Gonçalves; Scheila Amorim.....	144
Pisando o palco: um resultado da Musicoterapia com pacientes adultos cegos - Mara Reis Toffolo; Marina Reis Toffolo.....	162
Entrevista com Diego Schapira.....	185

Editorial

A Revista Brasileira de Musicoterapia é uma publicação anual da União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM), destinada à publicação científica de trabalhos originais relacionados à Musicoterapia e áreas afins: estudos teóricos/ensaios, artigos baseados em pesquisa, resenhas e entrevistas. Em sua 11ª edição, temos a satisfação de apresentar oito artigos inéditos e uma entrevista com o musicoterapeuta argentino Diego Schapira.

Nossa revista inaugura neste volume sua primeira inserção em uma base indexadora de periódicos científicos - *Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários.org)* - da Fundação de Pesquisas Científicas de Ribeirão Preto - FUNCEP/RP.

O primeiro artigo, intitulado: “*A Musicoterapia e sua inserção nas políticas públicas – análise de uma experiência*”, de Sofia Cristina Dreher, discute como a Musicoterapia vem inserindo-se nas políticas públicas e as novas exigências de análise requeridas neste campo de atuação.

Em seguida, no artigo “*Escutando musicalmente entre muitos: uma música para mudar a minha vida*”, Benita Michahelles propõe uma reflexão sobre as contribuições do musicoterapeuta em uma equipe interdisciplinar de saúde

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

mental infantojuvenil. O trabalho relata uma experiência vivida num serviço da rede pública do Rio de Janeiro, o CAPSIJ “Eliza Santa Roza”.

O terceiro artigo, “*Cantar: elementos não verbais e estados de humor no processo musicoterapêutico*”, de Luciana Steffen, apresenta três estudos de caso, no qual o foco do trabalho é investigar se há uma relação entre estados de humor e elementos não verbais verificados na voz cantada e falada dentro de um processo musicoterapêutico, averiguar a congruência entre os estados de humor emitidos pela voz cantada e falada, e analisar a contribuição dos recursos não verbais no processo musicoterapêutico.

O quarto artigo, “*Cuidado de enfermagem por meio de acordes musicais: significados e sentimentos vivenciados*”, das autoras Dirce Stein Backes, Jane Santiago Sasso e Simone Barbosa Pereira, relata uma pesquisa-ação, para a qual foram realizadas sessões musicais por acadêmicos de enfermagem, de quinze em quinze dias, no período de duas horas, a pacientes internados em um hospital de médio porte da cidade de Santa Maria, RS. Os objetivos do trabalho foram desenvolver a arte do cuidado de enfermagem por meio da música, bem como compreender o significado dessa

alternativa de cuidado para o bem-estar e conforto do paciente durante a sua internação hospitalar.

O quinto artigo, “*Quadro do desenvolvimento Audiomusicoverbal infantil de zero a cinco anos para a prática de Educação Musical e Musicoterapia*”, de Nydia Cabral Coutinho do Rego Monteiro, apresenta um quadro para observação do desenvolvimento de crianças, referente aos aspectos audiomusicoverbais. Esse quadro pode ser utilizado como instrumento de análise objetiva das realizações observadas nas crianças, possibilitando, assim, seu acompanhamento e a localização de problemas de desenvolvimento.

O sexto artigo, “*A Musicoterapia num contexto educacional: perspectivas de atuação*”, de Laryane Carvalho Lourenço da Silva, discute sobre a prática da Musicoterapia num espaço educacional e a necessidade de um diálogo cada vez mais interdisciplinar nas escolas públicas brasileiras com o intuito de abrir soluções coletivas para a superação de suas dificuldades.

O sétimo artigo, “*Musicoterapia e a Educação Inclusiva*”, de Marli Gimenez, Pedro Gonçalves e Scheila Amorim, faz uma breve contextualização histórica das políticas públicas voltadas à educação especial e propõe uma

reflexão sobre a Musicoterapia neste contexto.

O oitavo e último artigo, *“Pisando o palco: um resultado da musicoterapia com pacientes adultos cegos”*, de Mara Reis Toffolo e Marina Reis Toffolo, relata o projeto “Pisando o Palco” que nasceu no decorrer das sessões de Musicoterapia realizadas com pacientes adultos cegos a partir do desejo manifestado pelos pacientes de se apresentarem em público.

Finalizando este volume, temos a entrevista com o musicoterapeuta argentino Diego Schapira, que gentilmente falou à Revista Brasileira de Musicoterapia. A entrevista foi realizada pela Mt. Sheila Volpi, durante o 1º Encontro Brasileiro de Musicoterapia Plurimodal, no dia 18 de junho de 2011, em Curitiba-PR.

Agradeço a todos os colaboradores: autores, pareceristas, comissão editorial, associações de musicoterapia e secretariado da UBAM pelo apoio e trabalho colaborativo. Sem este grande esforço, não teríamos chegado até aqui.

Noemi Nascimento Ansay

Editora Geral

A Musicoterapia e sua inserção nas políticas públicas – análise de uma experiência

Sofia Cristina Dreher¹

RESUMO

A Musicoterapia vem inserindo, nos últimos tempos, seu trabalho nas políticas públicas. A forma de pensar, atuar e refletir a Musicoterapia se torna diferente principalmente pelo aspecto político que passa a fazer parte desse campo de atuação. Reflexões sobre saúde coletiva, assistencialismo x coletivo, comunidade x individualidade e população x poder público são de extrema importância para compreender esse universo.

Palavras-chave: Musicoterapia sócio-política, Saúde coletiva, Políticas públicas, participação.

¹ Bacharel em Musicoterapia pela FAP; Especialista em Comunicação e Semiótica pela PUC-PR; Mestre em Filosofia pela UNISINOS; Professora no Bacharelado em Musicoterapia da Faculdades EST; Membro do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades EST; Membro da Diretoria da AMT-RS; Musicoterapeuta Clínica AMT-RS 402/2006; sofiadreher@hotmail.com.

Music therapy and its inclusion in public policies - the analysis of an experience

ABSTRACT

Lately, Music Therapy has been inserted in public policies. The way of thinking, acting and reflecting Music Therapy is changing, especially through the political aspect which becomes a part of this field of activity. Reflections on community health, assistencialism x collectivity, community x individuality, and population x government are extremely important to understand this universe.

Keywords: Sociopolitical Music Therapy, Community health, Public policies, Participation.

INTRODUÇÃO

O Projeto foi pensado e desenvolvido pela Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre – RS. As atividades tiveram início em maio de 2010. No final do ano de 2009 fui contatada e convidada para desenvolver uma oficina de Musicoterapia com as famílias dessa comunidade. No todo, são desenvolvidas cinco oficinas, a saber, artesanato, teatro,

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

Musicoterapia, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e artes plásticas.

Segundo o projeto, o diagnóstico que caracteriza a comunidade é o seguinte: o bairro é caracterizado como uma das principais regiões da cidade que vive em situação de vulnerabilidade extrema. O desenvolvimento de atividades e ações pedagógicas, educativas, informativas, culturais e recreativas, na perspectiva da mobilização comunitária, coloca os moradores “em movimento”, possibilitando o reconhecimento das dificuldades e limites, bem como a busca de iniciativas de emancipação a partir da identificação, do desenvolvimento das potencialidades locais e também da valorização do território, que possui uma totalidade de 800 famílias em vulnerabilidade social.

Ainda conforme o projeto, os objetivos são os seguintes:

- Ampliação das informações sobre Políticas Públicas de Proteção e Direitos Sociais e posteriores encaminhamentos a redes de serviços;
- A inserção dos usuários em espaços promotores de cidadania (oficina de mobilização comunitária);

- Através do conhecimento da dinâmica familiar, problematizar com os sujeitos envolvidos, questões abordadas e discutidas no que concerne ao seu pertencimento ao lugar onde vivem, provocando um sentimento de valorização do seu território;
- Transformação na postura dos sujeitos envolvidos, melhorando sua autoestima. Experienciar um processo de crítica e autocrítica, tornando-se formadores de opinião e (re) conhecendo sua liberdade de expressão.

O LOCAL

A cidade fica localizada na região metropolitana de Porto Alegre, tendo atualmente 122.000 habitantes aproximadamente. O bairro foi criado para acolher a população que vivia próxima à linha do Trensurb e outras localidades. Cada morador realizou a sua inscrição junto à prefeitura e aqueles que foram beneficiados, receberam um prazo para quitar a compra do terreno e da casa.

O bairro possui posto de saúde, escola, transporte, comércio, igrejas, etc. A maioria das ruas não são pavimentadas, o que prejudica muito a circulação de veículos e de pessoas em dias de chuva. A escola possui policiamento

e horários determinados para saída e entrada de visitantes. O bairro não possui muita arborização e há muito lixo espalhado pelas ruas, apesar da coleta realizada pela prefeitura.

A comunidade não possui uma sede para a Associação do bairro, embora a mesma já esteja constituída. No momento, a sede se encontra na casa de uma família da comunidade. O local cedido para a realização das oficinas é a casa dessa família, no cômodo da frente, onde também funciona um bar, com mesa de sinuca, e venda de produtos. Normalmente, durante a execução das oficinas, o funcionamento é interrompido.

A OFICINA

O primeiro encontro que realizamos foi no dia 18 de maio 2010. Num primeiro momento me propus a conhecer o local, o ambiente, as pessoas e suas reações frente ao trabalho da Musicoterapia. O grupo era formado basicamente por mulheres e crianças, tendo apenas uma participação masculina, a do dono da casa.

Em todas as sessões contei com a presença da Assistente Social, responsável pelo projeto. Ela não apenas

nos acompanhava como também se dispôs a participar das atividades.

Nossos encontros ocorriam uma vez por semana, com duração de uma hora, tendo uma pausa para o lanche. A frequência do grupo variava muito.

Após o primeiro encontro, me deparei com pessoas muito alegres e muito sofridas ao mesmo tempo. Elas vinham de diversas regiões do estado do RS e de outros estados. Cada um com uma história, mas todos em busca de uma casa própria. Nos primeiros encontros procurei resgatar essas histórias, até porque muitos deles não se conheciam entre si. Percebia olhos e ouvidos atentos, assim como sentimentos parecidos sendo compartilhados. Também passei a perceber que existia um sentimento em comum que movia a todos naquele lugar, o sentimento de mudança, de transformar aquele local, aquele bairro, num local bom para se viver e conviver. Foi então que lancei o desafio de fazermos uma paródia sobre o bairro, sobre a comunidade. Nela teríamos que pensar o que existia de bom naquele lugar e o que era ruim ou merecia mais atenção. O grupo optou por fazermos a paródia a partir da canção “As mocinhas da cidade”. O resultado desse primeiro trabalho ficou assim:

1. O povo da colina gosta de viver bem
Com a sua família e seus amigos também
Vieram atrás da casa própria
E de uma boa comunidade

2. Mas falta segurança e tem muita violência
Também tem muita sujeira espalhada pelas
ruas
E a droga rola solta
Ameaçando a população

3. Aqui na colina temos um bom acesso à saúde
Também tem um bom transporte que nos
aproxima das coisas
Temos um bom espaço
Pras crianças poderem brincar

4. Mas falta segurança aqui na nossa escola
Temos insegurança com os roubos e as brigas
das crianças
Falta de paz e sossego
Que atrapalham os trabalhadores

5. Queremos melhorias para a nossa comunidade
Temos ruas esburacadas e falta saneamento
Nossas crianças precisam
De um bom campo de futebol

6. Não podemos deixar de lembrar dos amigos
verdadeiros
Também temos na escola muitas amigas

O importante é termos união
Entre todas as famílias

No início o grupo ficou bastante ressabiado, pensando que não iríamos conseguir completar a tarefa, mas a reação do grupo frente ao trabalho finalizado foi de grande satisfação, de “somos capazes”, de produção grupal, entre outros. A partir daquele momento, percebi então que um grupo estava surgindo. Cada vez que cantávamos a nossa canção, eles se transformavam e a cada dia a música ganhava mais volume e entusiasmo.

Foi então que o inusitado aconteceu. A assistente social nos contou que haveria uma festa junina para as pessoas do projeto na escola da comunidade. O grupo automaticamente se dispôs a cantar e a apresentar a nossa canção na festa. De início “eu” fiquei ressabiada com a iniciativa, pois fiquei pensando em como a comunidade receberia a nossa canção. Como eles escutariam as reclamações sobre as drogas? Será que entre eles não teriam usuários de drogas? E como eles receberiam os elogios sobre o transporte e a saúde? Será que eles também concordavam com aquelas palavras ou discordavam? Percebi de imediato que esse era um medo meu e não do grupo. Naquele momento apenas consegui dizer que poderíamos pensar na

idéia e decidirmos em conjunto no próximo encontro. Afinal, a idéia havia sido lançada no final do nosso horário.

No caminho de volta, comentei com a assistente social sobre a idéia e compartilhei com ela dos meus receios e ao mesmo tempo do brilho que existia no olhar de cada um em poder apresentar um produto do grupo. Refleti e percebi que aquele momento era do grupo e que não podia tirar deles aquele momento, mesmo que enfrentássemos alguns olhares desaprovadores da comunidade.

Nos encontros seguintes, o grupo se preocupou muito em ensaiar e em decorar a letra da canção. Tarefa que muitos já haviam feito, antes mesmo de mim. No último encontro antes da apresentação, a assistente social comunicou, ao final da sessão, que o Prefeito da cidade estaria presente na festa, para prestigiar as atividades das oficinas. Enquanto o grupo se encontrava em estado de euforia, eu me preocupava cada vez mais. Enquanto a minha pergunta era: Como o Prefeito receberia aquela canção? Como uma reflexão ou como um ato de manifestação contra a sua gestão? Sendo que ele havia liberado recursos para a execução desse projeto. O grupo vibrava com a idéia de que o prefeito pudesse ouvir as suas reivindicações e fizesse algo para aquela comunidade.

O fato é que apenas me dei conta do fato enquanto estávamos cantando a canção com o prefeito na nossa frente. Quando comecei a cantar, percebi como devia ser delicado para ele ouvir aquela canção, embora ela não tenha sido feita com o intuito dessa apresentação. Vi que o rosto dele enrubescia, assim como de seus assessores. O grupo ainda havia escolhido cantar “Oração da família” e essa teve de ser interrompida antes de seu final, por ordens dos assessores. No final, além dos aplausos, o Prefeito se aproximou de uma das integrantes e solicitou uma cópia da canção, dizendo que queria trabalhar em cima dela.

Fui para casa pensando que a oficina de Musicoterapia havia acabado! Após alguns diálogos e esclarecimentos da assistente social, demos tranquilamente continuidade ao nosso projeto. O interessante foi a reflexão que fizemos com o grupo após a apresentação. O grupo ficou muito feliz com a atitude do Prefeito de ficar com a canção e da promessa que fez em trabalhar sobre o relatado. O grupo ainda relatou que já estavam trabalhando nas ruas com as patrulas da prefeitura e que o policiamento na escola havia aumentado.

Tanto eu como a assistente social ficamos admiradas com as medidas tomadas e tão rapidamente. Mas não deixamos de trabalhar com o grupo as reações da festa.

Pedimos para que o grupo fizesse o exercício de se colocar no lugar do prefeito e de como deve ter sido difícil para ele escutar aquela canção. Falamos de novo sobre como a canção surgiu, do objetivo dela, da festa e das reações. Foi uma reflexão importante e o grupo percebeu que também foi um pouco constrangedor para o Prefeito ter que escutar as reclamações.

Passado algum tempo, a assistente social nos trouxe a informação de que o Prefeito havia levado nossa canção para Brasília para solicitar mais recursos para atender a demanda da comunidade.

O projeto transcorreu ao longo do ano de 2010 com demais atividades e composições do grupo sobre temas relevantes para a comunidade. Encerramos nossas atividades em dezembro do mesmo ano, totalizando 26 sessões de Musicoterapia. O projeto foi interrompido para o período de férias e retornaremos em fevereiro de 2011.

REFLEXÕES

Após a explanação dessa vivência em comunidade, gostaria de convidar vocês a fazer algumas reflexões. Mais do

que respostas e ou teses, venho propor a construção de idéias a partir da prática musicoterapêutica relatada.

A primeira reflexão que trago é sobre o ideal de saúde. Quando entramos em bairros humildes paramos por um segundo e nos perguntamos se pode existir ali algum tipo de saúde, quando observamos o esgoto e o lixo escorrendo pelas ruas, inúmeros animais transmitindo doenças, falta de alimentação, sem falar em alimentação adequada, falta de vestimenta, entre outros. Não estamos falando de falta de vontade dos moradores, mas sim de falta de recursos e estrutura. No próprio grupo realizamos discussões sobre como melhorar essa situação. De que existe uma partida de estrutura por parte do poder público, mas que a contrapartida da população também é importante. A educação da população para manter a comunidade limpa é de suma importância.

Em 1986 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção de saúde onde foi aprovada a Carta de Ottawa. Segundo Malo e Castro (2006), a carta afirma, em síntese, que as condições fundamentais para a saúde são: a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade. A carta de Ottawa afirma que promover saúde é

(...) o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global (MALO; CASTRO, 2006, p. 26).

Para aqueles que trabalham na prevenção e promoção de saúde, entender a saúde como um recurso para a vida é fundamental. Para nós musicoterapeutas, fazer uso de recursos musicoterapêuticos (técnicas, métodos), dentro dessa perspectiva de atuação, é transformar os mesmos, fazer uso dos mesmos como recursos para a vida diária, para promover saúde a cada dia com essa população. Mas como fazemos isso? Segundo Cunha e Volpi (2008), nesse formato,

o musicoterapeuta se apropria da realidade a ponto de poder, junto com as pessoas, delinear estratégias e práticas voltadas aos interesses da própria comunidade.

É a partir dessa perspectiva que o trabalho da Musicoterapia passa a ter novas concepções de atuação. Passamos a entender que os indivíduos também devem ser chamados para a responsabilidade de promoverem saúde em seus locais de moradia. Isso inclui hábitos básicos de higiene, de convívio social, de re-estabelecimento da paz, entre outros. Podemos nos perguntar por um segundo se isso já não deveria estar funcionando sem a interferência de alguém. A resposta que temos é que essa não é a realidade instalada. Através de nossos atendimentos musicoterápicos podemos reforçar regras básicas de convivência, como escutar o outro, organizar o setting, estimular a participação e o engajamento.

A promoção da saúde está inserida na idéia da teoria sistêmica. Teoria essa que entende que participamos de um grande sistema, no qual todas as partes envolvidas contribuem para o desenvolvimento ou para o adoecimento desse sistema. Dessa forma, passamos a entender que a melhora de um indivíduo influencia a melhora do grupo no qual ele está inserido, da mesma forma como esse grupo é responsável pelo sucesso ou pelo fracasso desse indivíduo.

Com esse entendimento, passamos a trabalhar não apenas com nossos clientes, mas também a trabalhar o grupo no qual esse cliente está inserido. Não se trata de atendimentos grupais, mas de atividades que envolvam o grupo e nas quais os indivíduos possam mostrar sua melhora e sua capacidade de mudança.

Alguns autores, tais como Capra (2006), utilizam a figura da teia para exemplificar essa teoria, essa prática. Você pode ser um elo de ligação entre um fio e outro da teia, mas caso um fio se rompa, você sentirá um abalo. Essa idéia também traz à tona a questão da responsabilidade sobre nossos atos e escolhas, porque passamos a entender que quando algo dá errado isso não traz apenas conseqüências para mim mesmo, mas para todo o grupo no qual estou inserido e vice versa.

De acordo com Maturana e Varela, a característica-chave de uma rede viva é que ela produz continuamente a si mesma. Desse modo, “o ser e o fazer dos [sistemas vivos] são inseparáveis, e esse é o seu modo específico de organização”. A autopoiese, ou “autocriação”, é um padrão de rede no qual a função de cada componente consiste em participar da produção ou da transformação dos outros componentes da rede. Dessa maneira, a

rede, continuamente cria a si mesma. Ela é produzida pelos seus componentes e, por sua vez, produz esses componentes (CAPRA, 2006, p.36).

Diria que esse é o grande desafio da teoria para nossos trabalhos, fazer essa retomada de responsabilidade perante a realidade encontrada em meu grupo. Convivemos hoje com mudanças de comportamento nessas comunidades muito grandes. A realidade que encontramos é de muito individualismo, na maioria das vezes. Pessoas que moram lado a lado, mas que não se conhecem. Da mesma forma, percebemos um movimento de assistencialismo muito grande. As pessoas, em sua grande maioria, estão habituadas a receberem tudo e ainda assim não dão valor ao que lhes está sendo oferecido. Segundo Pellizzari (2010),

[...] 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 (PELLIZZARI, 2010, p. 50).

Como transformar essas pessoas em agentes de mudança, quando na maioria das vezes estão exercendo papéis de espera? O desafio está em sair dessa passividade para a participação. É dentro dessa perspectiva que precisamos elaborar nossas ações para um maior envolvimento, para a criação de um espaço de participação. O que está em jogo aqui é a retomada da autonomia dos sujeitos.

Muitas discussões têm sido feitas sobre o assistencialismo que empregamos em nosso país. Não podemos deixar de lembrar que esse paradigma não provém apenas do poder público, mas de muitas entidades privadas e sociais. Da mesma forma, observamos a mesma discussão sendo feita em outros países. O sociólogo Bauman (2005) traz à tona a discussão sobre o trabalho voluntário, por exemplo, como uma autopromoção e não mais como um ato de caridade. Não podemos esquecer que “trabalho voluntário” conta pontos no currículo, hoje em dia!

O mesmo autor relata que vivemos em uma sociedade líquido-moderna. Nossas relações não são mais sólidas e sim líquidas, passageiras, que se esvaem em pouco tempo, não conseguimos nos prender e/ou nos agarrar a elas. O chamado homem sem-vínculos passa a perceber que não pode

sobreviver sem relações e busca então um novo tipo de relacionamento, busca se amarrar, e conectar-se àquelas pessoas que possam lhe trazer algum tipo de benefício.

Em seu livro: “Comunidade: a busca por segurança no mundo atual”, Bauman aborda a difícil tarefa moderna de busca por proteção em um grupo, sem ao mesmo tempo perder a individualidade. Segundo ele,

Comunidade associa-se hoje a uma sensação boa: “pertencer a uma comunidade” ou “estar em uma comunidade” transmite a idéia de proteção. Em outras palavras, é um novo nome para o paraíso perdido – mas um paraíso que ainda buscamos, e que esperamos encontrar. Em troca da segurança prometida, contudo, a vida em comunidade parece nos privar da liberdade. A tensão entre esses valores, e entre comunidade e individualidade, dificilmente será desfeita (BAUMAN, 2003, p. 9).

O individualismo impera cada vez mais em nossa sociedade. O mais estranho é que isso já está se tornando tão comum, que as pessoas passam a justificar essa transformação como se isso já estivesse superado e incorporado no conceito do “ser” do século XXI. Segundo Pellizari (2010),

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

[...] los Musicoterapeutas nos enfrentamos a un tiempo de compromiso social: este siglo nos pone por delante un gran desafío. Um 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 (PELLIZZARI, 2010, p. 57).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Bruscia (2000), na Musicoterapia comunitária, o objetivo é duplo: preparar o cliente para participar das funções comunitárias e tornar-se um membro valorizado da comunidade, e preparar a comunidade para aceitar e acolher os clientes ajudando seus membros a compreender e interagir com os clientes.

A Musicoterapia há décadas vem atuando em diversos campos de atuação nas áreas da promoção, prevenção e reabilitação. Porém, desde a década de 80, ela passou a atuar também dentro de pequenas comunidades e grupos onde o foco estava justamente na relação das pessoas e dessas com o ambiente no qual estavam inseridas. Não se pensava mais em retirar as pessoas de seu local e levá-las

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

para um centro de atendimento, mas sim de ir ao encontro delas e atendê-las em seus locais de residência e/ou trabalho. Surge assim o trabalho denominado de Musicoterapia Comunitária. Essa se diferencia da Musicoterapia Social pelo fato de que os objetivos e forma de trabalho são denominados pelo próprio grupo. Dessa forma, o musicoterapeuta passa a ser um mediador do processo. Nessa forma de trabalho, os clientes são desafiados a desenvolver maior autonomia e responsabilidade pelo andamento do processo terapêutico e conseqüentemente do processo de suas vidas. Segundo Mendoza (2005),

[...] o musicoterapeuta tomará a su cargo la responsabilidad conjuntamente con otros profesionales y con los miembros de la comunidad para elaborar una estrategia de afrontamiento de problemas ligados a las necesidades y prioridades de dicha comunidad, siendo importante una correda vizualización de esos problemas, teniendo presente lo que esa población percibe como sus problemas (MENDONZA, 2005, p. 82).

Esse campo de ação se encontra dentro da perspectiva da promoção da saúde, ou seja, o desafio está em promover saúde, fazer saúde no dia-a-dia das pessoas de

acordo com a realidade instalada, diferentemente da prevenção da saúde, que procura estabelecer metas e atividades em vistas ao futuro. A promoção da saúde trabalha com o hoje, com a saúde que fazemos no dia-a-dia.

Como trabalhar, então, no resgate de autonomia de uma população quando ela recebe a todo momento um assistencialismo? Também precisamos reforçar aqui que existem trabalhos sérios e de base, por parte da assistência social, para podermos desenvolver esse trabalho de participação, de envolvimento, de mudança, de cidadania, de transformação social.

Assim como precisamos discutir assistencialismo x promoção do coletivo, também precisamos discutir a relação poder público x população nesse contexto. Como foi dito acima, a assistência social possui um papel primordial de base e de continuidade de todos esses projetos sociais. Da mesma forma, o poder público tem o dever de olhar a cidade e a população e atender as suas necessidades. Nesse processo, cabe também ao poder público instruir a população a refletir a sua participação dentro desse processo. Participação essa que inclui sugestão de melhorias, mas também a participação efetiva na manutenção da cidade.

Quando nós musicoterapeutas trabalhamos dentro de projetos desenvolvidos pelas prefeituras, também cabe a nós fazermos essas reflexões. Somos contratados para desenvolver a autonomia e tomada de postura da população, para promover o empoderamento, mas como gerenciamos essa relação população versus poder público? Como sugestões da população podem ser recebidas como provocação e como auxílio?

Sempre me perguntava como deveria ser difícil para um musicoterapeuta que trabalha em uma empresa, atender aos interesses do patrão e dos empregados. Passei a fazer essa mesma pergunta no trabalho relatado acima. Pensando que a prefeitura contratou os meus serviços para desenvolver e aprimorar a cidadania, a tomada de iniciativa, a autonomia e o sentimento de pertença dessas pessoas frente a sua comunidade, como lidar com a dinâmica da relação comunidade – prefeitura, enquanto prestadora de serviços e administradora da cidade?

Percebi que isso era possível, desde que ambos os lados estivessem cientes das intenções e das propostas de cada um. Ninguém melhor do que a própria população para dizer o que funciona e o que pode e deve melhorar em sua própria comunidade. Podemos indicar tais problemáticas, sem

que elas sejam recebidas como provocações ou agressões. Da mesma forma, o grupo precisa estar ciente de que o Prefeito também é um ser humano com limitações e que exerce uma função. Esse é o verdadeiro exercício da cidadania, trabalhar e pensar juntos.

Aqueles que se dispõem a trabalhar a Musicoterapia na área social, ou, como diz Pellizzari, na Musicoterapia sociopolítica, devem estar cientes de que o trabalho abre um leque de objetivos que estão completamente interligados. As áreas mental, emocional e social não podem estar desconectadas da área sociopolítica, nessas propostas de atuação.

Si la música es patrimonio de la humanidad, si es que nos humanizamos con la música, los musicoterapeutas podemos elegir el alto compromiso de humanizar la sociedad em que vivimos, atendiendo sus gritos y silencios, también gritando, susurrando, cantando, marchando, danzando, pensando, escuchando, dialogando, proponiendo cambios, decidiendo, cuidando, ayudando, organizando haciéndonos comunidad (SICCARDI, 2005, p. 94).

REFERÊNCIAS

BAUMAN, Zygmunt. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. **Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

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

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CUNHA, Rosemyriam e VOLPI, Sheila. **A prática da Musicoterapia em diferentes áreas de atuação**. In: Revista Científica/FAP. v. 3. (jan./dez. 2008) – Curitiba: FAP, 2006, p. 96.

MALO, Miguel; CASTRO, Adriana. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec: Opas. 2006.

MENDONZA, Claudia. **Evolución de la práctica clínica de la Musicoterapia hacia el campo social-comunitario. La comunidad, sujeto e objeto de intervención**. In: Salud, escucha y creatividad. PELLIZZARI, P. e RODRIGUEZ, R. (Org.). Buenos Aires: Ediciones Universidad Del Salvador, 2005.

PELLIZZARI, Patricia. **Musicoterapia Comunitaria, Contextos e investigación.**In: REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA. Ano XII, nº 10, (2010) – Curitiba, 1996.

SICCARDI, Maria Gabriela. **Musicoterapia Comunitária.** In: Salud, escucha y creatividad. PELLIZZARI, P. e RODRIGUEZ, R. (Org.). Buenos Aires: Ediciones Universidad Del Salvador, 2005.

“Escutando musicalmente entre muitos” uma música para mudar a minha vida

Benita Michahelles²

RESUMO

Este trabalho propõe uma reflexão acerca da contribuição do profissional musicoterapeuta numa equipe interdisciplinar de saúde mental infanto juvenil que trabalha nos moldes propostos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Baseia-se numa experiência vivida num serviço da rede pública do Rio de Janeiro, o CAPSIJ “Eliza Santa Roza”. Um caso clínico exemplifica na prática as considerações apresentadas.

Palavras-chave: musicoterapeuta, equipe interdisciplinar, saúde mental infanto juvenil

² Graduação em Musicoterapia e Educação Musical pelo CBM/RJ. Musicoterapeuta do Município do Rio de Janeiro (CAPSIJ Eliza Santa Roza). Professora de Música da Escola Suíço-Brasileira/ e-mail: benita@taturana.com

"Listening musically among many," a song to change my life

ABSTRACT

This work proposes a reflection on the contribution of the Music Therapist in an interdisciplinary mental health team working with children, in the ways proposed by the Brazilian Psychiatric Reform. It is based on a real-life experience at the CAPSIJ "Eliza Santa Roza", a Public Health institution in Rio de Janeiro, Brazil. A clinical case brings a practical example of the presented considerations.

Key-words: music therapist, interdisciplinary team, children's mental health

Os CAPSIJ (Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenis) têm uma diretriz própria e inovadora no campo da atenção pública no cuidado aos jovens e crianças em intenso sofrimento psíquico, diagnosticados como autistas, psicóticos, neuróticos graves e/ou que se encontram em situação de risco social. O objetivo é que esses jovens possam contar com um serviço que lhes dê escuta e que faça falar o que há de singular na experiência de cada sujeito, ao invés de apenas categorizá-los pelos sintomas que apresentam e de calá-los. É uma clínica que está se construindo. Considerando que a música é uma forma de discurso tão antiga quanto a

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

própria humanidade, certamente os musicoterapeutas têm muito a fazer no processo de construção dessa clínica.

O CAPSIJ Eliza Santa Roza tem a “prática entre muitos”ⁱ como forma de atenção que perpassa todos os dispositivos de atendimento. Ela se assemelha a “*pratique à plusieurs*”, uma forma de atendimento iniciada em 1990 por alguns psicanalistas europeus em instituições para crianças diagnosticadas como autistas e psicóticas. A clínica acontece na pluralidade das crianças e dos técnicos. Esses procuram promover a ampliação dos laços sociais e, ao mesmo tempo, sustentar a singularidade de cada um dos sujeitos em tratamento. Os espaços também são múltiplos, assim como o tempo, principalmente porque o trabalho é direcionado para possibilitar que sujeitos desejantesⁱⁱ venham a emergir. Esse modo de funcionamento proporciona o acolhimento de pacientes que, muitas vezes, já chegam inventando formas de lidar com o seu sofrimento, frequentemente gesticulando, gritando, emitindo sons, andando... Enfim, apresentando uma maneira de existir que dificulta a realização de seu tratamento em um sistema ambulatorial tradicional.

Os atos dos sujeitos na clínica “entre muitos” são sempre tomados no campo do sentido. Parte-se do princípio de que aquilo que aparece de forma caótica, aparentemente

não fazendo sentido, “poderá produzir o sentido no devir mesmo de sua sequência, sobretudo se for tomado nesta perspectiva” (ELIA, 2004, p.01). Sabemos que, para atender a essa clientela que não espera o início de uma sessão para iniciar o seu trabalho é necessário deixar-se regular por suas construções, proporcionando-lhes novas significações, ou seja, incluir-se no seu trabalho. É fundamental estar-se sensível a essas invenções nas suas mais diferentes formas e expressões e ter disponibilidade para inventar junto com esses sujeitos. E, principalmente, posicionar-se de modo aberto e acompanhar as diversas mudanças de sentido que são vividas pelos clientes durante seu trabalho de elaboração e construção psíquica.

Segundo o músico contemporâneo John Cage, “a escuta torna música aquilo que por princípio não é música”. “Em sua concepção, a construção musical se dá no nível interno, pela ação de uma escuta intencional, transformadora e geradora de sentidos e significados” (BRITO 2003, p.27). Cabe ao musicoterapeuta ser esse tipo de ouvinte na clínica de saúde mental infanto-juvenil. O seu trabalho deve se realizar num contexto que entenda a música como processo contínuo de construção que envolve perceber, sentir, experimentar, criar. Nesse processo, a criança ou jovem,

sujeito da experiência, é quem importa prioritariamente. Segundo Keith Swanwick, a música é uma forma de discurso e “pode fazer uma diferença na maneira como vivemos e como podemos refletir sobre a nossa vida.” (SWANWICK, 2003, p.78). As expressões sonoras e a arte musical proporcionam um espaço privilegiado de trocas, diferentemente das verbalizações. É responsabilidade do musicoterapeuta trazer esse nível de escuta e de trocas para a “clínica entre muitos”, permitindo fazer soar os muitos discursos musicais, sons e silêncios dos pacientes.

A partir dessa reflexão, convido a pensar sobre a escuta musical na clínica da infância. Como ela pode acontecer no atendimento “entre muitos”? Ela pode, nesse dispositivo, ajudar nas construções realizadas pelos sujeitos com grave sofrimento psíquico?

O Turno é a modalidade de atendimento fundamental do CAPSIJ Eliza Santa Roza. Durante um período determinado várias crianças ou jovens de uma mesma faixa etária ficam no CAPSIJ ao mesmo tempo, sendo atendidas por diferentes técnicos de diferentes formações. Não existem atividades previamente programadas. Essa modalidade de atendimento abre novas possibilidades de “estar com” outros. Não se trata de atendimento de grupo, mas sim de um

atendimento coletivo, que facilita trocas. No coletivo, seus atos, gestos e sons são interpretados como linguagem e como modo de comunicação. Logo após cada turno, ocorre uma reunião entre todos os profissionais envolvidos naquele atendimento. É um momento fundamental, no qual se discute o que ocorreu a partir dos diversos olhares e, de certa forma, também se traçam caminhos, direções para cada caso.

Nas práticas “entre muitos” é fundamental que as pessoas que oferecem tratamento se coloquem em posição “dessubjetivada”, ou seja: “suas ações devem estar subordinadas à escuta” (AUTUORI, 2006, p.08). A proposta é trabalhar a partir de um “não saber” para ajudar o paciente a construir o seu próprio saber.

Inicialmente, eu me perguntava como me incluir nesse trabalho, como incluir a Musicoterapia. Certa do potencial da música e do fazer musical na relação terapêutica, e ciente da existência dos muitos sons a serem escutados de cada paciente, a minha maior questão era: como fazê-lo nesse espaço coletivo?

Como forma de responder a essa pergunta e de trazer as considerações teóricas para o nível da prática, apresento a seguir o relato de um caso clínico que se refere a um período de cerca de quatro anos de trabalho.

Iago, como o *chamarei aqui*, chega ao CAPSIJ aos três anos e meio de idade, encaminhado por outro Serviço de Saúde, com diagnóstico de autismo. Após breve avaliação individual, ele é inserido em um turno de crianças pequenas (de até oito anos de idade). Nele trabalham como técnicos, eu, como musicoterapeuta, duas psicólogas e uma auxiliar de enfermagem, além de residentes e estagiários de formações diversas.

Inicialmente, Iago permanece pouco tempo na sala grande³ onde está a maioria das crianças. Prefere passear pelos corredores, ficar na sala de TV sentado no sofá, evita o contato e também o olhar, e em muitos momentos parece aflito em seus movimentos silenciosos e solitários. Não nos olha. Não fala e raramente emite sons. Às vezes elege algum objeto que fica segurando durante bastante tempo, como a bola do totó, uma figurinha ou, com certa frequência, o tamborim. Também passa longos períodos olhando revistas que escolhe.

Durante muito tempo parece bastante inacessível em seu modo de ser e de estar no mundo. Ao pegar o tamborim, apenas o segura de formas variadas e o observa silenciosamente. Muito pouco ou nenhum som produz com ele, porém. Nesses momentos, costumo sentar-me ao seu

lado com um tambor e ficar tamborilando ritmos variados. Iago parece gostar dessa companhia sonora. Presta atenção a seu modo. Às vezes, quando paro de tocar, segura a minha mão junto ao tambor, como que pedindo para que eu continue.

Só após algum tempo Iago “descobre” o violão, este que já era um instrumento presente desde o início do seu tratamento. Certa vez, então, chega e se dirige a esse instrumento que eu estava tocando, improvisando algo melodioso com a voz, sentada no sofá da sala grande. Iago coloca a mão sobre o tampo procurando sentir a sua vibração, e também a encosta de leve nas cordas que eu percuto. Durante um longo tempo não deixa que eu pare ou dê atenção a outras pessoas. Cantarola muito baixinho, improvisando junto comigo e balanceando um pouco o corpo, como que dançando. Na semana seguinte, passa boa parte do turno disputando vigorosamente esse violão com outro menino que chegara antes, e que já o estava tocando. A partir de então, ele começa a estabelecer uma rotina: todo vez que chega, primeiro se dirige à sala onde o violão fica guardado, pega-o com a ajuda de algum técnico, tira-o da capa e põe-se a “tocá-lo”. Na verdade, porém, inicialmente não produz som algum com o instrumento: apenas encena fazê-lo com o violão pendurado no corpo e tomando a palheta

na mão. Frequentemente eu toco para ele ou para outras crianças, e então ele olha com atenção. Nessas ocasiões, começa a interagir com alguns sons vocais bem suaves. Fazemos uma espécie de brincadeira de eco, então: a cada som vocal seu, eu e os outros técnicos repetimos esses sons em coro, amplificando-os.

Pouco a pouco, Iago começa a se mostrar mais “sonoro”, não com a sua voz, mas através de espontâneas experimentações nos instrumentos de percussão. Também começa a interagir mais com outras crianças, por exemplo, aceitando eventualmente objetos que elas lhe oferecem.

A mãe de Iago era atendida regularmente por sua referência⁴, uma estagiária de psicologia. Certa vez, num desses atendimentos, ela diz que sonhava em saber a todo custo o que se passava dentro do seu filho, e que desejava que ele fizesse um exame em uma “máquina”, que disse ter visto na TV, que poderia revelar “tudo o que se passava no seu corpo e na sua mente” e daria “todos os diagnósticos.” De fato, ela também tenta algumas vezes entrar no espaço de atendimento de Iago no CAPSIJ. Como ela é barrada por nós, tenta fazê-lo através de objetos pessoais que entrega na mão do filho (como cartões de telefone, de crédito etc.) bem na hora de ele entrar. O próprio Iago, porém, rapidamente deixa

esses objetos de lado e os substitui por alguns específicos de sua escolha, muitas vezes instrumentos musicais. Em uma ocasião, é uma baqueta que ele pega. Com auxílio desta, passa ele mesmo a “examinar” os objetos ao seu redor, pesquisando seus sons de forma ativa. Percute a lata de lixo, a parede, o tambor, o violão. Depois, demora-se experimentando o pau-de-chuva, e o observa bem. Curiosamente, também parece querer saber o que se passa no interior daquele instrumento.

Com a mesma baqueta, em outra ocasião, Iago pesquisa o som da janela, raspando-a na veneziana. Uma estagiária interage com ele, brincando de abrir e fechar outra veneziana ao lado, dizendo alternadamente: “tem sol!” “não tem sol”. Eu, então, me aproximo com o violão e imito com ele o som de reco-reco produzido por Iago na janela, e me integro repetindo os dizeres da estagiária, no mesmo ritmo que ela, só que colocando uma melodia em suas palavras, como mostra a partitura abaixo:

A handwritten musical score on a five-line staff. The key signature is one flat (Bb) and the time signature is 4/4. The melody consists of the following notes: a quarter note G4, a dotted quarter note F4, an eighth note E4, a quarter note D4, a quarter note C4, and a quarter note B3. The notes are written on the staff with stems pointing down. Below the staff, the lyrics 'tem sol não tem sol tem' are written in a simple, handwritten font, aligned with the notes. The first measure contains 'tem', the second 'sol', the third 'não', the fourth 'tem', the fifth 'sol', and the sixth 'tem'. The piece ends with a double bar line and repeat dots.

Quando interrompemos a brincadeira, ele insatisfeito bate na janela dizendo (ou seria cantando?) “ó!”, querendo continuar. Esta é a primeira vez identificamos na fala de Iago um som mais próximo a uma palavra.

Certa vez, ao ver Iago chegar e tendo-o cumprimentado, ele me responde com um “Oooi!” sonoro, como se sempre houvera falado! Vendo que ele tenta alcançar o clavicórdio, pergunto-lhe o que ele quer, e ele responde sussurrando: “Eu querrro o violão!”. Então atendo ao seu pedido e tocamos juntos, como de costume. Nesse dia, também brincamos de fazer sons com a boca, como “rrrrrr...” e “trrrr”, e também estalos diferentes (sons trazidos por ele). Ele parece descobrir com alegria a experiência de produzir esses sons com o seu corpo.

A partir daí, Iago fica cada vez mais falante; embora de forma ainda sussurrada. Também escreve bastante, muitas vezes coisas relacionadas à música, como nomes de gravadoras, nomes de cantores de diferentes estilos, e até trechos de letras de músicas e nomes de canções. Aproveito essas suas “dicas” para orientar o meu repertório junto a ele, procurando cantar músicas dos referidos artistas. Ele então ouve com interesse, bate palmas no final. Algumas vezes eu e outros técnicos cantamos em coro para ele.

Um dia, me diz quase cochichando, após eu lhe perguntar através de um fantoche o que ele tinha para falar: “Eu tenho muita coisa para falar, da minha vida, minha carreira (...) eu aprendi muita coisa, uma música de sentimento, coisas do coração...” (...)

Outra vez, ao chegar e como de costume pegar o violão, põe-se a passear pelo quintal, com o instrumento pendurado em seu corpo. Uma residente aproxima-se dele e pergunta o que ele estava tocando, ao que ele responde “Uma música pra mudar a minha vida”. Ela se mostra interessada e diz que gostaria muito de ouvir esta música... Faz algumas perguntas, mas não identifica o que ele responde. Depois eu me aproximo com outro violão. Ele se põe a tocar sonoramente cada corda, parece muito atento aos sons das diferentes alturas. Fico ao seu lado nessa pesquisa, reproduzindo com a minha voz o som que ele toca. Improviso cantando sobre a escala pentatônica menor de mi. Falo sobre cordas diferentes produzirem diferentes sons e nos “tocarem” com suas vibrações. Ele presta muita atenção. É a primeira vez que ligo faz soar tão claramente esse instrumento. Na semana seguinte, ele me acompanha tocando o tambor com presença rítmica e sonora na música “Bate Lata”⁵, que eu puxo cantando e acompanhando com o violão. Quando lhe

digo no final que gostei de tocar junto com ele, ele me responde: “Eu também gostei de tocar com você!”

Descobrimos que de fato existe uma canção intitulada “Pra mudar a minha vida”⁶. Providenciamos então esse CD (um show ao vivo), que é colocado para tocar durante o turno. Ao reconhecer a música, logo imediatamente pendura o violão em seu corpo e se aproxima do som. Alguns de nós pegamos diferentes instrumentos e os tocamos, acompanhando-o, e outros chegam mais perto para assistir ao “show”. Todos os presentes se envolvem de alguma forma nessa cena. Cantamos juntos a melodia da música, cujo refrão diz:

*“[...] Você chegou quando a dor mais doía
E me encontrou quando eu me perdia
Acho que foi Deus que te mandou pra mim
Pra recomeçar e me fazer feliz
Por toda vida...”*

Este é apenas um recorte de um caso que está em andamento e a cada semana continua nos trazendo novas surpresas. Logo não cessa de nos apresentar conquistas expressivas, como a fala cada vez mais articulada e a *capacidade crescente de fazer laços sociais.*

Podemos dizer que ele encontrou em seu espaço de tratamento um terreno que lhe deu possibilidades de vivenciar

suas construções. Assim, ele deslocou posições subjetivas e inventou novas formas de se relacionar, tornando-se cada vez mais ativo.

Sendo escutado amplamente, inclusive no nível musical, ele pôde aprender a também se escutar, traçando um percurso singular. Pôde construir uma ponte entre seus tempos e espaços internos e o mundo externo, e, em muitos aspectos, mudar a sua vida.

Constatamos que a música esteve presente em momentos cruciais desse percurso:

1. Mediado pelo som, Iago sai do seu isolamento inicial e é impulsionado a buscar uma aproximação com outros.

2. Sua primeira palavra, ou fragmento de palavra (“ól” = sol), no seu espaço de tratamento, ocorre no contexto de um jogo sonoro e também remete-se a uma nota musical.

3. Sua primeira frase revela o desejo por um instrumento musical (“*Eu quero o violão*”). Ele nos mostra que, apesar de já saber falar, ainda quer expressar conteúdos que vão além do que pode ser expresso apenas com palavras. Percebendo-se escutado, Iago entende que pode fazer uso de sua voz num sentido pleno. Deseja também tocar, cantar “(...) uma música de sentimento, coisas do coração (...)”.

Apesar de não haver um *setting* musicoterápico tradicional no CAPSIJ, uma atuação musicoterápica pode perfeitamente estar presente no atendimento “entre muitos”, fazendo aparecer a história sonora dos indivíduos: suas dissonâncias, melodias, ritmos, ruídos e silêncios. Incluindo-se a arte musical como forma de abordagem e conversação diferenciada neste dispositivo, deixa-se sempre a porta aberta para experiências significativas e transformadoras através dela.

REFERÊNCIAS

AUTUORI, S. **A arte no tratamento psicanalítico com crianças e adolescentes em grave sofrimento psíquico**. In: I ENCONTRO DE ARTE E SAÚDE MENTAL, organizado pelo Espaço Terapêutico Antonin Artaud e Instituto de Psicologia da UERJ. Setembro 2006, Rio de Janeiro: UERJ.

BRITO, T. A. **A Música na Educação Infantil**. 3a Edição. São Paulo: Editora Peirópolis, 2003.

ELIA, L. **O Conceito do Sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004

ELIA, L. **O sujeito demasiado visível no autismo**. In: I JORNADA CLÍNICA DO LAÇO ANALÍTICO(SUBSEDE DO RIO DE JANEIRO, intitulada “O AUTISMO TRATADO PELA PSICANÁLISE”. Rio de Janeiro, 2004. Museu da República.

FIÃES, R.P. **Capsi para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção do dispositivo clínico**. 1.edição.Rio de Janeiro:Editora Museu da República,2007.

SWANWICK,K. **Ensinando Música Musicalmente**. São Paulo: Editora Moderna, 2003.

¹ O termo “prática entre muitos” foi atribuído a Jacques-Alain Miller e historicamente três instituições européias iniciaram este trabalho: L'Antene110, Le courtil e Nonneté” (FIÃES,2007,p.71)

² Sujeito desejante é o sujeito do inconsciente tal como descrito por Freud na Psicanálise. Para maiores informações vide livro “O Conceito de Sujeito” de Luciano Elia(2004)

³ Há uma grande sala com brinquedos, materiais de artes e também instrumentos musicais, ligada a um quintal (onde também se encontram brinquedos, como casinha, carrssel etc.). Trata-se, de certa forma, da sala principal do turno, mas as crianças podem preferir ficar em outros espaços do CAPSIJ, como os corredores e as salas menores.

⁴ Referência é como denominamos no CAPSIJ o profissional responsável pelo caso, e que, independentemente da sua especialidade, geralmente também atende os pais (os responsáveis) da criança.

⁵ Música de autoria da Banda Beijo

⁶ Música de autoria da dupla sertaneja Zezé de Camargo e Luciano
Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

Cantar: elementos não verbais e estados de humor no processo musicoterapêutico

Luciana Steffen³

RESUMO

O Cantar é um recurso muito utilizado em Musicoterapia. Sabe-se que a voz é um importante meio de comunicação e expressão fora do ambiente musicoterapêutico. Essa pesquisa através de três estudos de caso, objetiva investigar se há uma relação entre estados de humor e elementos não verbais verificados na voz cantada e falada dentro de um processo musicoterapêutico, averiguar a congruência entre os estados de humor emitidos pela voz cantada e falada, e analisar a contribuição dos recursos não verbais no processo musicoterapêutico. Para sua realização o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa/CEP - Faculdades EST, nº 022/2009 e um instrumento de avaliação para as sessões musicoterápicas foi elaborado e aplicado pela autora dessa pesquisa. Os estados de humor influenciam a voz cantada e falada no processo musicoterapêutico, sendo que a voz cantada carrega uma supremacia de informações sobre a voz falada. Os elementos não verbais da voz do paciente configuram-se em subsídios de análise, tornando-se recursos imprescindíveis para os processos de avaliação e

³ Graduada em Musicoterapia pela Faculdades EST – São Leopoldo e Técnica em Canto pela ESEP - Escola Sinodal de Educação Profissional. Musicoterapeuta da Clínica Transdisciplinar de Infância e Adolescência Espaço Dom Quixote de São Leopoldo. E-mail: lucianast@gmail.com

terapêutico. Salienta-se que os achados desta pesquisa, embora sejam consistentes, ainda são insuficientes para consolidação dos resultados obtidos levando-se em consideração a quantidade da amostra coletada.

Palavras-chave: voz falada, voz cantada, Musicoterapia, estados de humor.

Singing: nonverbal elements and mood states within the music therapy process

ABSTRACT

Singing is a resource often used in music therapy. It is known that the voice is an important means of communication and expression out of the music therapeutic environment. This research conducted through three case studies, aims to investigate whether there is a relationship between mood states and nonverbal elements of singing and speaking voice inside the music therapeutic process; to evaluate the congruence between the mood states expressed through singing and speaking voice, and to analyze the contribution of nonverbal resources in the music therapeutic process. Before being conducted, the research project was approved by the Research Ethics Committee /CEP - Faculdades EST, under no. 022/2009 and an assessment tool for the music therapy sessions was developed and implemented by the author of this research. The mood states influence the singing and speaking voice in the music therapeutic process and the singing voice carries supremacy of information over the speaking voice. Nonverbal elements of the patient's voice are transformed into analysis subsidies to the processes of assessment and therapy. It should be stressed that the

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

findings of this research, although consistent, are still insufficient to consolidate the results obtained by taking into account the amount of sample collected.

Keywords: speaking voice, singing voice, Music Therapy, mood states.

INTRODUÇÃO

A voz cantada e falada altera-se e é influenciada pelo estado de humor do comunicador fora de um ambiente terapêutico, como afirma Behlau (1987), Scherer (2003), entre outros. Supõe-se que estados de humor também influenciem as expressões da voz cantada e falada no processo musicoterapêutico, sendo possível sua verificação através da análise de seus elementos não verbais.

A partir da experiência e motivação da autora foram estabelecidos os seguintes objetivos para a realização desta pesquisa: a) investigar se há uma relação entre estados de humor e elementos não verbais verificados na voz cantada e falada dentro de um processo musicoterapêutico; b) averiguar a congruência entre os estados de humor e a emissão vocal da voz cantada e falada; c) analisar a contribuição dos recursos não verbais para o processo musicoterapêutico.

Trata-se de uma pesquisa de três estudos de caso, um

estudo dos elementos não verbais da voz cantada e falada, assim como do estado de humor e físico das pacientes, realizada no decorrer de dez sessões. Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética/CEP, foram selecionadas três pacientes atendidas individualmente em Musicoterapia na Clínica-Escola, em um total de dezoito sessões. O critério de inclusão foi o cantar como principal recurso não verbal nas sessões com pacientes adultas do sexo feminino e, o critério de exclusão, a seleção de sujeitos juridicamente caracterizados como incapazes. O registro dos atendimentos se efetivou através da gravação sonora, pelo preenchimento de questionários entregues às pacientes, e pela elaboração e preenchimento de fichas avaliativas dos elementos não verbais da voz, denominadas Instrumentos de Avaliação da Voz Falada – AVFal, e Avaliação da Voz Cantada – AVCan (Cf. Anexo 1). Os instrumentos foram elaborados e aplicados visando a análise das vozes cantada e falada.

O referencial teórico que subsidiou a reflexão musicoterápica sobre os dados colhidos foi selecionado com base no tema aqui proposto e nos resultados das últimas pesquisas na área. Cabe salientar que na literatura disponível em Musicoterapia ainda há uma escassez de informações

musicais sobre o Cantar, bem como instrumentos de análise vocal para subsidiar o processo de avaliação em Musicoterapia.

O CANTAR EM MUSICOTERAPIA

Pesquisas sobre o Cantar em Musicoterapia são registradas a partir da década de 50, coincidindo com a estruturação da Música como terapia e como ciência. Atualmente, o Cantar está relacionado à expressão individual do indivíduo e à subjetividade revelada através de seu comportamento. Na teoria *Vocal Holding Techniques*, utilizada pela Mt. Diane Austin (2001), o Cantar encontra-se alternado entre paciente e musicoterapeuta pela improvisação vocal, oferecendo um espaço de expressão e alcance de autonomia. A Mt. europeia Sylka Uhlig (2006) estabelece diferentes níveis de utilização do canto em terapia. Na sua abordagem encontram-se métodos vocais que podem ser utilizados para atingir cada um dos níveis: emocional, relacional, cognitivo, físico, estético, espiritual e técnico. No nível afetivo, afirma que emoções como raiva, tristeza, medo e satisfação e estados de humor como amor, abalo emocional e ciúmes podem ser revelados na qualidade da voz.

O musicoterapeuta inglês Paul Newham (1999) estabelece a modalidade *Voice Movement Therapy*, dividindo a voz em dez componentes acústicos (altura, movimento melódico, intensidade, ataque glótico, quantidade de ar, “rompimento”, registro, nasalidade, qualidade vocal e articulação). Estes são identificados quando se canta, analisados e trabalhados para melhorar a expressão vocal geral, refletindo na melhora de diversos aspectos psicológicos.

Cantar em Musicoterapia é um dos procedimentos utilizados pelo paciente e seu musicoterapeuta, arrolado como recurso e como processo tanto para atingir objetivos terapêuticos, quanto para avaliar o modo de ser e estar do paciente. As canções configuram um espaço de expressão oferecido na sessão ao paciente, recurso musical este, que comunica questões subjetivas através dos modos de cantar, como afirmam alguns autores como Uhlig (2006), Austin (2001) e Newham (1999).

Autores como Albinati (2008), Aldridge (2008) e Uhlig (2006) trazem o Cantar como meio expressivo e comunicativo. O paciente revela-se como um todo através dele, denunciando seu estado emocional, como trazem Behlau (1987) e Scherer (2003), autoestima, personalidade, entre outros. Segundo

Uhlig (2006), o Cantar permite acessar sentimentos e pensamentos pela vibração e ressonância das células e músculos do corpo, já que, ao cantar o instrumento passa a ser o próprio corpo, na sua estrutura orgânica e psíquica, despertando emoções e memórias através do acionamento do sistema límbico.

As emoções influenciam diretamente as estruturas utilizadas na voz. Seus efeitos, primeiramente controlados pelo sistema límbico, ativam o sistema nervoso autônomo e somático, alterando os músculos envolvidos na produção vocal, de muco, de saliva e a respiração. Segundo Scherer (2003), ao provocar mudanças fisiológicas, as emoções e os estados de humor são perceptíveis através dos elementos não verbais da voz.

Há diversidades sobre quais elementos estão relacionados com a expressividade do canto. Behlau (1987), dentro da área da fonoaudiologia traz os parâmetros de leitura vocal, que são, entre outros: respiração, altura, extensão, registros, intensidade, ressonância, articulação, patosⁱⁱⁱ, maneirismo e melisma, postura, velocidade/andamento e timbre.

Morton (2007) e Behlau (1987) afirmam que os elementos não verbais, incluindo altura, andamento e inflexão

vocal, são os meios mais óbvios de transmitir emoções pelas canções. Algumas pesquisas como a de Sundberg, Iwarsson, e Hagegard (1995) relacionam tons mais graves, longas durações das sílabas, melodia descendente, intensidade fraca e andamento lento, com tristeza; respiração e articulação curtas (frases entrecortadas), ênfase nas consoantes, intensidade forte e melodias ascendentes ou lineares, com o sentimento de raiva; e Behlau e Pontes (1995) relacionam tons agudos, trazendo junto inflexões, maior velocidade, com alegria, junto com extensão vocal e previsibilidade na melodia, além de respiração curta e rápida poder indicar ansiedade.

Entoar canções existentes, improvisar ou compô-las, com ou sem acompanhamento instrumental e/ou vocal do musicoterapeuta, são algumas das possibilidades do Cantar com fins terapêuticos. As possibilidades são selecionadas pelo musicoterapeuta de acordo com os objetivos terapêuticos e com a clientela.

O Cantar pode ser dirigido ou espontâneo. Na improvisação vocal, a subjetividade do paciente é verificada de modo mais intenso do que quando ele canta algo já estruturado por Outro, sendo um cantar livre e espontâneo (AUSTIN, 1996). Através deste recurso musical, o musicoterapeuta permite a verificação autêntica da expressão

das emoções e estados de humor do paciente (ALDRIDGE; ALDRIDGE, 2008).

Por outro lado, o Cantar conduzido ocorre quando um intérprete se utiliza dos recursos técnicos apreendidos para cantar, assumindo a responsabilidade de transmitir o caráter da canção e seguindo as regras sintáticas impostas pelo autor, independente do seu estado de humor. Mas, mesmo que o paciente atue como um intérprete, não se convocando no processo terapêutico, encobrendo suas emoções pelo canto dirigido, estima-se que algum subsídio não verbal possa ser extraído de seu estado emocional, pois este será revelado pelo seu Cantar.

A canção por si só não é relevante, mas sim, o modo como o paciente a percebe e comunica-se ao entoar essa estrutura musical. Ao Cantar, independente da estrutura melódica, o paciente sonoriza seus elementos internos, oportunizando ao musicoterapeuta a compreensão do seu estado de humor.

Na Musicoterapia, os elementos não verbais do Cantar revelam o estado de humor momentâneo e evidenciam as atitudes do paciente em relação a este estado, simulando como este se comporta em outros contextos, denunciando como está e como age.

O Cantar funciona tanto como um recurso quanto um processo para que os objetivos delineados pelo musicoterapeuta possam ser alcançados. Os elementos não verbais proporcionam ao paciente maneiras de se relacionar consigo e com o Outro, permitindo que ele expresse e revele sua autonomia, independência e humor no momento em que canta. O musicoterapeuta intervém e se comunica com o paciente através do Cantar, alternando liderança, possibilitando que ele cante sozinho, permitindo que faça escolhas, seja de uma canção, tom, andamento, entre outras tantas possibilidades.

Cantar individualmente pressupõe que o indivíduo entoe uma melodia. O Cantar coletivo permite que pessoas compartilhem o tempo e o espaço da canção no mesmo tom, andamento, com a mesma articulação, conectando-os assim em todas as dimensões, seja intra e interpessoal. A relação interpessoal propiciada pelo Cantar revela e desenvolve questões como liderança, autonomia, iniciativa, segurança, cooperação, responsabilidade, comunicação, concentração, capacidade de fazer escolhas, autoestima, organização, submissão, autoritarismo, entre outros. Quanto às relações intrapessoais, o Cantar revela os estados de humor, desenvolve o emocional, a autoexpressão, o

autoconhecimento, provoca mudanças de humor, alivia as tensões, leva a uma reflexão sobre sentimentos, emoções, entre outros. Permite que o paciente se conscientize sobre seu estado emocional e que as questões reveladas pelo Cantar sejam elaboradas.

No grupo, o Cantar oferece um *background* promotor de energia e força àquele paciente, cuja iniciativa ainda encontra-se minimizada. O canto do Outro se soma ao canto do paciente. Nesse acréscimo de textura, emerge a força e a noção de poder. O paciente necessita seguir uma sequência de ajustes para manter-se na canção, sendo convocado para estar e compartilhar com o Outro.

Quando há o domínio dos elementos da linguagem musical e da sua sintaxe pelo musicoterapeuta, efetiva-se uma escuta analítica sobre o Cantar. Isenta de uma análise de natureza psíquica, o nível musical do paciente fornece elementos que subsidiam e formam critérios de avaliação em Musicoterapia.

Em Musicoterapia utilizam-se critérios de avaliação do Cantar oferecidos por outras áreas, a exemplo da Fonoaudiologia e da Técnica Vocal. Na sequência, apresenta-se um instrumento elaborado para promover referência na avaliação das questões relacionadas à estrutura psíquica

revelada pelo paciente através dos elementos não verbais do Cantar.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA VOZ FALADA (AVFAL) E INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA VOZ CANTADA (AVCAN)

Aqui serão apresentadas as características da clientela atendida identificadas por “A”, “B” e “C”, e os instrumentos de avaliação propostos para a voz falada e cantada. Por não ser o foco desse estudo, a especificidade de cada queixa não será aprofundada, apenas citada como informação.

Paciente “A”, mulher de 65 anos, casada, dona de casa, com diagnóstico de depressão, mãe de três filhos adultos, um falecido há treze anos; paciente “B”, mulher de 57 anos, casada, mãe de três filhos adultos, atua em dois turnos como faxineira numa instituição de ensino superior, diagnosticada com Síndrome do Pânico; e, paciente “C”, mulher de 31 anos, casada, mãe de dois filhos (menores de idade), atua como secretária nos dois turnos, apresentando queixas de estresse, sem diagnóstico médico.

O estado de humor e físico foi relatado pelas pacientes através de questionário elaborado pela autora, preenchido antes de cada sessão. Foram selecionadas as produções

vocais da voz cantada e falada de cada paciente. Dentre as diversas técnicas musicoterápicas considerou-se a técnica de Recriação pela qual o musicoterapeuta oferecia canções conhecidas e as pacientes cantavam e/ou acompanhavam com instrumentos de percussão. Nas atividades a liderança era exercida tanto pelo musicoterapeuta como pelas pacientes, onde às vezes o Musicoterapeuta determinava o tom e o andamento e cantava junto, visando prover energia e motivação, auxiliando e incentivando as pacientes na busca dessa liderança e autoestima.

Suspeita-se que quando as pacientes não alcançavam um bom desempenho musical, seja cantando fraco, com má articulação, projeção inadequada, imprecisão nas alturas, inflexão monótona e sem manter o centro tonal, a execução musical poderia estar associada à falta de conhecimento da canção proposta, ou pelo gosto musical.

Foram considerados aqueles elementos que configuram a qualidade vocal. Cada elemento não verbal sinaliza uma parcela de informação sobre o estado vocal, físico e psicológico das pacientes. Para classificar vozes patológicas a graduação de cada elemento seguiu a orientação dada pela Fonoaudiologia, encontradas em Behlau (1995). Como complemento, incluiu-se nos instrumentos de avaliação os

parâmetros musicais a fim de se analisar os elementos da voz cantada.

Os parâmetros que integram a avaliação da voz cantada e falada foram sistematizados em dois instrumentos de avaliação, denominados: Instrumento de Avaliação da Voz Falada (AVFal) e Instrumento de Avaliação da Voz Cantada (AVCan), ambos preenchidos a cada sessão para cada paciente. Em cada tabela foram agrupados os elementos não verbais da voz cantada e da voz falada. Os itens foram preenchidos com subsídios extraídos dos atendimentos individuais. Cada atendimento foi seccionado em três partes (início, desenvolvimento e fim), levando-se em consideração o estado de humor relatado por escrito. Cada sessão teve a duração em torno de quarenta e cinco minutos, dividida em partes iguais, respeitando-se inícios e fins das canções ou falas.

Para o item Estados de Humor, constatou-se que aqueles assinalados pelas pacientes variavam individualmente a cada sessão, sendo para paciente A) Angustiada, Tensa, Alegre e Insegura; B) Tranquila, Insegura, Tensa, Triste e Cansada, e, C) Tensa, Triste e Tranquila. Com relação à Qualidade Vocal, foi identificado o Tipo de Voz, sendo encontrado o tipo de voz Neutra para todas as

pacientes.

O quesito Extensão inclui espectro de alturas, alturas prevalentes e tessitura. Para a voz cantada foram acrescentados: manutenção do centro tonal e determinação do tom.

O espectro de alturas da voz falada da paciente “A” foi C1 a G#3, “B”, F2 a G3 e “C”, F2 a E3 e da voz cantada, “A”, A1 a A3, “B”, D2 a B3 e “C”, D2 a A3. As alturas prevalentes da voz falada da paciente “A” foi D2 a E3, “B”, G2 a D3 e “C”, G2 a D3, e da voz cantada: “A”, D2 a F#3, “B”, G2 a A3 e “C”, D2 a F#3. A tessitura da voz falada da paciente “A” foi E2 a C#3, “B”, A2 a D3 e “C”, G2 a D3, e da voz cantada: “A”, E2 a E3, “B”, A2 a G3 e “C”, A2 a F#3. Em relação ao centro tonal, a paciente “A” manteve o tom na maior parte das sessões, “B”, manteve, mas sem alcançar as alturas mais agudas e mais graves e “C”, manteve. A determinação do tom das pacientes “A” e “B” foi dada pela/o terapeuta na maior parte das sessões, e da paciente “C”, pela terapeuta e paciente.

A Intensidade foi analisada com as seguintes graduações: adequada, aumentada ou reduzida, tendo como referência a própria paciente. Na voz cantada encontrou-se para a paciente “A” e “B” intensidade adequada e reduzida e “C” adequada. Na voz falada a intensidade foi adequada para

todas as pacientes.

Com base na referência da velocidade da própria paciente, a voz falada foi analisada como aumentada, reduzida, adequada ou com muita variação entre as graduações. Na voz cantada considerou-se para o andamento: o caráter de acordo com o aferimento do Metrônomo de Maelzel (M.M.). Considerou-se a manutenção do andamento (mantiveram, aceleraram ou diminuíram) e sua determinação (pela paciente ou pela/o musicoterapeuta). A velocidade da voz falada da paciente “A” foi normal, com 84 palavras por minuto, “B”, aumentada, com 86 palavras por minuto e “C”, normal, com 73 palavras por minuto. O caráter da paciente “A” foi andante e larghetto, “B”, andante, e “C”, adágio. O M.M. indicou para “A”, 40 a 115bpm, “B”, de 45 a 118bpm e “C”, 49 a 140bpm. A paciente “A” manteve e diminuiu o andamento, “B” e “C”, mantiveram o andamento. A determinação do andamento observada foi “A” e “B”, pela/o terapeuta e “C”, pela terapeuta e paciente.

Para a voz cantada analisou-se a textura. Observou-se se a paciente cantava sozinha ou acompanhada pelo musicoterapeuta (monofonia), com acompanhamento harmônico (homofonia) ou se o musicoterapeuta e paciente cantavam linhas melódicas diferentes (polifonia). A textura foi

homofônica para todas as pacientes.

A Capacidade Articulatória foi analisada como normal, precisa, indiferenciada, travada ou exagerada. Para a voz cantada, a articulação de todas as pacientes foi normal, para a voz falada, encontrou-se na paciente “A” articulação normal e precisa e nas pacientes “B” e “C”, normal.

As Inflexões da voz cantada foram consideradas como monótona ou modulante, assim como sua determinação (pela paciente ou pela/o musicoterapeuta). Para todas as pacientes as inflexões foram modulantes e a determinação das inflexões pela paciente.

A voz falada foi classificada de acordo com o contorno melódico produzido, delineada pelas formas ascendente ou descendente, arco, arco invertido, senoidal ou linear, para a paciente “A” e “B” arco e “C”, senoidal. O último elemento considerado foi a Projeção vocal descrita como adequada ou inadequada, onde para todas as pacientes na voz cantada e falada encontrou-se projeção adequada.

RESULTADOS

Apresentam-se a seguir os elementos prevalentes encontrados no AVCan e no AVFal para o estado de humor

prevalente relatado, mostrando a relação entre estado de humor e elementos não verbais da voz, além de outros resultados relevantes para a Musicoterapia.

PACIENTE A

A paciente nem sempre cantava e, quando chorava, cantava com intensidade reduzida, sem adequação de projeção e com inflexão e articulação indiferenciada. Em determinadas canções ela referia-se ao filho falecido. Salienta-se que na quarta sessão, a paciente revelou que sua semana tinha sido boa, usando alturas entre C2 e D2, sem projeção vocal e com a voz em intensidade fraca. No decorrer da sessão relatou sua tristeza devido à data de aniversário do filho falecido. A partir desse momento cantou as alturas mais graves de todas as sessões. Sua fala também foi emitida em alturas graves e intensidade fraca, articulando mal as palavras, impossibilitando o entendimento do conteúdo verbalizado.

O estado de humor Angustiado foi prevalente nas sete sessões. Nessas ocasiões foram entoadas tanto alturas graves como agudas. O centro tonal foi mantido e determinado pelo musicoterapeuta, variando a intensidade de

adequada à reduzida. O andamento apresentou-se como o mais lento, semelhante ao humor Tenso. A velocidade foi mantida e às vezes era diminuída. Apresentou articulação normal, precisa e indiferenciada, com inflexão monótona e modulante. O modelo vocal foi determinado pela paciente e pelo musicoterapeuta. Cantou com textura homofônica, em projeção que alternava entre adequada e inadequada.

Na voz falada os elementos vocais são semelhantes. Emitiu palavras com alturas graves. A velocidade variou de normal à reduzida, mantendo um dos menores números de palavras por minuto. A articulação manteve-se entre o normal e indiferenciada. Os contornos melódicos entoados seguiram a forma de arco e descendente.

PACIENTE B

O estado de humor Tranquilo foi prevalente em três sessões. Quando cantou com a musicoterapeuta alcançou as alturas mais agudas, o que sozinha não conseguiu, independente do acompanhamento do violão. Afinou e manteve o andamento quando a musicoterapeuta entoava junto. Nestas situações, a paciente ou atrasava ou adiantava o andamento, havendo necessidade de que fosse modificada

a velocidade da canção para que a musicoterapeuta estivesse com a paciente.

Quando tranquila alcançou as alturas mais agudas semelhantemente ao estado no qual se declarava insegura. Na maioria das vezes, acompanhada pelo musicoterapeuta, manteve o centro tonal, entoando as melodias tanto em regiões graves como na região aguda. Verificou-se que a intensidade variava entre adequada, aumentada e reduzida. O andamento foi mantido, fixando-se entre o acelerado e diminuído, observando-se que foi o mais rápido e o mais lento entre os demais estados de humor. A velocidade das canções foi determinada preponderantemente pela musicoterapeuta.

Articulava de forma normal, precisa e indiferenciada. Realizava modulações na inflexão e ao final das sessões por vezes modulava ou vocalizava de forma monótona. Determinação da inflexão foi dada pela paciente. A projeção vocal foi sempre adequada. A determinação do tom foi estabelecida pela musicoterapeuta e a tessitura se manteve em todos os estados de humor.

Os resultados obtidos para a voz falada foram similares. As alturas entoadas foram as mais agudas, em intensidade adequada. A velocidade variava entre aumentada e normal, verbalizando um número de palavras Intermediário. O

contorno melódico para a fala apresentou as formas de arco, arco invertido, ascendente, senoidal. A projeção vocal manteve-se adequada.

A maior diferença de alturas ocorreu quando o humor modificou-se de Tranquila para Insegura. As alturas prevalentes configuram uma escala ascendente deslocando-se do grave quando Cansada, passando pela região média quando Triste, alcançando o ápice quando Tensa e Tranquila.

PACIENTE C

O acompanhamento das canções ou era executado harmonicamente ao teclado ou pelo *playback* do karaokê, situações nas quais o tom e o andamento eram impostos e não dependiam de escolhas.

Não houve diferenças significativas no espectro de alturas. O estado de humor Tenso foi prevalente nas sessões. Quando se identificava assim, as alturas entoadas foram as mais graves de todos os estados de humor, embora a variação entre as frequências emitidas entre o grave e o agudo alcançou o intervalo de um tom e meio. O centro tonal foi mantido apenas no final da sessão, determinado principalmente pela musicoterapeuta. A intensidade vocal

revelada foi adequada e reduzida, no andamento mais rápido, e mantido. Às vezes articulava de forma indiferenciada, dificultando o entendimento das palavras. Em outras ocasiões articulava normalmente.

Sua inflexão vocal variava entre a monotonia e pequenas modulações. Ao final das sessões a projeção vocal inicialmente inadequada, tornava-se mais adequada ao ambiente.

Para a voz falada entoava alturas mais graves, em uma intensidade adequada, considerando-se que a paciente falava pouco durante as sessões. A velocidade das palavras pronunciadas por minuto só puderam ser quantificadas em uma situação. Nesta ocasião, a articulação manteve-se normal e precisa, delineada em um contorno melódico nas formas de arco, descendente, e ascendente, com projeção vocal adequada.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Diante dos resultados descritos na seção anterior, pode-se observar que no decorrer de cada sessão os elementos da voz cantada e falada se modificaram, sinalizando que houve uma modulação nos estados de humor. Salienta-se que o

desconhecimento de canções gerou inflexões vocais monótonas e intensidade fraca. Questiona-se aqui se os parâmetros “conhecimento prévio” e “gosto musical” configuram-se em um viés determinante para a interpretação de dados referentes à intensidade e realização de inflexões vocais. Verificou-se que o gosto musical revelado pelas interpretações de canções influenciou na emissão da intensidade e das inflexões vocais. Observa-se que as pacientes cantavam mais forte, realizando inflexões modulantes quando entoavam canções conhecidas e integrantes de seu repertório predileto.

Quanto às variáveis observadas na discussão nos resultados surgem questões que podem alterar ou mascarar os resultados, como: a) quando o tom e o andamento da canção são propostos, qual o espaço que o paciente possui para revelar-se? b) em que medida as escolhas musicais acolhidas ou refutadas influenciam nos resultados da emissão vocal? c) quando o tom da canção é imposto e está inadequado, quais elementos podem ser colhidos? d) há diferença entre Cantar individualmente, em grupo, e com acompanhamento harmônico? e) quando o paciente está acometido por alguma patologia ou alguma alteração física momentânea, o estado de humor pode estar revelado pela

emissão vocal?

CONCLUSÃO

Para alcançar os objetivos de analisar os elementos não verbais da voz, pela inexistência de outro instrumento avaliativo em Musicoterapia, foi necessário elaborar um instrumento específico formado por parâmetros que descrevem as características vocais. Considerando-se que o mesmo foi aplicado pela primeira vez, sugere-se que este seja testado com outros pacientes e focado como objeto de nova pesquisa.

Os elementos prevalentes foram analisados e formaram o corpo de dados que evidenciaram a confirmação de uma relação entre os estados de humor e os elementos não verbais da produção vocal – falada e cantada.

Os resultados demonstram que a modulação dos estados de humor no decorrer das sessões, bem como a influência do gosto estético e o conhecimento musical, entre outras questões podem alterar ou mascarar a obtenção de dados. Porém, a voz cantada apresenta diversos parâmetros a serem analisados. Conclui-se que os estados de humor são detectados principalmente através do Cantar trazendo mais

informações através dos elementos não verbais do que pela voz falada. Sublinha-se que os principais elementos verificados no Cantar são intensidade, andamento e inflexão.

Pesquisas sobre o tema ainda esquivam-se de discorrer sobre a complexidade das informações musicais presentes no Cantar, tanto do Musicoterapeuta como do paciente. Necessita-se de mais pesquisas na Área e embora os dados deste estudo sejam consistentes, ainda são insuficientes para consolidação dos resultados obtidos, levando-se em consideração a quantidade da amostra coletada. Há de se considerar as variantes que acompanham o Cantar no processo musicoterapêutico espontâneo ou dirigido.

REFERÊNCIAS

ALBINATI, M. **Recursos musicais aplicáveis à saúde e à educação da criança e do adolescente: Contribuições da Musicoterapia à clínica pediátrica.** 138 f. 2008. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ALDRIDGE, Gudrun, ALDRIDGE, David. **Melody in music therapy: a therapeutic narrative analysis.** Philadelphia: Jessica Kingsley. 2008.

AUSTIN, Diane. **In Search of the Self: The Use of Vocal Holding Techniques with Adults Traumatized as Children.** Music therapy perspectives. 2001;19(1):22-30.

BEHLAU, Mara Suzana; ZIEMER, Roberto. Psicodinâmica Vocal. In: FERREIRA, Léslie P. (Org.) **Trabalhando a voz.** São Paulo: Summus. 1987.

BEHLAU, M. & PONTES, P. **Avaliação e tratamento das disfonias.** São Paulo: Lovise. 1995.

MORTON, Bruce J. Emotion in song: Children's judgements of emotion in song. **Psychology of music.** 2007;35(4):629-639.

NEWHAM, Paul. **Using voice and song in therapy. The practical application of voice movement therapy.** Londres: Jessica Kingsley Publishers. 1999.

SCHERER, K. R. Vocal communication of emotion: A review of research paradigms. **Speech communication.** 2003;40:227-256.

SUNDBERG, J., IWARSSON, J., and HAGEGÅRD, H. A singer's expression of emotions in sung performance. In O. Fujimura and M. Hirano (eds.) **Vocal fold physiology. Voice quality control.** San Diego: Singular Publishing Group Inc. 1995.

UHLIG, S. Authentic Voices - **Authentic Singing, A multicultural approach to vocal Music Therapy.** Gilsum, NH, USA: Barcelona Publishers. 2006.

ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA VOZ CANTADA – AVCan

Atendimento		Primeiro		
Estado de Humor Assinalado				
Etapas da Sessão		Início	Desenvolvimento	Fim
Qualidade Vocal				
Extensão	Espectro de Alturas			
	Alturas prevalentes			
	Tessitura			
	Centro Tonal			
	Determinação do Tom			
Intensidade	Adequada			
	Aumentada			
	Reduzida			
Andamento	Caráter			
	M.M.			
	Manutenção do Andamento			
	Determinação do andamento			
Textura	Monofônica			
	Homofônica			
	Polifônica			
Articulação	Normal			
	Precisa			
	Indiferenciada			
	Travada			
Inflexão	Exagerada			
	Monótona			
	Modulante			
Projeção	Determinação das Inflexões			
	Adequada			
	Inadequada			

Cuidado de enfermagem por meio de acordes musicais: significados e sentimentos vivenciados

Dirce Stein Backes⁴
Jane Santiago Sasso⁵
Simone Barbosa Pereira

RESUMO

A música é capaz de transformar ambientes. O profissional da saúde deve, cada vez mais, estar atento às situações, nas quais possa promover o bem-estar e o conforto aos usuários. Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo desenvolver a arte do cuidado de enfermagem por meio da música, bem como compreender o significado dessa alternativa de cuidado para o bem-estar e conforto do paciente durante a sua internação hospitalar. Trata-se de uma pesquisa-ação, para a qual foram realizadas sessões musicais, por acadêmicos de enfermagem, de quinze em quinze dias, no período de duas horas, a pacientes internados em um hospital de médio porte da cidade de Santa Maria, RS. A partir disso, conclui-se que a

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social na Enfermagem e Saúde (GEPESSES). Orientador do trabalho. E-mail: backesdirce@ig.com.br

⁵ Acadêmicos do Curso de Enfermagem da UNIFRA. Bolsistas voluntários do GEPESSES. Integrantes do Projeto de Extensão "Acordes para a Saúde". monnibar@yahoo.com.br; janesasso@hotmail.com

música se constitui num excelente instrumento de cuidado, não só para os pacientes, mas também para os profissionais que atuam na instituição. A música proporciona um ambiente mais agradável e eficaz para o alívio da dor, tanto física quanto emocional e espiritual.

Palavras-chave: Enfermagem; Humanização da assistência hospitalar; Musicoterapia.

Nursing care by means of musical chords: meanings and feelings experienced

ABSTRACT

The music can transform environments. The health professional should be increasingly aware of the situations in which to promote the welfare and comfort to users. Thus, this study aimed to develop the art of nursing care through music and to understand the significance of this alternative care for the welfare and comfort of patients during their hospitalization. This is an action research, for which music sessions were conducted by nursing students, every fifteen days, in two hours, to patients in a medium-sized hospital in Santa Maria, RS. It is concluded that music is an excellent tool not only for patients but also for professionals who work at the institution. Music provides a more pleasant and effective environment for pain relief, both physically and emotionally and spiritually.

Key-words: Nursing; Humanization of Assistance; Music Therapy.

INTRODUÇÃO

No mundo hodierno, entende-se que há necessidade de o profissional da saúde se atualizar não apenas no que diz respeito à arte do cuidado curativo, mas também na arte interativa e associativa, a qual envolve a subjetividade do ser humano. Dessa forma, pode-se considerar a Musicoterapia como uma das alternativas de cuidado, que ocupa, crescentemente, um importante papel nos diferentes espaços sociais, sobretudo, no ambiente hospitalar, no qual impera, frequentemente, a dor e o sofrimento de pessoas que, por um motivo ou outro, tiveram que deixar casa e família para tratarem de sua saúde/doença (BERGOLD, 2005).

Os grandes teóricos de enfermagem há muitos anos já preconizaram que o ser humano não deve ser apreendido apenas em seu processo físico, mas como um ser singular e multidimensional, a partir de seus valores, crenças, cultura e vivências significativas (LEOPARDI, 1999). Uma das teóricas de enfermagem que explícita essa ideia é Florence Nightingale, quando enfatiza que não somente o ambiente físico conforta e acalma, mas que também o ambiente psíquico influencia na vida e na saúde dos pacientes e familiares (LEOPARDI, 1999).

Outra teórica de enfermagem que aborda o cuidado multidimensional com sabedoria e propriedade é Wanda Horta, a qual salienta que o cuidado de enfermagem deve ser prestado ao ser humano e não à doença propriamente dita. Com esse pensamento, alerta para a necessidade de considerar o cuidado ao ser humano em suas diferentes dimensões, isto é, como um ser singular e integral, independente da doença (LEOPARDI, 1999).

Nessa direção, falar em cuidado ampliado, ou seja, criativo e inovador, significa deslocar o foco de atenção da doença, propriamente dita, para o ser humano que a abriga. Significa ir além dos condicionantes externos ou das concepções técnicas enfatizadas pela Política Nacional de Humanização, a qual enfatiza que se torna imprescindível o acolhimento do paciente, entendendo que acolher significa amparar, escutar, atender e prestar conforto e segurança ao ser humano (BACKES, 2006).

De acordo com estudos realizados, a música faz parte de nossas vidas desde o nascimento, como nas cantigas de ninar, até a morte, com as músicas fúnebres. Basta lembrar que a música integra o ser e o viver desde a manhã à noite, permeia os diferentes ambientes sociais, tanto formais quanto informais. (BACKES *et al*, 2003; BACKES, 2004; CHAGAS *et*

al, 2004; BERGOLD, 2005).

Na maioria das vezes, o ambiente hospitalar é motivado pela frieza do aparato tecnológico e da mecanização das rotinas e normas pontuais e lineares. Sendo assim, é preciso, gradativamente, avançar nas discussões, no sentido de tornar a hospitalização menos agressiva e desumana. Entende-se que é preciso possibilitar ambientes de cuidado que confortem e aliviem a dor, tanto dos pacientes quanto dos profissionais envolvidos no cuidado (CUNHA, 2007).

Com o desejo de transcender o cuidado pontual e tecnicista e avançar na busca de novos referenciais e tecnologias de cuidado, mais humanizadas, interativas e criativas, propomo-nos a buscar alternativas de cuidado por meio da música no ambiente hospitalar. Assim, o presente estudo tem por objetivo desenvolver a arte do cuidado por meio da música, bem como compreender o significado dessa alternativa de cuidado para o bem-estar e conforto do paciente durante sua internação hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação, realizada em um Hospital de médio porte, localizado na região central do Rio

Grande do Sul.

O trabalho, ainda em andamento, iniciou no mês de maio de 2010, partindo da iniciativa de um grupo de acadêmicos do terceiro semestre do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, mais especificamente a partir da disciplina “Teorias de Enfermagem”, instigando-se a transcender a dimensão tecnicista e mecanizada do cuidado de enfermagem e avançando-se no sentido de desenvolver novas tecnologias de cuidado de enfermagem.

As sessões de música foram realizadas quinzenalmente, nos sábados à tarde, com duração de, aproximadamente, duas horas.

Inicialmente, as músicas cantadas por iniciativa dos acadêmicos que integram o projeto “Acordes para a Saúde” foram de inspiração religiosa. Com o passar do tempo, a seleção foi se tornando eclética, por meio de músicas da MPB, bem como músicas populares – conforme sugestão dos pacientes e acompanhantes – as quais foram acompanhadas pelo instrumento violão.

As sessões de música ocorreram em todas as unidades do hospital, mais especificamente nos corredores, com enfoque especial na unidade de desintoxicação dos

dependentes químicos, em que se encontram adolescentes tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino. Foram atingidos, em média, 90 usuários e 50 profissionais em cada sessão musical.

Os dados pesquisados foram coletados logo após as sessões musicais, mediante entrevista gravada, na qual o entrevistado respondeu, voluntariamente, aos seguintes questionamentos: O que significou este momento para você? Quais os sentimentos que a música despertou em você? Quais são as suas sugestões de música?

Os dados foram organizados e analisados pela técnica de análise temática, na qual foram criadas categorias de análise (Fonseca, 2006).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UNIFRA, sob o número 238/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base nos dados coletados após as sessões de música, foi possível perceber a importância do cuidado interativo e criativo por meio da música, proporcionando bem-estar e conforto tanto para os pacientes e acompanhantes quanto para os profissionais de saúde que atuam na

instituição em questão.

Os dados analisados resultaram em duas categorias de análise: Significados atribuídos à música no hospital e Sentimentos vivenciados durante as sessões de Musicoterapia.

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À MÚSICA NO HOSPITAL

Os significados atribuídos à música no hospital foram os mais diversos. Enquanto que para os pacientes ela representou distração, conforto e milagre, para os familiares a significou descontração e bem-estar; e, ainda, para os profissionais, tranquilidade e serenidade. Percebeu-se que a música oferece a possibilidade de transcender as ações pontuais de cuidado e a oportunidade de abrir-se para o novo e o diferente, isto é, a possibilidade de “distrair-se” e sair de um ambiente hospitalar frio e inseguro, para um ambiente mais aconchegante e humano, como expressam as falas a seguir:

“Me lembrou de momentos passados (...) milagre (...) esqueci de tudo” (U3).

“Eu gostei muito deste momento (...) parece que a gente esquece que está no hospital ou com uma doença” (U4).

“Este momento me reportou à época em que eu cantava e participava do coral da Igreja (...) gosto muito do canto e da música” (U7).

“Para mim significa paz, alegria (...) estava com vontade de cantar” (P9).

“(...) vida, paz (...) a música muda o ambiente.” (P11).

“A música me acalma, traz paz e felicidade, e harmonia” (P13).

“Alegria (...) me lembrei da minha vida, da mocidade, quando eu brincava, dançava e cantava” (U16).

“Bah! Neste momento parece que esqueci que estou doente, faz quase um mês que estou aqui e sempre fico deitado (...) me cansa, fico triste (...) agora parece que esqueci de tudo” (P17).

“Neste momento a música me deixou nas nuvens, a gente se sente muito triste aqui dentro e todos os dias a mesma coisa, gostei muito quando vocês tocaram a música Zaqueu” (P19).

Na fala dos usuários fica visível que o significado da música vai além da dimensão física ou do cuidado físico,

atingindo a dimensão emocional, psíquica e espiritual na medida em que permite sair da situação de estresse, dor, insegurança e reportar-se a momentos agradáveis e de realização pessoal, como cantar num coral, estar em sua casa, dentre outros.

Tais atitudes se relacionam à humanização hospitalar, principalmente, na medida em que se estimulam novas formas de cuidado por meio do respeito, dos vínculos de confiança, do acolhimento das diferentes situações e por meio de medidas que tornam o ambiente de cuidado familiar e o promotor de vida e saúde (BACKES *et al.*, 2003).

SENTIMENTOS VIVENCIADOS DURANTE AS SESSÕES DE MÚSICA

Pacientes, familiares e profissionais experienciam sentimentos de esperança, segurança e motivação; os usuários experienciam sentimentos como bem-estar, alívio, conforto e segurança e, os profissionais expressam sentimentos de leveza, alegria, paz, e motivação, dentre outros.

“Nós tentamos descontrair né, brincando, dizendo: oh, vai ter festa, música, gostou? Aí, ele com a cabeça disse que sim, porque só vê seringa, soro, né? E de repente vem isso aí; até com certeza, se o caso do meu tio não fosse tão grave, poderia ajudar até na cura, porque a pessoa não se sente quase terminal, né? Acho que para ele foi bem importante principalmente no quadro dele, vi na reação do semblante dele, porque sempre ele gostou muito de música; ele virou assim o rosto estranhando, mas gostando. Assim, oh, estou em POA há trinta anos e tive parentes que se operaram há poucos dias e vejo que o clima do hospital é meio tenso, né? E, eu para mim, me surpreendeu de maneira positiva; tá (*sic*) aqui dentro é triste né? E de repente tu vem (*sic*) e recebe este carinho através da música; eu achei muito válido” (U9).

“A música levanta o teu astral né? Chorou... Que não é bom, nunca é bom tá (*sic*) num hospital, que é nosso caso aqui, imagina tá (*sic*) doente, necessitando muitas vezes de uma coisa; aí vem tocar, claro que a gente se emociona (...) é bom, muito bom; dizer o que? Dar parabéns a vocês pela iniciativa e que continuem assim; eu vou estar aqui sentado no corredor aqui cada vez que vocês vem (*sic*) eu vou estar aqui escutando. Deus queira que da próxima vez que vocês

vierem aqui eu não precise mais estar aqui, que é ruim, é um ambiente que não é bom, a gente que nunca viveu isso é brabo né (*sic*)? Então, tem que ter pessoas como vocês para alegrar a gente um pouco; nunca desistam” (U25).

“Saudade da família, casa, trabalho; a música trouxe vida, alegria aqui para gente” (U21).

“Me senti leve, nas nuvens (...) bem” (P6).

“Ah é bom, né? diverte a gente e principalmente as crianças aqui” (P10).

Alguns pacientes e familiares sugeriram, ao final das sessões de música, que o processo continuasse sempre, conforme a fala: “*Vocês precisam vir mais vezes (...) vai ser bem melhor tanto para os pacientes como para os funcionários (...) é uma maneira de descontração e relaxamento*”.

Dos sentimentos vivenciados durante as sessões de música foi possível perceber um ambiente mais harmonioso entre os pacientes e acompanhantes, os quais dialogavam entre si a respeito do grupo, elogiando os integrantes e incentivando a continuarem com a iniciativa. Relataram ainda os mais diversos sentimentos, como paz, alegria e

distanciamento do ambiente hospitalar. Entre os funcionários, notou-se grande entusiasmo, pois até cantarolavam as músicas com o grupo, alegando ter mudado a rotina monótona do hospital.

Em contrapartida, houve alguns usuários que demonstraram, inicialmente, certa resistência à música no ambiente hospitalar, expressa por meio de gestos, tais como: retirando-se do local onde estávamos ou apenas espiando pela fresta da porta. Contudo, tais atitudes foram superadas pela energia contagiante dos demais.

Foi possível perceber durante os encontros com os usuários da unidade de desintoxicação que os mesmos têm pouco a relatar em relação ao projeto, ao significado da música naquele momento. Os adolescentes exprimem desejo de falar a respeito de sua vida antes da internação, problemas que tiveram enquanto estavam usando drogas. Tal reação pode estar associada ao vínculo estabelecido com os acadêmicos de enfermagem, vínculo que, segundo a PNH, significa ligar-se, atar-se, desse modo estabelecendo uma ligação afetiva, respeitosa e ética, valorizando o respeito mútuo (HUMANIZASUS, 2006).

Quanto ao resultado das sessões de música, é perceptível que há uma mudança no ambiente, a qual também

é demonstrada através da subjetividade, pelos gestos de carinho durante os encontros, como agradecimentos ao grupo, abraços, o cantarolar simultâneo do repertório de músicas, do qual todos participam ativamente da escolha, nas despedidas ao solicitarem sobre quando seria o próximo retorno. Tais percepções instigaram o grupo a prosseguir na jornada, na busca de novas tecnologias de cuidado em saúde.

Ao ouvir algum estímulo musical, o ser humano pode ter alterações biopsíquicas, remetendo-o a lembranças do passado, como também, trazê-lo para o presente, e, ainda, responder ao estímulo sonoro-musical com movimentações corporais, como sorrir, balançar a cabeça ou até mesmo cantar junto; também podem apresentar alterações na respiração e batimentos cardíacos (BARANOW, 1999).

O trabalho permite argumentar que as transformações ocorrem tanto no imaginário dos usuários e familiares quanto dos profissionais relacionados ao cuidado. É possível perceber que a música deixa o ambiente mais leve e alegre para aqueles que estão sofrendo não só fisicamente, mas também psicológica e emocionalmente. Em algumas entrevistas ficou evidente que no lugar da tristeza, sofrimento e ansiedade, não só para o paciente, como para o familiar, este momento de relaxamento através da música

proporcionou sentimentos e emoções, contribuindo de maneira ímpar para aumentar a capacidade de enfrentamento da doença, durante sua hospitalização, reforçando as potencialidades existentes no ser/doente.

É preciso considerar que muitos pacientes permanecem internados por dias, semanas ou até meses, acarretando então o estresse, o qual pode influenciar no sistema imunológico, reduzindo a resistência do indivíduo e tornando-o vulnerável ao desenvolvimento de infecções e doenças contagiosas. Ressalta-se, nessa direção, que a queda do sistema imunológico, favorece o surgimento de novas doenças, tanto físicas, quanto emocionais (LIPP, 2003).

Ao estabelecer processos interativos e participativos, o paciente tem a possibilidade de interagir com o ambiente, praticar a sua autonomia e cultivar corresponsabilidades que podem representar ações acolhedoras (FONSECA, 2006). Ações acolhedoras e humanizadas são desenvolvidas por pessoas, por cuidadores que buscam ir além do cuidado tecnicista e linear. Portanto, os diferentes sujeitos precisam estar satisfeitos consigo mesmos para atuarem na busca de alternativas que tenham como prioridade o bem-estar, tanto do outro quanto de si próprios, tornando-se mais acolhedores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado de enfermagem por meio da música representa uma tecnologia valiosa para pacientes e seus familiares, como também para os profissionais de saúde, das diferentes áreas. A música, realizada de forma criativa e interativa, representa alívio, distração, conforto, alegria, paz e serenidade. Logo, representa um cuidado que vai da formalidade técnica e linear, ainda marcante no ambiente hospitalar.

A enfermagem, em sua essência, tem um grande potencial intuitivo para perceber os aspectos subjetivos do cuidado e gerenciar situações complexas, fator que lhe possibilita a condição de facilitadora e agregadora de ações, aproximando os diversos atores que atuam na promoção da saúde.

A música constitui-se, em suma, em um excelente instrumento de cuidado não só para os pacientes, mas também para os profissionais que atuam na instituição. A música proporciona um ambiente mais agradável e eficaz para o alívio da dor, tanto física quanto emocional e espiritual.

REFERÊNCIAS

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

BACKES, D. S. **Estratégias de Humanização do Cuidado no Centro de Terapia Intensiva**. Santa Maria: Palloti, 2004. 105p.

BACKES, D. S. **A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à Humanização do Ambiente Hospitalar**. Dissertação. Universidade Federal de Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2004a.

BACKES, D. S. Lunardi, V.L., Lunardi, W.D.Filho. **A humanização hospitalar como expressão da ética**. Revista latino-am enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):132-5. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>.

BARANOW, A. L. von. **Musicoterapia, uma visão geral**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

BERGOLD, L.B.; CHAGAS. M; ALVIM. T.A.N.; BACKES, D.S. **A utilização da música na humanização do ambiente hospitalar: interfaces da Musicoterapia e enfermagem**. n.09. Curitiba: Ed. Geral, 2009. p.56.

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

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

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

Cunha, J. P., **As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar.** 164f. Dissertação de mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Paraná : Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curitiba, 2007.

FONSECA, Karyne Cristine da et al. **Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 03, p. 398-403, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a10.htm>. Acesso em: 19/01/2011.

LEOPARDI. M. T. **Teorias da Enfermagem: Instrumentos para a prática** Florianópolis. Ed.Papa-Livros,1999. 80-84p.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Política Nacional de Humanização** – HumanizaSUS. Documento Base. Brasília (DF), 2006.

NICOLESCU, B. **O manifesto da Transdisciplinaridade**. 2^o ed. São Paulo: Triom, 2001.165p.

SILVA, E. A. T da; MARTINEZ, A. **Diferença em nível de stress em duas amostras: capital e interior do estado de São Paulo**. **Estud. psicol.** v. 22. Campinas, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 21/05/2011.

SILVA, F.O.: **UM ESTUDO COM PACIENTES ENTRE 10 E 21 ANOS**. Monografia Curso de Graduação em Musicoterapia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

Quadro do desenvolvimento Audiomusicoverbal infantil de zero a cinco anos para a prática de Educação Musical e Musicoterapia

Nydia Cabral Coutinho do Rego Monteiro⁶

RESUMO

O objetivo do trabalho é desenvolver um quadro para observação do desenvolvimento de crianças, referentes aos aspectos audiomusicoverbais. Esse quadro deve ser utilizado como instrumento de análise objetiva das realizações observadas nas crianças, possibilitando, assim, seu acompanhamento e a localização de problemas de desenvolvimento. O quadro foi elaborado com base na literatura a respeito dos indicadores que caracterizam os estágios iniciais do desenvolvimento nos campos da: Neurologia, Educação Musical, Musicoterapia e Fonoaudiologia, somados com nossa experiência prática de três décadas de atuação profissional em educação musical, na referida faixa etária. O quadro é aplicado em crianças com

⁶ Especialista em Musicoterapia – CBM-RJ-1998. Co-Autora do Projeto de Especialização em Música-Musicoterapia - UFPI-2005. Musicoterapeuta do CEIR - Centro Integrado de Reabilitação Física de Teresina-PI. Pioneira na área do Estado do Piauí. E-mail-nydiadoregomonteiro@yahoo.com.br

desenvolvimento típico (educação) e atípico (centro de reabilitação física) para verificação. Neste segundo ano de uso, acrescentamos material bibliográfico. Foi adotado pelo setor de Musicoterapia da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). Dessa forma, podemos concluir que a criação deste material prático auxiliou de forma concreta o trabalho de profissionais da área, proporcionando um melhor acompanhamento de cada paciente e uma melhor compreensão da evolução do tratamento por parte da equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Quadro de Desenvolvimento, Audiomusicoverbal, Musicoterapia.

Audiomusicverbal development chart for children from zero to five years for the practice of Music Education and Music Therapy

ABSTRACT

The objective of the present paper is the elaboration of a chart related to audiomusicverbal aspects for observing the development of children that could be used as a tool of an objective analysis of the realizations observed in children, thus enabling their monitoring and identification of development problems. It was worked out based on the literatures regarding the indicators that characterize the initial stages of the development in the fields of: Neurology, Music Education, Music Therapy and Speech Therapy, added to the practical experience in three decades of professional actuation in music

education, in the above-mentioned age. The chart is applied in children with typical (education) and atypical (physical rehabilitation center) development for verification. In this second year of use, some bibliographic material was added. It was adopted by the music therapy department of the *Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD* (a Brazilian care center of disabled children). So, we can conclude that the creation of this practical material helped the work of professionals of this area, offering a better monitoring of each patient and a better comprehension of the treatment evolution by the multidisciplinary team.

Key-words: Development Chart; Audiomusicverbal; Music therapy.

APRESENTAÇÃO

Durante a gestação o desenvolvimento neuropsicomotor do bebê se realiza com o referencial auditivo já presente. A partir de seu nascimento, tendo sua audição como parâmetro comparativo, mostra-se muito atento às produções sonoras (FEDERICO, 2009). Desenvolve essa percepção, interage e solicita a satisfação de suas necessidades instintivas através do choro, balbucios e vocalizações. Os sons produzidos por ele passam a ser também sinais que serão interpretados pela mãe, profissionais da saúde e familiares. O médico pediatra, neuropediatra em especial, presta atenção ao fato de a criança emitir sons e com que qualidade (FLEHMIG, 2004),

para muitas vezes definir diagnósticos e estabelecer tratamentos. Ouvindo ruídos, a criança inicia seus movimentos (FLEHMIG, 2004). Vira-se para a fonte dos ruídos. Acalma-se quando ouve uma voz amiga. Chora quando está com fome, molhada, cansada. A intensidade ou volume varia conforme a causa. Quando há alterações, sinaliza-se uma necessidade maior de intervenção, estímulo e habilitação.

Uma criança que está em tratamento, por ter seu desenvolvimento neuropsicomotor comprometido e em atraso, necessita de avaliações multiprofissionais competentes e objetivas. A Musicoterapia em um contexto multidisciplinar de saúde, com profissionais trabalhando em conjunto para uma melhor estimulação, habilitação e reabilitação da criança, necessita de instrumentos pontuais em sua prática. Baseando-nos nessa necessidade, temos como objetivo elaborar um quadro de desenvolvimento audiomusicoverbal, como forma de localizar e acompanhar a evolução de crianças em tratamento de saúde, através da matéria-prima utilizada pela Musicoterapia: a audição, a música e a verbalização.

Quando submetidos a tratamento de reabilitação, a criança é submetida à avaliação inicial, quando os objetivos são estabelecidos. Depois, a cada três meses, novas

avaliações são realizadas por todos os profissionais envolvidos com o paciente, e são elaborados relatórios que registram, objetivamente, a evolução ou não do paciente, bem como os procedimentos necessários a partir daí. Nesse momento, esse quadro de desenvolvimento audiomusicoverbal completa, de forma mais clara, para os colegas de outras áreas pertencentes à equipe, a evolução ocorrida na criança. Acrescentamos que todos os outros setores já utilizam seus quadros, tabelas e outros instrumentos, também como forma de tornar mais eficientes suas avaliações e intervenções.

O DESENVOLVIMENTO AUDIOMUSICOVERBAL DE ZERO A CINCO ANOS

O feto passa a reagir aos estímulos sonoros a partir da 20ª semana, com mudança da frequências dos batimentos cardíacos e movimentos corporais (ENGELMANN e ROSAS, 2010). O cérebro dos recém-nascidos responde a violações da batida de um ciclo (WINKLER, 2009). Assim, segundo Bruscia (1999), dois elementos musicais são importantes para o feto: o pulso (e ritmos previsíveis) e a altura, os quais são associados por condicionamento com a qualidade de sensação, alimentação, satisfação e necessidades de

sobrevivência. Nos primeiros dias de vida, em estudo, constatou-se que bebês preferem a voz de suas mães à de outras mulheres (ENGELMANN e ROSAS, 2010). O choro e balbucios são sua comunicação. Percebem sons com rapidez e acompanham com os olhos os objetos e os sons, do zero aos dois meses (Escala de DENVER- FLEHMIG).

Quanto à localização da fonte sonora descrita no quadro, baseamo-nos em roteiros de observação fonoaudiológicos citados por Lopes et al (2005): Costa e Cols (1992), Azevedo (1993).

Quanto ao verbal descrito nas etapas até os cinco anos, coletamos informações convergentes dos seguintes autores: Lenneberg, no campo da neurologia (apud SCHWARTZ et al,1997), David Werner (1994) (quadro utilizado por terapeutas ocupacionais), escalas evolutivas de Denver (neuropediatria – FLEHMIG, 2004; NITRINI, 1995), fonoaudiologia (LOPES; CAMPIONTO, 2005), principalmente. Na Musicoterapia, Bruscia (1999) destaca que um dos principais objetivos de se examinar a história do cliente é detectar em que estágio o cliente se encontra. Complementamos que, com os nossos pacientes, o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e, em especial nos aspectos audiomusicoverbais, é quase sempre notado. O

mesmo autor afirma que, quando concebemos a Musicoterapia como um processo de desenvolvimento, temos esses objetivos principais: facilitar o desenvolvimento e crescimento, a partir do conhecimento das necessidades do cliente no estágio em que se encontra; e remediar incapacidades específicas do desenvolvimento. Este é, exatamente, nosso trabalho terapêutico realizado com crianças, e foi isso que provocou a elaboração do quadro aqui apresentado.

De zero a seis meses, a motivação para a atividade vocal é satisfazer as necessidades básicas. A relação rítmica que o bebê estabelece com a mãe ocorre através da sucção. Quase sempre também é vivenciado com o acompanhamento do balanço do corpo do adulto aconchegado ao seu, e das canções de ninar, infantis e outras. Ilari (2003), Cardoso e Salbatini (2000) ressaltam que a música pode constituir um estímulo importante para o desenvolvimento do cérebro da criança. O cantar, dançar e brincar auxiliam o aprendizado musical, o desenvolvimento neuropsicomotor e a aquisição do verbal.

Na Musicoterapia, utilizamos atividades de estimulação sonorumais, com objetivos terapêuticos estabelecidos anteriormente, para vencer ao máximo o atraso e

comprometimento neurológico das crianças. Para uma melhor eficácia nesse trabalho, é necessário então, um conhecimento do desenvolvimento neurológico do bebê e a localização exata da etapa atual em que ele se encontra, antes de iniciar tratamento. Nessa etapa, os instrumentos musicais são uma extensão do corpo do bebê, e os que são possíveis de serem utilizados, são tocados quando segurados, jogados ou sacudidos ao acaso. Com prazer, o bebê reage a canções interativas sobre esquema corporal (WAGNER, 2005).

Bruscia (1999) destaca, aos nove meses, o reconhecimento de melodias e movimentos associados a elas e o fascínio pela sua própria voz. As diferenças no timbre, altura e intensidade são percebidas. O canto das palavras finais de frases é descrito em quase todos os estudos e quadros já utilizados nas diferentes áreas já citadas, na fase a partir de um ano. A partir desta mesma idade, os instrumentos musicais são manipulados ativamente e intencionalmente. Todos os instrumentos musicais e extensões vocais, destacados no quadro por fases, são baseados em nossa experiência prática, durante três décadas, na área de educação musical com crianças neurotípicas, além de referências bibliográficas de autores nestas áreas, como: Beyer (2005), Parizzi (2009), Carneiro (2006) e outros autores

de métodos utilizados mundialmente.

QUADRO DE DESENVOLVIMENTO AUDIOMUSICOVERBAL

1 MÊS / 2 MESES	3 MESES	6 MESES	9 MESES	1 ANO
<p>Os recém-nascidos reconhecem vozes familiares ouvidas durante a gestação a partir do 5º mês, principalmente a da mãe.</p> <p>Reconhecem também, melodias ouvidas durante a gravidez da mãe, quase sempre ficando tranquilos. São sensíveis às notas musicais e têm capacidade para reconhecer as dissonâncias e mudanças de tom das melodias.</p> <hr/> <p>Ao ouvir uma música, os bebês já são capazes de identificar o intervalo entre as batidas e o padrão que elas</p>	<p>Reage a barulhos arregalando os olhos. Começa a voltar a cabeça para a fonte sonora.</p> <hr/> <p>Fase do balbucio.</p> <p>Prazer em repetir sons.</p> <p>Intervalo de 3ª menor é emitido (mi a sol 3).</p> <p>Gosta de objetos sonoros e coloridos.</p> <p>Produz ruídos com a garganta e estala o céu da boca</p> <p>As mãos são a descoberta e as mantém abertas, e segura objetos com firmeza.</p>	<p>Localiza sons laterais.</p> <p>Pode discernir vozes amáveis de bravas.</p> <hr/> <p>Brinca com objetos sonoros.</p> <p>Saco de maracás e chocalhos.</p> <p>Responde com prazer a canções curtas interativas sobre esquema corporal. (cabeça, mãos, pés)</p> <p>Emite sons simples.</p> <hr/>	<p>Localiza sons para o lado e para baixo, indiretamente.</p> <p>Entende algumas palavras como o “não”, seu nome.</p> <hr/> <p>Emite sons semelhantes ao seu meio.</p> <p>Bate palmas, joga beijos, dá tchau. Toca tambor, pandeiro, maracás, chocalhos e outros.</p> <p>Utiliza baquetas com as duas mãos.</p> <p>Polegar e</p>	<p>Localiza sons laterais, para baixo e indiretamente, para cima.</p> <p>Entende comandos.</p> <hr/> <p>Grava músicas, e algumas palavras e significados.</p> <p>Canta palavras dos finais de frases. A tessitura de voz pode alcançar cinco sons (dó a sol 3).</p> <p>Gosta de dançar, apertar botões.</p> <p>Gosta de instrumentos de teclado.</p>

<p>obedecem, criando expectativas quanto ao início de um novo compasso. Segura maracá, chocalho. Percebem sons com rapidez. Acompanham com os olhos os objetos e os sons.</p> <hr/> <p>O choro é sua comunicação. Emite sons como: ah, eh, uh.</p>	<p>Bate em um móbile e consegue um som ou movimento (relação causa e efeito). (Leva tudo à boca.)</p> <hr/> <p>Chora quando é deixado sozinho (sinal de sociabilidade). Sorri em resposta a outro sorriso e a conversas.</p>	<p>Pode balbuciar mama, papa sem associar significado.</p> <p>Lambe, morde, chupa tudo ao seu alcance. Imita expressões.</p> <p>Diverte-se com jogos: "cadê 'nenê'?... Achou!"</p>	<p>indicador funcionam como pinça para pegar.</p> <hr/> <p>Brinca de soltar brinquedos no chão e espera que peguem de volta. Busca objetos. Fase da lalação: da, nenê. Emite sons semelhantes ao seu meio. Bate palmas, joga beijos, dá tchau.</p>	<p>Pode soprar apitos e flautas.</p> <hr/> <p>Tenta se expressar e aponta. Fala "dá". Entende conceitos como: "aqui", "lá", "dentro", "fora", "para cima", "para baixo". Ataques de birra. Imita e copia ações e pessoas.</p>
--	--	--	--	---

A partir de dois anos, a criança toca instrumentos de bandinha rítmica e mantém ritmo por imitação. Hargreaves (*apud* PARIZZI, 2009) diz que crianças de dois a três anos não enfatizam os detalhes. A principal consequência desse aspecto é a imprecisão das relações de durações e alturas. Segundo Shuter-Dyson e Gabriel (1981), de três a quatro anos a criança concebe um plano geral de uma melodia, e pode desenvolver ouvido absoluto, se estudar um instrumento

musical.

Em nossa experiência prática com bebês em aula de música em ambientes de zona urbana e rural, averiguamos que quase todos desenvolvem aspectos audiomusicoverbais acima do descrito neste quadro, se adequadamente estimulados a partir dos primeiros meses.

Destacando a Musicoterapia, musicalmente a criança constrói suas próprias canções com sílabas ou palavras sem sentido. Cantar canções conhecidas é prazeroso e utilizado como expressão (BRUSCIA, 1999). A criança desenvolve habilidades tonais e aprende a interagir, perceber-se e explorar suas emoções. Além disso, ela tem necessidade também de canções que estimulem o movimento, o que é utilizado bastante na habilitação física pelo musicoterapeuta.

Os sons dos instrumentos também são associados a várias partes do corpo, pela criança. Esses mesmos instrumentos musicais ajudam a desenvolver o ritmo e tentar sincronizar-se ao ritmo dos outros. Ela se move com ritmo: sacudindo-se, balançando-se, batendo o pé, e o faz interpretativamente. Reconhece canções, distingue ritmo, pulso melódico, melodia/escala.

Papousek (1996), Dowling (1984), Davies (1992), Swanwick, Tilmann (1988), Shifres (2007) citados por Parizzi

(2009) confirmam que os bebês brincam com os sons vocais, incentivados pelos pais e cuidadores, os quais são modelos de timbre, andamento, intensidade, altura e linguagem. O musicoterapeuta assume esse papel perante a criança com atraso no DNPM, AMV, estimulando-o adequadamente com os elementos sonoro-musicais necessários para atingir a finalidade viável proposta.

Swanwick (1988) ressalta que o processo musical da criança por volta dos cinco anos não atinge o mesmo nível de desenvolvimento de sua linguagem, provavelmente porque a criança não é tão estimulada para fazer música como é para falar. Acrescentamos que um nível de desenvolvimento mais alto pode ser atingido pela criança que se inicia musicalmente desde bebê. O quadro abaixo também pode ser utilizado como referência de planejamento para atividades desenvolvidas em sala de aula de música para bebês e crianças, adequando mais as reais potencialidades e estimulando a superações.

2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS
Localiza os sons em qualquer ângulo. _____	Reconhece timbres variados ainda com imprecisão.	Reconhece timbres variados com precisão. _____	Percebe e discrimina timbres diferentes e ao mesmo tempo.

<p>Pode fazer instrumentos musicais simples como maracás. Toca instrumentos de bandinha rítmica e mantém ritmo por imitação. Ex: pandeiro, tambor, castanholas, reco-reco, ganzá, etc. Canta músicas inteiras (dó a lá 3) e repete movimentações.</p>	<p>É ágil, realizando duas atividades aos mesmo tempo. Pula com os dois pés, sobe, corre. Tem habilidade motora para tocar instrumentos musicais melódicos. Relaciona notas musicais, emitindo uma oitava completa (dó3 a dó4) e distingue instrumentos musicais diferentes.</p>	<p>É capaz de iniciar leitura musical e executar com precisão rítmica e melódica. Tem concentração para atividades difíceis. Grava e reproduz histórias e músicas.</p>	<p>Lê música, improvisa, cria, canta e toca. Percebe e discrimina timbres de instrumentos musicais diferentes ao mesmo tempo. É capaz de fazer instrumentos musicais simples. Sua coordenação fina deve ser trabalhada. É capaz de praticar estudos musicais com prazer.</p>
<p>Período da justaposição de duas palavras. Gosta de elogios e agradar a adultos. Entende simbolismos. Começo do prazer da socialização. Começa a perceber as regras. Localiza objetos e aponta. Responde a perguntas e conversas.</p>	<p>Por que? É utilizado. Usa frases simples. Interage com as pessoas. Nomeia objetos, obedece instruções simples. Brinca independente com crianças e brinquedos.</p>	<p>Constrói frases com até seis palavras, sobre o dia, situações reais e próximas. Entende regras gramaticais e tenta usá-las. Obedece instruções múltiplas.</p>	<p>Expressa sentimentos e emprega verbos: “pensar” e “lembrar”. Fala de coisas ausentes e usa palavras de ligação entre as sentenças. Realista, quer entender como o universo funciona. Cansa os pais com perguntas. Já pode falar como um adulto. Ajuda em tarefas simples.</p>

APLICAÇÃO DO QUADRO DNPM-AUDIOMUSICOVERBAL

1º. Em Musicoterapia, ao realizar a avaliação antes de iniciar atendimento musicoterapêutico, o profissional deve localizar no quadro as ações que o bebê já realiza, e marcar a data da avaliação. Estabelecer os objetivos terapêuticos que no geral contemplam a estimulação para superar ao máximo o ADNP (Atraso no Desenvolvimento NeuroPsicomotor) e, à medida que for avaliando durante o tratamento, ir assinalando os ganhos adquiridos e datando. Esse quadro tem o objetivo de facilitar e instrumentalizar o profissional musicoterapeuta, pertencente a uma equipe multidisciplinar da área de saúde, que periodicamente tem que produzir relatórios objetivos e pontuais sobre seu paciente. Ao dar alta ao paciente em tratamento, tem um quadro que registra e demonstra visualmente a evolução da criança em tratamento.

2º. Educação Musical e Educação - Um quadro referencial de capacidades compatíveis com as crianças que tenham desenvolvimento neuropsicomotor normal de zero a cinco anos pode auxiliar o professor durante seus planejamentos e aplicação diária. Principalmente na área audiomusicoverbal, que carece de instrumentos de avaliação e referências para aplicação com crianças.

CONCLUSÃO

A aplicação desse quadro referencial foi realizada e avaliada ao longo de nove meses do ano de dois mil e dez e prossegue neste ano de dois mil e onze, com crianças neurotípicas e atípicas em processo normal de educação musical (Musicalização para Bebês – Teresina - PI) e de Musicoterapia no Centro de Reabilitação Física de Teresina - PI (CEIR). Atualmente também está sendo aplicado na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) no setor de Musicoterapia da cidade de São Paulo e em algumas unidades do Brasil. Alguns profissionais das áreas da educação e terapia também o estão adotando em suas práticas. Dessa forma, podemos concluir que a criação desse material prático auxilia de forma concreta o trabalho de profissionais, proporcionando um melhor acompanhamento de cada paciente e uma melhor compreensão da evolução do tratamento, por parte da equipe multidisciplinar. Em relação ao contexto de educação, o quadro dá um melhor suporte ao educador musical em suas práticas e também fornece um parâmetro realista do desenvolvimento normal. Citando Federico (2008), o profissional deve recorrer a investigações existentes para encontrar aquelas necessidades ainda não

encontradas. Ver nossos clientes, pacientes, crianças com uma melhor qualidade de vida e melhor inserção e interação no mundo é a nossa principal meta. A música é o primeiro terapeuta porque ela trata o paciente, e o musicoterapeuta a aciona. Esperamos que esse instrumento prático possa facilitar a aplicação e o alcance dos objetivos estabelecidos por nossos colegas da Musicoterapia e da educação musical.

REFERÊNCIAS

BEYER, E. **Do balbucio ao canto do bebê em sala de aula.** Anais do I Simpósio internacional de Cognição e Artes Musicais. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2005.

BRUSCIA, K. **O desenvolvimento musical como fundamentação para a terapia.** Texto info CD-Rom- David Aldridge. 1999. Tradução: Barcellos, L. Rio de Janeiro, 1999.

CARNEIRO, A. **Desenvolvimento musical e sensório-motor da criança de zero a dois anos: relações teóricas e implicações pedagógicas.** Dissertação de Mestrado. Escola de Música da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

ENGELMANN, L.M.C., ROSAS, S.C. **O desenvolvimento do campo sonoro.** Temas sobre Desenvolvimento. Comunicação. São Paulo, 17(99), p.146-152, 2010.

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

FEDERICO, G. **El niño com necesidades especiales-Neurologia y Musicoterapia**. Buenos Aires: Kier, 2008.

FEDERICO, G. **Avaliação diagnóstica e Musicoterapia em bebês e crianças com: Síndrome de Down, paralisia cerebral e os diferentes transtornos neurológicos**. Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Curitiba, p.229-334, 2009.

FLEHMIG, I. **Texto e atlas do desenvolvimento normal e seus desvios no lactente-Diagnóstico e tratamento precoce do nascimento até o 18º mês**. Escalas Evolutivas de Denver. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

ILARI, B. **Bebês também entendem de música: a percepção e a cognição musical no primeiro ano de vida**. Revista da ABEM. 7, 84-86, 2002.

ILARI, B. **A música e o cérebro: algumas implicações do neurodesenvolvimento para a educação musical**. Revista da ABEM, n.9 p.7-16, 2003.

KANDELL, E.; JESSEL,T.;SCHWARTZ,J. **Fundamentos da neurociência e do comportamento**. Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil Ltda, 1997.

LOPES, O.;CAMPIONTO,A.;RAMOS et al. **Tratado de Fonoaudiologia**. Ribeirão Preto,SP: Tecmed,2005.

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

NITRINI, R.; BACHESCHI, L. **A neurologia que todo médico deve saber**. 3. ed. São Paulo: Maltese, 1995.

PARIZZI, M.B. **O Canto espontâneo da criança de zero a seis anos dos balbucios as canções transcendentais**. Revista da ABEM, n.15, 2006.

PARIZZI, M.B. **O desenvolvimento da percepção do tempo em crianças de dois a seis anos**: Um estudo a partir do canto espontâneo. Belo Horizonte, Faculdade de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais-Tese doutorado em Ciências da Saúde,2009.

SHUTER-DYSON; GABRIEL. **Hitos Del desarrollo de las capacidades musicales entre 0 y 12 años**,1981. Revista eletrônica de LEEME. 13-maio,2004. Disponível: <http://musica.redimis.es/leeme/revista/vilaroia.pdf>. Acesso:13/06/2010.

SWANWICK, Keith. **Music, mind and education**. Londres: Routledge, 1988

WAGNER, G. **Apostila Curso de Formação a Distancia: Monitor de Musicoterapia**. Vigo, Espanha: organización Fundacion Mayeosis, 2005.

WERNER, D. **Guia de deficiências e reabilitação simplificada**. Para crianças e jovens portadores de

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

deficiências, famílias, comunidades, técnicas de reabilitação e agentes comunitários de saúde. Brasília: Corde, 1994.

WINKLER, I. **Premeditando o breque.** Hungarian Academy of Sciences. Disponível: <http://www.cerebronosso.bio.br/descobertas;> acesso:21/08/2009

A Musicoterapia num contexto educacional: perspectivas de atuação

Laryane Carvalho Lourenço da Silva⁷

RESUMO

Observamos que um dos grandes desafios da Musicoterapia nos dias atuais, além de sua busca por uma fundamentação teórica e legitimação dos espaços por ela ocupados, é a inserção de sua prática nos diversos contextos problemáticos e complexos que encontramos em nossos países latinos, já que dividimos com estes, situações semelhantes de desigualdade social. Dentre esses contextos, destacamos a prática educacional nas escolas públicas brasileiras, especificamente, nas do Rio de Janeiro, que encontra dificuldades reais no que condiz às condições de trabalho, de ensino e estruturais. Este artigo apresentará e tentará “pensar junto” sobre a prática da Musicoterapia num espaço educacional, o limite difuso existente entre a Musicoterapia e a educação neste espaço, e principalmente, a necessidade de um diálogo cada vez mais interdisciplinar nas escolas públicas brasileiras com o intuito de abrir soluções coletivas para a superação de suas dificuldades.

Palavras-chave: Musicoterapia, educação.

⁷ Musicoterapeuta da Associação de Solidariedade À Criança Excepcional, Rio de Janeiro. Email- larylourenco@yahoo.com.br

Music therapy in an educational context: practice perspectives

ABSTRACT

One of the greatest challenges of Music therapy today, apart from its search for theoretical bases and its insertion into different areas of society, is the inclusion of its practice into different problematic contexts that we find in Latin countries, as we share with them similar situations of social inequality. Within these contexts, we highlight the education practices in Brazilian public schools, specifically those of Rio de Janeiro city, facing deteriorate labor and structural conditions. This article is a reflection on Music therapy practices inside the educational system, the gap between education and Music therapy, and mainly, the need for an interdisciplinary interaction for the purpose of collectively finding solutions for their problems.

Keywords: Music therapy, education.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, torna-se cada vez mais comum a entrada de profissionais musicoterapeutas em instituições de educação, seja pela demanda de educadores em música que estes encontram em tais instituições, ou pela própria proximidade que a Musicoterapia tem com o ensino,

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

principalmente quando nos referimos à educação especial. Além disso, diante da problemática social, financeira e estrutural que as escolas públicas apresentam em nossa sociedade brasileira, não podemos negligenciar a importância do enfoque saudável que tais instituições devem, ou deveriam, promover em suas atividades, trazendo os aspectos de saúde do ser humano integrado aos seus objetivos gerais. Assim, além de um local de ensino, a escola é também um local de agência da saúde, que busca um atendimento integral do homem, no seu desenvolvimento físico, intelectual, emocional e espiritual. Porém, nossas instituições públicas de educação encontram-se num estado cada vez mais difícil, tanto no que condiz à própria função que a educação deveria exercer em nossa sociedade, quanto à falta de incentivos públicos que pudessem favorecer meios dignos para a execução da prática educacional. Com as dificuldades encontradas, cada vez maiores, para a viabilização do saber, não só a saúde dos educandos encontra-se em risco, como a própria saúde do educador nessas condições. Daí a importância de linhas de pesquisa^{iv} que possam dialogar com essas duas áreas^v, saúde e educação, trazendo conceitos e concepções que orientem para a solução de problemas que atingem as escolas brasileiras.

Além disso, sabemos também que a os problemas educacionais são de ordem social e política, e, portanto, as soluções devem ter um caráter cada vez mais coletivo e interdisciplinar, exigindo políticas públicas que possam cumprir com seu dever primeiro de atender as necessidades da comunidade, e abrir redes de diálogos que fortaleçam a ação coletiva e a recusa ao reducionismo e a objetivação dos sujeitos^{vi}. O cruzamento de diferentes saberes e práticas pode ser uma saída para a superação de uma educação e terapia que estão centradas no individualismo, permitindo assim uma abordagem integral do ser humano.

Devido à relação íntima existente entre educação e terapia, torna-se também importante reconhecermos os pontos de intercessão e de diferença entre essas duas áreas. Porém, devido ao objetivo específico deste trabalho, tentaremos relacionar apenas algumas características similares a elas, apresentando concepções e objetivos que permeiam tanto a área terapêutica quanto a pedagógica.

O PROJETO

O trabalho aqui exposto foi realizado através do Projeto Escola Brasil, gerado e patrocinado pelo Banco Real,

uma empresa privada, que contrata diversos profissionais, dentre eles musicistas, para atuarem em escolas públicas do Rio de Janeiro. Meu contrato iniciou em fevereiro de 2005, numa escola pública no subúrbio do Rio de Janeiro, próximo ao Complexo do Alemão^{vii}. Através de uma pesquisa feita por um funcionário do banco, foi apresentado, em relatório, que tipo de atividade a escola gostaria ou necessitava ter naquele momento. A instituição pediu um professor de música com o intuito de formar um coral da escola, e daí surgiu o convite para meu contrato. Porém, ao chegar ao local, eu me apresentei como musicoterapeuta, e sugeri além do coral, um trabalho com as chamadas classes de progressão^{viii}. A proposta foi imediatamente aceita pela escola, iniciando um trabalho com esses alunos, que muitas vezes tornavam-se excluídos socialmente por serem considerados “difíceis de lidar”. Os integrantes deste grupo apresentavam dificuldades no aprendizado e nas relações sociais, mostrando, em muitos momentos, uma agressividade com as outras crianças e dificultando suas relações na escola. Eles eram bastante dispersivos nas atividades, com uma grande dificuldade de ouvir e uma imensa necessidade de falar. A maioria desses sujeitos eram meninos, sendo alguns deles moradores da própria escola, já que esta possuía uma residência para

alunos cuja família apresentava riscos à saúde do infante (em casos de tutores viciados em drogas ou álcool, ou de pais sem condições financeiras para cuidar de seus filhos). Muitos desses “alunos residentes” possuíam um atraso escolar e um distúrbio no comportamento, assim, apesar de estarem numa instituição educacional, a situação dessas crianças exigia um olhar para além da educação, para um foco de prevenção e promoção da saúde, entrando neste espaço, a escuta do musicoterapeuta.

Esta reflexão parte do princípio de que as instituições educacionais deveriam ser, pelo menos em sua intenção, locais que buscam, de alguma forma, a saúde do ser humano. Luz (2004), em seus estudos na área de saúde coletiva, aponta uma série de transformações ocorridas ao longo do século XIX, que contribuíram para uma vulnerabilidade social, traduzida em problemas coletivos de saúde. A autora delinea algumas transformações econômicas, sociais e culturais que poderiam ter acarretado graves conseqüências para o bem-estar das populações, gerando uma *crise sanitária* (LUZ, 2004)

As relações entre o aumento, em termos absolutos e relativos, nas populações do planeta, de busca por atenção médica e

cuidado terapêutico na última década; a precarização do emprego e das relações de trabalho; a quebra de certos direitos sociais, sobretudo previdenciários, obtidos como fruto de luta e organização dos trabalhadores ao longo de um século (segunda metade do XIX e primeira do XX); a queda de valores importantes em termos de solidariedade social (familiares, religiosos, corporativos, de classe) e a constatação de um mal-estar coletivo difuso (...), foram apontadas e analisadas em trabalhos anteriores (LUZ, 1997, 2001^a), como elementos característicos de uma *crise sanitária* contemporânea. (LUZ, 2004, pg. 13).

Estamos atualmente numa sociedade que oferece muitos riscos às crianças e aos adolescentes, e devemos reconhecer as escolas como um meio de intervenção da saúde, como mais um espaço para oferecer novas possibilidades de bem-estar dos indivíduos. Pellizzari (2005) mostra algumas possibilidades de intervenção musicoterápica preventiva nos chamados Sistemas de Apoio^{ix}, onde a escola encontra-se como uma instituição incluída. Além da família, os sistemas de apoio incluem outras redes sociais como os amigos, vizinhos, clubes, escolas, centros religiosos, entre outros. A autora completa:

O musicoterapeuta preventivo se insere a partir de projetos que têm como objetivo impactar nestas redes sociais: a família e os diferentes sistemas de apoio, gerando uma abertura à participação, construindo lugares de possível intercâmbio social através da música e do sonoro. (PELLIZZARI, 2005, pg.111)

Assim, a escola, como uma das instituições presentes no desenvolvimento do homem, deve visar minimizar os riscos psicossociais individuais e coletivos. O artigo aqui exposto traz algumas reflexões a partir do trabalho realizado com os alunos dessa classe, que além de apresentarem dificuldades de aprendizado, traziam em sua experiência de vida situações que colocavam em risco sua integridade física, psíquica e emocional.

OS ENCONTROS

Importante ressaltar que, dentro da escola não foram realizadas sessões de Musicoterapia; mas o que trazemos para este trabalho são algumas características desses encontros, que podemos chamar de terapêuticas, pela forma diferenciada de abordagem educacional realizada, e pela

característica específica do grupo, que demandava do profissional um olhar mais cuidadoso.

Os atendimentos de saúde são realizados a partir de um órgão específico, chamado CRE (Coordenadoria Regional de Educação), que além de proibir qualquer atendimento com características clínicas dentro do espaço escolar, realiza avaliações com as crianças encaminhadas pela escola, conduzindo-as para um profissional da área de saúde. Assim, as reuniões musicais não eram chamadas de sessões de Musicoterapia, mas também não tinham uma característica de “aula de música”. As atividades não seguiam condicionalmente o ensinamento de música, mas eram realizadas em formato de vivências musicais, com o objetivo de proporcionar aos indivíduos uma melhor percepção de si mesmo, do Outro e do mundo que o rodeia. Dessa forma, chamávamos nossas reuniões de encontros musicais, muitas vezes utilizando também outras expressões artísticas como a dança e as artes-plásticas.

As reuniões aconteciam uma vez por semana, no período de 45 minutos, numa sala ampla, contendo aparelho de som, instrumentos de percussão e teclado. Todas as crianças eram colocadas em círculo, e ouvidas as músicas de suas preferências, sendo muitas delas comuns a outras

crianças do grupo. O violão, trazido por mim, era passado para cada criança, que cantava e “tocava”^x sua música, interagindo e expondo-se para o grupo. Nesses encontros iniciais, o diferencial era a escuta que eu, como musicoterapeuta, dava para o material trazido pelas crianças, sem nenhum tipo de julgamento e/ou enquadramento estético.

Outro objetivo nesta etapa era conhecer um pouco sobre o repertório desses meninos. As músicas mais cantadas eram o Funk (que na escola era proibido de cantar, mas aberta uma exceção nos encontros musicais)^{xi}, músicas românticas e músicas religiosas^{xii}. Aos poucos as crianças foram se abrindo cada vez mais para o grupo, e criou-se ali um vínculo diferenciado, de acolhimento e respeito. O fato de eles terem a oportunidade de falar/cantar o que queriam, trouxe também uma relação de confiança e de importância para o que esses infantes têm a dizer. Um desses alunos, L. (14 anos) que cursava a terceira série do primeiro grau, era um adolescente extremamente tímido e com sérias dificuldades de relacionamento. Ele possuía uma desestruturação rítmica grande (não conseguia acompanhar a pulsação de músicas simples^{xiii}), cantava sempre com pouca intensidade, e era constantemente alvo de piadas e deboches dos colegas. Quando era dado a ele a oportunidade de trazer

sua música, dificilmente o fazia em grupo, mas sempre permanecia depois dos encontros. Enquanto a sala era arrumada por mim, este aluno pedia o violão e cantava várias músicas de seu conhecimento. Assim, passei a estar com L. mais um tempo, apenas ouvindo o que este “precisava falar”. Num desses encontros, L. trouxe fotos dele em criança e de sua família, e começamos a conversar um pouco sobre sua casa, sua família e sua infância.

Apesar de não ser um espaço de tratamento, numa instituição onde o professor precisa lidar com 40 alunos dentro de uma sala de aula, e numa condição de trabalho deficitária, muitas vezes, ouvir a demanda de um aluno específico, torna-se praticamente impossível. Assim, naquele espaço, este aluno pôde ter acesso a uma pessoa que estava ouvindo sua demanda, tendo um olhar sobre ele, e principalmente, um outro tipo de escuta.

Esta escuta diferenciada está profundamente relacionada com o tipo de diálogo que o educador tem com seu educando. Não existe escuta se não há diálogo, pois a relação de acolhimento está na capacidade que o educador possui de se destituir de sua posição de privilégio, para uma posição de humildade diante do ser humano. Freire (1994) aponta que não há uma educação do outro, mas o que existe

é uma educação entre os homens, ou seja, a educação se dá no diálogo entre educador e educando. Para o autor, o diálogo inicia quando os educandos se perguntam em torno do que vai dialogar com os educadores.

Portanto, a escolha sobre o que será ensinado, vem a partir de uma realidade que nossos educandos nos apresentam, e não de nosso ponto de vista de educador, de nossa realidade. Assim, ao invés de levar uma idéia salvacionista da música, buscando ensinar conteúdos musicais fechados às nossas próprias concepções de música e som, o objetivo primeiro foi de ouvir essas crianças. A partir daí, pude delinear o caminho educacional que eles me indicavam mais importantes e necessários para o grupo.

Neste exemplo podemos ainda trazer outro aspecto de igual importância que deve abranger a educação e a terapia. A postura que o profissional possui diante do Outro, determina também o tipo de relação construída entre educador/terapeuta e educando/paciente. Percebi neste trabalho que havia um estranhamento das crianças diante da postura que ‘esperavam’ de um professor. A expectativa do grupo, na maioria das vezes, era de um professor ‘autoritário’, onde o ensinamento fosse unilateral. Mas ao invés disso, se deparavam com uma pessoa que queria ouvi-los, saber de

suas vidas, de seus gostos, e dar a eles a oportunidade de falarem, de cantarem, de tocarem. Dessa forma, o trabalho passou a ter uma dinâmica em que o musicoterapeuta-educador pôde primeiramente perceber as necessidades primordiais do grupo que ele recebia. A partir dessas necessidades, foram realizadas algumas dinâmicas grupais, com o objetivo de priorizá-las, incluindo paralelamente a educação, porém uma educação diferenciada, uma educação do “humano”. Entendo que muitas de nossas instituições escolares perderam seu olhar humanizador da educação, transformando-se às vezes em meios de reprodução alienada das relações sociais de desigualdade e injustiça. Infelizmente, a própria construção do educador como profissional e como ser humano, encontra-se em risco quando este sai dos cursos de graduação e depara-se em sua prática com a realidade assustadora de nossas salas de aula. Muitas vezes sem ter condições dignas de trabalho, o professor põe em risco sua própria saúde, como vemos muitos, e o acompanha a frustração de uma educação que, ao invés de olhar para o desenvolvimento humano, pode acabar por enquadrar o aluno dentro das concepções já existentes. Tais concepções, em nosso caso, encontram-se numa sociedade capitalista,

pautada no individualismo, na verticalidade das relações, no desejo ao consumo desenfreado e na miséria humana.

Entendo que uma das funções tanto da terapia quanto da educação, está na resistência a estes valores construídos, e na negação da indiferença humana diante das questões complexas que nos atingem de maneira intensa. É na resistência, mesmo difícil, que talvez possamos ser ouvidos e possibilitar em algum momento, a transformação necessária para construirmos uma sociedade mais justa e baseada nos valores humanos.

Assim, foco-me apenas nesses dois aspectos pautados acima, ou seja, no diferencial da **escuta** e da **postura** do educador/musicoterapeuta, por acreditar que são essenciais para uma transformação no lidar com nossos infantes em sala de aula. A seguir, tentarei delinear alguns pontos de interseção entre educação e terapia, buscando apontar possíveis diálogos entre essas duas áreas.

EDUCAÇÃO E MUSICOTERAPIA

Quando falamos sobre educação e Musicoterapia, muitas podem ser as divergências e convergências entre essas duas áreas. Porém, quando abordamos a educação a

partir de um conceito de educação do humano, observamos que está intimamente ligada, também, com conceitos que permeiam a área da saúde. De acordo com Morin (2001), a finalidade de toda educação deve estar adequada a quatro fundamentos. Entre elas encontram-se: ensinar a condição humana e ensinar a viver.

Convém, pois reconhecer o que é o ser humano, que pertence ao mesmo tempo à natureza e à cultura, que está submetido à morte como todo animal, mas que é o único ser vivo que crê numa vida além da morte e cuja aventura histórica conduziu-nos à era planetária. Só assim se pode obedecer à finalidade do ensino, que é ajudar o aluno a se reconhecer em sua própria humanidade, situando-a no mundo e assumindo-a. (...) Aprender a viver significa preparar os espíritos para afrontar as incertezas e os problemas da existência humana. (MORIN, 2001, p. 19-20)

Para o autor, preparar os indivíduos para estar diante de incertezas e problemas da existência humana, faz parte de uma educação que busca ir além da informação de conteúdos - esta é o que Freire (1994) chama de educação bancária. De forma similar, também podemos pensar que, uma das funções de uma terapia, é situar o sujeito em seu contexto, ajudá-lo na

conscientização de sua responsabilidade pessoal, social e humanitária. Além disso, toda terapia, de alguma forma, está lidando com incertezas e com problemas ligados à própria existência humana. Neste ponto, educação e terapia podem andar juntas, porém com formas diferentes de abordar e aprofundar cada assunto.

Muitas vezes durante os encontros musicais, abria-se uma oportunidade de falarmos sobre temas considerados educacionais, mas que também estão ligados à saúde. As crianças traziam conteúdos afetivos, de seu coletivo, de sua forma de ver o mundo, de seu cotidiano. A maioria habitava em favelas próximas, e trazia musicalmente, a violência, a sexualidade exacerbada, a própria pobreza e a carência de afetividade. Por conta de todos esses fatores, as crianças e adolescentes da classe de progressão tornavam-se extremamente vulneráveis, colocando em risco o próprio futuro desses jovens. Através da música, eles tinham a oportunidade de trazer à consciência seu próprio estar no mundo, e de se fortalecerem, descobrindo ferramentas que pudessem ajudá-los a enfrentarem os desafios da vida. Pellizzari (2005), como colocado acima, traz visões interessantes para musicoterapeutas que trabalham nos

sistemas de apoio, considerando o desenvolvimento do trabalho deste profissional como de prevenção à saúde.

O musicoterapeuta preventivo desenvolve uma observação das situações de conflito, seja com crianças ou adultos. Sua eficácia é detectar estados de vulnerabilidade e fortalecer mecanismos de proteção. (PELLIZZARI, 2005, pg. 106)

Dessa forma, questões que inicialmente estão ligadas à educação e ao próprio cotidiano das crianças e da escola, podem tornar-se um ponto de partida fecundo para pensarmos a prevenção e a promoção da saúde.

Educação e terapia compartilham objetivos similares, dentre eles, o de proporcionar a reflexão de cada indivíduo como homem, situá-lo no mundo em que vive, e criar condições para que ocorra uma transformação, seja do indivíduo com ele mesmo, ou da sua ação no mundo.

A educação como prática da liberdade, ao contrário daquela que é prática da dominação, implica na negação do homem abstrato, isolado, solto, desligado do mundo, assim também na negação do mundo como uma realidade ausente dos homens. (...) A educação problematizadora

faz, assim, um esforço permanente através do qual os homens vão percebendo, criticamente, como *estão sendo* no mundo com *que* e *em que* se acham. (FREIRE, 1994, p.41)

Outra característica presente na educação e na terapia é a transformação como objetivo final. Uma terapia sem atingir qualquer tipo de transformação no sujeito, perde sua eficácia, assim como uma educação sem transformar, torna-se infértil e “domesticadora”. Na bibliografia musicoterápica, Bruscia (2000) define o trabalho em Musicoterapia como um “processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança” (p. 22). O processo musicoterápico deve ter como objetivo final algum tipo de mudança no indivíduo, alguma transformação, para se caracterizar como terapia. Da mesma forma, como Freire (1994) aponta na citação acima, a educação deve ser problematizadora, e não uma ferramenta de imposição e alienação dos valores já existentes, mas de transformação destes. Desta maneira, essas duas áreas buscam problematizar a realidade na qual o ser humano se encontra, e ajudá-lo a enfrentar os desafios nela apresentados.

Na sociedade brasileira, observa-se que os jovens encontram-se cada vez menos preparados para se protegerem dos perigos que os cometem, sejam eles emocionais, sociais ou biológicos. Na periferia e no centro das grandes cidades, tem sido comum encontrar infantes que sofrem diferentes tipos de violência (familiar, psíquica ou física). Estes, quando vêm para a escola, encontram ali um espaço que pode ser de segurança, de proteção e de saúde, apesar de todas as deficiências que existem em nosso sistema educacional. Na ausência desse espaço, provavelmente essas crianças teriam chances mínimas de se fortalecerem como indivíduos e como cidadãos. Além disso, devemos ter consciência que somente através de uma transformação efetiva dos sujeitos, e em nosso caso, cidadãos de um país extremamente desigual, podemos deslumbrar uma sociedade mais justa e humana. Assim, aponto que a terapia também deve estar de acordo com a educação, pois muitos problemas que levam hoje nossos pacientes aos consultórios particulares podem ser provenientes de uma desestrutura social mais do que de um distúrbio individual. Dessa forma, a Musicoterapia também deve reconhecer seu caráter social na medida em que enfrenta os desafios das “doenças coletivas”^{xiv}. Promover a

transformação é pensar também que esta se encontra no âmbito individual, social, político e ecológico. Portanto, toda terapia é também uma educação, na medida em que a vemos como a conscientização do sujeito no mundo, e a capacidade que cada um desenvolve para transformá-lo, recriando através do saber o próprio mundo e a realidade na qual vivem.

Por esta razão, também enfatizo que a transformação não se faz sozinha, mas através do engajamento constante dos diversos saberes que constituem os seres-humanos. Somente a partir de uma ação crítica, coletiva e integral, podemos alcançar um acolhimento em todas as dimensões da vida humana (necessidades biológicas, culturais, sociais, estéticas, afetivas, etc.). Isso não quer dizer que somos capazes de abranger todas as necessidades humanas, mas que podemos ter consciência de que a saúde não é um fim em si mesmo, e, como diz Freire (1970), para a libertação dos “oprimidos” ela está interligada com outras redes de apoio que também fazem parte deste ser múltiplo e complexo que é o ser humano.

Ao alcançarem, na reflexão e na ação em comum, este saber da realidade, se descobrem como seus re-fazedores permanentes. (...) Deste modo, a presença dos oprimidos na busca de sua libertação, mais que pseudo-participação, é o que

deve ser: engajamento.(FREIRE, 1994, p. 32)

Conforme observado neste trabalho, a escola traz em seu eixo central, questões relacionadas á saúde, no momento que entendemos a instituição escolar como mais um espaço de promoção e prevenção de saúde. Ela deve preocupar-se também com o bem-estar humano, e trazer condições para que este possa desenvolver-se em todos os aspectos durante sua trajetória de vida. Paralelamente, observamos que a Musicoterapia dentro de uma instituição educacional, e principalmente, de uma instituição pública educacional, precisa estar atenta a todos os fatores sociais que permeiam esses alunos e professores.

Torna-se igualmente importante que um profissional musicoterapeuta que lide com este público, tenha conhecimentos nas áreas de estudos sociais, culturais e educacionais. Observar qual o imaginário que essas pessoas possuem do mundo e de si mesmas; que tipo de sociedade um funk ou um pagode, como exemplo, simbolizam? Quais relações existem entre a música trazida por esses alunos, sua sociedade e seu comportamento? Como podemos incluir a saúde nos espaços educacionais, e reciprocamente, a educação nos espaços clínicos? Que linhas de pesquisa

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

poderiam permear essas duas áreas que podem ser tão diferentes, mas também similares e essenciais para transformar a realidade em que vivemos?

Sem dúvida que esse é um grande desafio que merece ser desenvolvido em projetos e linhas de pesquisa que agreguem Musicoterapia/educação, pois este tema é de grande importância para o contexto de saúde social que estamos inseridos. Detectar pontos de intercessão entre saúde e educação, buscando estratégias e metodologias que tecem essas duas áreas, pode enriquecer muito nossas práticas e beneficiar bastante nossos alunos e pacientes. Assim, entendo que a participação cada vez mais interdisciplinar de nossos profissionais, o diálogo constante construído entre nós, deve ser o caminho inicial para a solução de muitas de nossas questões e desafios.

CONCLUSÃO

Como observamos na leitura, este ensaio traz em seu bojo a visão da escola como espaço de promoção e prevenção da saúde, e a partir do conceito de pontos de apoio de Pellizzari (2005), a escola torna-se mais um local de atuação do profissional musicoterapeuta. Pudemos analisar

na prática de uma profissional musicoterapeuta em uma escola pública, características importantes que podem ser úteis para uma educação diferenciada, levando em conta as problemáticas existentes num sistema educacional como este do Brasil. Apesar das diferentes formas de atuação existentes entre Musicoterapia e educação, delineamos alguns pontos de interseção entre essas duas áreas, e trazemos o diálogo entre autores da prática educacional e musicoterápica. Assim, a proposta é fomentar estudos e projetos que possam desenvolver e aprofundar o tema aqui exposto.

REFERÊNCIAS

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. Trad. Mariza Vellozo Fernandez Conde. 2^a ed. Rio de Janeiro: ENELIVROS, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução por Raquel Ramalhe. 29. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1994.

LUZ, Madel. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: MATTOS, Ruben; PINHEIRO, Roseni (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004. pg.09-20.

MORIN, Edgar. **A Religação dos Saberes “desafio do século XXI”**. Editora Bertrand Brasil LTDA, Rio de Janeiro, 2001.

PELLIZZARI, Patrícia. **Salud, Escucha y Creatividad**. Ediciones Universidad Del Salvador, Argentina, 2005.

¹Qualidade vocal que revela o modo de ser, expressa impulsos genuínos de apelo e rejeição, é carisma vocal.

2 Borges-Andrade exemplifica com clareza as dificuldades na definição (ou na ausência) do conceito de *linha de pesquisa*, apesar de este termo ser amplamente usado nos relatórios como unidade de análise para a avaliação de cursos e propostas de cursos enviados à CAPES. Este termo é recorrente também no *Curriculum Vitae* (CV) da Plataforma Lattes do CNPq e no Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq. Ele define linha de pesquisa como figuras institucionais que agregam variados projetos de pesquisa inseridos num Programa de Pós-graduação ou em uma área de concentração. A linha de pesquisa poderia ser entendida como um traço imaginário que: 1) determina um rumo, ou o que será estudado num determinado contexto ou realidade; 2) limita as fronteiras do campo específico do conhecimento em que deverá ser inserido o estudo; 3) oferece orientação teórica; 4) estabelece os procedimentos que deverão ser considerados adequados. Para maior aprofundamento no assunto, ver Borges-Andrade, Jairo:

<http://antiga.uffs.edu.br/wp/wp-content/uploads/2010/06/Conceito-de-Linha-de-Pesquisa.pdf>

3 As áreas de conhecimento são definidas pelo CAPES e divididas em quatro níveis: Grande Área, Área, Subárea e especialidade. Nesta classificação, Ciências da Saúde encontra-se como Grande área, e Educação como Área, inserida dentro da Grande-Área das Ciências Humanas.

4 Foucault (2004) desenvolve em Vigiar e punir a forma de punição característica da prisão, a partir de técnicas disciplinares que tem como objetivo tornar os corpos dóceis e submissos. As técnicas de poder disciplinar ganham sentido na sociedade capitalista, no momento que há uma necessidade da fabricação de um corpo disciplinado para um sistema de sujeição, onde o corpo se torna útil se ao mesmo tempo se torna produtivo e submisso. Daí, a disciplina fabrica indivíduos tornando-os objetos e instrumentos para o exercício do poder.

5 O Complexo do Alemão é um conjunto de treze favelas da Zona Norte do Rio de Janeiro, considerada uma das áreas mais violentas da cidade. Era comum, durante o período deste projeto, a escola ser fechada por ordem de traficantes da área. Assim, tanto professores como alunos tornavam-se vulneráveis da violência gerada pela complexidade construída das relações sociais de desigualdade e marginalidade.

6 As classes de progressão são formadas por pré-adolescentes que, apesar de completarem todos os ciclos de alfabetização, alcançam os nove anos de idade sem serem alfabetizados. Nessas classes o educando recebe um tratamento educacional especial. A maioria das vezes, o que prejudica o desenvolvimento dessas crianças na sala de aula, são comprometimentos outros, como fatores emocionais, sociais, familiares ou físicos.

7 A autora define sistema de apoio como “as uniões entre indivíduos ou de indivíduos com grupos e instituições, que servem para melhorar a competência adaptativa no afrontamento de crises a

curto ou longo prazo, momentos de transição vital, desafios a longo prazo, stress e privações.” (PALLIZZARI, 2005, pg. 110)

8 Não percebemos nas crianças deste grupo uma valorização do estético na forma de tocar. cremos que a novidade do instrumento e a possibilidade de tocá-lo superam a necessidade de tocar com técnica musical. Assim, não ouvimos qualquer crítica vinda de outras crianças quando uma delas tocava o violão, mostrando muita espontaneidade e experimentação com o instrumento.

9 Diante da força que o funk produzia entre os alunos, na maioria das vezes, fazendo apologia à violência, às drogas e ao sexo, a escola encontrou na proibição do estilo musical, a maneira de conter esta música considerada um “problema”. Porém, cremos que esta aparente “ausência” daquilo que poderia ser “anti-educacional”, na verdade revela o distanciamento profundo que a escola possui da realidade de seus alunos, e a falta de preparo de seus profissionais para tentar reverter a situação por outros meios sem ser a repressão.

10 Numa etapa deste estudo, cada criança individualmente era atendida pela musicoterapeuta, que realizou uma gravação sonora das músicas cantadas pelos jovens. Pedia-se para a criança cantar o que viesse à cabeça. Muitas delas iniciavam cantando um funk, geralmente o funk proibido, e logo depois cantavam uma música religiosa, na maioria das vezes, de igrejas evangélicas. Muitas das crianças participavam de reuniões nessas instituições religiosas. Nestes locais o funk também era proibido, consideradas “músicas do mundo”, ou muitas vezes, como as próprias crianças falavam, “músicas do diabo”. Interessante observar a dualidade entre a música do mundo ou “do diabo”, para logo depois expressarem a música “de Deus”, ou a música “certa”, numa atitude de “confissão”, de “perdão”, diante de uma ação “culposa”, “errada, não desejada”. Este foi um aspecto muito observado neste grupo específico, que pode ser desenvolvido para um estudo mais aprofundado sobre as construções subjetivas que a música pode adquirir nos grupos sociais.

11 Chamo de músicas simples neste caso, aquelas que possuem compassos simples- binário, terciário ou quaternário-, com o ritmo caindo sempre nos tempos fortes do compasso e com poucos ou nenhum deslocamento da acentuação natural.

12 Para maior aprofundamento sobre o tema, ver Madel Luz, 2004.

Musicoterapia e a Educação Inclusiva

Marli Gimenez⁸
Pedro Gonçalves⁹
Scheila Amorim¹⁰

RESUMO

O artigo aborda questões referentes à educação inclusiva. Sabe-se que pela constituição brasileira, o acesso à educação é direito de todos. Para tanto, houve mudanças históricas e conceituais até que este direito fosse assegurado às pessoas portadoras de necessidades educacionais especiais. Logo, neste trabalho, há uma breve contextualização histórica sobre o processo legislativo brasileiro no tocante à educação especial. Posteriormente, se discute os principais conceitos desta política de educação, os objetivos e modos de fazer, para, em seguida, se fazer uma reflexão acerca do trabalho da Musicoterapia neste contexto.

Palavras-chave: Educação Especial; Educação Inclusiva; Musicoterapia.

⁸ Musicoterapeuta graduada pela Faculdade de Artes do Paraná. marligimenez-mt@hotmail.

⁹ Musicoterapeuta graduado pela Faculdade de Artes do Paraná e graduando em Filosofia pela Universidade Federal do Paraná. pgon.mt@gmail.com

¹⁰ Musicoterapeuta da Unidade Sócioocupacional Mercedes Stresser, graduada pela Faculdade de Artes do Paraná. scheila.Musicoterapia@gmail.com

Music Therapy and Inclusive Education

ABSTRACT

This paper discusses issues related to the inclusive education. According to the Brazilian Constitution, the access to education is everyone's right. To this end, historical and conceptual changes occurred until this right was guaranteed to people with special educational needs. Therefore, in this work, there is a brief historic background on the Brazilian legislative process in relation to special education. Subsequently, the main concepts of this educational policy and its objectives are discussed herein and a reflection is made on the work of music therapy within this context.

Keywords: Inclusive Education; Special Education; Music Therapy.

INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988, sobretudo no artigo 205, afirma que a educação é direito de todos e dever do Estado e da família (OLIVEIRA, 1998). Assim sendo, estabelece o acesso de crianças, jovens e adultos nos contextos educacionais de forma gratuita, para que, em cada fase da existência da pessoa, se possa construir e formar os

brasileiros, fazendo com que tenham seu exercício de cidadania garantido.

No âmbito educacional, deve-se, portanto, assegurar que as pessoas tenham livre acesso à educação e ao conhecimento, respeitando suas etapas e condições de vida. Neste processo, pensa-se que a educação é diversa, constituindo-se por diferentes aspectos. Um destes aspectos que constituem os universos educacionais diz a respeito da população brasileira que por situações variadas se enquadram em atendimentos educacionais especializados. É o caso de crianças e jovens que passam pelos processos de inclusão escolar.

Fundamentada no reconhecimento da cidadania e nos direitos humanos, tendo a igualdade e a diferença como valores indissociáveis quanto ao acesso à educação, as pessoas com necessidades especiais têm seus direitos garantidos ao ingresso ao conhecimento e à educação através de leis e políticas do Estado brasileiro, sobretudo como visto, pela Constituição federal de 1988, além das Leis de Diretrizes e Bases (LDB) para a educação, implementadas pelo Ministério da Educação.

Neste contexto, apresenta-se no presente artigo alguns dos principais aspectos que compõem o sistema

educacional inclusivo brasileiro – contexto histórico, principais ações, objetivos e principais conceitos – fazendo uma reflexão do papel da Musicoterapia neste cenário.

CONTEXTO HISTÓRICO

Nas sociedades mais antigas, não são raros os casos de extermínio e abandono de crianças deficientes. Na Idade Média devido à grande influência e poder exercido pela Igreja Católica no mundo ocidental, pessoas doentes, deficientes e incapacitadas eram consideradas como criaturas divinas. Entretanto esta condição de deficiência era atribuída aos desígnios de Deus ou a algum tipo de culpa dos próprios sujeitos ou de seus pais devido a pecados cometidos por eles. Dessa maneira, perpetuava-se a exclusão, o abandono e o extermínio e, em alguns casos, terminavam na fogueira da santa inquisição.

Com as novas demandas mundiais impostas pelo comércio e produção, por volta do século XVI, as pessoas deficientes começaram a ser vistas como uma ameaça social, uma vez que não podiam trabalhar, nem usar a terra de forma produtiva e muito menos produzir riquezas (SCHNEIDER *apud* ANSAY, 2009).

A história da educação especial começou a ser traçada a partir do século XVI. Antes disso, não existia uma preocupação por parte da sociedade em atender educacionalmente as pessoas consideradas fora dos padrões de produtividade. A educação para portadores de deficiência, durante muito tempo, caracterizou-se por ações assistencialistas.

A partir do século XVII surgem diferentes instituições (asilos, internatos e escolas) para deficientes a fim de torná-los aprendizes para exercer algum tipo de ofício. No entanto essas instituições apenas reforçaram os antigos paradigmas de uma educação excludente e segregadora, na qual as pessoas com necessidades educativas especiais eram tratadas como doentes e incapazes.

No final do século XIX, início do século XX, chegou-se à conclusão de que a criança com necessidades especiais poderia ser educada. Surgem nesse período as primeiras escolas especiais e centros especializados para cada tipo de deficiência, mas ainda sob uma ótica segregadora e patologicista.

Com a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas, foram publicados documentos que nortearam as políticas públicas dos países-membros, e o Brasil, enquanto

membro da ONU e signatário desses documentos adotou seus conteúdos e busca respeitá-los na elaboração de suas políticas públicas internas.

A proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, assegurou às pessoas com deficiência os mesmos direitos à liberdade, a uma vida digna, à educação fundamental, ao desenvolvimento pessoal e social e à livre participação na vida em comunidade (BRASIL, 2006, p. 20).

Essas concepções estenderam-se em muitos países como Itália, Inglaterra, Estados Unidos, França, Suécia, Espanha e outros, onde a partir da década de 1980, novas reivindicações passaram a criticar os resultados da integração escolar, sob alegação de que as crianças com maior comprometimento eram mantidas separadas das demais, em classes especiais e centros de atendimento - separados da escola regular.

A partir de 1980 devido à pressão internacional, principalmente vinda dos EUA, os objetivos da escola inclusiva passaram a visar à “unificação dos sistemas de ensino especial com o sistema de ensino geral, a inclusão de alunos com deficiências no ensino comum, oferecendo as mesmas oportunidades e recursos a todos os alunos” (RUBIO *apud* ANSAY, 2009, p.116), representando um avanço

educacional e social; numa mudança de paradigma, garantindo oportunidades iguais e uma escola para todos.

No Brasil o atendimento especializado às pessoas com necessidades especiais teve início na época do Império. Neste período duas instituições foram criadas dando abertura a outras no mesmo segmento: 1854 - Imperial Instituto dos Meninos Cegos, atual Instituto Benjamin Constant (IBC) no Rio de Janeiro e 1857 - Instituto dos Surdos Mudos, atual Instituto Nacional da Educação dos Surdos (INES) também no Rio de Janeiro.

Observa-se que, com a progressão cronológica^{xv}, houve a reformulação das leis que determinam as ações para as pessoas portadoras de necessidades educacionais especiais. Desde a primeira lei que data de 1961 (LDBEN, Lei nº 4.024/61) até o decreto de 2007 (Decreto nº 6.094/2007), percebe-se que há uma nova forma das políticas públicas de encarar as pessoas portadoras de necessidades especiais no sentido da ampliação dos serviços prestados a esta população respeitando seus direitos como cidadãos.

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA ATUAL LEGISLAÇÃO

O Ministério da Educação/SEESP (2007) entende, por pessoas com necessidades educacionais especiais, aquelas que têm:

Impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade. Os alunos com transtornos globais do desenvolvimento são aqueles que apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo alunos com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil. Alunos com altas habilidades/superdotação demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes, além de apresentar grande criatividade, envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse. (BRASIL, 2007, p. 9)

As novas formas de atendimento às pessoas com demandas especiais passam desde reformas curriculares e pedagógicas, reformulações de acessibilidade e espaços físicos bem como a formação dos profissionais que trabalham com esta população. Além das mudanças mais “estruturais”, evidencia-se que as novas políticas em educação inclusiva encaram as pessoas que têm necessidades educacionais especiais como cidadãos, primando pelo exercício pleno de sua cidadania e encarando-as como sujeitos legítimos.

A política nacional de educação especial atualmente tem por objetivo, na perspectiva da educação inclusiva: o acesso, a participação e aprendizagem dos alunos com diferentes demandas em aprendizagem nos contextos de educação regular. Tais ações, segundo o Ministério da Educação/SEESP (2007) visam suprir as necessidades educacionais garantindo a transversalidade na educação em seus diversos âmbitos (desde a educação infantil até o nível superior), garantindo atendimento educacional especializado, capacitação do profissional que atua com essa população, participação da família e comunidade nos processos educacionais inclusivos e acessibilidade, ou seja, “urbanística, arquitetônica, mobiliários e equipamentos, transportes, comunicação e informação” (BRASIL, 2007, p. 8).

Os meios pelos quais se aplicam as políticas educacionais inclusivas atualmente estão garantidas na legislação vigente do Estado brasileiro, principalmente no Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), que considera principalmente os pressupostos da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Especial, sob o número 9.394/1996, no artigo 59 que determina que “os sistemas de ensino devem assegurar aos alunos currículo, métodos, recursos e organização específicos para atender às suas necessidades” (*Ibidem*, p. 3)

Tem-se então, dispositivos para que o sistema educacional possa abarcar o maior número possível de pessoas com necessidades educacionais especiais nas suas diferentes etapas de vida, ou seja, atendendo desde as crianças através de estimulação precoce (0 a 3 anos) bem como a capacitação profissional dos jovens, chegando até o ensino superior. Dentre as ações, estão a contratação de profissionais especializados, intérpretes, adequação de ambiência física e estrutural, adequação curricular e de materiais pedagógicos bem como a capacitação dos profissionais que já atuam com essa população.

Os principais conceitos desta política nacional de educação são:

- Inclusão: Segundo Montoan (2007), a inclusão significa: “inserir alunos com déficits de toda ordem, permanentes ou temporários, mais graves ou menos severos no ensino regular.”
- Acessibilidade: Segundo ABNT (2004, p.9), a acessibilidade consiste por “proporcionar à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura ou limitação de mobilidade ou percepção, a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações, mobiliário, equipamentos urbanos e elementos.”
- Atendimento Especializado: Entende-se por atendimento especializado quando o aluno possui todas as suas especificidades atendidas. Segundo o MEC (2006), “o atendimento educacional especializado decorre de uma nova visão da Educação Especial, sustentada legalmente e é uma das condições para o sucesso da inclusão escolar dos alunos” (p. 18). O mesmo documento reitera que “o atendimento educacional para tais alunos deve, portanto, privilegiar o desenvolvimento e a superação daquilo que lhe é limitado” (*Idem*, p. 19)

- Formação continuada: “Constitui-se pelos profissionais que trabalham nestes contextos estarem se atualizando em conhecimentos de gestão de sistema educacional inclusivo, tendo em vista o desenvolvimento de projetos em parceria com outras áreas, visando à acessibilidade arquitetônica, aos atendimentos de saúde, à promoção de ações de assistência social, trabalho e justiça” (MEC, 2007, p. 14).

MUSICOTERAPIA NA EDUCAÇÃO INCLUSIVA

A partir da definição de trabalho de Bruscia, a saber,

Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção onde o terapeuta ajuda o cliente, visando à promoção de sua saúde, utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança (BRUSCIA, 2000, p. 22).

A área de prática didática, na Musicoterapia, é descrita através dos anos nos diversos estudos de caso e pesquisas, nas quais se encontram diversos relatos sobre os efeitos positivos da música por meio da Musicoterapia na melhora da
Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

comunicação, do aprendizado, do comportamento e de diversos aspectos de vida das pessoas, sobretudo, em fase escolar. Porém, na perspectiva inclusiva, a Musicoterapia ainda carece de estudos que de fato relacionem o campo de conhecimento com essa política educacional adotada pelo Estado brasileiro, de forma que possa contribuir com suas técnicas e métodos para melhorar a qualidade de vida desta parcela da população e capacitar/sensibilizar os profissionais que atuam na educação inclusiva.

Dentre as formas de atuação da Musicoterapia neste cenário de alunos da educação inclusiva, pode-se destacar o que Bruscia (2000) denomina nas práticas didáticas, de Musicoterapia do Desenvolvimento, que segundo o autor, é quando se pode, através das experiências musicais,

[...] ajudar os clientes a realizarem uma grade variedade de tarefas que foram retardadas ou impedidas nos vários períodos do desenvolvimento. Portanto, a *Musicoterapia do Desenvolvimento*, é utilizada com clientes deficientes de todas as idades (de crianças a idosos), que encontram obstáculos para o desenvolvimento em qualquer área (sensório-motora, cognitiva, afetiva, interpessoal). (BRUSCIA, 2000, p. 197-198)

O processo musicoterapêutico, de forma contínua e crescente, trabalha as potencialidades do aluno. Esse processo contribui para integração escolar, para a socialização e, também, faz com que esta ação se torne mais saudável para o indivíduo e seu grupo social.

Há também a possibilidade em fazer a capacitação e sensibilização com os profissionais que lidam com este contexto escolar proporcionando, através das experiências musicais na Musicoterapia, reflexões acerca das especificidades que envolvem a educação inclusiva, lembrando que esta forma de atuação está contemplada nos objetivos da política em questão, já que, segundo a mesma, determina-se a “formação de professores de atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão escolar” (BRASIL, 2007, p.8).

Acredita-se que, ao se inserir neste nicho de trabalho, o musicoterapeuta além de ser capacitado^{xvi}, deve contemplar em sua prática as especificidades sobre a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Uma de nossas tarefas como educadores, é descobrir o que historicamente pode ser feito no sentido de contribuir para a transformação do mundo de que resulte num mundo mais ‘redondo’, menos arestado, mais humano e em que se prepare a materialização da grande utopia: unidade na diversidade.”

Paulo Freire

Ao falar sobre a Educação Inclusiva, geralmente tem-se a noção superficial de que tais ações vão de fato favorecer as pessoas que participam deste processo, sobretudo, aquelas que têm necessidades educacionais especiais. Em geral, considera-se que, ao inclui-las em ambientes educacionais regulares, agrega-se a esta ação maior direito de cidadania e vencimento de “barreiras de preconceito”.

É evidente que a iniciativa observada na política brasileira de educação, principalmente na perspectiva da educação inclusiva, representa um salto quantitativo e qualitativo para a parcela da população que é usuária deste sistema, assegurando-lhes o direito constitucional de acesso à educação e ao exercício da cidadania. Porém, juntamente com essas ações se faz necessária uma crítica, na medida

em que se incluem as pessoas nos contextos “normais” sem que esses ambientes sejam adaptados, sensibilizados e educados para a recepção justa e democrática destes indivíduos.

Se, por um lado a legislação garante o atendimento de alunos com necessidades educacionais especiais, por outro, o que se vê são escolas recebendo estes alunos sem estrutura física e profissional que lhes possa oferecer uma educação adequada. Atender à legislação vigente não garante uma educação de qualidade para os alunos com necessidades educacionais especiais, sendo necessário um trabalho planejado, sério e, sobretudo, consciente.

Mais que pertinente, é pensar na palavra inclusão: até que ponto se inclui as pessoas portadoras de necessidades educacionais especiais nos contextos regulares de ensino, sem repensar as práticas didáticas, ou seja, até que ponto se inclui alunos somente no espaço físico e se exige que estas pessoas tenham que cumprir as mesmas “metas” que as ditas “normais”? Até que ponto se inclui sem considerar que as diferenças que são agregadas à escola com a chegada destas pessoas mudam os contextos? Há de se fazer tal exercício reflexivo para que se considere a diversidade como inerente à condição de vida humana, também legítima destas pessoas,

cidadãos de direitos e deveres como quaisquer outros, nascidos ou radicados brasileiros.

Entendemos a importância da educação inclusiva e por sua vez social da pessoa com necessidades educacionais especiais, mas que seja efetivada de forma responsável, competente, com base nos princípios éticos e democráticos que fundamentam a legislação brasileira e nos Direitos Humanos. Logo, a discussão não é concluída neste trabalho, devendo os profissionais musicoterapeutas e outros que atuem neste contexto inclusivo, tornarem efetivas as idéias apresentadas neste paradigma.

Conclui-se com este conjunto de ações e reflexões – que compreendem mudanças de paradigmas que têm influência nos aspectos físicos, técnicos, pedagógicos, científicos e filosóficos – que se deve primar pela construção de uma sociedade igualitária em que a diferença não seja motivo para a segregação e sim, para a diversidade.

REFERÊNCIAS

ABNT. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2004. Disponível em: <<http://www.mpdft.gov.br/sicorde/NBR9050-31052004.pdf>> . Acesso em 22 de novembro de 2010.

ANSAY, Noemi. **A inclusão de alunos surdos no ensino superior**. In: Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia, v.1. Curitiba: 2010. p. 121-137.

BRASIL. Ministério da Educação. **Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, 2006.

_____. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, MEC/SEESP, 2007.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Enelivors, 2000.

FREIRE, P. **Política e educação**. São Paulo: Cortez, 1993.

MONTOAN, Maria Tereza E. **Todas as crianças são bem vindas à escola**. In: Pró-Inclusão. 2007. Disponível em: <http://www.pro-inclusao.org.br/textos.html> Acesso em 21 de novembro de 2010.

OLIVEIRA, Romualdo Portela. **O Direito à Educação na Constituição Federal de 1988 e seu restabelecimento pelo sistema de Justiça**. In: Revista Brasileira de Educação. Mai/Jun/Jul/Ago, n. 11. Campinas: Autores Associados, 1999. p. 61-74.

xv – Para maiores informações referentes ao percurso histórico das leis sobre a educação especial, vide MEC/SEESP (2007).

xvi – Entende-se por capacitado, o profissional graduado em nível superior – bacharel ou especialista em Musicoterapia – dotado de conhecimento específicos do próprio campo da Musicoterapia em sua inserção na educação especial.

Pisando o palco: um resultado da musicoterapia com pacientes adultos cegos

Mara Reis Toffolo¹¹
Marina Reis Toffolo¹²

RESUMO

A apresentação em público, como uma estratégia musicoterápica, pode trazer uma experiência reconfortante para os pacientes dentro da terapia, trabalhando a expressão musical de cada paciente e a capacidade deles em serem os narradores de suas histórias. O presente trabalho pretende mostrar o potencial terapêutico dessa prática, na qual musicoterapeutas e pacientes estão envolvidos no processo da apresentação musical, que tem entre seus objetivos o resgate da autoestima e a autonomia. O projeto “Pisando o Palco” nasceu no decorrer das sessões de Musicoterapia, realizadas com pacientes adultos cegos, a partir do desejo manifestado pelos pacientes de se apresentarem em público.

¹¹ Bacharelado em violino pela Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG em 2007. Pós graduada em musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música (Rio de Janeiro, RJ) em 2009. Contato: maratoffolo@hotmail.com

¹² Bacharelado em violino pela Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG em 2007. Pós graduada em musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música (Rio de Janeiro, RJ) em 2009. Contato: mtoffolo@gmail.com

“Pisando o Palco” foi uma vivência na qual a apresentação musical simbolizou o clímax de um processo musicoterápico coletivo, utilizando experiências musicais, acolhendo e transformando processos do indivíduo e do grupo.

Palavras-chave: Musicoterapia, autoestima e apresentação em público.

Stepping on stage: music therapy outcome with blind adult patients

ABSTRACT

The project “stepping on stage” was born during the music therapy sessions performed with blind adult patients, from the patients’ desire to make a public presentation. This work shows the therapeutic potential of this practice, in which music therapists and patients are involved in the process of musical presentation, which has among its objectives the recovery of self-esteem and autonomy. The public presentation, as an element of music therapy, can bring a comforting experience for the patients within the therapy, working the musical expression of each patient and their ability to be the narrators of their stories. “Stepping on stage” was an experience in which the musical presentation symbolized the climax of a collective music therapy process, evoking musical experience, embracing and transforming processes of the individual and the group.

Keywords: Music, self-esteem and presentation in public

INTRODUÇÃO

O projeto “Pisando o Palco” nasceu no decorrer das sessões de Musicoterapia, realizadas com pacientes adultos cegos na APAE - Ouro Preto, sob a orientação das estagiárias¹ Mara Reis Toffolo e Marina Reis Toffolo. Durante três meses, compreendidos de setembro a dezembro de 2008, três pacientes foram atendidos em doze sessões de Musicoterapia em grupo.

Durante essas sessões, o grupo expôs o desejo de se apresentar em público. A apresentação aconteceu no dia 14 de dezembro de 2008, às 17 (dezesete) horas, no auditório Alceu Amoroso Lima – GLTA. Os pacientes puderam pisar o palco, apresentar suas canções, expressar suas emoções e vivenciar um momento único de uma experiência positiva que resultou no encerramento do trabalho musicoterápico.

A elaboração deste trabalho nasceu, então, do desejo de refletir sobre a apresentação em público como uma atividade musicoterápica, capaz de simbolizar um processo de experiência coletiva, utilizando vivências musicais, acolhendo e transformando aspectos individuais e coletivos do grupo.

O principal objetivo dessa experiência era se utilizar como apresentação em público, um tipo diferente de

experiência musical, agente de interação entre o grupo, e com o meio – a platéia, a família, os amigos. O desafio dessa prática era fazer com que a apresentação musical pudesse ser percebida como um efeito positivo dentro do processo musicoterápico.

O presente artigo descreve, analisa e avalia a utilização da apresentação musical como um tipo diferente de experiência musical, capaz de permitir a interação entre o coletivo, o social, o pessoal e os desafios de tornar a apresentação um fator **de soma dentro do contexto musicoterápico.**

MÚSICA, MUSICOTERAPIA, APRESENTAÇÃO EM PÚBLICO E AUTOESTIMA

A música tem o poder de atuar intensamente no mundo interno da pessoa. Tal capacidade faz da música uma arte ímpar, uma experiência estética que mobiliza as possibilidades do indivíduo. Este se descobre capaz de criar e de expressar, por meio dela, emoções, sentimentos, estado de espírito (HAGUINARA, 2003).

Segundo Bruscia (2000), a música é experienciada como um processo artístico sempre que o foco está no puro prazer estético derivado do ato de fazer música ou ouvir

música. O produto resultante dessa prática de se fazer música, se dá pelo valor estético de improvisar, compor, recriar, apresentar e alcançar o processo artístico.

Nessa experiência musical, a música assume um papel estético no qual pacientes e terapeutas criam, ouvem e trabalham a música por seu próprio valor, sem qualquer propósito que não seja a apresentação musical como um processo artístico. “A música aqui é incorporada ao processo terapêutico. A arte é terapia, mesmo quando não é utilizada com esse propósito. Portanto, dar ao cliente experiências puramente estéticas também facilita e melhora o processo terapêutico” (BRUSCIA, 2000, p.156).

A música pode ser experimentada como processo estético sem se prender a padrões ou exigências estabelecidas por músicos ou profissionais. O produto a ser atingido pode ser simplesmente o fazer musical, a performance ou a apresentação musical.

Para Costa (1989, p. 79) o núcleo no qual se desenrola todo o processo musicoterápico é a ação de fazer música, ou seja, produzir e organizar sons. Não só a intenção de comunicar-se está em jogo dentro da terapia do próprio prazer de tocar, de cantar, de ouvir, de ser escutado. “Ao escutar e ser escutado tem início uma forma rudimentar de percepção

do “outro”, de algo ou alguém pertencente ao espaço exterior, seja este “outro” o instrumento musical ou uma pessoa” (COSTA, 1989, p. 80).

Bruscia afirma que se os potenciais terapêuticos infinitos da música devem ser explorados ao máximo, devemos ir além das definições fronteiras tradicionais da música estabelecidas por outros campos. (BRUSCIA, 2000).

Apesar das muitas possibilidades de experiências musicais utilizadas em Musicoterapia, a apresentação foi uma experiência, um caminho para se chegar a um objetivo terapêutico estabelecido. A proposta era fazer com que os pacientes alcançassem, em seus conteúdos, uma melhoria na auto-estima e na autoconfiança, através da apresentação musical, atingindo assim o objetivo do tratamento.

Nesse trabalho, “Pisando o Palco”, o contexto musicoterápico foi priorizado e, estagiárias e pacientes estavam ativos ou comprometidos no processo da terapia. Com o objetivo principal do trabalho musicoterápico estipulado, o objeto das sessões passou a ser a produção musical dos pacientes, através de atividades musicais de improvisação e recriação, estimulando a produção musical desses pacientes.

Em doze sessões de Musicoterapia, com duração de uma hora por semana, esses pacientes puderam vivenciar a música através das atividades recriação, improvisação e audição musical, sem um foco específico na apresentação musical. Essas técnicas musicoterápicas servem como fundamentação. Para Lia Rejane Mendes Barcellos (1990) técnica é o conjunto de processos e recursos práticos de que se serve uma ciência, uma arte, uma especialidade. A parte material. Prática, utilizada em Musicoterapia pelo musicoterapeuta.

Nessas sessões de Musicoterapia, as atividades musicais de tocar um instrumento, cantar e a experiência de recriar foram freqüentes. Segundo Bruscia (2000) as diferentes experiências musicais – a improvisação, a recriação, a composição e a audição musical – tornam-se métodos de trabalhos em Musicoterapia. Esses métodos definido por Bruscia para Barcellos é definido como técnicas.

Barcellos referiu a recriação musical ora como técnica ora como experiência musical. Quando esta é vivenciada pelos pacientes, trata-se de uma das muitas experiências musicais possíveis de serem vividas em Musicoterapia; como técnica é empregada exclusivamente pelo musicoterapeuta (BARCELLOS, 2004).

O desejo do grupo de recriar no momento musical foi a ponte encontrada para fazer dessa experiência musical um ganho nas respostas terapêuticas já então alcançadas. O fortalecimento da estima desses pacientes esteve ligado à Musicoterapia e à capacidade dos mesmos de obterem um resultado positivo e favorável nas recriações musicais como experiência musical e como técnica proposta, quando utilizada pelo musicoterapeuta.

Para Bruscia (1991), a recriação aparece como indicada para os que necessitam desenvolver habilidades sensório-motoras, aprender comportamentos adaptados, manter a orientação de realidade, dominar diferentes papéis comportamentais, identificar-se com sentimentos e idéias de outros, trabalhar cooperativamente em metas comuns.

No momento musical proposto pelas musicoterapeutas/estagiárias os pacientes traziam canções, cantavam, tocavam e se apropriavam dessas canções, e era através desse momento que as canções aconteciam também por identificação.

Segundo Chagas (2001, P. 121) “quando uma pessoa canta no setting musicoterápico, ele ou ela não reproduz simplesmente a canção, mas se apropria dela. (...) Utilizada como uma atividade projetiva, a canção toma uma nova

forma, instantânea, produzida ali pelo indivíduo ou pelo grupo, não é possível de ser repetida, é única”. A canção popular torna-se viva, recriada, improvisada tanto pelo cliente como pela musicalidade clínica do musicoterapeuta, que irá perceber novos sentidos e novas possibilidades de encaminhamento musicais na conhecida canção popular (CHAGAS, 2001).

A recriação acontecia através do canto em conjunto, exercitando a interpretação musical e executando instrumentos. Esse momento dentro da terapia era importante para os pacientes expressarem seus sentimentos, para coesão e interação do grupo. Nesse momento musical, assim denominado, pacientes e musicoterapeutas/estagiárias estão ativos ou comprometidos no processo de fazer música, através de atividades musicais.

Os pacientes puderam se expressar através das canções trazidas nas sessões. Fazendo com que eles pudessem estar no processo como o performer de sua própria música, ou o intérprete de uma música que poderia expressar suas emoções e sentimentos através da sua execução (BARCELLOS, 2008).

Segundo Swanwick (1979), a performance é a atividade de tocar um instrumento ou cantar, considerando-se

desde o repertório mais simples, inclusive sem notação musical, até o mais elaborado. A apresentação em público é uma experiência muito particular que envolve muitos aspectos emocionais do performer.

Rink (2003) refere-se ao performer como o narrador das idéias do compositor ou daquele que narra uma mensagem expressiva. Segundo Barcellos (2008, p.28), “a narrativa do paciente, na Musicoterapia, estaria ancorada na sua história de vida, clínica e sonoro/musical, e seria contada/cantada/tocada/encenada para alguém, para expressar seu mundo interno e tendo o musicoterapeuta na escuta dando-lhe suporte, interagindo ou fazendo intervenções necessárias para facilitar o desenvolvimento do processo terapêutico”.

A escolha do repertório surgiu a partir desse pensamento: de retirar da recriação o repertório a ser apresentado no dia da apresentação. Os pacientes traziam canções que faziam parte da história pessoal de cada um ou canções que de alguma maneira faziam com que eles se identificassem com sua história. E, foi através dessas canções que pudemos juntos, pacientes e musicoterapeutas/estagiárias, escolhermos o repertório do dia da apresentação.

Interessante pensar que a escolha do repertório revela a intenção dos pacientes e sua maneira de pensar a música. O critério para seleção do repertório foi vinculado à identidade musical de cada paciente e ao decorrer das sessões de Musicoterapia. Para seleção das músicas foi adotado o critério de utilização das canções mais recorrentes dentro da terapia, aquelas que os pacientes mais gostavam. Era como uma expressão daquilo que eles gostariam de dizer no momento da apresentação musical para seus amigos e familiares.

Cabe lembrar que a divulgação da apresentação foi feita através de cartas convites e toda essa preparação foi feita pelos pacientes e pelas musicoterapeutas/estagiárias. Os pacientes puderam assim escolher o público para o qual iriam se apresentar e se expressar. Eram familiares, amigos e professores da APAE – Ouro Preto.

O público desempenhou um papel importante no dia da apresentação; eles eram quem escutavam e observavam. Dentro do projeto e da apresentação musical o público desempenhou um papel fundamental, por se tratar de uma apresentação “caseira”, ou seja, uma apresentação para poucos convidados, em geral amigos e familiares dos pacientes. Sendo assim, o público não era apenas um ouvinte

de suas histórias, eram pessoas escolhidas pelos pacientes para estar naquele dia.

Walter Howard (1984, p.103) afirma que “é o público que propõe ao artista seus objetivos”. É importante para os pacientes um reconhecimento caloroso do seu trabalho, confirmando a importância de se alcançar os seus objetivos propostos. No caso das apresentações informais ou “caseiras”, isso é ainda mais intenso.

O público foi o grande responsável pelo entusiasmo dos pacientes, que sabiam que na platéia estavam seus amigos e familiares, acolhendo-os, sendo todos ouvidos naquele momento. O público foi o responsável pelo processo de catarse de um dos pacientes naquele dia. É interessante descrever o processo da paciente MM durante as doze sessões até o dia da apresentação.

MM foi uma paciente que não conseguiu expressar e verbalizar diante do grupo, sempre calada e tímida, ela era a mais fechada. E durante esses três meses de Musicoterapia, ela havia passado por várias cirurgias nos olhos e estava muito esgotada, segundo seu próprio relato. Até o dia da apresentação MM não havia escolhido uma canção. Enquanto os outros dois pacientes, animados, já haviam escolhido suas canções e já diziam o que expressariam em público, MM não

manifestava tanto entusiasmo e dizia não querer se expressar no dia. No entanto, MM foi a primeira a chegar ao auditório no dia da apresentação e dizia estar muito nervosa. Durante toda exploração do espaço MM soltava-se e sorria muito. No momento da apresentação os pacientes quiseram contar um pouco da sua história e o porquê das canções escolhidas por eles. Já havia sido conversado anteriormente que cada paciente poderia fazer o que desejasse no palco naquele dia: expressar ou não expressar. Grande foi a surpresa quando MM levantou-se na sua vez e contou toda história da sua cegueira. Revelou que seu marido havia lhe deixado após sua doença. Agradeceu a presença dos dois filhos que estavam ali, chorou, desabafou e logo começou a sorrir. Escolheu uma canção alegre – chamada “Whisky a gogo”, cantou e sorriu muito.

Para uma paciente que nunca havia contado sua história antes e que não se sentia segura para dividi-la com o grupo, pode-se pensar que a presença de seus filhos, na platéia foi a que a impulsionou a um processo de catarse. E foi uma experiência positiva para ela. MM relatou após a apresentação a alegria que sentia por ter agradecido aos filhos e por ter desabafado. Dizia: “Foi uma experiência maravilhosa, foi um dia especial”.

Pisando o palco, esses pacientes puderam vivenciar uma experiência musical única, que mexeu com aspectos psicológicos individuais e grupais. Em uma entrevista feita com os pacientes antes do início das sessões de Musicoterapia, eles relataram a grande insegurança que sentiam para realizar tarefas do dia-a-dia e, principalmente, pela pouca confiança que muitas vezes os levavam um estado de apatia e depressão.

De acordo com Kohut (1984), a autoestima 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 autoestima nós possuímos, mais amado, respeitado, reconhecido e apreciado nós nos sentimos.

A auto-imagem está diretamente ligada à personalidade e ao comportamento. Kohut (1984) afirma:

A auto-imagem é a chave da personalidade e do comportamento. Mude a auto-imagem e você muda a personalidade e o comportamento, é mais que isto, ela define o que você pode ou não fazer. Aumente sua auto-imagem e você aumenta também a área do possível (KOHUT, 1984, p.43).

A prática da apresentação em público provou ser bastante eficiente quando trabalhada junto ao grupo a formação das virtudes e da autoconfiança. Esse processo pode ser chamado de recurso ou poder psicológico. Os autores Friedmann (1996) e Antunes (2002) denominam:

Poderes psicológicos: são assim definidos como os recursos responsáveis pelo aumento da auto-estima dos sujeitos e de seu auto-reconhecimento de um ponto de vista ético-cultural. Aspectos essenciais desta classe de recursos é a auto-estima, a autoconfiança, a pro atividade, o sentimento de pertencimento e de devir, entre outros. A idéia aqui é a de que não bastam os demais recursos do empoderamento se os indivíduos e grupos não acreditarem que os possuem e têm plenas condições de alocá-los em suas estratégias de ação, sós ou com outros. (HOROCHOVSKI e MEIRELLES *apud* FRIEDMANN (1996) e ANTUNES (2002), 2007, p.498).

Para a autora Maria da Glória Gohn (2004) em seu artigo “Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais”, o significado da categoria “*empowerment*” ou “*empoderamento*” como tem sido traduzido no Brasil, não tem um caráter universal. Tanto poderá estar se referindo ao

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

processo de mobilizações e práticas destinadas a promover e impulsionar grupos e comunidades - no sentido de seu crescimento, autonomia, melhoria gradual e progressiva de suas vidas (material e como seres humanos dotados de uma visão crítica da realidade social), como poderá se referir a ações destinadas a remover simplesmente a pura integração dos excluídos, carentes e de mandatários de bens elementares à sobrevivência e serviços públicos.

O empoderamento tem se tornado um termo de uso corrente, apresentando muitas possibilidades conceituais, podendo ser empregado de várias maneiras, por diferentes visões atuais.

Para Horochovski e Meirelles (apud SPREITZER, 1995) o empoderamento individual ou intrapessoal ocorre quando indivíduos singulares são/se autopercebem como detentores de recursos que lhes permitem influir nos e mesmo controlar os cursos de ação que lhes afetam. Embora fortemente influenciado por fatores psicológicos – auto-estima, temperamento, traumas e experiências – o empoderamento individual é relacional, na medida em que resulta da percepção que os indivíduos têm de e em suas interações com os ambientes e as demais pessoas. É, portanto, uma variável mediadora entre o indivíduo e o ambiente que o

circunda, tendo antecedentes socioestruturais: “empoderamento envolve um entendimento crítico do ambiente sociopolítico, não sendo um ‘traço de personalidade estático’, mas sim um ‘construto dinâmico contextualmente orientado” (HOROCHOVSKI e MEIRELLES *apud* ZIMMERMAN, 1990, p.495).

Durante as doze sessões de Musicoterapia que antecederam a apresentação em público, a preocupação em trabalhar a auto-estima e autoconfiança dos pacientes foi um componente importante para alcançar o objetivo do projeto “Pisando o Palco”. Todas essas preparações aconteceram ao longo do processo musicoterápico. Trabalhando nas sessões de Musicoterapia todos os aspectos psicológicos que envolvem o processo da apresentação e da preparação musical.

A aplicação e a eficiência da prática da apresentação em público dentro da terapia dependem da forma como o musicoterapeuta e pacientes conduzirão o processo. Nesse caso, foi estabelecido um vínculo de confiança durante as sessões de Musicoterapia fazendo com que os pacientes se sentissem capazes e preparados a apresentação. A motivação do grupo e o desejo dos mesmos de se apresentarem foi a ponte encontrada para fazer dessa

experiência musical um ganho nas respostas terapêuticas até então, não alcançadas por todos do grupo. A qualidade da apresentação influenciou no incremento de sentimentos positivos a respeito de si. Esse fortalecimento esteve ligado a sessões de Musicoterapia a que foram submetidos e à capacidade dos mesmos de obterem um resultado favorável na apresentação em público.

O dia de pisar o palco, o dia da apresentação musical foi um dia de experiências significativas para esses pacientes. Pacientes e musicoterapeutas/estagiárias se reuniram no auditório algumas horas antes da apresentação. Era importante para esses pacientes cegos se acostumarem com o novo ambiente, através da exploração, da descoberta, do conhecer e até mesmo do limitar-se a esse espaço novo os pacientes estavam trabalhando diretamente sua confiança. Ambos relataram a confiança e a segurança que sentiam após explorar o ambiente.

Essa mudança externa do ambiente foi muito importante para esses pacientes. O “Pisando o palco” aconteceu em um auditório pequeno, na cidade de Ouro Preto, e foi um encontro entre os pacientes e seus convidados. A mudança de ambiente para esses pacientes que todos os dias saem de suas casas para a APAE e

exploram pouco novos ambientes, é a oportunidade desses de trabalharem a exploração do novo e de estarem descobrindo novas possibilidades.

Segundo Horochovski e Meirelles (*apud* ROMANO, 2002) esses agentes podem funcionar como catalisadores iniciais, mas o impulso do processo se explica pela extensão e a rapidez com que as pessoas e suas organizações mudam a si mesma.

Uma mudança significativa aconteceu quando os pacientes se organizaram junto ao novo espaço, através dessa mudança de ambiente e da rapidez exigida aos mesmos para vivenciarem o novo espaço e para chegar à confiança interna para se apresentarem.

Outro fator importante é que a apresentação musical funcionou como uma interação com o outro ou um relacionamento social. Para Fadiman e Frager (1979) a interação com o outro capacita um indivíduo a descobrir, encobrir, experimentar ou encontrar seu self real de forma direta. O relacionamento social nesse caso é todo o contado dos pacientes com esse público. Fadiman e Frager (1979) afirmam que em terapia, em situações de encontro e em interações cotidianas, o *feedback* dos outros oferece às pessoas oportunidade de experienciarem a si mesmas.

Foi realizada uma segunda entrevista, com esses pacientes, após a apresentação “pisando o palco”. Essa segunda entrevista foi comparada à entrevista primeira, inicial. Com essa comparação das duas entrevistas pudemos constatar que os resultados dessa prática foram em geral positivos. Reparou-se que:

- Foi alcançado o objetivo do tratamento. Houve, portanto, uma melhora na auto-estima e na confiança desses pacientes.

- Os três pacientes relataram na entrevista a experiência como especial e única. Disseram estar felizes com o resultado dessa prática.

- O sentimento relatado por eles ao final da apresentação musical era de euforia.

- Diziam estar se sentindo valorizados e mais confiantes.

Com esses resultados, comparando as entrevistas feitas aos relatos dos pacientes, pudemos concluir nosso trabalho com um processo positivo dentro da Musicoterapia. “Pisando o Palco” foi uma experiência favorável nesse processo terapêutico.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. **O caminho do empoderamento: articulando as noções de desenvolvimento, pobreza e empoderamento.** In: ANTUNES M. e ROMANO, J. O. **Empoderamento e direitos no combate à pobreza.** Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2002.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **El Paciente como Narrador Musical de su Própria História.** Trabalho apresentado na mesa-redonda *Música em Musicoterapia.* II Congresso Latino-americano de Musicoterapia. Montevideú, julho de 2004, p.1-5.

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

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

BRUSCIA, Kenneth E. **Case Studies in Music Therapy.** Barcelona Publisher. Phoenixville .1991

CHAGAS, Marly. **Cantar é mover o som.** II Fórum Paranaense de Musicoterapia, II Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, Anais, 2001, pp119 -122.

COSTA, Clarice Moura. **O despertar para o outro.** São Paulo: Editora Summus, 1989.

Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

FADIMAN, James & FRAGER, Robert. **Teoria da Personalidade**. Coordenação de tradução Odette de Godoy Pinheiro; tradução de Camila Sampaio, Sybil Sofdié – São Paulo: Haper & Row da Brasil, 1979.

FRIEDMANN, J. **Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo**. Celta: Oeiras, 1996.

GOHN, Maria da Glória. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais**. Saúde e Sociedade vol.13 n2. São Paulo: 2004 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> Acesso em 21/07/2009.

HOWARD, Walter. **A música e a criança**. Tradução de Noberto Abreu e Silva Neto. Summus editorial: São Paulo, 1984.

HOROCHOVSKI, Rodrigo & MEIRELLES, Giselle. **Problematizando o conceito de empoderamento**. Anais do II Seminário Nacional de Movimentos Sociais, Participação e Democracia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

KOHUT, Daniel. **Musical Performance learning: theory and pedagogy**. New Jersey, Englewood. England, 1984.

NACHMANOVITCH, Stephen. **Ser Criativo: o poder da improvisação na vida e na arte**. Tradução de Eliana Rocha. São Paulo: Summus, 1993.

RINK, John. **Translating Musical Meaning: The Nineteenth-Century Performer as Narrator.** In: COOK, Nicholas e EVERIST, Mark (Eds.) *Rethinking Music*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

ROMANO, J. O. **Empoderamento: enfrentemos primeiro a questão do poder para combater juntos a pobreza.** Documento de apoio apresentado no International Workshop Empowerment and Right Based Approach in Fighting Poverty Together. 4th to 6th Sept. 2002, Rio de Janeiro, Brazil.

SALMON, Paul & MEYER, Roberto. **Notes from the Greem Room: coping with Stress and Anxiety in Musical performance.** New York: Lexington, 1992.

SPREITZER, G.M. (1995). **An empirical test of a comprehensive model of intrapersonal empowerment in the workplace.** *American Journal of Community Psychology*. Oct. v. 23. n.5. p. 601-29.

SWANWICK, Keith. **Ensinando música musicalmente.** Tradução de Alda Oliveira e Cristina Tourinho. São Paulo: Moderna, 2003.

ZIMMERMAN, M. A. **Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions.** *American Journal of Community Psychology*, 18, 169-177. 1990.

Entrevista gentilmente concedida pelo musicoterapeuta argentino Diego Schapira à Revista Brasileira de Musicoterapia da UBAM no dia 18 de junho de 2011¹³

Revista UBAM - Fale-nos um pouco em que consiste a Abordagem Plurimodal.

Diego – a Abordagem Plurimodal hoje em dia é uma linha de pensamento teórico dentro do universo da Musicoterapia, e que foi se conformando como tal com o percurso dos anos. Começou no ano de 1985 quando eu comecei a estudar distintas correntes teóricas da MT, a partir de minha própria ignorância. Isto me permitiu estudar sem preconceitos. Então, comecei a encontrar em diversas correntes teóricas de MT as mesmas perguntas (que eu fazia pra mim) e também comecei a encontrar respostas, algumas que não me satisfaziam, mas outras que me satisfaziam muito eram de distintas formas de pensamento e muitas vezes eram complementares. Então, inadvertidamente, eu comecei a unir esses conceitos que eu achava complementares, como uma forma de ir trabalhar todos os dias com meus pacientes e de compreender o que lhes passava desde a MT. Alguns anos depois, esse trabalho que continuou e que continuo fazendo junto com outros

¹³ Entrevista realizada e transcrita pela musicoterapeuta Sheila Volpi
Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XIII, n. 11, 2011.

colegas, e em algum momento percebemos que tínhamos já alguma invenção maior e que já tínhamos alguma forma de sistematização das idéias, e da sistematização da forma prática de trabalho também. Foi nesse momento que começamos a pensar que talvez tínhamos que denominar de alguma maneira nosso trabalho. E a primeira denominação que eu encontrei foi bastante errada. Eu denominei Método Multimodal. Algum tempo depois, eu soube que Multimodal é na verdade uma linha dentro da Psicologia Condutiva (Comportamental). E eu não tenho muito que ver com o condutivismo comportamental. E eu pensava que, talvez as pessoas pensassem que era alguma forma comportamental de Musicoterapia, então mudei para Plurimodal. Algum tempo depois, eu estava dando um seminário da abordagem, nesse momento era Método Plurimodal, no Rio de Janeiro, e foi (Lia) Rejane (Barcellos) que falou para mim (eu sempre aprendo com ela) que não é um método. “O que você está fazendo é uma abordagem”. Eu fiquei pensando e mais uma vez me dei conta que ela tinha razão. E mudei para Abordagem Plurimodal, então ela [Lia Rejane] é parte responsável do nome.

Revista UBAM – é como uma madrinha.

Diego – Seria uma honra se ela fosse madrinha. Eu sempre tive a concepção que nós temos que reconhecer o trabalho dos pensadores que nos tomamos, porque muitas vezes lemos trabalhos em diferentes âmbitos na Musicoterapia, na Psicologia, em outros âmbitos também e aparecem alguns conceitos, mas aparecem como se fossem próprios, mesmo que sejam de outros que já pensaram antes. E se nos não conhecemos as fontes parece que é o conceito deste último autor. Eu sempre fiquei com um mal estar com essa atitude. Eu sempre procurei reconhecer o trabalho das pessoas que vieram antes de mim, que pensaram muito antes e foi tomando a simples menção de onde eu tomo e das minhas fontes, eu acho que muitas vezes isso serviu de algumas críticas da abordagem. Porque como todos os outros autores estão sempre presentes, algumas vezes não se compreende que eu fiz um trabalho de complementar esses conceitos, e tratar de uniões entre esses conceitos e não é um patchwork de idéias ou um modo eclético de juntar idéias. É um trabalho de muita elaboração. Os principais conceitos que eu fui tomando foram da Musicoterapia Analítica, da MT Nordoff-Robbins. Mesmo que eu fui formando no Modelo de Rolando Benenzon. Depois, eu conheci a Musicoterapia Morfológica, e

além deles poderia enumerar uma multidão de autores que me inspiraram e que me inspiram ainda.

Revista UBAM – Todos dentro da própria MT?

Diego – a maior parte deles dentro da MT. Também tiveram pensadores da Psicologia, da Filosofia, da Neuropsicologia, que também contribuem para o corpo teórico da Abordagem Plurimodal e a partir disto começamos a elaborar os postulados teóricos próprios da abordagem, que foram surgindo da reformulação dos conceitos que fomos somando, de nosso próprio trabalho na prática, tanto clinica como de outros âmbitos não clínicos do exercício da MT que nos demandavam mais pensamentos, e esses pensamentos derivaram em novos conceitos teóricos. Uma das coisas, por exemplo, é que nós mudamos nossa concepção de ser humano. Aderíamos-nos a idéia mais divulgada de ser humano como ser biopsicossocial, mas no percurso de nosso trabalho nós mudamos, por exemplo, para a idéia de unidade biopsicosocioespiritual. Por quê? Por um lado pelos estudos, e por outro pela realidade do trabalho com as pessoas, que tem um universo espiritual que nós somos obrigados a conhecer se queremos trabalhar com efetividade. Se não considerarmos o universo espiritual das pessoas podemos ter diagnósticos errados, podemos ter estratégias do tratamento

erradas também, e podemos ter uma forma de aproximação aos pacientes que não colaborem com seu processo terapêutico. Então a espiritualidade é uma dimensão imensa. Então nós pegamos conceitos de outros autores, nós também modificamos alguns conceitos de acordo com nossas idéias, e nós elaboramos próprios conceitos. A partir de alguns dos conceitos próprios da abordagem, nós postulamos, por exemplo, a idéia de Modos Expressivos Receptivos, que são esses elementos que constituem toda a personalidade expressiva de uma pessoa, e que cada um de nós tem sua própria forma de se expressar e também a própria de perceber. Então, (10:44) é uma dos elementos que fazem que nós pensemos na MT centrada na singularidade do usuário. Nós não pensamos numa MT centrada na teoria, não pensamos uma MT centrada na Musica, também não pensamos a MT centrada numa técnica especifica ou num recurso, mas sim que pensamos na pessoa, e partir daí procuramos brindar a ele a melhor forma de fazer um tratamento musicoterápico, o que seja mais fácil para ele. Isto fez com que nós pensássemos distintas forma de trabalhar e que derivaram a outra dimensão do Plurimodal que é o Plurimodal da Aplicação. Nós temos ate agora quatro eixos de ação: o Eixo das Improvisações Musicais Terapêuticas, o Eixo

de Trabalho com Canções, o Eixo do Uso Seletivo da Música Editada, e o Eixo da EISS, que é uma técnica receptiva cujo nome quer dizer Estimulação de Imagens e Sensações através do Som. Dependendo da população com que estamos trabalhando, e também dependendo do momento de cada grupo de cada pessoa com quem estamos trabalhando vamos privilegiar um ou outro eixo.

Revista UBAM - a partir disto quais são as indicações de trabalho da Abordagem Plurimodal?

Diego – é mais fácil pensar contra indicações. (12:41) Nós não trabalhamos com pessoas que não tem uma boa disposição para a experiência musical, ou que tem rechaço a música. Não estou falando de pessoas que tem resistência, mas sim de pessoas que não quer fazer isto. Com todo o resto das pessoas até agora não encontramos restrições. Nós temos distintas formas de utilização das experiências musicais, e com algumas populações utilizamos todas e com outras só algumas. Por exemplo, com pessoas que eu estive fazendo uma experiência com pacientes em coma, que comprovamos que tem audição, tem recepção auditiva, um estado mínimo de consciência. Com eles trabalhamos com música editada e também fazendo a experiência de cantar para eles, ou de tocar para eles. É só uma parte das

possibilidades da Abordagem Plurimodal, o outro resto é inútil utilizar. E não seria só inútil, senão seria talvez também contraproducente. Então com algumas populações privilegiamos mais alguns eixos que outros. Mas além de este critério geral, nós sempre tentamos analisar que é o melhor recurso ou procedimento para cada pessoa.

Revista UBAM – só para esclarecer: de crianças a adultos?

Diego – sim, trabalhamos desde bebês, mesmo desde mães grávidas. No Hospital Rivadavia (Buenos Aires) em que eu estou trabalhando como supervisor, por exemplo trabalhamos no serviço de neonatologia, no serviço de neurologia, clínica médica de homens e mulheres, onde a maior parte são adultos, psicoprofilaxia neurocirúrgica, e reumatologia, onde a maior parte são pacientes idosos. Trabalhamos desde mães, bebês até idosos ou até pessoas que necessitam de cuidados paliativos, na outra ponta do círculo da vida. Nas distintas áreas: saúde mental, pessoas com capacidades diferentes, psicoses, neuroses, adições. Um universo muito amplo.

Revista UBAM – como você avalia o crescimento da Abordagem Plurimodal nesses últimos anos e como você a vê no cenário mundial da Musicoterapia? (16:13)

Diego – pra mim não deixa de ser surpreendente o crescimento da Abordagem, porque quando comecei com isto

eu só procurava uma forma de a cada dia ir trabalhar e me sentir respaldado pela teoria. O primeiro lugar onde eu trabalhei foi com pessoas adultas em uma comunidade terapêutica. Eu trabalhei 25 anos nessa comunidade terapêutica, com diagnósticos de psicoses e adictos. Muitos deles adictos duais, ou seja, adictos mais com uma patologia psiquiátrica de base. É um trabalho com pessoas em situação muito difícil. Eu tentava, buscava ferramentas para cada dia ir trabalhar na instituição. Quando comecei o trabalho de divulgar, primeiro aos meus colegas mais próximos, o que encontrei foi que eles sentiram o mesmo alívio que eu senti, porque tinha já um sustento teórico, uma forma mais sistematizada, que não é a forma que temos agora, era muito mais rudimentar. De fato tínhamos três eixos e não quatro, e a partir daí começou uma história de aceitação por parte dos colegas e, sobretudo dos colegas mais jovens e também de alguns colegas que já tinham bastantes anos de graduados, mas muita plasticidade para aceitar começar um estudo novo, dentro de sua própria disciplina e eles fizeram um trabalho fantástico, também aportando na teoria da abordagem. E começamos o primeiro curso de formação da Abordagem Plurimodal, não começamos na Argentina, mas no Uruguai. E foi realmente muito bom. A população de musicoterapeutas

uruguayas sempre foi muito pequena, e eles participam a maior parte delas (digo elas, porque a maioria são mulheres) e também compartilhávamos isto de sentir de que estavam sustentadas numa forma de pensar. A partir daí começamos a fazer a formação em Buenos Aires.

Revista UBAM – que ano iniciou a formação no Uruguai?

Diego – no Uruguai começamos sistematicamente no ano 1996/97. Em seguida começamos em Buenos Aires, em 1997. E o crescimento foi incrível, todos os anos tínhamos que fazer uma lista de espera, porque o local onde trabalhava era pequeno por um lado e por outro lado eu sempre penso na formação personalizada, não com grupos massivos. Sempre foram grupos pequenos, mas começamos a fazer mais de um grupo de formação por ano e até que formalizamos uma formação, como um programa em dois níveis, na Argentina. O primeiro nível que tem dois anos e um segundo nível que é mais um ano. Além disso, começamos a fazer um curso para graduados, na Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia de Universidade de Buenos Aires, que foi o primeiro curso de Musicoterapia deste tipo, e durante alguns anos foi o único curso de Musicoterapia lá. É um curso reduzido por algumas questões internas da universidade. Não foi possível fazer um curso prolongado. Mas aceitaram este

espaço e aí já fazem 8 anos que estamos dando este curso. Eu não sei quantas pessoas estão formadas na Abordagem Plurimodal, na Argentina. No ano passado calculamos que talvez, mais que 400 pessoas já fizeram a formação. Muito mais do que eu imaginava!

Revista UBAM – e aqui no Brasil?

Diego – aqui no Brasil o primeiro curso formal foi no ano passado, aqui em Curitiba e que se formaram oito musicoterapeutas, no primeiro nível. O primeiro seminário de Musicoterapia eu fiz, acho que no ano 1999, no Rio de Janeiro, que foi quando Rejane falou de mudar o nome. Depois fiz outro em Porto Alegre, em Goiânia e aqui em Curitiba, que foram seminários de divulgação introdutórios, não era formação. Num fim de semana não é formação e sim uma introdução do que é a Abordagem Plurimodal. Mas aqui já fizemos um primeiro ano e agora estamos fazendo um curso em Goiânia e talvez no ano próximo voltamos aqui em Curitiba.

Revista UBAM – então a proposta da formação está mais concentrada aqui na América do Sul, América Latina?

Diego – é estranho, porque por um lado, na América do Sul a abordagem tem um crescimento grande. Eu nunca pensei que no Brasil, por exemplo, faríamos um curso de formação e eu

sei, por exemplo, que no Chile dentro dos conteúdos teóricos na pós graduação de Musicoterapia eles ensinam a Abordagem Plurimodal; no mestrado de Colômbia se ensina a Abordagem Plurimodal também, no bacharelado de Uruguai tem essa orientação e no mestrado de Musicoterapia em Cuba, tem a Abordagem Plurimodal. No ano passado, também, começamos um curso de dois anos na Espanha então no próximo ano teremos os primeiros Musicoterapia espanhóis formados na Abordagem Plurimodal, e agora em setembro estaremos começando mais um segundo curso na Espanha, na cidade de Valencia. Então tem um crescimento que escapa ao que eu imaginava. Para mim o mais reconfortante é que a Abordagem Plurimodal é algo que as pessoas precisam e podem utilizar. Eu falo sempre “se você considera que isto serve para você, fantástico utilizem, mas se você sente que não serve atire-a ao lixo e faz uma outra coisa”. Bem nós temos agora uma forma de pensar a Musicoterapia que é distinta da que tínhamos 15 anos atrás, algumas continuam e outras mudaram e espero que seja distinta da forma de pensar que vamos ter a cinco anos. Porque seguramente teremos outros conceitos teóricos, e vamos mudar alguns dos que nós temos. Espero que sim!!! Eu acho que uma das piores coisas que nós temos a fazer é

ficar enamorado das idéias. Temos muitas coisas para ficar enamorados. Nas idéias são ferramentas que podem e devem mudar muitas vezes.

Revista UBAM – então, dentro do cenário mundial a Abordagem Plurimodal já está atravessando o oceano.

E a você chegam críticas da Abordagem Plurimodal, diretamente?

Diego – diretamente não, mas eu conheço muitas críticas. Uma das principais críticas que eu escuto é isto que fazemos uma mistura de conceitos que vêm de distintos lugares. Mas acho que é uma crítica que esta ligada a conceitos da Modernidade. Na atualidade com o pensamento complexo, com a idéia de transdisciplinaridade, com a idéia que já não são novas, da Pós Modernidade (e seguramente em pouco tempo vão mudar também) nós temos que pensar as teorias como ferramentas e não como compartimentos estancados, mas sim, ferramentas de compartimentos abertos e que podem se impregnar de outras formas de pensar, e a partir daí evoluir em novos pensamentos, em novas idéias. Eu escuto essas críticas, eu sempre estou aberto a escutar críticas, porque eles me fizeram mudar muitas coisas. Mas essa crítica em particular tem a ver com uma aderência a um

conceito da Modernidade que eu não compartilho. Outra crítica que eu sei que a Abordagem tem é que nós demos nome há algumas coisas que muitos musicoterapeutas já faziam. E seguramente é assim, mas não estava nominado. Eu não tenho nenhum problema em reconhecer sempre o que já fizeram outros. Mesmo que eu falo da forma de entender e de fazer a análise musicoterapêutica, por exemplo, das improvisações musicais. Eu sempre nomino que eu tomo idéias da Musicoterapia, de análise Morfológico e tomo as ferramentas que propõe Bruscia com os IAPs e fiz uma união entre eles. Mudei, na realidade as ferramentas dos IAPs e colocando o “fator de origem” morfológico em lugar do perfil de saliência, porque eu achei que assim era uma ferramenta mais potente para analisar. Também mudei, por exemplo, o perfil de autonomia quando começamos a utilizar com algumas populações tais como pacientes autistas, ou com debilidade mental. Eu coloquei, por exemplo, a tabela I e II de Nordoff-Robbins só, o a classificação de interação musical de Pavlicevic. Porque os cinco graus dos IAPs nos resultam insuficiente para a avaliação que o papel do paciente na música ocupa dentro da experiência musical. Nesse caso tiramos o perfil de autonomia e utilizamos outra ferramenta. Isto não quer dizer os IAPs não servem para trabalhar com

eles, mas que nós encontramos, para nós é mais efetiva outra ferramenta, agregar esta outra. Mas improvisações existem dentro da Musicoterapia desde que a Musicoterapia começou. Quando nós falamos que nós fazemos improvisações musicais terapêuticas, nós não estamos falando nada novo, mas só uma parte da sistematização. E cada técnica, por exemplo, de trabalho com canções, algumas elaboramos nós, mas a maioria foi tomada de outros colegas, mas nós sempre nominamos os colegas de quem tomamos.

Revista UBAM - E você já teve a oportunidade de conversar, por exemplo, com o próprio Bruscia, com o Clive [Robbins] sobre sua técnica

Diego – sim, eu me sinto um afortunado na vida porque com Clive eu tenho uma relação de amizade muito forte e com Bruscia também uma relação muito fluida e respeitosa, que começou quando nós começamos a estudar os IAPs, a traduzir para o espanhol, simplesmente para compartilhar com os colegas. Começamos um trabalho de tradução e a principio parecia muito árido, muito árduo e, em vez de deixar de lado, eu decidi escrever a Bruscia, por correio eletrônico. Ele sempre respondeu. Como eu tinha sempre muitas dúvidas eu escrevi muito, e começamos um intercâmbio fluido e que derivou que no ano 2001, junto com outro colega Marcos

Vidret, o levamos a Buenos Aires. Ele deu três conferencias que nós fizemos um livro que são as Conferencias Portenhas, e deu também três cursos. Felizmente foi antes da ultima crise na Argentina. Mas sempre temos um contato muito fluido. Por outro lado eu tive a sorte de participar na Federação Mundial [de Musicoterapia], no Conselho da Federação Mundial durante dois períodos e tive a oportunidade de conhecer pessoas fantásticas e com quem também estabeleci também uma relação muito forte, como por exemplo, Cheryl Dileo, que eu considero uma amiga de alma; o querido Tony Wigram que eu sempre respeitei muito e que utilizei muitas coisas teóricas dele, e muitos outros que estavam ali e que eu fui aprendendo deles também. Eu também quero mencionar a Rejane Mendes Barcellos, uma imensa teorizadora e uma lutadora pela Musicoterapia, Marly Chagas, Sheila Volpi, Marta Negreiros, Andre Brandalise, Ronaldo Milleco, Renato Tocantins e tantos outros colegas do Brasil. Uma coisa que falávamos no encontro e essa idéia que eu sempre tento colocar que, nós temos que participar na comunidade musicoterapêutica. Isto faz com que nos encontremos e que possamos encontrar aqueles a quem nos respeitamos tanto, e estabelecer uma relação. Eu procuro sempre e me sinto muito beneficiado por isto.

Revista UBAM – você pretende fazer uma nova publicação?

Diego – sim.

Revista UBAM – por enquanto oficialmente nós temos só um livro.

Diego – em verdade nós temos dois livros, o primeiro se chama “Musicoterapia Facetas do Inefável”, que já está esgotado. Depois temos o livro da Abordagem Plurimodal o qual já deveríamos fazer uma nova publicação, com modificações, pois desde que foi publicado até hoje alguns conceitos mudaram e também temos novos conceitos. De fato, agora em Buenos Aires estamos fazendo uma vez por mês (começamos agora), aulas para os que já se formaram de atualização na Abordagem Plurimodal porque há alguns conceitos novos, e que muitas vezes o que ocorre é que em algum congresso ou evento alguém fala da abordagem e os mais velhos depois protestam: “ele está falando de uma coisa que eu não conheço”. Então vamos fazer, em algum momento, uma revisão corrigida do livro da Abordagem, mas também estamos pensando em livro que falam da aplicação da abordagem. E estamos tentando que os colegas que já estão trabalhando, que estão pensando, que muitos deles já estão procurando autores que eu não frequento e fazendo

uma orientação que não é a orientação mais específica, mas que pode enriquecer muito, podem escrever.

Revista UBAM – e desse encontro de agora, vai sair uma publicação dos trabalhos que foram apresentados?

Diego – a idéia é reunir os trabalhos que foram apresentados e fazer uma publicação. Seria a primeira publicação em português. E tomara façamos uma edição portuguesa do livro da abordagem, corrigida.