

Revista Brasileira de Musicoterapia

REVISTA DA UNIÃO BRASILEIRA
DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA



ISSN 2316-994X

ANO XV
NÚMERO 13
2012

REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA

Uma publicação da

União Brasileira das Associações de
Musicoterapia

ANO XIV NÚMERO 13 / 2012

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), Associação de Musicoterapia do Paraná (AMT-PR), Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul (AMT-RS), Associação Goiana de Musicoterapia (SGMT), Associação de Musicoterapia do Piauí (AMT-PI), Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro (AMT-RJ), Associação Baiana de Musicoterapia (ASBAMT), Associação Gaúcha de Musicoterapia (AGAMUSI), Associação de Musicoterapia do Distrito Federal (AMT-DF), Associação de Musicoterapia de Minas Gerais (AMT-MG), Associação de Musicoterapia no Nordeste (AMTNE).

Secretariado da UBAM (Gestão 2012-2014)

Magali Dias (Secretária Geral)

Luisa Mendonça e Monica Deiss Zimpel

Conselho Editorial

André Brandalise Mattos (Universidade de Ribeirão Preto e Georgia College); Claudia Zanini (Universidade Federal de Goiás); Cybelle Maria Veiga Loureiro (Universidade Federal de Goiás); Debbie Carroll (UQÀM- Université du Québec à Montréal); 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); Maria Helena Bezerra Cavalcanti Rockenbach (Pontifícia Universidade Católica); 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); Sandra Rocha do Nascimento (Universidade Federal de Goiás).

Editora Geral

Noemi Nascimento Ansay
(Faculdade de Artes do Paraná)

Comissão Editorial

Sheila Volpi ; Mariana Arruda; Clara Marcia Piazzetta e Gustavo Gattino

Revista Brasileira de Musicoterapia / União Brasileira das Associações
Musicoterapia, . – v. 1, n. 1, (1996). – Curitiba, Ano XIV, n 13, (2012)

Anual
Resumo em português e inglês
ISSN 2316-994X

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

CDD 615.85154 18. ed.

SUMÁRIO

EDITORIAL.....	5
O DISCURSO POÉTICO EM MUSICOTERAPIA: UMA ELUCIDAÇÃO FILOSÓFICA - <i>Thiago Bueno Reimberg</i>.....	6
SETTING MUSICOTERAPÊUTICO: ENCONTROS VISUAIS E SONOROS - <i>Carolina Ferreira Santos</i>.....	15
“COMIGO NÃO, VIOLÃO!”: MUSICOTERAPIA COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA - Daniéli Busanello Krob, Laura Franch Schmidt da Silva.....	27
MUSICOTERAPIA E CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO TEÓRICA - Cláudia Fernandes Laham, Cristiane Amorosino.....	39
MUSICOTERAPIA E O CUIDADO AO CUIDADOR: UMA EXPERIÊNCIA JUNTO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA FAVELA MONTE AZUL - Mariana Carvalho Caribé de Araújo Pinho, Belkis Vinhas Trench.....	53

EDITORIAL

A Revista Brasileira de Musicoterapia é uma publicação semestral 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 13ª edição temos a satisfação de apresentar cinco artigos inéditos.

Nossa revista inaugura neste volume o ISSN 2316-994X (International Standard Serial Number) para publicação de revista eletrônica, este código é aceito internacionalmente para individualizar o título de uma publicação seriada.

Agradeço a todos os colaboradores: autores, pareceristas, comissão editorial, associações de musicoterapia e secretariado da UBAM pelo apoio e trabalho colaborativo durante todo o ano de 2012.

Noemi Nascimento Ansay

Editora Geral

O DISCURSO POÉTICO EM MUSICOTERAPIA: UMA ELUCIDAÇÃO FILOSÓFICA

Thiago Bueno Reimberg¹

Resumo - Este artigo apresenta uma reflexão sobre o discurso sonoro-musical. Assumindo a ideia da música como um discurso vivo no qual o homem é parte imprescindível na organização desse discurso, apresenta a perspectiva do alcance de um discurso musicoterapêutico intervencionista pelo ponto de vista da Poética Discursiva, mostrando de que forma pode-se criar um diálogo entre consciência e inconsciência em busca de um processo terapêutico. Chegando a uma análise Poética da Musicoterapia.

Palavras-chave: Musicoterapia, Discurso Sonoro-Musical, Poética Musical.

Abstract - This article presents a reflection on the sound-musical speech. Assuming the idea of music as a life speech in which man is an indispensable part in the organization of this speech, presents the perspective of the reach of an interventionist music therapeutic speech by a Discursive Poetic point of view, showing how you can create a dialogue between consciousness and unconsciousness in search of a therapeutic process. Coming to a Poetic analysis of Music Therapy

Keywords: Music Therapy, Sound-Musical Speech, Musical Poetics.

Fenômeno Musical

Assim, tomo conhecimento da existência de sons naturais, elementares – a matéria-prima da música –, que, agradáveis em si mesmos, são capazes de acariciar o ouvido e nos proporcionar um prazer que pode ser bastante completo. Mas, acima e para além desse prazer passivo, vamos descobrir a música, música que nos fará participar ativamente do trabalho de um espírito que ordena, dá vida e cria. Pois na raiz de toda criação encontramos um apetite que não é um apetite pelos frutos da terra; de modo que, aos dons da natureza, acrescentam-se os benefícios da elaboração humana (STRAVINSKY, 1996, p. 31-32).

É evidente, nessas palavras, a consciência que Stravinsky tinha de Música. Consciência de que sua Música é um discurso e que este discurso musico-poético é uma elaboração intelectual e não um processo aleatório. Tal consciência abrange diversos níveis de complexidade. A simples ideia de ordenar elementos sonoro-musicais já caracteriza a arquitetura de um discurso.

Os sons elementares, aqueles que acontecem na natureza, de maneira aleatória e desorganizada, como o cantar de um pássaro, o farfalhar de uma brisa nas árvores, o gotejar de uma chuva fina e o pulsar do coração da mãe que segura seu bebê, frequentemente têm o potencial intrínseco de gerar uma sensação agradável ao ouvinte como alegria, conforto, relaxamento e outros. Mas, esses sons, não são músicas, são apenas promessas da mesma.

O homem, ou o espírito, com sua criatividade e seu intelecto, usando de habilidades especiais e sensibilidade, tem o poder de organizar esses sons, esse discurso sonoro, e transformá-los em música. Para uma organização eficaz e satisfatória, no ponto de vista pessoal de cada ser, ele pode se apoiar num conhecimento teórico prévio, em grande inventividade no campo da composição ou em ambos para atingir o seu ideal. Ideal que aparentemente tem um caráter transitório e efêmero, na medida em que é alcançado, ele evolui, pois a essência humana é evolutiva.

Partindo dessa ideia de organização sonora, podemos dizer que o processo composicional musical pode ser denominado como um fenômeno especulativo (STRAVINSKY, 1996), visto que a ideia musical vai surgindo e crescendo como uma vontade, uma “sede”, um “apetite” que vai se desenvolvendo através de caminhos abstratos para no fim culminar em algo concreto do ponto de vista musical. Os materiais usados nesta especulação são o som e o tempo. Sem eles o resultado final, música, seria inconcebível.

Consequentemente, o fazer musical não envolve somente a organização do som, mas também, e às vezes principalmente, a organização do tempo. Sendo assim, podemos dizer que a música é uma arte cronológica, que acontece ao longo do tempo, tempo real ou tempo psicológico. O tempo real é físico e matemático, enquanto que o tempo psicológico transcorre numa velocidade diferente para cada indivíduo e cada situação. Tal velocidade pode variar de acordo com “n” fatores, tanto externos como internos ao indivíduo. Como a música acontece nos dois âmbitos temporais simultaneamente, com intensidades diferentes de acordo com cada caso, podemos usar recursos para manipular a percepção dessa linha temporal. Tais recursos não vêm ao caso agora, somente a consciência de que isso é possível e que esse dualismo cria uma contradição na música: Realidade X Subjetividade.

Apoiando-se na influência da música sobre a nossa mente, chegamos numa influência mais física, carnal. Se pensarmos logicamente, tomando o som como uma vibração da matéria, uma propagação de energia, ele vai agir diretamente no nosso corpo. O corpo todo é um “ouvido”, percebemos essas vibrações, essas energias em todas as partes dele, basta nos concentrarmos para “ouvi-las”, senti-las.

Como o nosso corpo é formado de diversos tecidos diferentes, cada região tem uma sensibilidade distinta diante das diversas energias sonoras, assim, ele pode reagir de diversas maneiras diante de um mesmo estímulo. Essas reações podem ser tanto mentais como físicas. Quem nunca se sentiu mais agitado ao ouvir uma música mais “rápida” ou com vontade de dançar, batendo o pé inconscientemente junto ao pulsar da música, se sentido incomodado ouvindo um som extremamente estridente, se acalmando diante de uma música mais tranquila e com timbres mais “doces”, chorando e até mesmo dormindo?

Se podemos identificar essas reações interiores e também percebê-las nas pessoas diante do ato de ouvir música,

parece fazer sentido utilizar a música terapeuticamente! Quase todas as pessoas gostam de música, e por ela fazer parte do cotidiano, a maioria das pessoas desenvolve uma relação muito pessoal com ela. (...) A Maioria das pessoas reconhece o poder da música de confortar e curar, e muitos já descobriram seus benefícios terapêuticos através de suas próprias experiências pessoais (BRUSCIA, 2000, p. 01-02).

É extremamente importante ressaltar que: Música não é Musicoterapia. Essa máxima, apesar de simples e óbvia, carrega uma complexidade cuja compreensão não é fácil: O que é Musicoterapia?

Musicoterapia

Podemos pensar na Música agindo de forma terapêutica. Um indivíduo qualquer pode se beneficiar naturalmente do ato de “fazer” música quando toca o seu instrumento durante um momento de ludicidade após um dia intenso, sem nenhuma pretensão profissional ou também quando estuda densamente para a preparação de um recital; pode usufruir dos benefícios de ouvir música no carro enquanto enfrenta um congestionamento ou em casa acompanhando um momento na cozinha ou no banheiro. São exemplos comuns da Música agindo sobre um indivíduo que busca um resultado específico para um determinado momento ou situação.

Mas isso ainda não é Musicoterapia.

Definir uma ciência sempre é um desafio. A definição é fechada em si mesma enquanto a ciência sempre ultrapassa esses limites da definição, além disso, a definição carrega sempre um ponto de vista, uma maneira de entender e perceber. Bruscia (2000) apresenta a definição da National Association for Music Therapy (NAMT): “Musicoterapia é a utilização da música para alcançar objetivos terapêuticos: recuperação, manutenção e melhoria da saúde física e mental” (NAMT, 1980) como a mais usada atualmente.

Segundo Benenzon (1988, p. 25), “falar de Musicoterapia é pensar em uma série de metodologias e diferentes técnicas a serviço da comunicação”. Ele sustenta a ideia de que a prática musicoterapêutica propicia a abertura de alguns canais de comunicação no ser humano, ele define esta comunicação como todos os procedimentos por meio dos quais uma mente pode afetar a outra. Tomando, no caso, uma comunicação não-verbal, sonora, ela pode ocorrer no nível intrapsíquico quando impulsiona uma energia de nível inconsciente até o consciente de um indivíduo, em nível extrapsíquico consciente e em nível extrapsíquico inconsciente quando energias provenientes do inconsciente de um indivíduo exteriorizam-se diretamente sem passar pelo consciente do mesmo e são captadas diretamente pelo inconsciente de outro indivíduo. Estes canais extrapsíquicos reforçam o processo da comunicação não-verbal.

Para que haja uma comunicação entre indivíduos e para que a Música assuma o caráter de Terapia é necessário que exista interação humana, terapeuta agindo sobre paciente/cliente usando a Música como ferramenta ativa no processo terapêutico.

Além de interação humana, para que aconteça a terapia é fundamental uma intervenção externa, a intervenção de um terapeuta.

“Intervir é agir sobre alguém ou sobre algo para mudar uma situação existente e conseqüentemente alterar o curso dos eventos” (BRUSCIA, 2000, p. 41). Assim, o ato de intervir opera em determinadas circunstâncias com a intenção de alterar o seu curso natural. É importante ressaltar que a terapia não é definida pelos resultados alcançados. Se houver uma intervenção e os resultados não forem alcançados, simplesmente a terapia não foi bem sucedida, mas o ato terapêutico aconteceu mesmo assim. Obviamente esta intervenção deve ser feita por um profissional qualificado e intencionado, com uma infra-estrutura adequada e um mínimo de conhecimento sobre o cliente para que a terapia ocorra de fato.

Quando aplicamos esses critérios na musicoterapia, constatamos o seguinte: o terapeuta não é o único a atuar efetivamente sobre o cliente, às vezes ele pode nem ser o principal interventor. O Som exerce um papel essencial, ou ele propicia os recursos terapêuticos ou ele faz parte dos recursos utilizados, assim, as intervenções centram-se na recepção ou na produção de sons.

Bruscia (2000) subdivide a musicoterapia em duas formas de atuação: a Musicoterapia Ativa (Interativa) e Musicoterapia Receptiva.

Nas formas ativas de musicoterapia, quando os clientes apresentam, improvisam ou compõem música, eles expressam seus problemas através do som, exploram seus recursos através do som, trabalham seus conflitos através do som, desenvolvem relacionamentos através do som e encontram soluções e bem-estar através do som. E, tudo isso, requer uma orientação auditiva. Tudo o que eles cantam ou tocam é mediado pelo que ouvem enquanto fazem. Nas formas receptivas de musicoterapia, quando os clientes ouvem música, eles recebem o som através de seus corpos, apreendem o som através de sua psique, se ouvem através do som, ouvem os universos dos outros através do som, revivem suas experiências através do som, relembram com o som, pensam com o som e se aproximam do divino com o som.” (BRUSCIA, 2000, p. 45).

Assim, Bruscia justifica Benenzon no que diz respeito à abertura dos canais de comunicação. As duas formas de musicoterapia atingem o indivíduo sensibilizando-o para o sentido da escuta, transformando o ato de “ouvir” em “escutar”, capacitando, assim, o indivíduo a prestar atenção nos sons a sua volta e não simplesmente a ouvi-los. Tudo isso faz parte da formação e descoberta do mundo sonoro existente no interior de cada um. Comunicação entre Consciente e Inconsciente. Tal descoberta individual é de extrema importância, pois este mundo sonoro é um ponto de referência

para a construção da personalidade. Personalidade esta que está em crise no mundo contemporâneo.

É importante dizer que o aprender a ouvir não se refere somente aos sons, mas também ao silêncio, elemento imprescindível em todos os níveis de comunicação. Saber ouvir e apreciar o silêncio é uma deficiência presente na sociedade contemporânea visto que somos bombardeados por estímulos sonoros em todos os ambientes e muitas vezes não percebemos como esse excesso realmente nos atrapalha, tanto mental como fisicamente.

Além disso, esse desenvolvimento da escuta propicia um aprendizado no sentido do indivíduo conseguir, em meio a um “caos sonoro”, identificar um determinado som e concentrar a sua escuta no mesmo.

Assim, Bruscia (2000, p. 171), visando descrever a extensão, a profundidade e a importância da intervenção musicoterapêutica e as mudanças almejadas por ela, apresenta-nos quatro níveis da prática musicoterápica:

Nível Auxiliar: todas as utilizações funcionais da música ou de quaisquer de seus componentes para fins não terapêuticos, mas com objetivos relacionados à terapia.

Nível Aumentativo: prática em que a música, ou musicoterapia, é utilizada para complementar e aumentar efeitos de outras modalidades de tratamento e como elemento de apoio no plano global de tratamento do cliente.

Nível Intensivo: prática em que a musicoterapia desempenha um papel central e independente para alcançar os objetivos prioritários do plano de tratamento do cliente, tendo como resultado, a indução de mudanças significativas na situação atual do cliente.

Nível Primário: prática em que a musicoterapia desempenha um papel indispensável para atingir as principais necessidades terapêuticas do cliente, e, como resultado, induz mudanças abrangentes no cliente e em sua vida.

Considerando então que a musicoterapia acontece quando há a intervenção de um terapeuta, quando há uma comunicação entre dois indivíduos, é certo afirmar que este terapeuta se baseia em um discurso não-verbal, no caso sonoro-musical, para alcançar esse diálogo com o seu cliente. Este discurso é planejado e intencionado pelo terapeuta, mesmo que às vezes inconscientemente, para atingir algo específico, conduzir alguma mudança.

Pode este discurso assumir um caráter poético? Ou ele, por se tratar de um discurso sonoro-musical, já carrega intrinsecamente este teor poético?

A imitação do possível

Todo discurso é movimento, parte de algo para chegar a algo, (...) todo discurso é segmento. (...) O que determina o começo e o fim de todo discurso não é, portanto, o conceito de discurso enquanto tal, mas um fator real empírico: a vontade, ou a conveniência humana contingente que move à produção deste ou daquele discurso em particular (CARVALHO, 2006, p. 79-80).

Na intervenção do terapeuta, na preparação do seu discurso, ele vai agir baseado na coleta de informações sobre o cliente. Estas informações são adquiridas através de uma investigação do histórico do mesmo e também exteriorizadas inconscientemente pelo cliente durante as suas manifestações sonoro-musicais em sessão. “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” (BRUSCIA, 2000, p. 22). A partir da interpretação do terapeuta sobre as experiências do cliente, o primeiro encontra certos potenciais, possibilidades de mudança. A partir dessas possibilidades, ele age intencionando a evolução.

Se considerarmos que:

O discurso Poético parte do gosto ou dos hábitos mentais e imaginativos do público e, jogando com as possibilidades que aí se encontrem, procura criar uma aparência, um simulacro, levando o público a aceitar provisoriamente como verdadeiro, por livre consentimento, algo que se admitiu de antemão ser apenas ficção ou uma convenção (CARVALHO, 2006, p. 83).

O terapeuta, identificando algum elemento no inconsciente do cliente (público) que necessita ser trabalhado, passa a usar esses elementos através de um discurso sonoro-musical para apresentar uma situação específica para ele. O cliente, recebendo esse estímulo, inconscientemente o identifica e se sensibiliza com ele. O inconsciente, através de um canal de comunicação intrapsíquico, passa essa informação ao consciente que a partir de agora começa a tratá-la como verdadeira. Esse processo em si já é o início da transformação do cliente sobre determinado assunto.

Para que este discurso poético aconteça, o poeta (terapeuta) deve dominar plenamente os recursos linguísticos, no caso o som, ou a música, e se pôr como ativo no sentido de usar esses recursos de maneira criativa. O ouvinte (cliente) nesse

momento de sensibilização é passivo, para assim, poder captar, mesmo em nível inconsciente, o real sentido do discurso.

O trabalho sobre a criatividade do cliente vem na sequência do processo, junto com a resolução da situação exposta pelo terapeuta. Segundo Jung (2011, p. 65-66), “seja o que for que a psicologia possa fazer com a arte, terá que se limitar ao processo psíquico da criação artística e nunca atingir a essência profunda da arte em si”. Assim, “apenas aquele aspecto da arte que existe no processo de criação artística pode ser objeto da psicologia”. Então, esse processo de exercício criativo do cliente passa a ser o processo de percepção pessoal e mudança no curso dos eventos.

Coda

Apesar de toda a subjetividade, o discurso poético traz a *magia* no seu cerne, enraizada na sua essência, evocando ao ouvinte um mundo novo, repleto de percepções e sentimentos, de vivências contemplativas e espirituais. Através desta espiritualidade, a poética proporciona efeitos físicos e psicológicos. Efeitos esses que têm um objetivo concreto que também são passíveis à repetição. Assim,

a experiência poética não é dependente da pura arbitrariedade subjetiva; que, atendidas as condições iniciais, isto é, o consentimento à participação e a comunidade de recursos linguísticos, o efeito poético se segue por linhas perfeitamente identificáveis; e que tudo isto deve ser objeto de ciência e não de arbítrio (CARVALHO, 2006, p. 91).

Abre-se, então, uma nova porta ao musicoterapeuta que busca uma abordagem mais filosófica ao seu trabalho. Uma porta que leva à filosofia clássica do passado, à multidisciplinaridade do presente e às descobertas do futuro.

Referências

BENENZON, Rolando. **Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal**. Trad. Ana Sheila M. de Uricoechea. São Paulo: Summus, 1988.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia**. Trad. Mariza Velloso Fernandez Conde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CARVALHO, Olavo de. **Aristóteles em nova perspectiva: introdução à teoria dos quatro discursos**. São Paulo: É Realizações, 2006.

JUNG, Carl Gustav. **O espírito na arte e na ciência**. Trad. Maria de Moraes Barros. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

STRAVINSKY, Igor. **Poética Musical (em 6 lições)**. Trad. Luiz Paulo Horta. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

SETTING MUSICOTERAPÊUTICO: ENCONTROS VISUAIS E SONOROS

*Carolina Ferreira Santos*¹

Resumo - Este artigo origina-se a partir de uma pesquisa monográfica sobre o setting musicoterapêutico. A partir dos elementos que compõem o setting: instrumento musical, corpo-voz e silêncio, reflexões são apresentadas a respeito dos acontecimentos dentro desse espaço sonoro e visual, logo a visualidade é apontada um dos pontos chave a serem experiênciados em conjunto com o sonoro no setting musicoterapêutico.

Palavras-Chave: musicoterapia, setting, instrumento musical, visualidade

Abstract - This product originates from a monograph on the search setting musicoterapêutico. From the elements that compose the setting: musical instrument, the body-speech and silence, are presented reflections on the events within that area audible and visual, so the visual is appointed as one of the key points to be experienced in conjunction with the sound musicoterapêutico setting.

Keywords: music Therapy, setting, musical instrument, visuality

¹ Bacharel em Musicoterapia pela Faculdade Paulista de Artes
<http://lattes.cnpq.br/5764452642260308> Contato: carolina.musicoterapia@bol.com.br

Introdução

O local onde acontece a sessão de Musicoterapia é impregnado de questões relevantes para o processo musicoterapêutico, diversos códigos gestuais, táteis, cognitivos, linguísticos, auditivos e perceptíveis se encontram e se relacionam, formando assim um leque de possibilidades clínicas (CRAVEIRO DE SÁ, 2001). O musicoterapeuta prepara o ambiente para receber seu paciente a partir dos objetivos a serem alcançados naquela sessão e no processo todo, e o paciente remete às suas indagações que emergem na própria sessão com respostas sonoras, gestuais etc. Sabendo-se que som é movimento, o paciente exhibe gestos sonoros.

O material utilizado pelo musicoterapeuta também desenvolve importante papel no setting musicoterapêutico. “Todo elemento capaz de produzir um movimento capaz de ser vivenciado como mensagem, como meio de comunicação será parte integrante dos elementos técnicos da Musicoterapia” (BENZON, 1985, p.55). Assim, numa sessão de musicoterapia podemos utilizar desde uma simples caixinha de fósforo até um instrumento musical propriamente dito, além do próprio corpo. É possível ainda a construção de instrumentos com o paciente e para o paciente, desde que lhe permita interação dentro do processo.

O musicoterapeuta prepara o setting pensando nas possibilidades de respostas que poderia dar esse paciente, e quando essas se consolidam na prática cabe a ele responder de maneira clínica as demandas ali apresentadas. O musicoterapeuta “[...] é um ser-de-passageiro e seu lugar é sempre um trajeto [...] e sua força reside exatamente aí, no caminhar junto ao paciente, sempre em direção a um devir. (CRAVEIRO DE SÁ, 2001, p.77)

É nesse momento que percebemos o *setting* como um disparador, ele dá um pequeno “empurrão” para que a subjetividade ultrapasse as barreiras massificadas da sociedade e invada aquele espaço, não composto e limitado pelas paredes de uma sala, mas o espaço terapêutico que muitas vezes não é fácil, é árduo e doloroso, pois atravessa as barreiras do inconsciente lidando com questões aparentemente esquecidas, na verdade escondidas “em baixo do tapete”, questões muitas vezes despercebidas para o paciente. O processo terapêutico é relevante para que um indivíduo possa alcançar o autoconhecimento e desenvolver suas potencialidades.

Por tudo isso, o objetivo desse trabalho é levantar uma reflexão sobre o *setting* musicoterapêutico, observando as relações entre paciente, musicoterapeuta e o próprio *setting*.

O Setting Musicoterapêutico

Postados no meio da sala, vários instrumentos musicais e objetos diversos com os quais se pode produzir sons. De diferentes timbres, tamanhos, formas texturas e cores esse material passa a integrar o *setting* musicoterapêutico” (CRAVEIRO DE SÁ, 2003, p. 44).

O paciente ou grupo tem esse cenário ao visualizar o *setting* musicoterapêutico, e são convidados a sentar-se em volta dos instrumentos e a tocá-los livremente em busca suas próprias sonoridades. O que no início parece apenas uma brincadeira vai se moldando e nesse contexto surgem lembranças, imagens, reações físicas, emocionais e cognitivas.ⁱ

“Relações e semelhanças com outras formas de produção são estabelecidas: o sonoro remetendo ao visual e ao verbal; o visual e o verbal lançando ao sonoro e ao musical”ⁱⁱⁱ Nesse espaço, o musicoterapeuta busca ampliar o espaço vivencial do indivíduo e sua produção: movimento, canto, dança, junto com som, música e silêncio.

No *setting*, paciente e musicoterapeuta criam (e recriam) situações da vida, visando alcançar mudanças a partir da própria queixa do paciente, como afirma Craveiro de Sá (2003, p. 47): “[...] através de interações recursivas, e daí então, proporcionar mudanças a partir das próprias necessidades do paciente, independente do papel realizado no *setting* musicoterapêutico - paciente ou musicoterapeuta - somos seres humanos em interações coletivas.”

No *setting*, os instrumentos, o som, a música são formas de expressão que podem promover ataques, defesas, isolamento, integração etc, o que permite o surgimento de uma linguagem alternativa: corporal e sonoro-musical.

É a partir disso que o processo terapêutico se constitui:

Aparecem então o silêncio com sua incomoda robustez, o som com sua imensa plasticidade, o corpo com seus inúmeros movimentos e imobilidades e a música que traz suas múltiplas temporalidades, assim com possibilidades e virtualidades.” (CRAVEIRO DE SÁ, 2003, p. 42).

A primeira sessão é marcada por uma série de ansiedades e expectativas do musicoterapeuta e do paciente, o *setting* se apresenta como uma caixa de música, um

espaço em potencial do gesto mentalⁱⁱⁱ do musicoterapeuta. Deste modo paciente e musicoterapeuta refletem sobre questões do processo terapêutico, descobrem e experimentam novas sonoridades. A espacialidade do *setting* também é importante, as sonoridades são diferentes em cada plano e podem instigar a outras criações e assim o *setting* musicoterapêutico deixa de ser uma caixa de música e passa a ser um instrumento musical. (FURUSAVA, 2003)

“O local da realização das sessões [...] passa a ser o espaço sagrado da terapia” [...] (BARCELLOS, 1999, p. 54).

A subjetividade do paciente permeia esse espaço, onde ocorrem os *insights*, que apontam mais elementos para a percepção do paciente; seu repertório é ampliado dando-lhe mais possibilidades para serem aplicadas em sua vida, em seu cotidiano.

Benenzon (2000) relata o que seria o local ideal para a sessão de Musicoterapia. A sala deve ser isolada acusticamente, para que sonoridades externas não interfiram na comunicação do paciente. Outro detalhe importante a ser considerado é o tamanho da sala; para Benenzon uma sala muito ampla causa dispersão e uma sala muito pequena impede o deslocamento do movimento. É importante ainda que possua poucos estímulos visuais para que os estímulos sonoros não sejam colocados em segundo plano.

O *setting* é o “cartão de visita” do Musicoterapeuta, é o primeiro contato do paciente com o sonoro, de maneira que só o profissional com essa formação poderia utilizar esses elementos técnicos de maneira tão precisa. É diferente fazer uma improvisação ou ouvir uma música em *setting* musicoterapêutico do que em qualquer outro lugar.

“Movimento, som, música são uma equação inseparável” (BENZON, 2000, p. 88). Todo elemento capaz de produzir um som, um movimento, capaz de comunicar algo será elemento do *setting* musicoterapêutico.

Segundo Benenzon (2000), o instrumental da Musicoterapia corresponde a instrumentos corporais, a sons da natureza, sons do cotidiano, sons construídos no processo, instrumentos musicais convencionais e não convencionais, folclóricos, primitivos e eletrônicos. Assim, no processo musicoterapêutico é possível utilizar desde um instrumento convencional até o próprio corpo (voz, palma etc.), e ainda há a possibilidade de criar novos objetos (sonoros) para a sessão, sendo assim, outras possibilidades sonoras.

Na Musicoterapia, o instrumento é visto como um todo, por isso é relevante sua forma, tamanho, textura, temperatura; é importante ainda a forma como o paciente o

manuseia: raspando, batendo, chocalhando, soprando e ainda a sua própria sonoridade. “Cada uma dessas características será um componente simbólico para o sistema de comunicação entre os pacientes e musicoterapeuta” (BENZON, 2000, p. 89).

O instrumento musical traz aspectos da sociedade que o criou, logo, é importante saber em qual região ou por qual grupo étnico foi criado e também seu acervo folclórico. Por isso, Benzon (2000) sugere que não tenha elementos decorativos, a menos que esses elementos pertençam verdadeiramente à história desse instrumento.

Para Benzon (1988), quanto mais primitivo em sua construção e em seu material, mais próximo está do objetivo da Musicoterapia, pois está ligado ao mosaico genético herdado, os ISOS, o seu poder como objeto intermediário se encontra sobre o arquétipo herdado.

Os instrumentos musicais em Musicoterapia podem apontar questões a respeito do paciente, podem ser utilizados, muitas vezes, como afirma Benzon (2000), como uma couraça; como objeto defensivo, permitindo assim aliviar uma ansiedade produzida pela situação nova; o *setting* com que se depara o paciente.

O paciente pode ainda utilizar o instrumento para descarregar energias agressivas, ou seja, uma catarse através do instrumento. Pode também se converter em um objeto intermediário, “o objeto intermediário deve produzir um vínculo entre duas pessoas.”^{iv} (BENZON, 2000, p. 100)

“De todos os fenômenos sonoros do corpo humano, os mais profundos são os que acontecem no interior do próprio corpo, como a voz, o canto, a inspiração e expiração, as exalações etc.” (BENZON, 1988, p. 75). Esses elementos possuem características mais regressivas e, por tanto, mais ligadas ao ISO, logo, é uma projeção dos complexos não verbais do paciente.

O homem é capaz de realizar as mais variadas produções sonoras utilizando apenas a voz: canções de amor, de guerra, cantos religiosos, cantos de reflexão, canções de vida e canções de morte. “E mesmo nos cantos de morte, o corpo é atravessado por uma energia vital, pela respiração e pelo sopro da vida.” (CRAVEIRO, 2003, p.132).

Através do canto nos projetamos combinando notas musicais expressamos o que sentimos e o que sabemos sobre o sentimento humano, afirma Filho; Brandão; Millecco (2001). Quando criamos o canto estamos expressando nossa experiência e espelhando o mundo.

O *setting* musicoterapêutico é um campo de intensidades; o musicoterapeuta procura forças para criar outros campos de forças colocando em movimento a própria vida do paciente, muitas vezes, segundo Craveiro de Sá (2003), desestabilizando, rompendo recalcamientos e estabilizando, apoiando o paciente e dando-lhe possibilidades de investir e descobrir seu próprio potencial.

No caso da Musicoterapia, as forças utilizadas estão no corpo, no silêncio e na música, possibilitando a construção e a desconstrução de territórios, assim, forças não sonora podem passar a ser sonoras^v.

Muitas vezes no *setting*, o silêncio surge unido a ideia de tempo, sendo esse de espera, de negação, de elaboração, de limites etc. Logo, em Musicoterapia, a música (que é repleta de sons e silêncios) pode nos conduzir ao silêncio. O silêncio no *setting*^{vi} tem a função de desterritorializar não só o paciente, mas também o musicoterapeuta, e talvez isso ocorra devido a nossa dificuldade de experienciar o silêncio, pois ele nos desloca, conduz aquilo que não é apreensível. “Som e silêncio se alternam se debatem pela dimensão do espaço temporal do existir” (BITTENCOURT-SAMPAIO, *apud* CRAVEIRO DE SÁ, 2009 p.504)

O silêncio no *setting* musicoterapêutico pode aparecer de forma imprevisível, despertando emoções e sentimentos inesperados, que podem refletir o medo, a raiva, a alegria, a dor do paciente e do próprio musicoterapeuta. (CRAVEIRO DE SÁ, 2009)

“Aquele silêncio que atravessa as palavras, que existe entre elas, ou que indica que o sentido pode sempre ser outro, ou ainda que aquilo que é o mais importante nunca se diz.” (ORLANDI *apud* CRAVEIRO DE SÁ, 2003, p. 133).

É nesse espaço que surgem imagens, composições, recriações e até mesmo pensamentos e reflexões a cerca do processo que vai se moldando e transformando o *setting* como um todo.

O Setting Musicoterapêutico a partir da visualidade

Um aspecto relevante a ser estudado é a visualidade nas imagens do *setting*. Arnheim (2011) aponta questões relevantes para a percepção visual; nossas vivências; só podemos ver o que já conhecemos; quando olhamos para um objeto procuramos alcançá-lo, e com um dedo invisível nos movemos pelo espaço, tocamos, agarramos, traçamos seus contornos, exploramos texturas; logo, perceber é uma ocupação ativa.

O setting musicoterapêutico pode também ser vivenciado por meio de texturas, tamanho e peso dos objetos, sensações táteis e vibrações providas das canções e sons explorados no espaço terapêutico. Se pensarmos em pacientes com deficiência visual onde a Musicoterapia também pode trabalhar de forma eficaz, por exemplo, na autoestima, autoconfiança, autonomia, localização especial entre outros objetivos (TOFFOLO, Marina 2010; TOFFOLO, Mara; 2010); o setting musicoterapêutico é uma ferramenta em potencial também a este público, logo a visualidade será vivenciada, sentida e tocada por outro ângulo, porém esse aspecto não será aprofundado nesse trabalho.

Abaixo apresentamos três imagens de settings e suas respectivas análises.

Setting 1



Observando os aspectos visuais do foto vemos que os instrumentos estão posicionados em ordem crescente: do menor para o maior. Ao ver um objeto, captamos algumas características, e alguns traços percebidos não só caracteriza a identidade do objeto como também o faz parecer um padrão integrado e completo, o que se aplica a qualquer parte em que focalizarmos nossa atenção (ARNHEIM, 2011).

Ao se deparar com essa imagem, a sequência dos instrumentos poderia ser um fator instigante, levando a pessoa a tocá-los na ordem em que estão apresentados: na primeira ponta um instrumento pequeno (tamanho) e com pouco volume e, na outra ponta, um instrumento grande e de muito volume; a organização começa e termina em instrumentos de percussão dando ideia de ciclo (começo e fim).

No centro estão os instrumentos que variam entre forte e piano, no que diz respeito à intensidade.

“A força da gravidade dominando nosso mundo faz-nos viver [...] no espaço no qual a dinâmica varia com a direção.” (ARNHEIM, 2011, p. 21). Assim, é sempre uma vitória levantar, logo, se render à atração de baixo é descer, experimentar a submissão passiva. Os físicos afirmam que o movimento de afastamento do centro da gravidade requer trabalho, logo, a energia empregada em alta pressão é maior que a empregada em baixa pressão; assim, um objeto, visualmente, terá mais peso quando colocado mais ao alto, o que podemos observar com o ganzá e o tambor (começo e fim do setting).

Setting 2



A imagem acima apresenta instrumentos em sobreposição, o que dá a possibilidade de escolher qualquer um deles independentemente da ordem em que são apresentados, ou seja, a sequência é uma segunda possibilidade de exploração. A imagem não se baseia em recursos de perspectiva, a profundidade é explorada pela própria sobreposição (ARNHEIM, 2011). Assim, poderíamos traçar uma analogia entre a imagem e o som, no que se refere à intensidade; o setting inicia em um instrumento de pouca intensidade e termina na conga, que apresenta grande amplitude sonora; se imaginarmos o setting como uma partitura musical, em uma crescente.

O ganzá está no centro do círculo que não se apresenta fechado justamente pela abertura entre a meia-lua e o tamborim. A posição do ganzá poderia prender a

atenção, justamente o tamanho de um objeto, a pequenez, pode exercer algo que compense seu peso reduzido, já que na imagem se encontra cercado por outros instrumentos (ARNHEIM, 2011).

A conga é o maior instrumento do setting o oposto em relação aos outros instrumentos, logo, há um peso maior nesse instrumento que se destaca. Há uma sequência de instrumentos, podendo ser iniciada pelo tambor ou pelo tamborim.

A sobreposição é inevitável na imagem, e quando as sobreposições^{vii} constituem uma configuração simples, a tendência é vê-las como uma coisa só. Logo, reco-reco e bongô se tornam um único instrumento, a baqueta se torna parte do tamborim e maracás e clavas devem ser tocadas aos pares. Poderíamos pensar ainda que o objeto (reco-reco) ganhou uma nova função, não é mais simplesmente um reco-reco, é diferente já que está unido ao bongô.

A forma como o pandeiro foi posicionado lhe dá movimento, ou seja, com o instrumento de pé, pode-se induzir a percepção do movimento de chocalhar; o mesmo acontece com o reco-reco e com o tamborim.

Setting 3



As imagens apresentadas neste trabalho^{viii} foram planejadas a partir da necessidade de aprofundar o conhecimento a respeito do setting musicoterapêutico, já que trabalhos com esse enfoque ainda não foram explorados. Essa foto, em especial, foi a penúltima a ser pensada no momento prático de criação e elaboração das

imagens. A ideia aqui transformada em visualidade reflete a forma como o musicoterapeuta vê e potencializa o instrumento musical, a interioridade do instrumento, seus elementos regressivos, assim como para Benenzon (1988) simboliza a volta a um estado fetal. A sombra no interior do instrumento traz a profundidade, a dúvida (o que há dentro?), a curiosidade, além da possibilidade de ser um elemento regressivo, lembrando o útero materno.

Segundo Arnheim (2011), a luz tem uma característica simbólica ligada à religião, muito usado na Idade Média; a luz leva a mensagem animadora de um além desconhecido e invisível que pode ser percebido através de seu reflexo.

A luz introduz assimetria por contraste na imagem, já que parte da imagem possui luz e parte possui sombra, o que cria profundidade e potencializa a pele no fundo do instrumento, que parece ser iluminada por uma luz que vem fora.

Considerações Finais

O *setting* musicoterapêutico é um lugar repleto de informações para o aumento da percepção do paciente. Os instrumentos musicais aí posicionados servem de primeiro impulso para que a subjetividade do paciente seja alcançada.

Os instrumentos musicais trazem questões relevantes; questões sociais e culturais, simbologias que se relacionam diretamente com o paciente, podendo ainda ser utilizado como defesa, catarse, objeto integrador, objeto intermediário.

O processo terapêutico pode ainda ultrapassar os instrumentos musicais e fazer do corpo o principal instrumento na terapia, o canto como componente único e intransferível cumpre um importante papel, traz elementos importantes; intervalos musicais que se relacionam com a vida do paciente e que podem ser interligadas as funções do canto, um importante instrumento para o *setting* que em conjunto com a análise compõe uma forte ferramenta para o musicoterapeuta.

Outro aspecto a ser pensado é o silêncio, que possui tanto potencial quanto os elementos sonoros, com suas mais variadas características compõem diferentes possibilidades de interpretação, fugindo do pensamento de senso comum, onde é visto como negação ou vazio; pelo contrario aqui está repleto de subjetividade.

Por tudo que foi apresentado, podemos considerar que a visualidade do *setting* pode ser um fator relevante em Musicoterapia (em conjunto com as informações trazidas pelo instrumento musical e pelo histórico do paciente), logo é um vasto campo

a ser explorado, seja pelas características culturais e simbólicas de cada instrumento ou pela visualidade. Outro fator interessante é a escuta e o olhar musicoterapêutico sobre esse espaço, apresentado em algumas imagens um tanto significativas para o musicoterapeuta, ou seja, a forma como o musicoterapeuta vê o potencial interior de um instrumento ou o potencial que possui o não sonoro.

O instrumento musical é sem sombra de dúvida uma ferramenta da Musicoterapia, logo a relação entre som e imagem exploradas nesse trabalho podem se tornar um elemento a mais a ser utilizado na prática clínica.

A partir desses questionamentos, surge o *setting* musicoterapêutico; lugar de corpo, silêncio e som.

Referências

ARNHEIM, Rudolf. **Arte e Percepção Visual: uma psicologia criadora**. Tradução: Ivonne Terezinha de Faria, São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2011, 503 p.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Cadernos de Musicoterapia 4**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999, 78 p.

BENZON, Rolando O. **Manual de Musicoterapia**. Tradução: Clementina Nastari, Rio de Janeiro: Enelivros, 1985, 182 p.

_____. **Teoria da Musicoterapia**, São Paulo: Summus, 1988, 182 p.

_____. **De la teoria a la práctica**, Argentina: Lumen, 2000, 285 p.

CRAVEIRO DE SÁ, Leomara. **Musicoterapia e autismo: Um setting em rizoma**, **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Ano IV, nº 5, p. 73-80, 2001

_____. **A Teia do tempo e o autista: Música e Musicoterapia**, Goiânia: UFG, 2003, 178 p.

_____. **Formas de Silêncio em Musicoterapia: sentidos e significados**, In: XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, XI Fórum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, 1ª edição, Ed. Griffin, 2009, Anais, Curitiba, p.503-508.

FURUSAVA, Gisele. **Setting Musicoterápico: da caixa de música ao instrumento musical**, São Paulo: Apontamentos, 2003, 24 p.

MILLECCO, Ronaldo Pomponét; BRANDÃO, Maria Regina Esmeraldo; FILHO, Luís Antônio Milleco. **É preciso cantar: Musicoterapia, Contos e Canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001, 120 p.

TOFFOLO, Marina Reis; TOFFOLO, Mara Reis. **Improvisação no Setting Musicoterápico: Uma experiência com pacientes adultos cegos**. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, Ano XII, nº10, p.94-109, 2010

ⁱⁱ Ibidem

ⁱⁱⁱ O compositor constrói a imagem do movimento sonoro e pode prever o gesto instrumental. O intérprete a partir da leitura da partitura imagina o movimento sonoro desejado.

^{iv} Tradução nossa

^v Ibidem

^{vi} Ibidem

^{vii} Ibidem

^{viii} As fotografias foram feitas pela musicoterapeuta Melina Charlila, convidada especialmente para concretizar em imagem as possibilidades de settings exploradas e investigadas ao longo da construção deste estudo.

**“COMIGO NÃO, VIOLÃO!”:
MUSICOTERAPIA COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA**

Daniéli Busanello Krob² Laura Franch Schmidt da Silva³

Resumo - Esta pesquisa tem como objetivo geral investigar a aplicabilidade da musicoterapia no tratamento dos danos emocionais – depressão, estados de ansiedade, estresse, baixa autoestima e isolamento social – decorrentes da violência doméstica e na reabilitação emocional dessas mulheres, proporcionando assim uma melhora na condição e na qualidade de suas vidas. A pesquisa é de ordem qualitativa, atendendo as normas regulamentares de pesquisas com seres humanos, registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade EST sob o nº 031/2009. Teve início em 11 de março de 2010, contando com 16 encontros, até o dia 1º de julho de 2010. Participaram das sessões de musicoterapia 6 mulheres em situação de violência doméstica, consideradas capazes, com idades entre 25 e 53 anos. A configuração dos atendimentos foi de sessões grupais, com a periodicidade semanal e a duração de 45 minutos. Como instrumentos de avaliação foram usadas análises de gravação de áudio e 2 questionários. De acordo com os resultados positivos obtidos nesta pesquisa, constatamos que a musicoterapia pode ser um método seguro e eficaz para tratar os danos emocionais que mulheres em situação de violência doméstica apresentam.

Palavras-Chave: Musicoterapia, mulheres, violência doméstica.

Abstract - This research aims at investigating the applicability of music therapy in the treatment of emotional damage – depression, anxiety states, stress, low self-esteem and social isolation – resulting from domestic violence and emotional rehabilitation of these women, thereby providing an improvement in the condition and quality of their lives. The research is of qualitative nature, given the regulations on research involving humans, registered with the Ethics in Research of Colleges EST under No. 031/2009. Began in March 11, 2010, with 16 meetings, until the 1st of July 2010. Participating in the music therapy sessions six women in situations of domestic violence, considered capable, aged between 25 and 53 years. The configuration of the attendance was of group sessions, with weekly and 45 minutes. Evaluation tools were used the analysis of the audio recording and two questionnaires. According to the positive results obtained in this study, we found that music therapy can be a safe and effective method to treat the emotional damage to women in situations of domestic violence present.

Keywords: Music therapy, women, domestic violence.

² Possui Bacharelado em Musicoterapia pela Faculdades EST (2010). Mestranda em Teologia pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdades EST, bolsista CNPq – Brasil. Interesses de pesquisa na área da Musicoterapia e relações de gênero. Email: danielibusanello@gmail.com. Currículo Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4441856J3>.

³ Professora orientadora. Possui graduação em Licenciatura em Música pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1979), mestrado em Música pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1991) e doutorado em Teologia pelo Instituto Ecumênico de Pós Graduação (1999). Implantou e consolidou o Bacharelado em Musicoterapia do Instituto Superior de Música de São Leopoldo. Atualmente é coordenadora e professora titular da Licenciatura em Música do Instituto Superior de Educação, Faculdades EST. Email: laura@est.edu.br. Currículo Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4772536E7>.

1 Introdução

Ao longo de nossa história, desde a época da colonização do Brasil, vemos o sistema patriarcal⁴ claramente retratado em muitas das canções brasileiras, onde à mulher cabe um lugar de inferioridade, vulgaridade, fragilidade e desrespeito. No entanto, a frase que intitula esta pesquisa contrapõe este cenário: “Comigo não, violão!” Esta frase é de uma canção muito significativa para a pesquisa – *Maria da Penha*, composta por Paulinho Resende e Evandro Lima e interpretada por Alcione.

Esta pesquisa tem como finalidade investigar se a musicoterapia pode ser eficaz no tratamento dos danos emocionais decorrentes da violência doméstica⁵ e na reabilitação emocional dessas mulheres, proporcionando assim uma melhora na condição e na qualidade de suas vidas. A motivação para a realização desta pesquisa deve-se ao fato de que não foi encontrado, até sua conclusão, nenhum achado na literatura brasileira sobre a aplicação da musicoterapia com mulheres em situação de violência doméstica. Outro fato motivador é o alto índice estatístico. A Organização Não-Governamental *Centro pelo Direito à Moradia contra Despejos (COHRE)*, divulgou no dia 16 de julho de 2010 o estudo intitulado *Um Lugar no Mundo*, que revela os seguintes dados: no Brasil, a cada 15 segundos uma mulher é agredida. Este estudo revela ainda que, em todo o país, 1 em cada 4 mulheres já sofreu ou sofre algum tipo de agressão.

De acordo com o artigo 29 da Lei 11.340/2006 as mulheres em situação de violência doméstica poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar, integrada por profissionais das áreas psicossocial, jurídica e da saúde. Com esta pesquisa, poderemos constatar se atendimentos musicoterápicos podem integrar e contribuir com esta equipe de atendimento multidisciplinar, reabilitando emocionalmente através da música mulheres que se encontram feridas e vulneráveis.

⁴ O patriarcalismo é o poder do masculino. Configura-se como uma organização social na qual as mulheres estão subordinadas aos homens e os homens jovens estão subordinados aos homens mais velhos (NARVAZ, 2006, p. 7)

⁵ Conforme o Art. 5º da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) configura-se como violência doméstica contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.

2 A Pesquisa

2.1 Objetivos

Esta pesquisa tem como objetivo geral investigar a aplicabilidade da musicoterapia no tratamento dos danos emocionais decorrentes da violência doméstica e na reabilitação emocional dessas mulheres, proporcionando assim uma melhora na condição e na qualidade de suas vidas.

Estes danos emocionais são aqui especificados como depressão, estados de ansiedade, estresse, baixa autoestima, isolamento social e má qualidade de vida. Sendo assim, temos os seguintes objetivos específicos: a) Investigar se técnicas musicoterapêuticas podem ser aplicadas para minimizar ou curar a depressão, os estados de ansiedade, e o estresse de mulheres em situação de violência doméstica; b) Investigar se técnicas musicoterapêuticas podem ser aplicadas para elevar a autoestima da população alvo desta pesquisa; c) Investigar se recursos musicais com objetivos e técnicas terapêuticas podem ser aplicados para que mulheres em situação de violência doméstica sintam-se pertencentes à sua sociedade, voltando a participar de atividades coletivas e d) Investigar em que medida a musicoterapia pode ser aplicada para melhorar a qualidade de vida de mulheres em situação de violência doméstica.

2.2 População

Para a realização desta pesquisa foram pré-selecionadas pela equipe do *Centro Jacobina de Atendimento e Apoio à Mulher*⁶ 16 mulheres, maiores de 18 anos, consideradas capazes e em situação de violência doméstica. Destas 16 mulheres, foram entrevistadas 8. Para as participantes que faltaram no horário agendado para entrevista, foram remarcados até 3 vezes novos dias e horários. Mesmo assim, algumas mulheres não compareceram. Das 8 mulheres entrevistadas, participaram das sessões de musicoterapia 6, com idades entre 25 e 53. Antes do 1º atendimento, as participantes assinaram o *termo de consentimento livre e esclarecido*, o qual informa das condições de participação na pesquisa.

⁶ Criado no dia 19 de outubro de 2006, atende mulheres vítimas de agressão e é o instrumento do município de São Leopoldo/RS para combater a violência fazendo o acompanhamento das agredidas e encaminhando para profissionais da psicologia e assistência social. (JORNAL NH eletrônico, 2010, s/n)

Com o intuito de preservar a identidade das participantes, seus nomes foram aqui substituídos por flores – Azaléia, Girassol, Lótus, Margarida, Orquídea e Suspiro. As participantes Azaléia e Lótus não compareceram mais às sessões a partir do 3º encontro (25 de março de 2010), segundo elas, por motivo de trabalho.

2.3 Método

Primeiramente, no semestre II de 2009, foi encaminhado o projeto de acordo com a resolução 196/96, referente à pesquisa com seres humanos, para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade EST. Devidamente autorizada pelo CEP, a pesquisa teve início em 11 de março de 2010 e seu término deu-se no dia 1º de julho de 2010. Os 16 atendimentos realizados, tiveram como configuração sessões grupais de musicoterapia, com a periodicidade semanal e a duração de 45 minutos. A pesquisadora, como musicoterapeuta, contou com o auxílio de uma estagiária como co-terapeuta.

Como instrumentos de avaliação foram usadas as análises de gravação de áudio das sessões de musicoterapia e 2 questionários. Os questionários foram construídos com base nas fichas de atendimento do *Centro Jacobina de Atendimento e Apoio à Mulher*. O 1º questionário foi entregue às participantes no 1º atendimento (11 de março de 2010), e o 2º, entregue às participantes após a última sessão de musicoterapia (1º de julho de 2010).

Na sessão de número 7, foi apresentado ao grupo um recorte de cartolina branca, sobre o qual elas expressaram seus desejos e queixas através de pinturas individuais e coletivas, motivadas por *Experiências Receptivas* (BRUSCIA, 2000, p. 129) de uma canção⁷ de seu repertório trabalhada anteriormente com *Experiências Re-criativas* (BRUSCIA, 2000, p. 126). Na sessão de número 11, devido a identificação do grupo estar vinculada com a prática de artesanato em patchwork, foi oferecida uma atividade na qual as participantes deveriam escrever expressões sobre pedaços de pano, revelando como estavam se sentindo enquanto ouviam determinadas canções de seu repertório⁸. Para encerrar esta atividade, na sessão de número 15, através das

⁷ *Aquarela* – Toquinho / Vinicius de Moraes / G.Morra / M. Fabrizio.

⁸ *A banda* (Chico Buarque); *Agora eu já sei* (Ivete Sangalo / Gigi); *Borboletas* (Victor Chaves); *Canção das crianças* (Renê Bittencourt / Francisco Alves); *Carinhoso* (Pixinguinha / João de Barro); *Debaixo dos caracóis dos seus cabelos* (Roberto Carlos); *Maria da Penha* (Paulinho Resende / Evandro Lima); *Me adora* (Pitty / Derrick Green / Andreas Kisser); *My immortal* (Ben Moody / Amy Lee); *O que é, o que é?* (Gonzaguinha); *Pássaro de fogo* (Paula Fernandes);

Experiências Receptivas das mesmas canções, as pacientes foram convocadas a costurar estes recortes de pano, re-significando assim, escolhas e sentimentos.

3 Contextualização: Música e violência contra a mulher

A música revela formas de comportamentos humanos. Através de cada canção podemos visualizar cenários, contextos histórico-sociais e a forma do ser humano se relacionar intra e interpessoalmente. Através dos versos e prosas encontrados no repertório das canções populares brasileiras identificamos a mulher retratada de muitas formas.

Ressalta-se aqui o grande número de canções que banalizam e fazem da violência contra a mulher uma forma aceitável de agir, construindo assim, uma imagem estereotipada do feminino. Denunciam um cenário de desvalorização, preconceito e violência de gênero⁹ (SAFFIOTI, 1996, p. 24). Na década de 1940, a dupla de compositores Ataulfo Alves e Mário Lago, através da canção *Ai que saudades da Amélia*, descreve uma parceira ideal, sem vontade própria, sem voz e vez, submissa às necessidades do universo masculino. Em contraponto, há a mulher que não agrada ao homem, pois tem vontades e as manifesta, exigindo uma atenção diferenciada:

[...] Eu nunca vi fazer tanta exigência / Nem fazer o que você me faz / Você não sabe o que é consciência / Nem vê que eu sou um pobre rapaz / Você só pensa em luxo e riqueza / Tudo que você vê você quer / Ai meu Deus que saudades da Amélia / Aquilo sim é que era mulher [...]

A partir desta canção, muitas mulheres passaram a se identificar e serem identificadas por *Amélias*. Cria-se um padrão feminino que representa alguém que abre mão de seus desejos, disposta a subjugar-se em prol da felicidade e bem-estar de seu companheiro. Muitas gerações cresceram ouvindo, cantando e reproduzindo no cotidiano esta canção. Passados 70 anos, ainda encontramos no século XXI muitas *Amélias* felizes e infelizes.

Com o fim da censura impressa pela Ditadura Militar, com as mudanças de comportamentos, e a inserção da mulher no mercado de trabalho, encontramos uma

Podia ser (Deia, Millah, Nath, Beta e Loma); *Telefone mudo* (Franco / Peão Carreiro); *Vida boa* (Victor Chaves); *Você* (Tim Maia).

⁹ Padrão específico de violência que visa a preservação social de gênero, fundada na hierarquia e desigualdade de lugares sociais sexuados que subalternizam o gênero feminino.

diversidade de estereótipos femininos cantados em versos e prosas por mulheres e homens. Se, de um lado, espera-se que novas formas de tratamento para com a mulher fossem apresentadas nas canções, ainda encontra-se a violência e o preconceito de gênero. Ao invés de ser respeitada, depois de muito ser descrita como submissa, encontramos, além da submissão, a vulgaridade e a banalização da violência, como na canção *Tapa na cara* (2006), da banda norte rio-grandense Saia Rodada:

[...] Olha que ela é safada mas gosta de apanhar / E diz que é gostoso na hora de amar / Apanha pra dormir, apanha pra acordar / Apanha todo dia, toda hora sem parar / Eu tenho que bater pra ela não brigar [...]

Uma variedade de canções surge como espaços musicais para que homens e mulheres anunciem a sua forma peculiar de pensar sobre o comportamento feminino e de se relacionar com as mulheres. Cria-se uma imagem da mulher como se esta fosse incapaz, desprovida de inteligência, vulnerável e frágil. Cantando, transmite-se e sublinha-se a ideia de que ela *pede* e *gosta* de ser subjugada. Além de vítima, a mulher passa a ser *culpada* por suas escolhas. O homem apenas atende seus desejos, dando-lhe o que esta *pediu* e *mereceu*, como na canção *Morocha* (1984), do compositor Telmo de Lima Freitas:

[...] Não te boleia, que o cabresto é forte / O palanque é grosso, senta e te arrepende / Sou carinhoso, mas incompreendido / Isso é para o teu bem, vê se tu me entende [...]

A sociedade brasileira, em sua maioria, ao cantar acolhe esse tipo de comportamento expresso nas nossas canções. Mais do que anunciar desafetos entre casais, amores impossíveis, traições e promiscuidades, o mercado da música popular contribui para a disseminação da violência doméstica contra a mulher ao proporcionar ao público acesso a tais canções. O repertório musical infantil, até então composto de canções folclóricas e pedagógicas, incorporou textos erotizados que passaram a ser cantados e coreografados por crianças até em escolas. Cf. *Na boquinha da garrafa* (Cia do Pagode/1995):

[...] Vai ralando na boquinha da garrafa / É na boca da garrafa / Vai descendo na boquinha da garrafa / É na boca da garrafa / Desce mais, desce mais um pouquinho / Desce mais, desce devagarzinho [...]

Sem critérios, da criança ao/a idoso/a, todas as gerações cantam canções com este cunho. A melodia e o ritmo podem mascarar a mensagem do texto de tal forma que as pessoas não percebam e muito menos questionem o que realmente estão cantando. Se cantam, incorporam ideias e as aceitam. Se aceitam, permitem que elas se estabeleçam.

Padrões de comportamentos estereotipados configuram-se em patologias. Assim como a música pode ser uma forma de construção desses comportamentos, também pode ser um recurso estético para tratar e reabilitar os diversos danos emocionais decorrentes da violência doméstica a que muitas mulheres foram submetidas. A música possibilita elevar a autoestima, posto que experiências positivas estimulam a aprendizagem, a tomada de iniciativa, desenvolve a versatilidade entre outras habilidades (GASTON, 1968, p. 12).

4 Resultados

No questionário 1 foram apontados 2 sentimentos em comum entre as 6 participantes: *ansiedade* e *tristeza*. *Baixa autoestima* e *insegurança* foram assinaladas por 5 participantes; *medo* e *tensão* por 4; 3 participantes marcaram *culpa*, *depressão* e *vergonha*; 2 marcaram *pânico* e *raiva* e apenas 1 participante assinalou *outros*, ao qual descreveu como *timidez*. Na questão dissertativa relacionada a sentimentos, além de reforçarem as questões assinaladas, apareceram respostas como a de *Orquídea*: “ – *Estou aprendendo dia a dia, a cada situação uma nova experiência para ser superada*” (*sic*). Suas respostas também revelaram a importância do que a sociedade pensa a respeito. *Suspiro* respondeu: “ – *Agora me sinto bem pois estou conseguindo meus objetivos e ser alguém na vida e estou conseguindo mostrar a sociedade que mudei*” (*sic*). Nas questões relacionadas aos tipos de auxílios, as 6 participantes foram unânimes em responder que receberam auxílio da instituição que procuraram, no caso, o *Centro Jacobina de Atendimento e Apoio à Mulher*. Entre os tipos de auxílios recebidos citaram assistente social, psicólogo e encaminhamento para psiquiatra. A análise dos resultados baseia-se nas respostas das 4 participantes que permaneceram até o final da pesquisa.

Algumas participantes demonstraram ter dificuldades em manter a frequência. O choro esteve presente em todas as sessões, evocado pelas *Experiências Receptivas* ou *Experiências Re-criativas*. Este choro, na maioria das vezes, era sucedido pela expressão verbal. A intensidade e a periodicidade do choro foram

gradativamente diminuindo no decorrer dos atendimentos. As participantes não realizavam escolhas, tendo dificuldades para selecionar canções de seu repertório predileto. Como resultado das experiências com patchwork e pintura, inferimos que da expressão coletiva com tintas e papel surgiu uma figura que muito se assemelha a um rosto com duas mãos espalmadas, protegendo-se.

No questionário II, os sentimentos *vergonha*, *medo* e *ansiedade* foram assinalados por 2 participantes. *Outros* também foi apontado por 2 participantes, definido por *humor*, *fé* e *esperança*. *Culpa*, *depressão* e *tensão* foram individualmente citados. *Insegurança*, *pânico*, *raiva* e *tristeza* não obtiveram nenhuma pontuação. Na questão dissertativa relacionada a sentimentos, as pacientes apontaram a descoberta da própria força e potencial. Vejamos a resposta de *Margarida*: “ – *Sinto-me bem, pois a mudança veio do interior e o que está faltando vou buscar dentro de mim mesma com ajuda da parte exterior*” (sic). Vejamos também a resposta de *Girassol*: “ – *Bem, acho que aprendi que o ser humano é uma mina que a cada dia se descobre algo de interessante e bom dentro de si e eu estou me descobrindo e superando! Igual a um campo de fase! Hoje mais uma fase!*” (sic). Nas questões sobre a avaliação das sessões de musicoterapia, as 4 pacientes responderam positivamente. Vejamos a resposta de *Girassol*: “ – *Fui ouvida e com a música e através das pessoas me sinto outra pessoa*” (sic).

Conforme podemos observar no anexo I, os sintomas de depressão e de estresse que as participantes apresentaram no início da pesquisa somavam um total de 5 marcações, enquanto que no final, obteve 1. Os sintomas relativos a estados de ansiedade totalizavam 7 marcações e encerraram com 2. Os sintomas relacionados a baixa autoestima somavam 6 marcações e finalizaram com 3. Os sintomas que caracterizam o isolamento social somavam 4 marcações e no final 2. E finalmente, caracterizando uma melhora na qualidade de vida das participantes, o total de marcações passou de 27 para 9.

5 Discussão dos resultados

Nas triagens realizadas com as participantes, todas relataram ter dificuldade e resistência em verbalizar a situação traumática, tanto por medo, vergonha, culpa ou até mesmo para não reviver a dor de episódios pregressos. Diante deste fato, temos a possibilidade de acessar as demandas de outra forma, sendo um dos padrões de

comunicação da música em musicoterapia a sua definição como *linguagem não-verbal*:

Ela (a música) é considerada como uma espécie de linguagem emocional, capaz de atingir áreas de nossa psique que processam informação e que nós, por vários motivos, não comunicamos com clareza a nós mesmos. (RUUD, 1990, p. 89)

Todos os objetivos específicos desta pesquisa obtiveram resultados positivos. Os sintomas de depressão, de estados de ansiedade, de estresse e de baixa autoestima sofreram uma queda significativa. Além dos instrumentos de avaliação – questionários e análise das sessões – que apontam este progresso, podemos percebê-lo também no comportamento das participantes. Ao final da pesquisa, elas já apresentavam uma nova postura corporal – andavam de cabeça erguida, olhavam nos olhos – passaram a dar maior importância aos cuidados pessoais, descobriram o potencial que cada uma tem para mudar sua situação e buscar uma vida digna e saudável.

O objetivo de promover a re-socialização destas mulheres também foi bem sucedido. O trabalho em grupo contribuiu para isto. Para pensarmos em grupo, antes devemos lembrar que este é constituído por uma diversidade, por pessoas que são diferentes entre si, apesar de terem histórias de vida e queixas semelhantes. Cada indivíduo possui a sua *Identidade Sonora (ISO)*: “Defino o princípio de ISO como o conjunto infinito de energias sonoras, acústicas e de movimento que pertencem a um indivíduo e que o caracterizam.” (BENZON, 2008, p. 71) Cada pessoa possui uma identidade única e é a soma dessas identidades que resultará na identidade do grupo¹⁰ (BENZON, 2008, p. 74). Ao perceberem que haviam outras mulheres em situação semelhante, conseguiram libertar-se da vergonha e da culpa, trocaram experiências e conselhos e puderam sentir-se pertencentes à sociedade. Uma fortaleceu-se e encorajou-se na outra. Criou-se um vínculo sólido com o grupo e com as musicoterapeutas.

A música pode ser considerada um caminho eficaz para estabelecer a empatia no ambiente terapêutico, pois no fazer musical, musicoterapeuta e paciente compartilham a mesma melodia, o mesmo ritmo, o mesmo centro tonal e o mesmo texto da canção. Isso faz com que o/a paciente obtenha como retorno de sua ação, um

¹⁰ ISO Grupal.

simulacro sonoro da experiência vivida, recebendo na mesma intensidade e proporção aquilo que está produzindo (BRUSCIA, 2000, p. 66)¹¹

O choro, presente em grande parte das sessões, veio sempre precedido do verbal. Se a queixa das participantes é que têm dificuldade e resistência em falar sobre, podemos constatar aqui que a música serve de impulsão e encorajamento para tal. Susan C. Gardstrom (2007) apresenta o recurso verbal na ótica de quando pode e quando se deve incluí-lo em atendimentos musicoterápicos grupais. Segundo a autora, pode haver vantagens com a inclusão do verbal em cada fase da terapia – *Acolhimento, Tratamento, Avaliação e Encerramento*¹².

Consequentemente, com os resultados positivos anteriormente mencionados, também foi alcançada uma melhora na qualidade de vida. Bruscia (2000) descreve modalidades de mudanças consideradas de origem terapêutica que a musicoterapia pode proporcionar. Dentre estas modalidades, buscamos embasamento em *Reconstrutivo, Apoio e Reabilitação*¹³.

Essa evolução foi percebida musicalmente através do canto, por exemplo. Nas primeiras sessões, as participantes apresentaram um cantar tímido, com intensidade fraca e geralmente abaixo do tom sugerido pelas musicoterapeutas. Elas não apresentavam autonomia no canto, ou seja, só cantavam se pelo menos uma das musicoterapeutas cantasse junto. Entretanto, no decorrer dos encontros, este cantar passou a ser melhor projetado, numa intensidade mais adequada, o tom começava a acompanhar o proposto pelas musicoterapeutas e já havia momentos de autonomia vocal:

Sendo o cantar um meio expressivo e comunicativo, paciente revela-se como um todo através dele, nos âmbitos físico, psicológico, social, cultural e espiritual, denunciando seu estado emocional, autoestima, personalidade, entre outros. (SILVA; STEFFEN, 2010, p. 8)

Mulheres que caminhavam olhando para o chão, que não conversavam e que muito menos cantavam, que não sorriam e que deixavam os cuidados com a aparência física em segundo plano, ao final das 16 sessões de musicoterapia, criaram vínculo, demonstrando musical e verbalmente, que estavam mais confiantes, autônomas e vaidosas.

¹¹ Ver técnicas empáticas.

¹² Ver Verbal Processing (GARDSTROM, 2007, p. 136)

¹³ Ver Mudança com Melhora da Condição de Saúde (BRUSCIA, 2000, p. 163)

6 Conclusão

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, constatamos que a musicoterapia pode ser um método seguro e eficaz para tratar os danos emocionais que mulheres em situação de violência doméstica apresentam.

Para este público, o trabalho em grupo realizado através da música enriquece o processo terapêutico, pois proporciona uma identificação, ou seja, esta mulher percebe que não está sozinha, é ouvida e ouve seus pares, fala e dialoga promovendo assim a re-socialização e a troca de experiências.

Contudo, o tema musicoterapia e violência doméstica é bastante amplo. Novas pesquisas podem ser realizadas, com amostras maiores e objetivos diferenciados. Há também outros públicos alvo relacionados à violência doméstica que poderiam ser temas de novas pesquisas com a musicoterapia: as crianças que presenciam e vivenciam a violência doméstica e também os homens com comportamento agressivo.

A violência doméstica é uma realidade no nosso país. As estatísticas nos mostram que a demanda de pessoas envolvidas e prejudicadas por ela é consideravelmente grande. Além de tratar os danos já causados, devemos também nos preocupar com a sua prevenção, para que cada vez menos famílias sejam estigmatizadas e destruídas por esta forma de violência.

Referências

BENZON, R. O. **La Nueva Musicoterapia**. – 2 ed. – Buenos Aires: Lúmen, 2008.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. Tradução: Mariza Velloso Fernandez Conde. – 2 ed. – Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

COHRE - Centre On Housing Rights and Evictions. Disponível em: http://www.cohre.org/view_page.php?page_id=435#i1311 . Acesso em: 03 outubro 2010.

GARDSTROM, S. C. **Music Therapy Improvisation for Groups: Essential Leadership Competencies**. USA: Barcelona Publishers, 2007.

GASTON, T. E. **Tratado de Musicoterapia**. Buenos Aires: Paidós, 1968.

Jornal NH. Disponível em: <http://www.jornalnh.com.br/site/noticias/geral/canal-8,ed-60,ct-194,cd-264746.htm>. Acesso em: 16 novembro 2010.

Lei nº 11.340. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm. Acesso em 03 outubro 2010.

NARVAZ, M. **A história das desigualdades de gênero**. In T. Negrão (Org.), *Violência contra a mulher: As políticas públicas de âmbito municipal*. Cachoeirinha: Prefeitura Municipal – Coordenadoria Municipal da Mulher, 2006.

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

SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. de. **Violência de Gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

SILVA, L. F. S. da; STEFFEN, L. **Cantar: Elementos não verbais e estados de humor no processo musicoterapêutico**. São Leopoldo: Faculdades EST, 2010.

ANEXO I – SINTOMAS EMOCIONAIS

Objetivos	Sentimentos	Questionário I	Questionário II
a)	Depressão	1	1
	Tristeza	4	0
b)	Ansiedade	4	2
	Insegurança	3	0
c)	Raiva	2	0
	Tensão	3	1
d)	Baixa autoestima	3	1
	Vergonha	3	2
e)	Medo	3	2
	Pânico	1	0
f)	Total	27	9

MUSICOTERAPIA E CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO TEÓRICA

Cláudia Fernandes Laham^{}, Cristiane Amorosino^{**}*

Resumo - A musicoterapia apresenta-se como alternativa de tratamento para portadores de doenças que ameaçam a vida, sem possibilidades terapêuticas de cura, que recebem cuidados paliativos. O objetivo deste estudo é apresentar a produção científica nacional e internacional envolvendo música, musicoterapia e cuidados paliativos, compreendida entre 2009 e 2012. Foi realizada pesquisa nas bases de dados em Ciências da Saúde Lilacs e Medline, encontrando-se 2 textos nacionais e 23 internacionais. Obteve-se, como resultado, que o uso da música e da musicoterapia traz benefícios para pacientes em cuidados paliativos, assim como para seus familiares e para os profissionais de saúde. Porém, a produção de pesquisas sobre o assunto é escassa, havendo necessidade de maior realização de estudos e consequentes publicações no Brasil.

Palavras-Chave: música, musicoterapia, cuidados paliativos

Abstract - Music therapy is an alternative treatment to people with life threatening diseases, with no healing therapeutic possibilities, that receive palliative care. This study aims to present the national and international scientific production including music, music therapy and palliative care, between 2009 and 2012. It was done a research at health sciences data bases Lilacs and Medline that found 2 national and 23 international texts. The outcomes showed that the use of music and music therapy brings benefits to patients, relatives and health professionals. However, the research production about the theme is poor, and more studies have to be done and consequent publications in Brazil.

Keywords: music, music therapy, palliative care

^{*} Psicóloga, Mestre em Ciências, aluna do Curso de Especialização em Musicoterapia Organizacional e Hospitalar das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU). Acesso para C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4883709809051550>

^{**} Musicoterapeuta, Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento, professora dos Cursos de Graduação em Musicoterapia e Especialização em Musicoterapia Organizacional e Hospitalar das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU). Orientadora do presente trabalho. Acesso para C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5360130098834882>

Introdução

*Não podemos dar mais horas de vida,
mas mais vida às horas que restam.
(Cicely Saunders)*

A morte é inexorável a todos os seres, mesmo que, como afirma Freud (1915/1974), seja impossível imaginarmos a nossa própria morte, lidando com ela como espectadores: “no fundo ninguém crê em sua própria morte, (...) no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade” (p. 327). Ao abordarmos a morte de alguém após um período de enfermidade, pensamos nas repercussões para as pessoas que compõem a rede de relações deste indivíduo, ou seja, os familiares, amigos e os demais envolvidos nos cuidados com o paciente.

A ideia da morte e as reações a ela sofrem mudanças dependendo do momento histórico descrito. Ariès (1977) relata que, durante a Idade Média, a morte ocorria em casa, sendo que eram conhecidos os costumes de como se devia morrer, seguindo rituais diante da família e demais circundantes. Só era possível aguardar o momento em que o falecimento ocorreria, dadas as limitações técnicas da época para se lidar com as doenças. Já na segunda metade do século XIX, ocorreram mudanças e a gravidade do quadro clínico passou a ser negada para a pessoa que estava à morte, como que para poupá-la.

Entre 1930 e 1950 aconteceu uma aceleração do processo de ocorrência da morte no hospital, ao invés de no domicílio (ARIÈS, 1977), havendo mais recursos para manter-se uma pessoa viva, sendo a vida prolongada, mas com qualidade questionável. Assim, muitas vezes, ocorre o alívio da dor física, porém, acompanhado do aumento da dor psíquica (LAHAM; CHIBA, 2007).

Ainda hoje a sociedade ocidental vive sob esse modelo de enfrentamento da morte, e após a ocorrência do falecimento do paciente, a família viverá um período de luto pela perda do ente querido. A forma como se passa por esse período será particular em cada caso, podendo acontecer com maior ou menor sofrimento, dependendo de vários fatores, como o vínculo anteriormente estabelecido e a história de vida construída entre paciente e familiares ao longo do tempo (LAHAM; CHIBA, 2007).

Segundo definição publicada em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), *Cuidados Paliativos* fazem alusão a uma abordagem de promoção da

qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a continuidade da mesma, através da prevenção e alívio do sofrimento. Para isso, deve haver identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (PESSINI, 2005; MACIEL, 2008).

Assim, o foco do tratamento não é a doença, mas a pessoa portadora da doença em questão, devendo haver abordagem multiprofissional e atenção individualizada ao doente e à sua família. Não são indicados procedimentos invasivos e dolorosos, que poderiam prolongar inutilmente o sofrimento, mas sim cuidados essenciais e atenção constante à família e demais pessoas do entorno afetivo do doente.

Várias formas de se lidar com pacientes em cuidados paliativos e seus familiares vêm sendo experimentadas e descritas, incluindo-se terapias de diversos tipos. A música também tem seu espaço para o trabalho com pacientes com essas características, sendo a *musicoterapia* uma opção viável de tratamento.

Segundo Cunha e Volpi (2008), a musicoterapia é “um campo da ciência que estuda o ser humano, suas manifestações sonoras e os fenômenos que decorrerem da interação entre as pessoas e a música, o som e seus elementos: timbre, altura, intensidade e duração.” (p. 86). As autoras destacam o objetivo da ação musicoterapêutica como sendo trazer à consciência das pessoas a dimensão de *ser sonoro-musical*. A partir das sonoridades expressadas pelos participantes, buscam-se alternativas para construir ações que possam promover bem-estar e melhorias na vida das pessoas. Assim, a musicoterapia pode servir à promoção, prevenção e reabilitação da saúde, tanto física, quanto psíquica, emocional e social, individualmente ou para grupos e comunidades.

A musicoterapia pode favorecer um espaço para que se comuniquem anseios, medos e esperanças. No ambiente hospitalar, será utilizada com pacientes em atendimento ambulatorial ou internação, sendo estimulada a expressão de sentimentos, com oferecimento de acolhimento e presença, colaborando com a recuperação física, mental e emocional dos participantes (CUNHA; VOLPI, 2008).

Tais considerações, assim como a prática diária com pacientes de um hospital geral, muitas vezes sem possibilidades terapêuticas de cura, fizeram surgir o interesse em conhecer como a música e a musicoterapia têm sido utilizadas com a população que recebe cuidados paliativos, qual tem sido a sua aplicabilidade e possíveis resultados alcançados, uma vez que tenham sido publicados na literatura científica.

Assim, este trabalho tem como objetivo apresentar a produção científica nacional e internacional envolvendo música, musicoterapia e cuidados paliativos, compreendida entre os anos de 2009 e 2012.

Para tanto, foi realizada pesquisa de textos sobre o tema publicados nas bases de dados em Ciências da Saúde LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Na busca foram utilizados os descritores *music*, *palliative* e *care*.

Os critérios de inclusão abarcaram textos publicados entre os anos de 2009 e 2012 e escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol. Enquanto na LILACS foram encontrados 2 textos, publicados em 2010 e 2011, na MEDLINE foram 137 textos encontrados de publicações desde 1978, sendo 28 publicados entre 2009 e 2012. Destes, 4 foram excluídos por serem escritos nos seguintes idiomas: japonês (1), francês (1) e alemão (2). Um dos textos fazia parte das duas bases de dados. A análise dos dados foi composta pelo relato sobre o conteúdo dos textos selecionados e a categorização dos temas abarcados.

Os artigos que não obedeceram aos critérios de inclusão foram descartados e um dos textos, que era comum às duas bases de dados, foi contado apenas uma vez. Assim, os trabalhos selecionados somaram 25. Em relação aos idiomas das publicações, 2 foram em português (ambas realizadas no Brasil) e, as demais 23, em inglês (17 realizadas nos EUA, 4 na Inglaterra e 2 no Canadá).

Doenças abordadas

Em relação às doenças citadas nos textos, o câncer foi referido na maioria deles (16/25), seja como enfermidade principal do estudo, seja com citação dentre outras doenças (GALLAGHER, 2011a; SALES et al., 2011; KANEMURA; TANIMUKAI; TSUNETO, 2010; O'CALLAGHAN et al., 2010; SCHMID; OSTERMANN, 2010; HARTWIG, 2010; LAI et al., 2010; ANDO et al., 2010; OKAMOTO et al., 2010; READY, 2010; BRADT; DILEO, 2010; PAWUK; SCHUMACHER, 2010; MAGILL, 2009a; O'CALLAGHAN; MAGILL, 2009; MAGILL, 2009b; MAGILL, 2009c).

Isso faz pensar sobre a ênfase existente nessa doença quando se pensa em Cuidados Paliativos (CP). É muito comum associar-se esses cuidados no fim da vida ao câncer. Embora atualmente câncer não seja sinônimo de falecimento e vários tipos tenham cura quando diagnosticados precocemente, ainda carrega em si o estigma da ligação com a ideia de morte. Convém lembrar, pois, que os CP não se resumem aos

pacientes com câncer, mas abrangem um rol de doenças crônicas que podem trazer ameaça à vida e necessitam de controle dos sintomas:

Tradicionalmente, os cuidados paliativos eram considerados aplicáveis apenas no momento em que a morte era iminente e surgiram na atenção a pessoas com câncer; mas atualmente estes são oferecidos já no estágio inicial de enfermidades crônicas, progressivas e incuráveis, ameaçadoras da vida ou que provoquem uma condição clínica de dependência por tempo prolongado, tais como: Aids, doença de Parkinson, mal de Alzheimer, estado vegetativo persistente ou permanente, insuficiência cardíaca congestiva, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e renais crônicas, hepatopatia crônica, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, gastroenteropatias e, também, na atenção ao idoso e sua relação com a finitude (SEKI; GALHEIGO, 2010, p. 275).

Além do câncer, várias doenças foram citadas nos textos encontrados no presente estudo, como alterações cardiovasculares, cerebrovasculares, doenças respiratórias, neurológicas, renais, estresse, *burnout*, transtornos mentais, demências (principalmente a de Alzheimer), autismo, ansiedade, depressão, diabetes mellitus, AIDS. Foram feitas referências a alguns sintomas também, como dor, agitação, relaxamento, alterações de humor, alucinações, medo, náuseas. Algumas notações estavam ligadas aos efeitos da aplicação da musicoterapia no aumento ou diminuição desses sintomas.

Familiares e cuidadores

Alguns dos artigos encontrados relataram pesquisas que tiveram como sujeitos familiares e cuidadores, que foram consultados sobre os efeitos da música para os pacientes e para a relação de ambos. Assim, Sales et al. (2011) tiveram por objetivo compreender como os familiares de pacientes com câncer percebiam a influência das vivências musicais na saúde física e mental de um familiar que experienciava a terminalidade da vida, encontrando como resultados que a música trazia bem-estar para pacientes e conforto aos cuidadores, podendo, ainda, melhorar o relacionamento entre eles.

A pesquisa de Knapp et al. (2010) investigou as vivências de pais de crianças em CP: aqueles cujos filhos tiveram experiência com musicoterapia estavam mais satisfeitos do que os pais de crianças que não tiveram essa experiência.

É comum que sessões de musicoterapia para pacientes terminais sejam testemunhadas pelos cuidadores. Magill (2009a; 2009b; 2009c) relatou que o fato de os entes queridos receberem tratamento musicoterápico antes da morte podia auxiliar

os cuidadores durante o período de luto, tendo impacto também na espiritualidade. As sessões trouxeram momentos de alegria, prazer e satisfação ao invés de tristeza e lamentação. Sentiram também conforto em saber que tinham proporcionado uma morte com paz para seus parentes através da musicoterapia, o que trazia sentimento de poder.

Alguns estudos, embora não tenham tido os familiares como sujeitos, também evidenciaram os efeitos benéficos do uso da música para os pacientes, os cuidadores ou na relação entre eles (O'CALLAGHAN; MAGILL, 2009; PAWUK; SCHUMACHER, 2010; HARTWIG, 2010). Um trabalho sobre musicoterapia baseada no domicílio (SCHMID; OSTERMANN, 2010) mostrou que musicoterapia em CP pode auxiliar familiares no seu papel de cuidadores enquanto provê tempo de qualidade com seus entes queridos.

Foi constatado que o tratamento não farmacológico, não invasivo, pode ajudar pacientes e familiares a lidarem com estresse e momentos desafiadores (LAI et al., 2010). Entre as medidas não farmacológicas que podem ter efeitos positivos em pacientes, cuidadores e sistemas de cuidado à saúde, um estudo (GALLAGHER, 2011b) referiu o uso da música individualizada para reduzir agitação em alguns pacientes. A musicoterapia pode ser usada para influenciar positivamente pessoas portadoras de demência e reduzir seus sintomas comportamentais e psicológicos, como agitação, agressão, vocalização repetitiva, gritos. Segundo o mesmo estudo (GALLAGHER, 2011b), a música também pode diminuir o tempo que cuidadores gastam com a resistência dos pacientes, que ficam menos medrosos e mais cooperativos com os cuidados.

Qualidade de vida

A qualidade de vida costuma ser extremamente prejudicada em pacientes que recebem CP. Uma das pesquisas encontradas neste estudo (LAI et al., 2010), por exemplo, enfocou o desconforto causado pela dispneia, ressaltando que esta causa aumento do sofrimento biopsicosocioespiritual e pobre qualidade de vida. Ocorre em 70% dos pacientes com câncer terminal, significando ainda intenso sofrimento para familiares e cuidadores.

Um único estudo entre os selecionados nesta pesquisa teve, entre os seus objetivos, avaliação da qualidade de vida, referindo-se aos cuidadores, que se revelou

significativamente aumentada após intervenções com música e relaxamento muscular (CHOI, 2010).

Schmid e Ostermann (2010), em seu trabalho sobre musicoterapia baseada em domicílio, referiram aumento da qualidade de vida, bem como no relacionamento paciente-cuidador. Apesar do fato de que a pesquisa sobre musicoterapia e CP tem aumentado, incluindo, entre outras coisas, qualidade de vida (GALLAGHER, 2011a), um dos trabalhos chamou a atenção para a existência de poucos estudos sobre o tema, com amostras pequenas, insuficientes para conclusões, apesar de sugestivos quanto a haver benefícios desta terapia na qualidade de vida (BRADT; DILEO, 2010).

Espiritualidade

Alguns dos estudos citaram a importância da música na espiritualidade. Enquanto Makowski e Epstein (2012) chamaram a atenção para as equipes de CP como sendo espaços de dissonância cognitiva, emocional e espiritual, Tees e Budd (2011) descreveram como a música pode ser integrada no cuidado espiritual para pacientes em CP, salientando que uma canção ou pedaço de música pode desempenhar papel vital na dimensão espiritual dos cuidados de fim de vida.

A pesquisa de Sales et al. (2011) trouxe a ideia de que o estar-com-o-outro se constitui em estar atento e identificar diferentes dimensões dele, por meio de suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade. A música tem o poder de modificar nosso espírito, sendo terapia para os transtornos físicos e psíquicos. As músicas religiosas provêm suporte psicoespiritual diante da preocupação com o porvir. Então, ao cuidar na terminalidade da vida, a música pode representar para o paciente um suporte de apoio psicoemocional e espiritual, auxiliando no enfrentamento da doença.

Entre os artigos selecionados, dois abordaram as influências da música inserida em suas culturas: comentou-se sobre o cuidado espiritual e as famílias japonesas em luto (OKAMOTO et al., 2010), enquanto que o outro trabalho abordou os efeitos da música no corpo, na mente e no espírito da população da Tanzânia (HARTWIG, 2010). Neste último, foi ressaltado que na África o uso da música é muito mais abrangente do que no Ocidente, não serve só para entretenimento, sendo interessante o poder da música na sociedade da Tanzânia, associada com fé e estilo de vida. A música significa distração da dor e doença, sendo ferramenta poderosa na saúde afetada. A música espiritual pode ajudar a morrer em paz.

Tratando-se de musicoterapia, o seu objetivo pode ser diminuir dor e ansiedade e promover bem-estar emocional e espiritual (HARTWIG, 2010). É utilizada para necessidades físicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais de várias populações de pacientes (GALLAGHER, 2011a; BRADT; DILEO, 2010; PAWUK; SCHUMACHER, 2010).

Profissionais de saúde

Dentre os artigos verificados, alguns fizeram referência aos profissionais de saúde, seja abordando os efeitos da música em suas vidas ou na dos pacientes e familiares, ou ainda sugerindo que utilizassem a música nos tratamentos a pacientes em CP. Nessa linha, GALLAGHER (2011b) apresentou um programa de treinamento de profissionais de saúde para a utilização da música individualizada (IM) com pacientes portadores de demência, afirmando a importância de uma participação multidisciplinar.

Alguns textos chamaram a atenção dos profissionais para a relevância das artes no contexto do tratamento de doenças, como o que afirmava a importância do uso da música e outras formas de arte no tratamento de quem está morrendo, para além da aplicação dos conceitos médicos. (MEYER, 2010).

Já Makowski e Epstein (2012) trouxeram a ideia de que a música, arte e literatura nos ensinam a passar por momentos de tensão, oferecendo ferramentas para os profissionais conviverem com a dissonância e o sofrimento. Em música, a dissonância antes da resolução é frequentemente acentuada, levando o instrumentista a apreciar a estranha tensão antes da resolução. Parte do que faz uma música bela é exatamente a dissonância. Em uma música simples, a resolução final acontece em uma consonante harmonia. Os autores observaram que conflito e caos são prevalentes nos cuidados à saúde, e é comum que os clínicos aprendam a conduzir reuniões familiares, mas que parem quando as emoções são muito intensas. Pede-se a estes profissionais que desafiem o instinto natural de fugir do sofrimento, discórdia e tensão e, ao invés disso, que explorem suas nuances e possibilidades.

Em maior quantidade encontrou-se textos que referiam os efeitos que a música pode exercer sobre os profissionais de saúde. Foram relatos sobre o potencial de colaboração da música para o trabalho da equipe (PAWUK; SCHUMACHER, 2010), ou afirmando o poder de mobilização emocional da música, podendo promover bem-estar e um cuidar mais humanizado. Em relação à sensibilização do profissional, a

música auxilia na expressão da subjetividade e promoção da percepção de si e do outro. Comentaram ainda sobre a possibilidade lúdica da música, trazendo relaxamento, bem-estar e prazer no autocuidado da equipe.

Um dos textos instigava os musicoterapeutas a refletirem sobre o que fazer com o legado deixado (como, por exemplo, publicações ou canções) por pacientes que pioravam ou morriam (O'CALLAGHAN et al., 2009).

Apesar do fato de que oferecer CP para pacientes em fim de vida pode ser um trabalho satisfatório, é fato também que traz grande estresse para a equipe de saúde. Grandes centros de tratamento de câncer exploram maneiras de reduzir o estresse desse trabalho, ou *burnout*. A pesquisa de O'Callaghan e Magill (2009) examinou as respostas da equipe ao testemunhar programas de musicoterapia focada no paciente em dois desses centros. Os profissionais observaram efeitos positivos em pacientes e familiares, sendo que tal suporte musicoterápico aos pacientes foi uma modalidade incidental de suporte para a equipe, que pode reduzir o estresse da mesma e melhorar o envolvimento no trabalho e o cuidado percebido ao paciente. Apesar de incomuns, alguns efeitos intrusivos foram relatados por poucos profissionais, como audibilidade, suspeita inicial e relaxamento causando demora no ritmo do trabalho.

Musicoterapia

Considerações sobre a musicoterapia têm sido feitas ao longo deste texto, sendo que chama a atenção o número de artigos, em comparação com os que citavam apenas a música sendo utilizada nos CP. Alguns trabalhos referiram-se à história da musicoterapia e aos seus efeitos.

Ao se referir à história e evolução da musicoterapia, Hartwig (2010) ressaltou um dos objetivos dela, diminuir dor e ansiedade e promover bem-estar emocional e espiritual. Pawuk e Schumacher (2010) citaram estudos qualitativos e quantitativos sobre a eficácia da musicoterapia em CP. É considerada ideal para as necessidades de pacientes e familiares em *Hospices*¹⁴, já que pode tratar múltiplos campos/setores

¹⁴ Inicialmente utilizado para denominar abrigos para peregrinos e viajantes, o termo *Hospice* foi atribuído a lugares que abrigavam doentes na Idade Média que, por vezes, morriam nestas hospedarias, cercados de cuidado leigo e caridoso. Em 1967, a enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders fundou, em Londres, o *St Christopher's Hospice*, no intuito de oferecer cuidados mais adequados aos doentes em final de vida (MACIEL, 2008). O movimento *Hospice* foi crescendo, sendo que a referência a eles foi bastante comum nos trabalhos encontrados nesta pesquisa. Vários artigos comentaram o uso da música e da musicoterapia nesse tipo de instituição (GALLAGHER, 2011a; GALLAGHER, 2011b; SCHMID; OSTERMANN, 2010; CHOI,

simultaneamente. Representa uma aproximação não invasiva centrada no paciente, em colaboração com o modelo médico.

Vários estudos trataram sobre os efeitos da musicoterapia, na sua quase totalidade positivos, como a atuação com transtornos mentais, como possibilidade não verbal de comunicação interpessoal e integração grupal. Efeitos da musicoterapia em pacientes com Alzheimer podem perdurar por alguns dias, com melhora de comportamento, humor e função cognitiva (SEKI; GALHEIGO, 2010).

A musicoterapia tem sido utilizada para necessidades físicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais de várias populações de pacientes. A pesquisa em musicoterapia e CP tem aumentado, incluindo tratamento com radiação, manejo de sintomas de dor, ansiedade, humor, náusea, qualidade de vida (GALLAGHER, 2011a). Técnicas foram indicadas com sucesso na eliminação de sedação, redução de tempo e número de profissionais por procedimento (GALLAGHER, 2011a). Observou-se, ainda, facilitação da interação familiar (BRADT; DILEO, 2010), melhora na comunicação entre paciente e família e entre paciente e equipe (GALLAGHER, 2011a), além de benefícios da musicoterapia realizada no momento anterior à perda para cuidadores enlutados (MAGILL, 2009c).

Também houve referências a benefícios adicionais da musicoterapia: redução de medicação para dor (PAWUK; SCHUMACHER, 2010; BRADT; DILEO, 2010) e equipe mais satisfeita com o trabalho (PAWUK; SCHUMACHER, 2010; O'CALLAGHAN; MAGILL, 2009).

Pacientes com pior quadro de saúde podem ouvir o terapeuta tocar e são encorajados a escolher a música (GALLAGHER, 2011a). Na avaliação do musicoterapeuta, é importante que se atente para as preferências musicais de cada paciente, sendo as intervenções também particularizadas (GALLAGHER, 2011a). Esse foi um ponto ressaltado por vários autores (SEKI; GALHEIGO, 2010; PAWUK; SCHUMACHER, 2010; SALES et al., 2011): o de que o uso de músicas da preferência do paciente é mais eficaz e escolher o repertório possibilita maior entusiasmo.

Seki e Galheigo (2010) comentaram que o processamento da música pelo cérebro depende da cultura e do universo musical do indivíduo. Uma seleção de músicas inapropriadas, que não façam parte do universo sonoro da pessoa, pode atuar como mais um fator de estresse. Além disso, fazer seleção de músicas que

2010; BRADT; DILEO, 2010; PAWUK; SCHUMACHER, 2010; MAGILL, 2009a; O'CALLAGHAN; MAGILL, 2009; MAGILL, 2009c; KOZAK et al., 2009).

foram significativas durante a vida junto com as pessoas amadas possibilita fortalecer relações, favorecer comunicação e expressão de sentimentos.

Alguns trabalhos enfatizaram a importância de se implementar programas de musicoterapia em instituições de CP. Nos *Hospices*, por exemplo, são oferecidos frequentemente serviços complementares e alternativos, entre eles, a musicoterapia. Porém, muitas vezes esses serviços são realizados por pessoas voluntárias, daí a necessidade de se contratar pessoal especializado e com o devido pagamento (KOZAK et al., 2009). No estudo de Knapp et al. (2010) sobre a musicoterapia em um programa de cuidados paliativos pediátricos, os autores também chamaram a atenção para a necessidade e o desafio de recrutar musicoterapeutas licenciados.

Técnicas de musicoterapia são baratas e não invasivas, o que vai ao encontro de metas práticas de cuidado de saúde: baixo custo, fácil administração, eficácia (LAI et al., 2010; GALLAGHER, 2011a). Na sugestão de implementação de musicoterapia baseada no domicílio, Schmid e Ostermann (2010) também abordaram a questão do baixo custo que esse trabalho representa, sendo interessante para profissionais, grupos especiais de pacientes e para familiares e cuidadores. Em pesquisa bibliográfica que realizaram em bases eletrônicas de dados sobre publicações entre 1980 e 2010, os autores encontraram publicações citando a utilização de musicoterapia interativa e receptiva, sendo, esta última, predominante nesse campo de trabalho.

Observações complementares

Chamou a atenção o fato de que, em vários artigos (GALLAGHER, 2011a; HARTWIG, 2010; O'CALLAGHAN; MAGILL, 2009), foram tecidos comentários sobre a música ao vivo ser preferível à gravada no trabalho musicoterápico com pacientes que recebem CP, sendo a presença das pessoas, as visitas, apontadas como um benefício a mais para pacientes, familiares e equipe de saúde.

Outro aspecto que merece ser abordado é que foram encontrados vários estudos (SEKI; GALHEIGO, 2010; GALLAGHER, 2011a; SALES et al., 2011; SCHMID; OSTERMANN, 2010; BRADT; DILEO, 2010) que apontaram a necessidade de um número maior de pesquisas que envolvam música, musicoterapia e cuidados paliativos. A maior parte da produção é, também, internacional, dificultando as condições para comparação de dados nacionais com os trabalhos que envolvem música e tratamento com CP no exterior.

Considerações finais

Os dados obtidos no presente estudo afirmam que o uso da música e, mais especificamente, da musicoterapia em CP, traz benefícios para os pacientes que recebem o tratamento, para os familiares e para os profissionais das equipes de saúde. Porém, a produção de pesquisas sobre o assunto é escassa, sendo que as poucas existentes nos últimos anos são, na grande maioria, produções internacionais.

Assim, conclui-se que há necessidade de maior realização de pesquisas no Brasil e consequentes publicações, o que poderá possibilitar levar a um nível fidedigno o que já é tão visível na prática cotidiana das instituições de saúde: os benefícios do uso da música e da musicoterapia no tratamento de pessoas em fim de vida, assim como para seus familiares e profissionais que com elas trabalham.

Referências

ANDO, M.; KAWAMURA, R.; MORITA, T.; HIRAI, K.; MIYASHITA, M.; OKAMOTO, T.; SHIMA, Y. Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. **Psycho-Oncology**, v. 19, n. 7, p. 750-5, 2010.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BRADT, J.; DILEO, C. Music therapy for end-of-life care. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 1, CD007169, 2010.

CHOI, Y.K. The effect of music and progressive muscle relaxation on anxiety, fatigue, and quality of life in family caregivers of hospice patients. **J Music Ther**, v. 47, n. 1, p. 53-69, 2010.

CUNHA, R.; VOLPI, S. A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. **Rev. Cient./FAP**, Curitiba, v. 3, p. 85-97, 2008.

FREUD, S. (1915) **Reflexões para os tempos de guerra e morte**. Obras completas – Vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GALLAGHER, L.M. The role of music therapy in palliative medicine and supportive care. **Semin Oncol**, v. 38, n. 3, p. 403-6, 2011a.

GALLAGHER, M. Evaluating a protocol to train hospice staff in administering individualized music. **Int J Palliat Nurs**, v. 17, n. 4, p. 195-201, 2011b.

HARTWIG, R. Music therapy in the context of palliative care in Tanzania. **Int J Palliat Nurs**, v. 16, n. 10, p. 499-504, 2010.

KANEMURA, S.; TANIMUKAI, H.; TSUNETO, S. Can "steroid switching" improve steroid-induced musical hallucinations in a patient with terminal cancer? **J Palliat Med**, v. 13, n. 12, p. 1495-8, 2010.

KNAPP, C.; MADDEN, V.; WANG, H.; CURTIS, C.; SLOYER, P.; SHENKMAN, E. Music therapy in an integrated pediatric palliative care program. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 26, n. 6, p. 449-55, 2009 Dec-2010 Jan.

KOZAK, L.E.; KAYES, L.; MCCARTY, R.; WALKINSHAW, C.; CONGDON, S.; KLEINBERGER, J.; HARTMAN, V.; STANDISH, L.J. Use of complementary and alternative medicine (CAM) by Washington State hospices. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 25, n. 6, p. 463-8, 2008 Dec-2009 Jan.

LAHAM, C.F.; CHIBA, T. O paciente terminal. In: QUAYLE, J.; DE LUCIA, M.C.S. **Adoecer – as interações do doente com sua doença**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 197-210.

LAI, W.S.; CHAO, C.S.; YANG, W.P.; CHEN, C.H. Efficacy of guided imagery with theta music for advanced cancer patients with dyspnea: a pilot study. **Biol Res Nurs**, v. 12, n. 2, p. 188-97, 2010

MACIEL, M.G.S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R.A. (Org.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008, p. 15-32.

MAGILL, L. The spiritual meaning of pre-loss music therapy to bereaved caregivers of advanced cancer patients. **Palliat Support Care**, v. 7, n. 1, p. 97-108, 2009a.

MAGILL, L. Caregiver empowerment and music therapy: through the eyes of bereaved caregivers of advanced cancer patients. **J Palliat Care**, v. 25, n. 1, p. 68-75, 2009b.

MAGILL, L. The meaning of the music: the role of music in palliative care music therapy as perceived by bereaved caregivers of advanced cancer patients. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 26, n. 1, p. 33-9, 2009c.

MAKOWSKI, S.K.E.; EPSTEIN, R.M. Turning toward dissonance: lessons from art, music, and literature. **J Pain Symptom Manage**, v. 43, n. 2, 293-8, 2012.

MEYER, C.R. Comfort care. **Minn Med**, v. 93, n. 7, p. 4, 2010.

O'CALLAGHAN, C.; MAGILL, L. Effect of music therapy on oncologic staff bystanders: a substantive grounded theory. **Palliat Support Care**, v. 7, n. 2, p. 219-28, 2009.

O'CALLAGHAN, C.; PETERING, H.; THOMAS, A.; CRAPPSLEY, R. Dealing with palliative care patients' incomplete music therapy legacies: reflexive group supervision research. **J Palliat Care**, v. 25, n. 3, p. 197-205, 2009.

O'CALLAGHAN, C.C.; HORNBY, C.J.; PEARSON, E.J.M.; BALL, D.L. Oncology staff reflections about a 52-year-old staff Christmas choir: constructivist research. **J Palliat Med**, v. 13, n. 12, p. 1421-5, 2010.

OKAMOTO, T.; ANDO, M.; MORITA, T.; HIRAI, K.; KAWAMURA, R.; MITSUNORI, M.; SATO, K.; SHIMA, Y. Religious care required for Japanese terminally ill patients with cancer from the perspective of bereaved family members. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 27, n. 1, p. 50-4, 2010.

PAWUK, L.G.; SCHUMACHER, J.E. Introducing music therapy in hospice and palliative care: an overview of one hospice's experience. **Home Healthc Nurse**, v. 28, n. 1, p. 37-44, 2010.

PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prática hospitalar**, v. 41 (set./out.), 2005. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2021-41.html>. Acesso em 18/02/12.

READY, T. Music as language. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 27, n. 1, p. 7-15, 2010.

SALES, C.A.; SILVA, V.A.; PILGER, C.; MARCON, S.S. A música na terminalidade humana: concepções dos familiares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 138-45, 2011.

SCHMID, W.; OSTERMANN, T. Home-based music therapy - a systematic overview of settings and conditions for an innovative service in healthcare. **BMC Health Serv Res**, v. 10: 291, 2010.

SEKI, N.H.; GALHEIGO, S.M. O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 33, p. 273-84, 2010.

TEES, B.; BUDD, J. The sound of spiritual care: music interventions in a palliative care setting. **J Pastoral Care Counsel**, v. 65, n. 1-2, 5:1-10, 2011.

MUSICOTERAPIA E O CUIDADO AO CUIDADOR: UMA EXPERIÊNCIA JUNTO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA FAVELA MONTE AZUL

Mariana Carvalho Caribé de Araújo Pinho, Belkis Vinhas Trench***

Resumo - Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Programa de Saúde da Família (PSF) da Favela Monte Azul/SP são pessoas que cuidam profissionalmente de sua comunidade. Os laços criados com as famílias configuram uma intrincada relação de cuidados que vão além da dimensão profissional. Por um lado, existe uma enorme satisfação em atuar como ACS, mas, por outro, eles se sentem sobrecarregados diante de tantas demandas, sendo o estresse uma queixa recorrente. Este estudo teve como objetivo conhecer a realidade de trabalho dos ACS e compreender as razões que os levam a manifestar o que chamam de estresse. Como objetivo específico, pensar como a musicoterapia poderia contribuir como instrumento terapêutico e de intervenção nesta realidade. O grupo que se tornou objeto de investigação é constituído de sete mulheres entre 22 e 45 anos. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que se situa metodologicamente no campo da pesquisa-ação. Em relação à musicoterapia, as ACS foram unânimes em reconhecer o quanto foram ajudadas e o desejo de que o trabalho tivesse continuidade, o que aponta para uma questão muito importante: o cuidador precisa ser cuidado e a Musicoterapia pode atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde das coletividades.

Palavras-chave: Musicoterapia, Serviços de Saúde Comunitária, Saúde Mental, Cuidadores

Abstract - The Health Community Agents (HCA) of the Family Health Program (FHP) of Favela Monte Azul (Monte Azul Shantytown), São Paulo, are in charge of the community's professional care. Their bonds with the families involve an intricate relationship that goes beyond the professional dimension. On the one hand, they get great pleasure from being a HCA; on the other, they feel overwhelmed by the amount of demands, with stress being a common complaint among them. This study aims at understanding the dynamics of the HCA work, as well as the reasons why they manifest stress. It has also the specific objective of discussing how music therapy could contribute as a therapeutic and intervention tool in such environment. The group that became our object of investigation was composed of seven women between 22 and 45 years. A qualitative approach, associated with the field research-action from a methodological perspective, has been put into practice. The HCA were unanimous in recognizing how much music therapy has helped them and wished the work had continued. This points to a very important issue, that is, the caregiver needs care, and music therapy can indeed be a tool in the promotion, prevention and recovery of communities' health.

Keywords: Music Therapy, Community Health Services. Mental Health, Caregivers

* Musicoterapeuta, Educadora Musical, Mestre em Ciências/ Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Secretaria de Saúde de São Paulo- Instituto de Saúde (PPG/SES/IS). E-mail: mcaribemazzei@gmail.com

** Doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia- USP, pesquisadora do Instituto de Saúde (SES-SP). E-mail: trench@isaude.sp.gov.br

Prelúdio

No Mestrado em Ciências com área de concentração em Saúde Coletiva tive a oportunidade de refletir sobre a questão da saúde mental no campo da saúde coletiva, de forma interdisciplinar, buscando compreendê-la através de um espectro mais amplo. Paralelamente à minha entrada na Pós-graduação, comecei a trabalhar como musicoterapeuta do ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA), em São Paulo, continuando a minha experiência profissional nos serviços públicos de saúde, no campo da saúde mental. Mas, diferente do que eu fizera até então, comecei a atender um grupo de pessoas com características muito peculiares e com o qual eu nunca havia antes trabalhado: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Para estas pessoas treinadas e capacitadas para trabalhar como profissionais de saúde na comunidade onde moram, a falta de distanciamento entre trabalho e vida pessoal gera inúmeras consequências que se expressam na queixa comum de todas as integrantes deste grupo: “estresse!”. Será que a experiência contínua de experimentar a confusão de sentimentos e vivências em relação a sua vida pessoal e profissional era a grande responsável pela queixa de estresse que elas relatavam?

No campo da saúde mental, o estresse se tornou uma figura familiar e, ao mesmo tempo, assustadora para as pessoas que sentem os seus efeitos, mas não sabem bem como lidar com eles (ARANTES; VIEIRA, 2002). No trabalho desenvolvido com os ACS, me preocupei, assim, em identificar, através de suas queixas, os diferentes sentidos que atribuíam à palavra “estresse”, o que exigiu uma escuta clínica muito atenta para tentar começar a compreender quais os fatores desencadeantes deste desgaste psíquico que ameaçava a saúde mental dos ACS para, posteriormente, intervir no processo, sistematizar esta experiência e transformá-la em objeto de estudo de minha dissertação de mestrado.

Objetivo

O estudo teve como objetivo geral conhecer a realidade de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família da Favela Monte Azul, em São Paulo, e compreender as razões que os levam a manifestar o que chamam de estresse e, como objetivos específicos, pensar como a musicoterapia poderia contribuir, como instrumento terapêutico e de intervenção nesta realidade,

bem como produzir subsídios que possam auxiliar na elaboração de novas estratégias de atuação no campo da Saúde Mental, especificamente com os ACS.

Musicoterapia

Dentre os vários conceitos de musicoterapia, vale destacar o de Milleco Filho, Brandão e Milleco (2001) que a definem como uma terapia autoexpressiva que estimula o potencial criativo e a ampliação da capacidade comunicativa, mobilizando aspectos biológicos, psicológicos e culturais, o que converge para o mesmo lugar de onde penso a musicoterapia. Eu a defino como uma terapia expressiva constituída por grandes campos circulares – os sons, a música, a cultura, a criatividade, a subjetividade e a corporalidade – que estão em constante movimento interagindo com cada indivíduo ou grupo de indivíduos, de maneira singular.

A prática clínica da musicoterapia é muito diversificada, porém, podemos identificar duas grandes áreas das quais, segundo Barcellos (1999, p. 5), se desdobram métodos e técnicas: a receptiva, que abrange práticas em que o paciente não está ativo no processo de “fazer música”; e a ativa, na qual o paciente participa ativamente deste processo. Neste fazer música, toda e qualquer expressão do indivíduo é acolhida, sem haver, necessariamente, a preocupação com a estética ou a técnica musical, mas, sim, com a expressão genuína. Desta forma, trabalha-se com a “música viva”, ou seja, é o próprio indivíduo, em parceria com o musicoterapeuta, que faz, constrói, cria, realiza, descobre e revela a imensidão sonora existente nele mesmo, como forma de expressão do seu mundo interior.

No atendimento musicoterapêutico realizado junto aos ACS, objeto de estudo da pesquisa, trabalhei a partir do referencial da musicoterapia ativa e do conceito de identidade sonora (ISO) que Barcellos (1992) define como arquétipos sonoros, vivências sonoras gestacionais, intrauterinas, do nascimento e infantis, até os dias atuais, diferenciando-o e individualizando-o, como “ser humano sonoro”.

Campo da Pesquisa

A Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA) é fruto da iniciativa e do trabalho da pedagoga Ute Craemer, desde 1976, e, em 1979, foi fundada oficialmente. É uma Organização Não Governamental (ONG), sem fins lucrativos, de inspiração antroposófica e trabalha em parceria com o Programa de Saúde da Família (PSF)

desde 2001. Os Agentes Comunitários de Saúde integram as equipes do PSF nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e realizam atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas nos domicílios e na comunidade.

A Abordagem Metodológica

Este trabalho está inserido no campo da pesquisa qualitativa que, de acordo com Nogueira-Martins (2001, p. 47), busca uma compreensão particular do objeto de estudo, não se preocupando com generalizações populacionais, princípios e leis e cujo foco de atenção está centrado no específico, no peculiar, visando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados. Neste estudo, que se caracteriza como pesquisa-ação, o pesquisado estabelece um contato direto e participativo com o fenômeno observado, reconhecendo o seu papel ativo e intervencionista, o que não é comum na pesquisa tradicional. Tobar e Yalour (2001) a definem como um tipo particular de pesquisa que pressupõe a intervenção participativa ou seja, o pesquisador não apenas toma parte da situação: ele a modifica e é por ela modificado.

Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram sete mulheres, entre 22 e 54 anos de idade, agentes comunitárias de saúde do PSF que já trabalhavam na comunidade há mais ou menos três anos. Três delas eram casadas e com filhos e quatro, solteiras. Este grupo foi selecionado para participar das sessões pela Coordenadora do Ambulatório Monte Azul, juntamente com a diretora do Posto de Saúde Vila das Belezas. O critério de escolha foi o de privilegiar aquelas que apresentassem dificuldades nas relações de trabalho e queixas que sugerissem um maior nível de estresse. No caso, a adesão a outras propostas terapêuticas em grupo haviam sido tentadas, sem sucesso.

Procedimentos

O atendimento musicoterapêutico deste grupo aconteceu no período de 9 de março a 6 de julho de 2004. Foram realizadas dezoito sessões de 1 hora e meia de duração, no Ambulatório Monte Azul. Além do processo musicoterapêutico, foi utilizada a entrevista semiestruturada que, de acordo com Nogueira-Martins (2001), é aquela que parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses

que interessam à pesquisa, bem como de toda a informação que o pesquisador já recolheu sobre o fenômeno estudado. Após o último encontro do grupo de musicoterapia, realizei uma entrevista semiestruturada individual com cada ACS.

Análise dos Dados

1. Encontros Sonoros: a partir das anotações do meu caderno, da minha memória e da experiência vivida, busquei analisar o processo musicoterapêutico e as transformações ocorridas no grupo a partir da letra da canção composta pelas ACS.

2. Entrevistas: por meio de um trabalho contínuo de ler e reler o material coletado fui localizando os temas que emergiam a partir dos diferentes discursos e criando categorias para a análise nas quais busquei ressaltar semelhanças e divergências, tentando estabelecer relações que contribuíssem para a ampliação da discussão. Nogueira-Martins (2001, p. 58) nos diz que, para analisar e interpretar dados qualitativos, não há fórmulas, a não ser retratar fielmente os dados e comunicar o que eles revelam, pois não há meios de replicar o processo analítico do pesquisador. Cada estudo qualitativo é único e a aproximação analítica também.

A Canção

<p>Vida de agente comunitário É uma correria Tem stress, repressão Angústia e agonia. I Há também o lado bom Com coragem e alegria Pacientes visitamos-todos os dias. (2 vezes)</p>	<p>REFRÃO E agora José? E agora Maria? Chegou a Musicoterapia Vamos cantar ----- uma mistura legal Em ritmo de alegria De som, loucura e fantasia. (2 vezes)</p>
<p>Nós cantamos, dançamos Rimos e choramos Viajamos, ninamos Voltamos a ser crianças II Nos emocionamos com as Histórias de cada um Com as cantigas de Mariana Os pensamentos do dia E as poesias de Maria</p>	<p>Com sensibilidade Somos capazes de criar, sons Gestos, movimentos, músicas Soltar a voz III De encontrar a própria voz De descobrir os nossos dons Reencontrar consigo mesmo E conhecer melhor os outros.</p>
<p>IV O corpo fala, o corpo canta O corpo dança, o corpo soa Chegou a musicoterapia. (3 vezes)</p>	

(Grupo de Musicoterapia dos Agentes Comunitários de Saúde Monte Azul – 2004)

A análise da música composta pelas ACS revela ser esta uma canção, uma forma musical que se caracteriza por agregar poesia à melodia, ao ritmo e à harmonia. É uma peça musical curta, com refrão, constituindo-se numa estrutura de fácil memorização. As canções nascem da capacidade criativa das pessoas, que buscam traduzir, através delas, os mais diversos temas, desde fatos do cotidiano às questões existenciais. Segundo Milleco Filho, Brandão e Milleco (2001), as canções populares, quando “ganham a rua” difundidas pela mídia, passam a ter vida própria, a fazer parte do repertório cultural da população, interagindo com o mundo subjetivo de cada pessoa sendo, então, arquivadas na memória. Ela traz em si o estado poético que, segundo Morin (2003), é um estado de emoção, de afetividade, realmente, um estado de espírito. No caso desta pesquisa, as ACS foram as autoras e as intérpretes da canção que não “ganhou a rua”, mas adquiriu vida própria e retratou o mundo subjetivo destas mulheres, sintetizando e ilustrando, de maneira muito significativa, os conteúdos que brotaram dos Encontros Sonoros e do processo por elas vivido.

A primeira estrofe da canção traduz bem a relação de ambiguidade experimentada pelas ACS, no exercício do seu trabalho. Elas usam a palavra “vida” como sinônimo de profissão e, para qualificar seu lado mais penoso, utilizam expressões fortes como “estresse”, “repressão”, “angústia” e “agonia”, termos que, certamente, se referem às muitas dificuldades por que passam em sua prática diária: “angústia” e “agonia” parecem também traduzir a impotência e a frustração diante de tantas “dores” humanas. É “gente cuidando de gente” e, por isto, é tão desafiador e difícil. É como se elas estivessem, a cada momento, se defrontando com questões que também dizem respeito a cada uma delas, por compartilharem da mesma realidade social. Na segunda parte, elas apresentam o “outro lado da moeda”, o que consideram o lado bom da profissão: as visitas aos pacientes, realizadas com “coragem e alegria”, sentimentos que, seguramente, vivenciaram, ao enfrentar e vencer os desafios que se oferecem nestes contatos diários, conforme relatam em seus depoimentos.

O refrão parece muito significativo, pois começa com uma expressão popular que expressa reflexão, perplexidade e mistério – *E agora José? E agora Maria?* – o que demonstra a expectativa curiosa com que as ACS aguardavam a experiência musicoterapêutica sobre a qual nada sabiam. Através dos seus depoimentos iniciais, foi possível verificar que elas imaginavam tratar-se de algo que envolvia apenas o cantar, a audição de músicas diversas, relaxamento e catarse.

A estrofe seguinte revela a descoberta de potencialidades, no que diz respeito ao autoconhecimento e às trocas interpessoais dentro do grupo: quando se referem ao rir e ao chorar, sugerem que a musicoterapia lhes proporcionou um espaço acolhedor no qual puderam manifestar livremente emoções e sentimentos, sem temer mostrar o que estava dentro de cada uma; “viajamos”, parece tentar traduzir a experiência de “viagem interior” que cada uma pôde fazer através do trabalho terapêutico, entrando em contato consigo mesma e com as paisagens internas povoadas de sons, medos, fantasias, alegrias, tristezas, cicatrizes, feridas e muitas, muitas, histórias...; “ninamos”, foi a expressão utilizada para definir o que talvez tenha sido uma das suas vivências mais fortes que diz respeito ao cuidar e ser cuidada; e, então, a frase “voltamos a ser crianças”, denotando a possibilidade do reencontro com a criança interior, de se reconectar com a essência da infância, com o espontâneo, o inocente, o verdadeiro. Encerram falando da “descoberta das histórias de cada uma”, o que mostra a confiança construída pela troca de experiências e pelas coisas que contavam e cantavam, emocionando e sensibilizando muito a todos. Também foram relevantes as “cantigas de Mariana”, “os pensamentos do dia” coletados e trazidos por elas e as poesias de Maria – que tinha um livro de poesias, escritas por ela ao longo de mais de vinte anos, e nos presenteava a cada encontro com uma nova poesia.

Na penúltima estrofe, elas falam da descoberta da “sensibilidade” como instrumento gerador da criação: de sons, gestos, movimentos e músicas que creio queira se referir ao que reconheceram em si como resultado das experiências musicoterapêuticas de contato com as várias sonoridades, com a voz, o corpo e a musicalidade do grupo; “encontrar a própria voz”, me parece fazer alusão à habilidade que adquiriram de reconhecer a própria voz como expressão de sua identidade, além de um instrumento de comunicação e manifestação de sentimentos e emoções; ao dizerem “descobrir os nossos dons”, entendo que podem estar falando do contato interno com sua força da criação; e, ao ressaltarem o “reencontrar consigo mesmo e conhecer melhor os outros” sugerem que o processo musicoterapêutico pôde proporcionar a elas um espaço e um tempo de autorreflexão.

A última estrofe dispensa qualquer tentativa de interpretação; diz tudo por si mesma. Penso que seja apenas necessário ouvi-la com os ouvidos da sensibilidade: “O corpo fala, o corpo canta; O corpo dança, o corpo soa; Chegou a musicoterapia...”

2.1 As Entrevistas

A partir das entrevistas realizadas com as ACS, ao final dos nossos encontros, surgiram quatro categorias temáticas que me ajudaram a aprofundar certas questões que emergiram durante o processo musicoterapêutico e que serão apresentadas a seguir através dos recortes das narrativas e interpretações:

2.1.1 ACS – Comunidade e Posto de Saúde

No depoimento de Clara, é possível perceber a importância que ela confere a sua função, na medida em que observa mudanças de comportamento nas famílias a partir do momento em que começam a receber suas visitas. Famílias que, se antes se mostravam descuidadas em relação à saúde, após entrarem em contato com a ACS passaram a se cuidar mais, conhecendo novos caminhos para buscar e obter ajuda. Ela qualifica essa mudança de comportamento da comunidade como algo gratificante para ela, na condição de profissional:

[...] na medida do possível eu tento resolver os problemas das famílias. Eu encontrei famílias totalmente abandonadas, não tinham contato com o mundo aqui fora, viviam trancadas dentro de casa. Depois que comecei a ir na casa deles e conversar, explicar que eles precisavam se cuidar, ir ao médico, passar no posto... quando eles realmente começam a se cuidar, a melhora é uma recompensa... São essas situações que fazem com que o trabalho se torne gratificante, porque, na verdade, a gente não vai conseguir resolver o problema do mundo todo. Mas o pouco que a gente consegue resolver, são geralmente problemas grandes, não são pequenos, as soluções geralmente são boas. (Clara, 44 anos).

2.1.2 Funções do ACS

Glória define a sua função de forma muito subjetiva, “levar o melhor”, fazer “a população se sentir bem”, ficando claro que a maior função do ACS, para ela, é a presença humana, a ajuda despretensiosa, a relação de troca com o outro. Para tentar traduzir a sua profissão, ela faz alusão a outras que têm uma qualidade em comum: a escuta, aqui entendida como uma atitude de cuidado, não dependendo de nenhum protocolo institucional, mas, apenas, da disponibilidade pessoal de ajudar e acolher:

Significa assim, levar algo melhor pra população porque no nosso ver, nós que somos agente comunitário, quer dar o melhor pra população, mas às vezes nem é do jeito que a gente quer... a gente tem que fazer o possível para a população se sentir bem. A gente faz de tudo, sabe... é cuidar da saúde das famílias e ser amiga, conselheira, educadora, psicóloga, médica, assistente social, um pouco de tudo... Às vezes nem é um problema médico, só de conversar a pessoa já se sente bem. Então, o melhor da gente é esse. (Glória, 39 anos).

2.1.3 Fatores Estressantes e Saúde Mental

A seguir, a fala de Marta mostra uma situação muito grave acerca das reais condições de trabalho dos ACS: a limitação para lidar com as mais variadas questões de natureza psíquica do outro, uma situação que gera ansiedade e medo, medo, principalmente, de estar vulnerável e de se contaminar pelas histórias que ouve. Relata o grande esforço para não se “misturar”, não se “envolver”, por temer ficar com o mesmo problema psíquico do paciente. Quando o ACS não consegue conduzir um problema desta ordem junto ao paciente ou quando percebe que talvez não encontre uma solução em curto prazo, sente-se culpado, aumentando ainda mais o seu nível de angústia e ansiedade. Esta relação com os pacientes fica muito estreita e o limiar entre saúde e doença mental também. Marta se refere a sua experiência em lidar com questões de saúde mental da comunidade, concluindo, significativamente, as reflexões que faz com o ditado popular: *de médico e louco todo mundo tem um pouco*:

[...] a gente sabe tudo que acontece na vida de cada paciente, entendeu? Então, você tem até uma certa limitação pra ouvir também. Às vezes você chega num ponto muito íntimo que, às vezes, não é uma coisa assim que você vai consertar. Logo que eu comecei a trabalhar como ACS, tem algumas pessoas muito deprimidas e isso começou, assim, a me afetar. Então, hoje, eu já não deixo me afetar tanto como me afetava, mas, às vezes eu fico meio na expectativa. Mas eu encaro comigo mesma, pensando, pô, “eu não pude resolver, eu não pude ajudar, será que foi culpa minha? Às vezes eu fico meia pensativa, que isso não tem como você ouvir e esquecer. Não dá pra esquecer. Quem fala que esquece, não esquece. Tudo bem, você não deixa interferir na vida pessoal, mas que você fica com aquele negócio na cabeça, fica. Mas, hoje, já tento entender que não é culpa minha, que não é culpa de ninguém, que são coisas que acontecem realmente na vida de cada pessoa... Hoje, eu tenho mais entendimento que saúde mental não ataca só louco, afeta nós mesmos, seres humanos normais, tem tudo, trabalha, estuda, tem uma família. Então, é que nem diz: *de médico e louco todo mundo tem um pouco*. Eu acho que saúde mental envolve tudo e todos, desde uma criancinha pequena, até um velho idoso... eu tô sujeita, você tá sujeita, tá todo mundo sujeito a acontecer isso. (Marta, 27 anos).

2.1.4 A Musicoterapia

Glória se refere, de maneira enfática, à melhora experimentada no decorrer do trabalho musicoterapêutico, ressaltando a diminuição da ansiedade e traduz esta percepção como um relaxamento mental e interno que trouxe uma sensação de alívio. Ela parece ter identificado esta técnica como um instrumento bastante eficaz para auxiliá-la em suas reflexões e na busca de um autoconhecimento. Dessa forma, apesar do tempo de atendimento musicoterapêutico ter sido breve, o trabalho pôde sinalizar caminhos para uma redescoberta de si mesma e para uma escuta interna:

[...] foi excelente pra mim; eu era uma pessoa agitada, agitada, qualquer coisinha que eu sentia, ficava agitada, nervosa. Depois que comecei [...] melhorou pra mim, melhorou mesmo. [...] é assim um tipo de relaxamento mental. Mental e interno, da gente mesmo. [...] traz pra gente aquele alívio, aquela coisa boa pro nosso interior. Eu achei que a gente se sai melhor em tudo que a gente vai fazer. Você se tranquiliza. Pra mim, foi muito boa mesmo... Foi excelente, excelente mesmo. Eu achei importante, eu gostaria que todos os ACS pudessem participar... Nós chegamos sem saber o que era e eu já tô achando [sentindo] falta. Porque a gente sai tão bem daqui! Você chega aqui, que nem no começo, muito estressada, a gente começava a reclamar, a falar, cê mesmo pode perceber que, depois, a gente já não tava reclamando tanto do nosso dia a dia... a tensão diminuiu. A musicoterapia lida com o corpo, com os sons, com a voz, e muito mais, assim, se chega mais... a gente mesmo começa a descobrir o que tem dentro da gente... depois que você começa a fazer [...] você vai sentir o que você tem dentro de você. É importante pra cada um de nós, que fizemos [...]. Então, foi uma experiência muito maravilhosa pra mim. (Glória, 39 anos).

Tecendo os fios que emergem da análise desses depoimentos e da letra da canção composta pelas ACS, um quadro se revela: a musicoterapia como um instrumento capaz de facilitar a expressão e a elaboração de várias dimensões do processo destas mulheres que vivem o papel de Agentes Comunitários de Saúde. A relação consigo mesma, com o grupo e com a comunidade na qual estão inseridas, aponta todo o tempo para uma questão que foi por mim compreendida como o cuidar e ser cuidado, questão relevante neste trabalho e em todas as profissões de ajuda.

Considerações Finais

Com esta pesquisa, o que mais pude observar é que falar sobre ACS é, sobretudo, falar sobre o cuidar, que é mais do que um ato, diz Boff (1999), é uma atitude; ou seja, não deve ser algo momentâneo, pontual, mas algo contínuo, uma ocupação. Exatamente assim se comportam as ACS observadas, que ultrapassam os

limites do dever profissional descrito nos manuais e se integram à comunidade, tecendo com seus componentes uma complexa rede de intersubjetividades que passa a permear o seu cotidiano. Do ponto de vista filosófico, o cuidado ocupa um lugar central na existência humana, é um elemento inerente à constituição da vida segundo Ayres (2004) que afirma, ainda que a ontologia existencial de Heidegger entende o cuidado como um modo de ser essencial do humano.

Ao estudar este grupo, percebi o quanto, nesta função, os indivíduos são confrontados com necessidades de diversas ordens e o grande esforço pessoal que fazem para supri-las. Em cada casa, a todo instante, surgem questões materiais e emocionais difíceis, desafiadoras e, às vezes, dolorosas e, pelo fato de serem ao mesmo tempo, moradoras da comunidade e ACS, os conflitos são maiores por não ser possível um distanciamento entre estes dois papéis. Viu-se que a maioria delas se queixa de angústia, ansiedade, sentimentos de impotência, confessando-se “estressada” e pedindo ajuda. E, neste contexto, foi introduzida e aceita como uma nova possibilidade para se cuidar da saúde mental das cuidadoras, a musicoterapia que se insere, assim, no campo da Saúde Coletiva que integra áreas distintas do conhecimento e que, segundo Paim e Almeida Filho (2000), se consolida como campo científico aberto à incorporação de propostas inovadoras.

Reis, Marazina e Gallo (2004), nos falam que humanização em saúde é criar, no interior das instituições, espaços de liberdade capazes de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença do profissional de saúde. Neste sentido, esta foi uma experiência profundamente humanizadora dentro de uma instituição.

A especificidade da musicoterapia está em ser uma terapia expressiva que usa outras linguagens além da verbal. A linguagem sonora musical torna possível construir novas vias de acesso ao corpo, às emoções, aos sentimentos, à criatividade. Foi principalmente pelo potencial terapêutico do som e da música que construiu-se um continente para esta experiência, onde o escutar a si, e escutar o outro, descobrir-se e revelar-se, acontecia numa atmosfera de cuidado – necessidade maior destas cuidadoras. Dessa forma, o grupo de musicoterapia tornou-se um espaço de cuidado, onde puderam por algumas semanas viver a inversão de papéis na teia cuidar – ser cuidado; cuidadas pelo grupo e pela terapeuta.

Como musicoterapeuta e pesquisadora, vivi uma experiência de grande riqueza humana. A força destas mulheres, a entrega a uma tarefa tão maior do que as reais possibilidades, a frustração e a impotência diante de tantos problemas que ficam sem solução, e o desgaste psíquico e emocional que isto acarreta para elas, me

sensibilizaram profundamente e despertou em mim uma grande admiração por essas mulheres cuidadoras, que são verdadeiras guerreiras dentro dessa realidade social, muitas vezes quase (des)humanas.

Diante do exposto, fica clara a necessidade de um suporte contínuo de assistência e cuidado às ACS. Em relação a musicoterapia, as ACS foram unânimes em reconhecer o quanto essa experiência tinha sido importante para elas, o quanto foram ajudadas, e o desejo de que o trabalho tivesse continuidade. Isto aponta para uma questão muito importante: o cuidador precisa ser cuidado e a Musicoterapia pode atuar nessa promoção, prevenção e recuperação da saúde das coletividades.

Referências

ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA MONTE AZUL (ACOMA). Institucional. Disponível em: <<http://www.montezul.org.br/home.php>>. Acesso em: 15 abr. 2004.

ARANTES, M. A. A.; VIEIRA, M. J. F. **Estresse**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. (Coleção Clínica Psicanalítica).

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

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

BARCELLOS, L. R. M. **A importância da análise do tecido musical para a musicoterapia**. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Musicologia). Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes; 1999.

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

MORIN, E. **O método 5, A humanidade da humanidade: a identidade humana**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

REIS, A. O.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36-43, set./dez. 2004.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ⁱ Ibidem

ⁱⁱ Ibidem

ⁱⁱⁱ O compositor constrói a imagem do movimento sonoro e pode prever o gesto instrumental. O intérprete a partir da leitura da partitura imagina o movimento sonoro desejado.

^{iv} Tradução nossa

^v Ibidem

^{vi} Ibidem

^{vii} Ibidem

^{viii} As fotografias foram feitas pela musicoterapeuta Melina Charlila, convidada especialmente para concretizar em imagem as possibilidades de settings exploradas e investigadas ao longo da construção deste estudo.