

REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA

Uma publicação da

União Brasileira das Associações de
Musicoterapia

ANO XVI NÚMERO 16 / 2014

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 Catarinense de Musicoterapia (ACAMT), 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 Ferreira Pinto Dias (secretária geral)
Camila Siqueira Gouvêa Acosta Gonçalves (1ª secretária)
Evelize Monteiro Querino (2ª secretária)

Conselho Editorial

André Brandalise Mattos (Universidade de Ribeirão Preto e Georgia College); Claudia Zanini (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); 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).

3

Editora Geral

Noemi Nascimento Ansay
(Faculdade de Artes do Paraná - UNESPAR)

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 XVI, n 16, (2014)

Semestral
Resumo em português e inglês
ISSN 2316-994X

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

CDD 615.85154 18. ed.

SUMÁRIO

1- EDITORIAL.....	5
2- MUSICOTERAPIA, PROFISSÃO E RECONHECIMENTO: UMA QUESTÃO DE IDENTIDADE - <i>Diego Azevedo Godoy</i>	6
3- ÉTICA: DA REFLEXÃO À PRÁTICA, NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE MUSICOTERAPIA - <i>Paula Harada; Noemi Nascimento Ansay</i>	26
4- A PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DO OUTRO SOB A PERSPECTIVA DA ÉTICA E DA ALTERIDADE: UMA ESCUTA MUSICOTERAPÊUTICA À CRIANÇA COM CÂNCER - <i>Mayara Divina Teles Niceias; Lara Teixeira Karst; Elizena Cristina Fleury e Cunha; Eliamar Aparecida de Barros Fleury</i>	48
5- CONSERVACIÓN DE LA MEMORIA EPISODICA EN PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EFECTOS DE UN PROGRAMA MUSICOTERAPEUTICO CENTRADO EN LA MEMORIA MUSICAL - <i>Carolina Cárdenas Correa</i>	62
6- O ENVELOPE SONORO E O PALMING: A INTEGRAÇÃO ENTRE O TOQUE E O CANTO COMO BASE DA RELAÇÃO COMO BASE DA RELAÇÃO COM UMA CRIANÇA AUTISTA - <i>Luiz Aragão</i>	78.
7- O TRATAMENTO MUSICOTERAPÊUTICO APLICADO A COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS EM UM ENSAIO CONTROLADO RANDOMIZADO - <i>Gustavo Andrade de Araujo; Gustavo Schulz Gattino; Júlio César loguercio Leite; Lavínia Schüler Faccini</i>	87
8- UM ESTUDO SOBRE AS PRÁTICAS DA MUSICOTERAPIA EM DIREÇÃO À PROMOÇÃO DA SAÚDE - <i>Mariane Oselame; Ruth Barbosa Machado; Marly Chagas</i>	102
9- A HISTÓRIA DA MUSICOTERAPIA NA PSIQUIATRIA E NA SAÚDE MENTAL: DOS USOS TERAPÊUTICOS DA MÚSICA À MUSICOTERAPIA - <i>Mariana Cardoso Puchivailo; Adriano Furtado Holanda</i>	122
10- EFFECTOS DEL CORO TERAPEUTICO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN POBLACION ADULTA MAYOR - <i>Gina Paola</i>	143
11- O ERRO E O MUSICOTERAPEUTA CLÍNICO BRASILEIRO - <i>André Brandalise</i>	156
12- ENTREVISTA: MUSICOTERPEUTA DRª CONCETTA M. TOMAINO	190
13- RESENHA CRÍTICA: ASPECTOS DA MÚSICA E DA MUSICALIDADE DE PAUL NORDOFF E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA DA MUSICOTERAPIA - <i>André Brandalise</i>	199

EDITORIAL

A Revista Brasileira de Musicoterapia ao longo dos seus 18 anos vem cumprindo seu papel na divulgação científica de trabalhos no campo da Musicoterapia.

Em sua 16ª edição temos a satisfação de apresentar trabalhos nacionais e internacionais, uma entrevista com a musicoterapeuta norte-americana Drª Concetta M. Tomaino e também uma resenha crítica da obra “Aspectos da Música e da Musicalidade de Paul Nordoff e suas Implicações para a Prática Clínica da Musicoterapia” do musicoterapeuta Gregorio J. Pereira de Queiroz de 2003.

A atual equipe editorial compreende que a democratização da ciência é fundamental para nossa profissão e área de conhecimento, assim, todos os artigos e volumes da revista estão disponíveis on-line de forma gratuita. Também merece destaque que todo trabalho realizado é feito de forma voluntária pelo corpo editorial e pareceristas.

Agradecemos a todos: autores, pareceristas, corpo editorial, UBAM e Associações pelo empenho e dedicação a Revista ao longo do semestre.

Nosso desejo é que as palavras registradas neste volume produzam conhecimento, discussões e impulsionem novos saberes.

Lembrando nosso compositor Chico Buarque (1989):

*“Palavra viva
Palavra com temperatura, palavra
Que se produz
Muda
Feita de luz mais que de vento, palavra.”*

Noemi N. Ansay
Editora Geral da RBMT

MUSICOTERAPIA, PROFISSÃO E RECONHECIMENTO: UMA QUESTÃO DE IDENTIDADE, NO CONTEXTO SOCIAL BRASILEIRO

Music therapy, profession and recognition: a question of identity, in the brazilian social context

Diego Azevedo Godoy¹

6

Resumo - Este artigo é derivado da pesquisa de dissertação de mestrado: Além do Musicoterapeuta; Um Estudo Sobre a construção Identitária do Musicoterapeuta Fundamentado no Sintagma Identidade-Metamorfose-Emancipação. Ainda em andamento no programa de pós-graduação em Psicologia Social pela PUC-SP. A proposta neste texto é um breve e rápido levantamento feito na pesquisa e um ensaio teórico sobre a identidade do Musicoterapeuta e de sua profissão, investigando facetas e esferas históricas, científicas, de formação, de atuação, de reconhecimento e regulamentação, de status e estigmas. Através de pressupostos teóricos e conceitos da teoria da identidade de (CIAMPA, 1987) e a compreensão do sintagma, procura-se fazer uma sucinta exploração destes aspectos citados acima.

Palavras-chave: Identidade, Musicoterapia, profissão.

Abstract - This article is derived from my research dissertation: Beyond the Music Therapist; A Study About The identity construction Of The Music therapist, In Phrase-Based on Syntagma Identity-Metamorphosis-Emancipation. Still in progress at the post graduate in Social Psychology at PUC-SP program. The proposal in this paper a brief and quick survey research and a theoretical essay on the identity of the Music Therapist and his profession, investigating facets and historical, scientific spheres, training, operations, and regulatory recognition, status and stigmas. Through theoretical assumptions and concepts of identity theory in (CIAMPA, 1987), and understanding of the words Identity-Metamorphosis-Emancipation, We try to make a brief exploration of these aspects mentioned above.

Keywords: Music therapy, profession.

¹ Psicólogo formado pela UNIMEP (2011), Especialista em Musicoterapia pela FMU (2013) com orientação de Maristela Pires da Cruz Smith, e atualmente é Mestrando em Psicologia Social pela PUC-SP sendo pesquisador bolsista da CAPES, sob a orientação do Prof. Dr. Antônio da Costa Ciampa, e pesquisador participante do núcleo de estudos e pesquisas sobre identidade-metamorfose (NEPIM). Os trabalhos e estudos atuais realizados pelo autor estão relacionados ao tema da dissertação de mestrado: Além do Musicoterapeuta; Um estudo sobre as identidades de Musicoterapeutas fundamentado do sintagma identidade-metamorfose-emancipação. Portanto este artigo é derivado da dissertação e tem relação direta com o tema. LATTES: <http://lattes.cnpq.br/4733707724174541>

INTRODUÇÃO

Concluída a formação em Psicologia, também há pouco tempo à especialização em Musicoterapia, e hoje atuando como pesquisador da Psicologia Social, o autor adota como tema de dissertação de mestrado a discussão sobre a identidade do Musicoterapeuta. Trazendo para fins neste artigo um pouco do assunto que é derivado de parte dessa pesquisa.

Abordando um tema onde o cenário é o de uma profissão interdisciplinar, a Musicoterapia. Procura-se fazer um breve levantamento analisando a identidade da profissão, sua história e formação, sua luta pela regulamentação, seu reconhecimento, status, e estigmas que marcam sua história. - “O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo” (GOFFMAN, 1975, p. 6).

Devido às pesquisas, levantamentos, e a algumas entrevistas feitas com Musicoterapeutas para fins metodológicos na dissertação de mestrado, vêm-se percebendo uma importância fundamental em ressaltar a luta pelo reconhecimento da profissão e espaço de atuação, que historicamente carrega estigmas e estereótipos gerados no meio social, acadêmico e profissional da saúde.

Fica evidente que a profissão que está construindo um campo profissional há cerca de décadas, possui uma desvalorização de visões radicais, reducionistas e conservadoras, de uma esfera da sociedade, marcando muitas vezes a trajetória de uma atuação profissional com rejeição, aspectos negativos e preconceitos. Resultando na falta de cargos, vagas, e apoio no desenvolvimento da profissão e reconhecimento de sua ciência, que tanto é exercida na área da saúde, como na social, na educacional, e outras.

A busca pela regulamentação do exercício profissional se torna de extrema importância para o paciente, podendo assegurar o uso da música com fins terapêuticos, e prevenir o uso indiscriminado da música, extinguindo efeitos iatrogênicos e aversivos que podem ser prejudicial e lesivo à saúde, se comprometendo com o bem estar do paciente, assegurando-lhe seus direitos e a ética profissional.

A falta de apoio na luta pelo seu lugar profissional é uma questão histórica, e a falta de reconhecimento profissional é uma questão de identidade. Uma identidade com falta de confirmação social, ou até mesmo com a recusa da confirmação, é rejeitada e desaprovada. Porém um nível muito alto de rejeição pode levar a uma negação, resultando em uma recusa do reconhecimento e então um esquecimento.

Assim se torna de extrema importância à discussão reflexiva que este assunto nos mostra, questões que podem afetar condições psicológicas do trabalhador, como: o emocional, o motivacional, de autoestima, de produção, de reconhecimento e aspectos gerais da identidade.

Tudo resultará na práxis cotidiana do profissional e na interação com a sociedade, apresentando uma relevância fundamental na esfera do trabalho como principal atividade de produção do homem.

Musicoterapia, História e Profissão: Um Breve Levantamento

De modo geral no cotidiano da vida social, o homem se utiliza da música primordialmente com objetivos de entretenimento, quando não em âmbitos motivacionais/ esportivos, religiosos ou profissionais. Geralmente é difícil para parte dos seres humanos, dentre aspectos sociais e culturais, um pensamento em comum da música no mundo moderno como possibilidade terapêutica e que tenha uma atuação profissional, legitimada cientificamente.

Como em outros artigos de enorme fundamentação e relevância teórica, seria possível começar aprofundando constatações históricas da relação: música-homem-terapia ainda desprovida de uma nomenclatura como hoje é a Musicoterapia, ou seja, escrevendo e traçando um desenho da história da música e sua relação com o homem, também sendo utilizada com características terapêuticas.

Porém, por mais interessante que seja não é o caso, nem o objetivo deste artigo explorar uma viagem ao tempo. Prioriza-se discorrer sobre a questão da identidade contemporânea e moderna da profissão, discorrer sobre

a identidade do profissional que atua neste exercício, o de ser um Musicoterapeuta hoje. Passando rapidamente por questões de formação, de atuação e de reconhecimento.

Muito antes do primeiro curso de Musicoterapia ser inaugurado, a atividade surgia em meio à educação musical e instituições psiquiátricas.

No Rio de Janeiro, na década de 50, já havia registros de trabalhos com música em escolas regulares e de educação especial, que foram se desenvolvendo e, mais tarde, ganharam o nome de Musicoterapia. Poucos anos depois do surgimento da profissão, na década de 60, havia trabalhos com música em hospitais e instituições psiquiátricas também no sul do Brasil.(BERGAMINI, 2010, p. 15).

9

A Musicoterapia como formação foi surgir mesmo no final da segunda guerra mundial nos Estados Unidos, após médicos começarem a notar resultados progressivos e evolutivos de veteranos de guerra, que passavam por sessões onde escutavam músicas nos hospitais. No Brasil a formação acadêmica surge somente em 1972 pelo conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro.

Durante o processo (contínuo) de pesquisa e levantamento de literatura para a dissertação, Destacam-se para o artigo alguns trabalhos mais relevantes para aprofundarmos a discussão deste tema. Começando assim a citar o capítulo “A Origem”, do livro digitalizado “Musicoterapia no Rio de Janeiro 1955 – 2005” de (COSTA, 2008), que trata do assunto sobre o início da profissão. Pontua a autora que a origem é primordialmente feminina, o desenvolvimento das primeiras Associações de Musicoterapia foram fundadas por mulheres no Rio Grande do Sul, Paraná, em São Paulo, e no Rio de Janeiro. Constata que a origem da prática vem de um desenvolvimento e de uma diversificação do trabalho de educação musical, adaptando métodos para a utilização em psiquiatria, psicopedagogia e reabilitação.

Nas décadas dos anos de 50 e 60 a bibliografia em Musicoterapia era pouco utilizada e havia muito pouco aceso a ela, sendo que quem utilizava a música nos processos terapêuticos eram autodidatas. A introdução da Musicoterapia no Brasil foi junto ao campo da psiquiatria com o trabalho de

Ruth Loureiro Parames. Dentre outros capítulos importantes no livro de (COSTA, 2008), os que tratam da história e da identidade da profissão sendo relevantes para o tema são: “A produção do Saber”; “Precursores”; e “Quem Fomos, Quem Somos. Para onde Vamos.”.

Destacando também mais dois artigos importantes de (COSTA, 2009; 2008), que abrangem a identidade da profissão, para assim compreender questões epistemológicas e metodológicas, e o que faz da profissão uma atividade muito específica. Estes artigos são: “A Especificidade da Musicoterapia e a Identidade do Musicoterapeuta”; trabalho Apresentado no XI Fórum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em MT, e: O Saber da Musicoterapia e o Musicoterapeuta, disponíveis no site da Biblioteca da Musicoterapia Brasileira.

Intercalando o tema com a saúde mental. A autora faz novamente uma breve contextualização histórica da Musicoterapia no Brasil, levanta alguns dados de associações e cursos precursores da profissão, mas explora também outros aspectos.

Com o decorrer do tempo, os textos dos Musicoterapeutas começam a focar a relação terapêutica e os aspectos, digamos assim, psicoterápicos da Musicoterapia, e a procurar teorias psicológicas ou psicoterápicas para fundamentar a prática... Estudos sobre a música, que é o cerne da Musicoterapia, são praticamente esquecidos. (COSTA, 2009, p.1)

A Musicoterapia é uma ciência não pura, interdisciplinar e multidisciplinar, bebe um pouco da fonte de outras ciências além de utilizar claro do principal, a música e as expressões e estímulos sonoros. Para a prática profissional é devidamente necessários profissionais específicos, capacitados, formados, especializados e detentores do saber musicoterápico. Isso não era muito claro antigamente.

Nestes primeiros tempos, ainda havia uma certa indefinição da Musicoterapia, causando igual indefinição sobre a identidade do Musicoterapeuta. Seu papel seria fundamental ou secundário nos processos terapêuticos? Seria um músico ajudando pessoas com problemas diversos de saúde? Seria um técnico, com o papel de auxiliar

profissionais mais qualificados para tratar os pacientes, como médicos ou psicólogos (COSTA, 2009 p.1).

Pela união dos conhecimentos da música e da psicologia entendidos como terapia e facilitadores de sentimentos e emoções, junto também da psiquiatria, psicopedagogia, educação, e diversas outras áreas que contribuíram para a constituição e desenvolvimento da identidade da profissão, a Musicoterapia começa a ter seu espaço como profissão específica.

Artigos teóricos e pesquisas desenvolvidas a nível acadêmico foram mostrando que o Musicoterapeuta não é nem médico, nem músico, nem psicólogo, ele é um profissional diferente com saber de uma ciência terapêutica singular. Neste sentido o ultimo artigo citado de (COSTA, 2009) coloca três fatores que precisam para que algo se constitua uma ciência, “um corpo de teorias que constituem seu saber, métodos e técnicas para sua prática, e profissionais capacitados para exercê-la” (COSTA, p.1, 2009), de acordo com esta afirmação ela complementa que a Musicoterapia responde a estes três quesitos, possui seu próprio saber, sua própria prática e conta com profissionais qualificados.

Os trabalhos vêm há bastante tempo provando com dados empíricos o conhecimento teórico, as técnicas e métodos construídos a partir da sistematização da prática clínica. A profissão do Musicoterapeuta requer o reconhecimento de uma identidade própria, com um papel específico, sem substituição. Assim o profissional da Musicoterapia possui sua formação e identidade profissional única e singular.

Na Revista Brasileira de Musicoterapia ano XI, número nove de 2009, encontra-se um artigo de (SANTOS; RIBEIRO PEDRO, 2009) sobre a invenção da profissão de Musicoterapia com base nas teorias de Bruno Latour e suas redes sociotécnicas, o título é: Musicoterapia em Ação: Primeiros Movimentos da Invenção de uma Profissão. Os autores questionam como o coletivo produz a emergência de uma profissão, partindo do projeto de Lei 0025/2005, mapeando os aspectos das disputas que formam o coletivo da Musicoterapia.

Também expõem a discussão de “categoria”, “classes” e/ou “profissão”, como atualmente definem.

Na Tese Contemporaneidades e Produção de Conhecimento: A Invenção da Profissão de Musicoterapeuta, de (SANTOS, 2011), o mesmo citado no artigo em conjunto com (RIBEIRO PEDRO, 2009), nota-se um caminho que vai desde a história da Musicoterapia na sua inserção no Brasil até hoje, passando pela discussão da formação, dos saberes, da ciência e da regulamentação.

O autor em seu artigo derivado de sua tese e também intitulado, “A Invenção da Profissão do Musicoterapeuta”, trata da emergência da Musicoterapia em espaços psicossociais como a saúde e a educação e levantando a questão das regulamentações de profissões, com interesse de analisar as controvérsias das produções coletivas de redes sociotécnicas, recorrendo aos Estudos de Ciência e Tecnologia (ETC), principal discussão elaborada no artigo.

Existem também duas monografias mais atuais e uma já escrita há dez anos, que tratam diretamente da regulamentação da profissão da Musicoterapia, a primeira e mais atual é o trabalho feito em 2010, Regulamentação Profissional do Musicoterapeuta- Revendo o Projeto de Lei nº 4.827/2001, de (BERGAMINI, 2010). A autora faz uma breve revisão histórica da Musicoterapia, expõe sucintamente o processo de regulamentação profissional no Brasil e prioritariamente faz uma análise do projeto de lei nº 4.827 de 2001 que foi vetado em 2008 pelo Presidente da República, Bergamini analisa a situação com referência aos pareceres dos parlamentaristas que rejeitaram o projeto, e do veto ocorrido.

A segunda é a monografia de (FREIRE, 2007), A Regulamentação Profissional do Musicoterapeuta, nele ela trata de questionar as possíveis causas que contribuem para a demora dessa regulamentação, traz cinco projetos de lei elaborados, e todas as instâncias e procedimentos ocorridos em busca da aprovação, traz também entrevistas com três profissionais de muita história, reconhecidos e respeitados na Musicoterapia, busca refletir sobre o

processo pelo viés da constituição federal, dos Musicoterapeutas e da população civil, com uma revisão bibliográfica e pesquisa de campo qualitativa.

A monografia ainda aponta alguns aspectos relevantes para a pouca visibilidade do Musicoterapeuta, como a lentidão dos processos legislativos no Brasil, a exigência do interesse público, a reprovação política a uma reserva de mercado, a falta de apoio social e mobilização social.

E o último TCC, A Regulamentação da Profissão do Musicoterapeuta de (JOUKOSKI, 2004), serviu de principal referência aos dois já comentados por ter sido elaborado em 2004, este é um trabalho mais completo e precursor do estudo da regulamentação da Musicoterapia no Brasil. Trata de inserir a discussão e a relevância do processo de regulamentação junto às condições e implicações da não aprovação questionando o porquê, também faz um levantamento de todos os projetos elaborados até aquela época junto dos Musicoterapeutas de Curitiba - PR, aplicando questionários elaborados e coletando dados sobre a não regulamentação e sua prática profissional. Concluindo a autora aponta as contradições que acontece com o impedimento da aprovação da regulamentação.

13

Musicoterapia, Conteúdos Teóricos: Uma Breve Contextualização

Nesta altura do texto o enfoque da discussão passa ser a questão de conteúdo teórico/epistemológico/metodológico da profissão, já exposto um breve histórico de aspectos políticos, de formação, e de identidade, levantando os trabalhos que discutem a profissão. Logo abaixo uma definição entendida como completa para a compreensão do que é a Musicoterapia, assim é a concepção de (BRUSCIA, 2000) um autor muito respeitado e legitimado na ciência acadêmica da Musicoterapia.

A Musicoterapia não é simplesmente a utilização da música, mas a utilização de experiências musicais. As implicações de adicionar “experiência” à “música” são sutis, porém importantes. Isto significa que o agente da terapia não é visto apenas como sendo a música (isto é, um objeto externo ao cliente), mas principalmente a experiência do

cliente com a música (isto é, a interação entre pessoa, processo, produto e contexto). Portanto, o papel do Musicoterapeuta vai além de prescrever e ministrar a música mais apropriada; ele também envolve desenvolver a experiência do cliente com aquela música. (BRUSCIA, 2000, p. 113).

Possibilitando outra compreensão ao leitor, opta-se também por citar a definição adotada pela União Brasileira das associações de Musicoterapia (UBAM), em seu site, e pela Revista Brasileira de Musicoterapia Vol.1, número 2. Na qual se apresentam a definição de Musicoterapia oficial no país, elaborada e utilizada pela Federação Mundial de Musicoterapia de 1996.

14

Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (ritmo, com, melodia e harmonia), por um Musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, em um processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ ou restabelecer funções do indivíduo para que ele / ela possa alcançar uma melhor integração intra e / ou interpessoal e, em conseqüência, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento. (FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA, 1996).

Dentre as várias abordagens e métodos em Musicoterapia, tanto curativas como preventivas, é possível trabalhar com o desenvolvimento de capacidades como: motoras, afetivas, mentais, sensoriais, cognitivas, criadoras, culturais e mecanismos de subjetividade, interação social, união, expressão, comunicação, visão da música como linguagem, multiplicidade, internalização de valores, formação de autoestima, formação de autoimagem e identidade.

Longe de objetivar o ensino de música, a sessão em Musicoterapia representa o trabalho do terapeuta com as expressões sonoro-musicais, utilizando desde expressões corporais até toda produção e recepção de sons que para o paciente seja música ou se transforme nela. “Temos nesse sentido a música como meio e não como fim” (SAMPAIO, 2005, p. 17).

A abordagem da Musicoterapia receptiva nos permite trabalhar com a audição intelectual na música, fazendo com que ela deixe de ter efeitos

somente de entretenimento ou de plano de fundo e passando a ter efeitos também terapêuticos. Com base nos conceitos de audição intelectual e audição sensorial de (CARRASCO, 1993), (BRABO, 2003) explica em sua dissertação de mestrado como se utiliza destes conceitos definindo a audição intelectual como “aquela que catalisa a nossa atenção para o discurso musical, permitindo ao ouvinte perceber e decodificar os aspectos morfológicos e estéticos inerentes à música, caso em que é observada como plano principal” (BRABO, 2003, p.2).

Por ser receptiva ela tem como objetivos: estimular ou relaxar, desenvolver habilidades áudio-motoras, acessar estados de experiências afetivas, trabalhar com a memória, evocar imaginação e explorar temas terapêutico dentre outros.

Já na abordagem em Musicoterapia interativa um dos principais mecanismos de trabalho e fundamentação teórica, é a utilização da criatividade no processo terapêutico. O trabalho também se caracteriza no vínculo, na interatividade musical e corporal, no sentido de atividade, promove a atividade na troca terapeuta-paciente mediada pela música, a terapia é não-verbal, pois a linguagem musical é uma linguagem que possui significados tanto quanto a linguagem gestual (física/corporal), ou oral (palavras).

Um dos principais objetivos do Musicoterapeuta com abordagem fundamentada na teoria de Benenzon é o trabalho com o ISO (Identidade Sonora). Dentre as importantes contribuições e ideias elaboradas pela Musicoterapia, o ISO a meu ver é a principal, pois desde o início de nossa socialização a produção de sons e estímulos sonoros ao nosso redor esta muito presente, e como a todo instante de nosso desenvolvimento estamos em contato com estes estímulos temos que considera-los parte de nossa identidade social, assim (BENENZON, 1988) vai resgatar o conceito de ISO (Identidade Sonora) e fundamenta-lo no trabalho terapêutico. Para ele ISO é:

Um conceito totalmente dinâmico que resume a noção de existência de um som, ou um conjunto de sons, ou de fenômenos acústicos e de movimentos internos, que caracterizam ou individualizam cada ser humano. (BENENZON, 1988, p. 35).

A composição do ISO esta diretamente ligada ao nosso meio sócio-histórico e á cultura de pertença, ele acontece a partir da vivência de diferentes tipos de sons e sonoridades, como o som da natureza, sons urbanos, dos instrumentos musicais, do corpo humano (do organismo), de aparelhos eletrônicos, vibrações internas e externas, o silêncio e outros mais. O ISO está presente no ser humano já muito cedo, desde o desenvolvimento biológico intrauterino, centralizado na relação mãe-bebê. Todas as vivências sonoras internas do organismo já fazem parte da constituição do ISO, que continua a ser vivenciado em um perpétuo movimento após o nascimento e durante a socialização.

Ao elaborar o conceito de ISO fundamentado em Altshuler, Benenzon nos apresenta cinco tipos de ISO, o ISO gestáltico, o cultural, o grupal, o universal e o complementário,

No caso destaca-se o ISO gestaltico, por exercer uma importância fundamental já que traça um paralelo com a teoria da Gestalt em Psicologia, ao trabalhar o ISO gestaltico se trabalha o ser humano como um todo e não fragmentado, a teoria da Gestalt que não possui uma tradução do alemão para o português melhor do que a Teoria da Forma, busca uma transformação de nossa realidade interna para que possamos conseguir o equilíbrio através de nossa consciência.

A intenção é transformar nossa percepção e a maneira como agimos no mundo através de valores e conceitos que nos foram dados, como uma espécie de figura e fundo, aprendendo a lidar com a percepção externa e a interna, agindo no aqui e agora o importante é lidar com presente, resignificando a cada momento a vida e o homem no mundo, partindo do principio da auto regulação que Pears conceitua como Homeostase e de conceitos de doutrinas Holísticas e do Zen, um dos principais pressupostos da Gestalt é o trabalho mente/corpo.

A Identidade do Musicoterapeuta, Status e Reconhecimento

Para falar da identidade profissional e seu reconhecimento social é preciso primeiro situar o leitor, de como são trabalhado os conceitos de identidade por (CIAMPA, 1987). Em se falar de identidade na concepção trabalhada por (CIAMPA), devemos entender que o conceito e a categoria de estudo da psicologia social posto pelo autor só tem sentido ao considerar o sintagma: identidade- metamorfose- emancipação, um está precisamente associado ao outro.

A metamorfose traz o sentido de transformação que existe no processo de constituição da identidade, mesmo quando parece não haver metamorfose na identidade, é somente uma aparência de mesmice que surge como momento de estagnação, a identidade é metamorfose e são as lutas pela transformação que visam movimento de emancipação, estabelecendo uma tríade conceitual com um sentido singular.

Muitas vezes é possível ter uma sensação da aparência de mesmice ou, da não transformação, mantendo uma identidade conservada, ou acreditando que ela permaneça igual, “Assim, a identidade que se constitui no produto de um permanente processo de identificação aparece como um dado, e não como um dar-se constante, que expressa o movimento do social” (CIAMPA, 1987, p. 171).

Porém como a identidade é constituída histórica e socialmente, ela se torna um processo de movimento constante e contínuo, “paralisando o processo de identificação pela reposição de identidades pressupostas, que um dia foram postas” (CIAMPA, 1987, p. 71). A identidade como diz o autor se legitima constantemente no movimento social, conseqüentemente a metamorfose sempre ocorre, seja boa ou ruim, não é possível não se transformar.

Em identidade o vir a ser precede o ser em si, um pressuposto básico para começar ter ideia do conceito é o fato de que não nascemos humanos, nascemos humanizáveis, passíveis de interação e socialização, somos estimulados a partir da cultura em que estamos inseridos ao nascer, a nossa

identidade é atribuída pelos papéis que ocupamos no meio sócio-histórico que pertencemos. Já de início sabemos que uma identidade determina a outra, “Toda coexistência é um reconhecimento” (TODOROV, 1996, p. 90). Antes mesmo de nascer quando nossos pais ou familiares escolhem nossos nomes, começa a se constituir a identidade. Podemos pensar também na constituição da identidade dialeticamente entre a nossa identificação atribuída pelos outros e a nossa própria auto identificação.

Em um texto chamado “Indivíduo e sociedade” Berger (1971, p. 2) diz o seguinte: “É dentro da sociedade, e como resultado de um processo social, que o indivíduo se converte em pessoa, adquire e mantém uma identidade, e realiza os diversos projetos que constituem sua vida” (BERGER, 1971, p.2). Quando pensamos em nossa identidade estamos pensando em qual? Em qual parte de nossa identidade? Em qual característica, em qual personagem e em qual papel? Difícil não? Pois é, quando pensamos em nossa identidade geralmente não pensamos separadamente em vários projetos que constituem nossa vida, nem nos vários papéis que formam nossos personagens, nem em nossas “atuações” como “atores sociais”, mas sim no resultado final de tudo isso, que nos proporciona um resumo da identidade em apenas uma palavra, nosso nome, ele é a primeira coisa pela qual outra pessoa nos reconhece e nos identifica.

Porém o mesmo indivíduo que se apresenta para um é diferente quando se apresenta para outro, os vários papéis de um indivíduo contribuem para a totalidade de sua identidade e cada papel tem sua função, “a sua atuação”, até então um homem tem muito em comum com o outro em termos de semelhança, por exemplo: um profissional do corpo militar dos bombeiros de Piracicaba e um profissional do corpo militar dos bombeiros de São Paulo tem em comum o mesmo papel (função), salvar, proteger e resgatar. Porém os vários personagens que constituem uma identidade são singulares e com características próprias e particulares, como por exemplo, o bombeiro de Piracicaba pode ter um reconhecimento de sua identidade como um cara, tranquilo, paciente, equilibrado e racional, enquanto o bombeiro de São Paulo pode ser um cara reconhecido por ser ansioso, explosivo, nervoso e emotivo.

O “ator social” se relaciona socialmente através de diferentes papéis atribuídos ou conquistados e cada um pode ter um personagem diferente. “Então, a identidade social de uma pessoa é considerada como um conjunto composto de inúmeros papéis localizados em diferentes pontos da dimensão status”. (CIAMPA, 1977.)

Assim como a identidade possui papéis com status já atribuídos como: filho, pai, mãe, avô, neto, etc., ela também pode possuir papéis com status conquistados, resultado de um aspecto da identidade que foi reconhecido por uma posição social conquistada (não outorgada) atuando em um de seus papéis. Exemplo de um estudante de Musicoterapia que se torna um Musicoterapeuta, obtendo nesse papel um status conquistado. Entramos então em uma discussão fundamental para a categoria epistemológica da identidade, o conceito status do modelo tridimensional analisado por (CIAMPA) em sua dissertação.

Status é usado como sinônimo de posição na estrutura social, sendo ele uma abstração definida pelas expectativas dos membros da sociedade relevante, ou seja um conjunto de expectativas, enquanto papel é entendido como conduta, como um conjunto de comportamentos que o indivíduo desempenha no sentido de tornar boa ou legítima a sua ocupação de uma posição ou “status” específico. (CIAMPA, 1977.)

O status que o Musicoterapeuta geralmente ocupa no meio social da saúde, é um status negativo atribuído tanto pelos discursos rigorosos do meio científico, como pelo discurso do senso comum na sociedade. Ainda em sua maioria com uma rejeição científica ou profissional, um estigma de um campo não científico e não profissional, generalizando posições e pensamentos absolutistas/reducionistas que consideram a ciência da saúde não legítima ao utilizar de processos subjetivos entendidos como “artísticos”, que na realidade são elementos sonoro-musicais e terapêuticos utilizados primordialmente como métodos, teorias e atuações práticas reconhecidas internacionalmente pelos órgãos regulamentadores, academias científicas, e esferas públicas.

Todo esse status negativo é produzido socialmente por leigos através de um reconhecimento social negativo, uma recusa de confirmação que leva

assim a uma rejeição, sujeitando a profissão a estereótipos opressores que tentam excluir a legitimidade profissional, se apoiando de tal forma em argumentos conduzidos por um raciocínio limitado, que levam a generalizações e a associações. Tais como; uma atuação extremamente prazerosa e não trabalhosa, pouco comprometimento e dedicação, ensino da música disfarçado, trabalho de bico de músico, baixo envolvimento profissional dentre outros, criticando a arte no caso a música como desprovida de objetivos com fins científicos e terapêuticos, categorizando o uso da música e dos sons somente como entretenimento e lazer.

A ideia de que o envolvimento profissional no papel do indivíduo Musicoterapeuta, é menor pelo fato de ser uma atuação que se utiliza de elementos sonoro-musicais para o exercício de objetivos terapêuticos, é uma posição que mostra o quanto leigo é o pensamento de onde se criou essa ideia, antiquado e contrario ao movimento de progressão e evolução na humanidade, não permitindo uma transformação social, sendo de extremo preconceito com a história de uma profissão e seus profissionais.

Pode-se então compreender que parte do status e dos papéis e personagens são resultados de um determinado reconhecimento social, e a identidade está explicitamente relacionada e interligada ao reconhecimento social, dando ênfase assim ao pensamento do qual não nascemos humanos, nascemos seres humanizáveis. Exercendo uma importância fundamental o reconhecimento de nossa identidade na socialização do homem, “É o reconhecimento que determina, mais do que qualquer outra ação, a entrada do indivíduo na existência especificamente humana.” (TODOROV, 1996, p. 89).

Complementando a compreensão e o sentido do que o autor coloca.

O que é universal e constitutivo na humanidade é que entramos, a partir de nosso nascimento, numa rede de relações inter-humanas, portanto, num mundo social; o que é universal é que todos aspiramos a um sentimento de nossa existência. Os caminhos que nos possibilitam aí chegar, em compensação, variam segundo as culturas, os grupos e os indivíduos. (TODOROV, 1996, p. 98).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo a discussão deste artigo, após todas as considerações e fundamentações feitas acima, seria um engano considerar que a profissão é estigmatizada pelo fato de não possuir um órgão regulamentador, que somente comprova a legalidade posta pelo estado, depois de anos lutando a história mostra que a profissão já conquistou sua regulamentação e que se não a possui mais, além de outros motivos, é também pelo resultado do estigma social que é atribuído um reconhecimento negativo, e uma rejeição.

Constata-se explicitamente a intenção real do profissional de lutar para possibilitar o reconhecimento legal da profissão, visando sim com uma regulamentação, o reconhecimento social positivo e apoio da prática profissional, que irá resultar em uma visibilidade profissional, exigindo ética e possibilitando a fiscalização do profissional, assegurando o bem estar e direitos do paciente, proporcionado à desconstrução dos estigmas e a evolução da identidade profissional.

Dentre todo este processo de luta pelo reconhecimento positivo da profissão e seu espaço de atuação no mercado de trabalho, a falta de resposta e retorno tem causado uma desilusão de crescimento de carreira, e conseqüentemente uma rejeição, que segundo (TODOROV, 1996) é a recusa de confirmação, causando então a perda de autonomia e gerando uma aparente mesmice na identidade do Musicoterapeuta.

Essa aparente mesmice ainda é movimento e metamorfose, porém é um movimento de re-posição que não visa o progresso podendo levar a negação, que é a recusa do reconhecimento deste personagem Musicoterapeuta. Assim nesta situação de negação, por um princípio de viabilidade econômica e de qualidade de vida, o trabalhador acaba abandonando o meio profissional e se desligando de sua formação acadêmica, procurando exercer outra prática de atuação profissional mais reconhecida socialmente, com maior disponibilidade e demanda no mercado de trabalho.

Na história já tramitaram cinco projetos de lei para a regulamentação da Musicoterapia como prática profissional.

Uma regulamentação visa à legalização e, desse modo, regulamentar uma profissão consiste em delimitar um campo de exercício profissional, isto é, estabelecer atribuições a determinados profissionais, dizendo o que os autoriza a isso. (FREIRE 2007, p.31).

22

Esta situação entristece a realidade nacional de mais uma profissão legítima, proprietária de uma academia científica com décadas de existência que possui dificuldades em ocupar um lugar de destaque entre os serviços de saúde, tanto no setor privado quanto no setor público. Apresentando uma baixa procura de serviços em comparação com outros tipos de tratamentos terapêuticos, resultando na falta de apoio, falta de visibilidade e falta de espaço, com poucas ocupações em cargos públicos e em instituições privadas e públicas. Existe a demanda, mas existe muito pouco o reconhecimento profissional e o que financie sua oferta, ou seja, que contrate o serviço.

Cabe uma reflexão sobre a situação e o futuro desta profissão, como faz (FREIRE, 2007) em sua monografia. É possível o reconhecimento de uma profissão sem regulamentação?

A própria palavra profissão tem sua origem na ação de professar, a qual pode ser definida como reconhecer publicamente (HOUAISS, 2001). Cabe refletir neste tocante que o fato de alguma ocupação ser considerada profissão está mais ligado ao reconhecimento público do que à sua constatação pelo regulamento estatal. No caso da Musicoterapia, por exemplo, não há dúvidas de que consisti em uma profissão, mesmo seu exercício não sendo normatizado juridicamente. (FREIRE, 2007, p.31.)

É importante que o reconhecimento positivo da profissão em âmbito social e terapêutico deve ser considerado legítimo, através do progresso e da afirmação da identidade profissional é possível considerá-la reconhecida mesmo sem constatação de regulamento em lei pelo estado. Alguns motivos dão respaldo para considerar essa posição. Porém dentre muitos, somente dois motivos são suficientes e necessários.

O primeiro motivo se dá pelo fato que, esta profissão que luta pelo reconhecimento e aprovação positiva na sociedade, possui uma carga de inúmeros trabalhos e pesquisas científicas publicados, provando a eficácia da ciência da Musicoterapia e da atuação profissional na sociedade moderna e na realidade cotidiana. Tanto no exterior como no Brasil, em qualquer lugar que possibilite a pesquisa, desde periódicos às bibliotecas é possível achar e acessar inúmeros artigos, dissertações, teses e vários tipos de publicações científicas. Contrariando o senso comum e à alguns pensamentos pré-históricos absolutistas que estagnaram no tempo.

Além disso, existem no Brasil, pelo menos, oito instituições de ensino superior que formam bacharéis em Musicoterapia. As instituições oferecem graduação na área, ocorrendo também formação em cursos de pós-graduação *lato sensu*, ou seja, de especialização. (BERGAMINI, 2010, p. 17).

E o segundo motivo é que atualmente a Musicoterapia está sendo reconhecida pelo MTE (Ministério do Trabalho e Emprego) com a inclusão na CBO (Classificação Brasileira de Ocupações). Normatizando e habilitando a distribuição de tarefas, atribuições, objetivos e atividades específicas do Musicoterapeuta, em diversos aspectos, áreas e esferas de atuação. Conquistando também a partir da inserção da nova CBO em 46 procedimentos do SUS, a inclusão do profissional Musicoterapeuta como especialista do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), através da resolução nº17 do Ministério do desenvolvimento e combate à fome.

Caminhando assim cada vez mais para a afirmação da identidade profissional, com o reconhecimento social positivo, científico e legal da prática profissional, e também o reconhecimento e a confirmação do meio social-terapêutico ocupando assim seu devido lugar, o de uma legítima ciência terapêutica. Encerrando assim o texto com uma citação que nos clareia, o quanto o reconhecimento social não diz respeito somente a aspectos da vaidade e do narcisismo, mas sim primordialmente à nossa autoestima, nossa vida e interação social. “O reconhecimento de nosso ser e a confirmação de nosso valor são o oxigênio da existência” (TODOROV, 1996, p. 101).

REFERÊNCIAS

- BENENZON, Rolando. **A Teoria da Musicoterapia: Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal.** São Paulo: Summus Editorial, 1988.
- BERGAMINI M.G. **Regulamentação profissional do Musicoterapeuta - Revendo o Projeto de Lei nº 4.827/2001.** - Faculdades Metropolitanas Unidas 2010.
- BERGER, L. P. Indivíduo e sociedade. In: BERGER, L. P. **El dosel sagrado.** Buenos Aires: Amorrortu, 1971. Cap. 1.
- BERGER, L. P; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento.** 10ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.
- BRABO, J. R. **Audição musical e respostas a dilemas morais.** 2003, 70f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Centro Universitário Municipal de São Caetano do Sul, IMES, 2003.
- BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia.** Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- CARRASCO, C.R. **Trilha Musical: Música e Articulação Fílmica.** Dissertação de Mestrado. São Paulo: ECA/USP, 1993.
- CIAMPA, A. C. **A identidade social e suas relações com a ideologia.** 1977. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Cap. III – A Identidade na Psicologia Social, Item 3 – Uma Concepção da Identidade Social: O Modelo Tridimensional, Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 1977.
- CIAMPA, A. C. **A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1987.
- COSTA C.M. **A especificidade da Musicoterapia e a identidade do Musicoterapeuta.** XI Forum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em MT, Biblioteca da Musicoterapia Brasileira, 2009. Disponível em: <http://biblioteca-da-musicoterapia.com/acervo.php>. Acesso em: 13 ago. 2013.
- _____. **O Saber da Musicoterapia e o Musicoterapeuta.** Biblioteca da Musicoterapia Brasileira, 2008. Disponível em: <http://biblioteca-da-musicoterapia.com/acervo.php>. Acesso em: 13 ago. 2013.
- _____; CARDEMAN, C. **Musicoterapia no Rio de Janeiro 1955 – 2005.** Maristelasmith.com.br, 2008. Disponível em: <http://www.maristelasmith.com.br/site/>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA INC. COMISSÃO DE PRÁTICAS CLÍNICAS. **Definição de Musicoterapia**. Revista Brasileira de Musicoterapia. Vol.1, número 2. UBAM, Rio de Janeiro. 1996. Disponível em: <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/revistademusicoterapia21996.html>.

Acesso em: 20 jun. 2013.

FREIRE M. H. **A regulamentação profissional do Musicoterapeuta**. Universidade de Ribeirão Preto Departamento de Música – Curso de Graduação em Musicoterapia, 2007.

GOFFMAN, G. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

JOUCOSKI A. **A Regulamentação da Profissão do Musicoterapeuta**-Faculdade de Artes do Paraná – Curitiba, 2004.

SAMPAIO, A. C. P. **Música em Musicoterapia**. In: SAMPAIO T. R.; SAMPAIO, A. C. P. (Orgs.). Apontamentos em Musicoterapia. São Paulo: Apontamentos, 2005.

SANTOS M.S. **Contemporaneidades e Produção de Conhecimento: A Invenção da Profissão de Musicoterapeuta**, Doutorado em Psicossociologia e Ecologia Social – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa EICOS, 2011.

_____; RIBEIRO PEDRO, R. M. L. **Musicoterapia em Ação: Primeiros Movimentos da Invenção de uma Profissão**. Revista Brasileira de Musicoterapia, ano XI, nº 9, 2009.

TODOROV, T. **A vida em comum: ensaio de antropologia geral**. Campinas, SP: Papyrus, 1996.

ÉTICA: DA REFLEXÃO À PRÁTICA, NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE MUSICOTERAPIA

Ethics: From Reflection to Practice of Musical Therapy Students' Education

Paula Harada²; Noemi Ansay³

26

Resumo: A pesquisa⁴ investiga como os estudantes de musicoterapia entram em contato com a reflexão sobre a Ética e como a incorporam na prática durante sua formação acadêmica. A metodologia consiste na pesquisa documental e no grupo focal formado por sete estudantes do terceiro e do quarto anos do curso de Bacharelado em Musicoterapia de uma instituição de ensino superior do estado do Paraná em 2013. O exame dos dados foi realizado a partir da análise de conteúdo de Bardin (1979), da qual emergiram os quatro eixos para discussão: I) Ética e indivíduo; II) Ética na profissão; III) Ética na formação e IV) Ética normativa. A pesquisa contribuiu para a reflexão acerca da Ética em Musicoterapia, tanto na formação acadêmica quanto no exercício da profissão de musicoterapeutas.

Palavras-chave: Ética; Musicoterapia; Graduação.

Abstract: This paper inquires how third and fourth years students of Music Therapy in a Paraná's undergraduate institution, in the year of 2013, get in touch with reflections about ethics and how they incorporate it in practice, during academic years. The methodology consists in documentary research and a seven students' focus group. The data analysis occurred based on Bardin's (1979) content. Four axis are discussed: I) Ethics and subject; II) Professional ethics; III) Undergraduating ethics; and IV) Normative ethics. The research contributed with ethic reflection in music therapy, both in academic years and professional exercise of music therapists.

Keywords: Ethics; Music therapy; Undergraduate.

²Bacharela em Musicoterapia pela UNESPAR - campus FAP, Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1598818449232169>. Contato: paulaaharada@gmail.com.

³Docente do curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR - campus FAP, Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2522951277654216>. Contato: noemiansay@gmail.com

⁴Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAP, nº 2189.

INTRODUÇÃO

*Não é obscuro. O que é ético é inspirador, atraí.
(Eva⁵, encontro 4)*

Ser musicoterapeuta implica na construção de um profissional que, preocupado com a qualidade de vida humana, presta cuidados às pessoas por meio de experiências com a música e seus elementos, havendo, portanto, nesta atividade, a necessidade de uma postura ética, como em todas as atividades humanas.

Esta pesquisa investiga como estudantes, dos anos finais do curso entram em contato com a reflexão sobre a Ética e como a incorporam na prática, durante sua formação acadêmica. A escolha do tema do presente trabalho partiu destas reflexões vistas como práticas de liberdade, autonomia e compromisso com a vida humana. Como ética é um tema amplo e oferece muitas possibilidades, o que se deseja problematizar é sua presença na comunidade acadêmica e sua relação com a prática profissional.

O caminho escolhido para a investigação aliou a pesquisa documental⁶ à metodologia do grupo focal, em que sete estudantes reuniram-se com a pesquisadora e discutiram as diferentes dimensões do tema. Os encontros foram gravados e, após a transcrição e análise do conteúdo dos dados (BARDIN, 1979), emergiram estes quatro eixos para a discussão: I) Ética e indivíduo; II) Ética na profissão; III) Ética na formação e IV) Ética normativa.

ÉTICA E MUSICOTERAPIA

A palavra Ética deriva de *ethos*, do grego, e significa caráter e modo de ser. Remete, ainda, a costumes e valores que distinguem uma comunidade de

⁵A privacidade das participantes da pesquisa está garantida tal como firma o termo de compromisso; portanto, todos os nomes são fictícios (TRAD, 2009).

⁶ Códigos de Ética das associações brasileiras de Musicoterapia e a grade curricular dos cursos de Musicoterapia no Brasil.

outra. Pode, também, designar a morada humana, o “lugar onde vivemos” (MEIRA, 2006, p.72).

A ciência da Ética tem como objeto de estudo a Moral (NALINI, 2001). Esta refere-se aos costumes, mas evidencia o relacionamento do indivíduo com a sociedade. Já a filosofia ética é uma disciplina teórica que visa explicar e esclarecer a prática moral, suas condições objetivas e subjetivas, tal como suas fontes de avaliação moral (VÁZQUEZ, 1975).

Deste modo, a Ética é, ainda, um extenso acúmulo histórico de produções filosóficas, sociológicas, entre outras, que datam da antiguidade até os dias atuais (ARISTÓTELES, 1987; NALINI, 2001; SILVA, 2001; KANT, 2003; MEIRA, 2006). Os filósofos Aristóteles e Kant são responsáveis pela formação de suas bases conceituais.

Para Aristóteles, o homem pode ser educado, e assim é capaz de praticar a Ética (SILVA, 2001). A educação, no entanto, só é possível no viver comum. Deste modo, justamente porque vive em comunidade, o homem é um ser político e ético, tendo a família um papel importante na educação moral, a qual proporcionará a ciência da Ética. Para o filósofo, as ciências estavam divididas em técnicas, teoréticas e práticas.

Nas ciências práticas estavam incluídas a Ética e a Política, com a finalidade de buscar o desenvolvimento humano para uma existência melhor. Esta busca caracteriza a felicidade, o bem que, para além de um estado emocional, é a própria atividade daqueles que praticam a virtude, vivendo segunda a razão, característica singular do homem (SILVA, 2001). Assim, Aristóteles defende que todas as coisas tendem para o bem, já que o homem, sendo naturalmente político, teria a necessidade ética de buscar o bem.

Diferentemente, Immanuel Kant apresenta, não o bem, mas o dever, defendendo que o dever necessita ser cumprido a fim do próprio dever. Ao seguir a lei que o próprio homem criou, as leis éticas foram tidas por Kant como sinônimo das leis da liberdade, “as quais se dividem em morais e jurídicas” (SILVA, 2001, p.65). Assim, Kant propôs o princípio do *imperativo categórico*, partindo da concepção de que todos os seres humanos nascem com capacidade de distinguir entre certo e errado. E cada um, portanto, deveria agir

da forma que desejasse que tal conduta se tornasse lei universal, válida para todas as pessoas e situações.

As bases conceituais da Ética, trazidas por Aristóteles e Kant, influenciaram os demais pensadores e suas respectivas concepções de homem e de mundo. Além disso, tal tradição filosófica trouxe contribuições incontestáveis para o pensamento ético ocidental, no que tange às normas da vida social e dos valores da vida humana.

Como forma de iniciar a investigação da Ética na Musicoterapia, foi feita uma revisão bibliográfica no site institucional da União Brasileira das Associações de Musicoterapia⁷ (UBAM), constatando que, na atualidade, não há referências ao Código de Ética da profissão. No entanto, a partir do site da Associação Baiana de Musicoterapia houve contato com um código de Ética sugerido pela UBAM, cujo prefácio sintetiza seus seis capítulos:

O musicoterapeuta filiado à Associação de Musicoterapia deve utilizar suas habilidades profissionais na sua prática, segundo as normas aqui estabelecidas. Essas normas visam resguardar a integridade e o bem-estar do cliente, bem como proteger a comunidade profissional e a sociedade (Código de Ética da Musicoterapia sugerido pela UBAM⁸).

Das onze associações brasileiras de Musicoterapia, dez⁹ utilizam como código de ética o documento sugerido pela UBAM, sem alteração de conteúdo. Por fim, a Associação de Musicoterapia do Paraná (AMT-PR) fez uma reformulação do código em 18 de outubro de 2011, abordando os princípios gerais e fundamentais da profissão, suas responsabilidades, direitos e questões necessárias ao cumprimento do Código de Ética.

Em continuidade à revisão bibliográfica, foram examinadas as edições da Revista Brasileira de Musicoterapia¹⁰ do período compreendido entre 1996 e 2012. No primeiro ano de edição foi encontrado um artigo escrito por Diego Schapira (1996), no qual o imbricamento dos elementos de teoria, linguagem e

⁷ Disponível em <http://www.musicoterapia.mus.br>. Acesso em: 07 mai. 2013.

⁸ Disponível em: <http://www.asbamt.com/> Acesso em: 10 mai. 2013.

⁹ AMT-MG; AMT-RS; AGAMUSI; AMT-RJ; AMT-PI; SGM-T; AMT-DF; ASBAMT; APEMESP; AMT-NE.

¹⁰ Disponível em <http://revistademusicoterapia.mus.br/edicoes.html>. Acesso em: 10 mai. 2013.

Ética são apresentados como necessários para a Musicoterapia, já que, isolados, carecem de sentido para a construção das proposições teóricas. Especificamente sobre a Ética, o autor aponta atitudes profissionais relacionadas à produção científica da área, concomitantes com a atuação clínica da Musicoterapia (SCHAPIRA, 1996).

Na edição da revista do ano de 2004, encontrou-se o artigo “Ética na pesquisa em Musicoterapia” que aborda a questão título a partir da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, “que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”(SANTOS, 2004, p.45). Afirmando o caráter social das pesquisas, o autor defende a prática dos Comitês de Ética em Pesquisa na forma de comitês multi e transdisciplinares.

Na publicação do ano de 2009 encontra-se o artigo de Junior, Sá e Bachion (2009, p.2) que propõe o diálogo da Musicoterapia com a Bioética, trazendo questões sobre o “respeito à dignidade da pessoa humana e a tomada de decisões sobre dilemas éticos e morais [...]”. Mencionando o processo de construção do Código de Nuremberg de 1947¹¹, pontuam situações e atitudes profissionais de musicoterapeutas, consideradas iatrogênicas ou “erros musicoterápicos”, que só poderão ser evitados, segundo os autores, quando imersos na responsabilidade ética e moral da prática da Musicoterapia.

Esta revisão bibliográfica pôs em questão a escassa produção científica brasileira referente às pesquisas que tratam da Ética na Musicoterapia.

CAMINHOS METODOLÓGICOS

A pesquisa teve caráter qualitativo, se caracterizando pela busca dos sentidos e significados de processos psíquicos, a compreensão da vida mental, com a interpretação dos significados de uma experiência (FLICK, 2004; RUUD, 1998).

¹¹Elaborado no Tribunal Internacional de Nuremberg quando foram julgadas as intervenções de pesquisas que, durante a Segunda Guerra Mundial, não conservavam nenhum respeito pela dignidade dos seres humanos. Este encaminhou as normas para a pesquisa, a fim de garantir que não se causassem mais danos, mortes ou invalidez para os participantes.

A aproximação ao campo de pesquisa teve início por meio de uma investigação documental dos códigos de ética utilizados pelas associações de Musicoterapia e dos currículos dos nove cursos brasileiros de graduação em Musicoterapia¹², averiguando quais deles possuem disciplinas cuja ementa contempla a ciência da Ética. A pesquisa documental permite a investigação dos documentos, descrevendo e comparando usos e costumes, assim como tendências, diferenças e outras características (CERVO; BERVIAN, 1996).

Em seguida, foi realizada a coleta de dados por meio do grupo focal. De acordo com Dias (2000), os grupos focais são constituídos por reuniões de pequenos grupos de pessoas em interação, para avaliar conceitos ou identificar problemas, a partir dos tópicos sugeridos pelo pesquisador (DIAS, 2000; FLICK, 2004; GONDIM, 2003; TRAD, 2009).

O objetivo central do grupo focal é identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito de um determinado assunto, produto ou atividade. Seus objetivos específicos variam de acordo com a abordagem de pesquisa. Em pesquisas exploratórias, seu propósito é gerar novas ideias ou hipóteses e estimular o pensamento do pesquisador enquanto que, em pesquisas fenomenológicas ou de orientação, é aprender como os participantes interpretam a realidade, seus conhecimentos e experiências (DIAS, 2000, p.143).

Assim sendo, foram realizados quatro¹³encontros com o grupo focal no Centro de Atendimento e Estudos em Musicoterapia (CAEMT) da UNESPAR - FAP. As reuniões foram gravadas em áudio e vídeo para serem, posteriormente, transcritas e analisadas. Dos 19 estudantes de terceiro e quarto anos¹⁴, apenas sete participaram, sendo todos do sexo feminino, com uma desistência no segundo encontro.

A pesquisadora exerceu, simultaneamente, o papel de mediadora dos encontros do grupo focal. Neste aspecto, exigiu-se atenção para que sua

¹² FAP-PR; UFMG; EST-RS; CBM-CEU RJ; EMAC-UFG; FMU-SP; FPA-SP extensão; FPA-SP; UNISA-SP.

¹³ Estabelecidos devido ao cronograma da pesquisa e a disponibilidade das participantes.

¹⁴Foram escolhidos apenas estudantes dos anos finais do curso por estes terem maior experiência nos estágios em Musicoterapia, assim como uma visão mais ampla do bacharelado que cursam. Outro critério de escolha foi a quantidade indicada de participantes do grupo focal (DIAS, 2000; GONDIM, 2003; FLICK, 2004; TRAD, 2009).

proximidade com o universo de pesquisa e também com as participantes não prejudicasse a investigação. Algumas atribuições do mediador são: introduzir e fomentar a discussão, garantindo um debate aprofundado (TRAD, 2009).

Deste modo, foram trabalhados nos encontros, quatro tópicos centrais com direcionamentos previamente estruturados: Conceito de Ética; Ética na formação; Ética na profissão e Ética humana.

- Encontro 1 - Tópico central - Conceito de Ética

No primeiro encontro foi apresentado a metodologia da pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido (FLICK, 2004). Em seguida, as participantes expressaram por escrito e debateram a consigna “tudo que vem na cabeça quando vocês pensam em Ética”.

- Encontro 2 - Tópico central - Ética na formação

A partir da leitura de trechos da transcrição do primeiro encontro, seguiu-se o debate acerca do conceito de Ética. Num segundo momento, dados sobre os currículos dos cursos de Musicoterapia do Brasil foram apresentados, fomentando a reflexão sobre o papel da Ética na formação acadêmica daquelas estudantes.

Neste encontro umas das participantes se desliga da pesquisa e outra falta por motivos de saúde.

- Encontro 3 - Tópico central - Ética na profissão

Em continuidade ao que se trabalhou no segundo encontro, foram formuladas as questões: “Quando foi a primeira vez que ouviram falar sobre Ética na graduação” e “De que forma isso interfere na prática de vocês”. Após esta investigação, apresentou-se ao grupo o mapa do território brasileiro com a localização das associações brasileiras de Musicoterapia e seus Códigos de

Ética. As participantes destacaram, em duplas, aspectos dos códigos de Ética da AMT- PR e da UBAM.

- Encontro 4 - Tópico central - Ética humana

Este último encontro foi pautado pelo questionamento acerca dos objetivos das participantes quanto aos seus papéis acadêmico e profissional. O tema da sessão anterior, Ética na profissão, foi retomado levando as participantes a pensar em como se relacionam com a associação do estado em que estudam e como seria uma profissão sem considerar a Ética. Na sequência, as estudantes foram questionadas sobre os objetivos que tinham quando ingressaram no curso, e quais são, hoje, os objetivos que têm em relação à profissão de musicoterapeuta e como isso se relaciona com a Ética?”

Tal como Flick sugere para o grupo focal (2004, p.133), a técnica analítica para os dados coletados consistiu na análise de conteúdo de Bardin, sendo esta “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não)”(1979, p.42), o que permite a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens.

Deste modo, da análise das falas das participantes emergiram 14 unidades. Para favorecer o exame científico e minimizar as limitações da metodologia, recorreu-se à gravação das falas e aos indicadores quantitativos da frequência das unidades. A partir destes procedimentos foram selecionadas as quatro unidades com maior frequência: Ética e indivíduo; Ética na profissão; Ética na formação; Ética normativa.

A metodologia do grupo focal apresenta, entre suas limitações, o fato deste não poder ser replicado e a possibilidade das discussões serem desviadas ou dominadas por poucas pessoas (GOMES; BARBOSA, 1999; DIAS, 2000; GONDIM, 2003; FLICK, 2004; TRAD, 2009).

ÉTICA E INDIVÍDUO

É aquilo em que você acredita. É o que vem na cabeça quando você opta em não bater em alguém (Bruna, encontro 1).

A unidade 'Ética e indivíduo' foi o eixo de análise em que falas foram mais recorrentes. As palavras *crenças*, *valores* e *respeito* permearam as falas das participantes em todos os encontros. Acompanhadas, ainda, de outras palavras-chave como *consciência*, *integridade*, *confiança*, *competência*, *dignidade* e *princípios*, faziam referência aos empreendimentos individuais.

A partir de Vázquez (1975), este domínio pessoal permite desenvolver uma autêntica conduta moral, pois conduz à consciência da responsabilidade pessoal. Chauí complementa: "Para que haja conduta ética é preciso que exista o agente consciente, isto é, aquele que conhece a diferença entre bem e mal, certo e errado, permitido e proibido, virtude e vício" (2004, p.445). No que se refere a essa dimensão singular, Dora compartilha a seguinte elaboração: "Sim, se a consciência dela está tranquila em relação a isso. Aqui entra a ética pessoal, interna."(encontro 1).

No entanto, as falas do grupo sugerem um possível a-historicismo moral, quando se referem ao homem e sua consciência, como origem da Moral. Esse a-historicismo remete a uma compreensão da Ética que ignora o processo histórico de sua necessidade e tende para uma visão do homem como ser de essência eterna e imutável, qualquer que seja seu contexto histórico e social. Com isso, a "Moral constituiria um aspecto desta maneira de ser, que permanece e dura através das mudanças históricas e sociais" (VÁZQUEZ, 1975, p.26). Esta afirmação, no entanto, não se sustenta quando se reconhece a Moral como uma necessidade social, compreendendo o que fez parte do processo para que em determinado tempo e cultura ela fosse entendida desta ou daquela maneira.

A realização da moral não é somente um empreendimento individual, mas também social, isto é, não somente processo de moralização do

indivíduo e sim processo de moralização no qual influem, de maneira diversa, as diversas relações, organizações e instituições sociais (VÁZQUEZ, 1975, p.205).

Uma das hipóteses para a recorrência dessa dimensão da Ética, relacionada ao aspecto individual, é a de que as participantes estudam uma área do conhecimento humano que as familiariza com uma compreensão do homem em sua singularidade.

Assim, quando se discute a ética individual não se renuncia a importância dos empreendimentos individuais, mas se aponta a necessidade de articulá-los com os sociais. A fala transcrita abaixo exemplifica as considerações deste domínio pessoal da Ética que são importantes na prática musicoterapêutica.

[...] a questão do terapeuta é entender a partir da perspectiva ética do outro, ou seja, na terapia, eu sou a terapeuta e você é a participante ou paciente; tenho que entender como você entende a vida, suas crenças e valores, e a partir disso a gente vai construindo. Não é o que eu sei, é esse respeito pelo outro, pelo indivíduo, pelo jeito que ele vê a vida, pelo jeito que ele funciona. Então a Ética interfere na minha prática, nesses dois sentidos (Bruna, encontro 3).

Por mais determinantes que sejam as condições objetivas e coletivas, a decisão propriamente dita e o ato partem de um indivíduo que assume uma responsabilidade moral quando age livre e conscientemente (VÁZQUEZ, 1975). A liberdade é um dos problemas fundamentais da Ética. Parte-se, aqui, da premissa de que o ser humano é capaz de liberdade, é singular.

Portanto, para responsabilizar moralmente o sujeito de seus atos, é condição que este tenha consciência das circunstâncias e consequências de seu comportamento, pelo qual agiu sem ser forçado (VÁZQUEZ, 1975). No grupo focal, identificaram-se falas que ampliaram o debate para o aspecto social e de liberdade, para além das afirmações de que, “Ética é aquilo em que você acredita” (Bruna, encontro1),

Numa favela, por exemplo, um menino cresce acreditando que roubar é algo legal e certo, e que a desigualdade social leva a isso. Porque o tio tem um carro gigantesco e eu nem uma bicicleta tenho? E ele acredita,

ele cresce acreditando nisso, e vai fazer disso uma ação, uma práxis na vida dele. Ele estaria sendo ético porque é naquilo que ele acredita. É isso que você tá dizendo? É o melhor que ele tá fazendo pra ele! Ao invés de ele ficar sem comer uma bolacha, ele rouba a bolacha pra comer (Mariah, encontro 1).

Uma vez incorporado este caráter social da Moral, as participantes da pesquisa trouxeram formulações como “em uma cultura ou um período, um comportamento vai ser eticamente correto, em outro não. [...] Ética é construída social e culturalmente” (Pietra, encontro 1). Considerou-se, portanto, a estreita relação do progresso histórico-social com a Moral, reconhecendo as condições objetivas para a realização de determinada moral em uma dada sociedade, apontando a mutabilidade desta de acordo com os planos econômicos, político-sociais e espirituais da vida (VÁZQUEZ, 1975).

No decorrer dos encontros, os debates levaram o grupo a diferenciar Moral e Ética. O enfoque individual passou a incorporar a função social da Moral, na medida em que o grupo reconhecia que a esta cumpre necessidades e interesses de um indivíduo que é concomitantemente social (VÁZQUEZ, 1975; MEIRA, 2006).

ÉTICA NA PROFISSÃO

E vai trabalho, né? Às vezes a formiguinha é tão pequena, tão imperceptível, que parece que não está acontecendo nada, mas está acontecendo muita coisa (Pietra, encontro 4).

Este eixo de análise partiu das falas, no grupo focal, que explanavam sobre a Ética em sua dimensão profissional. Abordou, ainda, o Código de Ética da Musicoterapia e a postura das participantes enquanto musicoterapeutas.

Desde que o gênero humano atingiu sua natureza social, na convivência, fez-se necessária a Moral. Ela visa assegurar “a concordância do comportamento de cada um com os interesses coletivos.” (VÁZQUEZ, 1975, p.28). Ao refletir sobre a Moral, esta se transforma, em uma relação dialética de Ética e Moral (VALLS, 1994; NALINI, 2001; SILVA, 2001; MEIRA, 2006).

Portanto, por esta teoria, a Moral não pode se distanciar das questões práctico-morais, uma vez que ela é condição de existência da Ética.

Tendo em vista estas questões práctico-morais, promoveu-se no grupo focal o debate da Ética na profissão. Este foi fomentado, a partir da apresentação do mapa do território brasileiro, pela localização das onze associações brasileiras de Musicoterapia e os respectivos códigos de Ética. Ressalta-se a dificuldade em reunir estas informações junto às associações, uma vez que nem todos os destinatários dos endereços eletrônicos (*e-mails*) das instituições deram resposta e os *sites*, em sua maioria, não mencionam o código de Ética utilizado. Essas falhas levaram a pesquisadora a entrar em contato com musicoterapeutas das regiões contactadas para obter informações sobre cada Código de Ética.

Reunidas em duplas, as participantes expuseram os pontos que mais lhes chamaram a atenção no código sugerido pela UBAM e no da AMT-PR. Os artigos mais debatidos eram referentes ao “Capítulo II - Responsabilidades” do código da AMT-PR, confirmando, nas falas, que a reflexão sobre o que é ético na postura do musicoterapeuta, por vezes, se limita à garantia do sigilo, que é pertinente, mas não a única responsabilidade.

Legitimando esta abrangência da Ética, na postura do profissional, para além do sigilo, foram apresentadas experiências práticas dos estágios curriculares. E as participantes debateram as seguintes questões: os limites da religião nas intervenções musicoterapêuticas; os desafios do trabalho multidisciplinar em se reconhecer “até onde a Psiquiatria pode ir, até onde a Psicologia pode ir” (Eva, encontro 3); o momento de se finalizar o processo musicoterapêutico e o envolvimento da postura pessoal com a postura profissional.

A respeito deste envolvimento da postura pessoal com a profissional, foi retomada a consideração inicial da pesquisa que diz que os sujeitos que buscam o curso de Musicoterapia apresentam um comprometimento com a qualidade de vida humana, uma responsabilidade ética humana universal (FREIRE, 1996) a partir da qual se desenvolve a postura profissional.

No quarto encontro, as estudantes colocaram que entre seus objetivos no curso de Musicoterapia, estava o da busca pessoal de cuidado com o mundo, e que durante o curso este se transformou, adquirindo um caráter mais objetivo.

Mudar o mundo é relativo, não é mudar literalmente. Uma atitude sua com uma pessoa, um sorriso que você ganha. Nisso eu acredito hoje, vendo na prática, é essa a mudança de mundo que você faz. Quando você está ali tocando com a pessoa, e ela olha pra você e sorri, cara, vale a pena tudo na hora, faz valer a pena tudo o que você tá passando (Dora, encontro 4).

Eu quero mudar o mundo, mas é bem isso, você percebe que você consegue, mas não é com aquela questão de mudar tudo, são as pequenas mudanças. Eu não vou curar as pessoas mas posso auxiliar, pra que a pessoa viva a vida da maneira que ela é, que ela se encontre no mundo. “Ah, ela é diferente?”, sim! E é desta maneira diferente que ela vai viver. Parece que você começa a compreender assim, como funcionam as coisas (Cecília, encontro 4).

Freire (2005) complementa que o amor é um ato de coragem, e que em conjunto com a humildade e a fé no ser humano e no mundo, é possível realizar a verdadeira transformação deste junto à formação do cidadão. Tal postura possibilita o diálogo, o qual produz autonomia e liberdade, fundamental quando se discute Ética. A autonomia foi defendida pelas participantes do grupo focal como necessária na prática musicoterapêutica em concordância com Junior, Sá e Bachion (2009) que defendem uma prática imersa na responsabilidade ética e moral.

Porém, tal como no eixo mais recorrente, o tema “Ética na profissão” analisou, nas falas das participantes, o predomínio de reflexões no âmbito singular, no qual as estudantes problematizavam antes a conduta do profissional no contexto clínico, o que se evidenciou nos exemplos práticos trazidos, e mesmo com a sessão sobre o Código de Ética que se destaca no debate: “Capítulo II - Sessão I - Das responsabilidades com o indivíduo atendido”.

Pouco se trouxe nos debates acerca da profissão enquanto um coletivo, em relação a que Santos argumenta em sua tese, “O mais importante é saber que esse cordão heterogêneo trará para si a missão de operar por um

interesse coletivo.” (2011, p.86). Portanto, "a Ética não é, então, uma abstração acadêmica, mas uma das maneiras de ajudar a preservação não só das profissões, como da nossa própria espécie", como traz Silva (2001, p. 17), contemplando o que foi discutido da relação entre a postura do musicoterapeuta e a ética humana e profissional.

ÉTICA NA FORMAÇÃO

A gente entra apaixonado no curso, mas ainda não sabe o que é, acha que é qualquer coisa que a gente vê num filme, e não. São as coisas muito mais simples, é lindo, as relações humanas, pra mim é o que eu mais vejo e falta um ano pra ver mais ainda! (Dora, encontro 4).

Esse eixo foi permeado pelos debates e conclusões dos quatro encontros do grupo focal. Para iniciar o debate, apresentaram-se os currículos dos nove cursos brasileiros de Musicoterapia. Destes, apenas os da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás (EMAC - UFG), das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU - SP) e do Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário (CBM-CEU RJ) disponibilizam uma disciplina cuja ementa contempla a ciência da Ética. A partir desses dados, as estudantes discutiram como ocorre o ensino da Ética na instituição de ensino a que pertencem.

O grupo informou que a primeira vez em que ouviu falar sobre Ética no curso foi nas aulas de Estágio de observação/atuação, no 2º ano. Já durante o curso, recordam ter abordado questões éticas nas disciplinas de Filosofia, no 3º ano, Dinâmica de Grupo e Pesquisa em Musicoterapia, no 4º ano.

A ética tem que fazer parte da nossa educação, da nossa formação. Não só universitária, mas na escola ou desde que a gente já forme uma questão de juízo de valores. Teríamos que ter contato com isso sabe, com o que é ético e com o que não é. [...] Não sei se a gente tem este contato, pois tudo o que a gente está falando é senso comum sabe. Talvez, poderia ser construído na nossa formação algo mais voltado, mais direcionado, que saia um pouco do senso comum (Cecília, encontro 1).

A fala acima confirma que não há no currículo da instituição uma disciplina que promova a reflexão exclusiva da Ética. O grupo atribui seus conhecimentos éticos aos âmbitos da vida com a família, às “referências que a gente tem aqui [dos professores do curso]” (Eva, encontro 2), e ao “senso comum que também constrói a Ética” (Pietra, encontro 1), indo ao encontro do que Aristóteles defendia acerca da educação moral pela família, o viver comum e a busca pelo bem (SILVA, 2001). Portanto, há um consenso do grupo que evidencia um pressuposto da pesquisa de que a Ética é estudada transversalmente durante o curso, sendo seu conteúdo diluído na prática, conforme Pietra menciona:

Eu acho que, as matérias não trazem o nome Ética, mas por trás disso, estão sempre trabalhando a Ética. O Código de Ética do musicoterapeuta, que fala sobre estar sempre se atualizando junto com as pesquisas e tudo mais. Isso a gente vem aprendendo sempre, querendo ou não faz parte da Ética, mas não estamos falando, ‘Ah! Estamos dando a Ética’ (Pietra, encontro 3).

É interessante notar que na análise dos dados do grupo focal foi percebido pelas integrantes que os relatos de contato com a reflexão ética no curso têm estreita relação com as disciplinas de estágio, tal como na percepção de Bruna de que “a Ética está em relação com a prática” (encontro 3). Revelou-se que os conteúdos éticos com os quais os estudantes tiveram contato até então, contribuem para avaliar a própria conduta, “porque você começa a reavaliar sua postura com o paciente e contextualizar o momento.” (Bruna, encontro 3).

As estudantes, entretanto, teceram críticas ao fato de que, nas investigações mais diretas sobre a Ética durante a formação acadêmica, predomina a explanação do caráter normativo, a ser discutido adiante. Apontam, ainda, para a não apropriação do Código de Ética pelos estudantes, o que não possibilita a codificação e a decodificação do documento próprio de um pensar crítico.

Tal apontamento é delineado na fala de Eva: “No estágio também aparece a questão ética, mas de um jeito meio chato [...], nada que seja de

dentro pra fora sabe, tipo um monte de regras e depois a gente é avaliado no final”(encontro 3). A fala transcrita apresenta ainda uma segunda ponderação sobre a avaliação da postura ética, presente nas fichas de avaliação no final de cada período de estágio, e que apontam para um cuidado com a Ética que não é aprofundado em sala de aula.

A fala da estudante remete ao conceito de educação bancária construído por Freire (2005), como sendo uma transmissão passiva dos conteúdos, transmitidos como imutáveis e que, mesmo não intencionalmente, dificultam a formação de indivíduos (e profissionais) críticos, construtores de diálogo. Contra a educação bancária há a educação conscientizadora como prática da liberdade. Paulo Freire “entendia que seria necessária uma educação para a decisão, para a responsabilidade social e política” (SILVA, 2000, p.183), que contribuísse para a aprendizagem da democracia¹⁵.

Na produção científica sobre Musicoterapia, encontram-se autores que dialogam com os conceitos defendidos por Paulo Freire, como Volpi que sustenta que a qualificação dos docentes de Musicoterapia é significativa “para a sociedade e para a formação de musicoterapeutas críticos, reflexivos e transformadores”(2006, p.126). Conclui dizendo que “[...] o conhecimento gerado no âmbito acadêmico deve, de alguma maneira, retornar à sociedade, em benefício desta, e contribuir para o desenvolvimento de uma vida comunitária mais equilibrada, sustentável e justa” (2006, p.126). É um processo de humanização possível por meio da reflexão e da prática da Ética (VÁZQUEZ, 1975; FREIRE, 1994).

[...] faz-se cada vez mais necessário discutirmos a conduta dos homens; compreender quem somos e o momento histórico em que vivemos; isto nos ajudaria a aprimorar nossas vidas, a vida de nossas instituições (públicas, civis, industriais, comerciais etc.) e, conseqüentemente, aprimorar todas as nossas relações. Relações com o próximo, com o mundo e tudo que nele habita (MEIRA, 2006, p.104).

¹⁵ Esta nota visa esclarecer que a questão da democracia é considerada relevante no debate da Ética. Porém, não consistiu num eixo de análise do grupo focal e, portanto, o desenvolvimento do tema fica reservado para trabalhos futuros.

Não é difícil reconhecer aqui, nos estudantes, uma insegurança em definir a Ética, o que fica justificado pelo modo não sistematizado da educação da Ética no universo em estudo. Reforça essa ideia, o fato de a Ética, como disciplina, não fazer parte da grade curricular da maioria dos cursos brasileiros de Musicoterapia.

ÉTICA NORMATIVA

42

A Ética é alguma coisa própria do ser humano, os animais não discutem Ética. É uma questão nossa... é da humanidade, porque eu sou humano, preciso entender até onde eu posso ir e até onde eu não posso (Eva, encontro 2).

Os estudantes de Musicoterapia reproduzem, no grupo focal, falas que contestam o aspecto normativo que a Ética pode adquirir: “a forma como os Códigos de Ética colocam, parece algo imposto, sabe” (Cecília, encontro 4). A Ética não visa propor uma ação normatizadora para cada ação concreta, mas, a partir das ações concretas construir a reflexão investigando os atos humanos “que afetam outros indivíduos, determinados grupos sociais ou a sociedade em seu conjunto” (VÁZQUEZ, 1975, p.14).

Para estas relações humanas, vão se estabelecendo normas regulamentadoras “de tal maneira que estas normas, dotadas de um caráter histórico e social, sejam acatadas livres e conscientemente, por uma convicção íntima, e não de uma maneira mecânica, externa ou impessoal” (VÁZQUEZ, 1975, p.69). Assim, ser ético não implica em respeitar e seguir leis, assim como não implica em fazer aquilo que é aceitável pela sociedade “pois uma sociedade inteira pode se tornar eticamente corrupta” (MEIRA, 2006, p.29).

Conciliando estas reflexões com a Musicoterapia, pode-se pensar que, apesar dos códigos de Ética da profissão aproximarem os musicoterapeutas de uma prática ética, isto não determina profissionais éticos, considerando ainda, que os próprios profissionais formulam os códigos. Como diz Eva, “Não é a regra que diz quem eu sou, fui ‘eu’ quem fez a regra, a Ética está para o humano, não o humano para a Ética” (encontro 2), o que indica uma

apropriação dela, encarando-a como produção humana (FREIRE, 2005). É reconhecida a necessidade das regras, desde que a escolha de respeitá-las parta de uma consciência moral: “Até como você tem que se submeter à normas, é seu jeito ético de ser” (Bruna, encontro 2).

Especificamente na discussão sobre o Código de Ética, as participantes pontuam a dificuldade em seguir as regras quando não há condições concretas para agir conforme o código:

Art. 13 - É dever do musicoterapeuta manter seu material de uso para atendimentos higienizado, mantendo e zelando pela segurança do indivíduo atendido.(Capítulo II – Sessão I, Código de Ética da AMT-PR)

Muitas vezes a gente não consegue cumprir esse nosso dever, mesmo porque a estrutura do lugar não permite (Cecília, encontro 4).

Um segundo apontamento trata sobre a dificuldade em se respeitar, com consciência, o código, por não se ter conhecimento da história do documento e da função social de cada artigo estabelecido. As participantes também observam que um artigo complementa o outro, mas, que por vezes, há a dificuldade em articulá-los, o que retira seu sentido. Por último, o grupo reconhece um distanciamento entre a teoria e a prática do código da profissão. Uma estudante percebe este distanciamento como a exigência de um ideal que diz não ser alcançado na prática, trazendo o Código de Ética como “um lugar do sonho, né, da Musicoterapia como um sonho” (Mariah, encontro 4).

Vázquez (1975) esclarece que as generalizações de experiências anteriores e suas consequências produzem regras formais que visam determinar comportamentos, orientando situações particulares. Deste modo, as participantes consideram a necessidade do Código de Ética, que tem caráter normativo. Mas acrescentam que há mais para ser desenvolvido no próprio código, assim como no modo como é interpretado e aplicado.

As nossas discordâncias são muito sutis. Não é nada que ‘vamos queimar o documento!’, mas até para enriquecer. E como seria a sociedade sem o Código de Ética? Como ela foi. Pois não existia há 40 anos atrás, e por isso foi preciso fazer o que temos por enquanto (Eva, encontro 4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fiz o desenho do elefante com asas porque até a pessoa que mais tem o pé no chão, que é pesada, recebe asas da borboleta, pra ir além, para transformar (Pamela, encontro 4).

Compreende-se que os estudantes entram em contato com a reflexão sobre a Ética por um âmbito individual, desenvolvido na família e no convívio social. Então, no decorrer da formação desenvolvem uma ética profissional, construída a partir das atuações nos estágios, da própria referência na postura dos docentes musicoterapeutas e do estudo transversal da Ética durante o curso. Estes elementos permeiam, assim, suas práticas como musicoterapeutas, na busca de um compromisso com a qualidade de vida humana.

No entanto, predomina uma compreensão individualizada da Ética, tanto no que se refere à moral quanto à ética profissional, tendendo para um a-historicismo. Mas, longe de se estabelecer uma dicotomia entre individual e coletivo, propõe-se sua superação ao entender o coletivo como um processo formado dialeticamente por sujeitos singulares.

Não se desconsidera o predomínio dos empreendimentos individuais. Todavia, se anseia pela sua superação a partir de estudos mais aprofundados da Ética nas instituições de ensino e organizacionais da Musicoterapia, pois, como os dados da pesquisa trazem, apenas três das nove instituições de ensino incluem a Ética no currículo como matéria específica, e somente uma das onze associações brasileiras de Musicoterapia apresenta alterações no seu Código de Ética sugerido pela UBAM, o que pode apontar para a necessidade de uma formulação melhor.

Assume-se que toda pesquisa é permeada por uma função social, e que, ao isolar uma parte da realidade também se intenciona transformá-la, assim como produzir conhecimentos e motivar uma reflexão crítica. Por meio do grupo focal, a reflexão teórico-prática acerca da Ética foi motivada a ponto de surgirem propostas das participantes para que este debate seja continuado no

curso, seja pela abertura de uma disciplina, um projeto de extensão ou pela própria ação estudantil. O trabalho ainda promoveu uma oportunidade de aprofundar os questionamentos quanto à Ética e a sua incorporação na prática profissional e na vivência pessoal da própria pesquisadora.

Concebe-se a Ética para além de uma contemplação distante da prática, como a própria prática, vinda de uma necessidade concreta, construída pela ação humana. Isto implica no modo como o ser humano compreende o mundo e se posiciona na realidade em que vive, na perspectiva de que a relação dialética entre reflexão e prática da Ética no campo da Musicoterapia contribui na reprodução e manutenção do campo, pois exige ação política dos atores e reflexão crítica da própria ação. Assim, questionar nosso cotidiano a partir da Ética contribui para a Musicoterapia enquanto ensino, ciência e profissão.

Assim, compreendemos que a Ética, ao pôr em confronto os costumes, indaga tudo aquilo que está ou não sob critério de decisão do sujeito, implica na reflexão da liberdade e da autonomia, no sentido de ser capaz de inventar a própria vida e dar asas ao elefante, ou então, dar pés para quem já tem asas.

REFERÊNCIAS

ARISTÓTELES. **A Ética**. Trad. Cássio Mota. Rio de Janeiro: Ediouro, 1985.

_____. **Ética a Nicômaco**. Trad. José Américo Motta. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

ASSOCIAÇÃO BAIANA DE MUSICOTERAPIA. **Código de Ética da Musicoterapia sugerido pela UBAM**. Sem data. Disponível em: <http://www.asbamt.com/>. Acesso em: 10 mai. 2013.

ASSOCIAÇÃO DE MUSICOTERAPIA DO PARANÁ. **Código de Ética da AMT-PR**. Outubro de 2011. Disponível em: <http://amtpr.files.wordpress.com/2011/11/cc3b3digo-de-c3a9tica-modificado-aprovado-em-assembleia.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2004.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação & Sociedade: estudos**, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 141-158, 2000.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Sandra Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia** - saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 23. ed., 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 42. ed., 2005.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

GOMES, M. E. S; BARBOSA, E. F. **A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos**. Educativa - Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais, 1999. Disponível em: www.dppg.cefetmg.br/mtp/textos.htm. Acesso em: 01 jun. 2013.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação**. Ribeirão Preto, v.12, n.24, p.149 -162, 2003.

JUNIOR, J. D. da S.; SÁ, L. C. de; BACHION, M. M. Interfaces entre musicoterapia e bioética. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano XI, n.9, 2009.

KANT, I. **Crítica da razão prática**. Edição bilíngue. Trad. Valério Rohden. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

MEIRA, A. C. H. (org). **Ética: ensaios interdisciplinares sobre a teoria e a práticas profissionais**. São João da Boa Vista: UNIFEQB, 2006.

NALINI, J. R. **Ética geral e profissional**. 3. ed. rev. e amp. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

RUUD, E. **Music Therapy: improvisation, communication, and culture**. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998. pp.101-111, tradução e adaptação livre: Rosemyriam Cunha.

SANTOS, M. da S. **Contemporaneidades e produção de conhecimento: a invenção da profissão de musicoterapeuta**. Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Psicossociologia e Ecologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa EICOS. Orientadora: Rosa Maria Ribeiro Leite Pedro. Disponível em:

http://www.psicologia.ufrj.br/pos_eicos/pos_eicos/arqanexos/arqteses/marcellosantos_dout.pdf Acesso em: 11 out. 2013.

SANTOS, M. A. C. Ética na pesquisa em Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano IX, número 7, 2004.

SCHAPIRA, D. Teoria, lenguaje y Ética em Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano1, n. 1, 1996.

SILVA, A. da. **Formação da consciência ética profissional em Psicologia**. Campo Grande: UCDB, 2001.

SILVA, E. B. da. Educação como prática da liberdade. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 14, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82000000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2013.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jun. 2013.

TRIBUNAL INTERNACIONAL DE NUREMBERG. **Código de Nuremberg**. 1947. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/nuremcod.htm>>. Acesso em: 8 abr. 2013.

VALLS, A. L. M. **O que é Ética**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

VÁZQUEZ, A. S. **Ética**. 2.ed. Trad. João Dell'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

VOLPI, S. M. O. B. **Razão e sensibilidade**: caminhos para formação do professor musicoterapeuta. Curitiba, 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

A PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DO OUTRO SOB A PERSPECTIVA DA ÉTICA E DA ALTERIDADE: UMA ESCUTA MUSICOTERAPÊUTICA À CRIANÇA COM CÂNCER

The Promotion of Human Rights Under the Perspective of Ethics and Otherness: A Music Therapeutic Listening for Children with Cancer

Mayara Divina Teles Niceias – Graduada – UFG¹⁶; Lara Teixeira Karst – Graduada – UFG¹⁷; Elizena Cristina Fleury e Cunha – Especialista – PUC/GO¹⁸; Eliamar Aparecida de Barros Fleury – Mestre – UFG¹⁹

48

Resumo: Apresentamos algumas contribuições da musicoterapia no resgate do direito da criança com câncer de experimentar situações próprias de um desenvolvimento infantil saudável, durante sua permanência na sala de espera hospitalar. Apesar das várias declarações internacionais de direitos humanos, a sociedade ainda está aquém de gozar de seus direitos igualmente. Alteridade, o respeito à diferença e a garantia de direitos a todos apresentam estratégias desafiadoras e as práticas e representações sociais são desenvolvidas com vistas a manter a exclusão. O ambiente hospitalar oncológico desvela circunstâncias diversas que retratam a realidade de situações de exclusão vividas pela criança com câncer fora do contexto hospitalar. A musicoterapia pode contribuir para a melhora, recuperação ou manutenção da saúde física e psicossocial da criança, valorizando o que ela traz de sua realidade para dentro do contexto musicoterapêutico hospitalar. É nesta valorização que se dá a abertura e reconhecimento do outro. É neste reconhecimento que se promove os direitos humanos deste “outro” ser criança.

¹⁶ Musicoterapeuta graduada pela Universidade Federal de Goiás. Musicoterapeuta voluntária do Programa de Atendimento Humanizado à Pessoas com Necessidades Especiais na Odontopediatria da Universidade Federal de Goiás. Cursa disciplina como aluna especial no Mestrado Interdisciplinar em Direitos Humanos – NDH/UFG. <http://lattes.cnpq.br/1657682135549563>. email: mayarateles88@gmail.com

¹⁷ Musicoterapeuta graduada pela Universidade Federal de Goiás. Mestranda em Música pela Universidade Federal de Goiás, na Linha de Pesquisa: Música, Educação e Saúde. Musicoterapeuta em Serviço de Oncologia Pediátrica de hospital oncológico. Supervisora clínica do estágio acadêmico em Musicoterapia Hospitalar (PROGRAD/UFG – IEP/ACCG). <http://lattes.cnpq.br/5456736329970815>. email: larakarst@gmail.com

¹⁸ Administradora de Empresas pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO). Especialista em Administração Pública e Gestão de Cidades pela Uni-Anhanguera. Servidora efetiva do Ministério Público do Estado de Goiás. <http://lattes.cnpq.br/4853147573930227>. email: elizenafleury@gmail.com

¹⁹ Musicoterapeuta. Docente do Curso de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás (UFG). Mestre em Música pela Escola de Música e Artes Cênicas/UFG (EMAC/UFG). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina (FM/UFG). <http://lattes.cnpq.br/5851347384403326>. email: elifleuryufg@gmail.com

Palavras-Chave: Musicoterapia, Direitos Humanos, Inclusão Social, Oncologia Pediátrica.

Abstract: We present some contributions of music therapy in the rescue of children with cancer to experience situations specific to a healthy child development, during his stay in the hospital waiting room. Despite of several International Human Rights Declarations, the society is still far to reach all rights equally. Otherness, respect for difference and rights insure to all the people present challenging strategies, and practices and social representations are developed in orders to maintain this differentiation. In a hospital cancer can be found different circumstance that make affected by cancer children experience exclusion situations in environments, outside the hospital setting. Thus, music therapy may contribute to the improvement, restoration or maintenance of physical and psychosocial health of children, enhancing the healthy aspects and appreciating what child brings to their reality within the music therapy context. This valorization is what gives the opening and recognition of someone else, favoring the expression of the uniqueness of each person. It is this recognition that promotes human rights in this "other ", and in this particular case, of child being.

Keywords: Music Therapy, Human Rights, Social Inclusion, Pediatric Oncology.

INTRODUÇÃO

O presente artigo trata de um relato de experiência de trabalho musicoterapêutico desenvolvido com crianças em sala de espera de um hospital oncológico na região Centro-Oeste do Brasil. Os atendimentos aqui discutidos foram realizados por duas estagiárias, acadêmicas do Curso de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás, sob a supervisão e orientação de profissional responsável pelo serviço e de docente do referido curso, ambas com formação em Musicoterapia.

Em geral, os pacientes que aguardam na sala de espera já possuem o diagnóstico médico ou aguardam a possível confirmação do mesmo. Outros pacientes se encontram em processo avançado do tratamento, em direção à cura, sendo necessários retornos mensais.

A criança que está em tratamento oncológico retorna semanalmente ao hospital, seja para procedimentos médicos como a punção lombar e a quimioterapia, ou para consultas de rotina. Este acompanhamento ocorre

durante todo o tratamento. Nesse ínterim, novos pacientes chegam para consultas, ocasionando, portanto, uma alta rotatividade de pacientes na sala de espera. Este movimento favorece a possibilidade de estabelecimento de vínculos mais duradouros e, conseqüentemente, de possibilidades de intervenções com base na história de vida da criança e de seu tratamento (KARST, 2011). O objetivo deste artigo é discutir, sob a perspectiva dos Direitos Humanos e da Alteridade algumas contribuições da musicoterapia no resgate do direito da criança com câncer de experimentar situações próprias de um desenvolvimento infantil saudável, durante a permanência na sala de espera hospitalar.

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA E DIREITOS HUMANOS

O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), em seu artigo quarto e a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227 asseguram os direitos à vida, à alimentação, educação, ao esporte, ao lazer, a profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito e convivência familiar e comunitária. Também preconizam que a criança e o adolescente devem ser tratados em condições especiais, pois as etapas de transformações que estes sujeitos vivenciam os colocam em condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, declara que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que as políticas sociais e econômicas devem atuar na redução do risco de doenças e de outros agravos, com a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Sabe-se, no entanto, que apesar das várias declarações internacionais de direitos humanos, dos direitos positivados na Constituição Federal de 1988 e dos vários Estatutos que asseguram os direitos iguais e universais a todos os seres humanos, a sociedade ainda está muito aquém de gozar de seus direitos igualmente. Nota-se também, que a alteridade, o respeito à diferença e a garantia de direitos a todos os humanos apresentam estratégias desafiadoras.

Em um ambiente hospitalar oncológico, existe a possibilidade de se deparar com circunstâncias diversas como amputações, mutilações, perdas de cabelo, resultantes da própria doença ou de seu tratamento (FERREIRA, 2006). Estas realidades fogem de um “padrão” estabelecido/imposto socialmente, podendo levar a criança que as experimenta a vivenciar situações de exclusão social, nos ambientes fora do hospital.

Na atualidade, um dos fatores responsáveis pela diferenciação é o avanço da tecnologia e a globalização que é um “fato tendencial inegável, aparentemente irresistível” (ALVES, 2005, p.11). Para Schurmann (1989) a globalização “é um poderoso instrumento de dominação cultural, transformando os indivíduos que formam o corpo social, em uma massa humana amorfa, sujeita a manipulações” (apud, MILLECCO, 1996, p.7). As consequências surgidas a partir da globalização podem levar à rejeição as pessoas diferentes de um padrão de normalidade imposto socialmente. A globalização reacende a rejeição ao diferente, e quando esta diferença é construída de forma definitiva, ela define os parâmetros do humano (ALVES, 2005).

Para Vasconcellos (2008) as diferenças geram insegurança e medo, controlados através de defesas realizadas por meio de degradação depreciativas do diferente. Nota-se então, que as crianças com a aparência diferente do padrão social imposto por determinada época, podem deparar com situações de exclusão social e, segundo Rocha et al. (2011), todo este processo poderá levar crianças vulneráveis a desenvolver baixa-estima, insegurança, falta de iniciativa e timidez. Uma alternativa para estes sujeitos é ofertar um espaço de escuta, porque esta implicará em um outro que escuta (ÂNGELO, 2007) e a musicoterapia pode ser utilizada neste sentido.

A MUSICOTERAPIA ATUANDO NA PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DA CRIANÇA EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Na musicoterapia, o profissional realiza leitura e análise do que é trazido musical e verbalmente pelos sujeitos, suas angústias, seus medos e receios, expectativas de vida, entre outros. Para escutar estes aspectos

terapeuticamente é necessário que o terapeuta amplie sua compreensão, quebrando paradigmas, transpondo rotulações sociais e buscando compreender o sentido do que é expresso pelo paciente.

Swanwick, citado por Michahelles (2011) em trabalho realizado em saúde mental infanto juvenil, considera que a música, principalidade da musicoterapia (BARCELLOS, 1994) é uma forma de discurso e “pode fazer uma diferença na maneira como vivemos e como podemos refletir sobre a nossa vida” (2011, p. 41). Para esta autora as “expressões sonoras e a arte musical proporcionam um espaço privilegiado de trocas, diferentemente das verbalizações e é responsabilidade do musicoterapeuta trazer esse nível de escuta e de trocas” (p. 41). Cabe então ao musicoterapeuta se posicionar, como ouvinte ativo, dos sentimentos expressos por crianças em tratamento de câncer e favorecer uma condução que potencialize as instâncias saudáveis do ser (FLEURY, 2012), criando espaços de interação e pertencimento.

Neste sentido, a musicoterapia, se tratando de uma terapia autoexpressiva, favorece a adequação de suas técnicas e procedimentos de acordo com as diferentes etapas do desenvolvimento (BRUSCIA, 2000), viabilizando assim, a potencialização da saúde. As atividades musicoterapêuticas, numa proposta lúdico-terapêutica com crianças que se encontram, por motivos diversos, privadas de experimentar situações próprias de seu desenvolvimento, devolvem-lhes a sua condição de cantar, brincar, sorrir, interagir, criar, enfim, de acessar, por direito, as potencialidades que fazem parte de um desenvolvimento saudável (FLEURY, 2012 apud TELES et al., 2012).

No contexto hospitalar, em geral, a musicoterapia tem como foco primário ajudar a pessoa hospitalizada a melhorar, recuperar ou manter a saúde física, operando também sobre os fatores psicossociais correlacionados à doença (BRUSCIA, 2000), considerando entre outros aspectos, o ISO Cultural do paciente, (BENZON, 1985). Também, a história sonoro-musical (BARCELLOS, 2009) pessoal da criança, precisa ser considerada, por ser única, intransferível, construída de forma ímpar, a partir das experiências vividas, portanto, fazem parte da subjetividade da criança, de sua construção

interna, de sua identidade como sujeito e co-criador ativo de suas próprias experiências (FLEURY, 2012 apud TELES et al., 2012).

Conforme Bruscia (2000, p. 49) “a singularidade das intervenções musicoterapêuticas advém do fato de elas sempre envolverem tanto a música quanto o terapeuta agindo como parceiros no processo” de ajuda ao sujeito. Neste trabalho, o musicoterapeuta busca uma visão e atuação que compreenda a criança em sua totalidade, de forma global, como um ser “repleto de afetividade, possibilidades de expressão, percepção, criatividade” (SILVA; KARST, 2011). Referindo-se às intervenções musicoterapêuticas, Karst (2009) aponta que no ambiente hospitalar, quando há uma intervenção sonoro-musical, as crianças respondem muito bem, e isto transforma seu estado físico e emocional, contribuindo para uma melhora positiva.

MATERIAIS E MÉTODOS

As intervenções musicoterápicas na sala de espera da oncologia pediátrica foram realizadas por duas estagiárias de Musicoterapia, com grupos de 5 a 10 crianças, havendo também, a participação de alguns pais/acompanhantes. Os instrumentos musicais utilizados foram o violão, o teclado e a voz.

Foram utilizadas as experiências musicais de Re-Criação Musical e Improvisação Musical (BRUSCIA, 2000). A eleição destas se deu, principalmente, pelo fato de a primeira se mostrar eficaz para promover a identificação e empatia com o outro e para melhorar as habilidades interativas e de grupo (BRUSCIA, 2000), favorecendo espaços ao sentimento de pertencimento a um grupo. E, a Improvisação Musical, por oferecer possibilidades inúmeras de criação no momento da ação musical, potencializando o ato criativo da criança.

A escolha do repertório musical foi realizada considerando que o maior número de pacientes presentes eram crianças, elegendo-se, portanto, músicas do repertório infantil. Algumas canções eram pré-selecionadas pelas musicoterapeutas/estagiárias, sob o acompanhamento da musicoterapeuta

preceptora do campo de estágio, mas privilegiavam-se as canções sugeridas pelas crianças e algumas pelos acompanhantes.

RESULTADOS

Na experiência de Re-criação Musical os pacientes escolhiam as músicas que desejavam que fossem cantadas pelo grupo. As crianças e acompanhantes cantavam, enquanto as musicoterapeutas/estagiárias faziam o acompanhamento musical ao violão ou teclado. Após cada música, as musicoterapeutas/estagiárias favoreciam à outra criança a possibilidade de escolha de outra música. Na experiência de Improvisação Musical, as musicoterapeutas/estagiárias abriam espaço à criança para cantar o seu imaginário, fornecendo uma base musical simples no acompanhamento instrumental. Nesse momento as crianças cantavam histórias que iam criando. O grupo também participava da história “entrando nesse mundo” e, muitas vezes, outras crianças começavam a colaborar nessa criação. O momento da improvisação causava um encantamento peculiar devido à criança tornar-se a figura principal da criação livre tendo sua voz destacada no ambiente, “prendendo” a atenção das pessoas presentes.

As crianças que participavam do grupo demonstravam interação com os demais ali presentes e com as musicoterapeutas/estagiárias. Elas opinavam durante o processo da escolha de canções, cantavam, tocavam e compartilhavam instrumentos, interagindo através de jogos musicais juntamente com as musicoterapeutas/estagiárias. Nesses momentos elas se mostravam agentes no aqui-e-agora, exercitando a expressão das escolhas individuais e coletivas numa postura ativa do fazer musical.

Durante as canções, muitas crianças dançavam, se aproximavam do instrumento musical e sorriam de forma espontânea. Era criado um campo sonoro no ambiente da sala de espera, onde se fazia expressa a afetividade e experiências de criação eram mostradas. Mesmo as pessoas que não se aproximavam da roda de música, cantarolavam as canções e movimentavam seus corpos marcando o ritmo da canção nas pernas. Muitos pais que

inicialmente estavam longe da roda de música, se levantavam e aproximavam para *dançar* com suas crianças de colo.

DISCUSSÃO

É possível perceber que, com a utilização do canto e dos instrumentos musicais, em geral, a criança muda o movimento corporal e vai abrindo espaço para um sorriso que imediatamente ressoa na emoção dos pais. Aos poucos, paciente e acompanhante, começam a participar cantando, escolhendo músicas, numa dinâmica interativa que favorece o estabelecimento de um vínculo terapêutico, de empatia, dando início a uma relação de confiança. Nesse sentido, ao compartilharmos a experiência musical com o outro, simultaneamente, “somos ‘puxados’ para fora de nós mesmos” (BARCELLOS, 1984, *apud* BARCELLOS, 1994, p. 20).

As intervenções de musicoterapia realizadas na sala de espera criaram um campo de musicalidade específica naquele contexto. Ali as crianças exerciam sua autonomia num momento lúdico, e, muitas vezes, solicitavam o grupo de musicoterapia antes mesmo do horário de início. Ao verem as musicoterapeutas logo pediam para que cantassem.

A formação do grupo composto por pessoas com características comuns que compartilhavam de experiências semelhantes advindas do câncer e/ou do tratamento mostrou-se um campo fértil à saúde e pertencimento. Durante as intervenções foram trabalhados, entre outros, a autoexpressão, a interação grupal, o compartilhar com o outro e a criatividade. Barcellos (1992) denomina esta interação de “Interações Complementares Musicais” na qual paciente/pacientes e musicoterapeuta “se encontram” ou “dialogam” musicalmente, isto é, “se complementam” (p. 10).

Watzlawick, citado por Barcellos (1992) ressalta que a interação terapeuta-paciente propicia uma modificação das situações conflitivas, levando o paciente a novas percepções da realidade vivenciada. Neste sentido, a utilização da música, com a amplitude de possibilidades que ela oferece, pode levar à interação com o paciente e assim contribuir para a modificação de

situações de forma positiva (BARCELLOS, 1992, p. 11). É *aqui*, nesse *ponto* da situação terapêutica, que se tem a possibilidade de auxiliar a criança a expandir sua visão de mundo, levando-a a encontrar *seu lugar nas relações* e a se fortalecer em direção a uma possível superação de sentimentos de baixa-estima, insegurança e falta de iniciativa, causados pela exclusão social. Conforme Barcellos (2009), “a interação musical entre terapeuta e paciente pode levar este último à compreensão de aspectos necessários para minorar seus sofrimentos, sejam da ordem que forem” (p. 146).

A utilização e a valorização do que era trazido pela criança, parecia possibilitar-lhe a potencialização de espaços saudáveis nela existente e, possivelmente, levando-a a sentir-se mais fortalecida para se fazer incluir em seu meio social. Segundo Westphal (2006) um sujeito saudável é aquele que apresenta capacidades físico-funcionais, bem estar físico, mental e espiritual, que experimenta um estado positivo, levando-o a sentir-se integrado ao seu grupo. Valorizar as músicas trazidas pela criança, em contextos como uma pediatria oncológica, é uma ação que amplia a função do canto em si. É uma atitude de respeito ao desejo infantil, de valorização da criança em seu direito de escolha, considerando o que ela deseja compartilhar com as demais. É também respeitar as diferenças e singularidades de cada criança e deixar fluir as diferenças de maneira natural, oferecendo oportunidades de contato real, através da música, com a cultura da qual faz parte, como prevê o ECA (1990).

Neste sentido, Levinas citado por Rosa (2010, p. 39) ressalta que “à medida que o ser humano se abre para o outro e busca, diante desse outro, assumir uma atitude de acolhida, a vida vai como se revelando em mais vida”, e é aqui que se dá a alteridade, como uma atitude de abertura, escuta e acolhimento às demandas do outro, e é nesta abertura que se vislumbra a ética. A “ética evidencia que é na experiência existencial do encontro inter-humano, em que o sujeito se abre hospitaleiramente ao outro” (p. 50), surgindo então, atitudes propositivas de igualdade, respeito e compreensão (ANDRADE, 2010). Nesta perspectiva a disposição de se colocar no lugar do outro, a busca pela essência mais pura do ser humano e o resgate da nobreza de conviver com o diferente representam alguns desafios na atualidade (SILVA, *et al* 2012).

Como musicoterapeutas, ao atuarmos considerando o ISO Cultural (BENZON, 1985) dos pacientes, a sua história pessoal sonoro-musical, encontramos os elementos sonoro-musicais que vão alcançar a criança, contribuindo em seus aspectos intra e inter-relacionais. Tratar a criança como um ser global, em sua totalidade, respeitando seus direitos, sua subjetividade e espontaneidade e o direito de acesso pleno aos elementos de sua cultura são atitudes que contribuem para minimizar as sequelas emocionais experimentadas pelo tratamento do câncer. Isto poderá favorecer o desenvolvimento da criança em sua plenitude, ainda que seja em tempo breve, pontual, bem como, podem promover uma recuperação digna e em sua integralidade, como assegura a Constituição Federal/1988, e seus direitos humanos.

CONCLUSÃO

Por meio do fazer musical a criança pode libertar sua imaginação e fantasias, cantando livremente histórias e situações. Essas expressões carregadas de subjetividade fornecem ao musicoterapeuta os sinais das demandas internas de cada paciente e auxiliam na orientação do acompanhamento terapêutico. Assim, a criança projeta seu mundo interno através das expressões – sonoras, musicais, em forma de história -, cabendo ao musicoterapeuta, buscar compreender essas expressões e devolver à criança, de alguma maneira – musical, verbal, através de um olhar - esta sua compreensão.

Uma criança pode cantar sobre a saudade de casa ou sobre uma bolsa de transfusão de sangue. Ao cantar, ela cria metáforas, associações. Quando uma criança inventa uma música, ela tem autonomia de escolher e testar possibilidades através do seu imaginário. Ao colocar isso para fora, ela se escuta e se faz ouvir pelos outros (MILLECCO, 1997). A exteriorização dos conteúdos ganha voz e ouvidos, onde pacientes e familiares são escutados e se fazem escutar, pelo musicoterapeuta, pelas pessoas e por eles mesmos,

num processo de validação de sentimentos, reparação de perdas, elaboração, fortalecimento emocional e espiritual.

As atividades de musicoterapia na sala de espera podem auxiliar a criança a fortalecer sua autoestima, uma vez que permite a ela exercitar sua autonomia, e a expressão livre por meio do ato criativo, numa relação de confiança, de afeto e cuidado.

Quando uma criança escolhe dentro de um grupo, o que quer cantar, ela está trazendo parte de si para outras pessoas que as escutará. Seja uma canção que faça parte do seu dia-a-dia, seja uma canção inventada, ela está repleta de significado para cada criança. O canto em grupo possibilita que essa criança coloque sua voz para fora, compartilhando com o outro e reafirmando o seu potencial criativo, e o musicoterapeuta, por sua vez, irá mediar as relações no grupo de forma que todos possam participar.

O trabalho em grupo permite que cada criança lide com momentos de sucesso ou frustração, aprendendo a ter sua “hora de aparecer com sua canção”, e a “sua hora de escutar a canção que é do outro” a qual pode ser diferente da sua. Desta forma, o fazer musical numa relação terapêutica auxilia a criança a encontrar suas forças de enfrentamento e superação do sofrimento, dos desafios, do que tem que enfrentar nas diferenças que encontra fora do hospital.

Concluimos então, que a musicoterapia é uma terapia eficaz na minimização de alguns dos danos causados às crianças acometidas pelo câncer infantil, potencializando sua criatividade, as instâncias saudáveis nela existentes, podendo auxiliar na melhora da saúde e autoestima através da valorização dos conteúdos emergidos por estas crianças no contexto musicoterapêutico. Esta valorização se dá, sobretudo, pela abertura e reconhecimento do outro, da ética, da alteridade e do respeito às diferenças constituintes da igualdade inerentes a todos, pois estas diferenças ao mesmo tempo em que nos diferencia fisicamente, nos iguala como seres, e é neste reconhecimento que se promove os direitos humanos deste *outro*, ser criança.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. Direitos Humanos, Diferença e Tolerância. In: FERREIRA, L. F.G.; ZENEIDE, M.N.T.; PEQUENO, M. (Orgs). **Direitos Humanos na Educação Superior**: Subsídios para a Educação em Direitos Humanos na Filosofia. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010.

ALVES, J. A. L. **A Desumanização do Humano**. In: ALVES, J. A. L. A. Os Direitos Humanos na Pós-Modernidade. São Paulo: Perspectiva, 2005. p. 01-19.

ANGELO, D. Do horror e miséria ao bom e belo. In: BASTOS, R; ANGELO, D; COLNAGO, V. (orgs). **Adolescência, violência e a lei**. Rio de Janeiro: Cia de Freud. Vitória – ES, 2007. p. 25-38.

BARCELLOS, L. R. M. **Cadernos de Musicoterapia 2**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992. 46 p.

_____. **Cadernos de Musicoterapia 3**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1994. 58 p.

_____. **A música como metáfora em musicoterapia**. Janeiro, 2009, 229f. Tese. (Doutorado). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

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

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei Federal Nº 8.069/1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 1990.

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

FERREIRA, D. L. B. **Musicoterapia e Câncer Infantil**: resultados de uma experiência. Trabalho de conclusão de curso (Graduação). Curso de Musicoterapia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.

FERREIRA, E.A.B.F. **Musicoterapia em diferentes settings**: Musicoterapia Hospitalar. In: Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, 12º Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, 6º Encontro Nacional de Docência em Musicoterapia, 2. Sociedade Goiana de Musicoterapia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

FLEURY, E. A. B. **Musicoterapia na área Hospitalar e Saúde Pública**. Goiânia: UFG, 2012. Orientações fornecidas na disciplina Escuta e Análise

Musicoterápica aos alunos da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, 2012.

GARCIA, V. G; MAIA, A. G. **A inclusão das pessoas com deficiência e/ou limitação funcional no mercado de trabalho brasileiro em 2000 e 2010 – Panorama e mudanças em uma década.** In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 18, ABEP. Águas de Lindóia/SP – Brasil, 2012. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/ST15\[89\]ABEP2012.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/ST15[89]ABEP2012.pdf)> . Acesso em: 08 out. 2013.

KARST, L. T. **Benefícios da Musicoterapia:** breves registros em oncologia pediátrica. In: Revista Caminhos da Cura: fazendo da informação um caminho contra o câncer. Núcleo de Apoio à Criança e ao Adolescente com Câncer. Ano I, nº 1, Goiânia, 2009.

_____. **Supervisão Clínico-hospitalar em Musicoterapia.** Goiânia: UFG, 2011. Informação verbal obtida durante a supervisão clínico-hospitalar em Musicoterapia realizada com estagiários do curso de musicoterapia da EMAC/UFG.

MICHAHELLES, B. **“Escutando musicalmente entre muitos” uma música para mudar a minha vida.** In: Revista Brasileira de Musicoterapia. Rio de Janeiro, UBAM, Ano XIII, n. 11. 2011. p. 37-53.

MILLECCO, R. P. **Ruídos da massificação na construção da identidade sonora cultural.** In: Revista Brasileira de Musicoterapia. Rio de Janeiro, UBAM, Ano II, nº. ., 1997. p. 5-15.

MORAIS, J. L. B. Direitos Humanos “Globais (Universais)” de todos, em todos os lugares! In: PIOVESAN, F. (Coord). **Direitos Humanos, globalização econômica e integração regional.** São Paulo: Mas Limonod, 2002, p. 519-542.

TELES, M. D.; KARST, L.; FLEURY, E. A. B. **Musicoterapia na Oncologia Pediátrica:** um acesso ao direito humano do ser criança. In: Seminário Pensar os Direitos Humanos: Saúde é Direitos Humanos ou Direitos Humanos é Saúde? 2012, Goiânia. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Direito, Goiânia, 2012.

PACHECO, J. O. **Identidade Cultural e Alteridade:** Problematizações Necessárias. Spartacus. In: Revista Eletrônica dos Discentes de História. Santa Cruz do Sul, UNISC, 2010.

ROCHA, S; NICEIAS, M. D. T; NETO, W. S. et al. **Uma reflexão sobre o uso da música da mídia no contexto da musicoterapia na educação especial.** In: Fórum de Musicoterapia do Rio Grande do Sul, Faculdades EST, 2011.

ROSA, L. C. D. **Educar para a sabedoria do amor**: a epifania do rosto do outro como uma pedagogia do êxodo. 2010. 344f. Tese. (Doutorado). Escola Superior de Teologia. São Leopoldo, 2010.

SILVA, A. B. B; GAIATO, M. B; REVELES, T. **Mundo Singular**: entenda o autismo. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012. 287p.

SILVA, F. O; KARST, L. T. A Musicoterapia no Tratamento Oncológico: músicas da vida para a vida. In: MALAGUTTI, W. (Org). **Oncologia Pediátrica**: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2011.

VASCONCELLOS, K. M. **Convivendo com a alteridade**: representações sociais sobre o aluno com deficiência no contexto da educação inclusiva. 2008. 189 folhas. Dissertação. (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, CFCH, Recife, 2007.

WESTPHAL, Marcia Faria. **Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças** – Tratado de Saúde Coletiva. Fiocruz – São Paulo-Rio de Janeiro, 2006.

CONSERVACIÓN DE LA MEMORIA EPISODICA EN PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EFECTOS DE UN PROGRAMA MUSICOTERAPEUTICO CENTRADO EN LA MEMORIA MUSICAL

Episodic Memory Conservation in Patients with Alzheimer`S Disease. Effects of
a Musical Therapeutic Program Focused In the Musical Memory

Carolina Cárdenas Correa²⁰

62

Resumem: Esta investigación estudió los posibles efectos del uso de la memoria musical como terapia de estimulación cognitiva, y su incidencia en la memoria episódica de un grupo de pacientes con Enfermedad de Alzheimer en su fase inicial. Así mismo, buscó analizar la correlación existente entre ambos tipos de memoria y las características de la memoria musical en este tipo de población. Los resultados obtenidos fueron correlacionados con el proceso terapéutico, siendo estos diversos en cada uno de los pacientes. De los siete pacientes que finalizaron el proceso, cuatro mostraron una mejoría o conservación de sus habilidades mnésicas y tres mostraron retroceso. Este estudio permite sugerir que las habilidades musicales se encuentran estrechamente asociadas con la cognición en general; así mismo, se evidencia la relación existente entre la música, la activación de los sistemas de emoción y la estimulación de la memoria. Por esta razón, esta investigación permite concluir que la musicoterapia podría ser un elemento eficaz dentro de la terapia de estimulación cognitiva en este tipo de pacientes.

Palabras claves: Musicoterapia, enfermedad de Alzheimer, memoria musical, rehabilitación cognitiva.

Abstract - This research studied the possible effects of the use of musical memory as cognitive stimulation therapy and its impact on the episodic memory in a group of patients with Alzheimer's disease in its early stages. It also sought to analyze the existing correlation between both memory types and the characteristics of the musical memory in this type of population. The results were correlated with the therapeutic process, which were unique in each patient. Of the seven patients who completed the process, four showed improvement or conservation of their mnemonic skills and three showed regression. This study suggests that musical abilities are closely associated with cognition in general; likewise, it reveals the relation among music, the activation of the emotion systems, and the stimulation of memory. For this reason, this research leads to the conclusion that music therapy could be an effective element within the therapy of cognitive stimulation in this type of patient.

²⁰ Licenciada en Música (Universidad de Caldas, Colombia). Magister en Musicoterapia (Universidad Nacional de Colombia). Musicoterapeuta Centro de desarrollo Anthiros, Bogotá, Colombia. cuchurufu@hotmail.com; cacardenasco@unal.edu.co

Keywords: Musical therapy, Alzheimer, musical memory, Cognitive rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

Musicoterapia y enfermedad de Alzheimer

63

En el área de las demencias, la Musicoterapia puede definirse como la utilización especializada de la música que busca, dentro de una relación terapéutica, el retraso del deterioro general, la estimulación del aprendizaje y el mejoramiento de las habilidades de memoria a corto y largo plazo; así mismo, se trabajan las habilidades de interacción social, el aprendizaje de comportamientos en situaciones sociales, el desarrollo de habilidades de comunicación, la reducción de agitación, ansiedad y comportamientos disruptivos (ALDRIDGE, 2000).

Los pacientes que padecen Enfermedad de Alzheimer (EA), que está catalogada dentro de las demencias degenerativas primarias, presentan una afectación progresiva de todas sus áreas vitales, iniciando por un notable deterioro de sus habilidades mnésicas y viso-espaciales, avanzando hacia una pérdida gradual del lenguaje, el razonamiento y la introspección. Además, aparecen alteraciones psiquiátricas, emocionales y de comportamiento, así como síntomas extrapiramidales y trastornos práxicos.

En el campo de la Musicoterapia se han venido realizando diversas investigaciones e intervenciones clínicas, que han demostrado resultados positivos en el manejo de los síntomas de la enfermedad. Investigadores como Michael Thaut y Melissa Brotons han implementado técnicas que utilizan la música como un elemento de estimulación física que a su vez podría formar parte de los procesos de memoria implícita o motora y que tienen un efecto facilitador del movimiento (BROTONS et al, 2008).

En el área cognitiva, la musicoterapia estimula funciones como la memoria, la atención, la orientación, el lenguaje, etc. Entre las técnicas utilizadas, se encuentran las denominadas técnicas de estimulación sensorial,

de orientación a la realidad, de atención, de percepción o estrategias de ejecución, propuestas por Michael Thaut, uno de los pioneros de la investigación en el campo de la Musicoterapia Neurológica²¹. También se han realizado estudios sobre la estimulación y los efectos de la musicoterapia en memoria episódica y autobiográfica (GEULA, 1986; RICKERT, ET ALL., 1998; MC CLOSKEY, 1990; COUNNINGHAM, 2006), el funcionamiento cognitivo general (PICCKET Y MOORE, 1991; SMITH, 1990, LORD, 1993), el aprendizaje y recuerdo de palabras (PICKETT & MOORE, 1991), entre otros.

Según Taylor (2010), un tratamiento musicoterapéutico debidamente estructurado es efectivo para lograr aumento en las habilidades de memoria en pacientes con Alzheimer. Además menciona que los pacientes recuerdan con mayor facilidad palabras incluidas en letras de canciones que en información hablada.

Con relación a los aspectos emocionales y conductuales, existe amplia evidencia de que el estímulo musical modula actividades en las redes de las estructuras mesolímbicas implicadas en el sistema de recompensa que regulan las respuestas autonómicas y fisiológicas del placer o el estímulo emocional (MENON Y LEVITIN, 2005).

La música tiene una relación directa con la activación de los sistemas de emoción y se podría afirmar que ésta es una de las razones por las que facilita la memorización y el recuerdo en general. También es claro que la correspondencia música-emoción, es uno de los elementos fundamentales y más desarrollados en la aplicación de la Musicoterapia receptiva y activa.

Música, emoción y memoria episódica

En los últimos años se ha propagado un especial interés desde el área de las neurociencias, por analizar el procesamiento cerebral musical,

²¹ Modelo musicoterapéutico basado en el Modelo Científico racional y que concibe la música como un estímulo que afecta el Sistema nervioso central; sus técnicas se basan en la percepción y la producción musical, así como en los posibles efectos de la música en las funciones no musicales del cerebro. (Thaut, 2000).

patologías asociadas, fines terapéuticos, además de las causas de la fuerte influencia que ejerce sobre las personas en general.

Investigadores del campo de la neurociencia y la psicología como Robert Zatore, Daniel levitin, Isabelle Peretz, Oliver Sacks y John Sloboda, entre muchos otros, han dedicado sus estudios a descifrar los misterios del “Cerebro musical”. Se ha demostrando que al escuchar o interpretar música se produce una activación y conjunción de cada función cognoscitiva, experiencia que por estar influenciada por variantes como la cultura, las experiencias particulares o el nivel de entrenamiento musical, no puede ser generalizada (ZATORRE, 2005; SCHAPIRA; 2007).

Sin embargo, gracias a la utilización de técnicas de neuroimagen (RMF, PET, MEG) se ha construido un cuerpo teórico nutrido, con información cada vez más precisa sobre cómo se procesa y se produce la música. Gracias a estas técnicas se sabe que el estímulo musical activa casi la totalidad del cerebro, dependiendo de la actividad que se realice (interpretar instrumentos, escuchar música, componer, cantar en coro, etc).

Así mismo es innegable que la emoción siempre forma parte de la experiencia musical ya sea desde la interpretación o desde la escucha. El sustrato biológico de esta afirmación se explica por la estimulación de estructuras cerebrales como el núcleo acumbens y el área Tagmental Ventral, que forman parte del sistema de recompensa. Además se presenta un aumento del flujo sanguíneo en regiones del cerebro como la región ventral del cuerpo estrido, el mescencéfalo, la amígdala, la corteza orbito frontal (OFC) y la corteza medial pre-frontal media (VMPFC) , todas ellas áreas asociadas con la regulación de las emociones. (BLOOD Y ZATORRE, 2001)

Hacia una implicación terapéutica

Tomando como referencia la gran activación cerebral que el estímulo musical produce en el cerebro humano, su relación con los aspectos emocionales, el concepto de plasticidad cerebral y entendiendo su

funcionamiento desde las teorías conexionistas²², se considera que la música puede ser utilizada como una técnica de rehabilitación cognitiva eficaz en pacientes con deficiencia tipo Alzheimer.

Según Zamarrón et al (2008), existe una amplia evidencia científica que demuestra cómo los paciente con E.A. en etapas tempranas, conservan ciertos niveles de plasticidad cerebral, mecanismos de compensación o adaptación y aunque de forma más limitada que una persona sana, capacidades de aprendizaje. Así mismo, el concepto de plasticidad cerebral propone que si se entrenan las habilidades intelectuales en forma permanente, se desarrollan en el cerebro mayor número de sinapsis, que pueden tener un efecto protector y retrasar el deterioro cerebral; éste es uno de los fundamentos de los programas rehabilitación cognitiva actuales (GINARTE, 2002).

Basado en lo anterior, el presente estudio pretendió aplicar un programa de estimulación cognitiva basado en la memoria musical y observar sus posibles efectos en la memoria episódica de personas con EA- fase 1, siendo ésta una de las funciones mnésicas que se afectan más prontamente en estos pacientes (MONTAÑEZ, 1998); este tipo de memoria se asocia con hechos autobiográficos, acontecimientos de sitios particulares, tratando "el que", "el donde" y "el cuándo" de los hechos recordados. Así mismo, hace que exista una evocación consciente, siendo el único sistema de memoria que permite a la persona "experimentar" de nuevo experiencias pasadas (al igual que las evocaciones de recuerdos que se logran a través de la música).

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes

Se tomaron dos bases de datos para obtener la muestra final: una de la clínica de la memoria del instituto de Genética de la Universidad Nacional de

²² Teoría que forma parte de la psicología cognitiva, en la cual el concepto de función cerebral ya no se encuentra directamente relacionado con una u otra área cerebral específica, sino que la función debe ser considerada como la formación de sistemas dinámicos complejos que relacionan lugares distantes en el sistema nervioso y trabajan como una unidad.

Colombia y otra de la base de datos de los pacientes de la Clínica Marly, tratados por el Dr, Rodrigo Pardo Turriago, neurólogo y docente investigador de la Universidad Nacional de Colombia.

Al iniciar el proceso terapéutico la muestra estaba conformada por 10 sujetos de ambos sexos, 2 hombres y 8 mujeres, con edades entre los 68 y 88 años, diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer –fase inicial- de conformidad con la evaluación neurológica, los estudios de imágenes, la clasificación de su estado funcional mediante el GDS (Global deterioration scale) y el empleo de baterías neuropsicológicas como el CERAD, pruebas rápidas como el MMSE y otras, desarrolladas en la clínica de memoria de la Universidad Nacional de Colombia. En el transcurso del tratamiento se retiraron 3 pacientes, siendo la muestra final de 7 sujetos.

Entre los criterios de exclusión que se aplicaron para este grupo, se tuvo en cuenta que los sujetos no estuvieran asistiendo a otro tipo de terapia de estimulación cognitiva o musicoterapia y que no estuvieran diagnosticados con EA en fase 1.

Diseño

En la presente investigación se aplicó un diseño pre-experimental con un solo grupo, con mediciones de la memoria episódica de antes y después de la intervención. Su carácter y alcance fue exploratorio, toda vez que no existe en nuestro medio ni en el campo de la Musicoterapia, ningún estudio previo al respecto. Igualmente y dada la dificultad de encontrar suficientes personas para la utilización de un diseño de carácter experimental, se vio la necesidad de utilizar un diseño de carácter pre-experimental y una muestra no aleatoria.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Protocolo de Evaluación vincular-sonoro-musical (Ramirez, 2005). Este protocolo busca ofrecer una visión inicial de la condición actual del paciente en cuanto a sus habilidades musicales, su forma de relacionarse con

los elementos corporo-sonoro-musicales y su desempeño general, todo ello desde una forma práctica.

Protocolo de Historia Musicoterapeutica (Ramirez, 2005). Este protocolo se completa con algunos datos de la historia clínica; en él se consigna la historia sonoro-musical del paciente y de su ambiente de forma exhaustiva. Se consignan datos que pueden ser útiles para el desarrollo de las sesiones, como por ejemplo su origen cultural, su experiencia musical, sus gustos y preferencias musicales, entre otros.

Test de Groober and Bushke. Esta prueba trabaja con material verbal y recuerdo de listas de palabras, evaluando su codificación, almacenamiento y el recuerdo. La batería trabaja con la memoria episódica secundaria y anterógrada, es decir, recordar hechos del pasado reciente. Además, estudia el aprendizaje verbal del recuerdo libre y para cada error en recuerdo inducido, utiliza preguntas claves. Finalmente usa el reconocimiento de las palabras ya mencionadas en una lista final, todo de manera inmediata y diferida.

De este procedimiento se obtienen las siguientes medidas básicas: el **recuerdo libre** que se refiere al número de palabras recordadas sin clave en tres ensayos y en el recuerdo después de los 30 minutos de interferencia (**LP**). Recuerdo **con clave** que indica el número de respuestas correctas facilitadas por claves verbales en cada ensayo y en el recuerdo después de la interferencia. **Los reconocimientos (R)** son el número de palabras reconocidas en una lista final, en donde el paciente responde si pertenecen o no a la lista inicial. **Los falsos positivos (FP)** son palabras que no pertenecen a la lista inicial y que el paciente afirma que sí estaban en ella, en la fase de reconocimiento.

En esta batería también se tienen en cuenta algunos fenómenos patológicos que pueden presentarse a lo largo de su aplicación tales como: **Perseveraciones (P)** que son palabras que se repiten a lo largo de la prueba e **Intrusiones (I)** que se refiera a palabras mencionadas en los ensayos de recuerdo, que no se encuentran en la lista inicial.

Curva simple de memoria. Batería que evalúa la memoria episódica de forma similar al test anterior pero que trabaja con una lista de 10 palabras

simples. Se realizan cinco ensayos de recobro libre y uno final de largo plazo, después de una interferencia. También se tienen en cuenta intrusiones y perseveraciones.

Libreta de trabajo personal. Es una herramienta de seguimiento del desempeño de cada uno de los pacientes, en donde cada paciente consigna el desarrollo de los ejercicios y tareas que implicaron registro gráfico o escrito, como dictados rítmicos y melódicos, crucigramas, sopas de letras, ejercicios de asociación con colores, entre otros.

Diario de campo. Instrumento descriptivo en el cual la investigadora consignaba los sucesos y observaciones de cada una de las sesiones, como herramienta de registro personal.

PROCEDIMIENTO

Después de conformar el grupo, se realizó una reunión informativa a la que asistieron pacientes y cuidadores, así como el médico neurólogo y la musicoterapeuta a cargo de la investigación. En esta reunión se expusieron algunas ideas centrales sobre la Musicoterapia y los diversos tratamientos que se aplican para este tipo de patologías, se describió el proceso terapéutico y los diversos protocolos o procedimientos a implementar. Además los pacientes firmaron el respectivo consentimiento informado, donde dieron su aval para la participación formal en la intervención terapéutica.

Como paso a seguir se aplicó de forma individual el protocolo de Evaluación sonoro-vincular, la ficha Musicoterapéutica y el test de Groober and Bushke, en su forma pre-test. Este último fue aplicado por un neuropsicólogo con amplia experiencia en el campo clínico.

La fase intermedia consistió en la realización de 17 sesiones de Musicoterapia a razón de 2 sesiones semanales de una hora de duración cada una, durante los meses de septiembre, octubre, noviembre y primera semana de diciembre del año 2009.

Las sesiones tuvieron una estructura general determinada por tres momentos fundamentales: Una parte inicial o caldeamiento, una actividad

central y una fase de cierre. A continuación se describen las actividades que desarrollaron en cada uno de los momentos, aclarando que en cada encuentro se realizaron una o dos actividades de cada sección.

ESTRUCTURA Y ACTIVIDADES DE SESIÓN		
Actividad inicial o caldeamiento	Ejercicios de memoria musical con contenido verbal o no verbal	Actividad de cierre
Canción de saludo improvisada o tomada del cancionero.	Cuestionario proyectivo de canciones	La sesión concluía con la verbalización de la experiencia y el canto o el baile de una canción escogida por los pacientes en el momento, o tomada del cancionero que se fue elaborando a partir del repertorio utilizado en las sesiones.
Baile grupal con música editada o en vivo	Canciones para completar (su texto, melodías o ritmos)	
Improvisación instrumental	Canciones acumulativas (canciones en las que se van sumando palabras, células rítmicas o gestos)	
Canto con música editada	Canciones que incluían motivos melódicos o rítmicos repetitivos	
Acompañamiento instrumental de música editada.	Ejercicios de comparación de intervalos, ritmos, melodías, contornos melódicos y acordes (se presentaban dos de las estructuras de forma sucesiva y los pacientes debían escribir en su libreta si estos eran iguales o diferentes entre sí)	
Actividades de relajación con música, ejercicios de respiración, imaginación guiada, escucha de canciones.	Ejercicios de imitación	
	Actividades de asociación música- movimiento, música- movimiento.	

RESULTADOS

En las siguientes tablas se describen los resultados individuales de las pruebas aplicadas. Las siglas E1, E2, etc., se refieren a los ensayos u oportunidades para el recuerdo de las palabras trabajadas de forma libre y con la ayuda de una pregunta clave. LP (largo plazo) se refiere al número de palabras recordadas después de 30 minutos de una actividad de interferencia (realizar un dibujo de muestra). Los números que se indican en las tablas, muestran el número de palabras recordadas en cada ensayo.

Los fenómenos patológicos y los reconocimientos fueron descritos en la sección de instrumentos de medición.

Cabe aclarar que al sujeto 7 se le aplicó una curva simple de memoria, puesto que aunque estaba diagnosticado en la etapa 1 de la enfermedad, presentaba un deterioro cognitivo más avanzado que los demás y no pudo realizar el test de Groober.

RESULTADOS TEST DE GROOBER AND BUSHKE (pre-test y pos-test)

SUJETO No. 1				Pre-test				Test de Groober y Bushke			
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Intrusiones	Perseveraciones	Falsos positivos	Reconocimientos
2	3	1	1	7	7	5	4	8	2	0	11
Post-test											
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Intrusiones	Perseveraciones	Falsos positivos	Reconocimientos
3	4	3	1	6	7	9	7	4	0	0	12
SUJETO No. 2				Pre-test				Test de Groober y Bushke			
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Intrusiones	Perseveraciones	Falsos positivos	Reconocimientos
2	2	2	1	3	3	5	0	27	0	26	15
Post-test											
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Intrusiones	Perseveraciones	Falsos positivos	Reconocimientos
1	0	1	1	0	2	5	3	18	0	2	7
SUJETO No. 3				Pre-test				Test de Groober y Bushke			
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Intrusiones	Perseveraciones	Falsos positivos	Reconocimientos
0	0	0	0	0	1	0	0	13	0	20	13
Post-test											
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Intrusiones	Perseveraciones	Falsos positivos	Reconocimientos
1	0	1	0	0	0	2	0	17	0	21	9
SUJETO No. 4				Pre-test				Test de Groober y Bushke			
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Intrusiones	Perseveraciones	Falsos positivos	Reconocimientos
0	0	0	0	2	1	0	1	13	0	3	14
Post-test											
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Intrusiones	Perseveraciones	Falsos positivos	Reconocimientos
0	0	1	2	2	2	3	6	3	1	2	13
SUJETO No. 5				Pre-test				Test de Groober y Bushke			
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Intrusiones	Perseveraciones	Falsos positivos	Reconocimientos
3	1	0	0	4	3	1	1	58	0	0	12
Post-test											
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Intrusiones	Perseveraciones	Falsos positivos	Reconocimientos
2	1	2	0	0	3	3	2	44	0	2	16
SUJETO No. 6				Pre-test				Test de Groober y Bushke			
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Intrusiones	Perseveraciones	Falsos positivos	Reconocimientos
5	2	2	0	0	0	5	3	8	2	12	14
Post-test											
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Largo Plazo	Intrusiones	Perseveraciones	Falsos positivos	Reconocimientos
2	1	1	0	0	3	4	5	22	0	1	14
SUJETO No. 7				Pre-test				Curva simple de memoria			
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Ensayo 4	Ensayo 5	Largo Plazo			Intrusiones	Perseveraciones		
3	4	4	2	4	0			1	0		
Post-test											
Recobro libre				Recobro con pregunta clave				Fenómenos Patológicos			
Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Ensayo 4	Ensayo 5	Largo Plazo			Intrusiones	Perseveraciones		
1	0	0	1	0	1			3	0		

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En primera instancia es importante anotar que los resultados del presente estudio se limitan al grupo con el cual se trabajó y, siendo esta una muestra pequeña y un área escasamente estudiada, el análisis puede ser considerado como un estudio piloto.

De los siete pacientes que finalizaron el proceso, cuatro (4) mostraron una mejoría o conservación de sus habilidades mnemónicas; uno (1) se mantuvo estable y dos (2) mostraron retroceso. También se observó una reducción general de los fenómenos patológicos (intrusiones, perseveraciones y falsos positivos).

Se considera que más allá del cambio en los puntajes de la memoria, pueden destacarse los resultados en otras variables, que si bien no eran las variables de resultado, resultan de gran interés para el bienestar del paciente: cambios en el estado anímico, motivación, mejoramiento de la comunicación interpersonal, entre otras. Todas ellas trabajadas a través del diario de campo de la investigadora.

Uno de los aspectos que dificulta notoriamente el proceso, está relacionado con el hecho de que las fases de la enfermedad de Alzheimer no se pueden definir exactamente ya que, aunque todos los pacientes del grupo estaban diagnosticados en el estadio 1 de la enfermedad, sus habilidades y grado de deterioro mnemónico eran bastante diversas. Siendo esta la situación, se considera complejo estandarizar el tratamiento y proponer un programa replicable para grupos en estas condiciones.

Por otra parte, se pudo observar que los pacientes que mostraban una mayor conservación de su memoria general, también mostraron mejores desempeños en cuanto a la memoria musical y las actividades musicales en general. Surge entonces, a partir de esta experiencia, un continuo interrogante: ¿está la memoria musical relacionada con los demás tipos de memoria o es una habilidad separada?

Según algunos autores como Howard Gardner, las habilidades metales y las “inteligencias” se puede dividir en subgrupos o en inteligencias múltiples,

proponiendo la inteligencia musical como una entidad aislada. Así mismo, la concepción tradicional o “modular” de la memoria ha separado un área específica para cada forma de representación cognitiva (memoria semántica, episódica, de trabajo, etc.).

Otros investigadores como Lashley, Alexander Luria, Rumelhart y MacClellant, Norman Geschwind desarrollaron la “teoría conexionista”, que por el contrario a la teoría modular, propone que la memoria y los objetos mentales del conocimiento están constituidos por amplias redes de neuronas corticales entrelazadas sinápticamente.

En el desarrollo del presente trabajo se observó y se corroboró a través de diversas pruebas, que la memoria musical y la memoria episódica en este caso, sí tienen una co-relación y, que además, los pacientes que mostraron mejores habilidades cognitivas, también mostraron mejores habilidades musicales. De este modo, podría ratificarse que los sistemas cerebrales se encuentran estrechamente entrelazados unos con otros y que además, poseen elementos comunes y asociativos.

Por lo anterior, se considera que la estimulación cognitiva a través de la memoria musical podría llegar a ser una herramienta efectiva en el trabajo interdisciplinario con este tipo de pacientes, puesto que la música, por ser una actividad mental compleja, puede activar diversas áreas del cerebro y estimula no solo los sistemas de memoria, sino también las áreas motoras, las áreas del lenguaje, el área socio-afectiva y el área de razonamiento espacial.

Por otra parte, las habilidades de producción rítmica y memoria rítmica (en especial la imitación), parecen continuar más preservadas que las demás; al respecto, se observó cómo los pacientes respondían y desarrollaban mejor tareas de producción rítmica, pese a mostrar problemas importantes en actividades melódicas, motoras o musicales-verbales. Podría considerarse que el ritmo, por ser el elemento más concreto y básico del lenguaje musical, es el último en perderse, permaneciendo como una especie de memoria implícita.

CONCLUSIONES

Como resultado de la investigación podría concluirse que la memoria musical puede estimular y tener relación con la memoria episódica, ante todo porque el estímulo musical está estrechamente relacionado con la emoción, que a su vez se asocia con la evocación de los recuerdos autobiográficos, es decir, un ritmo, melodía o sonido que hace parte de la historia de un paciente, puede facilitar el recuerdo de hechos autobiográficos porque a su vez hay una experiencia o evocación emocional asociada.

Sin embargo este es un trabajo no conclusivo y de carácter exploratorio, siendo recomendable seguir investigado al respecto; para garantizar mayor validez y confiabilidad en el experimento es conveniente trabajar por un periodo de tiempo más prolongado y con una muestra más grande.

Por otra parte, la música y en especial los aspectos melódicos, favorecen los procesos de memoria verbal hablada o escrita en pacientes con demencia tipo Alzheimer; la aparición de la melodía facilita el recuerdo y aprendizaje de canciones nuevas y familiares, así como sus asociaciones con recuerdos relacionados. Sin embargo, existe gran dificultad para la estandarización de este tipo de tratamientos, por cuanto la evolución de la EA es diferente en cada caso y existen variables cognitivas, socio-culturales, educativas y musicales que dificultan este proceso.

Es claro que existe una relación directa entre el perfil de desempeño musical y la evolución del deterioro cognitivo, reiterándose en este caso, la teoría conexionista. También se encontraron relaciones importantes entre el estado cognitivo y aspectos como la capacidad de evocación de emociones: a mayor deterioro, menor capacidad de evocación emocional, aspecto que además se relaciona con la pérdida del “yo” característico en las discapacidades mnemónicas. Además se dio una mayor conservación y mejores resultados terapéuticos en los pacientes que iniciaron el tratamiento en mejores condiciones cognitivas, siendo relevante iniciar el proceso en la fase inicial de la enfermedad. Así mismo, se observó una relación entre el nivel educativo o el grado de utilización de las habilidades cognitivas durante la

historia personal y la conservación de estas destrezas en los sujetos participantes.

La musicoterapia además, tiene un efecto positivo en el estado anímico de los pacientes y en sus procesos de socialización, favoreciendo su calidad de vida y la de sus cuidadores. Aunque no se utilizaron instrumentos de medición para evaluar los cambios en el estado de ánimo o en la calidad de vida, si se pudieron observar estos cambios a través de la experiencia terapéutica.

REFERÊNCIAS

ALDRIDGE, D. **Music therapy in dementia care**; Jessica Kingsley Publisher; London, 2000.

BLOOD, A.J; ZATORRE, R.J. Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. **Proceeding of the National Academy of Science**. U. S. A, 2001, (98) 20: 11818–11823.

CUNNINGHAM, CJ, et al. Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, 2006; 22:108–20.

GINARTE ARIAS, Y. Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos; **Rev de Neurología**, 2002; 35 (9): 870-876.

GEULA, M. Activities for AD: Music encourages self-expression. **Alzheimer's Disease and Related Disorders Newsletter**, 1986; 6: 2-7.

LORD,TR; GARNER, JE. **Effects of music on Alzheimer patients. Perceptual and Motor Skills**, 1993; 76(2): 451–5.

MERCADAL-BROTONS ,M; MARTÍ AUGÉ, P.**Manual de Musicoterapia en Geriatria y demencias; Monsa-Prayma ediciones**; 1ra Edición. Barcelona, 2008.

MENON, V. Levitin, D.J. The rewards of music listening: response and physiological connectivity of the mesolimbic system; **El sevier, NeuroImage**, 2005; 28: 175–184

MCCLOSKEY. L. The silent heart sings. Special Issue: Counseling and therapy for elders. **Generations**, 1990; 14(1): 63-65

MONTAÑEZ, P. Memoria y Olvido: Alteraciones en el EA. **Revista Neurociencias en Colombia**, 1998; 6, (1): 31-45.

PRICKETT, C. MOORE, R. The Use to Music to aid memory of Alzheimer's Patients. **Journal of Music Therapy**, 1991; 28, (2):101-110.

RICKERT, E. et al. Early stage Alzheimer's disease disrupts encoding of contextual information. **Neuropsychology and Cognition**, 1998; 5(1): 73-81.

SCHAPIRA, D. FERRARI, K. SANCHES Viviana; HUGO, Mayra Musicoterapia **Abordaje plurimodal**; Adim editors, Buenos Aires; 2007

SMITH, S. **The unique power of music therapy benefits Alzheimer's patients. Activities, Adaptation and Aging**, 1990; 14: 59-63

TAYLOR, D. **Fundamentos biomédicos de la musicoterapia**. Editorial Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2010.

THAUT, M. GFELLER, K. DAVIS, W. **Introducción a la Musicoterapia. Teoría y práctica**; Editorial Boileau; Barcelona, 2000.

ZAMARRÓN CASSINELLO, M.D. TARRAGA MESTRE, L. Fernández BALLESTEROS, R. Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva; **Psicothema** 2008; 20 (3): 432-437.

ZATORRE, R. Music, the food of Neuroscience? **Rev. Nature neuroscience**, 2005; 434: 312-315.

O ENVELOPE SONORO E O PALMING: A INTEGRAÇÃO ENTRE O TOQUE E O CANTO COMO BASE DA RELAÇÃO COMO BASE DA RELAÇÃO COM UMA CRIANÇA AUTISTA²³

The Sound Envelope and Palming:
The Integration Between The Touching and Singing Relating to an Autistic Child

*Luís de Moura Aragão*²⁴

78

Resumo - Atualmente, cada vez mais pesquisas estão sendo realizadas a respeito das naturezas *sensoriais* que constituem o Transtorno do Espectro Autista na infância desde os primeiros meses de vida. Observa-se que em muitas crianças autistas parece haver algum desequilíbrio no processamento das experiências sensoriais, o que afeta a capacidade delas de se engajarem em relações interpessoais no decorrer de suas vidas. Diversos autores nos falam que o diálogo sensorial tônico-sonoro característico da maternagem é uma condição fundamental para a criança conseguir se relacionar com o outro (a mãe, o pai, a família e os demais círculos sociais). Neste artigo busco investigar a influência da integração rítmica e melódica entre o canto (improvisado ou re-criado) e o *Palming* (um toque corporal específico proveniente da Análise Psico-Orgânica), na conquista de um vínculo e o início de uma relação terapêutica que vivi com uma criança autista de 4 anos, durante um semestre, no setor de Musicoterapia do CRPD-CIAD da SMPD-RJ.
Palavras-Chave: Autismo, diálogo tônico-sonoro, musicoterapia, análise psico-orgânica.

Abstract - Currently, more and more research are being conducted concerning the *sensory* nature that constitute the autism spectrum disorder in childhood since the first months of life. It is observed that in many autistic children there seems to be some imbalance in the processing of sensory experiences, which affects the ability of them to engage in interpersonal relationships in the course of their lives. Several authors tell us that dialogue-tonic sound sensory characteristic of parenting is a fundamental condition for the child can relate to each other (the mother, the father, the family and other social circles). In this article I seek to investigate the influence of rhythmic and melodic integration between my sing (improvised or re-created) and the *Palming* (a specific body touch from *Psycho-Organic Analysis*), in the conquest of a bond and the beginning of a therapeutic relationship that I lived with an autistic child of 4

²³ Este artigo apresenta um trabalho clínico desenvolvido com um usuário do CRPD-CIAD/SMPD e foi devidamente autorizado mediante autorização da PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO-RJ. No intuito de proteger a intimidade da criança e de sua família, o nome que foi utilizado no artigo é fictício.

²⁴ Musicoterapeuta (AMT-RJ 527-1/CBM-CEU); Psicoterapeuta Corporal em Análise Psico-Orgânica (CEBRAFAPO); Psicomotricista em formação (ANTHROPOS)
Contato: lula03rj@gmail.com

years, during one semester, in the sector of music therapy of CRPD-CIAD/SMPD-RJ.

Keywords: musictherapy, psico-organic analysis, tonic-sounding dialogue

Rafael, de 4 anos, foi recebido pela instituição em 2010 (na época com 2 anos e 8 meses) e, de acordo com a mãe, apresentava um histórico de pré-natal normal sem grandes intercorrências. Nas primeiras sessões de avaliação, realizadas de forma interdisciplinar por profissionais da Psicologia e da Fisioterapia, foram observadas na criança as seguintes características: preferências por brincadeiras que envolviam muita velocidade; aversão profunda ao toque corporal; não percebia sons altos; não estabelecia contato visual; andava na ponta dos pés e apresentava auto e hetero-agressão. A mãe, que buscava compreender melhor a(s) natureza(s) da experiência vivida por Rafael, relatou que ele gostava muito de assistir DVDs da Xuxa sentado bem próximo à TV. Todas essas características configuravam, a princípio, um quadro autístico *grave*.

A partir daí, Rafael começou a ser atendido, em 2011, pela abordagem da Terapia de Integração Sensorial, no intuito de favorecer a construção dos aspectos sensório-motores que possivelmente estavam relacionados ao nível de responsividade emocional-social observado nas sessões de avaliação. Nesse sentido, foram trabalhados todos os sistemas sensoriais, incluindo o vestibular e o proprioceptivo através de materiais lúdicos tais como bolas, tecidos, pula-pula, orbitador e outros.

No mesmo período, Rafael começou a ser atendido pela Musicoterapia, com objetivo de favorecer a comunicação não-verbal e pré-verbal através de improvisações (livres) e re-criações musicoterápicas. Para tanto, foram utilizados como materiais de trabalho os sons do próprio corpo em movimento pelo espaço, os sons dos instrumentos musicais (convencionais e não-convencionais) externos ao corpo e o encontro entre ambas as fontes.

As respostas obtidas pelas duas abordagens contribuíram consideravelmente para redução de alguns sintomas observados,

especialmente a auto e hetero-agressão e o contato visual com os terapeutas. Em Janeiro de 2013, entrei na instituição e re-iniciei o atendimento de Rafael, após pequena pausa de 1 mês ocorrida em Dezembro de 2012 em virtude da saída da Musicoterapeuta responsável pelo setor até então.

O processo terapêutico de construção relacional em musicoterapia

80

Durante o primeiro semestre de 2013, período no qual atendi o paciente, procurei valorizar e ampliar os avanços já conquistados por ele na capacidade de interagir não-verbalmente com o adulto, de forma a conquistar novas capacidades relacionais junto ao menino.

Visualizo duas etapas principais que marcaram o processo terapêutico de construção relacional com Rafael na Musicoterapia:

- a) *Observação e espelhamento dos padrões de movimentação sonoro-corporal de Michel durante a sessão: correndo pela sala de braços abertos, vocalizando, pegando instrumentos musicais pequenos e bolas pequenas para jogá-los no chão agressiva e compulsivamente.*

Colocando-me presente e disponível para me relacionar corporalmente com essa movimentação do menino, pude compreender o seu *correr* e o seu *vocalizar* como uma busca por se lançar/projetar no espaço *físico-acústico* para sentir o prazer de existir (ao mesmo tempo) dentro e fora do corpo. A voz que se lança pelo espaço de uma sala busca alcançar a distância que o corpo material não pode tocar (Lapierre e Aucouturier, 1986). A sensação de prolongamento do próprio corpo ao vocalizar para conquistar o espaço é vivida com muito prazer por uma criança, e com Rafael não parecia ser diferente.

Busquei, então, investir nas suas expressões corporais e vocais no intuito de “estabelecer relação e facilitar uma resposta interativa” (Bruscia, 1987). Numa dança espontânea que os nossos corpos começaram a tecer entre corridas, grunhidos, rodopios e garatujas vocais, procurei não só espelhar seus gestos sonoros, mas respondê-los com outros, novos, no intuito de abrir diálogos não-verbais e favorecer o engajamento interpessoal.

Nesse sentido, eu buscava estabelecer um vínculo a partir dos *afetos de vitalidade* entre nós. Caminha (2008, p.33), com base neste conceito de Stern (1992), afirma que esses afetos “não se ajustam à taxonomia de afetos existentes como raiva, alegria e tristeza, por exemplo (...) São qualidades indefiníveis e melhor descritas em termos dinâmicos e cinéticos como *surgindo*, *desaparecendo* e *explodindo*, entre outras”. São qualidades de ação que vivemos de forma intensa durante uma produção sonora-musical com o nosso corpo ou com outras fontes musicais.

Segundo Bruscia (1998), tanto o terapeuta quanto o paciente podem, por exemplo, utilizar “vários tipos de sons corporais percussivos (palmas, toques, estalidos) (...), instrumentos e/ou qualquer combinação de recursos sonoros” (p.125 e 126). Essas diversas combinações, sempre imprevisíveis e nascidas a cada instante da expressão sonoro-musical, compõem o que conhecemos como *improvisações musicoterápicas*. Através delas começamos a viver novas interações e a construir a nossa relação.

Essa dança corporal interativa se desdobrou também a partir do movimento repetitivo de jogar os materiais no chão. Rafael elegia materiais diversos em par (cones de plástico, caxixis, bolas) para atirar ao chão com muita intensidade tônica. Era um momento em que ele vivia sua agressividade com os objetos, não mais contra o seu próprio corpo ou contra o corpo do terapeuta, mas sim usando-os como “transmissores de tensões” (LAPIERRE e AUCOTURIER, 1986).

Eram danças binárias (correr para um lado e para outro da sala, andar na ponta dos pés, pegar e jogar os instrumentos musicais no chão, expressões vocais alternadas) que, gradualmente, ampliavam a qualidade da nossa interação corporal. Vivíamos, portanto, uma composição musical em parceria, pois o corpo dele estava ali em pulsação e interação criativa com o meu corpo, ainda que, aparentemente, houvesse pouca apropriação, consciência, da sua necessidade e desejo de se relacionar.

Em certo momento, Rafael começou a propor uma nova dança (muito vivida por crianças autistas): apagar e acender as luzes repetidamente. Durante a dança, começamos a nos aproximar fisicamente, e eu comecei a

tocar o seu corpo pelas costas. Até um dia em que ele deixou a luz apagada e eu toquei os seus pés. Sentado à sua frente, olhando nos seus olhos, produzi um canto buscando sincronizá-lo com a pulsação rítmica do toque. Nascia uma nova dança binária que nos levaria para uma nova etapa na construção da relação terapêutica.

b) *Diálogo tônico-afetivo através da integração do toque com o canto*

Esta dança se repetiu por várias sessões e Rafael foi, progressivamente, relaxando seu tônus muscular e permanecendo por mais tempo em contato direto com o meu toque. De verdade, eu não sabia até que ponto Michel tinha vivido esse contato no início de sua vida, mas a sua resposta corporal ao meu “toque rítmico-melódico” me informou que eu deveria continuá-lo. Aos poucos, fui ampliando o toque para as suas pernas (respondendo a um pedido dele ao ficar de cuecas em uma sessão²⁵), para o resto do seu corpo todo.

Depois de algumas sessões em que vivemos este contato e esta troca, Rafael criava uma música nova, sempre propondo uma melodia curta de graus conjuntos que se repetia diversas vezes. Dessa forma, eu favorecia nele a assimilação da minha expressão sonora-musical e oferecia uma espécie de *envelope tátil-sonoro* que se tecia em *ritornelo* para proporcionar uma experiência de *maternagem*. Nela, eu buscava co-criar com ele um espaço de segurança, enraizamento e, ao mesmo tempo, autonomia, respeito pelo seu ritmo e liberdade para sair do contato se isso fosse necessário.

Tratava-se de ritornelos sobrepostos (toque manual e vocal) que traçavam um território marcado pelo constante retorno do pulso, pela regularidade rítmica (CRAVEIRO DE SÁ, 2003). Nesse pulso, a tonalidade e as vibrações dos nossos corpos, exprimiam nossas tensões afetivas e criavam um acordo tônico prazeroso. É o “segredo” do efeito calmante gerado pelos acalantos infantis.

²⁵ Nesta sessão a mãe estava presente na sala e, ao ver o filho tirando as calças, tentou impedi-lo. Convidei-a a considerar a possibilidade de Rafael estar solicitando contato corporal com o espaço, com os objetos e também comigo. Ela, então, revelou que quando estavam em casa, Michel sempre tirava as calças e ela permitia.

A figura do envelope se refere, de acordo com Anzieu (1988), ao banho sonoro oferecido pela mãe (desde a gestação) que vai agir, progressivamente, na constituição dos limites corporais do bebê. Segundo o autor,

Antes que o olhar e o sorriso da mãe que alimenta e cuida produzam na criança uma imagem de si que lhe seja visualmente perceptível (...), o banho melódico (a voz da mãe, suas cantigas, a música que ela proporciona) põe à disposição um primeiro espelho sonoro do qual ela se vale a princípio por seus choros (que a voz materna acalma em resposta), depois por seus balbucios e, enfim, por seus jogos de articulação fonemática (ANZIEU, 1988, p. 213)

Benenzon (1988) nos fornece exemplos de inúmeros tipos de sons produzidos pelo corpo materno e o pelo próprio feto em interação, mostrando-nos como esse corpo é uma verdadeira orquestra criativa

O roçar das paredes uterinas, o fluxo sanguíneo de veias e artérias, ruídos intestinais, sons de murmúrios da voz da mãe, sons e movimentos de inspiração e expiração, movimentos mecânicos de atrito, tanto viscerais, quanto articulares, musculares, de processos químicos e enzimáticos, assim como de muitos outros (BENENZON, 1988p.13)

Nesta troca que vivíamos sentados no chão, eu usava o toque para convidar Rafael a construir o seu *grounding*, ou seja, a apropriação do seu corpo a partir do enraizamento dos seus pés no chão. Ao mesmo tempo, eu usava o canto para convidá-lo a se abrir para o outro, para a relação com o mundo. Assim, eu buscava “fluidificar canais de comunicação extrapsíquicos” que se “(...) encontravam rígidos ou estereotipados” (BENENZON, 1988, p.47)

Para isso, eu lançava mão (literalmente) do *Palming*, um toque/massagem corporal proveniente da Análise Psico-Orgânica, que visa “dar o contorno, a forma e a fronteira do corpo; dar asseguramento, sensação de apoio e limite ao paciente”, ajudando-o a reintegrar suas experiências corporais quando ele se sente fragmentado (SACHARNY, 2000). No caso de Rafael, tratava-se de uma fragmentação da experiência sensorial.

Pela ótica do Círculo Psico-Orgânico, principal modelo teórico-prático desta linha de Psicoterapia Corporal, a vivência dessa sensação de limites, do

contorno e das fronteiras do corpo é fundamental para constituição da nossa identidade orgânica. É através dela que podemos nos perceber, gradualmente, diferente do outro e encontrar o prazer de nos relacionar com esse outro. Nesse sentido, o contato interativo através de expressões vocais e táteis eram essenciais para transformação dos padrões repetitivos de movimentação do paciente.

A cada novo envelope que vivíamos juntos, Rafael aprofundava o nível de contato tônico através do olhar e de uma tímida voz. O tempo de sustentação desse contato foi ampliando e começamos a incluir materiais que poderiam prolongá-lo e, posteriormente, promover outros tipos de experiência. Eles serviriam, agora, como *mediadores* da *relação* corporal, permitindo-nos sair, pouco a pouco, desse lugar de fusão tônico-sonora.

A busca agora era ampliar as bordas do envelopamento, convidando o corpo a entrar em contato com os limites oferecidos pelos materiais disponíveis na sala. Destaco aqui três deles que foram fundamentais nessa expansão do processo terapêutico de Rafael: caixas de papelão ou acrílico, cabana de brinquedo e um *tan-tan*. Criando diferentes combinações com esses materiais, pudemos interagir a partir da mesma integração tátil-sonora inicial, mas agora com uma movimentação corporal mais dinâmica.

Dentro da cabana de brinquedo “recheada” de tecidos, Rafael entrava e se escondia logo no início da sessão. Eu lhe chamava entoando seu nome de diversas formas, de forma lúdica, e ele parecia responder com algumas garatujas vocais. Eu abria a porta da cabana, me aproximava do seu corpo, envolvia suas pernas com os tecidos e cantava uma pequena melodia curta. Sua resposta tônica era de relaxamento e sua expressão facial aparentava surpresa e concentração. Ao entrar no berço móvel (caixa com tecidos dentro), por exemplo, Rafael estabeleceu ótimo contato visual enquanto eu cantava e lhe puxava pelo espaço da sala partindo da mesma pulsação rítmica. Já com o *tan-tan*, aceitou o meu convite para entrar no corpo do instrumento e rolar com ele lentamente pelo chão enquanto eu produzia uma pulsação rítmica regular com estalidos de língua que foram iniciados por ele.

A partir dessas novas interações, Rafael começou a estabelecer mais contato visual, sorriu mais vezes durante a sessão, expressou os seus primeiros balbucios (“Mã, mã !”) e passou a buscar o contato corporal espontâneo comigo através dos pés (segunda parte do seu corpo que eu toquei, logo após as costas). Naturalmente, os seus pés já estavam menos tensos e ele já conseguia experimentar aproximá-los do chão.

Gradualmente, Rafael saía da sua “toca”, do seu casulo, do seu isolamento, para encontrar o outro, os outros, o mundo.

Todas as experiências relacionais conquistadas no plano sonoro-sensorial-corporal com este paciente me fazem crer na potência desta abordagem terapêutica em Musicoterapia na clínica do autismo infantil.

A partir do final do primeiro semestre de 2013, em virtude da minha saída da instituição pública, não pude dar continuidade ao trabalho. No entanto, ele está ganhando continuidade (pelas mãos da MT Carla Lavratti) no sentido de iniciar a construção dos diálogos verbais através do fazer musical terapêutico.

REFERÊNCIAS

ANZIEU, Didier: **O Eu-Pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 309p.

BENENZON, Rolando. **A Teoria da Musicoterapia – Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal**. São Paulo: Summus Editorial, 182p.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro; Enelivros, 312p.

_____. **Improvisational Models of Music Therapy**. Springfield,IL; Charles C. Thomas Publications, 573p.

CAMINHA, Roberta Costa. **Autismo: Um transtorno de natureza sensorial?** 68 páginas, PUC-RIO, Rio de Janeiro, 2008.

DSM-V. Disponível em: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>. Data: 10.09.2013

Curso “MUSICOTERAPIA E AUTISMO”. Disponível em: <http://www.neuromusicoterapia.com.br/>. Data: 10.09.2013

LAPIERRE, Andre; AUCOUTURIER, Bernard: **A Simbologia do Movimento – Psicomotricidade e educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 88p.

LAPIERRE, Anne; LAPIERRE, Andre: **O adulto diante da criança de 0 a 3 anos – Psicomotricidade relacional e formação da personalidade**. 2ª edição. Curitiba: Ed. UFPR: CIAR, 165p.

SACHARNY, Silvana. Disponível em: <http://www.cebrafapo.com.br/pdfs/ART-Silvana-MB.pdf>. Data: 10.09.2013

SÁ, Leomara Craveiro de. **A Teia do tempo e o autista – música e musicoterapia**. Goiânia: Editora UFG, 178p.

WORLD FEDERATION OF MUSICTHERAPY. Disponível em www.musictherapyworld.net. Data: 10.09.2013.

O TRATAMENTO MUSICOTERAPÊUTICO APLICADO A COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS EM UM ENSAIO CONTROLADO RANDOMIZADO

The Music Therapist Treatment Applied to Verbal and Nonverbal Communication of Children with Multiple Disabilities in a Randomized Controlled Trial

Gustavo Andrade de Araujo²⁶, Gustavo Schulz Gattino²⁷, Júlio César Loguercio Leite²⁸, Lavínia Schüler-Faccin²⁹

87

Resumo: Cerca de 1% da população brasileira é acometida por duas ou mais deficiências em um mesmo indivíduo. Este trabalho visou avaliar o efeito do tratamento musicoterapêutico nas habilidades comunicativas de crianças com deficiências múltiplas. **Método:** Ensaio controlado randomizado incluindo 42 indivíduos com deficiências múltiplas, divididos em grupo experimental e controle. O grupo experimental recebeu 18 sessões de tratamento. A avaliação foi feita pela escala ADL (avaliação do desenvolvimento da linguagem). **Resultados:** O TEP calculado para a comparação do grupo experimental e do grupo controle a partir da mudança de escores entre os dois períodos de tempo foi de 1.02 (IC 95% 0.36 a 1.64, P=0.001) para linguagem compreensiva e um TEP calculado em 1.49 (IC 95% 0.78 a 2.14, P<0.001) para a linguagem expressiva; valores estes considerados de efeito moderado para estudos biomédicos. **Conclusão:** Esse estudo demonstrou um efeito terapêutico positivo da musicoterapia para esta população.

Palavras-Chave: Musicoterapia, Criança, Comunicação, déficits neurológicos.

Abstract: Reason: About 1% of the Brazilian population is affected by two or more disabilities on the same individual. This study aimed to assess the effects of music therapy treatment on the communicative abilities of children with multiple disabilities. **Method:** Randomized controlled trial including 42

²⁶ Doutorando no programa de pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (PPGSCA) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em saúde da criança e do adolescente pela Universidade federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), RS, Brasil. Bacharel em Musicoterapia pelo Instituto Superior de Música de São Leopoldo. Currículo Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4200682D5>.

²⁷ Mestre e Doutor no programa de pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (PPGSCA) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), RS, Brasil. Bacharel em Musicoterapia pelo Instituto Superior de Música de São Leopoldo. <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4207481T4>.

²⁸ Médico Geneticista e coorientador, membro do Serviço de Genética Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), RS, Brasil. <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4770398H4>

²⁹ Médica Geneticista e Orientadora membro do Departamento de Genética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS e do serviço de Genética Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre HCPA, RS, Brasil. <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4780305E6>

individuals with multiple disabilities, divided into experimental and control groups. The experimental group was subjected to 18 treatment sessions. The evaluation was made using the ALD scale (Assessment of Language Development). **Results:** The SES calculated - for comparison between the experimental and the control group - from the change in scores of the two time periods was 1.02 (95% CI 0.36 to 1.64, $P=0.001$) for comprehensive language and a SES calculated at 1.49 (95% CI 0.78 to 2.14, $P <0.001$) for expressive language; these are considered as moderate effect values for biomedical studies. Conclusion: The study has demonstrated a positive therapeutic effect of music therapy treatment for this population.

Keywords: Music Therapy Treatment, Child, Communication, neurological deficits

1. INTRODUÇÃO

Deficiência Múltipla (DM) é a expressão adotada para designar pessoas que têm mais de uma deficiência. É uma condição heterogênea que identifica diferentes grupos de pessoas, revelando associações diversas de deficiências que afetam, mais ou menos intensamente, o funcionamento individual e o relacionamento social¹.

O próprio conceito de DM varia entre os estudiosos. Para alguns, é a ocorrência de apenas uma deficiência, cuja gravidade acarreta conseqüências em outras áreas². Nessa concepção, uma deficiência inicial é geradora de outras deficiências secundárias, vindo a caracterizar a múltipla deficiência. Para outros autores, como Contreras e Valente (1993), a caracterização de DM depende da observância de certos aspectos, como: a presença de duas ou mais deficiências simultaneamente, na mesma pessoa, podendo ser de origem psíquica, física e ou sensorial; essas deficiências não precisam ter relação de dependência entre si, ou seja, uma das deficiências não condiciona que existam outra ou outras deficiências. O conceito mais utilizado atualmente no Brasil é o do Ministério da Educação, em que considera deficiente múltiplo quem apresenta perda parcial ou total da audição e da visão (deficiência auditiva e visual), ou associação de duas ou mais deficiências (Deficiência Múltipla)¹.

A musicoterapia tem se destacado no atendimento de crianças com necessidades especiais possivelmente por facilitar a abertura de canais de comunicação, verbais e não verbais, através de experiências musicais (COELHO, L. 2002; CRAVEIRO DE SÁ, L. 2003; MARANHÃO AL. 2007). As atividades sonoro-musicais envolvem uma gama de qualidades expressivas, formas dinâmicas e diálogo, oferecendo ainda meios para que algumas formas de comunicação alternativa possam ser estabelecidas para ajudar a atingir compromisso, interação e relacionamento com outros sujeitos (KENNY, C. 2006; WIGRAM, T. 2002; WIGRAM, T., & GOLD, C. 2006). O desenvolvimento das habilidades de comunicação através do tratamento musicoterapêutico pode ajudar a criança no estabelecimento de formas mais saudáveis de interação social e da capacidade de aprendizagem (VALLE, DARIO 2006; OLIVEIRA, QUEILA 2008). Nessa terapia o paciente pode se expressar através de quatro ferramentas básicas que o auxiliam a expressar a sua problemática. As quatro ferramentas são: a música, os sons, a voz e os instrumentos musicais (GALLARDO, R. 2004).

De maneira sintética, a Musicoterapia no campo das deficiências múltiplas visa o estabelecimento de melhores formas de comunicação, interação social, aprendizagem, elevação da auto-estima, habilitação e reabilitação de funções sensório-motoras (GATTINO GS 2008). A clínica musicoterapêutica atua tradicionalmente no tratamento de diferentes tipos de deficiências: física, visual, auditiva e mental (SAMPAIO, R. T. 2000).

Considerando a escassez e a limitação dos trabalhos apresentados pelas publicações sobre musicoterapia na comunicação de crianças com deficiências múltiplas, em que a maioria da literatura corresponde a estudos de caso e relatos teóricos sem um grupo controle, visa-se a necessidade de um estudo com maior relevância. Por esta razão foi realizado um ensaio controlado randomizado sobre o efeito da musicoterapia na comunicação de crianças com deficiências múltiplas.

2. METODOLOGIA

2.1 Delineamento

Ensaio controlado randomizado, registrado no *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) através do *Australian New Zealand Clinical Trials Registry* (ANZCTR <http://www.anzctr.org.au>) sob número ACTRN12609000692235.

As diretrizes CONSORT foram utilizadas como guia de qualidade deste estudo. Os participantes foram randomizados em dois grupos: musicoterapia relacional (atendimentos individuais) e tratamento padrão (grupo experimental) e o segundo grupo recebeu apenas tratamento padrão (grupo controle).

Os participantes foram randomicamente alocados de acordo com o processo de randomização aleatória simples para um dos grupos segundo o uso de números sorteados através de um computador. A alocação foi conduzida por um investigador externo ao estudo, o qual organizou os resultados da randomização em duas listas separadas de acordo com os dois grupos. A lista dos participantes foi diretamente enviada para os musicoterapeutas participantes do estudo, que determinaram a intervenção de cada participante.

2.2 Participantes

A amostra foi planejada segundo critério de conveniência. Para se obter uma magnitude padronizada de efeito de 0.9 se estimou a amostra em 42 participantes sendo 21 do grupo experimental e 21 do grupo controle, para um alfa de 0.05, poder de estudo de 80%. O tamanho de efeito de 0.9 foi baseado no estudo de Kim et al. (2008) onde foram encontrados valores de 0.79 e 0.97.

A amostra foi formada pela população de crianças (meninos e meninas) com deficiências múltiplas; com idade entre 6 e 17 anos; residentes na cidade de Porto Alegre e região metropolitana, atendidos na KINDER Centro de Integração da Criança Especial.

Projeto submetido e aprovado pelo conselho de ética do Hospital de

Clínicas de Porto Alegre (HCPA) sob número 08685.

2.3 Mensurações

Os eventos da pesquisa foram analisados segundo a avaliação quantitativa da escala Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL) que avalia a linguagem compreensiva e a linguagem expressiva da criança (verbal e não verbal) (MENEZES, MARIA LÚCIA NOVAES 2003).

A ADL avalia a linguagem compreensiva e a linguagem expressiva da criança (verbal e não verbal). Para realizar este teste, o entrevistador avalia as habilidades comunicativas através da observação da criança na interação com brinquedos e desenhos, além de observação das respostas da criança em perguntas realizadas pelo avaliador. A aplicação da escala tem duração média de 20 minutos.

As avaliações da ADL foram conduzidas antes da implementação da musicoterapia e do tratamento padrão. As mensurações foram conduzidas por dois investigadores que estavam cegados sobre a identidade dos grupos, o que foi realizado para aumentar a objetividade na avaliação dos desfechos.

2.4 Tratamento

O tratamento musicoterapêutico usado no estudo baseou - se na musicoterapia relacional. Esta proposta foi criada pelo musicoterapeuta Rubén Gallardo e tem o objetivo de ajudar os indivíduos a desenvolver suas capacidades (comunicativas e sociais, por exemplo) de acordo com as interações no setting musicoterapêutico. Estas interações são feitas através de experiências musicais tais como: cantar, tocar, compor e improvisar. Na musicoterapia relacional o foco está nas ações do participante. O musicoterapeuta adota uma postura não diretiva onde as atividades surgem principalmente pela ação do paciente, já que essa abordagem possui uma

orientação psicodinâmica. Nesta abordagem não há um protocolo fixo de atividades.

Os participantes do grupo experimental receberam as atividades escolares (aulas regulares de três horas de segunda a sexta) e 18 sessões de musicoterapia com duração de 30 minutos cada, duas vezes por semana, além de três sessões de avaliação. Ao final dos três encontros foi preenchida uma avaliação intitulada Exame Clínico Musicoterapêutico (ECM) (GALLARDO R. 2007). O Grupo controle recebeu apenas as atividades escolares e dessa forma essas atividades foram consideradas o tratamento padrão. Ao final da avaliação foi elaborado um parecer global sobre as dificuldades da criança, a influência do seu contexto familiar nas suas dificuldades, além dos objetivos a serem trabalhados no processo de tratamento. Cabe ressaltar que ao longo do tratamento os pacientes continuaram recebendo suas atividades de rotina estipuladas pela KINDER, como atividades pedagógicas e educação física. Trocas de medicação, transporte, problemas familiares, foram observados e anotados, pois possuem influência direta no comportamento desses indivíduos.

As sessões de musicoterapia ocorreram a partir da utilização de instrumentos musicais. Os seguintes instrumentos foram usados na pesquisa: um violão (Memphis®), um teclado (Yamaha®), um tambor pequeno, um par de chocalhos pequenos de metal (Izzo®), um par de chocalhos grandes de metal (Izzo®), um pau-de-chuva pequeno, duas baquetas (Ibanez®), um tamborim (Luen®), um reco-reco grande de madeira, um pandeiro (Show®), um Agê (Musical®), um Cowbell (Liverpool®), um triângulo (Liverpool®), uma meia lua (Izzo®), um metalofone pequeno e um prato de bateria (Sabian®).

2.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 14.0. Os resultados foram descritos e expressos em média e desvio padrão quando sua distribuição foi simétrica, e mediana e amplitude interquartil quando a distribuição foi assimétrica. As variáveis categóricas são apresentadas em freqüências absolutas e

percentuais. O teste de Mann-Whitney, o escore delta e o tamanho de efeito padronizado (TEP) foram utilizados para comparar a evolução dos grupos nos diferentes períodos do estudo.

3. RESULTADOS

93

Na tabela 1 estão apresentados os dados sobre a distribuição por sexo e idade dos participantes. Não foram encontradas diferenças entre o grupo experimental e controle quanto a estas variáveis.

Na tabela 2 estão descritas os tipos de deficiências primárias nos grupos experimental e controle. Paralisia cerebral foi o tipo de deficiência mais freqüente em ambos os grupos, seguido de epilepsia e mielomeningocele.

Os dados descritivos relacionados a escala ADL (mediana, intervalo interquartil e escore delta) no grupo experimental e no grupo controle estão dispostos na tabela 3.

Na tabela 4 estão apresentados os resultados do teste de Mann-whitney, do TEP, e o intervalo de confiança entre os grupos experimental e controle.

3.1 Linguagem Compreensiva

Na avaliação inicial da linguagem compreensiva através do ADL, observou-se um maior comprometimento dos indivíduos do grupo controle testados, pois apresentaram uma mediana inferior em relação ao grupo experimental, apesar da randomização. As pontuações obtidas antes e depois do tratamento mostram que a intervenção musicoterapêutica apresentou na amostra uma superioridade em relação ao tratamento convencional para este desfecho. O TEP calculado para a comparação do grupo experimental e do grupo controle a partir da mudança de escores entre os dois períodos de tempo foi de 1.02 (IC 95% 0.36 a 1.64, P=0.001). Este tamanho de efeito é de valor grande para estudos biomédicos (GOLD 2004).

3.2 Linguagem Expressiva

O grupo controle na avaliação do ADL apresentou-se sem grande evolução ao longo do tempo da pesquisa com medianas e escore delta com pequeno aumento, no entanto o grupo experimental apresentou uma evolução após a aplicação do tratamento musicoterapêutico. O teste de Mann Whitney mostrou uma significância de $P < 0.001$ para este desfecho. Entre os grupos foi encontrado um moderado tamanho de efeito com um TEP calculado em 1.49 (IC 95% 0.78 a 2.14). O intervalo de confiança deste TEP mostra um valor mínimo também de efeito moderado.

94

4. DISCUSSÃO

Neste estudo, foi avaliado o efeito do tratamento musicoterapêutico em uma amostra de crianças com deficiências múltiplas que fazem o seu acompanhamento na KINDER, instituição especializada no atendimento dessa patologia. Cabe ressaltar que esta pesquisa foi o primeiro ensaio controlado randomizado aplicando o tratamento musicoterapêutico em crianças com deficiências múltiplas.

Na avaliação do processo musicoterapêutico foi utilizada a escala ADL para mensurar os efeitos da intervenção. A forma de pontuação foi modificada em relação ao instrumento original que previa apenas respostas do tipo presente ou ausente. Neste trabalho utilizamos uma pontuação quantitativa o que permitiu avaliar com mais sensibilidade a modificação, no período de estudo, das habilidades de comunicação.

O presente estudo mostrou melhora significativa no grupo experimental em relação ao controle, com um TEP de 1.49 (IC 95% 0.78 a 2.14) para linguagem expressiva e 1.02 (IC 95% 0.36 a 1.64) para linguagem compreensiva, valores considerados moderados para estudos biomédicos. Esses resultados mostram uma perspectiva promissora do tratamento musicoterapêutico também aplicado a crianças com deficiências múltiplas.

Foram localizados dois estudos que também fizeram uso da musicoterapia em deficientes múltiplos. O trabalho de Perry analisa qualitativamente uma série de 10 indivíduos com deficiências múltiplas, onde a paralisia cerebral foi o diagnóstico primário mais freqüente. A autora observou ao final do experimento que crianças aprimoraram os seguintes tipos de comunicação: habilidades de comunicação reativas, comunicação dinâmica pré-intencional e comunicação intencional adiantada. O grande benefício desse estudo foi que mesmo em pouco tempo de tratamento as crianças já apresentaram evolução nas suas habilidades de comunicação (PERRY MM. 2003).

O estudo de Debedout e Worden analisou o efeito do tratamento musicoterapêutico em relação ao uso de músicas gravadas e ao uso de um brinquedo sonoro. O experimento foi realizado com 17 crianças que freqüentam escola de educação especial com deficiência intelectual grave. Observou-se a importância da presença do musicoterapeuta na evocação de respostas vocais, afetivas e fisiológicas durante o tratamento (DEBEDOUT, JK., WORDEN, MC. 2006).

Até o presente momento, ensaios controlados randomizados utilizando musicoterapia em crianças com deficiências só estão disponíveis para outras condições, como autismo e paralisia cerebral.

Com relação ao autismo, o número de trabalhos publicados utilizando musicoterapia já permitiu inclusive a publicação de metanálises que demonstram tamanhos de efeito em torno de 0.77 (WHIPPLE J. 2004; GOLD C, WIGRAM T, ELEFANT C. 2006).

Na América Latina o único estudo controlado randomizado é o de Gattino e colaboradores (GATTINO 2008) com uma amostra de crianças com transtornos do espectro autista, onde se observou uma evolução favorável do grupo experimental em relação ao grupo controle para comunicação verbal com TEP de 0.28 (IC 95% -0.01 a 0.57), comunicação não verbal foi de 0.28 (IC 95 % -0.01 a 0.57) e comunicação social de 0.39 (IC 95% -0.08 a 0.86).

Quanto à paralisia cerebral, as investigações se concentram principalmente na melhora motora, onde a intervenção musicoterapêutica também se mostra eficaz (KWAK, EE. 2007).

5. CONCLUSÕES

Nosso estudo fornece dados sobre o efeito do tratamento musicoterapêutico em uma amostra de crianças com deficiências múltiplas, sendo o primeiro estudo de intervenção clínica com crianças com deficiência múltipla publicado em musicoterapia utilizando a metodologia quantitativa em um ensaio controlado randomizado.

Por apresentar evolução significativa do grupo experimental em relação ao grupo controle, sugere-se a continuidade de estudos com essa metodologia em outras patologias com o objetivo de consolidar a musicoterapia como uma via de tratamento eficaz como as terapias convencionais, tais como fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia.

5. REFERÊNCIAS

Coelho, L. **Escutas em Musicoterapia**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo 2002.

Craveiro de Sá, L. **A Teia do Tempo e o Autista: Música e Musicoterapia**. Goiânia: Editora UFG 2003.

Debedout, JK, Worden, MC. **Motivators for Children with Severe Intellectual Disabilities in the Self-Contained Classroom: A Movement Analysis**. Journal of Music Therapy, XLIII (2), 2006, 123-135.

Foreman P., Arthur-Kelly M., Pascoe S. **The impact of partner training on the communicative involvement of students with multiple and severe disability in special schools**. Journal of intellectual & developmental disability. Dec 2007;32(4):233-47.

Gallardo R. **Musicoterapia: 100 Preguntas Fundamentales y sus Respuestas.** Buenos Aires: Ediciones Estúdio de Musicoterapia Clínica 2004.

Gallardo R. **Exámen Clínico Musicoterapéutico.** In: Teoría General de la Musicoterapia. BuenosAires: Universidad Mainmónedes 2007.

Gattino GS. **Musicoterapia para crianças com deficiências múltiplas: possibilidades na prática clínica.** I Simpósio Internacional de Surdocego e Deficiências Múltiplas. São Paulo 2008.

Gold C, Wigram T, Elefant C. **Music therapy for autistic spectrum disorder.** Cochrane Database Syst Rev. 2006(2):CD004381.

Kenny, C. **Music & Life in the Field of Play: An Anthology.** Gilsum: Barcelona Publishers 2006.

Kwak ,EE. **Effect of Rhythmic Auditory Stimulation on Gait Performance in Children with Spastic Cerebral Palsy.** Journal of Music Therapy, XLIV (3), 2007, 198-216.

Maranhão AL. **Acontecimentos Sonoros em Musicoterapia: a ambiência terapêutica.** São Paulo: ed. Apontamentos 2007.

Menezes, Maria Lúcia Novaes. **A construção de um instrumento para avaliação do desenvolvimento da linguagem: idealização, estudo piloto para padronização e validação /** Rio de Janeiro; s.n; 2003. xii,143

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. **Dificuldades Acentuadas de Aprendizagem: Deficiência Múltipla.** Brasília: MEC 2006.

Oliveira, Queila de. **Music Therapy and Pre-linguistic Communication with Deafblind People.** In: Federación Mundial De Musicoterapia (Org.), XII Congreso Mundial de Musicoterapia. Buenos Aires. Librería Akadia Editorial, 2008. p. 85-88

Perry MM. **Relating Improvisational Music Therapy with Severely and Multiply Disabled Children to Communication Development.** Journal of Music Therapy 2003;40:2.

Sampaio, R. T. **Novas Perspectivas de Comunicação em Musicoterapia.** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo 2000.

Valle, Dario. **Desenvolvimento em Musicoterapia de Habilidades Comunicativas Não-Verbais em Crianças com Múltiplos Impedimentos:** Algumas reflexões. Curitiba, 06 de Agosto de 2006. VIII Fórum Paranaense de Musicoterapia.

Wigram, T. **Indications in music therapy:** evidence from assessment that can identify the expectations of music therapy as a treatment for Autistic Spectrum Disorder (ASD): meeting the challenge of Evidence Based Practice. British Journal of Music Therapy, 2002 16, 11–28.

Wigram, T., & Gold, C. **Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder:** clinical application and research evidence. Child Care Health Dev, 2006 32(5), 535-542.

Whipple J. **Music in intervention for children and adolescents with autism:** a meta-analysis. J Music Ther. 2004 Summer; 41(2):90-106.

Tabela 1:

Descrição da amostra (Idade e Sexo)

Variável	Experimental			Controle			Significância
	n	M±DP	%	n	M±DP	%	
Idade (em meses)	21	139.4 (48.9)		21	113.1(42.5)		P=0.28*
Sexo masculino	10		47.6	13		61.9	P=0.26**

* Valor calculado a partir do teste t para amostras independentes

**Valor calculado a partir do teste de qui-quadrado para proporções independentes

Tabela 2:

Tipos de Deficiência Primária nos participantes da amostra

TIPO DE DEFICIÊNCIA	EXPERIMENTAL		CONTROLE	
	n	%	n	%
Paralisia Cerebral	13	61.9	16	76.2
Microcefalia	2	9.5	0	0
Síndrome de Down	0	0	1	4.8
Epilepsia	2	11.9	3	14.3
Mielomeningocele	1	4.8	1	4.8
Hidrocefalia	1	4.8	0	0
Agenesia de corpo caloso	1	4.8	0	0
Trauma Raquimedular	1	4.8	0	0
Total	21	100	21	100

Tabela 3:

Dados descritivos da escala ADL nos grupos experimental e controle

Grupo Experimental

	Linguagem Compreensiva			Linguagem Expressiva		
	Inicial	Final	Escore Delta	Inicial	Final	Escore Delta
Mediana	40	55	15	30	60	30
Intervalo						
Interquartil	34	43.5	9.5	46	62	16

100

Grupo controle

	Inicial	Final	Escore Delta	Inicial	Final	Escore Delta
Mediana	33	41	8	2	3	1
Intervalo						
Interquartil	51	54	3	29	33	4

Nota: O escore delta representa a diferença entre os escores final- inicial e está descrito pelos valores de mediana e intervalo interquartil.

Tabela 4:

**Comparação das variações internas intergrupos no ADL para
Linguagem Compreensiva e Expressiva**

	Z	Significância	Tamanho de Efeito	IC 95%
Ling. Compreensiva	-3.213	P=0.001	1.02	0.36 a 1.65
Ling. Expressiva	-4.694	P<0.001	1.49	0.78 a 2.14

Z: calculado pelo teste de Mann-Whitney

UM ESTUDO SOBRE AS PRÁTICAS DA MUSICOTERAPIA EM DIREÇÃO À PROMOÇÃO DA SAÚDE

A study on the practice of music therapy toward health promotion

Mariane Oselame³⁰ ; Ruth Barbosa Machado³¹ ; Marly Chagas³²

Resumo: A Promoção da Saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial. Um campo que desloca o olhar e a escuta dos profissionais de saúde sobre a doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando a autonomia durante o processo de cuidado à saúde. Com o objetivo de investigar como a Musicoterapia pode atuar enquanto dispositivo de Promoção da Saúde, dentro de uma perspectiva social contemporânea, realizou-se uma pesquisa documental articulando três eixos centrais do tema: Musicoterapia, Promoção da Saúde e Empoderamento. A metodologia consistiu na revisão de periódicos e anais de eventos sobre as práticas da Musicoterapia. A partir da construção realizada nessa pesquisa, observou-se que a Promoção da Saúde, através de um trabalho comprometido e ético acerca do Empoderamento, pode ser um importante dispositivo de resistência. Os trabalhos apresentados nessa pesquisa demonstram que a prática musicoterápica ressoa ações cheias de criatividade, autonomia e principalmente, Empoderamento.

Palavras-Chave: Musicoterapia, Promoção da Saúde, Empoderamento.

Abstract: Health Promotion is presented as a mechanism for strengthening and implementation of integrated and intersectoral policy. A field that shifts the look and listening to health professionals about the disease for subjects in their creative life potential itself. The aim is find autonomy during the process of health care. Pondering the space of Music Therapy within a contemporary social perspective, this research problematizes: how Music Therapy can act as device for the Health Promotion? The objective was to investigate how music

³⁰ Musicoterapeuta Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela UFEJ, e Especialista em Saúde Comunitária. Possui experiência com reabilitação e tratamento de usuários de álcool e drogas, e usuários da rede de Saúde Mental. Experiência e participação no desenvolvimento e execução de atividades multidisciplinares de área social. mari.oselame@hotmail.com

³¹ Doutora em Psicologia. Professora Associada IV do Instituto de Psicologia da UFRJ, em exercício no Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social do IP/UFRJ, com interesse em Saúde, Interdisciplinaridade, Políticas de Humanização, Cuidado, Metodologias Ativas e Formação de grupos. ruthbarbosa2008@gmail.com

³² Musicoterapeuta e Psicóloga, doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela UFRJ. Especialista em Psico-oncologia. Professora da graduação e pós-graduação do Conservatório Brasileiro de Música- Centro Universitário. Presidente da AMT/RJ, membro da Comissão Editorial da BAPERA Editora, membro do Conselho Editorial e parecerista da Revista Brasileira de Musicoterapia; membro do Conselho Consultivo da revista Pesquisa e Música do Conservatório Brasileiro de Música. Atuando principalmente nos seguintes temas: musicoterapia, contemporaneidade, oncologia, humanização e interdisciplinaridade. marlychagas@hotmail.com

therapy can act as Health Promotion device. This is a documentary research articulating the three central pillars of the theme: Music Therapy, Health Promotion and Empowerment. The methodology consisted of a review of journals and conference proceedings on the practice of Music Therapy. The papers presented in this study demonstrate that Music Therapy practice resonates actions full of creativity, autonomy and mainly Empowerment. It means that Music Therapy can be an important Health Promotion device.

Keywords: Music Therapy, Health Promotion, Empowerment.

INTRODUÇÃO

Quem não tem onde cair morto precisa morrer em pé?
Rodrigo Carancho

Esta pesquisa teve por finalidade investigar como a Musicoterapia pode atuar enquanto dispositivo de Promoção da Saúde. Após a leitura de 97 artigos e resumos distribuídos nas bases dados: Scielo, Lilacs, Idexpsi, Banco de Teses e Dissertações da Capes, Revista Brasileira de Musicoterapia, Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia e Anais do 13º e 14º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, articulando três eixos centrais: Musicoterapia, Promoção da Saúde e Empoderamento.

A realidade do fazer clínico no âmbito da saúde, como se conhece atualmente, teve início com a medicina no século XVIII. Esse fazer clínico se forma no próprio leito do doente. Muitas revoluções da medicina foram feitas em nome dessa experiência colocada como fonte primeira e como norma constante. No entanto, o que se modificava continuamente era a própria rede segundo a qual esta experiência se dava e se articulava em elementos analisáveis.

Para Minayo (2001), no trato dos enfermos, o campo da saúde sempre se importou mais com a lógica médica da enfermidade do que com a sociológica dos sujeitos. Também nas organizações dos serviços de saúde, no seu planejamento e avaliação a ênfase tem sido muito maior nos métodos que conferem relevâncias às relações entre funções, papéis e relações técnicas.

A Musicoterapia, como tantas outras disciplinas, historicamente acompanhou o surgimento da instituição clínica que estava estabelecida ou

projetada. E derivava das formas já constituídas do saber que possuíam uma dinâmica própria e acarretavam em uma transformação geral do conhecimento do médico. Essa instituição clínica conduz e organiza uma determinada forma do discurso médico; não inventa um novo conjunto de discursos e práticas (Ibidem).

Todos somos sujeitos de uma cultura, estamos mais ou menos sujeitados a ela por laços mais ou menos visíveis, todos estão condicionados a ela, mesmo para serem marginalizados, loucos, pobres, normais ou gênios. Uma cultura é sua gente, sua comunidade, suas representações, seus projetos. Nos últimos anos surge a necessidade de se priorizar a Promoção e Prevenção como um caminho imprescindível no campo da saúde. As diferentes práticas terapêuticas estão se abrindo a novas abordagens que possibilitem diminuir a vulnerabilidade social frente às enfermidades físicas e psíquicas (PELLIZZARI, 2004). Os trabalhadores da saúde estão sendo convidados a se perguntarem sobre seu posicionamento, suas práticas e intervenções. Afinal as mudanças necessárias afetam não apenas ao setor da saúde, como também a cultura em geral e dialogam com outros setores como educação, desenvolvimento, meio ambiente.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Por permitir dialogar com a perspectiva cultural e social, a abordagem de Musicoterapia Comunitária foi escolhida para fundamentar esse estudo. A diferença entre Musicoterapia Clínica e Comunitária não está dada pelos recursos e objetos sonoros, técnicas interativas como a improvisação, ou receptivas como as sequências sonoras e a audição projetiva, a composição, o canto o movimento, senão por um novo constructo paradigmático, um novo posicionamento mental.

A Musicoterapia Comunitária é uma prática que se apóia na evidência de que a situação de saúde das populações está mais vinculada as condições de vida e de trabalho, que a riscos individuais diferenciados, por isso estuda a relação entre problemas individuais e problemas sociais dentro de um contexto local (PELLIZZARI, 2010).

Segundo Pellizari (2010) transformações subjetivas precisam de tempo e ocorrem com a presença constante de um processo de trabalho. Mas também em atos de sentido comunitário que impactam pungentemente as populações e que são profundamente significativos em sua unicidade, como os de caráter ritual e cerimonial, que ancoram, elaboram ou inauguram uma história, que produzem um antes e um depois no ciclo da vida e da pessoa ou grupo. A Musicoterapia Comunitária lança mão da potência da cerimônia grupal, mas busca um processo de transformação coletiva de saúde.

A Musicoterapia Comunitária redefine a Musicoterapia como um processo de trabalhar o musical com o contexto dos povos. Reconhece que a comunidade está no coração da vida, no bem-estar individual e na Musicoterapia, o que reflete uma mudança dramática: “O território (da prática musicoterápica) não está somente crescendo, mas mudando e mudando rapidamente”³³ (STIGE, 2002).

A Musicoterapia Comunitária reconhece que o processo saúde-doença não é apenas um fenômeno individual, que necessita de mudanças de hábitos. O musicoterapeuta envolvido com os programas de Promoção da Saúde comunitária percebe os fatores envolvidos com o fenômeno saúde-doença. Enquanto prática ecológica, a Musicoterapia Comunitária ocupa-se das atitudes e valores que o grupo tem com relação ao seu meio ambiente e com os modos de lidar com a vulnerabilidade que interfere na saúde (BRUSCIA, 2000).

A vinculação existente entre saúde e desenvolvimento local vem sendo construída desde o final do século XX, tendo um de seus marcos na Conferência de Alma-Ata, em 1978. Estes processos de vinculação e seus efeitos no desenvolvimento e na vida das populações consideraram a saúde como um fator essencial para o desenvolvimento local, reconhecendo não somente os determinantes que atuam sobre ela no espaço local como também a importância de criar políticas públicas de saúde que permitam a inclusão social e a Promoção da Saúde, por meio de uma participação cidadã, de modo a favorecer a ação territorial para melhorar a qualidade de vida e a saúde da população (DA ROCHA et al, s/d).

³³ Tradução do autor para: "*The territory [of music therapy practice] is not only growing, it is changing and changing rapidly*"

A proposta alcançou destaque especial na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa, que vem se enriquecendo com uma série de declarações internacionais, periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema voltadas para a saúde e expressas em documentos que têm sido norteadores das ações. Na Carta de Ottawa são retomados os princípios de Alma-Ata, no sentido de construir políticas públicas saudáveis criar ambientes favoráveis à saúde, propiciar e fazer a efetiva participação social, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços enfatizando a Promoção da Saúde. Outros aspectos que ganharam destaque no debate: pobreza, miséria, fome e bem-estar social (BRASIL, 2002).

Entende-se que a Promoção da Saúde se apresenta como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (CARTA DE OTAWA in BRASIL, 2002). A Promoção da Saúde é um campo que deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando o empoderamento durante o processo de cuidado à saúde. Um sujeito entendido como protagonista atuante no mundo (BARROS *et al.*, 2004).

As ações de Promoção da Saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

O objetivo da Promoção da Saúde é desenvolver a autonomia dos sujeitos e coletividades para estabelecer possibilidades de criação de normas para suas vidas, formas de lidar com as dificuldades, limites e sofrimentos, que sejam mais criativas, solidárias e produtoras de movimento; satisfação de suas necessidades e desejos, possibilidades de prazer.

Um dos núcleos filosóficos e uma das estratégias-chave da Promoção da Saúde é o conceito de Empoderamento. A origem desta noção remonta às lutas dos novos movimentos sociais entre as décadas de 60 à 80 aos debates em torno da noção de cidadania na sociedade contemporânea (RISSEL, 1994). O empoderamento por sua vez, é a condição que uma pessoa, um grupo social ou uma comunidade tem de ampliar, sistematicamente, sua capacidade de empreender ações, negociar e pactuar com outros atores sociais a favor do bem comum, como também de se fazer ouvir, de ser respeitada e de agir coletivamente para resolver problemas e suprir necessidades comuns (BARCELLOS; MONKEN, 2007).

O termo empoderamento vem sendo entendido em duas perspectivas principais: o empoderamento psicológico e o empoderamento comunitário (RISSEL, 1994; RAERBUN; ROOTMAN, 1998; CARVALHO, 2002). Ambas se fazem presentes em distintas interpretações do ideário da Promoção da Saúde. A dinâmica do empoderamento psicológico que privilegia a ação sobre o indivíduo, apresenta diferenças importantes em relação à do empoderamento comunitário que enfatiza a ação sobre coletivos. Diferenças cujas implicações mostram-se determinantes nas práticas da Promoção da Saúde.

O **empoderamento comunitário** procura destacar a importância de buscarmos enfrentar as raízes e causas da iniquidade social. Não significa a negação dos elementos que compõem o empoderamento psicológico, uma vez que reconhece a importância do agenciamento humano. Indo além, Rappaport (1981) afirma que empoderamento é uma política social sensata, mas que exige uma desconstrução da relação típica entre os profissionais e pessoas da comunidade. O empoderamento deve ser baseado em uma lógica que incentiva a diversidade através do apoio dos diferentes grupos locais, ao invés de grandes sociais organizações centralizadoras e instituições que controlam

recursos, para que as próprias pessoas possam realizar escolhas para suas vidas. O autor sugere que as implicações da lógica do empoderamento nos levam a prestar atenção às estruturas mediadoras da sociedade que incluem a família, o bairro, a igreja, e organizações voluntárias. Estes são os lugares onde as pessoas vivem suas vidas, onde as pessoas podem agir com mais propriedade sobre. Carvalho (2002; 2004) discorre que o empoderamento social pode ser entendido como um processo, e um resultado, de ações que afetam a distribuição do poder levando a um acúmulo, ou desacúmulo de poder no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas. Nesta categoria encontram-se inscritos elementos que caracterizam um patamar elevado de empoderamento psicológico, a participação ativa na ação política e a conquista de (ou possibilidade de) recursos materiais ou de poder por parte de sujeitos e coletivos. Sendo considerado, por conseguinte, um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos marginalizados e, ao mesmo tempo, remove barreiras que limitam a produção de uma vida saudável para distintos grupos sociais. Indica processos que procuram promover a participação social visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, à eficácia política, a uma maior justiça social e à melhoria da qualidade de vida.

O **empoderamento psicológico** é um processo que tem como objetivo possibilitar que os indivíduos tenham “um sentimento de maior controle sobre a própria vida” (RIGER, 1993, p 280). Indivíduo empoderado pode ser sinônimo de uma pessoa “comedida, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio” (Ibidem). Influenciando esta formulação encontramos uma perspectiva filosófica individualista que tende a ignorar a influência dos fatores sociais e estruturais; uma visão que fragmenta a condição humana no momento em que desconecta, artificialmente, o comportamento dos homens do contexto sociopolítico em que eles encontram-se inseridos (CARVALHO, 2002; 2004). Deste arcabouço deriva a formulação de estratégias de promoção que têm como objetivo fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio e o desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e de solidariedade. É inegável a eficácia pontual do empoderamento

psicológico para reflexão cotidiana acerca de saúde, no entanto, acredita-se que o mesmo é insuficiente para instrumentalizar práticas que incidam sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade, podendo facilmente transformar-se em um mecanismo de regulação e de controle sobre certos grupos sociais.

METODOLOGIA

A pesquisa partiu de uma questão norteadora: Como a Musicoterapia pode atuar como dispositivo de Promoção da Saúde? Frente ao objetivo do estudo sobre a aproximação entre as práticas da Musicoterapia e da Promoção da Saúde, o levantamento bibliográfico foi realizado em bases disponibilizadas na internet. A escolha se deu por serem documentos mais acessíveis aos profissionais de saúde, tendo em vista que são bases de referência e de acesso gratuitos. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs, Idexpsi, Revista Brasileira de Musicoterapia e Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia, Banco de Teses e Dissertações da Capes e Anais do 13^o e 14^o Simpósio Brasileiro de Musicoterapia.

Com base na Fundamentação Teórica, foram selecionados os seguintes descritores que orientarão as buscas nas bases de dados: Musicoterapia e Saúde, Musicoterapia e Clínica, e Musicoterapia e Promoção da Saúde. No presente artigo serão discutidos apenas os dados do descritor Musicoterapia e Promoção da Saúde³⁴. A pesquisa pode ser dividida duas etapas:

1^a - Busca em cada base de dados, a partir dos descritores. Para essa busca foram considerados os seguintes critérios para a seleção da amostra, seguidos rigorosamente em cada base de dados: 1. Documentos que abordem a temática Musicoterapia e Clínica, Saúde e Promoção da Saúde, sem delimitar uma área ou prática específica; 2. Documentos publicados no período de 2008 a 2012. O conjunto de artigos lido foi tratado como uma amostra do universo de publicações nessas bases, com a visão de como se distribui a prática em

³⁴ A discussão na íntegra dos dados pode ser encontrada no texto completo da dissertação "Um estudo sobre as práticas da Musicoterapia em direção à Promoção da Saúde", no site http://www.psicologia.ufrj.br/pos_eicos/pos_eicos/arqanexos/arqteses/marianeoselame.pdf

Musicoterapia; 3. Em todos os documentos que foram selecionados não se considerou como critério de exclusão o método de pesquisa utilizado; 4. Os resumos publicados muitas vezes não refletem o real conteúdo da pesquisa, apresentando dessa forma várias lacunas. Em função disso, as publicações foram lidas na íntegra. No caso das dissertações e teses, foi lido o resumo, a introdução, metodologia e a conclusão do trabalho; 5. Serão excluídos os artigos fora do período estabelecido e também aqueles em duplicata. Além disso, serão excluídos os registros que não apresentarem o resumo.

2ª - Análise dos dados coletados e Discussão dos resultados.

Segundo Canoletti (2008) a dificuldade em se replicar um estudo bibliográfico está exatamente na ausência de regras que uniformizem os descritores e as palavras chaves dos diversos bancos de dados. Nesta pesquisa observaram-se diferenças importantes entre os bancos de dados. Bancos como Scielo, Lilacs, Indexpsi e Banco de Teses e Dissertações da CAPES são mais fáceis de pesquisar, o site foi formulado didaticamente o que faz com que se perca menos tempo na busca e potencialize a pesquisa. Enquanto nas bases de dados como Revista Brasileira de Musicoterapia, Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia e Anais do 13º e 14º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia a pesquisa, por não possuírem um programa de busca virtual, a escolha do material se deu “manualmente”. Nessas bases de dados foram selecionados apenas os artigos nos quais as palavras dos descritores apareciam no resumo ou palavras-chave.

Inicialmente se analisaria apenas a atuação da prática musicoterápica no âmbito do Empoderamento Social. No entanto, o campo dessa pesquisa mostrou que a Musicoterapia opera também dentre as demais estratégias priorizadas pela Política de Promoção da Saúde. Com isso, apresentar-se-ão, igualmente, os dados referentes às estratégias de Empoderamento Comunitário (reforço da ação comunitária); Empoderamento Individual (desenvolvimento de habilidades pessoais); Criação de ambientes favoráveis à saúde; Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis e Reorientação do Sistema de Saúde. Lembrando que essa fragmentação se deu apenas a título de organização do trabalho, uma vez que os fenômenos sociais

são complexos e que há uma grande ressonância entre todos, não sendo possível isolá-los.

Na busca geral foram encontrados 115 documentos, mas após aplicação dos critérios de seleção esse número reduziu para 97. Na Tabela 1 apresenta-se a Distribuição de cada Descritor pelas Bases de Dados.

Tabela 1

Total Material Coletado

Descritor	Total N= 115 (100%)
Musicoterapia e Saúde	41 (36%)
Musicoterapia e Clínica	23 (20%)
Musicoterapia e Promoção da Saúde	12 (10,5%)
Material Inesperado ³⁵	21 (18,5%)
Excluídos	18 (15%)

De acordo com a Tabela 1 o número de artigos que trabalham com a temática de Promoção da Saúde representa a terça parte do material referente ao descritor “Musicoterapia e Saúde”³⁶. Ao todo foram encontrados doze

³⁵ No decorrer busca de publicações nas bases de dados voltadas à Musicoterapia - realizadas manualmente - foram encontrados artigos que não continham o termo “Promoção da Saúde”, ou outro descritor proposto por este estudo, mas que através da literatura pode-se perceber que poderia se tratar de trabalhos com a abordagem de Promoção da Saúde. Em virtude do número de material encontrado e da pertinência para essa pesquisa, decidiu-se analisar também esses dados, denominados Material Inesperado.

³⁶ Observamos a distribuição desse material de acordo com as cinco estratégias propostas pela Política de Promoção da Saúde. **Empoderamento Comunitário:** *Logomúsica: a criação de um novo approach musicoterápico como veículo na promoção da saúde mental* de Juliana Leonardi, *Musicoterapia Comunitária em um Bairro de Goiânia: uma contribuição para a política nacional de saúde integral da população negra* de Maria da Conceição de Matos Peixoto, *Musicoterapia Comunitária, Contextos e Investigación* de Patricia Pellizzari, *Promoción de la salud integral: el caso de dos programas de orquestas juveniles de la Ciudad de Buenos Aires* de Gabriela Wald. **Empoderamento Psicológico:** *Intervenções Lúdico- Musicais Frente ao Estresse de Crianças Acolhidas Vítimas de Violência Doméstica* de Christianne Kamimura Polo, *Escuela comunitaria para modificación de conocimientos en pacientes con hipertensión arterial Valle Llagostera* de Guillermo Del Juan; Carolina Asorey e Nancy Valle García, *Perspectivas da Abordagem Musicoterápica no Contexto da Assistência Domiciliar* de Elisabeth Martins Petersen, *Musicoterapia na Promoção da Saúde: Contribuindo para o Controle do Estresse Acadêmico* de Graziela F. A. Panacioni e Claudia R. O. Zanini, *A Educação Musical no Desenvolvimento da Criança: Trilhas da Musicoterapia Preventiva* de Luisiana B. França Passarini; et all. **Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde:** *Musicoterapia com Trabalhadores: Uma Visão Fenomenológica das Publicações Brasileiras* de Natalia Farias Baleroni e Lydio Roberto Silva, *Musicoterapia e o Cuidado ao Cuidador: Uma experiência Junto aos Agentes Comunitários de Saúde na Favela Monte Azul* de Mariana C. C. de Araújo Pinho e Belkis Vinhas Trench. Nenhum material sobre **Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis e Reorientação do Sistema de Saúde.**

artigos com descritor Musicoterapia e Promoção da Saúde. Desses, três artigos apresentaram uma definição teórica para Promoção da Saúde e a problematizam no âmbito da Musicoterapia: *Musicoterapia Comunitária em um Bairro de Goiânia: uma contribuição para a política nacional de saúde integral da população negra* com autoria de Maria da Conceição de Matos Peixoto; *Promoción de la salud integral: el caso de dos programas de orquestas juveniles de la Ciudad de Buenos Aires* de Gabriela Wald; e *Musicoterapia Comunitaria, Contextos e Investigación* da autora argentina Patricia Pellizzari.

O artigo *Musicoterapia na Promoção da Saúde: Contribuindo para o Controle do Estresse Acadêmico* de Graziela França Alves Panacioni e Claudia Regina de Oliveira Zanini, inicia com a apresentação do conceito, mas não segue com a discussão do mesmo no decorrer do trabalho.

O conceito de empoderamento, um dos campos centrais de ação da Promoção da Saúde, encontra similaridades com esta qualidade autogestionária (BATISTELLA, 2007). A conformação de sujeitos históricos, capazes de reconhecer o nível de determinação das estruturas, capacitando-se técnica e politicamente para atuar na sua transformação, é chave para construção de novas relações sociais e novas possibilidades de ação em saúde. Mesmo que tímidas diante de uma tradição, respeitáveis e poéticas são as atuações da Musicoterapia no fortalecimento do empoderamento social, como demonstram trechos de trabalhos selecionados abaixo:

*À medida que as participantes percebiam que o repertório que estrutura o seu cotidiano era valorizado, mais canções eram trazidas pela memória coletiva. O repertório delas exerceu funções sociais muito importantes, ajudando-as a expressarem melhor o contexto sócio-afetivo em que estão inseridas, feito de desejos, necessidades, crenças, lutos e celebrações*³⁷.

Maria da Conceição de Matos Peixoto observou que a maioria das pessoas desconhece quais ambientes sonoros beneficiam sua própria saúde;

³⁷ “Musicoterapia Comunitária em um Bairro de Goiânia: uma contribuição para a política nacional de saúde integral da população negra” por Maria da Conceição de Matos Peixoto.

quais os aspectos de sua identidade étnico-cultural necessitam de fortalecimento, e de que modo a desintegração sócio-afetiva fragiliza seus projetos de vida. Por meio dos recursos expressivos da música, a Musicoterapia contribui para as pessoas reconhecerem que o direito ao pertencimento assegurado lhes tornam capazes de descobrir os fatores positivos que fortalecem sua saúde.

Los entrevistados de los dos estudios realizados identificaron cambios en dimensiones individuales y colectivas de salud como consecuencia de la participación de los jóvenes en los proyectos orquestales. Aparecieron entre los discursos analizados indicadores de una mejora en los siguientes aspectos: autoestima y autovaloración, orgullo por ser parte de un grupo que logra hacer una actividad socialmente valorada, placer y disfrute de tocar música con otros, relaciones de amistad entre los jóvenes, conciencia del trabajo en equipo, percepción de un nuevo posicionamiento ante la sociedad, entre otros. Los cambios en dimensiones individuales y colectivas de salud integral no pueden interpretarse por separado sino en conjunto (¿es individual o colectivo el orgullo de hacer una actividad socialmente valorada? ¿o el hacer amigos?) y, asimismo, en el caso de poder identificar un indicador individual de salud integral (por ejemplo la autoestima) o un indicador colectivo (por ejemplo construir una imagen positiva de los grupos estigmatizados), ambos ocurren en un proceso en espiral en el que dimensiones individuales y colectivas se refuerzan unas a otras, como veremos más adelante³⁸.

Também percebe-se o efeito da Musicoterapia atuando no empoderamento social em um trabalho realizado na Argentina em Programas de Orquestras Juvenis, cujo objetivo era analisar as potencialidades da arte comunitária para promover saúde e bem-estar entre jovens que vivem em contextos de vulnerabilidade social e pobreza de Buenos Aires.

Através da busca realizada no descritor Musicoterapia e Promoção da Saúde, observou-se que a Musicoterapia está ocupando mais espaço além do Empoderamento Comunitário. Através da atuação na estratégia de criação de ambientes favoráveis à saúde e fortalecendo a conquista de ambientes que facilitam e favorecem a saúde. Como exemplo utiliza-se o trabalho de Caribé e

³⁸ “Promoción de la salud integral: el caso de dos programas de orquestas juveniles de la Ciudad de Buenos Aires “ por Gabriela Wald.

Trench que apostaram no cuidado ao cuidador junto a Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de um Programa da Saúde da Família de São Paulo.

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 inovadoras³⁹.

114

Segundo as autoras os 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. O estudo citado 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. 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.

³⁹ “Musicoterapia e o Cuidado ao Cuidador: Uma experiência Junto aos Agentes Comunitários de Saúde na Favela Monte Azul” por Mariana C. C. de Araújo Pinho e Belkis Vinhas Trench.

É inegável a eficácia pontual do empoderamento psicológico para reflexão cotidiana acerca de saúde, reconhecendo a importância do agenciamento humano e, indo além, procurando destacar a importância de se buscar enfrentar as raízes e causas da iniquidade social. No entanto, acredita-se que o mesmo é insuficiente para instrumentalizar práticas que incidam sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade, podendo facilmente transformar-se em um mecanismo de regulação e de controle do social sobre certos grupos sociais. Teorias que dão suporte a este conceito nos ajudam, a refletir criticamente sobre o uso reducionista de estratégias e ações de empoderamento que levam muitas vezes à culpabilização das vítimas de moléstias sociais ao hiperdimensionar a responsabilidade individual sobre os problemas de saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008). Veremos com a Musicoterapia atua no Empoderamento Psicológico nas pesquisas estudadas:

[...] O musicoterapeuta deve estar apto e disponível para tocar, recriar, compor, dançar, escutar ou ficar em silêncio, entre outras tantas possibilidades, junto com seu paciente, com intuito de possibilitar a ele o desenvolvimento de sua autonomia, expressividade, criatividade e espontaneidade.

[...] Onde o 'ensino/aprendizado musical' dá-se pela experiência no corpo e no movimento, pela escuta, pelo respeito ao tempo e espaço do outro, pela espontaneidade e capacidade criativa na relação com esse outro; promove mudanças e traz o desenvolvimento pessoal, possibilita as expressões sonoro-musicais-não-verbais e o desenvolvimento das habilidades musicais, todos em um mesmo nível de importância⁴⁰.

Observa-se que o trabalho musicoterápico no âmbito do Empoderamento Psicológico parece atuar no favorecimento de ações de espontaneidade, autonomia, criatividade, resiliência e expressividade. O fato de um estudante poder criar sobre a preocupação com sua realidade entrando em contato com a mesma demonstra o quanto a Musicoterapia pode atuar nos agenciamentos cotidianos. *“Um Ser-com-potenciais-saudáveis que busca caminhos para se reinventar, renascer, se redescobrir em toda a sua*

⁴⁰ “A Utilização da Música na Humanização do Ambiente Hospitalar: Interfaces da Musicoterapia e Enfermagem” por Leila Brito Bergold; et all.

*plenitude*⁴¹” Para dialogar com a perspectiva de Promoção da Saúde a prática da Musicoterapia requer como modo de intervenção a ação de problematizar - no sentido de desafiar as falas explicativas para o fenômeno saúde-doença a fim de superar a percepção fragmentada da realidade. De um lado as experiências musicais terapêuticas podem ter valor emocional, e de outro lado podem proporcionar coletivamente experiências criativas, apreciativas, avaliativas e críticas.

As sociedades atuais ainda que tenham aumentado enormemente sua capacidade técnica de lidar individualmente com problemas de saúde, não têm conseguido de fato promover os cuidados básicos da saúde da população: em muitos países ainda é enorme a quantidade de pessoas que não dispõem de acesso à saúde, de saneamento em suas residências, e constatamos o retorno de algumas enfermidades que pareciam já terem sido erradicadas. Contudo, a ideia da saúde como um processo realiza um avanço. A saúde passa a ser vista não mais como um estado, mas como um processo definido por cada pessoa ou grupo de acordo com suas possibilidades econômicas, técnicas, políticas e culturais. Compreender esse processo significa, por assim dizer, lançar luzes sobre a origem das nossas instituições, identificar seus problemas e contradições e quais são os fatores que provocam o bloqueio do exercício da autonomia.

Assim, estamos observando que os programas de Promoção da Saúde devem fazer parte da totalidade constituída pela sociedade porque trazem propostas relevantes para a religação dos valores coletivos. Diante da vida e das circunstâncias, elaboramos e executamos nossas práticas de saúde. Nós profissionais de saúde precisamos desenvolver a percepção de como a população compreende suas práticas de saúde. É nesse encontro de sujeitos que se faz a construção conjunta. Espera-se, como resultado, o aumento da capacidade dos sujeitos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas através da aquisição de habilidades para responder aos desafios da vida em sociedade.

re⁴¹ “Improvisação no Setting Musicoterápico: Uma experiência com Pacientes Adultos Cegos” por Marina Reis Toffolo e Mara Reis Toffolo.

A visão de saúde enquanto ausência de doença ainda é amplamente difundida no senso comum, não se restringindo a esta dimensão do conhecimento. Pelo contrário, essa ideia não só é reforçada pela medicina, como orienta a maior parte das pesquisas e da produção tecnológica em saúde. Canguilhem (2009), no entanto nos apresenta que o estado patológico não sendo apenas uma variação de falta ou excesso do estado fisiológico. E sim que implica na capacidade dos sujeitos de instituírem novas normas. O objetivo da Promoção da Saúde é desenvolver a autonomia dos sujeitos e coletividades para estabelecer possibilidades de criação de normas para suas vidas, formas de lidar com questões, que sejam mais criativas, solidárias e produtoras de movimento. A Musicoterapia, com toda potência criativa que apresenta, reconhece que o processo saúde-doença não é apenas um fenômeno individual. Acredita-se que a Musicoterapia ancorada na ótica da Promoção da Saúde possa trabalhar para que os sujeitos consigam realizar sua natureza, enquanto organismos sadios (Ibidem). Mais do que os mantendo em seu estado e em seus meios atuais, mas atuando de forma que o enfrente riscos e aceite a eventualidade de reações catastróficas. Não fugindo diante dos problemas causados pelas alterações de seus hábitos, mas atuando na capacidade de superar as crises orgânicas para instaurar uma nova ordem.

Produzir o novo é também inventar novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação. Todos criam, no dia-a-dia, novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação. A invenção não é prerrogativa dos grandes gênios, nem monopólio da indústria ou da ciência, ela é a potência do homem comum. Cada variação, por minúscula que seja, ao propagar-se e ser imitada torna-se quantidade social, e assim pode ensejar outras invenções e novas imitações, novas associações e novas formas de cooperação.

Investigar a inserção da Musicoterapia nos programas de Promoção da Saúde tornou-se particularmente relevante pelo fato de que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o principal responsável, no Brasil, pela organização e funcionamento dos serviços correspondentes à integralidade em saúde pública. É com esta proposição que a Política Nacional de Saúde de Promoção da

Saúde defende a consolidação da equidade em saúde. Sendo uma política de ação afirmativa, ela está ligada a outras políticas sociais, mantendo a interdependência com outros programas voltados para o trabalho, assistência social, a cultura, o lazer e a educação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

118

Esta pesquisa se propôs investigar como a Musicoterapia pode atuar enquanto dispositivo de Promoção da Saúde. Trata-se de uma pesquisa documental articulada em três eixos centrais do tema: Promoção da Saúde, Empoderamento e Musicoterapia. A metodologia consistiu na revisão de periódicos e anais de Simpósios Nacionais sobre as práticas da Musicoterapia.

No âmbito da Musicoterapia percebeu-se que a fundamentação teórica da maioria das práticas apresentadas no material coletado se organizou ao redor da ideia de saúde/doença, muito embora a Promoção da Saúde tente ultrapassar essa dicotomia. A Musicoterapia acompanhou o fluxo teórico das ciências da saúde. Contudo nota-se que a prática musicoterápica tem potencial para ser transgressora, pois vai além do padrão saúde/doença agindo como fonte de Promoção da Saúde em áreas mais tradicionais como a de Tratamento e Reabilitação, por exemplo. Outro achado que merece ser destacado é o cuidado que devemos tomar para que as palavras-chave presentes nas publicações realmente expressem o conteúdo das discussões dos artigos publicados.

Com relação à Promoção da Saúde observou-se que falar a partir dessa ótica: 1. É partir do princípio que a população é protagonista da ação, é o trabalho em conjunto - sociedade civil e Estado - que determinariam as atuações em saúde; 2. É pensar a sociedade a longo prazo e não só através de programas emergenciais e assistencialistas; 3. É entender que a rede não é fragmentada. Ministérios de Saúde, Meio Ambiente, Educação e Desenvolvimento, Setor Privado e Não Governamental, estão diretamente relacionados.

Os trabalhos apresentados nessa pesquisa demonstraram que a prática musicoterápica ressoa ações cheias de criatividade, autonomia e principalmente de empoderamento (psicológico e social). Ações que promoveram a oportunidade dos atores se deslocarem do lugar de coadjuvante para o de protagonistas.

Para muito além do que se havia pensando enquanto hipótese para o estudo, a pesquisa trouxe resultados inesperados como: a ampliação da atuação da Musicoterapia em outras estratégias de Promoção da Saúde que apenas o Empoderamento Social e o próprio item de análise denominado Material Inesperado, ou seja, trabalhos que não objetivaram atuar enquanto Promoção da Saúde, mas que o fizeram.

A escrita dessa dissertação foi guiada pelo distanciamento necessário à pesquisa, mas também pela implicação da pesquisadora que emocionou-se com a leitura das publicações. A Musicoterapia não é uma entidade abstrata, distanciada daqueles que a fazem, a Musicoterapia como ciência é produzida pelos profissionais que com ela trabalham. A Musicoterapia é também o que os profissionais musicoterapeutas fazem dela e com ela, situados em momentos históricos definidos.

É, sem conseguir aqui encontrar outra expressão, belíssimo, perceber nas descrições das práticas, no material pesquisado, o poder que a Musicoterapia possui de extrair o que há de mais saudável dos sujeitos: a memória, a história, o lúdico... Mesmo contemplando a atuação na esfera das habilidades individuais dos sujeitos, a Musicoterapia apresenta um grande e lindo potencial em mãos: fazer despertar, desabrochar, “derreter”.

Reitera-se que essa pesquisa é um processo inicial e inacabado, como diz Marcello Santos (2011). Os resultados da pesquisa precisam ser compartilhados, para que esta pesquisa possa ser reexecutada, referenciada e reafirmada; ensinada a novos aliados dispostos a multiplicar o que vai se configurando como campo de conhecimento e disciplina. Com isso reitera-se a importância da realização de pesquisas que aproximam as práticas de Musicoterapia às de Promoção da Saúde.

A partir dessa análise, novas questões vão se colocando: A partir de que lugar teórico a Musicoterapia entende conceitos como Saúde, Doença e Promoção da Saúde? A Musicoterapia vem para “romper” com o *status quo* ou está se colocando em um lugar de poder sobre o processo de saúde dos sujeitos? O musicoterapeuta se vê como agente de Promoção da Saúde?

O objetivo não é que a partir de agora todas as práticas da Musicoterapia passem a pensar da mesma forma, que “tenha” que pensar Promoção da Saúde, no entanto a Promoção da Saúde acompanha a Musicoterapia, mesmo sem querer, quando possibilita esse resgate de potência de vida. Esta pesquisa se propôs investigar como a Musicoterapia pode atuar enquanto dispositivo de Promoção da Saúde. T

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, C. & MONKEN, M. O território na promoção e vigilância em saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BARROS, R.B., CAMPOS, G. W. & Castro, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro: 9, 3. July/Sept, 2004.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. (M. V. F. Conde Trad.) 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANOLETTI, B. **Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da Literatura**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, 2004. 20(4):1088-1095, jul-ago.

_____. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. saúde coletiva**. 2004. vol.9 no.3. Rio de Janeiro July/Sept.

DA ROCHA, et al. **Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local**. s/d. Retirado em 05/01/2012 de http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_909630973.pdf

121

MINAYO M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001. 6(1):7-19.

PELLIZARI, P & RODRÍGUEZ, R. **Salud, Escucha y Creatividad. Musicoterapia Preventiva Psicosocial**. Buenos Aires. EUS. 2005.

RAERBURN J & ROOTMAN I. **People-centred health promotion**. Toronto: John Wiley & Sons, 1998.

RAPPAPORT, J. In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment Over Prevention. **American Journal of Community Psychology**, 1981. 9:1 p.1

RIGER, S. What's wrong with empowerment. **Am J Community Psychol** 1981. 21:279-92.

RISSEL, C. Empowerment: the holy grail of health promotion? **Health Promotion International** 1994; 9(1):39-47.

SANTOS, M. S. **Contemporaneidades e Produção de Conhecimento: A Invenção da Profissão de Musicoterapeuta**. Tese de Doutorado em Psicossociologia e Ecologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa EICOS, 2011.

STIGE, B. **Culture-centered music therapy**. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2002.

A HISTÓRIA DA MUSICOTERAPIA NA PSIQUIATRIA E NA SAÚDE MENTAL: DOS USOS TERAPÊUTICOS DA MÚSICA À MUSICOTERAPIA

The History Of Music Therapy In Psychiatry And In Mental Health: Of The Therapeutic Use Of Music To Music Therapy

Mariana Cardoso Puchivailo⁴²; Adriano Furtado Holanda⁴⁴

122

Resumo - O uso da música no cuidado à saúde mental, na cura ou prevenção do sofrimento psíquico remonta ao surgimento do homem. O objetivo desse artigo é recuperar aspectos dos usos terapêuticos da música desde os primeiros momentos da história até a criação da musicoterapia enquanto disciplina independente, traçando paralelos com a psiquiatria e a saúde mental. Para tal foi utilizada a pesquisa bibliográfica. Este artigo demonstra o quanto a música esteve presente no cuidado à saúde do homem. O aprimoramento desse uso avança ao ponto do surgimento de uma profissão especializada no uso terapêutico dessa ferramenta: a musicoterapia. A musicoterapia desenvolveu diferentes formas de intervenção no cuidado à saúde mental. Algumas dessas possibilidades e experiências interventivas serão citadas neste artigo.

Palavras-Chave: Musicoterapia, História, Psiquiatria, Saúde Mental.

Abstract - The use of music mental health care, cure or prevention of psychological pain dates back to the dawn of man. The aim of this paper is to recover aspects of therapeutic uses of music from the first moments of history to the creation of music therapy as an independent discipline, drawing parallels with the Psychiatry and Mental Health. For that was used bibliographic material with a qualitative approach. This article demonstrates how music was present in the health care of man. The improvement of such use advanced to the point of the emergence of a profession specialized in the therapeutic use of this tool: Music Therapy. Music therapy has developed different forms of intervention in mental health care. Some of these possibilities and interventional experiences will be in this article.

Keywords: Music Therapy, History, Psychiatry, Mental Health.

⁴² Mestranda e Graduada em Psicologia - UFPR, Graduada em Musicoterapia - FAP, Pós-graduada em Psicologia Analítica - PUCPR. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia NEPIM/CNPQ e do Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade LabFeno/CNPQ. CV: <http://lattes.cnpq.br/9832588061745060>

⁴⁴ Doutor em Psicologia - PUC-Campinas, Mestre em Psicologia - UNB. Professor Adjunto e Orientador de Mestrado - UFPR. Editor da *Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica* e da revista *Interação em Psicologia* (UFPR). Membro da Diretoria da Sociedade Brasileira de Psicologia Fenomenológica. Coordenador do Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade LabFeno/CNPQ. <http://lattes.cnpq.br/7344227427939366>

INTRODUÇÃO

Quais as possibilidades do uso da música no cuidado à saúde mental? Hoje, na rede de atenção à saúde mental, existem oficinas de música e musicoterapia em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em Centros de Convivência, além da música estar inserida em diferentes formas de atenção de diversos profissionais da saúde como psicólogos, educadores físicos, músicos, entre outros.

Há milhares de anos se faz uso da música como forma de cuidado da saúde do homem e como uma das formas de tratar a “loucura” (PODOLSKY, 1954; TYSON, 1981; COSTA, 1989). Enquanto profissão e disciplina, a musicoterapia iniciou em 1950 nos Estados Unidos (BRUSCIA, 2000; CHAGAS & PEDRO, 2008). Desde então ela tem procurado aprofundar ainda mais os estudos científicos a respeito do papel da música no cuidado à saúde mental. Atualmente, existem no Brasil musicoterapeutas trabalhando em diferentes espaços e contextos da rede de atenção à saúde mental, de hospitais psiquiátricos à CAPS.

Mas qual a relação entre a música e o cuidado à saúde mental? Será essa uma relação atual? Ou será que podemos encontrar paralelos dessa relação ao longo da história da humanidade? O objetivo desse artigo é retomar a história do uso terapêutico da música para tentar compreender um pouco melhor a relação entre a música e o cuidado à saúde mental.

Segundo Pahlen (1947/1965), a música é, junto à dança, uma das mais antiga das artes; como forma de expressão; é ainda mais antiga que a linguagem (MARANHÃO, 2007). Diferente das artes plásticas e da pintura, não pressupõe uma disposição técnica, bastando a espontaneidade do som percutido em seu corpo ou em qualquer objeto. O som faz parte da vida, onde há movimento, há som. Porém, os sons, para o ser humano, são mais do que percepções acústicas; através dos sons o homem cria diferentes sentidos e significados sobre sua relação com o mundo (AMUI, 2006). A música é um dos territórios de relação do homem com seu mundo, com seus pares e consigo. No contexto cultural o homem constrói os significados que atribui aos sons.

A música então surge como uma forma de expressão e comunicação. Os sons vêm da natureza, mas a música é o homem quem faz. A música não é um objeto, mas sim uma ação do homem sobre o mundo: “Ela se realiza como uma forma do homem entender, organizar, classificar, interagir, manipular, ser manipulado, construir, desconstruir, enfim, uma forma de se relacionar com o mundo” (SAMPAIO, 2005, p. 22).

História dos usos terapêuticos da música

Segundo Schneider (1957), pouco se sabe da pré-história da música já que a notação musical se constituiu mais tardiamente. Assim, a pré-história da música é constituída a partir de estudos comparativos de achados de antigos mitos, músicas, instrumentos e materiais de povos indígenas atuais. Mas o maior problema é que faltam registros das sonoridades das músicas de cada época (PAHLEN, 1947/1965).

Para Pahlen (1947/1965), o homem na pré-história possuía apenas algumas poucas palavras e estas estavam ligadas a objetos concretos do cotidiano. A música servia para exprimir sentimentos de alegria ou tristeza, sentimentos belicosos ou de crença nos poderes dos deuses. De acordo com Schneider (1957), a música estava ligada aos rituais e à comunicação diária, e era utilizada também para cumprimentar, agradecer, brigar, elogiar. A palavra cantada ampliava o vigor da linguagem falada e enfatizava características afetivas do que se estava querendo transmitir.

O advento da escrita aumentou o material encontrado para os historiadores e musicólogos compreenderem as relações entre o homem e suas produções sonoro-musicais. Da Antiguidade, pode-se encontrar diversos escritos, poemas, lendas, contos que falam sobre a música, seu poder, sua magia. Porém, segundo Pahlen (1947/1965), nada que possa transcrever de forma minuciosa como eram essas produções sonoras.

No Egito parece ter havido uma “vida musical” muito profícua, com música religiosa e profana, canções de trabalho e melodias de danças. Segundo Blasco (1999), há indícios de que possuíam instrumentos de sopro,

percussão e cordas; ali foi encontrado o primeiro documento escrito – um papiro datado de 2.500 a.C. – sobre a influência da música no corpo humano.

Segundo Schneider (1957), a ideia de que os deuses possuíam o domínio sobre o som era bastante preponderante nesse período. Em diversas culturas é possível estabelecer uma relação entre o som e os mitos cosmogônicos, sobre o início do cosmos e do homem. A concepção de que o mundo se origina de um acorde, som ou canto teve grande difusão nas mais diversas épocas e localizações, e está presente em diversas cosmogonias até hoje. Para os egípcios, por exemplo, o deus Thot criou o mundo com um grito (BLASCO, 1999), ao que os egípcios chamam de “Riso” ou “Clamor” de Thot (SCHNEIDER, 1957).

Para evitar alguma ameaça, muitos povos acreditavam ser importante preservar secretamente seu próprio som, tema ou canção. Na busca pela cura os feiticeiro ou xamãs procuravam descobrir o motivo sonoro do objeto, pessoa ou espírito em questão para estabelecer uma vibração simpática. A partir desse tema-som o xamã compunha um canto de cura que retirava o espírito do corpo do doente para seu próprio e saía dele junto com a canção (SCHNEIDER, 1957).

A música na Antiguidade Grega era considerada a Arte das Musas, sendo uma forma de revelação divina, e se demonstrava importante para harmonização do corpo e da mente (TYSON, 1981). Segundo Podolsky (1954), Platão acreditava que a saúde mental e física poderia ser obtida através da música. Os gregos entendiam que a música possuía um *Ethos*, ou seja, ela podia criar determinados estados de ânimo. Eles consideravam dever do Estado regular a música para estimular o crescimento moral e ético dos cidadãos (TYSON, 1981). A crença da música como um estimulador da mente, e em seu poder profilático é tida por Tyson como um dos primeiros princípios relacionados à música como terapia. Na mitologia grega há diversos exemplos da música sendo utilizada como elemento curativo. Porém, o primeiro uso da música como uma modalidade terapêutica, segundo Podolsky (1954), vem dos gregos Zenocrates, Sarpender e Arion, que utilizavam a harpa para diminuir

surtos violentos de pessoas com *mania*⁴⁵, evitando o uso do método mais comum, o da força física.

Segundo Blasco (1999), da Pré-História à Idade Antiga o uso terapêutico da música se dava baseado em um pensamento mágico, ou seja, um pensamento causal que buscava correlações entre os fenômenos da natureza e as doenças. Um dos princípios fundamentais que embasavam as práticas de cura desse período, que utilizavam a música, era o da crença da música ser um dom dos deuses que poderia reestabelecer a harmonia do corpo enfermo desarmonizado. Além disso, a música poderia aplacar também a fúria dos deuses diante do pecado do homem, obtendo assim a cura para a doença por meio da expulsão do espírito maligno causador da doença.

O período da Idade Média marca o uso da música com fins quase estritamente religiosos (COSTA, 1989). Durante esse período, a música considerada divina era bastante específica, toda música tocada de forma diferente era considerada pagã e afastaria os homens de Deus (ALVIN, 1967). Segundo Sigerist (1944/2011) encontram-se menções aos efeitos curativos da música nessa época; acreditava-se que o Hino à Natividade de São João Batista atribuído a Pedro Diácono (1107-1140) tinha efeito sobre os resfriados. Segundo o autor, também era costumeiro compor para a nobreza quando esta adoecia, muitas vezes em busca de cura ou para a animar e confortar.

No século XI as escolas médicas retomaram algumas tradições greco-latinas, porém, ainda permaneceram bastante carregadas de códigos religiosos. Segundo Costa (1989), durante o século XII a música se tornou presente no currículo das faculdades devido a sua ligação à teologia. Bartholomeus Anglicus, autor de uma enciclopédia que reunia os conhecimentos do século XIII, trazia como forma de tratamento dos melancólicos a distração com instrumentos musicais durante parte do dia.

A música, como tratamento, mostra novo impacto durante a “epidemia da dança”, no século XIII. Nesta epidemia, comunidades inteiras juntavam as

⁴⁵ A “loucura” na Antiguidade Grega tinha como uma de suas denominações, a chamada *mania*. Platão (*apud* PELBART, 1989) em seus escritos faz uma associação da palavra *mania* que corresponderia para nós hoje a delírio ou loucura.

mãos, berrando e se sacudindo por horas a fio, até caírem de exaustão (PODOLSKY, 1954; COSTA, 1989). O tarantismo era uma das “epidemias da dança”, comentada por Sigerist (1944/2011), que existiu na Apúlia, sul da Itália, durante séculos, e que até hoje se tem notícia de alguns raros casos. A doença do tarantismo era atribuída, na época, à picada da tarântula. No auge do verão as pessoas saíam correndo de suas casas para a rua em grande excitação, se juntavam a outras pessoas e dançavam de “modo selvagem”. Segundo o autor, os doentes começavam a dançar ao nascer do sol e assim permaneciam até o anoitecer, parando apenas para comer algo leve, pois não tinham fome. Isso durava alguns dias, por vezes semanas, até que estivessem exaustas e curadas. A música era o único meio de “cura” da doença. Os músicos passavam pelas aldeias com violinos, flautas, cítaras, harpas, pandeiros e tambores pequenos, tocando para os doentes. A melodia rápida era tocada e cantada, geralmente com letras sobre amor ou de conotação sexual, já que a doença possuía também um caráter sexual. A este tipo de música se deu o nome de Tarantela. Porém, posteriormente verificou-se que a tarântula não possuía veneno⁴⁶.

Durante o Renascimento vários médicos começaram a se interessar na relação entre música e saúde (ALVIN, 1967). Segundo Tyson (1981), na Renascença o contato da música com a medicina era realizado através do resgate da teoria dos quatro humores – dominante na Escola de Cós, desde Hipócrates e Galeno – que associava os quatro elementos (terra, água, ar e fogo) aos quatro humores do corpo (sangue, fleuma, bile amarela e a bile negra); destes humores derivariam os quatro temperamentos (sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico). Os elementos influenciariam os

⁴⁶ Sigerist (1944/2011) acredita que o tarantismo era uma forma de neurose. Devido ao alto índice de consanguinidade entre a população havia muitas pessoas com transtornos mentais. A Apúlia era uma colônia grega, por isso, adoravam-se nessa região alguns deuses gregos. Quando o cristianismo chegou à Apúlia encontrou raízes fortes nas antigas tradições gregas. O cristianismo teve de se ajustar à realidade do povoado, porém ritos oferecidos aos deuses gregos como Dionísio eram impraticáveis. Assim, o autor acredita que provavelmente o tarantismo funcionou como possibilidade de vivência desse importante rito cultural de Apúlia sem que as pessoas se sentissem pecadoras.

temperamentos, logo, um desequilíbrio dos elementos poderia ocasionar doenças mentais, já que alteravam o comportamento do homem (TYSON, 1981). Esta teoria humoral tinha correspondência com as teorias a respeito da música durante o século XVI, que afirmavam que o baixo⁴⁷ era ligado a terra, o tenor à água, o alto ao ar e o soprano ao fogo. Como estes quatro elementos eram comparados aos quatro humores, a música era utilizada como prevenção de doenças, por meio dessa correspondência dos elementos às sonoridades (TYSON, 1981).

O médico Robert Burton (1577-1640) foi um dos primeiros a escrever a respeito dos efeitos da música em tratamentos médicos, especialmente da melancolia. Em sua obra “Anatomia da Melancolia” – publicada em 1621, Burton (1961/2012) descreve os efeitos terapêuticos da música, discorrendo sobre as possibilidades da música extenuar medos e fúrias, e do uso da música como cura de “aborrecimentos da alma”. Com relação à melancolia ele colocava que a música podia alegrar o melancólico e reavivar sua alma, mas também advertia quanto aos malefícios e doenças que podem ser “geradas pela música”.

No fim do século XVIII começam a ser estudados os efeitos fisiológicos da música (TYSON, 1981; COSTA, 1989). A partir do advento do Empirismo, buscavam-se terapias no fazer psiquiátrico que atingissem o sistema sensorial dos internos. A música, assim, possuía um lugar privilegiado nas pesquisas da época (COSTA, 1989). As pesquisas desenvolvidas nesse período abordavam os efeitos dos sons no sistema sensorial humano. Eram utilizados os elementos da música (ritmo, melodia, harmonia) para verificar as influências fisiológicas da música e seu impacto sobre os sentimentos do homem (TYSON, 1981). Pierre-Joseph Buchoz (1731-1807) representa um pesquisador da época que investigou a ação da música sobre as fibras musculares de melancólicos.

Os séculos XVIII e XIX foram marcados pelo advento de métodos experimentais nas pesquisas relacionadas à influência da música no homem

⁴⁷ Baixo, tenor, alto e soprano são classificações de vozes de acordo com a extensão vocal.

(PODOLSKY, 1954). A música passou, então, a ser considerada como tratamento específico para doenças do campo psiquiátrico. Segundo Costa (1989), Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), um dos iniciadores da psicopatologia, recomendava música a seus pacientes, difundindo seu uso nos hospitais psiquiátricos. Esquirol acreditava que a ordem e a métrica da música poderiam influenciar no tratamento do doente mental, recuperando normas morais e comportamentos socialmente adaptáveis, e despertando emoções em seus pacientes.

Iniciam-se nessa época também discussões a respeito da eficácia dos tratamentos musicais: qual seria o melhor método? O método receptivo (audição) ou ativo (pacientes executam a música)? O método ativo foi ganhando mais visibilidade, “em meados do século, quase todos os asilos, notadamente os franceses, possuíam suas bandas ou seus corais, que executavam peças musicais sob a batuta do médico musicista” (COSTA, 1989, p.30). Outros autores discorriam sobre alguns princípios que deveriam ser levados em conta durante o tratamento através da música. Chomet, em 1846, falava da importância de se conhecer o indivíduo que se irá atender, para eleger os temas musicais mais adequados, acomodá-lo a tonalidades e ritmos que convinham e adaptá-los aos devidos instrumentos (*apud* ALVIN, 1967). Benito Mojan, neste mesmo período, discorria sobre a importância de se conhecer a natureza da enfermidade, os gostos do indivíduo em questão, os efeitos das melodias sobre o sujeito em questão, as contraindicações, etc. (*apud* ALVIN, 1967).

Tyson (1981) descreve como exemplo do desenvolvimento do uso terapêutico da música no século XX a *milieu therapy*. Esse modelo de tratamento foi realizado no Kansas, durante a década de 30. Pela primeira vez a música se tornava o agente primário no tratamento. Defendia-se a necessidade de conhecer a história médica e social do sujeito em atendimento assim como os objetivos do tratamento para a realização das intervenções através da música. As atividades propostas eram guiadas por prescrições psiquiátricas e consultas da equipe.

A ênfase que foi dada no trabalho terapêutico relacional neste período deu à música um espaço de facilitadora desta interação social. Os esforços cooperativos entre a equipe geraram o conceito de *psychiatric team*, no qual cada membro, incluindo os musicoterapeutas, representava uma fonte de estimulação psicológica para cada sujeito, este último representava o centro de todas as medidas tomadas. Neste período não existiam critérios para a seleção daqueles que trabalhavam com a música nos hospitais, havendo muitos músicos e educadores realizando este trabalho. Segundo Tyson, criaram-se alguns grupos musicais e de dança, que acabaram por tornar os internos mais acessíveis às outras formas de terapia.

Surgimento da Musicoterapia

A musicoterapia enquanto profissão e disciplina teve seu início em meados do século XX. Tyson (1981) assinala que a música foi utilizada durante a Segunda Guerra Mundial também como parte do programa do exército para auxiliar o condicionamento físico, educacional e como terapia ocupacional. Este foi o primeiro reconhecimento da música como meio especializado de tratamento usado pelos militares, apesar da música ter sido utilizada para os soldados desde a Primeira Guerra Mundial.

Nos Estados Unidos, a música passou a ser utilizada cientificamente e com fins terapêuticos na reabilitação e recuperação dos soldados egressos da Segunda Guerra Mundial (BRUSCIA, 2000; CHAGAS; PEDRO, 2008). Nos hospitais de recuperação havia recitais, onde se escutava e se ensinava a tocar instrumentos musicais. Acreditava-se que assim a música poderia ajudar a recuperar a sanidade mental dos soldados. Em 1950, foi criada a *The National Association for Music Therapy (NAMT)*, em Nova York.

Na Argentina, a musicoterapia passou a ser utilizada em casas de depressão pós-poliomielite (COSTA, 1989). Os sobreviventes da poliomyelite apresentavam sequelas graves como quadros depressivos profundos que em alguns casos os levavam à morte. No entanto, os recursos terapêuticos conhecidos não demonstravam resultado. Assim, tentou-se a “musicoterapia de

guerra”, a mesma praticada nos hospitais de recuperação dos soldados egressos da Segunda Guerra. Os bons resultados obtidos levaram à criação do primeiro curso de formação de musicoterapeutas da Argentina e da América Latina, na Universidad del Salvador. Os musicoterapeutas passaram a aprofundar seu corpo referencial em teorias de música, psicologia e pedagogia.

Gaston (1968) coloca que alguns objetivos comuns da musicoterapia em hospitais psiquiátricos na década de 1960 eram: aliviar tensões, estabelecer ou reestabelecer relações interpessoais e melhorar a auto-estima através de auto-conhecimento. Além disso, era considerado por alguns como um recurso de comunicação para pacientes psicóticos, dada suas dificuldades de comunicação verbal. Alvin (1967), musicoterapeuta argentina, colocava que as aplicações mais utilizadas neste campo eram as recreativas. A autora escreveu também sobre a prática de escuta de música em grupos em hospitais psiquiátricos. Ela colocava que esse tipo de intervenção poderia despertar sentimentos individuais e coletivos, e que ao trabalhar em grupo, o musicoterapeuta deveria buscar integrar os membros do grupo, criar relações interpessoais baseadas em uma experiência emocional comum. Há, porém, reações adversas que poderiam surgir nas intervenções com música que podiam dar informações úteis para o tratamento psiquiátrico. Ela afirmava a importância da música realizada ou escutada estar no tempo subjetivo do paciente. Alvin acreditava que a música fazia esvanecerem as defesas, criava pontes entre a realidade e o mundo isolado em que muitas vezes os pacientes com enfermidades mentais se encontravam em busca de refúgio.

Chagas; Pedro (2008) descreveram um caso clínico de uma psiquiatra e musicoterapeuta chamada Jacqueline Verdeu-Pailles que realizou uma intervenção com música na década de 70. Os contatos com o paciente em questão eram muito breves e superficiais. O pai do paciente contou à psiquiatra que ele havia demonstrado interesse por um concerto de órgão que foi veiculado na televisão. Ela então colocou para tocar no pátio um disco de um dos Corais de Bach, e em seguida percebeu que o paciente parou sua caminhada e se emocionou, deixando escorrer lágrimas até o final do fragmento musical. Ainda na década de 70 surge, através de Mary Priestley, o

Modelo⁴⁸ Psicanalítico de musicoterapia no tratamento psiquiátrico. O modelo de Priestley alterna momentos musicais com momentos de reflexões verbais (WIGRAM, PEDERSEN; BONDE, 2002).

No Brasil o primeiro curso de especialização em musicoterapia surge na Faculdade de Artes do Paraná em 1970 e o primeiro curso de graduação em 1972 no Rio de Janeiro no Conservatório Brasileiro de Música. Um dos primeiros registros de pesquisa efetivada no Brasil foi realizada por Di Pancaro, no Rio Grande do Sul, em 1975, chamada “Uma investigação e respostas a um estímulo musical repetido com doentes mentais” (PIAZZETTA, 2006). Em 1975, encontra-se também o trabalho de Maria de Lourdes Vignoli e Olívia Ambrósio da Silva intitulado “Musicoterapia na Comunidade Terapêutica” que descrevia o trabalho de musicoterapia realizado em uma Comunidade Terapêutica do Rio de Janeiro. Neste trabalho ela descrevia os objetivos terapêuticos das intervenções musicoterápicas, formato do grupo, tempo de duração, etc.

Ainda na década de 70, no Paraná, encontram-se os trabalhos da Prof^a Clotilde Leinig, uma das precursoras das pesquisas em musicoterapia no Brasil (BARCELLOS, 2012). Em seu “Tratado de Musicoterapia”, de 1977, a autora abordava as ações da musicoterapia nas neuroses e nas psicoses esquizofrênicas e maníaco-depressivas, indicando que a musicoterapia atuaria na modificação de conduta, buscando a integração social do paciente. Com pacientes psicóticos, buscar-se-ia ainda sua adaptação à realidade

Durante a década de 80 crescia a musicoterapia na América Latina com a ajuda do médico, psiquiatra, psicanalista e musicoterapeuta Rolando Benenzon (1988) que descrevia como objetivos da musicoterapia a abertura de canais de comunicação para facilitar a introdução de outras terapias, atuando como coadjuvante destas outras terapias. Benenzon trabalha com diagnósticos prévios ao tratamento; considera a música como potencializadora de catarses, que são muitas vezes necessárias ao tratamento. Benenzon (1988) utiliza o

⁴⁸ O conceito de modelo utilizado é baseado na definição de Bruscia (2000). Para o autor “Um *modelo* é uma abordagem abrangente de avaliação diagnóstica, tratamento e avaliação que inclui princípios teóricos, indicações e contra-indicações clínicas, objetivos, orientações e especificações metodológicas e utilizações de certas seqüências e procedimentos técnicos” (p.123).

conceito de Identidade Sonora (ISO) de Altshuler e o desenvolve enquanto som ou conjunto de sons e de movimentos internos, que caracterizam ou individualizam cada ser humano. Benenzon & Yepes (1932/1972) afirmam que para se comunicar com um paciente maníaco – que possui, segundo os autores um tempo mental acelerado, inquieto e disperso – devia-se utilizar um tempo musical *Allegro* (ligeiro e leve – 120-168 bpm) e *Vivace* (rápido e vivo – 152-168 bpm), com andamento rápido, pois assim estaria de acordo com seu ISO.

Além da musicoterapia psicanalítica, que durante algumas décadas prevaleceu na América Latina, existiam alguns modelos de musicoterapia também preponderantes no mundo no final do século XX. Even Ruud (1990) divide esses modelos em: teorias do modelo médico, teorias psicanalíticas, teorias behavioristas e tendência humanista/existencial em psicologia.

Na década de 80, a musicoterapeuta Clarice Moura Costa desenvolveu o *Projeto de Pesquisa Interdisciplinar de Musicoterapia e Serviço Social* (1985-1988), em parceria com a musicoterapeuta Martha Negreiros (BARCELLOS, 2012). Ao longo dos anos 80, as pesquisadoras publicaram alguns artigos de relevância para a área e vinculadas ao tema da saúde mental (COSTA & VIANNA, 1982, 1984a, 1984b, 1985). Além disso, elas também possuem o trabalho intitulado “A importância da linguagem musical para psicótico – abertura de canais de comunicação” (COSTA; VIANNA, 1987), baseado em uma pesquisa que foi realizada durante cinco anos em um hospital psiquiátrico através de questionário, avaliação de prontuário e depoimento dos pacientes. Costa (1985, 1986, 2008) também publicou outros artigos a respeito do uso da musicoterapia com pacientes esquizofrênicos. Em 1989, publicou o livro “O despertar para o outro”, tratando da musicoterapia e psiquiatria (COSTA, 1989). Posteriormente a autora continua escrevendo trabalhos e em 2010 publicou mais um livro que trata da musicoterapia neste campo de atuação: “Música e Psicose” (COSTA, 2010).

Em 1989, Even Ruud organiza o livro “Música e Saúde”. Dos artigos apresentados no livro, um em especial aborda a questão da relação entre musicoterapia e psiquiatria, da musicoterapeuta Frohne, no qual ela coloca que

a função do musicoterapeuta tanto no trabalho psiquiátrico quanto no da educação social é de proporcionar “o tempo e o local para saborear, comer e digerir a sociedade humana” (FROHNE, 1991, p.36). Neste artigo, a autora também discorre sobre as bases teóricas de seu trabalho que relaciona musicoterapia e Gestalt-terapia.

O primeiro artigo publicado na *Revista Brasileira de Musicoterapia* a respeito da Musicoterapia na Saúde Mental foi “Musicoterapia nas Oficinas Terapêuticas: trilhando e recriando horizontes”, de Claudia Lelis; Lúcia M. Romera, em 1997. As autoras discorrem sobre um projeto interdisciplinar realizado junto à Clínica Psicológica da Universidade Federal de Uberlândia. As oficinas de musicoterapia funcionavam uma vez por semana com os usuários do serviço, e também eram realizadas atividades sonoro-musicais com os estagiários. Segundo as autoras, a oficina era um lugar de reflexão e questionamento a respeito das relações humanas.

Em 1999, foi publicado um livro, editado por Tony Wigram; Jos de Backer, intitulado “Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry”. Este livro apresenta 15 artigos que discorrem a respeito da Musicoterapia na Psiquiatria. Em um dos capítulos desse livro, Bent Jensen (Wigram; Backer, 1999) discorre sobre a relevância da Musicoterapia para pacientes psiquiátricos em geral, possibilitando diferentes contatos com pacientes psiquiátricos. Como a proximidade pode ser ansiogênica em muitos casos, na música é possível alternar aproximação e distanciamento, para conservar este espaço.

Em 2001 foi sancionada a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Assim, mudam-se aos poucos algumas características dos atendimentos musicoterápicos neste campo já em mutação.

Zanini (2004) apresenta algumas possibilidades de atuação da Musicoterapia na área da Saúde Mental: nos transtornos esquizofrênicos quando se possibilita a expressão através dos instrumentos musicais, a concretude desses objetos pode favorecer o contato com a realidade. A autora relata que no fazer musicoterápico se busca estar na mesma paisagem sonora, em sintonia com a musicalidade do paciente, através do fazer musical conjunto.

Barbara, Duarte, Mello; Goldenstein (1999) elaboraram um gráfico que mostra o perfil de expressividade de um paciente esquizofrênico no processo musicoterápico. Os diferentes níveis de expressão parecem contextualizar a vida de relações do sujeito com o mundo.

Algumas mudanças podem ser percebidas nos trabalhos que são desenvolvidos no campo da musicoterapia a partir da década de 90. Uma característica dessa década é o crescimento de grupos musicais de usuários de serviços de Saúde Mental. “(...) cuja qualidade estética é compatível com a dos grupos musicais que não fazem parte do cenário da saúde mental” (SILVA, 2012, p.62). Uma musicoterapeuta de destaque na área da Saúde Mental que aborda este tema é Raquel Siqueira da Silva que trabalha nesta área desde 1995. Em sua dissertação de mestrado sobre uma experimentação musicoterápica que culminou no grupo musical criado com usuários de serviços de saúde mental, os *Mágicos do Som*, Silva discutiu sobre como o grupo engendrou um movimento coletivo que colocou em cheque o lugar instituído da loucura, as formas de cuidado na Saúde Mental e o trabalho da musicoterapia neste campo de atuação (SILVA; MORAES, 2007). Em sua tese de doutoramento, Silva (2012) abordou as formações de grupos musicais dos usuários de serviços de saúde mental, suas funções e repercussões, e também comparou as diferenças dos grupos e das redes de Saúde Mental do Brasil e de Portugal. “A visibilidade e geração de renda dos grupos brasileiros foram os elementos novos que ainda não havia na formação de grupos musicais anteriores” (p.13), e que não estão presentes nos grupos portugueses. Ressaltou ainda a importância desta particularidade dos grupos brasileiros como consequência de movimentos da Reforma Psiquiátrica e como abertura para uma amplificação da voz dos usuários dos serviços de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pudemos verificar ao longo deste artigo, a história do uso terapêutico da música está intimamente entrelaçada com a história do cuidado do homem com sua saúde mental. A partir da consolidação da Musicoterapia

enquanto disciplina, esta se fez presente da história da Saúde Mental. O homem cria e utiliza a música em sua relação com o mundo, inclusive a emprega como meios de cura e cuidado com a saúde. Observamos, a partir da bibliografia pesquisada, que durante a pré-história e durante parte da antiguidade o uso terapêutico da música estava baseado em um pensamento mágico. A música era usada por alguns poucos iniciados, como os xamãs e a doença era vista com um desequilíbrio, uma possessão ou punição divina. Acreditava-se que música era um dom dos deuses e os sons faziam parte da identidade do homem, podendo assim ser restabelecida sua saúde através do uso da mesma.

A ideia de que a cura se dava através da ligação estabelecida entre a música e as forças espirituais permaneceu prevalente nos séculos seguintes. Aos poucos a teoria dos quatro humores foi ganhando força novamente e a música volta a ser utilizada como uma forma de reequilibrar a saúde do homem. Ao longo da história se verifica alguns escritos que discorrem sobre outras características do uso da música no cuidado à saúde. Algumas das funções mencionadas são a de alegrar ou distrair os “doentes mentais”.

No fim do século XVIII os estudos a respeito da possível função terapêutica da música voltam-se a compreensão a respeito dos efeitos fisiológicos da música no corpo humano. Desde então os métodos experimentais ganharam cada vez mais força e continuam muito presentes nas pesquisas atuais a respeito dos efeitos terapêuticos da música. Segundo Tyson (1981), o desenvolvimento da utilização da música em hospitais psiquiátricos durante os séculos XVIII e XIX pode ser descrito a partir dos seguintes objetivos: atrair a atenção e expandir a capacidade de atenção, distrair e substituir certos pensamentos considerados não saudáveis, modificar humores, estimular o indivíduo intelectualmente, aliviar tensões internas, facilitar a expressão e estimular a ressocialização. Costa (1989) afirma que os objetivos terapêuticos do uso da música nos hospitais condiziam com os objetivos da psiquiatria deste período, que procurava modificar o sujeito internado para que pudesse voltar a viver em sociedade.

O surgimento da musicoterapia enquanto profissão e disciplina ampliou e especializou ainda mais os estudos e pesquisas relacionadas a utilização terapêutica da música na saúde mental. Após o surgimento da musicoterapia temos diversos exemplos de experiências de utilização da música, seja para o alívio de tensões, reestabelecimento de relações interpessoais, melhora da auto-estima. Em muitos momentos a musicoterapia ganhava reconhecimento ao conseguir acessar, afetar e se comunicar com indivíduos que não respondiam a outras intervenções terapêuticas.

Podemos perceber que a maioria dos trabalhos iniciais de pesquisa da musicoterapia estava relacionada a saúde mental, e esta continua sendo uma importante área de atuação dos musicoterapeutas brasileiros. Durante o século XX diversos modelos, como coloca Ruud (1990), foram sendo criados, muito deles baseados em concepções e conceitos de outras áreas, especialmente da psicologia. Porém, cada vez mais percebemos nas pesquisas musicoterápicas da atualidade um esforço em compreender e buscar descrever nosso trabalho através de uma linguagem que dialogue com outras áreas do conhecimento, mas que deixa de transplantar conceitos de outras áreas, conseguindo então utilizar conceitos, adaptando-os à realidade da musicoterapia ou criando conceitos da própria musicoterapia.

Não entendemos esse movimento como uma forma de se esconder atrás de um discurso que somente nós, musicoterapeutas, podemos compreender. Como pudemos observar, acontecendo ao longo da história de diferentes áreas do conhecimento, incluindo a psicologia. Mas, entendemos como um amadurecimento da compreensão das especificidades da musicoterapia.

Nas pesquisas relacionadas ao tema musicoterapia e psiquiatria ou saúde mental, podemos perceber também mudanças acontecendo ao longo das décadas do século XX e XXI. Tanto na compreensão do sofrimento psíquico, da loucura, e reflexões a respeito do tipo de atenção oferecida a esses sujeitos, quanto das especificidades do trabalho da musicoterapia e como podemos contribuir a esta atenção.

Percebemos as pesquisas em Musicoterapia e musicoterapeutas, enquanto profissionais, assumindo diferentes lugares com diferentes perspectivas, algumas enfocando a doença mental e acompanhando objetivos de modificação de comportamento em busca do reestabelecimento de uma normalidade e, em outras, repensando este fazer e tentando incluir a musicoterapia numa compreensão de cuidado que tenha como foco o sujeito, suas perspectivas e possibilidades.

Os trabalhos desenvolvidos por Silva (2007, 2012) são um exemplo do papel da musicoterapia enquanto área de conhecimento que está repensando as formas de atenção à saúde mental e possibilidades de contribuição do musicoterapeuta na atuação nesse campo. Na descrição do trabalho com os Mágicos do Som, a autora mostrou uma ação que partiu de um desejo dos usuários do CAPS Usina dos Sonhos e que acabou produzindo um espaço ocupado por diferentes profissionais do CAPS, no qual funções e papéis do profissional x usuário, ou as concepções do que é o cuidado à saúde mental, eram testados, repensados, experienciados de outras formas.

Hoje as possibilidades do uso da música no cuidado à Saúde Mental se ampliam ainda mais. Os grupos musicais formados por usuários dos serviços de Saúde Mental têm se demonstrado uma estratégia bastante recorrente nesse campo. Como pudemos verificar há bastante variedade nos tipos de intervenções na Saúde Mental.

Ao longo da história também pudemos verificar que desde cedo já se discutiam os efeitos “prejudiciais” da música e dos sons. Os xamãs deveriam saber muito bem que tipos de sons e musicais utilizar para conseguir a cura, caso contrário estariam piorando a situação do “doente”. Burton (1961/2012) no século XVI também alertava quanto ao risco da música gerar malefícios e doenças. E desde então continua a ser afirmada por estudiosos da música, musicologia, da musicoterapia, entre outros, o fato da música possuir diversos usos e efeitos.

A musicoterapia também vem como possibilidade de um fazer que leva em conta a potência da música, tanto para desorganizar, isolar ou gerar sofrimento, quanto para auxiliar em uma organização, possibilitar experiências

de inclusão e acolher o sofrimento. Aprofundando-se no estudo da música como uma das formas de relação entre o homem e o mundo, a musicoterapia se coloca a pensar sobre os fazeres que incluem a música no cuidado à saúde mental.

Assim como o indivíduo que, em sofrimento, está vinculado ao seu contexto familiar e ao contexto social, é incontestável que um único saber isolado não dá conta dos fenômenos orgânicos, psíquicos, sociais, antropológicos e familiares, entre outros, que compõem a dimensão do sofrimento humano. Sem dúvida, a interdisciplinaridade fortalece o tratamento através da união de diferentes formas de saber e de olhar o caminhar do indivíduo. Dessa forma, o olhar interdisciplinar enriquece o tratamento (NICK, 2005, s/p).

A complexidade do atendimento à Saúde Mental requer uma rede de disciplinas e profissões atuando conjuntamente. No cuidado à Saúde Mental é importante pensar em como os diferentes tipos de atendimento podem acolher as singularidades dos sujeitos em sofrimento. A história dos usos terapêuticos da música nos revela o quanto é antigo o uso da música em diferentes formas de cuidado e como a musicoterapia surge como resultado da compreensão da importância do papel da música no cuidado da saúde humana.

REFERÊNCIAS

ALVIN, J. **Musicoterapia**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1967.

AMUI, J. M. Imagem musical: reflexões sobre a musicalidade da alma. *Anais do IV Congresso Latinoamericano de Psicologia Junguiana*, (pp. 30-35). Punta del Este, Uruguay, 2006.

BARBARA, B. B.; DUARTE, C.; MELLO, H. C. & GOLDENSTEIN, N. Musicoterapia e Psiquiatria: Um estudo de caso. **Revista Casos Clínicos em Psiquiatria**, 1 (1), pp.16-20, 1999.

BARCELLOS, L. R. Levantamento sobre o 'Estado da Arte' da Pesquisa em Musicoterapia no Mundo. **Anais do XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia**, Olinda, PE, Brasil, 2012.

BENENZON, R. O. **Teoria da Musicoterapia**: Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. São Paulo: Summus editorial, 1988.

BENENZON, R. O. & YEPES, A. **Musicoterapia en Psiquiatria**. Buenos Aires: Barry, 1972. Original de 1932.

BLASCO, S. P. **Compendio de Musicoterapia**. Barcelona: Herder, 1999.

BRANDALISE, A. **Musicoterapia Músico-Centrada**: Linda – 120 sessões. São Paulo: Apontamentos, 2001.

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

BURTON, R. **Anatomia da Melancolia**. Trad. Guilherme Gontijo Flores. Vol. III. Segunda partição: A cura da Melancolia. Editora UFPR. Original de 1621, 2012.

CHAGAS, M, & PEDRO, R. **Musicoterapia desafios entre a modernidade e a contemporaneidade**: como sofrem os híbridos e como se divertem. Rio de Janeiro: Mauad e Bapera Editora, 2008.

COSTA, C. M. A estranheza do corpo: uma abordagem musicoterápica. Trabalho apresentado em mesa redonda no **I Congresso Internacional do Corpo**, Rio de Janeiro. Disponível na Biblioteca da Musicoterapia Brasileira (online), 1985.

COSTA, C. M. A linguagem musical no tratamento de esquizofrênicos. Trabalho apresentado no **XI Congresso Internacional de Psiquiatria Social**, Rio de Janeiro. Disponível na Biblioteca da Musicoterapia Brasileira (online), 1986.

COSTA, C. M. **O despertar para o outro**. São Paulo: Summus, 1989.

COSTA, C. M. Uma pesquisa sobre Musicoterapia nas esquizofrenias. Anais eletrônicos, 1CD-ROM, do **VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**, Rio de Janeiro, Brasil, 2008.

COSTA, C. M. **Música e Psicose**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2010.

COSTA, C. M., & VIANNA, M. N. Musicoterapia - grupos de pacientes psiquiátricos internados por períodos breves. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 31(3), 185-194, 1982.

COSTA, C. M., & VIANNA, M. N. Musicoterapia - uma pesquisa sobre sua utilização para pacientes esquizofrênicos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 33(3), pp. 178-185, 1984a.

COSTA, C. M., & VIANNA, M. N. Musicoterapia - Música e Linguagem nas esquizofrenias. **Revista do Corpo e da Linguagem**, 2(6), 153-157, 1984b.

COSTA, C. M., & VIANNA, M. N. Música – uma linguagem terapêutica para psicóticos. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação de Psiquiatria da América Latina**, 7(27), 163-167, 1985.

COSTA, C. M., & VIANNA, M. N. A importância da linguagem musical para psicótico – abertura de canais de comunicação. **III Congresso Mundial de Niño Aislado**, Buenos Aires, Argentina, 1987.

FROHNE, I. Musicoterapia na educação social e na psiquiatria. In: **Música e Saúde**. Ruud, E. (Org.) (1991). Trad. Vera Bloch Wrobel; Glória Paschoal de Camargo; Mirian Goldfeder. São Paulo: Summus, 1991.

141

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

LELIS, C. & ROMERA, L. M. Musicoterapia nas Oficinas Terapêuticas: trilhando e recriando horizontes. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, 2 (3), pp.41-49. Rio de Janeiro, 1997.

LEINIG, C. E. **Tratado de Musicoterapia**. São Paulo: Sobral Editora Técnica Artesgráficas LTDA, 1977.

MARANHÃO, A. L. V. **Acontecimentos sonoros em musicoterapia: a ambiência terapêutica**. São Paulo: Apontamentos, 2007.

NICK, E. Musicoterapia em Saúde Mental. Anais da **V Jornada Científica de Musicoterapia. Musicoterapia: Teorias e Práticas Contemporâneas**. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2005.

PAHLEN, K. **História Universal da Música**. Trad. A. Della Nina. 5 ed. São Paulo: Edições Melhoramento, 1965. Original de 1947.

PELBART, P. P. **Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: Loucura e desrazão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PIAZZETTA, C. M. O Desenvolvimento da Pesquisa em Musicoterapia no Brasil. **Anais do XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia**, Goiânia, GO, Brasil, 2006.

PODOLSKY, E. (Ed). **Music Therapy**. Nova York: Philosophical Library, 1954.

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

RUUD, E. (Org). **Música e Saúde**. Trad. Vera Bloch Wrobel; Glória Paschoal de Camargo; Mirian Goldfeder. São Paulo: Summus, 1991.

SAMPAIO, R. Por uma nova noção de Música em Musicoterapia. In: **Apontamentos em Musicoterapia**, 1, 21-24. São Paulo: Apontamentos, 2005.

SCHNEIDER, M. Sobre la esencia de la música. In: **Orígenes de la Música – La Literatura**. La Música. Barcelona: Editorial Labor, p.845-958.

SIGERIST, H. E. **Civilização e Doença**. Trad. Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo: Hucitec, 2011. Original de 1944.

SILVA, R. S. **Grupos musicais em Saúde Mental**: conexões entre estética musical e práticas musicoterápicas. Tese (Doutorado) em Psicologia. Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia. 198f, 2012.

SILVA, R. S., & MORAES, M. Musicoterapia e saúde mental: relatos de uma experiência rizomática. **Revista Psico**, 38(2), 139-147, 2007.

TYSON, F. **Psychiatric music therapy**: Origins and development. New York: Wiedner & Son, 1981.

VIGNOLI, M. L. & SILVA, O. A. Musicoterapia na Comunidade Terapêutica. Anais do **XII Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental**, Brasília, 1975.

WIGRAM, T. & BACKER, J. (Ed). **Clínical Applications of Music Therapy in Psychiatry**. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 1999.

WIGRAM, T., PEDERSEN, I. N., & BONDE, L. O. **A comprehensive guide to Music Therapy**: Theory, Clinical Practice, Research and Training. London: Jessica Kingsley, 2002.

ZANINI, C. R. de O. Musicoterapia e Saúde Mental: um longo percurso. In: Valladares, A. C. A. (Org.). In: **Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental** (pp.181-203). São Paulo: Vetor, 2004.

EFFECTOS DEL CORO TERAPEUTICO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN POBLACION ADULTA MAYOR

Effects of the therapeutic choir on the quality of life among the elderly

Gina Paola Ramos Aroca⁴⁹

Resumen- La presente investigación se realizó con la población Adulta Mayor atendida por la fundación Miniliga Lila Sánchez De Cruz del Municipio de Arbeláez Cundinamarca. El objetivo principal fue describir los efectos que tiene la musicoterapia a partir del “coro terapéutico” sobre la calidad de vida, identificando los diversos cambios de tipo psicoemocional que afectan la sensación de bienestar de esta población. Se optó por un diseño Cualitativo, empleando herramientas de seguimiento que incluyen ficha musicoterapéutica, entrevista individual, análisis de diario de campo y los registros en audio y video que permitieron realizar un seguimiento constante al proceso musicoterapéutico llevado a cabo. Se encontraron resultados positivos en relación a la percepción de calidad de vida, registrada en los momentos pre y post del tratamiento a través de la escala de calidad de vida WOQOL- BREF. La utilización del canto permitió a los diecisiete usuarios beneficiados el descubrimiento de la voz como un medio expresivo importante y se evidenció como respuestas positivas la cooperación, confianza, comodidad, autoestima y participación activa a través del coro conformado que conllevó al positivo efecto que tuvo la musicoterapia a las necesidades de tipo psicoemocional identificadas.

Palabras claves: Musicoterapia, coro terapéutico, vejez, calidad de vida.

Abstract - The following research was carried out with senior citizens, who are treated at Miniliga Lila Sánchez de Cruz Foundation, at the municipality of Arbeláez, in Cundinamarca. The main objective was to describe the effects that music therapy has on life quality, taking as a starting point the “therapeutic choir”. Through this, psycho-emotional changes are identified, which affect the welfare of this specific population. A qualitative and quantitative model was chosen, and evaluation tools were used, which included a music therapy chart, individual interviews, field diaries analysis, and audio and video records that allowed a constant follow up of the music therapy process that was carried out. Positive results were found in regards to the perception of their quality of life, recorded before and after being treated through the WOQOL.BREF quality of life scale. The use of singing allowed the seventeen people who benefited from the treatment to discover that their voice is an important expressive means, and as a positive answer a better cooperative attitude was evident, as well as greater self-confidence, feeling of comfort, self-esteem, and active participation

⁴⁹ Graduada como Magister en Musicoterapia por la Universidad Nacional de Colombia, Docente Facultad de Educación, Programa de Licenciatura en Educación Artística en la Universidad de la Amazonia. E-Mail: gp.ramosaroca@gmail.com

through the choir, that derived in a positive effect that music therapy had on the identified psycho-emotional needs.

Keywords: Music Therapy, Therapeutic choir, Old Age, Quality of Life.

INTRODUCCIÓN

144

Brindar Calidad de vida a la población geriátrica Colombiana, se convierte en un reto importante para la práctica musicoterapéutica, no son desconocidos los importantes beneficios que la disciplina puede proporcionar a través de su aplicación, como también los avances obtenidos gracias a las múltiples formas de expresión musical que se pueden ofrecer para la búsqueda de un óptimo equilibrio en los diversos cambios de tipo psicoemocional y físico que afectan la sensación de bienestar en esta población. (KUSUMOTO, A. 2006)

La musicoterapia permite afianzar los espacios de comunicación, disfrute, recreación, libre expresión, participación activa, autoconocimiento, contacto y confianza, estas y múltiples razones permiten brindar a través de ella atención integral involucrando el canto como una alternativa positiva en las intervenciones ya que a través de su práctica se pueden experimentar de forma directa las bondades que tiene la voz como vía de reconocimiento individual y grupal facilitando un reencuentro interno a través de las canciones propias en la historia musical. (SCHAPIRA, 2001).

El proceso tuvo como punto central el canto a través de actividades propuestas que conllevaron gradualmente a los diecisiete usuarios al disfrute pleno de cantar y el descubrimiento de la voz un medio expresivo importante, dentro de las respuestas se evidencio un alto grado de cooperación, confianza, comodidad y participación activa a través de la conformación del coro, logrando con esto un positivo efecto musicoterapéutico a las necesidades de tipo psicoemocional identificadas.

Por consiguiente, esta investigación realizada con la población Adulta Mayor atendida por la fundación Miniliga Lila Sánchez De Cruz del Municipio de

Arbeláez se diseñó teniendo en cuenta la importancia de ofrecer un espacio musicoterapéutico como factor de cambio a la percepción de calidad de vida presente en las personas beneficiadas. El test empleado para la medición cuantitativa WOQOL-BREF en los momentos pre y post, así como los registros observacionales descritos en el diario de campo y las respuestas evidenciadas en las herramientas de registro audiovisual permitieron obtener un acorde y positivo resultado a través de los objetivos planteados.

METODOLOGIA

Se optó por un diseño cuali-cuantitativo que tuvo como objetivo describir los efectos que tiene la musicoterapia a partir del “coro terapéutico” que consiste en un grupo dirigido por un musicoterapeuta, con fines terapéuticos, en el que la voz se utiliza como un recurso para la comunicación, la expresión, la satisfacción y la interacción social. (ZANINI, 2002) favoreciendo de esta forma la calidad de vida de una población adulta mayor atendida en la fundación miniliga Lila Sánchez de Cruz del Municipio de Arbeláez Cundinamarca.

En cuanto al paradigma cuantitativo se propuso llevarlo por medio de un diseño cuasi-experimental, en el que la población a estudio fue tanto el grupo experimental como control de sí mismo al final de la intervención empleando la escala WHOQOL- BREF⁵⁰, (CARRASCO, 1996), como una herramienta validada internacionalmente. Esta última fue aplicada en 2 tiempos; tanto en el pre como en el post tratamiento musicoterapéutico.

El aspecto cualitativo se basó en el análisis descriptivo del proceso utilizando herramientas de observación propias de la musicoterapia, dirigido a través del paradigma narrativo. Los análisis de las sesiones se llevaron a cabo a través de instrumentos como los informes de sesión, análisis de grabaciones en audio y video de las actividades realizadas, declaraciones de los participantes antes, durante y al finalizar el proceso de intervención, los cuales

⁵⁰ Versión española del WHOQOL, escalas de respuesta de frecuencia o medida de un estado o conducta. Página: 13-15 (División de salud mental OMS).

permitieron desde una perspectiva observacional, establecer la correlación entre los datos arrojados por las otras herramientas cuali y cuantitativas empleadas desde una visión neutral y a partir de la vivencialidad de la investigadora.

Para la recolección de los datos fue elaborada una ficha musicoterapéutica con el fin de conocer experiencias con la música, el canto y los gustos musicales pertenecientes a la historia personal de cada uno de los usuarios e involucrar los datos informados al proceso de musicoterapia y las entrevistas con el objetivo de identificar las posibles necesidades de tipo psico-emocional y las principales causas de ingreso al programa de talleres prevocacionales de la fundación, también, se utilizó esta herramienta de medición en el momento previo al proceso musicoterapéutico con cada uno de los usuarios, la cuidadora y directora de la fundación, con el propósito de registrar el impacto generado por la intervención y tomar decisiones pertinentes si así se hubiera requerido, los participantes fueron ampliamente informados acerca del programa de musicoterapia y la confidencialidad de todo el proceso, aprobando a la musicoterapeuta la difusión de la información a través del formato de consentimiento informado antes del inicio de la intervención.

Una de las razones por las que se decidió el empleo de un diseño cuasi-experimental tiene que ver con el particular funcionamiento de la institución *Miniliga Lila Sánchez de Cruz*, la cual presta sus servicios a la población adulta mayor, ofreciendo a todos un apoyo que para este momento en forma “estandarizada” consiste en: asistencia en terapia ocupacional, taller de manualidades y artesanías, optimización de la utilización del tiempo libre y la elaboración de elementos de aseo y de costura. La muestra total que se incluyó en este proceso, corresponde en número a la misma que usualmente asiste para recibir el apoyo descrito y en general ninguno recibe apoyos diferentes por fuera de la institución.

Participó un total de diecisiete personas, dieciséis mujeres y un hombre con edades entre los 59 y 89 años de edad, habitantes del casco urbano y rural del municipio de Arbeláez Cundinamarca.

Para incluir la población al programa de musicoterapia se tuvo en cuenta las siguientes características las cuales en parte fueron concordantes con los criterios de aceptación de la población que exige la fundación:

- Adultos mayores de todas las condiciones socio-económicas.
- La procedencia podría ser del área rural o urbana del municipio de Arbeláez (Cundinamarca)
- Una edad comprendida entre los 55 y 89 años de edad.
- La población no debía tener compromiso cognitivo diagnosticado que le impida interactuar con la musicoterapeuta o que genere limitaciones en cuanto a la aplicación de la prueba que evalúa la percepción de calidad de vida.
- Ser beneficiario del programa de talleres pre vocacionales de la fundación “Miniliga Lila Sánchez De cruz” durante el año 2011.
- Tener disponibilidad de tiempo para asistir a las sesiones de musicoterapia.
- No haber estado vinculado a otro proceso de musicoterapia.

RESULTADOS

El análisis de los resultados cuantitativos fue realizado por el Departamento de Estadística de la Universidad Nacional de Colombia. Se realizó de forma porcentual, teniendo en cuenta las respuestas que dieron los usuarios a cada una de las veintiséis (26) preguntas pertenecientes al test de calidad de vida empleado en los momentos pre y post del tratamiento musicoterapéutico. Basados en el análisis univariado y multivariado y cómo podemos observar en el respectivo resumen general de los resultados estadísticos en forma secuencial se podría intuir que:

Los participantes tuvieron una respuesta favorable en cuanto a su percepción subjetiva de calidad de vida tras el tratamiento musicoterapéutico, y aunque hay muchos factores externos que hubieran podido influir en el resultado, es importante resaltar que musicoterapia fue una actividad novedosa y motivadora para todos los asistentes y aparentemente la única actividad diferente que hizo parte de su vida diaria.

En las preguntas dos, tres y cuatro, se podría decir que el grupo percibió una disminución del grado de satisfacción que tienen sobre su estado de salud tras el proceso musicoterapéutico. Sin embargo, la respuesta es contrastante con los resultados observacionales y las verbalizaciones positivas de los usuarios. Por ejemplo, los cambios corporales producto de una posible motivación inherente al estímulo musical evidenciados en mayor amplitud de los arcos de movimiento y cadencia en el desplazamiento espacial en las actividades de caldeamiento, así como la observación de una disposición corporal cómoda durante la ejecución del canto, de otro lado, las respuestas puntuales no permiten especificar o establecer las razones exactas, entre las cuales, se podría presumir que el primer momento de aplicación de la prueba por parte de la psicóloga colaboradora, puede constituir un momento de impacto en el que por falta de una natural de confianza, los usuarios puedan defenderse “aparentando” una alta satisfacción sobre su estado de salud.

De igual forma, si analizamos la respuesta a la pregunta tres, que tiene relación con la limitación que podría generar el dolor físico en sus actividades diarias, aunque verbalmente este síntoma era marcadamente manifiesto al inicio del proceso, se pudo vivenciar que estas afirmaciones espontáneas fueron disminuyendo marcadamente en cuanto a frecuencia a lo largo del mismo, esto podría correlacionarse con la respuesta cuatro en la que llamativamente la percepción general durante la intervención musicoterapéutica respecto a la necesidad de su tratamiento médico preestablecido no tuvo un mayor protagonismo o requerimiento. No es posible determinar la duración de este resultado, el cual podría ser objetivo de otra investigación.

Es importante destacar los resultados obtenidos en las preguntas cinco, seis, ocho, diecinueve, veinte y veintidós que hacen referencia a la interacción, sensación de apoyo, seguridad y socialización que se correlacionan con los datos y análisis observacionales producto de la vivencia de la investigadora y en la actitud positiva que se evidenciaba en el grupo a través de las diversas actividades en las cuales el vínculo, la cooperación, la confianza y la comodidad era una respuesta predominante, en los diferentes espacios dispuestos para la verbalización. Varias de las declaraciones descritas ayudan

a reafirmar cuán importante fue para ellos el canto y la importancia del grupo en su vida, el impacto generado por las sesiones y el significado que las canciones escogidas les permitieron establecer un fuerte lazo de unión y reconocimiento como grupo.

Por otro lado, se señalan los resultados positivos en cuanto a la disminución de la cantidad de aparición de ideas negativas como ansiedad, temor, desesperanza, depresión, tristeza. Es evidente que el proceso durante sus tres fases contribuyó al cambio de esta respuesta en el momento posterior al tratamiento, podemos afirmar que las actividades proporcionaron esperanza, autoestima, libertad de expresión y alegría evidente en las observaciones y registros de video.

Al obtener los resultados univariados y con la aplicación del método Wilcoxon, se logró demostrar la existencia de diferencias significativas que nos confirmaron que hubo un aumento en la percepción de la calidad de vida de los usuarios beneficiados por la intervención, el análisis reafirma estadísticamente cuán importante fue la diferencia obtenida en los momentos pre y post. El método permite dar confiabilidad y afirmar que la intervención musicoterapéutica realizada contó con todos los elementos necesarios para modificar la percepción de la calidad de vida presente en los usuarios beneficiados del proceso.

DISCUSIÓN

Durante el estudio, fue difícil dar un óptimo control a todas las variables externas que podrían poner en riesgo la validez de los resultados, sin embargo es de anotar que durante el transcurso del proceso terapéutico, todos los usuarios continuaron con el resto de actividades usuales, siendo musicoterapia, la actividad que dio cierto grado de variedad en su vida diaria, de esta manera podríamos decir que los resultados podrían ser consistentes a pesar de no tener un grupo control el cual era difícil de lograr si recordamos que la institución tiene un funcionamiento particular que la hace probablemente

diferente a otras instituciones y sabiendo que fue necesaria la participación de la totalidad de la población asistente a ella.

En cuanto a la experiencia personal de la investigadora se puede afirmar que las actividades diseñadas y la postura humanista centrada en los usuarios le permitieron obtener un mejor acercamiento al grupo y por ende los resultados que se evidenciaron durante el proceso de intervención, en razón a la amplia apertura al intercambio constante de opiniones que surgían en los usuarios, conservando una escucha abierta y de aceptación positiva frente a los esfuerzos musicales y no musicales manifestados por ellos y en general frente a todo lo que estaba sucediendo en cada sesión y a las emociones que emergían a través del canto y las canciones interpretadas en el coro.

Los datos reportados por la directora, la cuidadora del grupo y los usuarios; en las entrevistas realizadas en el momento previo al tratamiento musicoterapéutico, fueron el insumo principal para direccionar los objetivos en las fases de diagnóstico, intervención y cierre a través de las actividades propuestas para el grupo en el transcurso de las sesiones convirtiendo la musicoterapia en un espacio de expresión y comunicación constante que conllevó positivamente hacia el reconocimiento grupal e individual, la promoción de la autoestima, proyección positiva, sensación de comodidad, confianza y bienestar frente a nuevas formas de expresión verbal corporal y musical.

En los resultados cualitativos y las observaciones directas realizadas por la musicoterapeuta en el diario de campo, el contacto musical empleado a través del canto, fue un medio eficaz para afianzar la confianza en los usuarios. También se evidenció en ellos durante el proceso, un significado especial al reconocer las potencialidades sonoras tanto en los ejercicios de emisión y proyección de la voz, como en los juegos de imitación vocal, las dinámicas y ejercicios propuestos para el reconocimiento corporal y al cantar los temas musicales pertenecientes a su repertorio basado en su historia musical, ya que recordaban con precisión las letras, la tonalidad, el ritmo y fraseo, obteniendo de forma gradual seguridad para las presentaciones realizadas, llegaron a acuerdos en las composiciones, adoptaron técnicas para auto-reconocer el

cuerpo como medio de expresión, amplificación y contacto a través de los ejercicios de respiración, movimiento y relajación realizados. (CHORUS, A.2009).

Por otra parte, la vinculación directa que adoptó la cuidadora fue importante en las sesiones, su actitud de participación activa y receptiva permitió generar dentro del grupo una mejor empatía con el proceso, contribuyó todo el tiempo a la organización de espacios, la escogencia de los trajes y decoración en las dos presentaciones realizadas por el coro, proporcionó también, información eficaz a la musicoterapeuta acerca del estado de salud de los usuarios, la selección de las coplas y la animación corporal, gestual y verbal en el desarrollo de las actividades, esto hace pensar que la inclusión del personal trabajador de la institución al trabajo de musicoterapia, genera una sensación de cercanía, facilitando con esto la creación de lazos de cohesión y mejora el clima interno en el que se desenvuelven diariamente todos sus asistentes.

Es de destacar también que los métodos musicoterapéuticos empleados permitieron recrear un ambiente de diversión a través de la vivencia y el reencuentro con juegos, rondas, actividades de memoria, reconocimiento corporal, confianza, empatía interiorización rítmico-melódica, baile en conjunto e individual y diversas formas de expresión corporal y gestual. (BECK, R., CESARIO, A., YOUSEFI, A., EENAMOTO, H, 2000).

En los espacios de composición se evidenció un alto grado de cohesión, que podría corresponder a un estado de cohesión tres como lo describe el autor (JAMES & BRENDA, 1989), en su investigación, esto se corrobora cuando vemos que los usuarios lograron establecer metas grupales que sobrepasaron los objetivos iniciales de simplemente socializar, es decir, lograron establecer puntos de encuentro y proyectar objetivos en el tiempo por medio del trabajo en equipo, del mismo modo, para encontrar la forma adecuada de expresar emociones positivas presentes en el grupo con ayuda de la música. El método receptivo contribuyó también a una nueva forma de contacto grupal, encausando la intencionalidad de la música empleada y

conllevarlo de forma positiva hacia el incremento en la empatía y confianza del grupo.

Finalmente, al explorar el impacto que tuvo la intervención con participantes externos que presenciaron la vivencia, se realizó una entrevista a la directora de la fundación quien vio un cambio positivo en el grupo, una vez finalizado el proceso musicoterapéutico ella describió en una frase la forma en que la musicoterapia había contribuido con un cambio positivo y cómo se constituía el canto en una alternativa de atención para el programa de talleres pre-vocacionales como se describe a continuación: *“Me gustó mucho ver la forma en que sus voces se escuchaban en la fundación, sus risas, y el entusiasmo con que realizaban las actividades, ahora se ven más felices y activos, me expresaron el deseo de continuar con el coro, no querían que se acabara y eso es precisamente lo que buscamos con el equipo de atención, brindarles calidad de vida, teniendo en cuenta la edad y los cambios por los que atraviesan, pero ante todo, felicidad y bienestar”.*

CONSIDERACIONES FINALES

A través del proceso de intervención, se pudo describir los efectos que tiene la musicoterapia a partir del coro terapéutico sobre la calidad de vida en la población de adultos mayores atendidos en la Fundación Miniliga Lila Sánchez de Cruz del municipio de Arbeláez Cundinamarca, identificando las necesidades psicoemocionales y físicas más frecuentes de la población estudiada que fueron entre otras: la soledad, el abandono, los problemas en las redes familiares, el desempleo, la tristeza y el duelo.

La intervención musicoterapéutica pone en evidencia las bondades de su versatilidad para aportar en la percepción de calidad de vida en la población de adulto mayor intervenida, teniendo en cuenta la movilización positiva de la puntuación general tanto en el pre como en el post test, Las herramientas utilizadas para extraer los resultados permitieron establecer las correlaciones que existen en torno a las manifestaciones y necesidades psicofísicas exhibidas, propias de la población intervenida y los progresos

corporosonoromusicales evidenciados tanto al inicio, como durante el progreso y la finalización del proceso musicoterapéutico.

El canto permitió a los usuarios involucrarse de forma positiva y ayudo a mantener la motivación frente a las diversas actividades que se plantearon durante el proceso de musicoterapia, la aceptación de la musicoterapia, como nueva forma de interacción grupal se dio de forma positiva, durante el proceso y en los registros realizados en el diario de campo se evidenció un notable grado de comodidad y confianza frente a las actividades planteadas. Se incrementó el trabajo en equipo y esto permitió a los usuarios identificarse con el coro respondiendo de forma óptima hacia la aceptación y reconocimiento del otro.

REFERENCIAS

BECK, R., CESARIO, A., YOUSEFI, A., EENAMOTO, H. **Choral singing, performance perception, and immune system changes in salivary immunoglobulin A and cortisol.** *Music Perception*, 18(1), 87-106, 2000.

CARRASCO, R. L. **Versión española del WHOQOL.** Madrid: Ediciones Ergon, S.A., 1996.

CHORUS, A. **Americas's performing art: A study of choruses, choral singers, and their impact. Chorus impact study report on findings** Retrieved from www.chorusamerica.org, 2009.

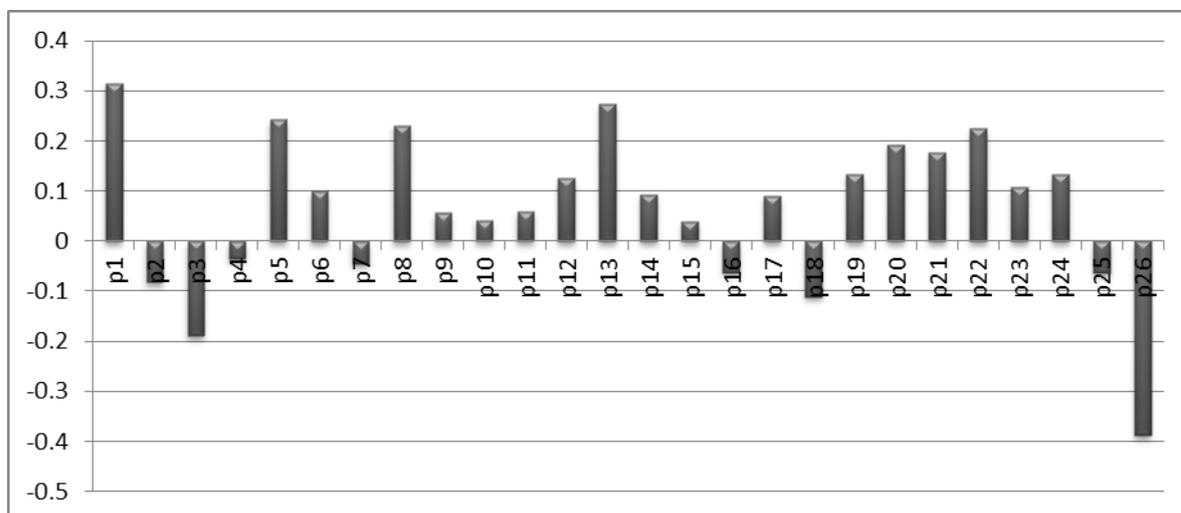
JAMES, M. R., & BRENDA, S. **A Sequential Model for Developing Group Cohesion in Music Therapy.** *Music Therapy Perspectives*, 7, 28-34, 1989.

KUSUMOTO, A. **A randomized controlled trial to improve walking anxiety and pain for elderly women - effects by shoe-fitting guidance and custom-made insole.** *J Soc Med Study Footwear*, 20: 18-21, 2006.

SCHAPIRA, D. **El trabajo con canciones en el método plurimodal** *Actas del VII Foro Rioplatense de Musicoterapia.* Uruguay, 2001.

ZANINI, CLAUDIA REGINA DE OLIVEIRA ZANINI. **Coro Terapêutico - um olhar do musicoterapeuta para o idoso no novo milênio.** Dissertação (Mestrado em Música) - Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.

Figura 1. En esta figura se puede analizar en resumen cuales preguntas incrementaron y disminuyeron en promedio del grupo evaluado con el test, antes y después de aplicar el tratamiento de musicoterapia.



Al obtener los resultados univariados y con la aplicación del método Wilcoxon, se logró demostrar la existencia de diferencias significativas que nos confirmaron que hubo un aumento en la percepción de la calidad de vida de los usuarios beneficiados por la intervención, el análisis reafirma estadísticamente cuán importante fue la diferencia obtenida en los momentos pre y post. El método permite dar confiabilidad y afirmar que la intervención musicoterapéutica realizada contó con todos los elementos necesarios para modificar la percepción de la calidad de vida presente en los usuarios beneficiados del proceso.

Tabla 1. Rangos

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post – pre Negative Ranks	8 ^a	11.88	95.00
Positive Ranks	18 ^b	14.22	256.00
Ties	0 ^c		
Total	26		

Tabla 2 Estadísticas

Test Statistics^b

	post – pre
Z	-2.046 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.041

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Como nuestro p- valor 0,041 es menor que nuestro nivel de significancia 0,05 entonces se puede concluir que existe evidencia estadísticamente significativa para decir que los resultados de la prueba post son más altos que los de la prueba pre, gracias a la prueba anterior tenemos un sustento matemático de peso que nos indica que el grupo evaluado mejoró en cuanto a las variables evaluadas en nuestro tratamiento de musicoterapia.

O ERRO E O MUSICOTERAPEUTA CLÍNICO BRASILEIRO

The Brazilian Music Therapist clinician and the mistakes in the music therapy practice

*André Brandalise*⁵¹

Resumo: Este artigo apresenta dados demográficos relacionados ao musicoterapeuta clínico brasileiro bem como divulga e discute os resultados obtidos através da pesquisa sobre o erro na prática da musicoterapia reportados por musicoterapeutas clínicos brasileiros. Este estudo recebeu protocolo de aprovação pelo IRB da Temple University sob o número 20280. Os resultados são apresentados bem como uma discussão sobre o erro na prática da saúde em geral e especificamente na musicoterapia⁵².

Palavras-chave: Musicoterapeuta clínico, erros.

Abstract: This article presents demographic data about the Brazilian music therapist clinician and introduces and discusses the achieved results on the research about mistakes in the music therapy practice reported by Brazilian clinical music therapists. The research was approved under Temple's IRB protocol number 20280). The results are presented as well as a discussion on mistakes in general health practice and specifically in music therapy.

Keywords: Clinical music therapist, mistakes.

INTRODUÇÃO

Objetivando investigar o relacionamento do musicoterapeuta clínico brasileiro com possíveis erros que comete em sua prática profissional, uma pesquisa *survey* foi conduzida. A pesquisa foi proposta em acordo com as regras do Departamento de Saúde e Serviços Humanos da Temple University e recebeu aprovação preliminar do Departamento de musicoterapia da mesma

⁵¹ Bacharel em música (UFRGS, RS), especialista em musicoterapia (CBM-RJ) e mestre em musicoterapia (NYU, EUA). É doutorando no programa de PhD em musicoterapia da Temple University (EUA) onde foi bolsista por dois anos como professor-assistente. Brandalise é diretor-fundador do Centro Gaúcho de Musicoterapia (POA, RS). É autor dos livros "Musicoterapia Músico-centrada" (2001) e "I Jornada Brasileira sobre Musicoterapia Músico-centrada" (2003).

⁵² Esta pesquisa foi desenvolvida sob a orientação da Dra. Cheryl Dileo, durante o programa de PhD da Temple University (EUA).

instituição (22070). Em seguida, foi revisada pelo *Institutional Review Board* (IRB) da universidade e aprovada no dia 10 de janeiro de 2012 sob o protocolo de número 20280. Este artigo propõem uma reflexão acerca do erro na prática clínica da musicoterapia bem como apresenta e discute os resultados da pesquisa com o clínico brasileiro sobre o tema. Uma vez que o número de respondentes foi o de 70 indivíduos, entende-se que cabe a reflexão acerca das informações obtidas porém com o cuidado de não se desenvolver generalizações e conclusões acerca de cada condição discutida.

Revisão literária e discussão acerca do erro

Fora do campo da musicoterapia, o processo de reconhecimento, exposição e reflexão do erro na prática profissional é considerado um tema delicado mas não raro de ocorrer. Uma revisão literária foi conduzida através da utilização das bases de dados MEDLINE, CINAHL e PsycINFO e 10.513 artigos foram detectados através do descritor “erros médicos”. Profissionais de diversas áreas têm refletido sobre o tema. Lohman, Scheirton, Mu, Cochran e Kunzweiler (2008), por exemplo, afirmam que, assim como outros profissionais da saúde, terapeutas ocupacionais cometem erros na prática clínica. Representando a enfermagem, Wolf (1989) considera que erros na administração de medicamentos são parte da realidade clínica do trabalho do enfermeiro. Não parece ser tarefa fácil para ninguém a exposição e a discussão do erro. Bradley e Brasel (2009) acreditam que a discussão acerca dos resultados adversos relacionados ao erro médico é no mínimo desafiadora. Os autores pensam que tal ação pode causar dano à auto-estima, confiança e reputação do clínico.

A identificação do erro e o acolhimento para a exposição

É recente o movimento da terapia ocupacional, por exemplo, em conduzir estudos sistemáticos acerca do erro na prática da profissão. Lohman et al. (2008) apontaram cinco causas que levam frequentemente o profissional

da terapia ocupacional a cometer erros em settings de reabilitação física e em settings geriátricos: o mau julgamento para daí intervir, falta de preparação, falta de experiência, falta de conhecimento e, por fim, comunicação deficitária entre profissionais (p. 242).

Na medicina, Kaldjian, Forman-Hoffman, Jones, Wu, Levi e Rosenthal (2012) acreditam que as discussões sobre o erro médico não somente são importantes para o aprendizado profissional como também servem para garantir um apoio emocional quando uma falha ocorre. No entanto, segundo os autores, ainda há pouco conhecimento sobre as ações e práticas médicas acerca destas discussões. Estes autores conduziram uma pesquisa *survey* com professores acadêmicos e médicos residentes em especialidades generalistas nas regiões do meio-oeste, meio-atlântico e nordeste dos Estados Unidos com o intuito de investigar atitudes e práticas relacionadas à discussão do erro. Obtiveram respostas de 338 participantes (taxa de resposta = 74%) que indicaram que os médicos generalistas, que trabalham em hospitais universitários, tendem a discutir seus erros com colegas. No entanto, um significativo número de respondentes reportou que usualmente não expõem e discute erros e muitos indicaram não conhecer colegas que poderiam oferecer uma escuta de apoio (p. 717).

Borrell-Carrió e Epstein (2004) acreditam que erros clínicos podem estar associados com as capacidades emocionais e cognitivas do médico. De acordo com estes autores, os erros médicos são causados por interferências emocionais (p. 310). De acordo com Walsh, Gillespie, Greer e Eanes (2003), estudantes de *counseling* identificaram fatores que podem ser relevantes para um maior ou menor estímulo à abertura de exposição acerca do erro em supervisão: qualidades relacionadas com a relação com o supervisor. Em particular, acreditam que deve haver um sentimento de mutualidade (p. 83).

Conforme mencionado anteriormente, erros são comuns em qualquer área profissional. Para Pinto, Acampora, Pinto, Kourdioukova, Romano e Verstraete (2011), a melhora na educação do radiologista está na habilidade de identificar as causas e as principais categorias de erros diagnósticos (p. 372). Em contrapartida, para alguns profissionais, o reconhecimento do erro pode

causar uma ameaça à reputação. Kaldjian et al. (2012) concluíram que os erros na prática da medicina apresentam um dilema aos médicos: “queremos expor nossos erros para que possamos aprender porém hesitamos em fazê-lo temendo que o escrutínio da classe nos cause constrangimento e perda de reputação” (p. 721). De acordo com os autores, um recente estudo qualitativo com residentes e estudantes de medicina indicou que aprendem melhor quando o erro causa um real dano (p. 720-21). Lesnewski (2006) descreve sua participação como pesquisadora em uma sala repleta de estudantes de medicina. Eram trinta que discutiam o caso de um paciente fictício. Em determinado momento, detectaram que havia ocorrido um erro em um dos procedimentos mas que provavelmente não havia causado qualquer dano mais sério ao paciente. Tomaram a decisão, então, de simplesmente conduzir o tratamento adequado sem revelar o erro inicial cometido. A autora comenta que o que mais lhe chamou a atenção foi a razão pela qual a decisão de não revelar o erro inicial foi tomada: a ideia que os estudantes haviam incorporado de que o status médico importa mais do que a honestidade e que a confiança do paciente no médico depende de uma ilusão de perfeição (p. 1327). O que acontece com o musicoterapeuta? A revisão literária demonstrou que este tópico é também bastante delicado no campo da musicoterapia mundial.

O erro na prática da musicoterapia

Foi conduzida uma revisão da literatura envolvendo as bases de dados MEDLINE, PycINFO, CINAHL e Google Scholar. Houve também a busca eletrônica aos seguintes periódicos de musicoterapia:

- *The Arts in Psychotherapy* (de 1998 até o presente)
- *The Nordic Journal of Music Therapy* (de 2000 até o presente)
- *The Journal of Music Therapy* (AMTA, de 2004 até o presente)
- *Music Therapy Perspectives* (de 1982 até o presente)
- *Voices* (de 2001 até o presente)

Uma busca manual foi conduzida na Revista Brasileira de Musicoterapia.

No Brasil, profissionais foram contactados com o intuito de identificar possíveis trabalhos ainda não publicados sobre o tema em português e em espanhol. No entanto, nada foi encontrado na literatura da musicoterapia brasileira e mundial sobre o erro na prática clínica. Talvez porque no campo da musicoterapia o erro ainda seja tratado como um tabu.

Mas o que é o erro afinal? Uma proposta de definição.

160

Para fins de implementar esta pesquisa, foi desenvolvida uma definição para o erro clínico, incluindo a criação de categorias e subcategorias do fenômeno. É fundamental mencionar, no entanto, que não há a intenção do pesquisador em considerar esta definição a única e definitiva para o campo da musicoterapia. Ao contrário, o pesquisador acredita que a definição de erro deve ser múltipla dependendo de vários aspectos tais como a singularidade da percepção e do estilo de cada clínico, das diferenças culturais não somente entre países como também entre subculturas dentro de um mesmo país ou cidade. Isto tendo sido dito, a definição de erro para esta pesquisa foi desenvolvida da seguinte maneira: o erro na prática da musicoterapia se dá quando um musicoterapeuta, terapeuticamente envolvido em um processo clínico com um paciente ou com um grupo, a partir de sua intervenção, observa a ocorrência de um ou mais fenômenos organizados abaixo em categorias e subcategorias (Tabela 1).

Tabela 1: *Categorias e Tipos de Erros*

	Tipos de erros
Categoria de erro 1: relacionada à Musicalidade clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Habilidades musicais instrumentais (ex.: erro de acordes, harmonias, percussões rítmicas). 2. Habilidades musicais vocais (ex.: desafinar, não apoiar o paciente vocalmente).

<p>Categoria de erro 2: relacionada à Relação terapêutica</p>	<p>3. Intervenções verbais ou musicais inadequadas com o paciente, perdendo a distância paciente-terapeuta.</p> <p>4. Assumir como pessoal conteúdos que são do paciente (ex.: ofendendo-se).</p> <p>5. Tendo problemas em estabelecer relação terapêutica com alguns pacientes.</p> <p>6. Intervir de forma inadequada com familiares.</p>
<p>Categoria de erro 3: relacionada aos Objetivos clínicos</p>	<p>7. Implementando uma atividade que não é adequada às necessidades do paciente ou do grupo (ex.: não escolhendo a música apropriada para o paciente).</p> <p>8. Implementando uma atividade que o paciente ainda não está apto a realizar (ex.: atividade que não é condizente com a idade do paciente).</p> <p>9. Imprecisão para perceber as necessidades do paciente ou do grupo.</p>
<p>Categoria de erro 4: relacionada à Interação verbal com o paciente e/ou com a família</p>	<p>10. Não sabendo como explicar o trabalho para os pacientes e/ou para os familiares.</p> <p>11. Não sabendo como explicar os objetivos terapêuticos para os pacientes e/ou para os familiares.</p> <p>12. Não sabendo oferecer suficiente apoio verbal para os pacientes e/ou familiares.</p> <p>13. Não sabendo ser claro em propor atividades para os pacientes.</p>
<p>Categoria de erro 5: relacionada à Documentação</p>	<p>14. Não tendo os relatórios de sessão organizados.</p> <p>15. Não tendo uma forma sistematizada de documentar o progresso dos pacientes.</p> <p>16. Não tendo uma maneira organizada de armazenar o material clínico (avaliações e/ou filmagens e/ou relatórios).</p>

<p>Categoria de erro 6: relacionada à Ética</p>	<p>17. Não sabendo oferecer a devida proteção para o cliente e/ou grupo. 18. Violando a confidencialidade do paciente. 19. Expondo pacientes sem consentimento. 20. Desconhecendo princípios éticos, códigos de ética e normas institucionais.</p>
--	--

MÉTODO

Os participantes da pesquisa foram musicoterapeutas brasileiros(as), que já trabalharam ou que ainda trabalham como clínicos profissionais no Brasil. A técnica de amostragem utilizada foi a chamada *snowball sampling* (bola de neve) que implicou solicitar aos profissionais que preencheram os critérios de inclusão, citados acima, que enviassem a carta-convite a colegas que, ao ver deles, poderiam também participar da pesquisa. Musicoterapeutas foram identificados a partir de uma lista fornecida pela União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) e e-mails foram enviados. O e-mail, contendo a carta-convite e o termo de consentimento, incluía um *link* que conduzia o participante diretamente ao questionário.

A *survey* foi conduzida online utilizando o website *SurveyMonkey* e permaneceu aberta pelo período de 15 dias, iniciando no momento em que o primeiro e-mail foi enviado, no dia 19 de fevereiro de 2012. Um e-mail/lembrete foi enviado 7 dias depois a todos os possíveis participantes. O *SurveyMonkey* foi programado para não registrar o e-mail dos participantes e não registrar os endereços de IP, garantindo assim a total anonimidade. Após os dados serem obtidos pelo website de forma agregada (as respostas individuais não foram identificadas), foram armazenados no computador pessoal do pesquisador protegido por uma senha de segurança.

O questionário foi enviado, somente via e-mail, para um total de 334 musicoterapeutas brasileiros. Como a técnica de amostragem utilizada foi a de *snowball* não foi possível determinar nem o número de musicoterapeutas que

receberam a pesquisa e nem a taxa de retorno. Foram, ao final do prazo, um total de 70 musicoterapeutas clínicos a participar da pesquisa. Os resultados que seguem sugerem uma indicação, a partir das informações fornecidas pelos respondentes, das características demográficas do musicoterapeuta clínico brasileiro contemporâneo.

A pesquisa investigou temas relacionados à seguinte pergunta: quais são os erros clínicos mais comuns reportados pelos musicoterapeutas profissionais brasileiros?

As perguntas da pesquisa foram:

1. Quais os tipos de erros clínicos reportados pelo musicoterapeuta brasileiro?
2. O quão confortável ou desconfortável ele(a) se sente reportando os erros?
3. Há alguma relação entre os tipos de erro reportados e os anos de experiência clínica?
4. Há alguma relação entre os tipos de erro reportados e as idades dos musicoterapeutas brasileiros?
5. Há alguma relação entre os tipos de erro reportados e o nível de treinamento em musicoterapia?
6. Há alguma diferença entre tipos de erro reportados por mulheres e homens que participaram da pesquisa?
7. Há alguma relação entre idade, anos de prática clínica e níveis de conforto e desconforto na experiência de reportar erros?
8. Há alguma diferença entre homens e mulheres em relação aos níveis de conforto e desconforto reportando erros?

MATERIAIS

O questionário utilizado foi composto por 17 perguntas com duração de resposta de aproximadamente 20 minutos para ser preenchido. Foi planejado para servir como um tipo de moldura à reflexão e discussão do tema e não pretendeu expor características rígidas acerca do que pode ser considerado

erro na prática da musicoterapia brasileira e mundial. As perguntas receberam o termo de “reflexões” convidando o profissional a pensar sobre possíveis erros em sua prática. Houve o cuidado para que nenhum participante se sentisse de alguma forma acusado ou ofendido. A lista de reflexões, que compuseram o questionário, foi elaborada a partir da observação do pesquisador acerca das mais frequentes preocupações do supervisionando brasileiro e norte-americano, observadas em dinâmica de supervisão no Brasil e nos Estados Unidos. Além disso, a lista de competências da Associação Americana de Musicoterapia, AMTA (composta pelas seções A, B, C e D e suas 25 subseções de 1-25) influenciaram o *design* de perguntas. O questionário foi distribuído em português.

ANÁLISE DOS DADOS

Estatística descritiva foi utilizada para analisar os dados demográficos da pesquisa. Correlações de Pearson foram utilizadas para examinar possíveis relações entre as seguintes variáveis: idade, anos de prática clínica e níveis de conforto e de desconforto experienciados no engajamento com esta pesquisa.

Estatísticas não paramétricas foram utilizadas para examinar possíveis relações entre as seguintes variáveis: tipos de erros clínicos relacionados com gênero e idade; tipos de erros clínicos relacionados com anos de prática clínica; tipos de erros clínicos relacionados com nível de treinamento em musicoterapia e tipos de erros clínicos relacionados com nível de treinamento profissional geral.

O teste Mann-Whitney foi aplicado no sentido de verificar possíveis diferenças entre tipos de erros e gênero e possível diferença entre e a maneira com que homens e mulheres reportam níveis de conforto e desconforto quando reportam seus erros na prática.

RESULTADOS

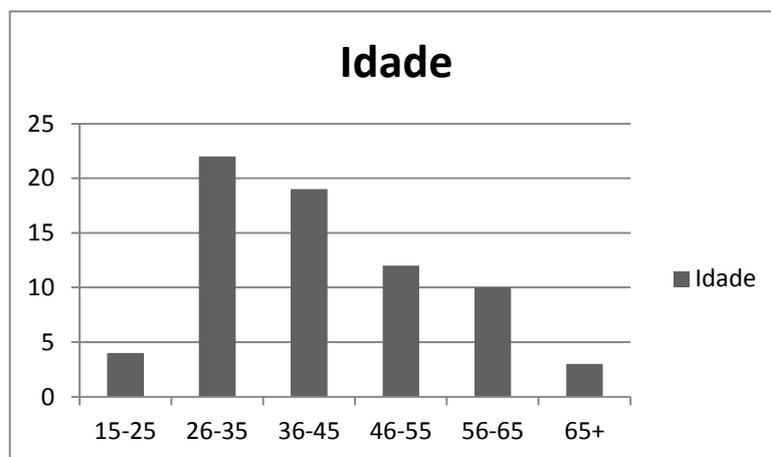
Seção 1: resultados demográficos

Quanto ao gênero, idade e local de residência dos respondentes

Entre os 70 musicoterapeutas clínicos brasileiros que responderam ao questionário, 87.1% foram mulheres e 12.9 % foram homens. A maior parte dos respondentes ($n = 22$; 31.4%) apresentou idades entre 26 e 35 anos (Figura 1). Os participantes da pesquisa reportaram residir em 11 dos 27 Estados brasileiros (Figura 2); a maioria dos clínicos que responderam à pesquisa reportaram trabalhar no Estado de São Paulo (17, 24%).

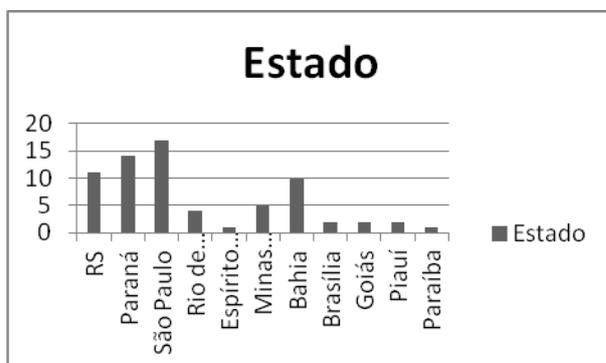
165

Figura 1: Idade dos respondentes.



Os números listados na coluna à esquerda correspondem ao número de respondentes à pergunta.

Figura 2: Local de residência dos respondentes por Estado.

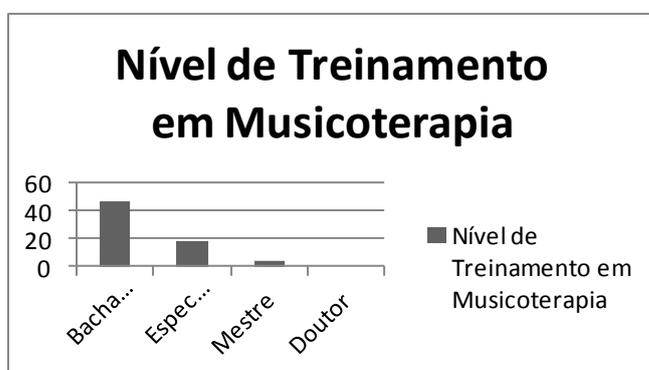


Os números listados na coluna à esquerda correspondem ao número de respondentes à pergunta.

Quanto ao nível de treinamento geral (não especificamente em musicoterapia) e específico (especificamente em musicoterapia) do musicoterapeuta clínico brasileiro

A figura 3 desmontra que 46 respondentes (67.6%) possuem nível acadêmico de bacharelado especificamente em musicoterapia. Especialistas totalizaram o número de 18 (26.5% dos respondentes) e 4 respondentes reportaram possuir o nível de mestrado (5.9% dos participantes). Nenhum respondente declarou ter nível de doutorado especificamente em musicoterapia.

Figura 3: Nível de treinamento acadêmico dos respondentes, especificamente em musicoterapia.

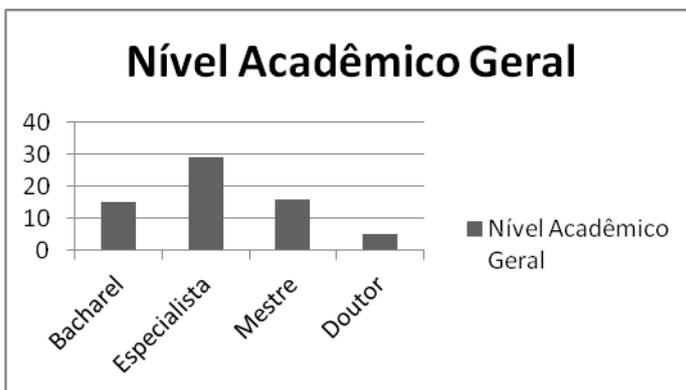


Os números listados na coluna à esquerda correspondem ao número de respondentes à pergunta.

A figura 4 ilustra o nível acadêmico geral (não especificamente em

musicoterapia) dos musicoterapeutas clínicos que responderam à pesquisa. A maioria dos clínicos reportaram terem obtido nível de especialista (um total de 29 respondentes correspondendo a 43.8% dos participantes). Houve bastante semelhança entre o número de musicoterapeutas atuando na clínica com nível de bacharelado e com nível de mestrado (16 respondentes correspondendo a 24.6% dos participantes e 15 respondentes correspondendo a 23.1% dos participantes, respectivamente).

Figura 4: Nível acadêmico geral (não especificamente em musicoterapia) dos participantes do estudo.



Os números listados na coluna à esquerda correspondem ao número de respondentes à pergunta.

Quanto ao tempo de experiência na prática clínica

Quando perguntados sobre tempo de prática clínica, 27 (38.6%) dos respondentes indicaram ter entre 0 e 5 anos de experiência, 19 (27.1 %) profissionais reportaram ter entre 6 e 10 anos de experiência, 9 (12.9%) entre 11 e 15 anos de experiência, 5 (7.1%) entre 16 e 20, 5 (7.1%) entre 21 e 20 e 5 (7.1%) reportaram ter mais de 31 anos de experiência. Os resultados são ilustrados na tabela 2 abaixo.

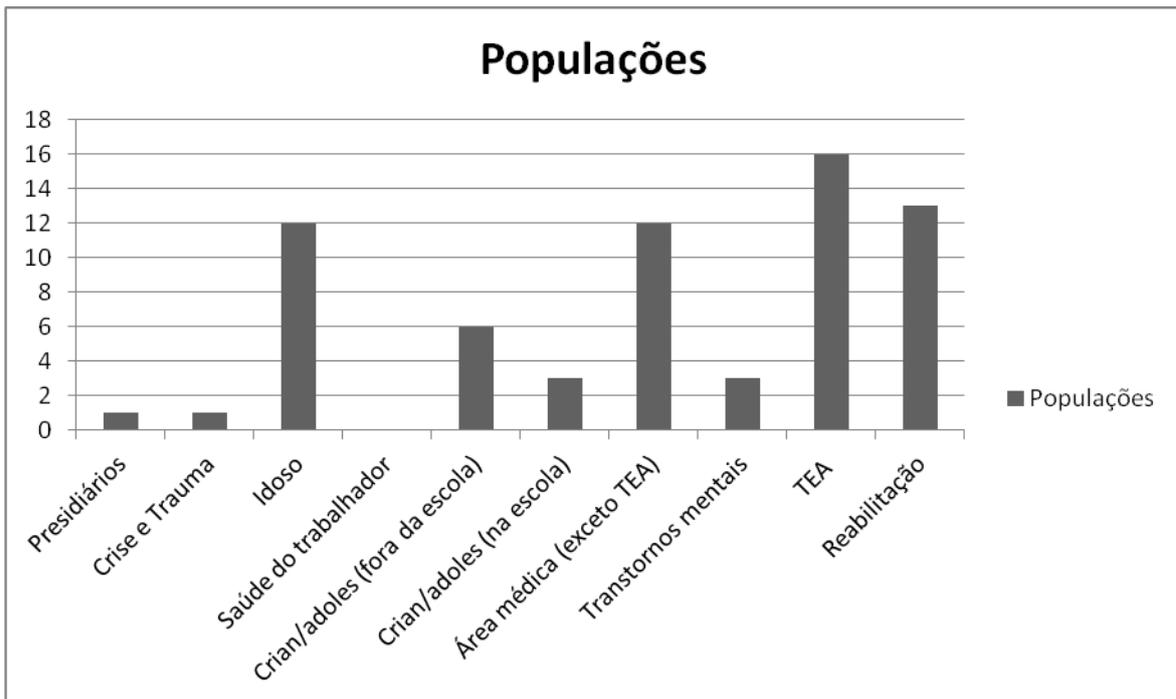
Tabela 2: Quanto aos anos de prática clínica.

Anos de prática clínica	<i>N</i> = 70	%
0-5	27	38.6
6-10	19	27.1
11-15	9	12.9
16-20	5	7.1
21-25	5	7.1
26-30	0	0
Mais de 31	5	7.1

Quanto à população com a qual o clínico brasileiro trabalha

A maior parte dos respondentes (16, correspondendo a 23,8% dos participantes) reportou ter praticado a clínica musicoterapêutica com pessoas com transtorno do espectro do autismo (TEA), 13 (19,4%) reportaram trabalho no setor de reabilitação, 12 clínicos reportaram experiência com pessoas em diferentes condições médicas e 12 trabalharam com idosos. Seis respondentes comunicaram o trabalho com crianças e/ou adolescentes fora da escola. Três participantes reportaram trabalho com saúde mental e três com crianças e/ou adolescentes na escola. Um participante da pesquisa reportou o trabalho com prisioneiros e um respondente relatou ter tido experiência com pessoas que sofreram trauma (Figura 5).

Figura 5: Populações assistidas pelos (as) musicoterapeutas clínicos(as) respondentes.



Os números listados na coluna à esquerda correspondem ao número de respondentes à pergunta.

Seção 2: resultados relacionados às categorias e aos tipos de erro

Esta seção apresenta os resultados relacionados a categorias e tipos de erro e organiza, nas tabelas a seguir, os dados coletados via respostas de múltipla escolha e respostas escritas pois juntamente com as respostas disponíveis aos participantes foi oferecido um espaço que podia ser preenchido de forma escrita com conteúdos que o participante julgasse complementar sua resposta assinalada.

Categoria 1: Erros relacionados à musicalidade clínica

Dos 70 respondentes à essa pergunta, 45 (76.3 %) reportaram poder cometer erros quando procuram apoiar seus pacientes com instrumentos, 14 (23.7%) afirmaram que podem cometer erros oferecendo apoio vocal aos pacientes e 11 ignoraram a questão (Tabela 3).

Tabela 3: *Erros envolvendo musicalidade clínica*

Tipo de erro	N = 59	%
Terapeutas podem cometer erros na tentativa de apoiar seus pacientes instrumentalmente (ex.: errando acordes, harmonias, tendo problemas rítmicos)	45	76.3
Terapeutas podem cometer erros na tentativa de apoiar seus pacientes vocalmente (ex.: desafinando, não conseguindo cantar quando o/a paciente necessitou)	14	23.7

**Onze participantes não responderam à pergunta.*

As tabelas 4, 6, 8, 10, 12 e 14 mostram as categorias de respostas escritas, referentes à cada categoria de erro, respondidas pelos participantes. Esta seção escrita da pesquisa recebeu 87 repostas. O leitor identificará, nestas tabelas 4, 6, 8, 10, 12 e 14, uma categoria que foi chamada de “não especificado”. Integrou-se à esta categoria tipos de respostas utilizadas pelo respondentes com a intenção de expressar um pensamento/reflexão acerca da pergunta ou de reforçar a resposta já assinalada nas opções oferecidas no questionário. Um total de 31 comentários desta natureza foi coletado na pesquisa, não necessariamente de 31 diferentes respondentes.

Outra categoria foi nomeada “este tipo de erro nunca ocorreu” e representa a afirmação de alguns participantes de que determinado tipo de erro perguntado nunca foi cometido.

Tabela 4: *Categorias de respostas escritas acerca de erros relacionados à musicalidade clínica*

Tipos de erro	<i>N</i> = 10	%
Terapeutas que enfrentam dificuldades variadas com instrumentos	6	60
Terapeutas que não estão preparados para a sessão (ex.: fazem escolhas equivocadas de canção, não preparam o repertório de interesse do paciente previamente)	2	20
Este tipo de erro nunca ocorreu	1	10
Não especificado	1	10

**Sessenta participantes não utilizaram a opção da resposta escrita.*

Categoria 2: Erros relacionados à relação terapêutica

Dos 70 respondentes à questão, trinta e sete (67.3 %) reportaram que podem cometer erros intervindo verbal e/ou musicalmente com o paciente; onze (20%) disseram que podem ter dificuldades no processo de engajamento ao tratamento com alguns pacientes; cinco (9.1%) perceberam que podem, por vezes, intervir de forma inapropriada com familiares dos pacientes; dois (3.6%) mencionaram que podem sentir o conteúdo dos pacientes em nível pessoal por vezes e 15 respondentes decidiram ignorar sa questão (Tabela 5).

Tabela 5: *Erros envolvendo à relação terapêutica*

Tipos de erro	N = 55	%
Terapeutas podem intervir de maneira inapropriada verbal e/ou musicalmente com o paciente	37	67.3
Terapeutas têm dificuldades no processo de engajamento terapêutico com paciente	11	20.0
Terapeutas podem intervir verbalmente de forma inapropriada com familiares dos pacientes	5	9.1
Terapeutas podem perceber os conteúdos dos pacientes de forma pessoal (ex.: ofendendo-se com o paciente)	2	3.6

**Quinze participantes não responderam à pergunta.*

Tabela 6: *Categorias de respostas escritas acerca dos erros relacionados à relação terapêutica*

Tipos de erro	<i>N</i> = 12	%
Terapeutas têm dificuldades de relacionamento com pessoas com determinadas patologias	2	8.3
Terapeutas por vezes não são claros verbalmente com as famílias tentando explicar musicoterapia	1	16.6
Este tipo de erro nunca ocorreu	3	25
Não especificado	6	50

**Cinquenta e oito participantes não utilizaram a opção da resposta escrita.*

Categoria 3: Erros relacionados aos objetivos terapêuticos

Vinte e três musicoterapeutas que responderam à esta pergunta (44.2%) reportaram que podem cometer erros quando propõem uma atividade terapêutica as quais seus pacientes não estão aptos a realizar; dezesseis reportaram que podem falhar na criação de uma atividade que não contempla as necessidades de seus pacientes; treze disseram que podem cometer erros quando não percebem qual a necessidade de seus pacientes; e dezoito ignoraram a pergunta (Tabela 7).

Tabela 7: *Erros relacionados aos objetivos terapêuticos*

Tipos de erro	N = 52	%
Terapeutas propõem uma atividade que o paciente não está apto a realizar	23	44.2
Terapeutas criam uma atividade que não contempla as necessidades do paciente e/ou do grupo	16	30.8
Terapeutas não percebem o que o paciente e/ou o grupo necessita	13	25.0

**Dezoito participantes não responderam à questão.*

Tabela 8: *Categorias de respostas escritas relacionadas a erros envolvendo objetivos terapêuticos*

Tipos de erro	N = 15	%
Terapeutas não são claros e/ou são ansiosos quando utilizam intervenção verbal para explicar objetivos terapêuticos	5	33.3
Este tipo de erro nunca ocorreu	4	8.8
Não especificado	6	40

**Cinquenta e cinco participantes não utilizaram a opção de resposta escrita.*

Categoria 4: Erros relacionados à interação verbal com o paciente e/ou família

Dezesseis respondentes (39%) reportaram poder cometer erros por não oferecer apoio verbal suficiente para o seu paciente e/ou para a família do seu paciente. Dez participantes mencionaram que por vezes não sabem como explicar o trabalho ao paciente e/ou à família. Oito disseram poder falhar não sabendo como explicar objetivos terapêuticos ao paciente e/ou à família. Sete participantes reportaram que muitas vezes não são claros o suficiente quando propõem uma atividade aos pacientes. Sete participantes ignoraram a pergunta (Tabela 9).

Tabela 9: *Erros relacionados à interação verbal com o paciente e/ou família*

Tipos de erro	<i>N = 41</i>	%
Terapeutas não oferecem suficiente apoio verbal ao paciente e/ou à família	16	39.0
Terapeutas não sabem como explicar o trabalho a pacientes e/ou famílias	10	24.4
Terapeutas não sabem como explicar objetivos terapêuticos a pacientes e/ou famílias	8	19.5
Terapeutas não são suficientemente claros quando propõem atividades aos pacientes	7	17.1

**Vinte e nove participantes não responderam à pergunta.*

Tabela 10: *Categorias de respostas escritas acerca de erros relacionados com interação verbal com pacientes e/ou famílias*

Tipos de erro	<i>N</i> = 15	%
Dificuldades gerais (terapeutas não sabem como intervir verbalmente devido à ansiedade, não conseguindo ser claros verbalmente)	5	33.3
Este tipo de erro nunca ocorreu	5	33.3
Não especificado	5	33.3

**Cinquenta e cinco participantes não utilizaram a opção da resposta escrita.*

Categoria 5: Erros relacionados à documentação

Quando convidados a reportar sobre erros relacionados à documentação, vinte e dois musicoterapeutas (48.9%) disseram não ter relatórios de sessão bem organizados; 17 (36.2%) mencionaram que não possuem uma forma sistemática de documentar o progresso do paciente; sete disseram não ser organizados para armazenar filmes clínicos e/ou relatórios e 23 participantes ignoraram a questão (Tabela 11).

Tabela 11: *Erros relacionados à documentação*

Tipos de erro	N = 47	%
Terapeutas não organizam relatórios de sessão	23	48.9
Terapeutas não possuem uma maneira sistemática de criar documentação acerca do progresso do paciente	17	36.2
Terapeutas não possuem uma maneira organizada para armazenar filmes clínicos e/ou relatórios do paciente	7	14.9

**Vinte e três participantes não responderam à pergunta.*

Tabela 12: *Categorias de respostas escritas acerca de erros relacionados à documentação*

Tipos de erro	N = 16	%
Terapeutas atribuem falta de organização à falta de tempo	7	43.7
Este tipo de erro Nunca ocorreu	6	37.5
Não especificado	3	18.7

**Cinquenta e quatro participantes não utilizaram a opção, de resposta escrita.*

Categoria 6: Erros relacionados à Ética

Doze participantes (40%) reportaram que cometem erros por não terem conhecimento acerca de princípios e códigos de ética, leis e normas institucionais; oito musicoterapeutas (26.7%) disseram não saber se protegem suficientemente seus pacientes/grupos (física e emocionalmente); quatro (13.3%) reportaram ter violado a confidencialidade de paciente; seis (20%) reportaram já ter exposto o paciente sem que o mesmo tivesse consentido. Quarenta musicoterapeutas (57.1%) ignoraram a questão (Tabela 13).

Tabela 13: *Erros relacionados à ética*

Tipos de erro	<i>N</i> = 30	%
Terapeutas desconhecem princípios e códigos de ética, leis e normas institucionais	12	40.0
Terapeutas não ofereceram suficiente proteção física e emocional a seus pacientes/grupos	8	26.7
Terapeutas violaram a confidencialidade de pacientes	4	13.3
Terapeutas expuseram pacientes sem consentimento	6	20.0

**Quarenta participantes não responderam à pergunta.*

Tabela 14: *Categorias de respostas escritas acerca dos erros relacionados à ética*

Tipos de erro	<i>N</i> = 19	%
Terapeutas inseguros acerca da qualidade de suas práticas clínicas	2	10.5
Este tipo de erro nunca ocorreu	7	36.8
Não específico	10	52.6

**Cinquenta e um participantes não utilizaram a opção de resposta escrita.*

Seção 3: Resultados estatísticos (relações e diferenças)

Correlações Pearson foram utilizadas com o intuito de examinar possíveis relacionamentos entre as seguintes variáveis: idade, anos de prática clínica e níveis de conforto e desconforto ao reportar erros na prática clínica (Tabela 15).

Tabela 15: *Correlação entre idade e anos de prática clínica com níveis de conforto e desconforto reportando os erros na prática*

Níveis de conforto reportando erros na prática	Idade	Anos de prática clínica
Escala de 0-5: 0 sendo total desconforto e 5 sendo total conforto	0,304*	0,150

*Correlação é significativa a 0,05 (2-tailed).

Estatística não-paramétrica Chi-quadrado foi utilizada com o intuito de examinar possíveis relações entre as seguintes variáveis: tipos de erros clínicos relacionados à idade, gênero, anos de prática clínica, nível de formação especificamente em musicoterapia e nível de formação acadêmica geral. Nenhuma relação foi detectada⁵³.

Teste *U* de Mann-Whitney foi utilizado com o intuito de examinar possíveis diferenças entre gênero e nível de conforto e desconforto experienciados pelos respondentes ao falar sobre seus possíveis erros na prática.

⁵³ as tabelas referentes a estas operações não foram exibidas devido ao limite de páginas, ao qual o autor foi submetido, de acordo com as normas da Revista Brasileira de Musicoterapia.

Tabela 16: *Relacionamento entre níveis de conforto e desconforto ao reportar erro na prática e gênero*

Níveis de conforto e desconforto ao reportar erros na prática clínica	Gênero
Diferenças entre gênero e níveis de conforto e desconforto ao reportar o erro na prática	$U = 219.5, p > .05$

Nota. Nenhuma diferença entre gênero foi identificada. A média das mulheres foi de 35.84 e a dos homens foi de 29.39.

DISCUSSÃO

Os clínicos brasileiros reportaram vários tipos de erros que ocorrem em suas práticas. Também incluíram vários comentários na opção de escrita que lhes foi oferecida caso as respostas propostas pelo pesquisador não contemplassem o que vivenciaram ou o que vivenciam. O fato de a metodologia da pesquisa ter garantido completa anonimidade pode ter influenciado e motivado o profissional brasileiro à esta dinâmica de expressão.

Na reflexão acerca de erros relacionados à musicalidade clínica (Tabelas 3 e 4), a maior parte dos participantes mencionou poder cometer erros quando buca apoiar o paciente através do instrumento (ex.: errando acordes, harmonias, ritmos). Um dos participantes mencionou temer não reconhecer a tonalidade a qual está sendo utilizada pelo paciente. Alguns disseram já terem cometido erro não estando bem preparados em termos do uso de certas canções podendo esquecer letras ou desconhecendo o repertório do paciente. Nesta categoria, alguns participantes consideraram um erro quando focaram no conteúdo verbal do paciente em demasia colocando a

utilização da música e o uso dos instrumentos em segundo plano. Estes achados são coerentes com as experiências vivenciadas pelo pesquisador no trabalho de supervisor no Brasil e nos Estados Unidos. Frequentemente, supervisionandos destas duas diferentes culturas reportaram temer cometer estes dois tipos de erro musical: 1) não conhecer o repertório musical do paciente e 2) cometer erros no instrumento.

Na reflexão acerca de erros relacionados à relação terapêutica, 67.3% dos respondentes reportaram que podem cometer erros quando realizam intervenções verbais e/ou musicais com pacientes. Um dos clínicos que participou da pesquisa, que realiza atendimento domiciliar, relatou não sentir-se apto a explicar à família a necessidade de se ter um ambiente silencioso e uma sala adequada ao atendimento de musicoterapia, por exemplo. Estes são outros dados que, baseado na experiência acadêmica do pesquisador, a necessidade de oferecer apoio verbal e/ou explicações para o paciente e/ou familiares parece promover ansiedade nos supervisionandos/estudantes-clínicos.

A categoria “refletindo acerca dos objetivos terapêuticos” (Tabela 7) demonstra que a maioria dos respondentes é capaz de propor uma atividade a qual os pacientes são incapazes de realizar e/ou de entender. Dois dos participantes mencionaram que, por vezes, a heterogeneidade de condições e demandas que é encontrada nos grupos pode levar ao erro em termos de objetivos. Dois clínicos reportaram acreditar que é importante que o musicoterapeuta consiga reajustar objetivos ao longo do processo terapêutico. Um significativo número de respondentes ($n = 18$ ou 25.7%) ignorou esta questão. Uma possível razão para isto pode ser o fato de o clínico brasileiro tender a não planejar objetivos mas construí-los ao longo do processo, no relacionamento com o paciente.

A maioria dos participantes (41.4%) ignorou a pergunta sobre erros relacionados à interação verbal com paciente e/ou familiares (Tabelas 9 e 10). Um(a) dos(as) musicoterapeutas reportou que por vezes trabalha juntamente com uma profissional psicóloga com função de co-terapeuta para que possa

melhor conduzir intervenções verbais. Outro respondente comentou que algumas vezes torna-se difícil a imparcialidade quando realiza intervenção verbal e outro participante mencionou que a ansiedade ainda é significativa quando o tema é falar sobre musicoterapia. Segundo um dos respondentes, por vezes encontra dificuldade para explicar às famílias que o ensino de música não é prioridade do musicoterapeuta. A utilização da interação verbal parece ser uma área sensível ao musicoterapeuta brasileiro e talvez mereça uma maior reflexão e atenção por parte dos cursos formação e dos supervisores.

Um outro setor, relacionado à prática clínica, que merece atenção é o da documentação. Baseado nos dados reportados, aparentemente é uma conduta na qual o profissional brasileiro não está concentrado. Por exemplo, um significativo número de respondentes (48,9%) menciona ter seus relatórios de sessão desorganizados e 36,2% afirmaram não ter uma maneira sistemática de documentar os progressos dos pacientes. Uma possível razão para isto pode ser a falta de tempo devido ao grande número de pacientes que, muitas vezes, o musicoterapeuta que trabalha em instituições é obrigado a atender diariamente. Outra possível razão é a de algumas instituições não exigirem documentação.

Ética parece ser o tema mais sensível ao clínico brasileiro que respondeu à pesquisa. Participantes relataram não ter conhecimentos básicos de princípios éticos nas suas práticas, desconhecer códigos, leis e normas institucionais. Alguns disseram não estar totalmente certos se sabem garantir a segurança de seus pacientes (física e/ou emocional). Além disso, através de respostas escritas, 36,8% dos respondentes (dos 19 que reponderam à pergunta via resposta escrita) disseram nunca ter cometido qualquer erro ético. Importante ressaltar que a maior parte dos participantes (57,1%) decidiu ignorar a questão sobre ética fazendo com que o percentual de respondentes que ignoraram a questão tenha sido maior do que o percentual dos que responderam. Uma possível razão para isso é o entendimento de que talvez o clínico brasileiro esteja dissociando prática clínica de ética. Talvez nem todos

os centros de formação de musicoterapeutas auxiliem o futuro profissional a realizar esta conexão. Os resultados relacionados à esta categoria de erro mostraram que este parece ser um tema menos importante aos respondentes. O conhecimento e o entendimento éticos, em musicoterapia, devem ser entendidos como parte das habilidades do clínico da mesma forma que suas habilidades verbais e musicais. Talvez as escolas de musicoterapeutas devam ter o papel principal no auxílio a esta conexão prática clínica-ética.

Existe relação entre tipos de erro reportados e idade, gênero, anos de experiência clínica e tipo de formação do musicoterapeuta clínico brasileiro?

Nenhuma correlação entre estas variáveis foi detectada neste estudo. Este dado pode talvez indicar que a disponibilidade para reportar erros na prática clínica aparentemente não envolva características pessoais. Clínicos de diferentes gêneros, de diferentes idades, níveis de formação e anos de prática clínica foram aptos a reportar terem cometido diferentes tipos de erro em suas práticas igualmente. No entanto, apesar das diferenças estatísticas entre gêneros e tipos de erro não terem sido identificadas, mulheres reportaram cometer mais erros relacionados ao uso de instrumento do que homens e homens reportaram cometer mais erros relacionados ao uso da voz do que as mulheres.

No que diz respeito a erros éticos, apesar de a diferença entre gêneros não ser estatisticamente significativa, nenhum homem reportou ter cometido erro violando a confidencialidade do paciente ou expondo o paciente sem prévio consentimento. Mulheres reportaram ter cometido estes dois tipos de erro em suas práticas.

O quão confortáveis ou desconfortáveis ficaram os musicoterapeutas ao refletir e reportar seus erros na prática?

A maior parte dos respondentes (68.1%) disse ter experienciado total conforto (5 em uma escala de 0 a 5 em nível de conforto) e somente 1.4% dos participantes afirmou ter ficado bastante desconfortável respondendo à pesquisa. Somente um participante decidiu não responder à esta pergunta. Este resultado não parece estar de acordo com o que foi encontrado na revisão da literatura. A literatura sugere que a exposição do erro parece ser uma área sensível aos musicoterapeutas. A possibilidade do anonimato talvez possa explicar este resultado mencionado acima.

Influenciados pela pesquisa, que investigou o erro na prática e a disponibilidade do clínico em refletir sobre o tema, alguns participantes experienciaram um tipo de reflexão de auto-percepção (Tabelas 6, 8, 10, 12, 14 e 16). Por exemplo, alguns comentários refletiram a insegurança de alguns participantes sobre suas habilidades clínicas.

“Não estou certo(a) se é uma falta de melhor conhecimento musical aliado à prática. Acho que preciso de mais auto-percepção. Tenho dificuldades para usar a minha voz. Não me sinto confortável cantando e sempre tenho o apoio de companheiros nas sessões (ajudando-me como co-terapeutas). Não acho que isto seja justo com meus clientes. Antes de utilizar com outros, temos que nos submeter às nossas próprias experiências relacionadas à música e à voz. Em resumo, não estou seguro(a) se algum dia serei um(a) musicoterapeuta confiante”.

Outro participante diz: “acho que minha formação em musicoterapia não me ofereceu suficiente conteúdo para que eu praticasse musicoterapia clínica. Eu quase não tive supervisão e, em decorrência disto, ainda sinto-me inseguro(a) em diversos aspectos da prática”.

Estas reflexões abrem importante questionamento: o que pode ser melhorado em termos da educação, da supervisão e da educação continuada do musicoterapeuta?

Há alguma relação entre idade, anos de prática clínica e níveis de conforto e desconforto reportando erros na prática? Existe algum tipo de diferença entre homens e mulheres ao reportar níveis de conforto e

desconforto quando falamos/refletimos sobre o erro?

Esta foi a única correlação detectada no estudo. Parece que quanto mais idade possui o clínico mais confortável sente-se para reportar erros na sua prática. Este resultado pode indicar que experiência de vida pode afetar nível de conforto para falar com mais tranquilidade sobre erros cometidos na prática. No entanto, a mesma relação não foi possível de ser detectada em termos de anos de prática clínica. Aparentemente, ser um clínico experiente não necessariamente indica conforto ao refletir e a expor erros da prática.

186

Conclusão

Em termos das limitações deste estudo, apesar da pesquisa ter sido anônima, uma contaminação por demandas sociais pode ter conduzido alguns respondentes a dar respostas mais socialmente aceitas.

Houve vários desafios ao longo deste estudo. Talvez o mais significativo tenha sido o de encontrar uma definição para um fenômeno que é complexo e amplo: erros clínicos em musicoterapia. Nenhuma definição existe para o erro, de acordo com Bradley (2009, p. 555). Definições para este fenômeno devem ser múltiplas e talvez únicas para cada musicoterapeuta, para cada cultura. Parte do objetivo deste processo é também o de discutir características, categorias e possibilidades de como pensar os erros na profissão de musicoterapeuta. A experiência do pesquisador, como supervisor no Brasil e nos Estados Unidos, demonstra que não raro, o estudante demonstra medo em cometer erros apesar de reconhecer que encontra-se em um ambiente de aprendizado onde é esperado que erros sejam cometidos e que se aprenda com eles.

Alguns dos participantes da pesquisa demonstraram significativo interesse. Um dos respondentes disse que “a pesquisa é importante porque, como profissionais da saúde, temos sempre que parar e refletir sobre nossos erros para que nosso trabalho melhore e que erros não se repitam”. Outro

respondente refletiu: “a pesquisa tem grande validade uma vez que nos fez avaliar se estamos fazendo o movimento certo ou se estamos cometendo erros em nossa prática”.

O aspecto reflexivo da pesquisa parece ter tido um impacto positivo em alguns dos participantes: “pesquisa muito relevante. Espero que os resultados sejam aplicados em programas de formação e discutidos em encontros profissionais. Cada uma destas categorias merece uma palestra”.

Parece ser importante para qualquer campo profissional que ao menos se pense e se fale livre e espontaneamente sobre este assunto sensível. Definitivamente não é a intenção desta pesquisa, conforme mencionado na seção relacionada ao método, estabelecer uma rígida definição acerca do erro e nem a afirmação de uma verdade sobre o tema. O erro é fenômeno que pode ser pensado e definido de inúmeras formas. No entanto, os resultados e comentários demonstram que há questões importantes a serem discutidas sobre este tema. Erros clínicos em musicoterapia existem.

A falta de exposição do erro pelo musicoterapeuta, demonstrada através da revisão da literatura, demonstra que o campo não está abertamente discutindo o assunto. Por outro lado, a pesquisa mostra que o profissional clínico brasileiro considera importante que se discuta o tema e sente-se confortável a expor-se uma vez que sente-se seguro (no caso da pesquisa, o anonimato). Dois respondentes mencionaram terem ficado satisfeitos em ter este tópico sendo trabalhado uma vez que estavam atravessando um período reflexivo em suas carreiras, revisando acertos e erros em seus anos de prática.

O musicoterapeuta clínico profissional deveria considerar compartilhar seus erros com colegas. Apesar de poder causar algum desconforto, pode promover um grande benefício não somente para o clínico que recebe o feedback e aprende como também para a área como um todo. Além do mais, clínicos profissionais servem como exemplos para estudantes em universidades e conferências. Estudantes podem aprender que musicoterapia é um campo humano onde erros também ocorrem.

Os estudantes sendo educados em programas acadêmicos precisam entender que universidades, sob supervisões clínicas e acadêmicas, são locais onde o erro é esperado que ocorra e onde é processado com o intuito de que se melhore vários aspectos relacionados às competências do futuro clínico profissional. Conferências de musicoterapia são também outro importante local onde o exercício de se falar e de se refletir sobre o erro deve ser praticado.

Erros podem ser bem apoiados em dinâmicas de supervisão. Nestas dinâmicas, pode-se começar a entender, a aceitar e a se relacionar com todo o tipo de erro não os tendo em suas mentes bloqueando reações e possíveis intervenções. Supervisores devem refletir sobre a qualidade da dinâmica e do relacionamento que oferecem de forma a favorecer o processo de abertura do sujeito. Lembrando o que foi dito na introdução deste artigo por Walsh et al. (2003), parece que o desejo de expor os erros em supervisão clínica pode ser relacionado à qualidade da relação de supervisão, em particular com o sentimento de mutualidade (p. 83).

A exposição do erro é considerada agora um ponto alto na qualidade do cuidado com o paciente (Bradley, 2009, p. 555). A esperança é de que esta pesquisa e esta discussão ao menos abram uma importante reflexão no campo da musicoterapia.

REFERÊNCIAS

BORRELL-CARRIÓ, Francesc; EPSTEIN, Ronald M. **Preventing errors in clinical practice.** *Annals of Family Medicine*, 2(4), 310-316, 2004

BRADLEY, Ciarán; BRASEL, Karen. **Disclosing medical error #194.** *Journal of palliative medicine*, 12(6), 555-56, 2009.

BRANDALISE, André. **O erro e o musicoterapeuta clínico brasileiro: Dados demográficos e da literatura.** *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 16, 2014.

KALDJIAN, L. C.; FORMAN-HOFFMAN, V. L.; JONES, E. W.; WU, B. J.; LEVI, B. H.; ROSENTHAL, G. E. **Do faculty and resident physicians discuss their medical errors?** *Journal of Medical Ethics*, 34(10), 717-722, 2008.

LESNEWSKI, R. **Mistakes.** *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 296(11), 1327-1328, 2006.

LOHMAN, Helene; SCHEIRTON, Linda; MU, Keli; COCHRAN, Teresa; KUNZWEILER, Jennifer (2008). **Preventing practice errors and improving patient safety: An examination of case studies reflecting common errors in occupational therapy practice.** *Journal of Allied Health*, 37(4), 242-247, 2008.

PINTO, Antonio; ACAMPORA, Ciro; PINTO, Fabio; KOURDIOUKOVA, Elena; ROMANO, Luigia; VERSTRAETE, Koenraad. **Learning from diagnostic errors: A good way to improve education in radiology.** *European Journal of Radiology*, 78, 372-376, 2011.

WALSH, Beverly B.; GILLESPIE, C. K.; GREER, Joanne M.; EANES, Beverly E. **Influence of dyadic mutuality on counselor trainee willingness to self-disclose clinical mistakes to supervisors.** *The Clinical Supervisor*, 21(2), 83-98, 2003.

WOLF, Zane R. **Medication errors and nursing responsibilities.** *Holistic Nursing Practice*, 4(1), 8-17, 1989.

ENTREVISTA COM A MUSICOTERAPEUTA ESTADUNIDENSE DR^a CONCETTA M.TOMAINO

A ENTREVISTA FOI CONCEDIDA NO DIA 14 DE SETEMBRO DE 2013 NAS DEPENDÊNCIAS DA FACULDADES EST, POR OCASIÃO DO XIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA E O V FÓRUM DE MUSICOTERAPIA DA AMT-RS.

190

Estavam presentes na entrevista membros do Corpo Editorial da Revista Brasileira de Musicoterapia e os musicoterapeutas Camila Acosta Gonçalves e Renato Sampaio que auxiliaram na tradução da entrevista. A entrevista foi gravada em áudio e posteriormente traduzida pelo musicoterapeuta Gustavo Gattino.

Camila Acosta Gonçalves – Dr^a Concetta, inicialmente nós gostaríamos de saber como você começou na musicoterapia?

Concetta - É uma história interessante, porque a minha primeira graduação foi em pré-medicina (em biologia e química).

Renato Sampaio - Fazendo um parênteses, cabe dizer que o curso de medicina nos Estados Unidos é um curso de pós-graduação. Você faz uma graduação em uma outra área pré-médica e depois faz a pós-graduação como se fosse um mestrado, o qual já daria o título de médico.

Concetta- Na universidade em que eu estudei, havia a possibilidade de tocar trompete (eu toco trompete) dentro do programa de música. Eu queria estudar trompete com o professor do curso de música. No entanto, para poder estudar eu teria que fazer a faculdade de música também. Assim, eu fiz ao mesmo tempo, ciências e música (dupla graduação). Eu me encantei pela oportunidade de ter mais contato com a música clássica e com outros tipos de música que eu não tinha contato até então. Eu descobri o campo da musicoterapia no terceiro ano de faculdade, entretanto, para estudar no programa de musicoterapia eu teria de começar uma graduação desde o início. Por sorte, o diretor de prática de conjunto do meu curso de música era o mesmo diretor da prática de conjunto na Universidade de Nova York. Ele me disse que a Universidade de Nova York havia iniciado um mestrado em musicoterapia em 1971 (eu estive na universidade realizando a minha graduação de 1972 até 1976). Por sorte, eu pude continuar os meus estudos. Depois, eu realizei alguns cursos de

psicologia para ter uma boa base e em seguida ingressei no mestrado em musicoterapia na Universidade de Nova York. A minha primeira área de prática e de interesse foram as crianças com prejuízos e necessidades especiais. E mesmo quando ainda estava na faculdade, eu fiz uma antecipação de estudos da musicoterapia e realizei algumas disciplinas optativas na área de infância e desenvolvimento infantil. No meu estágio, eu tive a oportunidade de trabalhar na área da geriatria e então os meus interesses em ciências e musicoterapia se encontraram. Porque eu vi respostas de pessoas que eram rotuladas sem possibilidades de forma muito positiva através da música. Na época, o meu treinamento estava baseado em músico-psicoterapia (multicognitiva psicoterapia) e eu me deparei com situações relacionadas a aspectos neurológicos. Não havia evidências neurológicas nos anos 70 sobre mudanças ou desenvolvimentos voltados ao cérebro nesse contexto. Assim, o meu interesse em música e cérebro começou lá. A minha grande sorte foi que o meu segundo emprego é o lugar onde eu estou até hoje. Em 1980, surgiu o cargo de musicoterapeuta no Beth Abraham Family of Health Services e foi onde eu conheci o Dr. Oliver Sacks.

Renato - Esse é o hospital onde ele foi trabalhar também e onde ele desenvolveu um trabalho que deu no livro "Tempo de despertar".

Camila- Nós gostaríamos de saber sobre essa parceria com Oliver Sacks. Como foi o primeiro encontro?

Concetta- Antes, eu preciso falar de uma senhora que trabalhava lá, com um trabalho semelhante ao do musicoterapeuta, mas que não tinha o treinamento formal. Ela era a musicista que o Oliver Sacks conheceu. Ela tinha 80 anos de idade. Ela era fabulosa e foi dela que Oliver Sacks fala em seu livro. Ela também era consciente do campo da musicoterapia e lá ela se alinhou no hospital com o campo da fisioterapia, trabalhando música e reabilitação junto com os fisioterapeutas. E a partir do trabalho dela que Oliver Sacks teve a oportunidade de ser exposto a este trabalho de música com os seus pacientes. Quando eu fui para o Beth Abraham (hospital) com ele, eu vi no mural do laboratório, em pedaços de papel, o seguinte escrito: "todo problema ou doença é um problema musical, toda solução e toda cura tem uma solução através da música". O Dr. Sacks é um homem muito envergonhado e eu sabia que seria difícil fazer este contato físico mais próximo com ele. No entanto, eu estava determinada porque eu sabia sobre música e musicoterapia e estava focada em dizer para ele sobre o meu interesse a respeito da música no cérebro. Ele trabalhava como neurologista clínico duas vezes por semana no hospital e quando os pacientes estavam esperando para realizar um exame, eu sugeri a ele que os pacientes deveriam ser observados a partir da sua relação com a música. Nós conversamos o porquê alguns pacientes eram tão responsivos a música, apesar das poucas respostas em outros tipos de terapia que eles realizavam. Logo, eu e o Dr. Sacks ficamos muito próximos, apesar de eu já ter conhecido ele antes.

Camila - Como você sabia que era ele?

Concetta - Eu cresci no Bronx (Nova York) e ia de bicicleta até o espaço mais próximo que era o City Island. Ele ia até lá para caminhar. Dessa forma acabamos nos encontrando. Ele era muito pobre antes de ficar famoso e ele inclusive queria uma bicicleta. Eu o ajudei a comprar a sua primeira bicicleta e ajudei a arrumar a maçaneta da casa dele. Somos grandes amigos.

Camila- Ok. Você estava dizendo então que vocês ficaram bem próximos a partir das discussões dos casos.

Concetta- Então, dentro do interesse mostrado nas minhas perguntas, ele compartilhou comigo os diários dos pacientes (que estão incluídos no livro "Tempo de despertar) e os livros sobre doenças neurológicas da biblioteca dele, muito famosos no campo da neurologia. Esta foi a minha primeira formação em neurologia a partir dos livros desta biblioteca. Então eu disse a ele sobre musicoterapia (e ele diz isso), porque antes disso ele pensava que era somente o papel da escuta musical ou do benefício musical, não necessariamente a música como forma de terapia para se obter resultados benéficos. Então, quando eu fui presidente da Associação Americana de Musicoterapia, eu vi a transição entre a publicação do livro "O tempo de despertar" e o filme de mesmo nome. E partir disso, eu comecei a trazer o Dr. Sacks para dar palestras para musicoterapeutas dentro desse contexto de música e terapia. Nós tivemos uma grande oportunidade de vê-lo falar em Washington bem no período da reformulação de um estatuto intitulado "Ato Americano para os Idosos ". Dentro dessa reformulação, revisou-se o antigo estatuto já existente, onde houve a possibilidade de incluir a musicoterapia como uma modalidade essencial para os idosos dentro deste estatuto (1991).

Camila- Você poderia falar um pouco sobre a organização da Associação Americana de Musicoterapia (como ela é organizada e como ela contribui para o campo da musicoterapia)?

Concetta - A atual associação de musicoterapia americana (American Music Therapy Association, AMTA) é a combinação da "National Association of Music Therapy (NAMT)" e da "American Association of Music Therapy (AAMT)". Portanto, a combinação dessas duas associações, que se unificaram na década de 90, representa hoje os milhares de musicoterapeutas nos Estados Unidos. A licença para trabalhar como musicoterapeuta nos Estados Unidos é concedida pela Associação Americana de Musicoterapia através de um teste que oferece a certificação profissional (board certification) ao musicoterapeuta. A associação aprova e examina os currículos e os programas dos cursos de musicoterapia, trabalha na captação de recursos e ainda realiza intervenções dentro das questões específicas de cada região (licenças de trabalho, seguros e outras formas de convênio) para que os profissionais consigam atuar tendo respaldo oficial. Por isso que existem as associações regionais de musicoterapia onde estas se reúnem regularmente para tratar de

assuntos locais. Dessa forma, a associação americana é a voz nacional da profissão e muitas vezes interfere quando a musicoterapia está má representada ou em questões de compensações financeiras para os musicoterapeutas.

Camila - A Associação Americana de Musicoterapia atua então como um sindicato?

Concetta - Não exatamente. Depende de onde os musicoterapeutas trabalham. O acreditação concedida pela associação (board certification) realmente representa a profissão dando suporte e esclarecimento sobre a prática do musicoterapeuta. Todavia, em certos estados, como o estado de Nova York, o musicoterapeuta recebe uma licença como terapeuta de arteterapia criativa e dessa maneira os musicoterapeutas têm um espaço na área política para tratar sobre a manutenção dos seus espaços, bem como para tratar de questões laborais.

Camila - Nos Estados Unidos a licença de musicoterapeuta (*board certification*) é solicitada pelos contratantes do serviço?

Concetta- Em alguns estados.

Renato - Não me referindo a licença, mas é necessário estar filiado a Associação Americana para desempenhar o exercício profissional?

Concetta- A primeira solicitação é a licença (*board certification*) dada pela associação e o estado reconhece isso como uma padronização para que o profissional esteja licenciado. Nós precisamos proteger o consumidor da musicoterapia e a pessoa que não passou por esse processo de licenciamento não está habilitada para a prática de musicoterapia.

Camila - Você poderia nos dar um número de quantos musicoterapeutas estão atuando hoje nos Estados Unidos?

Concetta - Eu não estou certa, mas acho que o número é próximo de 6000 musicoterapeutas.

Camila - Nós sabemos que no Brasil muitas vezes o reconhecimento da musicoterapia é tímido . Dentro da realidade americana, como o musicoterapeuta está inserido e como é o reconhecimento do trabalho da musicoterapia perante a sociedade?

Concetta - É ainda um desafio. Ela está sendo mais reconhecida principalmente pelo trabalho que é divulgado na mídia, trazendo a atenção do público em geral sobre o que é musicoterapia. Por exemplo, há 5-10 anos atrás nós estávamos felizes de ver a musicoterapia estar sendo divulgada nas notícias em muitos lugares. Hoje, se você colocar a palavra "musicoterapia" no google, você verá 5 ou 6 novas postagens (ou trabalhos) sobre o tema por dia.

Nos Estados Unidos esta é a história sobre a musicoterapia. Ao mesmo tempo, a classe médica (onde o Dr.Sacks teve uma grande participação nisso) conhece ainda mais a musicoterapia e o trabalho do musicoterapeuta.

Renato - Como o cargo de musicoterapeuta está empregado dentro dos estados americanos? Existem cargos nas instituições de saúde pública? Ou dentro das instituições privadas, existe algum convênio com os órgãos governamentais para incluir o musicoterapeuta no tratamento de algumas populações?

Concetta- existem diferentes formas do musicoterapeuta estar empregado. No serviço público, há uma descrição na parte de recursos humanos para o cargo de musicoterapeuta em hospitais militares para veteranos e especialmente na área psiquiátrica em que muitas vezes há a descrição de terapia recreativas onde a musicoterapia está inserida. Na educação é um desafio e muitas vezes o espaço é destinado à educação especial. Em geriatria, nas instituições de cuidado prolongado, é entendido que a música é importante e estas instituições têm facilitado o financiamento para contratação de um músico-musicoterapeuta para atuar nesta área. A área de neuroreabilitação é nova e não se tem recursos para o pagamento de musicoterapeutas, apesar de se saber da importância desse trabalho. Esta é uma área que eu tenho batalhado, já que não há um retorno financeiro por parte do governo. Muitos musicoterapeutas iniciaram outros trabalhos privados em músico-psicoterapia ou ainda atuando na área da educação , educação especial ou reabilitação.

Renato - A partir da sua iniciativa de cadastramento e busca de recursos para o trabalho de musicoterapia e reabilitação, vocês estão tentando procurando algum financiamento específico para este trabalho ? Como isso tem funcionado?

Concetta - Em muitas áreas, nós financiamos quando possível. Nos Estados Unidos existem dois grandes fundos de financiamento na área medica: *Medicare* e *Medicate*. Nas suas regulações, existem certas condições para que o dinheiro possa ser aplicado para a musicoterapia. Por exemplo, pode ser aplicado para pessoas com traumatismo crânio-encefálico, crianças com necessidades especiais e cuidados intensivos para reabilitação. Assim, a musicoterapia pode ser incluída em uma destas áreas e eles podem pagar dentro deste enquadramento. O financiamento é mais difícil na parte de planos de saúde privados. Nós temos pesquisas baseadas em evidências e apresentamos estes resultados para as empresas. Assim, eles podem reconhecer trabalho da musicoterapia e abrir espaços para a musicoterapia. Estas pesquisas a ser apresentadas devem ser unicamente ensaios controlados randomizados duplo cegos. As áreas que têm sido apresentadas como promessas são a reabilitação física e a reabilitação da fala.

Camila - e na área social ou comunitária. Existe alguma trabalho?

Concetta - Existe um trabalho muito forte no campo de grupos de pessoas que passaram por algum trauma. Por exemplo, houve a criação de grupos de musicoterapia para pessoas que perderam entes queridos no desastre do 11 de setembro de 2001 em Nova York (tanto para adultos quanto para crianças), bem como para médicos, paramédicos, policiais, bombeiros que vivenciaram aquela situação. Também existe a formação de grupos em geriatria, quando há uma perda da possibilidade de interagir socialmente. Assim, a musicoterapia ajuda a manter a capacidade de comunicação social entre os próprios pacientes e entre as famílias (ou seja para aquelas que desejam compartilhar com estes indivíduos), sendo este portanto, o objetivo básico deste trabalho. Estão sendo realizadas pesquisas no trabalho de desenvolvimento infantil e de socialização onde descobriu-se que o engajamento em atividades musicais faz com que a criança seja mais cuidadosa e tenha comportamentos socialmente adequados em comparação com as crianças que não recebem estas atividades. O nome da pesquisadora que realizou este estudo é Dr. Laurel J. Trainor.

Camila - No Brasil, a musicoterapia está inserida nacionalmente nas políticas públicas sociais dentro do contexto da proteção social, bem como para as situações de vulnerabilidade social . que há de musicoterapia nos Estados Unidos especificamente nesta área?

Concetta- Existe um trabalho de musicoterapia no campo da violência doméstica filiado aos hospitais (pelos programas de suporte dos hospitais locais) ou em clínicas de saúde mental onde os musicoterapeutas são pagos para realizar este tipo de trabalho. Trabalhos para pessoas sem teto e outros trabalhos de proteção social dependem de financiamento. Para dar um exemplo, um musicoterapeuta foi chamado para trabalhar com um grupo de crianças em abrigos (dentro do setor de acolhimento institucional) e estas crianças estavam com comportamentos socialmente inadequados entre os pares. Portanto, a ideia foi realizar música em grupos para que houvesse mais coesão e interação entre os participantes.

Noemi Ansay - Eu gostaria de saber um pouco mais sobre a formação do musicoterapeuta nos Estados Unidos (disciplinas, os estágios, etc)?

Concetta- Nos Estados Unidos, todos os centros de formação estão dirigidos para a aquisição de competências. Cada universidade tem uma flexibilidade para adaptar o currículo às necessidades que os estudantes precisam atingir. É responsabilidade da universidade identificar e estabelecer as práticas clínicas dentro do seu espaço físico e da comunidade. De acordo com as possibilidades da universidade, cada estudante fica 3 horas por semana (no mínimo), por semestre letivo, em cada instituição disponível pela comunidade em áreas como a gerontologia, a pediatria e a psiquiatria. E no estágio final, depois que a prática acadêmica foi completada, o estudante pode escolher um local de

estágio que está dentro de um cadastro nacional. Ele faz 1200 de estágio, sendo que deste período 900 horas são no local. Dentro do local de estágio o aluno atende diferentes populações (como no hospital onde eu atendo) ou em um local com uma população só.

Camila - É importante deixar a diferença entre prática clínica durante a formação acadêmica e prática de estágio profissional. Ela ocorre depois da formação de quatro anos?

Concetta- Sim, ela acontece como um quinto ano. No caso do mestrado, ela ocorre depois da formação acadêmica que pode ter a duração de 2 ou 3 anos.

Renato - Este estágio funciona como residência?

Concetta- Depende da instituição para saber se vai existir a possibilidade de financiamento ou não deste profissional. Algumas instituições tem a possibilidade de salário, mas muitos lugares não. Mais além destes estágios, há um treinamento avançado (que no Brasil possivelmente deve existir), tal como o método *Imagery Guided and Music* (GIM), o modelo Nordoff- Robbins, formação em unidades de internamento hospitalar e neonatologia.

Renato- Você gostaria de falar um pouco sobre a instituição onde você trabalha e sobre os serviços realizados lá?

Concetta - A organização do trabalho que eu realizo na instituição teve no passado apenas eu como a única musicoterapia durante muitos anos e onde teve um trabalho muito forte na parte de investigação, com uma observação de 24 horas de pacientes com problemas crônicos. Quando Dr. Scaks e eu começamos a trabalhar neste estudo, o Dr. Scaks começou a ficar famoso por conta do seu filme e na mesma época eu virei presidente da AMTA. Assim, houve uma procura pelos programas de televisão e pela mídia e Isso chamou a atenção da administração do hospital que começou a ter interesse no nosso trabalho. No entanto, a presidente do hospital apesar de achar o trabalho muito interessante, disse que não tinha como dar apoio financeiro. Ela disse que caso conseguíssemos o financiamento, poderíamos fazer o trabalho de acordo com a nossa vontade. Então, eu escrevi um edital de pesquisa em música e memória em 1993 e recebi 250000 dólares e eu contratei dois estagiários pagos em musicoterapia por dois anos. O hospital ficou muito entusiasmado novamente e a instituição percebeu que isto seria muito interessante para a sua própria administração e o Dr. Sacks juntamente com a equipe do hospital se deu conta que existia um espaço interessante para o estudo de música e cérebro. Assim, a instituição ajudou a fundar um instituto para estudar a música em funções neurológicas. A iniciativa do instituto era que essas ideias de neurociências e musicoterapia se juntassem, ampliando o campo de ambas as disciplinas. De 1994 até 2003 eu continuei buscando recursos em editais, consegui financiamento e continuei contratando musicoterapeutas. A administração mudou nessa época e eles perceberam que o diferencial do

instituto era o programa de musicoterapia que o tornava mais competitivo perante outros locais e dava mais visibilidade à instituição. Quando ele percebeu que todos os projetos tinham suporte financeiro a partir de editais, houve uma preocupação em não perder recursos para a manutenção do programa de musicoterapia. Assim, todos os gastos do programa inclusive com salários entraram no orçamento do hospital. Dessa forma nós tivemos um grande período de recursos por 5 anos. Nós tivemos a oportunidade de fazer tudo com muita autonomia e muita criatividade nessa época. Ao mesmo tempo o hospital resolveu ampliar os serviços para mais três centros de atendimento do hospital e para o atendimento a domicílio. O meu trabalho portanto foi auxiliar a ampliar a musicoterapia dentro dessas diferentes frentes de trabalho no hospital. No entanto, a administração mudou em 2002 e o sistema de financiamento da *Medicate* também mudou drasticamente no mesmo ano. Nesse sentido, a forma como esses suportes financeiros poderiam ser usados mudou completamente. O pagamento de musicoterapeutas e a manutenção de projetos foram desafios enfrentados pelo instituto que deveria encontrar formas para manter as suas finanças. A partir desse momento, metade dos custos eram financiados pelo programam e a outra metade eu precisava achar formas para encontrar recursos. O meu orçamento é de um milhão de dólares por ano que é dirigido para pagar 7 musicoterapeutas com dedicação integral e também a parte de gerência e administração. Ainda, pagamos de 12 a 15 musicoterapeutas com contrato de autônomo. O hospital hoje através da rede *Central Life Health System* oferece hoje atendimento para mais de 1.400 pessoas por dia. Por sua vez, a musicoterapia é oferecida para mais de 2.000 pessoas por semana.

Camila - Como você faz isso? A partir do atendimento de grupos?

Concetta - Sim, pequenos grupos na área de reabilitação, por exemplo. Outros indivíduos são atendidos a domicílio. Nós desenhamos os atendimentos conforme a necessidade de cada centro. Portanto, temos atendimentos em grupo e em formato individual.

Renato - Como é a relação da musicoterapia com outras áreas de atuação como a fisioterapia e a fonoaudiologia?

Concetta - Nós realizamos atendimentos compartilhados pensando em objetivos comuns com os outros profissionais, bem como o trabalho em parceria com médicos em formação. Uma vez por mês trabalhamos em conjuntos com os psicólogos que também ficam sabendo como funciona a musicoterapia.

Camila - Em nome de todos nós gostaríamos de agradecer a sua atenção. Você poderia encerrar esta entrevista com uma mensagem. O que você deseja para os musicoterapeutas do Brasil no nosso dia (15 de setembro, que será celebrado amanhã)?

Concetta- Em primeiro lugar eu gostaria de parabenizar vocês pela organização deste evento (do XII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia) e pelo grande número de pesquisas que vocês têm estabelecido. Eu desejo para os musicoterapeutas em geral que este seja um dia para tornarem-se conscientes do reconhecimento da profissão por diversas áreas através do esforço profissional e que o musicoterapeuta não necessite estar provando o tempo todo sobre a importância da musicoterapia.

**Aspectos da Música e da Musicalidade de Paul Nordoff e suas
Implicações para a Prática Clínica da Musicoterapia**

Análise Crítica da Literatura

Aspects of Paul Nordoff's Music and Musicality
And its implications for the clinical practice of Music Therapy

André Brandalise

Book's author

QUEIROZ, GREGORIO J. PEREIRA DE. Apontamentos: Sao Paulo, 2003.

It was the year 2000, at the Xth Brazilian Conference of Music Therapy (in the city of Porto Alegre, Brazil), where I got to know the music therapist Gregório Queiroz. The author was attending a Nordoff-Robbins workshop that was being taught by Dr. John Carpente and myself. Several days after the Conference, I received a letter from him (he lives in the city of São Paulo) describing his feeling in getting to know the work of Paul Nordoff and Clive Robbins and also how touched he was with Edward, a clinical case that Nordoff and Robbins presented in the book called "Creative Music Therapy" (1977).

From that time on, Gregório and I became good friends and he joined me in my continued exploration of the work of Paul Nordoff and Clive Robbins. We found an author who influenced Paul Nordoff's musical thoughts: the philosopher of music Victor Zuckerkandl. We began studying three important Zuckerkandl's books: *Man the Musician*, *The Sense of Music* and *Sound and Symbol*. *Sound and Symbol* was of particular interest to us as it was discussed often by Nordoff in his "Talks on Music", series of lectures given in 1974; these lectures resulted the book intitled *Healing Heritage*, edited by Clive Robbins and Carol Robbins, in 1998. It is important, then, to say that the Queiroz book's title is very appropriate with the content. His intention is to make a dialogue with Paul Nordoff's ideas, expressed in *Healing Heritage*, through what he considers Nordoff's music and musicality.

Among several important ideas discussed by Zuckerkandl, i.e., ‘music’ and ‘musicality’ were of most interest to Queiroz. Thus, Queiroz’s book *Aspects of Paul Nordoff’s Music and Musicality and its implications for the clinical practice of Music Therapy* is the result of his work that attempts to connect Zuckerkandl’s concepts of music and musicality with Paul Nordoff’s thoughts on music and music therapy.

Two main themes are the focus of Queiroz’s book. The first theme concerns the nature of human musicality. He proposes questions such as: what musicality exists in human beings? Is it an attribute of some individuals or it is an attribute that belongs to the human species? What is the role of musicality in humans? Is it just to appreciate music? Queiroz’s second theme has to do with music’s nature: what is music? What is inherent in music that does not have to do with aesthetical, psychological and acoustical evaluations?

Ultimately, writing in his first language (Portuguese), Queiroz shares his understanding about what music therapy is, with music as one of the central elements in the process.

The book consists of seven chapters and was published by Apontamentos, the first publishing company owned by a Brazilian music therapist (Renato Sampaio). The aim of the publisher is to increase the number of books available in the areas of music and music therapy. The book “Aspects of Paul Nordoff’s Music and Musicality” is not only directed to music therapists, but also to other professionals interested in learning about the phenomenon of musicality.

Queiroz’s book does not open with a forward, but with a preface where he acknowledges colleagues whom he considers important in motivating and encouraging him in this journey through the work of Paul Nordoff and Clive Robbins. Among his Brazilian influences are: Maristela Smith, Cleo Correia, Lia Rejane Mendes Barcellos, Renato Sampaio (publisher), Juliana Carvalho and myself.

The organization of the book is logical and coherent. The author begins the book by considering the topic musicality. Then, he discusses music and music in music therapy. In order to provide further information and the conclusion of the book, Queiroz includes, as an addendum, a smaller book containing eleven musical scores. Among these scores are some of Nordoff-Robbins themes such as “Something is going to happen” (from one of Nordoff and Robbins’ clients, Audrey) and also themes composed for Luiz Augusto, a 16 year-old client of Queiroz.

In chapter one, Queiroz presents his concept about musicality. For him, musicality is a part of human nature and is something that allows humans to produce and to enjoy music. He complements this notion with an important thought: he says that musicality also allows humans to be developed through music. Queiroz has particularly studied a lot the work of the philosopher of music Victor Zuckerkandl. In chapter one, it is possible to identify part of this influence. Zuckerkandl was one of the philosophers who used to say that musicality is an attribute of all human beings. Also, in this first section of the book, the author states that musicality is not only the ability that human beings have to establish relationships with sounds, rhythms, melodies, etc. but is also a means for humans to perceive the world’s reality. Musicality, in other words, allows human beings to integrate elements of the world.

In chapter two, Queiroz mentions that the brain processes music not only in one hemisphere but in both, which reinforces the idea that music seems to have an integrative function in terms of perception.

In chapter three, Queiroz discusses meaning in music. According to him, music is more than a blank slate receiving projections and meanings from human beings. He gives an example: if music were only a blank screen able to receive projections, as a movie screen, there would be no difference, then, in listening to Beethoven’s Ninth Symphony and *Carneirinho, Carneirão* (a Brazilian children’s song, similar to *Twinkle, twinkle little star*). Influenced by Zuckerkandl, Queiroz contends that the meaning of musical tones exists in its own nature. Even though the author acknowledges that other philosophers have

stated similar thoughts, Queiroz wanted in this book to focus on some of Zuckerkandl's concepts and ideas.

Chapter four re-emphasizes Queiroz's reliance on the writings of Zuckerkandl. For example, he quotes Zuckerkandl who states that the musical tones exist before music in a way similar to numbers that exist before math. A tone is a musical event, because it contains within itself a whole system of tones. The tones relate to each other based on what Zuckerkandl calls "dynamic quality," (p. 54), that is, each tone is part of an order. This idea is reminiscent of what Paul Nordoff (1998) said to his students in 1974: "...you must think of the scale as a statement [*he plays the scale*]...and what it is stating is its presence, its potentiality, its creative self" (p. 3). To Paul Nordoff, scales have a "creative self." The close influence that Zuckerkandl had on Nordoff's work is apparent.

In the opening of chapter 5, Queiroz provides a summary of the contents of the book to this point. Chapter five discusses the therapeutic uses of music by a closer examination of the work of Paul Nordoff. The author's primary question is: what was Nordoff able to accomplish therapeutically using artistic procedures in music therapy? In order to illustrate some of Nordoff's work, Queiroz highlights the example of "Edward" in the book *Creative Music Therapy*. One of the remarkable moments of this process is the fact that Nordoff harmonized Edward's crying in the keys of F#, A and B. To this end, Queiroz considers "creative gesture" as the most important of Nordoff's abilities, with which he was able to consider children's expressions the cause of his music. Children were the center of his music rather than his own musical intentions.

In chapter six, Queiroz describes one of his own music therapy cases with a 16 year-old boy called "Luiz Augusto." Queiroz and a co-therapist worked Luiz over 21 sessions. This client did not have a diagnosis except for a general classification on his chart as having a neurological disability. He was non verbal, with a poor capacity to communicate, and his relationship with the world seemed to be very narrow.

The last chapter is the conclusion of the case study. The main goal with Luiz Augusto was to help him to engage in music and, in doing so, to facilitate his process of being in the world. The therapists created music based on Luiz Augusto's motor movements. For instance, based on his legs' movements, therapists improvised a descending theme using the Dorian mode. The reader is able to see a transcription of the improvised music in the addendum of the book.

I consider the book's cover an important metaphor for Queiroz's book. It is a drawing of a snail, scientifically called *Nautilus pompilius*, or simply nautilus, and it is, according to the author, a very old symbol which represents the fundamental proportional patterns that can be found in nature's forms, such as diatonic scales. These fundamental proportional patterns are also found, according to Gregorio Queiroz, in the formation of the dynamic qualities of the tones. Queiroz's book *Aspects of Paul Nordoff's Music and Musicality and its implications for the clinical practice of Music Therapy* attempts to connect Zuckerkandl's concepts of music and musicality with Paul Nordoff's thoughts on music and music therapy. For these two authors and for Queiroz, tones are part of a natural order and musicality is part of human nature. Through musicality human beings, like Edward and Luiz Augusto, demonstrate that can better integrate their lives in the world and the world in their lives.

REFERENCE

Robbins, Clive; Robbins, Carol. **Healing Heritage: Paul Nordoff Exploring the Tonal Language of Music**. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1998.