

REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA

Uma publicação da

União Brasileira das Associações de
Musicoterapia

ANO XVII NÚMERO 18 / 2015

MUSICOTERAPIA

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 2015)

Mariane Oselame
Camila Gonçalves
Nathalya Avelino
Andréa Farnettane

MUSICOTERAPIA

Conselho Editorial

André Brandalise Mattos (Universidade de Ribeirão Preto e Georgia College); Claudia Zanini (Universidade Federal de Goiás); Carolina Muñoz Universidad Central – Chile); Cléo Monteiro França Correia (Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas e Universidade de Ribeirão Preto); Debbie Carroll (UQÀM- Université du Québec à Montréal); Diego Schapira (Universidad de Buenos Aires e Universidad del Salvador); Jônia Maria Dozza Messagi (Universidade Estadual do Paraná); Juanita Eslava (Universidad Nacional da Colombia); Leomara Craveiro de Sá (Universidade Federal de Goiás); Leonardo Mendes Cunha (Faculdades Integradas Olga Mettig); Lilian Coelho (Faculdade Paulista de Artes, Escola Superior de Ciências da Saúde e Faculdade Integradas Olga Mettig); Marcela Lichtensztejn (Universidad Favaloro – Argentina); Marcia Maria da Silva Cirigliano (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 (Universidade Estadual do Paraná); Sandra Rocha do Nascimento (Universidade Federal de Goiás).

Editora Geral

Sheila Volpi
(Universidade Estadual do Paraná – UNESPAR/FAP)

Comissão Editorial

Mariana Arruda (UNESPAR/FAP); Clara Marcia Piazzetta (UNESPAR/FAP) e Gustavo Gattino (UDESC); Noemi Nascimento Ansay (UNESPAR/FAP)

Revista Brasileira de Musicoterapia / União Brasileira das Associações
Musicoterapia. – v. 1, n. 1, (1996). – Curitiba, Ano XVII, n 18, (2015)

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

Editorial.....	5
A aplicação terapêutica da música no tratamento de pessoas com implante coclear (IC): uma revisão sistemática - <i>André Brandalise</i>	7
Música e musicoterapia com famílias: uma revisão sistemática - <i>Fernanda Valentin; Mayara Kelly Alves Ribeiro; Maria Inês Gandolfo Conceição; e Ana Paula Gonçalves dos Santos</i>	25
A composição de canções como estratégia terapêutica em musicoterapia: uma revisão integrativa da literatura em língua inglesa - <i>Maria Anastácia Manzano e Gustavo Schulz Gattino</i>	43
A dimensão de saúde no contexto da prática da musicoterapia social - <i>Maeve Andrade e Rosemyriam Cunha</i>	64
Aplicação da versão reduzida da bateria Montreal Battery of Evaluation of Amusia (MBEA) em pacientes afásicos de expressão e disártricos - <i>Michelle de Melo Ferreira e Clara Y. Ikuta</i>	85
Protocolo de atendimento de musicoterapia improvisacional músico-centrada para crianças com autismo - <i>Marina Freire; Aline Moreira e Arthur Kummer</i>	104
Perfil de saúde vocal de estudantes do Curso de Bacharelado em Musicoterapia - <i>Pierangela Nota Simões</i>	118

Editorial

Com grata satisfação que chegamos ao 18º número da *Revista Brasileira de Musicoterapia*. A *Revista Brasileira de Musicoterapia* é uma publicação semestral (versão online) da União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM), destinada à publicação científica de trabalhos originais relacionados à Musicoterapia e áreas afins: estudos teóricos/ensaios, artigos baseados em pesquisa, resenhas e entrevistas.

Inicialmente gostaríamos de destacar o notável trabalho desenvolvido pela editora geral Noemi Ansay e prestar os nossos mais sinceros agradecimentos a esta que, conduziu os trabalhos da *Revista* do ano de 2010 até 2014.

Conforme anunciado anteriormente, no editorial da *Revista* no. 17, assume os trabalhos a nova editora geral Sheila Volpi que com a mesma Comissão Editorial e de pareceristas, sustentam o compromisso de primar pela qualidade e ética dos trabalhos publicados, valorizar o campo teórico e prático da Musicoterapia e manter o respeito aos leitores e autores.

Assim, nessa edição de número 18, apresentamos sete artigos inéditos. Dois deles se apresentam no formato de revisão sistemática. O primeiro deles é de autoria de André Brandalise, intitulado “A aplicação terapêutica da música no tratamento de pessoas com implante coclear (IC): uma revisão sistemática”. Este trabalho apresenta uma síntese da literatura no que tange as intervenções terapêuticas com música com pessoas com implante coclear, que são realizadas por musicoterapeutas e por outros profissionais da saúde.

O outro artigo “Música e musicoterapia com famílias: uma revisão sistemática”, das autoras Fernanda Valentin; Mayara Kelly Alves Ribeiro; Maria Inês Gandolfo Conceição; Ana Paula Gonçalves dos Santos, contribui ao apresentar os resultados do uso de atividades musicais por profissionais de saúde e intervenções musicoterapêuticas com famílias, sendo que os resultados apontam para o potencial da música enquanto recurso terapêutico com famílias.

O artigo dos autores Maria Anastácia Manzano e Gustavo Schulz Gattino, “A composição de canções como estratégia terapêutica em musicoterapia: uma revisão integrativa da literatura em língua inglesa”, apresenta-se como uma revisão integrativa que investiga o uso da composição

de canções de pacientes em tratamento musicoterápico. A revisão integrativa apontou que processo terapêutico de composição de canções mostra-se como um recurso favorável dentro das técnicas de Musicoterapia.

O artigo “A dimensão de saúde no contexto da prática da musicoterapia social”, de autoria de Maeve Andrade e Rosemyriam Cunha, apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa, na qual intentou conhecer a percepção de profissionais envolvidos em projetos sociais e unidades da rede socioassistencial, a respeito da promoção e produção de saúde na prática da musicoterapia em seus locais de atuação.

De autoria de Michelle de Melo Ferreira , Clara Y. Ikuta, o artigo “Aplicação da versão reduzida da bateria Montreal Battery of Evaluation of Amusia (MBEA) em pacientes afásicos de expressão e disártricos”, aponta para a aplicabilidade da versão reduzida da bateria tanto a pacientes com afasia de expressão quanto a pacientes com disartria.

O artigo “Protocolo de atendimento de musicoterapia improvisacional músico-centrada para crianças com autismo”, dos autores Marina Freire; Aline Moreira; Arthur Kummer, investigou a utilização do protocolo de atendimento para avaliar o desenvolvimento do processo terapêutico de crianças autistas. Este protocolo busca identificar etapas do processo musicoterapêutico, no que se refere as técnicas de detecção de Fragmentos de Tema Clínico e a construção de Temas Clínicos.

E finalmente o artigo da autora Pierangela Nota Simões, intitulado “Perfil de saúde vocal de estudantes do Curso de Bacharelado em Musicoterapia”, investigou hábitos e queixas vocais de alunos do curso de Musicoterapia durante a prática de estágio curricular. Os resultados advertem que apesar de utilizar intensamente sua voz, os alunos não realizam aquecimento vocal antes de suas práticas de estágio curricular.

Ensejamos que a socialização destes trabalhos reverberem em reflexões e na construção de conhecimentos e que estes impulsionem a elaboração de novos trabalhos.

Sheila Volpi

Editora Geral da Revista Brasileira de Musicoterapia

MUSICOTERAPIA

**A APLICAÇÃO TERAPÊUTICA DA MÚSICA
NO TRATAMENTO DE PESSOAS COM IMPLANTE COCLEAR (IC):
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

**THE THERAPEUTIC APPLICATION OF MUSIC
IN THE TREATMENT OF THE PERSON WITH COCHLEAR IMPLANT (CI):
A SYSTEMATIC REVIEW**

André Brandalise¹

7

Resumo - O objetivo deste estudo foi o de oferecer uma síntese da literatura acerca das intervenções terapêuticas com música, realizadas por musicoterapeutas e por outros profissionais da saúde, com pessoas com implante coclear (IC). Uma revisão sistemática da literatura foi conduzida e demonstrou que a reabilitação com a intervenção terapêutica da música possui o potencial de contribuir no (re)estabelecimento das cinco etapas do desenvolvimento auditivo: detecção, discriminação, identificação, reconhecimento e compreensão. Este processo pode garantir à pessoa implantada uma melhor integração física e emocional no mundo e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida..

Palavras-Chave: música, musicoterapia, implante coclear (IC).

Abstract - The aim of this review is to provide a synthesis of the literature on music intervention, done by music therapists and by professionals from other health areas, for people with cochlear implant (CI). A systematic review of the literature was conducted and showed that music has the potential to facilitate the rehabilitation of the five hearing developmental stages: awareness, discrimination, identification, acknowledgement, and comprehension. This process can guarantee to the person with cochlear implant (CI) a better physical and emotional integration in the world and, consequently, a better quality of life..

Keywords: music, music therapy, cochlear implant (CI).

¹ Bacharel em música (UFRGS, RS), especialista em musicoterapia (CBM-RJ) e mestre em musicoterapia (NYU, EUA). Atualmente cursa o programa de PhD em musicoterapia da Temple University (EUA) onde foi bolsista por dois anos, como professor-assistente, exercendo as funções de professor e supervisor. Brandalise é diretor-fundador do Centro Gaúcho de Musicoterapia (POA, RS) e um dos sócios-fundadores do Instituto de Criatividade e Desenvolvimento (ICD). É autor dos livros "Musicoterapia Músico-centrada" (2001) e "I Jornada Brasileira sobre Musicoterapia Músico-centrada" (2003).

Introdução

Música é extremamente presente na rotina auditiva cotidiana. A pessoa incapacitada de ouvir lida com desafios. Entre eles, o do isolamento e o da perda de parte dos prazeres que a audição oferece (i.e., conversas, sons da natureza, sons dos ambientes, música etc.). Atualmente, centros especializados oferecem tratamentos que envolvem a avaliação da condição, o tipo necessário de cirurgia e a reabilitação ao sujeito com perda auditiva profunda. Uma das alternativas para a pessoa nesta condição é o chamado implante coclear.

Desde a década de sessenta indivíduos com surdez profunda passaram a ter a possibilidade de obter sensações de som através de estimulação elétrica direcionada aos neurônios cocleares sobreviventes (GFELLER e LANSING, 1992). Diferentemente dos aparelhos de audição, que essencialmente amplificam os sons, através do implante coclear a pessoa passa a ser capaz de, a partir de um dispositivo, captar o som e transformá-lo em sinal elétrico que pode ser interpretado pelo cérebro como um sinal sonoro (GFELLER, 2000). O implante é composto por duas peças: uma interna, que é colocada na cóclea mediante um processo cirúrgico, e outra externa, afixada na cabeça do usuário. A pessoa com implante coclear (IC) pode desenvolver a habilidade de entender conversas normalmente, taxa que pode chegar a 70%-80% das frases em ambientes com pouco ruído. No entanto, ainda apresentam limitações tais como o uso do telefone, discriminação oral em contextos ruidosos e percepção musical. Em razão disto, podem perder o interesse pela música e, conseqüentemente, perder qualidade de vida. Segundo Gfeller (2001), um processo de reabilitação tem como objetivo básico a restauração de habilidades ou o apoio e estímulo para que o indivíduo possa compensar habilidades que supram aquelas que não possam ser totalmente reabilitadas.

De acordo com a Comisión Española de AudioFonología (*apud* QUIQUE, 2013), a maior parte dos programas, que foca habilitação-reabilitação, funciona baseada na estimulação das cinco etapas de

desenvolvimento auditivo: detecção, discriminação, identificação, reconhecimento e compreensão. A detecção diz respeito à habilidade de perceber a existência ou ausência de um som; a discriminação está relacionada com a capacidade de catalogar os estímulos sonoros como iguais ou diferentes; a identificação diz respeito ao reconhecimento auditivo de um estímulo sonoro entre um número de opções; o reconhecimento é a capacidade de identificar algo verbalizado com o auxílio de certo contexto (i.e., responder a um pedido) e a compreensão que é a habilidade que permite a construção do significado das palavras e a decodificação das mensagens (i.e., capacidade de reconhecer algo verbalizado sem o auxílio e a participação em uma conversa).

Aparentemente, após a percepção da fala, a apreciação musical é a segunda maior demanda por aquele que realiza implante coclear (HODKINSON, 2012; BESOUW, NICHOLLS, OLIVER, HODKINSON, GRASMEDER, 2014). Uma pesquisa realizada na Universidade de Iowa indicou que 75% das pessoas com IC disseram que apreciavam música antes da perda auditiva (GFELLER, CHRIST, KNUTSON, WITT, MEHR, 2003). Porém, Looi e She (2010) confirmam que pessoas adultas implantadas geralmente relatam perder o prazer em se relacionar com música uma vez que não adquirem acuidade perceptiva devido às limitações técnicas do implante em transmitir importantes elementos estruturais da música. Em função deste fato, alguns autores propõem justamente a implantação de treinamento musical destinado a crianças e adultos implantados bem como a familiares (LOOI e SHE, 2010; KOSANER, KILINC, DENIZ, 2012). O treinamento especializado e sistemático pode vir a auxiliá-los a melhorar a acuidade perceptiva e, conseqüentemente, qualidade de vida. No sentido de identificar as propostas de aplicação da música e da musicoterapia bem como de conhecer a maneira e os objetivos das aplicações com a pessoa implantada (IC), uma revisão sistemática da literatura foi conduzida.

Os objetivos desta revisão foram:

1. identificar trabalhos clínicos e de pesquisa aplicando musicoterapia com pessoas com implante coclear (IC).
2. examinar como a música e a musicoterapia têm sido aplicada no tratamento desta população. Verificar métodos de musicoterapia e tipos de intervenção sendo utilizados com esta população (ativa, re-criativa e receptiva).
3. verificar os resultados obtidos a partir da intervenção da música e da musicoterapia com a pessoa com IC.

Método

Uma revisão da literatura foi conduzida utilizando as bases de dados MEDLINE e CINAHL com a utilização dos descritores 'music therapy', 'music' e 'cochlear implant'. Foram somente utilizados descritores em inglês. Uma busca eletrônica foi conduzida aos periódicos especializados em musicoterapia:

1. *Journal of Music Therapy* (AMTA, 1964 até o presente)
2. *Nordic Journal of Music Therapy* (2000 até o presente)
3. *Music Therapy Perspectives* (de 1982 a 2008)
4. *The Arts in Psychotherapy* (1980 até o presente)
5. *Music Therapy* (de 1981 a 1996)
6. *Voices* (1991 até o presente)

Com o esforço de identificar estudos publicados e não detectados nas buscas eletrônica e manual, estudos não publicados e em andamento, contatos foram feitos com *experts* em musicoterapia no Brasil, Argentina, Chile, Colômbia e Uruguai. Uma busca manual foi conduzida à Revista Brasileira de Musicoterapia (de 1996 até o presente).

Associações de musicoterapia brasileiras foram consultadas no sentido de auxiliar a possível identificação de praticantes de musicoterapia com esta população bem como de publicações em anais de congressos. Estudos foram aceitos em inglês, português, espanhol e francês.

Resultados

Quinze estudos foram incluídos na revisão em forma de artigo, examinados na íntegra, e analisados. Foram reportados entre os anos de 1992 e 2014 e publicados em formato de artigo. Foram conduzidos em diversos países: Estados Unidos (5 estudos), Brasil (2 estudos), Chipre (1 estudo), Inglaterra (1 estudo), Turquia (1 estudo), Taiwan (1 estudo), Irã (1 estudo), Nova Zelândia (1 estudo), Austrália (1 estudo) e Espanha (1 estudo). Apresentaram variação em termos de intervenção clínica (heterogeneidade clínica).

11

Critérios de inclusão

Foram incluídos para análise artigos que apresentaram pesquisa ou relato clínico acerca da utilização da música no tratamento de pessoas com implante coclear. Foram aceitos trabalhos que apresentaram intervenção musical tendo sido realizada por profissionais musicoterapeutas e/ou por outros profissionais da saúde. Todo tipo de intervenção musical foi incluída e analisada.

Efeitos da intervenção

Desde meados da década de 70 a musicoterapia vem dedicando-se a questões relacionadas ao déficit auditivo e desde o início da década de 90 tem contribuído com o debate sobre a reabilitação com a pessoa com implante coclear. Os resultados que vêm sendo alcançados são positivos e diversificados (Tabela 1). Destaca-se a melhora na acuidade no reconhecimento de melodias associadas a letras (HSIAO, 2008; YENNARI, 2010, PEREIRA e CHAVES, 2013), melhora na fala (DASTGHEIB, RIYASSY, ANVARI, NIKNEZHAD, HOSEINI, RAJATI, GHASEMI, 2013), impacto na maneira de cantar (SCHRAER-JOINER e CHEN-HAFTECK, 2009), melhora na

percepção de altura das notas (CHEN, CHUANG, Mc MAHON, HSIEH, TUNG, LI, 2010; MORITZ, 2004), melhora na percepção da duração das notas (MORITZ, 2004); maior envolvimento com o canto (YENNARI, 2010), aumento no prazer na interação com música (KOSANER et al., 2012), melhora na interação social (YENNARI, 2010; PEREIRA e CHAVES, 2013), melhora na adesão aos tratamentos (PEREIRA e CHAVES, 2013).

Tipos de som e música utilizados (Tabela 1)

Sete estudos relataram a utilização de canções infantis e de familiaridade dos pacientes (STORDAHL, 1992; HSIAO, 2008; LASSALETTA et al., 2008; YENNARI, 2010; KOSANER et al., 2012; DASTGHEIB et al., 2013; PEREIRA e CHAVES, 2013), quatro estudos propuseram a utilização de instrumentos musicais estimulando a percepção de timbre (MORITZ, 2004; LASSALETTA, 2008; CHEN et al., 2010; KOSANER et al., 2012), três estudos propuseram a utilização de atividades rítmicas corporais (MORITZ, 2004; SCHRAER-JOINER e CHEN-HAFTECK, 2009; DASTGHEIB et al., 2013), um estudo reportou a criação de histórias musicais (SCHRAER-JOINER e CHEN-HAFTECK, 2009) e um estudo propôs a utilização de sons computadorizados (GFELLER et al., 2003). Três estudos propuseram a utilização de improvisação musical (MORITZ, 2004; SCHRAER-JOINER e CHEN-HAFTECK, 2009; PEREIRA e CHAVES, 2013).

Tabela 1 Estudos Avaliando a Utilização da Música com Pessoas com Implante Coclear

Autor(es)	Profissionais Envolvidos	Objetivo do estudo e participantes	Música Utilizada	Resultado
Gfeller e Lansing (EUA, 1992)	Musicoterapeuta e fonoaudióloga	Avaliação do Primary Measures of Music Audition (PMMA) como teste de percepção para adultos com implante coclear (IC) N = 34	Padrões rítmicos e tonais.	Participantes tiveram maior acuidade perceptiva em relação aos padrões rítmicos do que aos tonais.

Stordahl (EUA, 2002)	Musicoterapeuta	<p>Comparação sobre a percepção e a apreciação da canção por crianças com IC e por crianças de audição normal.</p> <p>N = 15 crianças IC N = 32 crianças AN²</p>	Peças musicais eruditas e canções.	As crianças implantadas demonstraram menor capacidade de perceber canções dos que as de audição normal. Também demonstraram menor interesse no que diz respeito à apreciação das canções.
Gfeller et al. (EUA, 2003)	Equipe multidisciplinar envolvendo musicoterapeuta	<p>Desenvolvimento de um teste de percepção de canções para adultos com IC (em comparação com grupo de pessoas de audição normal)</p> <p>N = 36 adultos IC N = 66 adultos AN</p>	Sons computadorizados.	Usuários de implante coclear consideraram 2 de 3 estilos musicais (country, pop) como sendo mais complexos do que consideraram os participantes de audição normal.
Moritz (Brasil, 2004)	Musicoterapeuta	Caso clínico (Margarida)	Exploração dos parâmetros musicais, exploração tátil, atividades rítmicas corporais, improvisação musical e re-criação musical.	Margarida percebeu apresentou maior facilidade em perceber a duração das notas. Após, percebe intensidade e, por fim, altura e timbre. A percepção da duração foi facilitada através do uso da flauta doce.
Hsiao (EUA, 2008)	Musicoterapeuta	<p>Verificar a habilidade de crianças implantadas, que falam mandarim, em reconhecer melodias familiares.</p> <p>N = 40 Idade: 7-15</p>	Canções infantis típicas em mandarim e canções ocidentais traduzidas para o mandarim.	Os indivíduos com implante apresentaram melhor acuidade no reconhecimento de melodias quando a letra da canção foi também apresentada. Sua

² AN = Audição normal.

				pontuação foi significativamente menor quando as melodias contiveram somente altura.
Lassaletta et al. (Espanha, 2008)	Não especificado	Avaliar a percepção musical e o prazer musical após implante coclear e seu impacto na qualidade de vida. N = 88 adults Idade: + 18	Audição de sons de instrumentos musicais e audição de canções populares.	O prazer subjetivo da audição musical diminuiu em comparação com a prática antes da surdez.
Schraer-Joiner e Chen-Hafteck (EUA, 2009)	Não especificado	Investigar experiências musicais de pré-escolares com implante coclear. N = 4 Idade: 4	Utilização de canto, de criação, de uso do corpo e de histórias musicais.	Houve ampla resposta musical. A experiência do implante coclear demonstrou impacto no canto dos participantes.
Chen et al. (Taiwan, 2010)	Médicos	Investigar se prévia educação musical melhora a habilidade de percepção de altura em crianças implantadas. N = 27	Audição de duas alturas executadas ao piano entre Dó (256 Hz) e Si (495). Hz). Testou-se a percepção do mais alto e do mais baixo.	A percepção de alturas foi positivamente relacionada com o tempo de educação musical do participante. A percepção das alturas foi melhor em crianças implantadas com idade superior a 6 anos.
Looi e She (Nova Zelândia, 2010)	Não especificado	Objetiva desenvolver um programa de treinamento musical (music training program – MTP). N = 100 adultos	Aplicação de questionário.	Audição musical pode ser melhorada de acordo com o ambiente e de acordo com a seleção musical.
Yennari (Chipre, 2010)	Não especificado	Investigar a relação de crianças pré-verbais com implante coclear com a interação	Utilização de atividades de canto.	Estimulou a criança a perceber o outro, a demonstrar preferências por materiais sonoros,

		com o canto e a canção.		a reproduzir aspectos estruturais da canção, a envolver-se física e emocionalmente com o canto.
Kosaner et al. (Turquia, 2012)	Não especificado	Objetiva desenvolver um programa de treinamento musical direcionado a crianças implantadas com idade pré-escolar e familiares. N = 25 crianças	Aplicação de atividades musicais. Seções de canto, reconhecimento de canções, timbres bem como verificação de respostas a músicas e ritmos.	As médias aumentaram nos 3 grupos estudados. Participação e prazer nas atividades musicais também obtiveram aumento tanto com crianças como com pais.
Dastgheib et al. (Irã, 2013)	Neurocientista, médico e linguista	Aplicação de programa de treinamento musical.	Proposta de audição musical, canto, movimentos rítmicos e utilização de instrumentos musicais.	Música pôde compensar o <i>delay</i> da fala na criança implantada.
Pereira e Chaves (Brasil, 2013)	Musicoterapeuta e Fonoaudióloga	Objetiva desenvolver habilidades auditivas. N = 6 crianças	Canto de canções infantis aliado à repetição das habilidades fonológicas (i.e., oi, tchau), audição musical, improvisação.	Os grupos têm alcançado habilidades auditivas, maior interação social, melhora na vocalização, maior precisão na tentativa de articulação, melhora na atenção auditiva e aumento da motivação para participar da terapia.
Besouw et al. (Inglaterra, 2014)	Não especificado	Aplicação de workshops para 1) verificar o que participantes podiam identificar e apreciar durante a audição; 2) ativar a percepção de estratégias de escuta, tecnologia e fontes de reabilitação para a música e 3)	Audição em grupo e atividades práticas	Dados comparativos entre antes e depois de participação em workshops sugerem mudanças em hábitos de apreciação musical.

		desenvolvimento de ideias para a inclusão em programas de reabilitação musical.		
		$N = 5$ adultos com IC, como consultores e $N = 28$ participantes.		
Schubert et al. (Australia, 2014)	Não especificado	Investigar se a música escrita especialmente para pessoas implantadas (ICs) pode ser utilizada para demonstrar como a audição musical é diferente para a pessoa com de habilidades normais de audição (ANs).	Participação em um concerto especialmente organizado para a pesquisa. Consistiu na execução de seis peças musicais com duração de aproximadamente 10 minutos cada. Compositores desenvolveram as composições juntamente com cientistas.	O ritmo foi apreciado tanto pelos CIs quanto pelos ANs. Instrumentos de percussão foram a preferência dos CIs.

Tipos de métodos musicoterapêuticos utilizados (Tabela 2)

No tratamento de pessoas com implante coclear (IC) parece haver um certo equilíbrio entre a utilização das várias experiências musicoterapêuticas através da utilização dos métodos receptivo (i.e., audição de música produzida ou gravada e audição de sons não musicais), re-criativo (utilização de material musical previamente composto) e de improvisação musical e composição, ou seja, criação de material musical inédito a partir da experiência criativa em processo musicoterapêutico. A terminologia utilizada pelo autor deste artigo, que faz referência a experiências e a métodos musicoterapêuticos, tem como influência a que é proposta por Bruscia (1998). Cinco estudos reportaram a utilização terapêutica de música de forma receptiva (STORDAHL, 2002; GFELLER et al., 2003; HSIAO, 2008; LASSALETTA et al., 2008; CHEN et al., 2010), dois estudos utilizaram tanto abordagem receptiva quanto de

improvisação (KOSANER et al., 2012; DASTGHEIB et al., 2013) e, por fim, três estudos utilizaram abordagens receptivas, re-criativas e de improvisação (SCHRAER-JOINER e CHEN-HAFTECK, 2009; YENNARI, 2010; PEREIRA e CHAVES, 2013; BESOUW et al., 2014).

Tabela 2 *Tipos de Intervenção Musical e de Métodos Musicoterapêuticos Utilizados*³

Autor(es)	Tipo de Intervenção musical	Utilização de método musicoterapêutico
Gfeller e Lansing (EUA, 1992)	Padrões rítmicos e tonais.	Receptivo
Stordahl (EUA, 2002)	Utilização de peças musicais eruditas e canções.	Receptivo
Gfeller et al. (EUA, 2003)	Sons computadorizados.	Receptivo
Moritz (Brasil, 2004)	Exploração dos parâmetros musicais, exploração tátil, atividades rítmicas corporais, improvisação musical e re-criação musical.	Re-criativo, Receptivo e de improvisação
Hsiao (EUA, 2008)	Utilização de contornos melódicos de canções infantis mandarins e ocidentais traduzidas.	Receptivo
Lassaletta et al. (Espanha, 2008)	Utilização de sons de instrumentos musicais e de canções populares.	Receptivo
Schraer-Joiner e Chen-Hafteck (EUA, 2009)	Utilização de canto, de criação, de uso do copo e de histórias musicais.	Re-criativo, Receptivo e de improvisação
Chen et al. (Taiwan, 2010)	Utilização de alturas executadas ao piano entre Dó (256 Hz) e Si (495 Hz). Testou-se a percepção do mais alto e do mais baixo.	Receptivo
Yennari (Chipre, 2010)	Utilização de atividades de canto e de percepção.	Re-criativo, receptivo e de improvisação

³ Alguns estudos incluídos na revisão não fizeram parte desta tabela por não proporem intervenção musical (Looi; She, 2010; Schubert et al., 2014).

Kosaner et al. (Turquia, 2012)	Utilização de canto e testagem de percepção.	Receptivo e de improvisação
Dastgheib et al. (Irã, 2013)	Utilização de canto e testagem de percepção.	Receptivo e de improvisação
Pereira e Chaves (Brasil, 2013)	Canto de canções infantis aliado à repetição das habilidades fonológicas (i.e., oi, tchau), audição musical, improvisação.	Re-criativo, Receptivo e de improvisação
Besouw et al. (Inglaterra, 2014)	Proposta de workshops envolvendo audição e fazer musical.	Re-criativo, Receptivo e de improvisação

Discussão

Música é um fenômeno organizado através do relacionamento entre três estruturas: ritmo, melodia e harmonia. No entanto, não necessariamente estas três estruturas precisam estar presentes para que um fenômeno sonoro seja entendido como música. Por exemplo, há peças musicais que podem ser compostas somente através da utilização de padrões rítmicos. Música pode ser também composta através da utilização de sequência de notas somente, sem a presença de progressão harmônica. Em adição às estruturas mencionadas acima (ritmo, melodia e harmonia), em uma peça musical, há que se incluir os chamados parâmetros. Parâmetros são: altura (mais agudo - mais grave), intensidade (forte - fraco), duração (o tempo de cada nota e de cada pausa na composição) e timbre (a qualidade de cada som).

De acordo com os dados coletados, a pessoa com implante coclear apresenta dificuldade na percepção de estruturas e padrões musicais isolados, por exemplo, reportam dificuldades em perceber sons de instrumentos musicais. Esta dificuldade tem a ver com uma não acuidade na discriminação timbrística (o timbre, ou qualidade do som, diferencia um instrumento de outro, uma voz de outra). Reportam também terem dificuldade em reconhecer melodias, mesmo de canções familiares. Musicalmente falando, esta é uma dificuldade para a identificação da altura de cada nota e de intervalos em uma

sequência, o que caracteriza uma melodia. Porém, quando a letra da canção é incorporada à melodia, pessoas implantadas reportam perceberem o tema musical com maior facilidade.

Isto é intrigante e parece ser campo bastante importante para a inserção do profissional musicoterapeuta. A partir deste estudo, conclui-se que música vem sendo utilizada terapeuticamente e valorizada no trabalho com esta população. Há trabalhos de habilitação-reabilitação e pesquisa sendo desenvolvidos em praticamente todas as regiões do mundo. No entanto, vários autores não especificam suas formações o que torna difícil o reconhecimento preciso das áreas profissionais que estiveram envolvidas em determinados trabalhos analisados. Aparentemente, ainda não há um número significativo de profissional musicoterapeuta envolvido no trabalho clínico e de pesquisa com esta população, fato que é confirmado por Quique (2013). Esta autora afirma que geralmente as equipes de tratamento multidisciplinar que trabalham com pessoas com implante coclear são compostas por otorrinolaringologia, audiologia, psicologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. No entanto, entende que a musicoterapia pode ser uma importante modalidade a integrar-se nestas equipes.

Propõe que o profissional musicoterapeuta:

- estabeleça expectativas realistas de escuta;
- ajude para que os usuários selecionem exemplos musicais que sejam mais acessíveis para quem é implantado. Por exemplo, através da utilização de letras de canções;
- realize trabalho em ambientes apropriados, sem muito ruído;
- trabalhe a repetição da audição. Esta ação auxilia o usuário na habilidade do reconhecimento;
- utilize contexto para que o som tenha sentido (i.e., observar lábios de quem canta, seguir letra da canção);

- proponha sons diferentes.

Apesar de a musicoterapia não estar presente em todas as equipes multidisciplinares que dedicam trabalho à esta população, dois centros de destaque na pesquisa e no tratamento de pessoas implantadas com música possuem musicoterapeutas em seus quadros. Um deles é o grupo da Universidade de Southhamptom⁴ do qual a musicoterapeuta Sarah Hodgkinson é integrante. Hodgkinson é uma das profissionais responsáveis pelo projeto intitulado *Compositions for Cochlear Implants* (composições para implantes cocleares). Este projeto propõe uma série de workshops explorando aspectos da música que podem ser apreciadas pelos usuários de IC. Através do processo de composição musical, os pacientes e os pesquisadores visam melhor conhecer aqueles estilos e estruturas musicais que podem ser percebidas e apreciadas através do IC. O outro importante centro de destaque é o Departamento de otorrinolaringologia da Universidade de Iowa, EUA. Kate Gfeller⁵ é a musicoterapeuta membro do *Iowa Cochlear Implant Team* (equipe de implante coclear) e investiga a percepção e o prazer musical do usuário de IC. No Brasil, foram identificados dois trabalhos de musicoterapia direcionados à esta população (MORITZ, 2004; PEREIRA e CHAVES, 2013).

Dos quinze estudos incluídos e analisados sete tiveram a participação de profissionais musicoterapeutas (GFELLER e LANSING, 1992; STORDAHL, 2002; MORITZ, 2004; GFELLER et al., 2003; HSIAO, 2008; PEREIRA e CHAVES, 2013; BESOUW et al., 2014). Detectou-se um equilíbrio em termos de métodos musicoterapêuticos utilizados (receptivo, re-criativo e de improvisação e composição). Com a população de pessoas com implante coclear, parece haver uma valorização da capacidade de produção sonora do paciente. Vários projetos propõem participação ativa do paciente em seu processo de reabilitação. Porém, ainda é significativo o número de projetos que visam somente abordagem receptiva. Uma possível razão para isso pode ser o fato de profissionais não musicoterapeutas estarem aplicando a música como

⁴ <http://www.southampton.ac.uk/mfg/>.

⁵ <http://music.uiowa.edu/people/kate-gfeller>.

um recurso em sua especialidade. Além da falta de treinamento específico em musicoterapia talvez o profissional não musicoterapeuta careça de conhecimentos e habilidades musicais fazendo com que sua abrangência de intervenção musical e metodológica seja limitada. Outra possível razão para se ter foco em abordagem somente receptiva com a pessoa com IC é a crença de que devido à limitação auditiva do paciente o fazer musical seja comprometido. Outros profissionais talvez entendam o processo de reabilitação como sendo uma dinâmica onde o paciente está em uma condição prioritariamente receptiva. O profissional musicoterapeuta usualmente abrange todas as abordagens de intervenção (receptiva, re-criativa e de improvisação e composição).

Vários estudos propõem o que chamam de treinamento musical e visam habilitar ou reabilitar aspectos do desenvolvimento auditivo da pessoa com IC (LOOI e SHE, 2010; KOSANER et al., 2012; DASTGHEIB et al., 2013; BESOUW et al., 2014). Somente um estudo demonstrou uma maior preocupação com o envolvimento emocional durante relação com o canto (YENNARI, 2014).

Há indivíduos demandando habilitação-reabilitação de suas capacidades de se integrarem com música. Na escuta, de um lado, um sistema de saúde que ainda não integrou o profissional musicoterapeuta em suas equipes multidisciplinares. De outro, musicoterapeutas e instituições de ensino da musicoterapia que talvez ainda desconheçam esta importante demanda e esta significativa contribuição que a música e a musicoterapia podem promover visando a melhora na qualidade de vida destas pessoas. Segundo este estudo, a música é capaz de auxiliar a inclusão destes indivíduos bem como contribuir para que alcancem maior prazer e bem estar. Fica a esperança de que os profissionais e instituições da saúde atentem para o potencial da música e da musicoterapia e que os musicoterapeutas percebam e se preparem para acolher esta tão rica demanda humana por música e criatividade.

Referências

BESOUW, Rachel M.; NICHOLLS, David R.; OLIVER, Benjamin R.; HODKINSON, Sarah M.; GRASMEDER, Mary L. **Aural Rehabilitation through music workshops for cochlear implant users.** Journal of American Academy of Audiology, 25, 311-323, 2014.

BRUSCIA, Kenneth E. **Defining music therapy.** Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1998, 299p.

CHEN, Joshua K.; CHUANG, Ann Y. C.; Mc MAHON, Catherine; HSIEH, Jen-Chuen; TUNG, Tao-Hsin; LI, Lieber P. **Music training improves pitch perception in prelingually deafened children with cochlear implants.** Pediatrics. 125(4), 793-800, 2010.

DASTGHEIB, Samaneh S.; RIYASSY, Mina; ANVARI, Maryam; NIKNEZHAD, Hamid T.; HOSEINI, Masumeh; RAJATI, Mohsen; GHASEMI, Mohammad M. **Music training program: A method based on language development and principles of neuroscience to optimize speech and language skills in hearing-impaired children.** Iranian Journal of Otorhinolaryngology, 25(2), 91-97, 2013

GFELLER, Kate; LANSING, Charissa. **Musical perception of cochlear implant users as measured by the Primary Measures of Music Audiation: an item analysis.** Journal of Music Therapy, 29(1), 18-39, 1992.

GFELLER, Kate. **Accommodating children who use cochlear implants in music therapy or educational settings.** Music Therapy Perspectives, 18(2), 122-130, 2000.

GFELLER, Kate. **Aural rehabilitation of music listening for adult cochlear implant recipients: addressing learner characteristics.** Music Therapy Perspectives, 19(2), 88-95, 2001.

GFELLER, Kate; CHRIST, Aaron; KNUTSON, John; WITT, Shelley; MEHR, Maureen. **The effects of familiarity and complexity on appraisal of complex songs by cochlear implant recipients and normal hearing adults.** Journal of Music Therapy, 40(2), 78-112, 2003.

KOSANER, Julie; KILINC Aynur; DENIZ, Murat. **Developing a music programme for preschool children with cochlear implant.** Cochlear Implants International, 13(4), 237-247, 2012.

HODKINSON, S. **Music (re)habilitation for cochlear implantees: The role of the community music therapist.** Proceedings of Actes Congrès. Montreal, 2012.

HSIAO, F. **Mandarin melody recognition by pediatric cochlear implant recipients.** Journal of Music Therapy, 45(4), 390-404, 2008.

LASSALETTA, Luis; CASTRO, Alejandro; BASTARRICA, Marta; PÉREZ-MORA, Rosa; HERRÁN, Belén; SANZ, Lorena; JOSEFA de SARRIÁ, M.; GAVILÁN, Javier. **Musical perception and enjoyment in post-lingual patients with cochlear implant.** Acta Otorrinolaringológica Espanhola, 59(5), 228-234, 2008.

LOOI, Valerie; SHE, Jennifer. **Music perception of cochlear implant users: A questionnaire, and its implications for a music training program.** International Journal of Audiology, 49, 116-128, 2010.

MORITZ, Miriam. **Trilhando caminhos para uma nova escuta: a musicoterapia e o usuário de implante coclear.** Ponto de Vista, 6, 115-128, 2004.

PEREIRA, Gláucia Tomaz Marques; CHAVES, Larissa Aparecida Teixeira. **A música como agente facilitador no processo da reabilitação auditiva: transdisciplinaridade entre musicoterapia e fonoaudiologia.** Anais do XXIII Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Música. Natal, 2013.

QUIQUE, Yina. **Métodos unisensoriales para la rehabilitación de la persona con implante coclear y métodos musicoterapéuticos como nueva herramienta de intervención.** Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, 73, 94-108, 2013.

MUSICOTERAPIA

SCHRAER-JOINER, Lyn E.; CHEN-HAFTECK, Lily. **The responses of preschoolers with cochlear implants to musical activities: a multiple case study.** Early Child Development and Care, 179(6), 785-798, 2009.

SCHUBERT, Emery; MAROZEAU, Jeremy; STEVENS, Catherine J.; INNES-BROWN, Hamish. **Like pots and pans falling down the stairs: Experience of music composed for listeners with cochlear implants in a live concert setting.** Journal of New Music Research, 43(2), 237-249, 2014.

STORDAHL, Julie. **Song recognition and appraisal: a comparison of children who use cochlear implants and normally hearing children.** Journal of Music Therapy, 39(1), 2-19.

YENNARI, Maria. **Beginnings of song in young deaf children using cochlear implants: The song they move, the song they feel, the song they share.** Music Education Research, 12(3), 281-297, 2010.

Recebido em 29/03/2015
Aprovado em 07/06/2015

MÚSICA E MUSICOTERAPIA COM FAMÍLIAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

MUSIC AND MUSIC THERAPY WITH FAMILIES: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Fernanda Valentin¹ / Mayara Kelly Alves Ribeiro² / Maria Inês Gandolfo Conceição³ / Ana Paula Gonçalves dos Santos⁴

25

Resumo - Trata-se de revisão sistemática com o objetivo de investigar o uso de atividades musicais por profissionais de saúde e intervenções musicoterapêuticas com famílias. As bases de dados foram: BVS e SciELO, com os descritores "música e família" e "musicoterapia e família" e seus correlatos em inglês e espanhol. Foram incluídos artigos em português, espanhol e inglês, de 2010 a 2014. A pesquisa deu-se em quatro etapas: 1) busca de artigos nas referidas bases de dados; 2) seleção de artigos pelos títulos e resumos; 3) leitura integral dos artigos selecionados; 4) fichamento dos artigos selecionados. Encontrou-se 1.019 artigos a partir da busca dos descritores. Após as quatro etapas, restaram 16 artigos para análise. A revisão sistemática permitiu traçar um panorama sobre o estado da arte do uso da música e da musicoterapia com famílias. Os estudos analisados apontam resultados promissores, que validam o potencial da música enquanto recurso terapêutico com famílias.

Palavras-chave: música, musicoterapia, família

Abstract - This systematic review aimed to investigate the use of musical activities within health professionals and music therapy intervention with families. The databases were the Virtual Health Library and SciELO using the descriptors "music and family" and "music therapy and family" and the respective translations for Spanish and Portuguese. Articles in English, Spanish and Portuguese from 2010 to 2014 were included. The research follow four steps: 1) searching articles in the databases, 2) selecting articles by titles and abstracts; 3) reading the full selected articles, and 4) book reporting the selected articles. The search resulted in 1,019 items. After the four steps, 16 articles remained for analysis. The systematic review allowed an overview on the state of the art of using music and music therapy with families. The

¹ Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura - UnB. Mestre em Música e Graduada em Musicoterapia - UFG. Especialista em Terapia Sistêmico-Construtivista e Psicodramática de Casais e Famílias - IEP/PUC-GO. Professora do Curso de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas - UFG. <http://lattes.cnpq.br/6897208945742492>

² Mestre em Música e Graduada em Musicoterapia - UFG. Professora do Curso de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas - UFG. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Musicoterapia - NEPAM-CNPq. <http://lattes.cnpq.br/0346644208685288>

³ Pós-doutora em Psicossociologia - UFF. Doutora em Psicologia, professora-adjunta de Psicologia - UnB. Coordenadora do Laboratório de Grupos, Família e Comunidade. Psicodramatista. <http://lattes.cnpq.br/4221353466102924>

⁴ Graduada em Musicoterapia - UFG. <http://lattes.cnpq.br/0084386898837242>

analyzed studies showed a promising and validate potential of the music as a therapeutic resource with families.

Keywords: music, music therapy, family

Introdução

26

Um número crescente de profissionais tem se interessado em desenvolver ações que envolvam a família, no sentido de prevenir a exclusão dos membros e promover uma dinâmica familiar mais funcional (RIVERO, 2010). A realização de programas de intervenção junto a pais e famílias tem sido reconhecida como a estratégia mais efetiva para prevenir e reduzir problemas de comportamento, compreendendo que a família é o sistema que mais influencia diretamente o desenvolvimento da criança e do adolescente (REID et al., 2001). Masten e Coatsworth (1998) ressaltam, ainda, que quando pais alteram suas interações diretas com seus filhos e com outros que são agentes influentes de socialização, inicia-se um processo cumulativo de proteção, fomentando um desenvolvimento saudável e adaptativo.

Trabalhar com famílias é bem mais do que concentrar vários processos individuais ou responder às necessidades imediatas. Cabe ao profissional integrar a dinâmica de cada família e considerar aspectos específicos da estrutura familiar, dos padrões de interação entre seus membros e as funções que assumem, assim como o momento do ciclo de vida em que a família se encontra, para poder fortalecê-la e ajudá-la a enfrentar e resolver as dificuldades (CORNWELL; CORTLAND, 1997). A análise de todos os subsistemas pode também ser essencial para se encontrar os recursos que possam apoiar a família nas suas tarefas (Pimentel, 2005).

Segundo Nitschke (1999), falar em família é mergulhar em águas de diferentes significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura e, também de sua orientação religiosa e filosófica, entre outros aspectos. Wagner et al. (2011) salientam a necessidade de abandonar o termo

família no singular, usando "famílias" no plural, visto não ser possível que um único conceito dê conta de tamanha complexidade.

Para alguns autores, família configura-se como um grupo de indivíduos vinculados entre si por laços consanguíneos, consensuais, jurídicos ou afetivos, que constituem complexas redes de parentesco e de apoio atualizadas de forma episódica, por meio de intercâmbios, cooperação e solidariedade, com limites que variam de cultura, região e classe social (SALLES, 2002; SEGALÉN, 1999; TUIRÁN, 2002). Observa-se que ao longo do tempo esse conceito tem se modificado. Nas correntes modernas realçam-se mais os sentimentos, ou seja, destacam-se os afetos em detrimento dos aspectos biológicos (DIAS, 2011). A família passa a ser compreendida como um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por variados motivos, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico (PATRÍCIO, 1994).

Portanto, a questão da definição do que vem a ser família é fundamental para o profissional direcionar o foco do seu trabalho. Antes de qualquer intervenção é recomendável compreender o conceito de família para aquela pessoa e quais os membros que para ela compõem esse grupo (ANGELO, 2005).

Alguns programas de apoio à família possuem como objetivo capacitar e corresponsabilizar as pessoas pela promoção e aumento das habilidades individuais e familiares que apoiam e fortalecem o funcionamento familiar (DUNST; TRIVETTE, 1994). Porém, de acordo com os autores, nem todas as práticas de ajuda se guiam por um modelo de promoção de competências e, nesse caso, as consequências podem ser negativas, podendo, por exemplo, levar à diminuição do sentimento de controle, aumento da dependência a quem presta ajuda, redução da autoestima, aumento do sentimento de estar em dívida e incremento da passividade.

Diferentes recursos podem ser utilizados como mediadores no processo de intervenção com a família, a fim de facilitar a comunicação entre agentes de intervenção, a família e também entre os próprios membros. A utilização da

música tem sido recomendada por diferentes autores por sua capacidade de promover conforto, diminuir a dor, facilitar a comunicação, tornando o cuidado mais humanizado (BERGOLD et al., 2006; ZAMPRONHA, 2007).

A música configura-se como a mais social das manifestações humanas, pois ao se colocar como um ponto de partida comum às pessoas, proporciona a possibilidade de reunir elementos afetivamente semelhantes e com eles construir analogias, colaborando na reorganização afetiva e cognitiva das pessoas que participam de um mesmo fato sonoro (CUNHA, 2007). A música pode ser utilizada por diferentes profissionais da saúde e em contextos variados. Na terapia, a música não é o agente primário ou único na promoção de mudanças. Nesta perspectiva, o principal objetivo do terapeuta é atingir as necessidades do cliente através de qualquer meio que pareça mais relevante ou adequado. Como terapia, ela exerce uma influência direta sobre o indivíduo e sua saúde, configurando-se como agente primário de mudança (BRUSCIA, 2000). A intervenção musicoterapêutica consiste no uso da música como terapia e somente o profissional musicoterapeuta está capacitado a realizar (BARCELLOS, 1992).

A musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o musicoterapeuta ajuda o cliente a promover saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas. Na musicoterapia familiar, o musicoterapeuta intervém para promover as relações entre membros de uma família, com foco na saúde da família como uma unidade ecológica (Bruscia, 2000). A literatura sobre musicoterapia com famílias ainda é escassa, mas os trabalhos desenvolvidos nessa área apontam como essa terapêutica tem atingido resultados relevantes, por favorecer que os pais tenham novos insights sobre o relacionamento com seus filhos, melhorando a qualidade de vida da família. A música claramente ajuda a aprofundar as relações familiares, pois é oferecida a oportunidade de compartilhar experiências criativas com sons e silêncios, tornando as atitudes mais positivas entre os envolvidos (Oldfield, 2006).

A música em musicoterapia é compreendida para além do que é convencionalmente definido. Os padrões estéticos e artísticos são mais amplos e não há necessidade que os clientes tenham conhecimentos musicais prévios. O seu uso não tem “um fim em si mesmo”, mas trata-se de uma estrutura simbólica que possibilita atribuir sentidos e significados, propiciar transformações, favorecendo a expressão de conteúdos internos e o vínculo terapêutico (BARCELLOS, 1992; BRUSCIA, 2000).

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo investigar o que tem sido produzido em periódicos científicos sobre o uso de atividades musicais e intervenções musicoterapêuticas com famílias em contextos variados.

Método

O presente trabalho é uma revisão sistemática da literatura (RSL). Esse tipo de investigação caracteriza-se pela integração de informações encontradas em diferentes estudos sobre determinado tema que podem apresentar resultados divergentes e/ou coincidentes, bem como apontar temas que necessitam de maiores evidências (SAMPAIO; MANCINI, 2007). A RSL também busca reunir toda a evidência empírica que se encaixa critérios de inclusão, a fim de responder a uma pergunta de pesquisa específica. Usam-se métodos explícitos e sistemáticos que são selecionados com vistas a minimizar viés, proporcionando, assim, maior confiabilidade nos resultados (GREEN et al., 2011).

A coleta de dados foi feita por meio de busca nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). BVS é uma rede de fontes de informação *online* para a distribuição de conhecimento científico e técnico destinada a profissionais da saúde, acadêmicos, estudantes e pessoas interessadas na área, com foco no desenvolvimento das Ciências da Saúde na América Latina e Caribe. SciELO é uma biblioteca eletrônica brasileira que abrange uma coleção selecionada de

periódicos científicos de países da América Latina, Espanha, Portugal e África do Sul.

Foram utilizados os descritores “música e família” e “musicoterapia e família” e seus correlatos em inglês e espanhol. Os critérios de inclusão foram: artigos que apresentassem dados sobre a utilização de música por profissionais da saúde ou intervenções musicoterapêuticas com famílias; publicados nos idiomas: espanhol, inglês e português, no período de 2010 a 2014.

A pesquisa foi estruturada em quatro etapas:

1) Busca de artigos nas referidas bases de dados: realizou-se a busca a partir dos descritores fazendo a seleção do idioma e ano de publicação.

2) Seleção de artigos através da leitura dos títulos e resumos: realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos artigos selecionados na fase anterior. Nesta etapa criou-se três categorias: a) exclusão de artigos por não abordarem a temática proposta, b) exclusão por não haver disponível o resumo e c) artigos selecionados para a fase seguinte.

3) Busca e leitura na íntegra dos artigos selecionados na fase dois: nesta fase alguns artigos foram excluídos por não serem disponibilizados *online* integralmente. Os demais artigos foram lidos a fim de verificar os critérios de inclusão.

4) Fichamento dos artigos selecionados na fase três: elaborou-se um protocolo para orientar a análise dos dados, com as seguintes categorias: título do artigo, autor, ano de publicação, tipo de pesquisa, descrição da atividade musical ou intervenção musicoterapêutica, profissional que utilizou a música; objetivos do uso da música, familiares participantes e resultados encontrados.

Resultados e discussão

Na primeira etapa foram encontrados um total de 1.019 artigos e excluídos 785, devido aos critérios de seleção por idioma e ano de publicação.

Sendo assim, 234 artigos foram selecionados para a segunda etapa que consistia na leitura dos títulos e resumos.

Após essa leitura, 10 artigos foram excluídos por não terem seus resumos disponíveis e 114 por não apresentarem dados sobre a utilização de música por profissionais da saúde ou intervenções musicoterapêuticas com famílias. Na etapa seguinte, 110 artigos foram selecionados. Após a supressão dos artigos repetidos, obteve-se 35 artigos, dos quais 12 não estavam disponíveis. Portanto, 23 artigos foram lidos na íntegra. Nesta etapa final, ainda foram excluídos sete artigos por não apresentarem dados com foco na família, totalizando 16 artigos para análise (ver Tabela 1).

Tabela 1: Artigos selecionados para análise.

Título	Autor(es)	Ano de publicação	Periódico	País de origem dos autores
O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus	Seki, A. H.; Galheigo, S. M.	2010	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	Brasil
Music Therapy for end-of-life care	Bradt, J.; Dileo, C.	2010	The Cochrane Collaboration	Estados Unidos
A música na terminalidade humana: concepções dos familiares	Sales, C. A.; Silva, V. A.; Pilger, C.; Marcon, S.S.	2011	Revista da Escola de Enfermagem	Brasil
Avós/cuidadores e seus netos com deficiência: uma experiência em Musicoterapia	Mariano, F.L.R.; Fiamenghi G. A. Jr	2011	Aletheia	Brasil
Cuidando do Cuidador: Perspectivas de atuação psicológica em uma cadeia de apoio	Sampaio, A.S.	2011	Psicologia Argumento	Brasil
Effects of music intervention with nursing presence and recorded music on psycho-physiological indices of cancer patient caregivers	Lai, H; Li, Y.; Lee, L.	2011	Journal of Clinical Nursing	China
Home-based Music Strategies with Individuals who have Dementia and their Family Caregivers	Hanser, S.B.; Butterfield-Whitcomb, J.; Kawata, M.	2011	Journal of Music Therapy	Estados Unidos
Influência dos encontros musicais no processo terapêutico de sistemas familiares na quimioterapia	Bergold, L. B.; Alvim, N. A. T.	2011	Texto Contexto Enfermagem	Brasil
Music in mind, a randomized controlled trial of music therapy for young people with behavioural and emotion problems: study protocol	Porter, S.; Holmes, V.; McLaughlin, K.; Lynn, F.; Cardwell, C.; Braiden, H.J.; Doran, J.; Rogan, S.	2012	Journal of Advanced Nursing	Reino Unido
Music's relevance for pediatric cancer patients: a constructivist mosaic research approach	O'Callaghan, C.; Baron, A.; Barry, P.; Dun, B.	2011	Support Care Cancer	Austrália
Music Therapy in Pediatric Palliative Care: Family-Centered Care to Enhance Quality of Life	Lindenfelser, K. J.; Hense, C.; McFerran, K.	2011	American Journal of Hospice & Palliative Medicine	Estados Unidos e Austrália
Individualized music for dementia: Evolution and application of evidence-based protocol	Gerdner, L. A.	2012	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Brasil
Developing a music programme for preschool children with cochlear implants	Koşaner, J.; Killinc, A.; Deniz, M.	2012	Cochlear Implants International	Turquia
Music during after-death care: a focus group study.	Holm, M.S.; Fålun, N.; Gjengedal, E.; Norekvål, T.M.	2012	Nursing in Critical Care	Noruega
La utilización de la música en actividades educativas en grupo en la Salud de la Familia	Silva, L. B.; Soares, S. M.; Silva, M. J. P.; Santos, G. C.; Fernandes, M. T. O.	2013	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Brasil
Multidimensional Team-Based intervention using musical cues to reduce odds of facility-acquired pressure ulcers in long-term care: a paired randomized intervention study	Yap, T.L.; Kennerly, S.M.; Simmons, M. R.; Buncher, C.R.; Miller, E.; Kim, J.; Yap, W.Y.	2013	Musical Cues for Preventing Pressure Ulcers	Estados Unidos

Dos 16 artigos, dois foram publicados em 2010, nove em 2011, três em 2012 e dois em 2013. Nesse sentido, observa-se um aumento considerável de publicações no ano de 2011. Quatro estudos foram desenvolvidos por autores afiliados a instituições oriundas dos Estados Unidos, seis do Brasil, um estudo em cada um dos países: China, Noruega, Turquia, Inglaterra e Austrália e, ainda, um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos e na Austrália, conforme se observa na tabela acima.

Apesar de se conhecer afiliação dos autores dos artigos selecionados, os artigos não referem o contexto dos dados coletados. Essa é uma das limitações dos estudos, uma vez que considera-se que o contexto é de suma relevância na interpretação dos resultados das pesquisas.

No que se refere ao tipo de pesquisa, dois configuram-se como pesquisas bibliográficas e 14 pesquisas aplicadas, o que demonstra uma preocupação dos pesquisadores em investigar a aplicabilidade das teorias que subsidiam as intervenções com música e/ou musicoterapia com família.

Quanto ao uso da música com famílias, 10 trabalhos apresentam atividades musicais (SEKI; GALHEIGO, 2010; SILVA et al. 2013; BERGOLD; ALVIM, 2011; SALES et al. 2011; SAMPAIO, 2011; YAP et al. 2013; GERDNER, 2012; LAI, et al. 2012; KOSANER et al. 2012; HOLM et al, 2012) e seis, intervenções musicoterapêuticas (PORTER ET AL. 2012; O'CALLAGHAN et al. 2011; LINDENFELSER et al. 2011; MARIANO; FIAMENGI JR., 2011; HANSER et al. 2011; BRADT, 2010). Nos trabalhos que envolvem a utilização de atividades musicais, três deles não apresentou o profissional que atuou. Nos demais encontra-se uma diversidade de profissionais: médico, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, assistente social, músico, psicólogo, educador e enfermeiro, sendo que em seis artigos encontra-se a presença deste último profissional. Dos seis trabalhos que relatam intervenções musicoterapêuticas, três não deixam claro se a prática foi realizada por um profissional musicoterapeuta e, em um deles, todos os autores são da área de enfermagem.

Apesar da crença de que a música é sempre benéfica ao ser humano, ela pode ser iatrogênica e por isso não deve ser usada indiscriminadamente como uma farmacopeia musical por pessoas sem qualificações para o uso da música como terapia ou por profissionais musicoterapeutas que não refletem sobre sua prática clínica (SILVA-JÚNIOR; CRAVEIRO DE SÁ, 2007). Estudos relatam que crianças autistas podem ser levadas a um isolamento maior quando deixadas ouvindo música sozinhas (BENENZON, 1985; CRAVEIRO DE SÁ, 2003) ou ao utilizar aparelhagens eletroeletrônicas, como um teclado (BARCELLOS, 2004).

No artigo de Yap et al. (2013), apesar de os autores afirmarem que não têm conhecimento de qualquer dano causado pelas músicas, a equipe relata que após um paciente participante da pesquisa ouvir uma música com andamento rápido, veio a óbito. O artigo não fornece qualquer detalhe sobre esse desfecho trágico.

Foram identificadas como atividades musicais nos dez trabalhos: cantar e tocar ao vivo, escrever canções, improvisar músicas e ouvir músicas gravadas; sendo que há uma prevalência maior da última atividade. Acredita-se que a reação ao discurso musical raramente é de indiferença, já que podem ser suscitadas tanto respostas emocionais quanto fisiológicas (GALVÃO, 2006; LEVEK; ILARI, 2005). Destaca-se aqui a importância de que o profissional esteja capacitado para perceber e lidar com os sentimentos existentes, que normalmente emergem durante atividades que utilizam música. Entretanto, Silva et al. (2013) observaram que nem sempre o profissional atuante possui tal habilidade.

Nota-se ainda que nos estudos de Sampaio (2011), Holm et al. (2012), Sales et al. (2011) e Silva et al. (2011), não foram especificados os critérios de seleção das músicas utilizadas nas atividades. Em contraposição, Bergold e Alvim (2011) e Gerdner (2012) abordam a importância das músicas em contextos terapêuticos partirem da preferência dos participantes. Respeitar a escolha do cliente, relacionada à sua identidade musical, pode promover bem-

estar e conforto. Quando isso não ocorre pode funcionar com fator estressante ou desencadear momentos de tensão.

Um dos princípios da prática musicoterapêutica é a Identidade Sonora (ISo) que refere-se à existência de um som ou conjunto de sons, ou de fenômenos acústicos e de movimentos internos, que caracterizam ou individualizam cada ser humano (BENZON, 1985).

No que se refere aos familiares envolvidos no estudo, observou-se que 10 artigos não especificam quem são, quatro relatam a presença dos pais (mãe e/ou pai), um a presença de avós e cuidadores, e um relata o envolvimento de diferentes familiares (filha, sobrinha, irmão e neta). Observa-se que não considerar o vínculo do familiar participante, isto é, não compreender os subsistemas familiares e as atribuições dadas a esse membro, pode acarretar em desdobramentos significativos no processo terapêutico.

Ao analisar os objetivos dos artigos foram levantadas quatro categorias. A primeira categoria reúne os artigos que utilizam a música como recurso para facilitar a expressão de sentimentos e contribuir para o enfrentamento de enfermidade de um membro da família, na qual incluiu-se três artigos.

O adoecimento na família é compreendido pela perspectiva do ciclo vital como uma crise não-previsível que pode afetar todos os membros do sistema e gerar sentimentos de impotência, culpa, medo, ansiedade, dentre outros (GENEZI; CRUZ; 2006; CARTER; MCGOLDRICK, 1995). A música se apresenta como um forma humanizada de cuidado, para atenuar o sofrimento, preenchendo os momentos de silêncio difíceis de serem suportados quando se acompanha alguém que está doente, criando um ambiente mais confortável, retirando o foco da doença, como evidenciado nos trabalhos de Seki e Galheigo (2010) e Sales et al. (2011).

A segunda categoria trata do uso da música para facilitar a comunicação e a interação dos membros da família. Esta categoria incluiu sete artigos, dos quais quatro são intervenções musicoterapêuticas. Ressalta-se que a especificidade da atuação do musicoterapeuta se estabelece por este profissional está fundamentada em uma formação transdisciplinar, em que os

conhecimentos musicais adquiridos são direcionados para a saúde, isto é, o profissional musicoterapeuta desenvolve uma musicalidade clínica, capaz de

perceber os elementos musicais contidos na produção ou reprodução musical de um paciente (altura, intensidade, timbre, compasso e todos aqueles que formam o tecido musical) e a habilidade em responder, interagir, mobilizar ou ainda intervir musicalmente na produção do paciente, de forma adequada (BARCELLOS, 2004, p. 83)

A terceira categoria envolve o uso da música como meio para potencializar ações educativas em saúde e incluiu dois artigos. Conforme descrito no artigo de Silva et al. (2013), a música pode tornar o ambiente mais alegre e favorável ao aprendizado, dimensões fundamentais a qualquer atividade educativa, tornando os integrantes de um grupo mais participativos e apontando caminhos criativos.

Na quarta e última categoria foram agrupados artigos que abordavam objetivos que não se enquadraram nas categorias anteriores, em um total de três artigos. Em um dos artigos analisados não apresentou-se objetivo.

No que se refere aos resultados apresentados nos artigos selecionados, estes atenderam aos objetivos inicialmente apresentados. Todos os trabalhos abordaram o êxito nas práticas realizadas, com exceção da pesquisa de Porter et al. (2012), em que não foram publicados resultados, pois o estudo encontrava-se em andamento.

Considerações Finais

Por meio da metodologia de RSL foi possível obter um panorama do uso da música e da musicoterapia com famílias no âmbito das publicações em periódicos científicos das bases de dados nacionais e da América Latina e do Caribe. O contexto hospitalar, especialmente em situações de terminalidade foi preponderante, assim como o uso da música como recurso para a comunicação e interação. Alguns artigos apresentaram práticas pouco usuais, o que pode contribuir para uma reflexão sobre as aplicabilidades da música

com famílias. Enfermeiros e musicoterapeutas se destacaram como os profissionais que fazem uso da música com famílias. Nota-se, no entanto, que enfermeiros utilizam a música como elemento auxiliar, ao passo que os musicoterapeutas a utilizam como elemento primário na sua prática clínica.

Destaca-se a necessidade de observar mais detalhadamente quem são os familiares envolvidos nas intervenções, já estes não são meros acompanhantes, mas membros que afetam e são afetados diretamente, pelo sistema familiar.

Os estudos analisados apontam resultados promissores que validam o potencial da música enquanto recurso terapêutico com famílias. Assim, esperamos que este trabalho possa incentivar novas pesquisas sobre o assunto e auxiliar na prática clínica do musicoterapeuta e de outros profissionais da saúde, visando a ampliar os conhecimentos sobre a utilização da música como e na terapia, norteadora de estratégias terapêuticas.

Referências

ANGELO, M. O contexto familiar. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. (Orgs.), **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico** (p. 27-31). São Paulo: Atheneu, 2005.

BARCELLOS, L. R. M. **Cadernos de Musicoterapia 1**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992. 46 p.

_____. **Musicoterapia: Alguns escritos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004. 132 p.

BENENZON, R. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985. 183 p.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T. Influência dos encontros musicais no processo terapêutico de sistemas familiares na quimioterapia. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p.108-116, 2011.

BRADT, J; DILEO, C. Music Therapy for end-of-life care. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 20, n. 1, p. 1-34, 2010.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000. 300 p.

CARTER, B; MCGLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. 512 p.

CORNWELL, J. R; CORTELAND, C. The family as a system and a context for early intervention. In: THURMAN, S. K; CORNWELL J. R; GOTTWALD, S. R. **Contexts of early intervention: Systems and settings**. Baltimore: Paul H. Brooks, 1996. p.93-109.

CRAVEIRO DE SÁ, L. **A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia**. Goiânia: Ed UFG, 2003. 179 p.

CUNHA, R. A vivência social da música. Simpósio de Música da Faculdade de Artes do Paraná, 3, 2007, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba, 2007. Disponível em: www.fap.pr.gov.br/.../IIISimpdemusica/.../A_vivencia_social_da_musica_Rosemyriam_Cunha.pdf Acesso em: 15 fev 2015.

DIAS, M. O. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: o processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**, Viseu, v. 19, p. 139-156, 2011.

DUNST, C. J.; TRIVETTE, C. M. Aims and Principles of family Support Programs. In: C. J. DUNST, C. M. TRIVETTE, A. G. DEAL, (Eds) **Supporting and strengthening Families** – Methods, Strategies and Practices, p.30-48. Cambridge: Brookline Books, 1994.

GALVÃO, A. Cognição, emoção e expertise musical. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 169-174, 2006.

GERDNER, L. A. Individualized music for dementia: Evolution and application of evidence-based protocol. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 632-640, 2013.

GREEN, S. et al. Cocharene Reviews. In J. P. T. HIGGINS, S. GREEN (Eds.), **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1**. 2011. Retrieved from www.cochrane-handbook.org

HANSER, S. B.; BUTTERFIELD-WHITCOMB, J.; KAWATA, M. Home-based music strategies with individuals who have dementia and their family caregivers. **Journal of music therapy**, v. 48, n. 1, p. 2-27, 2011.

HOLM, M. S.; FÅLUN, N.; GJENGEDAL, E.; NOREKVÅL, T.M. Music during after-death care: a focus group study. **Nursing in critical care**, v. 17, n. 6, p. 302-308, 2012.

KOSANER, J; KILINC, A; DENIZ, M. Developing a music programme for preschool children with cochlear implants. **Cochlear implants international**, v. 13, n. 4, p. 237-247, 2012.

LAI, H; LI, Y; LEE, L. Effects of music intervention with nursing presence and recorded music on psycho-physiological indices of cancer patient caregivers. **Journal of clinical nursing**, v. 21, n. 5-6, p. 745-756, 2012.

LEVEK, K; ILARI, B. Emoção em Música: A influência de andamento e tonalidade na resposta emocional à música por crianças e adolescentes. In: **Anais do Primeiro Simpósio de Cognição e Artes Musicais**, 1. ed., 2005. Anais. Curitiba: DEARTS – UFPR. p. 460-465.

LINDENFELSER, K. J.; HENSE, C; MCFERRAN, K. Music therapy in pediatric palliative care: family-centered care to enhance quality of life. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 29, n. 3, p. 219-226, 2011.

MARIANO, F. L. R; FIAMENGHI JR. G. A. Avós/cuidadoras e seus netos com deficiência: uma experiência em musicoterapia. **Aletheia**, n. 34, p. 138-150, 2011.

MASTEN, A. S.; COATSWORTH, J. D. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. **American psychologist**, v. 53, n. 2, p. 205, 1998.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável**: a descoberta dos

laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária – UFPEL, 1999.

O'CALLAGHAN, C. BARON, A.; BARRY, P.; DUN, B. Music's relevance for pediatric cancer patients: a constructivist mosaic research approach. **Support Care Cancer**, v.19, p. 779-788, 2011.

OLDFIELD, A. **Interactive Music Therapy in Child and Family Psychiatry: Clinical Practice, Research and Teaching**. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2006.

PATRÍCIO, Z. M. Cenas e Cenários de uma família: A concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. *In*: BUB, L. I. R. *et al.* (Org.) **Marcos para a prática de Enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.

PIMENTEL, J. **Intervenção focada na família: desejo ou realidade**. Livros SNR n. 23. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2005.

PORTER, S. HOLMES, V.; MCLAUGHLIN, K.; LYNN, F.; CARDWELL, C.; BRAIDEN, H.J.; DORAN, J.; ROGAN, S. Music in mind, a randomized controlled trial of music therapy for young people with behavioural and emotional problems: study protocol. **Journal of advanced nursing**, v. 68, n. 10, p. 2349-2358, 2012.

REID, M. J; WEBSTER-STRATTON, C; BEAUCHAINE, T. P. Parent training in Head Start: A comparison of program response among African American, Asian American, Caucasian, and Hispanic mothers. **Prevention Science**, v. 2, n. 4, p. 209-227, 2001.

RIVERO, C. Um olhar apreciativo na intervenção com famílias: algumas experiências de terreno. **Dossier Família Focus Social**, v.10, p. 35-36, 2010.

SALES, C. A. SILVA, V. A.; PILGER, C.; MARCON, S. S. A música na terminalidade humana: concepções dos familiares. **Revista da Escola de Enfermagem**, Maringá v. 45, n. 1, p.138-145, 2011.

SALLES, V. Familias en transformación y códigos por transformar. In: GOMES, C. (Comp.). **Procesos sociales, población y familia**: alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre la vida doméstica. México: Miguel Ángel Porrúa, 2002. p.103-125.

SAMPAIO, A. S. Cuidando do cuidador: Perspectiva de atuação psicológica em uma casa de apoio. **Psicologia argumento**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 491-498, 2011.

SAMPAIO, R F; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

SEKI, N. H; GALHEIGO, S. M. O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 14, n. 33, p. 273-284, 2010.

SILVA, L. B. SOARES, S. M.; SILVA, M. J. P.; SANTOS, G. C.; FERNANDES, M. T. O. La utilización de la música en actividades educativas en grupo en la Salud de la Familia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 138-145, 2013.

SILVA JUNIOR, J. D; CRAVEIRO DE SÁ, L. Musicoterapia e Bioética: um estudo da música como elemento iatrogênico. In: **Anais do Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Música**, agosto, 2007. São Paulo: UNESP.

TUIRÁN, R. Estructura familiar y trayectorias de vida en México. In: GOMES, C. (Comp.). **Procesos sociales, población y familia**: alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre la vida doméstica. México: Miguel Ángel Porrúa, 2002. p.25-65.

WAGNER A. et al. **Desafios psicossociais da família contemporânea**: pesquisas e reflexões. Porto Alegre : Artmed, 2011.

YAP, T. L. KENNERLY, S.M.; SIMMONS, M. R.; BUNCHER, C.R.; MILLER, E.; KIM, J.; YAP, W.Y. Multidimensional Team-Based intervention using musical

cues to reduce odds of facility-acquired pressure ulcers in long-term care: a paired randomized intervention study. **Musical Cues for Preventing Pressure Ulcers**, v. 61, n. 9, p. 1552–1559, 2013.

ZAMPRONHA, M. L. S. **Da música: seus usos e recursos**. Rio de Janeiro: UNESP, 2007. 165 p.

Recebido em 22/04/2015
Aprovado em 07/06/2015

42



MUSICOTERAPIA

A COMPOSIÇÃO DE CANÇÕES COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA EM MUSICOTERAPIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA EM LÍNGUA INGLESA

THE SONGWRITING AS THERAPEUTIC STRATEGY IN MUSIC THERAPY: A INTEGRATIVE REVIEW OF ENGLISH LANGUAGE LITERATURE

Maria Anastácia Manzano¹ / Gustavo Schulz Gattino²

43

Resumo - As investigações sobre o uso da composição de canções em musicoterapia vem crescendo nos últimos anos. Objetivando esclarecer no que consiste a técnica, em quais áreas é utilizada e quais os principais resultados encontrados até agora foi realizada uma revisão integrativa sobre a composição de canções de pacientes em tratamento musicoterápico na literatura em língua inglesa. Para tanto foram consultados 5 portais de busca *online* e selecionados 18 artigos completos de 9 periódicos científicos com autoria de 14 pesquisadores. Os artigos selecionados apresentavam o termo *songwriting* como o tema do trabalho e relacionavam essa técnica com a produção de pacientes/clientes de musicoterapia. Dentre os principais resultados destacou-se o favorecimento da manifestação de sentimentos e emoções, a satisfação em construir algo próprio, a conquista de recontar com liberdade suas experiências. O processo terapêutico de composição de canções apresentou-se como um recurso muito útil dentro das técnicas de musicoterapia.

Palavras-Chave processo terapêutico de composição de canções, musicoterapia, revisão sistemática.

Abstract - Investigations about the use of songwriting in music therapy are increasing in recent years. In order to clarify what is the technique, in which areas is used and what are the main findings so far was performed a integrative review on songwriting by patients in music therapy treatment in English language. For both were consulted 5 online search portals and selected 18 full articles from 9 scientific journals with authorship of 14 researchers. Selected articles presented the term *songwriting* as the topic of work and related this technique with the production of music therapy patients. Among the main results highlighted the favoritism of the manifestation of feelings and emotions, satisfaction in building something own, the conquest of recount their experiences with freedom. The therapeutic process of songwriting introduced himself as a very useful feature within music therapy techniques.

Keywords: therapeutic songwriting process, music therapy, integrative review.

¹ Especialista em Musicoterapia pela Faculdade Hélio Rocha, Salvador, BA. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9874076348234605>. Contato: mt.anastacia@gmail.com

² Docente do curso de Licenciatura em Música da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4761296298954336>. Contato: gustavo.gattino@udesc.br

Introdução

Uma maneira de expressar sentimentos, comunicar mensagens e contar histórias importantes é por meio de canções. Essa prática nos dá a oportunidade de celebrarmos as vidas, nossas perdas e preservar a nossa história (Wigram; Baker, 2005 apud HEATH; LINGS, 2012). A utilização da composição de canções como estratégia terapêutica não é nova, porém só recentemente, em 2005, com a publicação do livro *Songwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*, dos musicoterapeutas Tony Wigran e Felicity Baker, esse procedimento começou a ser reconhecido como uma técnica terapêutica (HEATH; LINGS, 2012).

As questões formuladas para este trabalho (as quais representam os objetivos deste artigo) são as seguintes: como a composição de canções é usada como *abordagem* terapêutica? E da mesma forma, quais são os temas, áreas de atuação e resultados encontrados nesses trabalhos sobre composição de canções em musicoterapia?

Metodologia

De acordo com a proposta de revisão integrativa (SOUZA et al., 2010), foram seguidos as seguintes etapas na elaboração desta revisão: inclusão da identificação do plano de pesquisa e organização da questão a ser trabalhada (descritos na introdução); coleta de dados, identificação, reunião e organização da literatura referente à questão proposta e análise preliminar dos artigos; extração e a organização das informações a partir dos textos selecionados; síntese das ideias encontradas e análise a partir das questões centrais elaborada; e por fim, avaliação da força das evidências, apresentação do resultado da questão de pesquisa e recomendações baseadas nos resultados. A revisão integrativa é metodologia que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na

prática. A diferença da revisão integrativa em relação à revisão sistemática é a flexibilidade nos critérios de seleção e na inclusão de artigos (SOUZA et al., 2010). A revisão integrativa permite a inclusão de trabalhos teóricos e práticos na mesma revisão, onde mais importante é tratar o tema de forma abrangente. Além disso, a seleção de trabalhos na revisão integrativa não está diretamente relacionada ao rigor metodológico seguido pelos estudos para realizar um determinado delineamento (desenho de pesquisa). Este tipo de revisão tornou-se mais apropriada para o presente artigo em função da proposta generalista deste manuscrito (em função do número reduzido de revisões sobre o tema), bem como pela complexidade e heterogeneidade das publicações existentes sobre o tema.

Dentro da revisão integrativa foram pesquisados periódicos e bases de dados a partir da descrição abaixo:

- 1) Portal de Periódicos da Capes: descritores *songwriting* no campo assunto e *music therapy* em outro campo assunto.
- 2) Periódico *Voices*: *songwriting* no campo de busca *abstract*.
- 3) Portal de periódicos científicos *Taylor and Francis* online: *songwriting* nos campos *resume* e em *keywords*, concomitantemente.
- 4) *Journal of Music Therapy*: *songwriting* no campo *search*
- 5) *Music Therapy Perspectives*: *songwriting* no campo *search*

Quanto ao critério de inclusão foram selecionados artigos em língua inglesa em que o termo "songwriting" apresentava-se como o tema do trabalho e que relacionassem essa técnica com a produção de pacientes/clientes de musicoterapia. Os trabalhos selecionados contemplaram o termo *songwriting* no campo do resumo e palavras chave, quando estas existiam, a partir do ano 2005. Foram excluídos os artigos que não acatassem essa regra, bem como aqueles em que o texto não estava disponível na íntegra. Também não entraram nessa revisão, aqueles em que *songwriting* fazia referência a produções de terapeutas ou de estudantes, assim como aqueles trabalhos em que o termo aparecia citado apenas como um exemplo, dentro de outras

técnicas terapêuticas. O limite temporal inferior foi o ano de 2005, quando foi publicado o livro *Songwriting* mencionado na introdução.

A busca foi realizada entre os dias 21 a 24 de junho de 2014.

Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados dentro de suas categorias. A primeira refere-se aos dados bibliométricos e a segunda ao conteúdo.

46

Resultados Bibliométricos

a) Quanto à busca

A busca pelos sites apresentados resultou na seguinte distribuição de trabalhos: 1) Journal of Music Therapy: 6 artigos de 55 sugeridos; 2) Portal de periódicos científicos *Taylor and Francis* online: 5 artigos de 10 sugeridos; 3) Periódicos Capes: 5 artigos de 15 sugeridos; 4) Periódico *Voices*: um único artigo apresentado; 5) *Music Therapy Perspectives*: 1 artigo em 94 sugeridos.

A grande diferença entre os artigos escolhidos e sugeridos ocorreu devido ao maior direcionamento das buscas.

No total foram selecionados 18 artigos.

b) Quanto aos autores

Participaram da autoria dos trabalhos selecionados 14 autores, sendo que a autora que tem mais participações é Felicity Baker, da Universidade de Melbourne, Austrália, com 8 trabalhos (57% dos artigos).

Há 10 trabalhos com apenas um autor, 7 trabalhos com dois autores e 1 trabalho com três.

c) Quanto aos periódicos

Foram selecionados artigos de 9 periódicos científicos a seguir (os números entre parêntesis representam a quantidade de artigos em cada periódico): *Journal of Music Therapy* (6); *The Arts in Psychotherapy* (3); *Nordic Journal of Music Therapy* (2); *Musicae Scientiae* (2); *Music Therapy Perspectives* (1); *Voices: A World Fórum for Music Therapy* (1); *Arts& Health: an International Journal for Research, Policy and Practice* (1); *Journal of Creative in*

Mental Health (1); Mortality: Promoting the disciplinary study of death and dying (1).

d) *Quanto ao ano de publicação*

Foi estabelecido como limite inferior o ano de 2005. Do total de artigos selecionados, 77,8% (14 trabalhos) foram realizados após 2011 (inclusive).

Resultados qualitativos

a) *Caracterização da composição de canções como abordagem terapêutica.*

Segundo Baker (apud BAKER e MacDONALD, 2013) a composição terapêutica é uma intervenção em musicoterapia através da qual os clientes criam canções significativas para si a fim de superar os desafios impostos por suas condições de saúde e bem estar.

Baker e Wigran (2005 apud HEATH; LINGS, 2012, p. 107) definem a composição de canções como “o processo de criação, notação e/ou gravação da letra e da música com uma relação terapêutica endereçada às necessidades psicossociais, emocionais, cognitivas e de comunicação dos clientes”.

Baker e Wigram (2005 apud ROBERTS, 2006) ainda sugerem que a composição de canções é usada para ajudar as pessoas a refletir sobre o passado, o presente e o futuro, para fazer contato com processos do inconsciente, para enfrentar dificuldades no âmbito de relações interpessoais, projetando seus sentimentos na música.

Baseada em trabalhos de vários musicoterapeutas, Roberts e McFerran (2013) desenvolveram um procedimento de 7 passos para a composição de canções: 1) introduzir a ideia de composição de canções, 2) tempestade de ideias para a(s) canção(ões), 3) determinação da estrutura da canção, 4) composição da letra, 5) composição do acompanhamento, 6) finalização da música e gravação da(s) canção(ões), 7) produção do CD e do material impresso com as letras das canções.

Apesar dos sete passos recomendados, o processo de criação de canções pode se desenvolver de diferentes maneiras, tais como: compor primeiro a letra e depois a música, inverter essa ordem, produzir simultaneamente a letra e a música. Também são consideradas as canções originais, tanto letra quanto música são criações próprias dos participantes das sessões; composição de novas letras para substituir já existentes, incluindo a produção de paródias; colagem de canções, onde as letras da canção são escolhidas a partir de canção já existente e de trecho de livros, poemas, palavras e frases, utilizados como base para compor uma nova canção (ROBERTS; McFERRAN, 2013).

Ansdell (1995 apud SILVERMAN, 2013) caracteriza, dentro da prática da composição de canções, a canção em si como o produto da terapia enquanto que todo o processo de construção, discussão, diálogo sobre a canção, o processo terapêutico.

A composição de canções estimula pensamentos e sentimentos numa maior amplitude que apenas cantar músicas já conhecidas. O'Callaghan (1997 apud HONG; CHOI, 2011) apresenta 10 aspectos relacionados com a terapia de composição de canções: 1) expressão criativa da linguagem e da música; 2) em geral é menos ameaçador que outras terapias; 3) fornece várias oportunidades de buscar a felicidade; 4) a compreensão da letra é reforçada por acompanhar melodias; 5) a escolha do processo criativo que contemple a linguagem e a expressão musical; 6) oportunidades para aconselhamento; 7) a melodia pode dar conforto imediato; 8) o processo produção linguístico / musical e de expressar suas emoções; 9) o processo de expressar sentimentos e pensamentos produzindo suas próprias letras para canções conhecidas e 10) ajuda o participante a sentir-se orgulhoso da canção por ele criada.

b) Temas, áreas de atuação e resultados

Quanto aos temas das composições, Baker e Mac Donald (2013) experimentaram três tipos de composição de canções: a composição de canção original, a composição de uma letra e a composição de uma paródia. Trabalhando com um grupo de estudantes, com idade média de 25 anos, e de

aposentados, com idade média de 75 anos, a criação da canção original foi mais significativa que as outras duas para relatar satisfação, senso de realização e senso do *self*³. Os autores sugerem que a composição de canções originais capacita as pessoas a colocar mais de si mesmas na canção, tanto na letra quanto na melodia, fazendo emergir um maior senso do *self* com essa experiência. O trabalho mostrou ainda que, a experiência de composição de canções e letras foi estatisticamente mais significativa para os estudantes do que para os aposentados sugerindo que o estágio da vida dos primeiros seja mais criativo. Os autores mediram as experiências de fluxo dos participantes. Para mensurar o fluxo Baker e Mac Donald (2013) utilizaram protocolos padrões e os resultados levaram a conclusão de que as experiências de fluxo estão diretamente conectadas com o grau de significado da experiência da pessoa.

Baker e Mac Donald (2014) sugeriram três diferentes temas para a composição: uma experiência positiva, uma experiência negativa e uma experiência neutra. Os participantes foram entrevistados logo após a criação e após seis semanas, sobre suas experiências. Os autores organizaram os resultados em cinco principais temas: preocupações artísticas, expectativas iniciais, escutar respostas para criar sua canção, explorando o *self* e a relação com o terapeuta. Os autores concluíram que a experiência de composição de canções é um meio agradável para explorar o *self*, melhorar o humor e ter satisfação com a produção criativa.

Estudos com uma comunidade de idosos aposentados também foram realizados por Baker e Ballantyne (2013) e mostraram que a composição de canções proporcionou uma sensação de realização, significação e engajamento nas criações, vivenciando uma maior conexão entre os membros da comunidade.

Num programa de atividades orientadas para a composição de canções Hong e Choi (2011) objetivaram avaliar as funções cognitivas de idosos com

³ Segundo o Dicionário eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa, *self* significa “indivíduo, tal como se revela e se conhece, representado em sua própria consciência”.

demência, internos de uma instituição. Teste específico para medir a condição cognitiva (Mini Mental State Examination MMSE) foi aplicado duas semanas antes e uma semana após o programa com 16 semanas de duração, em grupo experimental e controle. O programa consistiu em três etapas: 1) a preparação para a atividade de composição; 2) a composição de canções em si e 3) o reforço das canções compostas. Os resultados mostraram que o grupo experimental obteve uma melhora geral de 26% em relação ao início do tratamento, nos parâmetros de orientação espaço/temporal, memória, atenção e cálculo, função da linguagem e compreensão e julgamento. Já o grupo controle decaiu em 6% na avaliação do MMSE. Os autores destacam que o programa de musicoterapia proposto realmente ajuda nas questões de memória, orientação e linguagem.

Um outro lado da demência, a condição dos cuidadores de pessoas com a doença de Alzheimer e outras demências, foi apresentado num estudo realizado por Klein e Silverman (2012). Mesmo chamando a atenção para a condição de pesquisa piloto, com apenas 7 participantes em cada grupo e apresentação apenas de dados descritivos, os autores encontraram resultados que valem a pena ser discutidos. O objetivo do trabalho foi avaliar duas situações de ensino de habilidades de enfrentamento para esses cuidadores. A primeira tratava-se de uma ação psicopedagógica onde um grupo de discussão, orientado por perguntas pré-estabelecidas (tais como: Você já vivenciou uma situação de estresse? Como você lidou com isso? O que autocuidado quer dizer para você? dentre outras), material educativo e apresentações visuais no intuito de orientar sobre habilidades de enfrentamento. Na situação de musicoterapia os participantes fizeram audição da canção "With love from me to you" (Com amor de mim para você), de Lennon e McCartney, que serviu de base para a composição da canção "With love from me to me" (Com amor de mim para mim). Nas duas situações os participantes foram convidados a responder a pergunta Você acha que essa sessão te ajudou? Onde também era solicitado um *feedback* dos trabalhos. Tanto a análise de temas e a análise de contagem de palavras das repostas

mostraram uma concordância entre as duas situações, porém só no grupo de Musicoterapia ocorreram manifestações de diversão e agradecimento à pessoa que conduzia as atividades. Houve comentários também sobre a organização dos trabalhos em musicoterapia, a que os autores atribuíram à novidade da intervenção.

A composição de canções mostrou-se como a intervenção mais satisfatória para crianças e adolescentes em luto (ROBERTS, 2006). Este processo pode provocar reações poderosas e profundas nestes clientes. A autora trabalhou em seu mestrado com essa população partindo do pressuposto de que proporcionar oportunidades para que as crianças em luto possam expressar seus pensamentos e sentimentos e resolverem seus problemas, é uma forma útil para superar a perda (Neimeyer, 1999, apud ROBERTS; Mc FERRAN, 2013). O trabalho pautou-se então na análise de conteúdo das letras escritas pelas crianças (7 a 12 anos) em sessões individuais de musicoterapia, para determinar se elas iriam utilizar a oportunidade de abordar a sua perda, por meio de um modo criativo e expressivo da composição musical. Uma análise indutiva levou à formação de 13 categorias que revelaram que essas crianças escreveram canções usando uma linguagem egocêntrica e com conceitos concretos. Uma análise posterior indicou que essas canções continham mensagens sobre: as próprias crianças (categorias questões, desejos e vontades); as experiências de vida das crianças (categorias ações, sentimentos, lugares, eventos, morte, tempo, sentidos) e as relações das crianças (categorias pessoas, animais e coisas). As crianças frequentemente escreveram sobre as emoções desencadeadas pelo luto, tais como, tristeza, raiva, culpa, injustiça e abandono. Mas sentimentos de alegria também apareceram quando expressavam que o ente querido poderia estar no paraíso e feliz. A importância da família e dos amigos, como fonte de segurança e conforto também ficou evidenciada (ROBERTS; McFERRAN, 2013).

Ainda com relação ao tema luto e terapias de fim de vida, Heath e Lings (2012) relatam algumas experiências marcantes onde a técnica da composição

de canções promoveu relações terapêuticas profundas e reveladoras tanto para os pacientes quanto para os terapeutas. O primeiro caso trata de um homem nos seus cinquenta anos com um câncer raro e terminal que conseguiu expressar seus sentimentos, como se despedir da família, através das canções que compôs. O segundo caso apresentado é de uma jovem, internada, com personalidade *borderline* com histórico de várias tentativas de suicídio. Neste caso a prática de composição de canções inspirou a jovem a aprender a tocar violão, além de dar suporte à sua recuperação para retorno ao lar. Os autores ainda apresentam casos onde a composição de canções foi utilizada no início do acompanhamento médico, sensibilizando e motivando uma paciente em estado terminal, que se encantou com sua produção. A técnica também foi uma forma de clarear sentimentos contraditórios e a confusão causada pelo regime de tratamentos invasivos, mudanças na imagem corporal e restrições impostas pela fadiga e diminuição da mobilidade em uma paciente também em situação terminal. Há uma situação em que a canção criada por uma paciente terminal serviu como um resgate de sua vida saudável, o que a deixou mais tranquila, e também como um conforto para o luto da família. A canção deixada para a família também foi o caso de um pai com tumor cerebral que compôs uma canção de ninar para sua filha de 10 meses.

A diferença de gênero na composição de canções foi estudada por Baker, Kennelly e Tamplin (2005), em homens e mulheres com lesões cerebrais traumáticas. Os resultados mostraram diferenças interessantes entre os dois grupos. O tema que mais apareceu nas letras das canções das mulheres referia-se a comunicar mensagens enquanto que entre os homens prevaleceram letras de autorreflexão. Segundo as autoras os resultados sugerem que os homens são mais focados em si mesmos que as mulheres enquanto que estas mostraram em suas letras um maior equilíbrio entre si mesmas e os outros. Ambos expressaram sentimentos de solidão e isolamento, felicidade, falta de liberdade, frustrações e raiva. Reflexões sobre o que os fazem felizes foram mais frequentes nas letras masculinas. Mais uma vez as autoras sugerem que expressar emoções foi prioridades nas canções.

Trabalhando com um grupo de pacientes psiquiátricos num programa de reabilitação, Thomson (2009) explorou as metáforas dentro da musicoterapia. Após um primeiro momento de tempestade de ideias (*brainstorming*), a autora explorava o significado das palavras e expressões sugeridas pelos pacientes. A construção da canção evoluiu por meio da identificação e mapeamento dos temas e do agrupamento das ideias. As frases recebiam contribuições de diferentes pacientes. O grupo foi incentivado pela terapeuta a escolher e definir o estilo da composição. Uma vez definida a canção o grupo cantou repetidas vezes para acertos finais e para que a canção se tornasse familiar. Uma metáfora muito significativa que apareceu numa das canções referia-se ao Sol representando as pessoas e as oportunidades que alguns pacientes tiveram para participar do programa de recuperação. A escolha da tonalidade de dó maior fez o som da melodia fluir naturalmente, satisfazendo-os e enfatizando o que queriam dizer. A autora conclui seu trabalho afirmando que através da representação e projetando as experiências simbolicamente com palavras e música, as construções pessoais resistentes puderam ser acessadas. Assim, o uso de metáforas na terapia de composição de canções em grupo permite a cada participante a reconstrução, com liberdade, das suas narrativas.

A composição de canções é uma intervenção comumente usada na musicoterapia psiquiátrica, principalmente na área de dependência química (SILVERMAN, 2007, 2009 apud SILVERMAN 2012). Silverman apresenta vários trabalhos sobre o efeito da composição de canções em grupos de pacientes, em estudos randomizados. Dentre os temas trabalhados estão as estratégias de enfrentamento, a relação entre paciente e terapeuta, a depressão, o bem estar, e as percepções sobre o tratamento (SILVERMAN 2011, 2012, 2013). São temas que, segundo o autor, quando trabalhados, auxiliam o sucesso do tratamento.

Silverman (2011) quis determinar o efeito da composição de canções no conhecimento de estratégias de enfrentamento e na “aliança de trabalho”, ou seja, na relação entre paciente e terapeuta. Trabalhando com dois grupos, um que recebeu sessões de musicoterapia com a técnica da composição de

canções e o grupo controle que recebeu apenas uma abordagem psicopedagógica, os resultados mostraram que a musicoterapia pode ser tão eficaz quanto a psicopedagogia para reforçar as estratégias de enfrentamento. Assim para o autor, parece que a Musicoterapia pode ser um meio eficaz de reforçar o material psicopedagógico. Por exemplo, as mesmas informações poderiam ser apresentadas com uma variedade de formatos durante uma pesquisa ou prática clínica. A composição de canções permitiu a criatividade e inovação e pode ser especialmente útil para ensinar ou reiterar a informação a ser aprendida pelos pacientes psiquiátricos (SILVERMAN, 2011).

Silverman (2013) apresenta então uma nova modalidade de musicoterapia denominada psicopedagógica que se refere à ação de compartilhar informações e atitudes que esclareçam melhor a doença aos internos de uma instituição psiquiátrica; são conhecimentos e habilidades que tais pacientes podem utilizar após receber alta. Trabalhando uma única sessão de musicoterapia em três grupos (A: utilizou a composição de canções dentro da abordagem de Musicoterapia Psicopedagógica; B: utilizou apenas a abordagem musicoterapêutica, sem trabalhar a composição e C: aplicou um jogo de bingo musical) para investigar qual tratamento seria mais eficaz contra a depressão, para melhoria do bem estar e para percepções do tratamento. O tema sugerido nos grupos A e B foi “a vida após a alta” e o musicoterapeuta responsável trabalhava questões como: Quais os medicamentos que eu estou tomando? Como devo tomar os medicamentos? Quem pode me ajudar quando eu estiver vivendo na comunidade? O pesquisador utilizou escalas de medida de depressão e bem estar para quantificar a evolução dos pacientes. Os resultados mostraram que os escores de depressão tenderam a ser menores na condição de composições e mais altos na condição de Psicopedagogia apenas. No que diz respeito às percepções de tratamento, os participantes na condição de composições tenderam a ter pouco mais disponibilidade e felicidade, enquanto os participantes na condição de Psicopedagogia apresentaram avaliações ligeiramente inferiores de prazer e conforto. Embora as diferenças entre grupos não chegassem a serem estatisticamente

relevantes para a qualidade de vida, depressão ou percepções de tratamento, os resultados descritivos tenderam a ser positivos e apoiaram o uso da musicoterapia, principalmente a composição de canções, para aumentar os aspectos de bem-estar nesses pacientes.

No trabalho com pacientes dependentes químicos, Silverman (2012) verificou que a musicoterapia com a intervenção de composição de canções foi estatisticamente significativa para a motivação e a disposição para o tratamento de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação dentro de um hospital. Analisando o conteúdo das letras criadas o autor agrupou os temas em 6 categorias: ação, emoções e sentimentos, mudanças, reflexões, admissão e responsabilidade. O levantamento desses temas na proposta de composição de canções pode ser um método eficiente para trazer à luz e abordar temas centrais para prevenção de recaída e potencialmente aumentar a motivação dentro do contexto criativo da composição com base clínica.

Partindo da ideia de que a composição de canções permite a manifestação de emoções e que provém uma resposta (*feedback*) rápida ao terapeuta, Jones (2005) também trabalhou com dependentes químicos comparando as técnicas de análise lírica e composição de canções para mudanças emocionais. Na análise lírica clientes frequentando um grupo receberam uma cópia da letra de canções ("Here I Go Again" executada por Whitesnake de autoria de Coverdale e Marsden, 1994 e "Victim of the Game" executada por Garth Brooks, de autoria de Sanderse Brooks, 1993) e foram orientados a identificar versos na canção que tivessem relações com seu passado, o presente e a esperança para o futuro. Na situação de composição de canções a musicoterapeuta pesquisadora utilizou como base a canção Yesterday (Lennon e McCartney, 1965), alterando a palavra ontem (*yesterday*) por hoje e amanhã, afim de que os participantes pudessem falar sobre o seu passado, presente e expectativas para o futuro. Após compostas as canções eram apresentadas ao grupo. Foram realizados pré e pós testes que indicaram que as técnicas utilizadas foram eficientes para aumentar os sentimentos relacionados a alegria e diminuir os sentimentos relacionados à tristeza, culpa,

e ainda as técnicas empregadas potencializaram a disponibilidade dos participantes para as mudanças. Embora não tenham resultado em diferenças estatisticamente significativas a autora encontrou uma tendência de que a composição de canções é mais eficiente uma vez que permite uma maior expressão de sentimentos.

Uma grande pesquisa foi realizada por Felicity Baker com 45 musicoterapeutas de 11 países. A autora realizou entrevistas semiestruturadas, pessoalmente ou via *Skype*, a fim de conhecer vários aspectos do pensamento e da prática da composição de canções desses profissionais. Os temas que emergiram após a análise das entrevistas foram: fatores ambientais, socioculturais e individuais que impactam o processo terapêutico de composição de canções; relação terapeuta-participante, habilidades do musicoterapeuta e música. Os resultados foram apresentados em vários artigos publicados, dos quais abordaremos alguns abaixo.

Num dos trabalhos (BAKER, 2013a) o objetivo foi expandir o conhecimento sobre o papel da apresentação pública das canções criadas pelos pacientes. O trabalho examinou as expectativas dos musicoterapeutas sobre o valor da apresentação pública das canções. A opinião e o relato das experiências dos musicoterapeutas participantes da pesquisa foram agrupadas em 3 grandes temas: O primeiro agrupa as ideias de que a apresentação afeta o bem estar do paciente. Neste tema estão incluídos: os participantes são vulneráveis quando apresentam suas próprias composições; a apresentação da canção criada é uma parte importante do processo terapêutico; a apresentação aumenta o orgulho e a sensação de pertencimento; a apresentação favorece uma experiência mente e cérebro. A autora apresenta uma importante discussão sobre as precauções que se deve tomar com relação à apresentação. Para esse primeiro tema ela chama a atenção para o fato de alguns pacientes se sentirem julgados, que não tenham estrutura (recursos internos) para o contexto da apresentação, não se tem certeza do apoio que o paciente receberá na apresentação (por exemplo, o público é desconhecido). O segundo tema refere-se à relação entre o paciente e o

público. Neste caso o público pode ter uma boa relação com o paciente e entender bem suas experiências. Também há um efeito positivo em conectar o paciente com a comunidade. A atenção neste caso refere-se ao não estabelecimento de uma boa relação paciente-público, sendo que o primeiro não é bem compreendido. O terceiro tema destacado é o fato da apresentação ser afetada pelo contexto e pela preparação do paciente. A preparação é extremamente necessária e deve contemplar o contexto que a apresentação vai ocorrer. Os membros do grupo terapêutico apoiam o paciente e a apresentação junto com músicos profissionais podem trazer experiências positivas. Neste caso as precauções referem-se ao preparo insuficiente, à falta de estrutura do paciente para suportar críticas e a falta de assistência do grupo de apoio. Para finalizar a autora sugere que alguns musicoterapeutas valorizam as oportunidades de apresentação de seus pacientes, quando as condições são favoráveis ao sucesso.

Compreender o impacto do meio ambiente no processo terapêutico de composição de canções e na musicoterapia de uma forma geral também foi um dos objetivos de Baker em sua pesquisa (BAKER 2013b). Neste caso a autora quis saber quais fatores ambientais contribuem e quais restringem a prática em questão. A análise dos dados revelou quatro categorias principais relacionadas aos fatores ambientais: estruturas organizacionais, cultura organizacional, espaço físico e espaço privado. Dentro da estrutura organizacional estão questões relacionadas à parte financeira, horários, duração das sessões, duração e a orientação do programa de atendimento, a hierarquia dos serviços e as regras de participação. A categoria cultura organizacional refere-se ao respeito pela musicoterapia e a cultura musical dos funcionários. Dentro do tema espaço físico estão agrupados assuntos como a estética do espaço, o ruído de fundo, o lugar destinado à prática musicoterapêutica, seu tamanho e suas instalações. E finalmente o espaço privado foi dividido em presença e a dependência da família e a terapia individual ou familiar; presença dos funcionários da instituição e a presença de outras pessoas. A autora conclui que os musicoterapeutas deparam-se com uma infinidade de fatores

ambientais que irão moldar as abordagens em musicoterapia e a eficácia da sua prática com seus pacientes. Existem fatores ambientais negativos que os profissionais podem minimizar, tais como, interrupções, privacidade e a cultura dos funcionários, no entanto muitos aspectos do seu ambiente de trabalho, particularmente nas estruturas organizacionais, são imutáveis.

Baker (2013c) também mostrou interesse em saber o que acontecia com as canções depois de criadas, se o terapeuta entregava ou não uma cópia da canção (gravada ou escrita) ao paciente e as opiniões sobre essa decisão. Os resultados das entrevistas com os 45 musicoterapeutas clínicos trouxeram três ideias principais, que a autora chamou de temas. O primeiro diz respeito ao terapeuta compartilhar as canções com os pacientes criando assim oportunidades para estender os benefícios terapêuticos da experiência de composição, bem como causar impacto sobre a relação terapêutica: o terapeuta investe tempo em produzir uma cópia da canção para o participante. Os participantes recebem as músicas como se fossem presentes. Ao fazer isso, os participantes reconhecem que o terapeuta tem escutado suas histórias e valoriza-os. Além disso, a criação de música pode simbolizar uma experiência compartilhada entre o terapeuta e os pacientes e é um produto tangível desse processo de colaboração. O segundo tema diz respeito propriamente aos pacientes e suas canções. Quando estes possuem cópias de suas criações, experimentam um sentimento de realização e melhora da autoestima. Compositores são reconhecidos como quem tem um talento especial e, portanto, a criação de uma música tem valor cultural. As canções servem como prova de sucesso na conquista de desafios. Há, entretanto, que se considerar que junto com estes benefícios terapêuticos, há um risco de que o paciente, ao escutar repetidamente sua canção, possa levar a perseverança na emoção ou história expressada tornando-se “emocionalmente preso”. O último tema se refere aos pacientes compartilharem suas canções com outras pessoas. Isso cria oportunidade para construir relacionamentos em diferentes contextos. Algumas experiências podem ser difíceis de compartilhar com palavras, assim, com uma canção, outras pessoas podem compreender melhor

as experiências do pacientes, eliminando a necessidade de uma verbalização direta. Mais uma vez a autora chama a atenção da análise cuidadosa do terapeuta dos riscos e benefícios que o compartilhamento das canções dos pacientes pode trazer ao seu tratamento.

Os fatores sociais influenciam na composição de canções de pacientes de musicoterapia e também foram estudados nesta pesquisa de Felicity Baker (BAKER, 2014). Os resultados levaram a autora a sugerir sete principais fatores, sendo: 1) os diversos papéis das músicas em diferentes grupos sócio culturais; 2) conhecimento e habilidade do terapeuta em tocar canções multiculturais; 3) a relação entre a heterogeneidade cultural e a homogeneidade dos membros de um grupo; 4) a linguagem, a comunicação e o significado; 5) a diversidade sociocultural e a relação terapêutica; 6) as crenças religiosas; 7) questões de gênero e de gerações na cultura e na religião. Com discussão desses resultados a autora salienta que as culturas religiosas influenciam a relação terapêutica e que a criação de canções com fins terapêuticos é uma ideia que não pertence a alguns grupos, ou seja, para esses grupos sócio-culturais trata-se de uma intervenção culturalmente inadequada. Assim sendo é necessário que o musicoterapeuta seja sensível e não viole nenhum valor religioso ou norma cultural. Mas em culturas onde a composição de canções integra a vida diária, essa técnica é bem aceita.

Após a apresentação dos trabalhos podemos sistematizar as áreas e os principais resultados encontrados.

No que diz respeito às áreas de atuação onde é aplicado o processo terapêutico de composição de canções nossa revisão revelou trabalhos tanto em pesquisa quanto na prática clínica. Na pesquisa tiveram destaques os trabalhos de Baker (2013 a, b, c, 2014, Baker, Kennelly e Tamplin, 2005) onde o próprio processo foi alvo de estudos.

Quanto aos trabalhos sobre práticas clínicas três foram as principais áreas reveladas:

MUSICOTERAPIA

- 1) *Gerontologia* – nas subáreas: idosos em comunidade (BAKER; BALLANTYNE, 2013), idosos com demência (HONG; CHOI, 2011) e atenção aos cuidadores (KLEIN; SILVERMAN, 2012)
- 2) *Luto e fim da vida* – nas subáreas: luto em crianças e adolescentes (ROBERTS, 2005, ROBERTS; MC FERRAN, 2013) e pacientes terminais (HEATH; LINGS, 2012).
- 3) *Psiquiatria* – nas subáreas dependentes químicos (JONES, 2005, SILVERMAN, 2012), depressão (SILVERMAN 2013) e estratégias de enfrentamento (SILVERMAN, 2011).

Quanto aos resultados descritos nos trabalhos apresentados ficou evidente que a possibilidade de expressar sentimentos e emoções é o principal resultado buscado pelos musicoterapeutas em seus clientes: proporcionar a sensação de realização, de satisfação, de sucesso, de “ser capaz”, de autoconhecimento. Também foram relatadas as questões de engajamento, de compromisso com o tratamento e diminuição da depressão. Um resultado interessante foi o efeito em treinamentos e esclarecimentos sobre a doença e as estratégias de enfrentamento. Canções com mensagens de esperança, felicidade, agradecimento, superação do luto, sentimentos de despedida e sobre a própria vida são criadas. A potencialização para mudanças e a rápida resposta dentro do tratamento, assim como prevenção de recaídas em pacientes com dependência química e aumento geral do bem estar também foram destacados. A composição de canções originais pode capacitar as pessoas a colocar mais de si mesmas quando comparadas à abordagens psicoterápicas, assim como o favorecimento da ludicidade na criação. Quando em grupos, as canções podem ser um forte instrumento para conexão e colaboração mútua. Melhora da memória, da orientação espaço temporal e da linguagem são resultados muito úteis para os tratamentos. Os pacientes adquirem uma liberdade para recontar suas narrativas, assim como a diminuição da resistência à expressão de experiências. O uso de metáforas enriquece o discurso do paciente.

Considerações finais

Os trabalhos aqui apresentados nos trazem uma visão tanto das possibilidades dessa técnica quanto dos cuidados que devemos ter ao emprega-las. Por isso a recomendação é que seja utilizada por um musicoterapeuta visto que é o profissional que vai saber interpretar tanto as letras quanto os elementos próprios da música, elementos estes que não estão expressos em palavras. Percebemos também a partir desta revisão que, embora não seja novo, um aumento expressivo de relatos sobre a técnica apareceram nos últimos quatro anos, assim como a existência de grupos estabelecidos que utilizam a composição de canções, como o grupo de Felicity Baker na Austrália e de Michael J. Silverman nos Estados Unidos.

Esta revisão, embora ampla, apresentou algumas limitações quanto à busca dos artigos na íntegra, visto que mesmo com as facilidades do Portal de Periódicos da Capes e dos sistemas de busca de várias editoras, não conseguimos recuperar alguns arquivos que enriqueceriam ainda mais nosso relato. Nossos critérios de inclusão e exclusão se fizeram necessários para poder dar ao trabalho uma maior unidade e integridade.

Acreditamos que, por ser um tema tão interessante e promissor, o processo terapêutico de composição de canções deva ser incentivado tanto na prática clínica quanto no campo da pesquisa. Uma ferramenta muito valiosa para o desenvolvimento humano a partir da criatividade alimentada por sentimentos e emoções.

Referências

BAKER, F. An investigation of the sociocultural factors impacting on the therapeutic songwriting process. **Nordic Journal of Music Therapy**, v. 23, n. 2, p. 123-151, 2014. <http://dx.doi.org/10.1080/08098131.2013.783094>

BAKER, F. The enviromental conditions that support or constrain the therapeutic songwriting process. **The Arts in Psychotherapy**, v. 40, p. 230-238, 2013b. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2013.02.001>

BAKER, F. BALLANTYNE, J. “You've got to accentuate the positive”: Group songwriting to promote a life of enjoyment, engagement and meaning in aging Australians. **Nordic Journal of Music Therapy**, v. 22, n. 1, p. 7 – 24, 2013.

BAKER, F. Front and center stage: participants performing songs created during music therapy. **The Arts in Psychotherapy**, v. 40, p. 20-28, 2013a. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2012.09.004>

BAKER, F. KENNELLY, J. TAMPLIN, J. Themes within songs written by people with traumatic brain injury: Gender differences. **Journal of Music Therapy**, v. 42, n. 2, p. 111-122, 2005. <http://jmt.oxfordjournals.org/>

BAKER, F. MacDONALD, A. R. Flow, identity, achievement, satisfaction and ownership during therapeutic songwriting experiences with university students and retirees. **Musicae Scientiae**, v. 17, n. 2, p. 131– 146, 2013. DOI: 10.1177/1029864913476287

BAKER, F. MacDONALD, A. R. Experiences of creating personally meaningful songs within a therapeutic context. **Arts & Health: An International Journal for Research, Policy and Practice**. v.6, n. 2, p. 143 – 161, 2014.

BAKER, F. The ongoing life of participant composed songs within and beyond the clinical setting. **Musicae Scientiae**, v. 17, n. 1, p. 40-56, 2013c. DOI: 10.1177/1029864912471674

HEATH, B. LINGS, J. Creative songwriting in therapy at the end of life and in bereavement. **Mortality**, v. 17, n. 2, p. 106-118, 2012. <http://dx.doi.org/10.1080/13576275.2012.673381>

HONG, I. S. CHOI, M. J. Songwriting oriented activities improve the cognitive functions of the aged with dementia. **The Arts in Psychotherapy**, v. 38, p. 221-228, 2011. DOI:10.1016/j.aip.2011.07.002

JONES, J. D. A comparison of songwriting and lyric analysis techniques to evoke emotional change in a single session with people who are chemically dependent. **Journal of Music Therapy**, v. 42, n. 2, p. 94-110, 2005. <http://jmt.oxfordjournals.org/>

KLEIN, C. M. SILVERMAN, M. J. With love from me to me: songwriting to teach coping skill to caregivers of those with Alzheimer's and other dementias. **Journal of Creativity in Mental Health**, v. 4, n. 2, p. 153-164, 2012. <http://dx.doi.org/10.1080/15401383.2012.685010>

ROBERTS, M. Transitions from clinical experiences to clinical questions and then research. **Voices** A world forum for music therapy, v. 6, n. 3, 2006. <https://voices.no/index.php/voices/rt/prinFRIENDLY/280/205>

ROBERTS, M. McFERRAN, K. A mixed methods analysis of songs written by bereaved preadolescents in individual music therapy. **Journal of Music Therapy**, v. 50, n. 1, p. 25–52, 2013. <http://jmt.oxfordjournals.org/>

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, vol.8, n.1, 2010.

SILVERMAN, M. J. Effects of group songwriting on motivation and readiness for treatment on patients in detoxification: a randomized wait-list effectiveness study. **Journal of Music Therapy**, v. 49, n. 4, p. 414-429, 2012. <http://jmt.oxfordjournals.org/>

SILVERMAN, M. J. Effects of group songwriting on depression and quality of life in acute psychiatric inpatients: A randomized three group effectiveness study. **Nordic Journal of Music Therapy**, v. 22, n. 2, p. 131-148, 2013. <http://dx.doi.org/10.1080/08098131.2012.709268>

SILVERMAN, M. J. The effect of songwriting on knowledge of coping skills and working alliance in psychiatric patients: A randomized clinical effectiveness study. **Journal of Music Therapy**, v. 48, n.1, p. 103-122, 2011. <http://jmt.oxfordjournals.org/>

THOMPSON, S. Themes and metaphors in songwriting with clients participating in a Psychiatric Rehabilitation Program. **Music Therapy Perspectives**, v. 27, n. 4-10, 2009. <http://mtp.oxfordjournals.org/>

Recebido em 20/06/2014

Aprovado em 23/12/2014

A DIMENSÃO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PRÁTICA DA MUSICOTERAPIA SOCIAL

THE REALM OF HEALTH IN THE CONTEXT OF SOCIAL MUSIC THERAPY PRACTICE

Maeve Andrade¹/ Rosemyriam Cunha²

64

Resumo - Esta pesquisa buscou conhecer a percepção de profissionais envolvidos em projetos sociais e unidades da rede socioassistencial, a respeito da promoção e produção de saúde na prática da musicoterapia em seus locais de atuação. De abordagem qualitativa, a investigação foi fundamentada em aportes teóricos da musicoterapia social e comunitária. Para a construção dos dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas cujas respostas passaram por categorização e análise temática. O estudo mostrou que, nas percepções das/os participantes, a dimensão de saúde se relacionou aos seguintes temas: *encontro, novas perspectivas, lúdico e expressão pessoal*, destacados a partir do processo de análise.

Palavras-Chave: musicoterapia social, promoção da saúde, produção de saúde

Abstract - This research sought to know the perception professionals, who participate in social projects and units of the social service system, have about the promotion and production of health in Music Therapy practices in their workplace. This is a qualitative study which was grounded on the social and community Music Therapy theoretical framework. Semi-structured interviews were used to gather data which analysis included categorization and thematic analysis of the obtained answers. According to participant's perception, the realm of health was related to the following topics: *meeting, new perspectives, fun and personal expression*, which had been highlighted in the analysis process.

Keywords: social music therapy, health promotion, health production

¹ Graduada em Musicoterapia pela UNESPAR, Campus II (FAP), Curitiba. Contato: maeve.andrade@yahoo.com.br

² Professora do curso de Musicoterapia da UNESPAR, Campus II, Curitiba. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Paraná, com estágio pós-doutoral na McGill University, Canadá. Contato: rose05@uol.com.br

Introdução

A dimensão de saúde como uma face da prática da musicoterapia no contexto social foi o assunto tratado nesta pesquisa. Buscamos conhecer que percepção tinham, profissionais envolvidos em projetos sociais e unidades da rede socioassistencial, a respeito da prática da musicoterapia no que tange à promoção e produção de saúde. A perspectiva teórica desta pesquisa foi fundamentada na musicoterapia social e na musicoterapia comunitária.

Todo o processo aqui concretizado foi dedicado a saber mais a respeito da formação de um espaço de promoção e produção de saúde no contexto da prática musicoterapêutica social. Assim, pretende-se que esta pesquisa possa colaborar com a construção teórica da musicoterapia além de ser mais uma reflexão sobre esse tema atual no campo.

Revisão de literatura

Para esta revisão de literatura foram consultados livros, artigos de periódicos científicos, anais eletrônicos de eventos da área de musicoterapia, normas e leis nacionais. Um período de 14 anos foi recortado para a consulta de artigos, por conta da maior realização e divulgação de pesquisas no âmbito musicoterapêutico social que ocorreu desde o início do presente século. Apenas 4% das publicações de pesquisas em musicoterapia, nas bases de dados nacionais entre os anos de 2006 e 2011, referem-se à área social de acordo com Oselame, Machado & Chagas (2013). No entanto, no desenvolver da prática musicoterapêutica, há predomínio de relatos de atendimentos no âmbito da reabilitação mental e física. Isso dá indícios de que no campo, a ótica de saúde está entretecida com a base do modelo biomédico. São duas as correntes teóricas que podem nortear a musicoterapia, uma de cunho biomédico (centrado no tratamento de patologias) e outra de cunho social (centrado nas relações e interações sociais que as pessoas praticam na vida

cotidiana). Diante da complexidade que engloba as múltiplas dimensões da dessa prática, torna-se delicado distanciar demasiadamente essas correntes.

Bruscia (2000), referiu-se à musicoterapia comunitária como um nível intensivo das práticas ecológicas. A respeito dessa prática, o autor a inclui em “todas as aplicações da música e da musicoterapia em que o foco é promover a saúde entre os vários estratos sócio-culturais da comunidade e/ou do ambiente físico” (p. 237). Assim, nessa visão, o foco de atuação se volta para a saúde da comunidade.

O aspecto social se articula na complementaridade entre ação social, assistência social e serviço social, conforme Leinig (2008). Ao afirmar que a problemática social tem fontes econômicas, biológicas, psicológicas e culturais, a autora dirige-se para a ação aos necessitados e à vulnerabilidade social, embora não faça referência direta da ação musicoterapêutica neste contexto.

Em publicações divulgadas em eventos científicos nacionais, a musicoterapia social figura como uma intervenção que implica na utilização das linguagens musical e corporal das pessoas, como forma de possibilitar ações que acarretem na apropriação da consciência de si e de sua história e que se expanda para a realidade na qual as pessoas estão inseridas (CUNHA, 2006). Para Guazina (2008), a musicoterapia social se dá a partir da influência de perspectivas teóricas nas quais o ser humano é compreendido como um sujeito social. Assim, o que configura a musicoterapia social, para a autora, é o referencial teórico-conceitual e não a área de atuação. Portanto, destaca-se a diferença entre a prática da musicoterapia social e a área intitulada social.

A prática da musicoterapia social e comunitária deu origem à construção de novos paradigmas no campo da musicoterapia, pois elas romperam com os limites do *setting* musicoterapêutico clínico tradicional, e passaram a implicar-se com as coletividades, grupalidades e comunidades e com as realidades sociais que ali se inserem (BRUSCIA, 2000; GUAZINA, 2008). Para Pellizzari (2010), a musicoterapia comunitária se diferencia da musicoterapia clínica, não pelas formas expressivas utilizadas, pelas

experiências sonoras propostas, pelos recursos, mas sim “*por un nuevo constructo paradigmático, un nuevo posicionamiento mental*” (p. 03).

Em 2011 foi composto o perfil do musicoterapeuta social (GUAZINA et al., 2011), documento que mostra o musicoterapeuta social com sua ação voltada para o atendimento dos usuários da rede socioassistencial, o que inclui os projetos sociais. Com relação aos projetos sociais, a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (2009), os conceitua como “projetos de enfrentamento da pobreza”, que englobam o investimento de ações que garantam melhoria de condições de vida, organização social e preservação do meio-ambiente. Essa lei demarca o processo de construção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), do qual a musicoterapia passou a fazer parte em março de 2011.

Dentre as situações que são alvo das estratégias de ação, consta(m) a(s) violência(s). Esse fenômeno vem entrelaçado com a história de nosso país, sobretudo a partir da chegada do colonizador e da escravidão. Essas razões levaram Minayo (2006), a englobar os níveis de desigualdade e o comprometimento da saúde social na questão da saúde pública.

Vimos então, aqui, a saúde não como um setor, mas como ampla dimensão de potência de vida, de ação, “potência para lidar com a existência” (CZERESNIA, 2013, p.12), que está envolvida na dinâmica de relações entre as pessoas e as circunstâncias da vida e não apenas como a ausência de doença. Entende-se, aqui, potência conforme Aristóteles (1996): uma dinâmica de mudança e atualização.

Em referência à este assunto, a Carta de Ottawa³ é referência para o entendimento de promoção e produção de saúde (OSELAME, MACHADO & CHAGAS, 2014). Na medida em que se desenvolve o protagonismo das pessoas “para estabelecer possibilidades de criação de normas para suas vidas, formas de lidar com as dificuldades, limites e sofrimentos, que sejam

³ Documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Canadá, 1986.

mais criativas, solidárias e produtoras de movimento” (p.107), trabalha-se com a promoção da saúde.

A promoção e a produção de saúde estão articuladas, fato é que encontramos, na Portaria 687/06 da Política Nacional de Promoção da Saúde, a citação de que a produção de saúde está associada a “produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias” (p.10). Adotamos, para esse trabalho, a compreensão de saúde de Czeresnia e os objetivos da promoção da saúde de Oselame, Machado & Chagas. Esta fundamentação norteou as reflexões que estão apresentadas a seguir.

Metodologia

Esta pesquisa, de caráter qualitativo e exploratório, teve por objetivo conhecer a percepção de profissionais a respeito da dimensão de saúde das práticas musicoterapêuticas realizadas nos seus locais de trabalho. Foram feitas entrevistas individuais com oito pessoas que atuavam na rede socioassistencial, incluindo projetos sociais. Entre os participantes estavam: duas musicoterapeutas, Bianca, que atuava em um projeto social há nove meses e Elis, em unidades da rede socioassistencial há três anos e meio. Uma terapeuta ocupacional, Daniele, em unidades da rede socioassistencial há dois anos e meio. Uma supervisora social, Rafaela, em um projeto social há dois anos. Uma terapeuta familiar, Marta, em um projeto social há três anos e uma educadora musical, Clarice, em um projeto social há três anos. Dois acadêmicos de musicoterapia, Tiago e Camila, atuantes em um projeto social. Nos locais de trabalho dos participantes, eram atendidas pessoas de todas as idades.

As intervenções⁴ ocorreram nos locais de trabalho ou estudo das/os entrevistadas/os, na cidade de Curitiba e Região Metropolitana. Os nomes aqui apresentados são fictícios e as entrevistas foram feitas com base em um roteiro

⁴ Pesquisa submetida a um Comitê de Ética e registrada na Plataforma Brasil sob nº 31116014.3.0000.0094.

semiestruturado de perguntas que contemplavam: 1) a profissão e o tempo de atuação do/a profissional; 2) o contato do/a participante com a prática da musicoterapia e a especificidade desta prática, sob sua perspectiva; 3) a distinção e a abrangência da prática em questão quanto à educação, educação musical, assistência social, terapia e saúde; 4) sua compreensão de saúde com relação às práticas que a englobam e; 5) as associações e intersecções entre a prática da musicoterapia e a saúde no local de atuação da/o participante.

As entrevistas ocorreram entre agosto e setembro de 2014, foram gravadas e transcritas e tiveram uma duração que variou entre 12 minutos e 56 minutos. Para a análise dos dados houve a leitura e releitura das transcrições, com objetivo de encontrar temas recorrentes entre as respostas obtidas. A análise temática, aqui aplicada, “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (Bardin, 1977, p. 105).

A partir das entrevistas, trechos das respostas foram organizados e categorizados em um painel construído com o conjunto dos temas encontrados. Após essa organização, as categorias que se revelaram mais próximas ao tema aqui abordado e à revisão de literatura proposta, foram selecionadas para a apresentação dos dados.

Todo esse processo aconteceu em meio a reflexões e discussões feitas junto à orientadora do trabalho. Esse cuidado se tornou imprescindível dada a característica interpretativa da pesquisa qualitativa e da interferência do pesquisador na escolha de categorias. A análise das repostas obtidas seguiu os parâmetros e conceitos obtidos nas referências teóricas que fundamentaram este trabalho.

Apresentação dos temas

Dentre os temas encontrados no processo da investigação, compartilharemos seis deles: rede, encontro, novas perspectivas, lúdico,

expressão pessoal e percepção de saúde(s). Esses temas foram os escolhidos pela sua complementaridade e proximidade aos objetivos da pesquisa.

Rede

Nas respostas obtidas, denominamos um dos temas por *rede*. Entendeu-se esta rede como uma trama de fios que representa as diferentes dimensões e práticas profissionais, e que constitui o trabalho social e comunitário.

Quando questionadas/os quanto à abrangência da prática musicoterapêutica no que tange às dimensões de educação musical, educação, assistência social, terapia e saúde, Marta, Clarice, Daniele, Camila, Bianca, Elis e Tiago foram de opinião de que a prática musicoterapêutica abrange todas essas dimensões. Rafaela respondeu que, exceto a saúde, esta prática abrange as outras dimensões. Vale ressaltar que a atuação desta profissional estava diretamente relacionada à assistência social.

Podemos assim perceber, que as práticas musicoterapêuticas analisadas pelos participantes, abarcaram diferentes aspectos constituintes do campo. A contribuição de uma participante resumiu essa integração:

“Eu acho que a gente precisa cada vez mais, né, juntar as coisas (...) a mesma pessoa que é atendida na saúde mental, ela tá na área da assistência, o filho dela tá na educação, e a gente separa tudo, eu acho que a gente tem que unir (...) acho que a musicoterapia é uma possibilidade da gente integrar então (...) pensar esse sujeito integral, não é só por que (...) socialmente tem que ser, mas por que o ser humano é integral” (Elis).

Este relato valoriza a importância das políticas públicas na construção e articulação da rede de práticas que atingem todos os sujeitos envolvidos em suas realidades. Esse assunto é abordado pela Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2004), quando diz que o trabalho em rede ultrapassa a adesão, que é necessário romper com a segmentação e fragmentação construída historicamente, ampliar o olhar para a realidade “considerando os novos desafios colocados pela dimensão do cotidiano, que se

apresenta sob múltiplas formatações, exigindo enfrentamento de forma integrada e articulada” (p.29).

Esta integração e articulação pensada como práxis pode ter como ponto importante o diálogo (FUKE, 2007), pois o propósito deste está em ascender uma nova e compartilhada compreensão para então poder atuar com maior coerência e efetividade. Esse diálogo pode resultar em um espaço de apoio coletivo e colaborativo.

71

“Esse trabalho em rede precisa de todo mundo, acho que sozinho a gente não faz (...) a gente vai atrás das coisas, isso é a rede em função da (...) comunidade e a música tem tudo a ver” (Marta).

A participante nos fala da rede como o trabalho conjunto em prol da comunidade e a música contribuindo para este espaço. Esse pensamento ressoa com Pavlicevic (2003), que compreende o grupo mais do que uma reunião de pessoas, mas sim, *composto* de pessoas com experiências únicas de si, que combinam suas identidades individuais e sociais. E desta forma, a música como uma potência grupal, promove a união e o “sentir-se parte” (p.194), enfim, a sensação de pertencimento social. Assim, podemos compreender que a musicoterapia em grupo, oportuniza a rede de convívio, a comunidade, o indivíduo no grupo e o grupo para o indivíduo.

Encontro

As práticas musicoterapêuticas em grupo aparecem, nesse trabalho, com considerável frequência. Entendemos aqui o grupo como “uma experiência histórica, que se constrói num determinado espaço e tempo” (MARTINS, 2007).

O grupo pode ser visto como uma experiência histórica coletiva que envolve interações sociais e trocas subjetivas na proximidade das pessoas que o compõem. Assim, talvez seja relevante pensarmos em encontros nos quais as pessoas podem trocar experiências sonoro-musicais e fortalecer aspectos

de grupalidade. Nesse sentido, as contribuições das/dos participantes revelaram múltiplos núcleos tais como: interação, convivência, encontro.

“a música (...) ela une assim, ela chama pra perto, sabe?” (Marta).
“é um espaço, é um grupo, é uma convivência, é uma troca, fica muito mais prazeroso pra elas, pra mim” (Daniele).
“esse sujeito ele participa do processo o tempo todo, ele é ativo no processo, não é alguém que fica esperando alguma coisa, é alguém que interage” (Elis).
“eu digo que é um espaço, assim, onde as pessoas conseguem interagir (...) expressar, não só musicalmente assim, né, ser um pouco livre” (Camila).
“você consegue ver que não existe só você, tem a outra pessoa ali também, então eu acho que é aí que vai tá (...) esse entendimento que vai melhorar a parte da saúde nas pessoas (...) na musicoterapia você se entende, entende o próximo” (Clarice).

72

Com as respostas, podemos compreender que o encontro *com* o outro, o conviver e, a ação que permite a interação se presentificam nas práticas musicoterapêuticas nos ambientes desses profissionais. Clarice, na sua resposta, falou que a saúde, em musicoterapia, melhorará na medida em que “a pessoa se entende e entende o próximo”, o que nos faz pensar em relações complexas e dinâmicas que podem estar relacionadas à saúde.

Novas perspectivas

O pressuposto de base, aqui, é de que a convivência e as trocas sociais, as relações humanas, os encontros fundamentam a construção e reinvenção das pessoas. Portanto, as interações sociais evidenciam uma dinâmica da vida em sociedade na qual os sujeitos provocam movimentos e que estes ressoam no meio, ação que pode acarretar em modificações de visões de vida.

Quanto às mudanças, o perfil do musicoterapeuta social (composto em 2011) nos aponta que a prática musicoterapêutica tende a favorecer a “construção de novas perspectivas de vida baseadas em autoestima, empoderamento, autonomia, solidariedade, criatividade, musicalidade, dignidade e cidadania por meio da ação musicoterapêutica”.

Alguns desses aspectos destacam-se nas contribuições das/os participantes:

“ela – a pessoa - sinta-se melhor, conviva melhor (...) dê uma nova visão pro (...) atendido” (Rafaela).

“você pode ajudar pra que essa pessoa consiga achar soluções, ferramentas pra ela pelo menos proporcionar a ela uma qualidade de vida” (Tiago).

“novas formas de relação e de expressão destes sujeitos, né, a mudança (...) da condição de vida inicial que a gente recebe é... destes sujeitos, no caso da área da assistência social, destes usuários, a gente percebe no processo, né, o desenvolvimento, essa percepção que eles passam, que eles constroem (...) mudando o próprio entendimento que eles têm da realidade (...) pra um outro concepção de sujeito, de família, de sociedade, ou seja, ‘eu sou o protagonista da minha história e só eu posso mudar’” (Elis).

“não é só na doença, mas assim ela é promotora de saúde, ela te faz sair daquela mesmice da vida, né, o cotidiano, na música você às vezes embarca pra outro lugar, pra outro momento, pra outra hora (...) é apresentado pras crianças um novo jeito de viver, entende?” (Marta).

Fala-se então em mudanças, diz-se também da música como promotora de saúde à medida que ela promove “sair da mesmice da vida”. Também Cunha & Volpi (2008) escreveram que na área social o foco das práticas musicoterapêuticas se voltam à prevenção e promoção do bem-estar e da saúde de forma que as pessoas encontrem, modifiquem e ampliem “possibilidades de agir e interagir com a realidade circundante” (p.86). Em sua resposta, Elis assim abordou esse tema:

“ela consegue transcender pra outros contextos da vida, né, aqui, na família, na comunidade, na associação de bairro, participando né, atuando porque daí é quando ela consegue, ou ele, se colocar na família, ela também se coloca quando ela é lesada no supermercado (...) pra mim isso é saudável, pra mim isso é saúde, pautado numa atitude, numa ação.” (Elis).

Muitos dos relatos dos participantes ao longo da pesquisa, em especial o citado acima, confluem com a perspectiva de saúde adotada nesse trabalho, como “potência para lidar com a existência” (CZERESNIA, 2013, p.12).

Lúdico

Sá (2004) entende lúdico como “atividade despretensiosa, descontraída e desobrigada de toda e qualquer espécie de intencionalidade ou vontade alheia” (p.29). Para a autora a ação lúdica tem como características a liberdade e a espontaneidade.

Na prática musicoterapêutica, as ações permitem o desenvolvimento da potencialidade expressiva existencial das pessoas. Como possibilidades lúdicas, temos o lazer, o jogo, a brincadeira. Quando falamos em brincadeira, destaca-se a socialização, pois esta implica na apropriação da cultura, e a brincadeira é uma forma de vivenciar valores, crenças, histórias e costumes.

A criança está inserida, desde o seu nascimento, num contexto social e seus comportamentos estão impregnados por essa imersão inevitável. Não existe na criança uma brincadeira natural. A brincadeira é um processo de relações interindividuais, portanto de cultura (BROUGÈRE, 2004, p.97).

Mais do que ser um meio de prática e produção cultural, a brincadeira permeia um espaço de criação para a criança, de experimentação de novos comportamentos, de novas formas de viver, o que se constitui essencial ao desenvolvimento humano. De acordo com Vygotsky (1982) é “*precisamente la actividad creadora del hombre la que hace de él un ser proyectado hacia el futuro, un ser que contribuye a crear y que modifica su presente*” (p.09). A atividade criativa, nesse contexto, ocorre a partir de imitações de situações cotidianas, para então haver a inserção de novos elementos, frutos do ato da criação. Para os participantes, a brincadeira permeava a prática musicoterapêutica em seus locais de atuação:

“*elas gostam por causa da (...) farrá que elas fazem (...) elas tão brincando, né (...) então isso é muito legal (...) a visão de terapia, de terapêutico é o profissional, é do aluno, né, mas elas recebem isso na forma de brincadeira*” (Marta).

“*ela acha que está fazendo qualquer outra coisa, menos a terapia (...) eles veem a musicoterapia como algo, com música, brincadeira, mas*

não como terapia (...) na visão da criança é engraçado (...) os instrumentos deixam muito lúdica e muito mais acessível à criança” (Rafaela).

Os relatos expressados durante a entrevista tornam-se significativos, pois as profissionais colocaram a brincadeira em um cenário importante transpassado pela prática musicoterapêutica. Como refletiu Sá (2004) a ação lúdica constitui-se em um processo humanizador no qual os envolvidos podem se reconhecer como “gente, nos afastando um pouco dessa condição ‘coisificada’ a que estamos submetidos pelo mundo do capital, da sociedade de consumo e das máquinas” (p.69).

O fazer lúdico pode *fragmentar* os estigmas depositados, muitas vezes, sobre a população atendida pela rede socioassistencial e pelos projetos sociais. A partir do ato lúdico, abre-se um espaço de liberdade no qual a imaginação se amplia para dramas, músicas, histórias, pois “tem gente que morre, que uma ou duas cordas foram acionadas e as outras ficaram em silêncio a vida inteira, e é brincar, é brincando que você dedilha a lira inteira” (HORTÉLIO, 2014)⁵.

Expressão pessoal

O tema “expressão pessoal” está aqui compreendido como a manifestação de algo pessoal, uma ação permeada pela cultura, pela história de vida. Se compreendermos a ação musical como processo sociocultural, como forma expressiva e reveladora de aspectos subjetivos (BLACKING, 1995), podemos pensá-la como uma atividade potencial para o estabelecimento de relações interpessoais e expressivas. Essa possibilidade justifica a inserção da prática da musicoterapia em projetos sociais e instituições que tem por objetivo o fortalecimento das pessoas e de seus vínculos. Portanto, ao participar, o sujeito pode perceber outras formas de se

⁵ O relato de Lydia Hortélio (2014) encontra-se no documentário Tarja Branca: a revolução que faltava. Direção: Caucau Rohden, 2014. 1 DVD (80min), color.

relacionar consigo e com o meio e de descobrir, a partir do ato de expressão, formas para 'dizer' de si, para se fazer presente e parte do grupo, no âmbito de suas potencialidades.

A expressão como tema, veio à tona nas seguintes contribuições:

“eles podem se expressar como eles quiserem através do canto, da dança, e isso é muito importante pra vida deles” (Marta).

“o lugar aqui como um projeto, o pessoal (...) é muito carente de atenção, é muito carente de ser ouvido, de conseguir se expressar, porque querendo ou não, às vezes a criança só quer sair correndo que nem uma doida pra conseguir sei lá, descarregar a energia (...) isso ela vai poder fazer de uma forma ou de outra (...) na musicoterapia” (Clarice).

“é uma ferramenta terapêutica que utiliza a arte como forma de ação, expressão” (Bianca).

76

Percebe-se que, de acordo com as respostas, a musicoterapia pode ser entendida como um espaço protetivo (*sic* Elis) e não *ameaçador*, possibilitando muitas vezes a expressão com pitadas de liberdade. Isso ocorre, a partir do ponto de vista dos participantes, pela liberdade para falar, se movimentar, pelo acolhimento das expressões individuais e grupais, letras de canções e músicas.

A nossa sociedade atualmente vivencia um sistema que valoriza a competitividade e a busca por bens materiais. O pensamento de Hortélio (2014) é de que “a gente nasceu pra ser gente, pra se expressar em plenitude e liberdade, em inteireza com todos os talentos que o ser humano tem”, todavia “a liberdade é perigosa, né, o sonho é perigoso (...) a reinvenção daquilo que a gente vive é sempre uma desestabilização do *status quo*” (PEREIRA, 2014)⁶. Essa desestabilização pode subverter normas sociais, pois as pessoas que passam a se expressar em um espaço onde são ouvidas ou não, potencializam mudanças, sejam as mudanças, construtivas ou destrutivas⁷.

⁶ O relato de Maria Amélia Pereira (2014) encontra-se no documentário Tarja Branca: a revolução que faltava.

⁷ Minayo (2006) aponta a(s) violência(s) também como forma(s) de expressão, sendo então um exemplo de expressão destrutiva. É relevante pensarmos na violência enquanto geradora de óbitos, entretanto, também de sobreviventes.

Percepção de saúde(s)

Categorizamos alguns temas à medida que se sobressaíam, porém este último “percepção de saúde(s)” veio à tona por clarificar a percepção das/os participantes a respeito de saúde enquanto tema em si. A maioria dos trechos foram respostas das perguntas que objetivavam compreender a percepção de saúde das/os participantes e as possíveis associações e intersecções entre a saúde e a prática musicoterapêutica no local de atuação da/o profissional. Encontramos, nas respostas, elos com os temas já apresentados e buscamos por aproximá-los ou afastá-los da compreensão de saúde que adotamos nesse trabalho.

A participante Marta disse que a saúde emocional está relacionada a perspectivas diferentes de vida e entende a música como uma possibilidade das pessoas se mobilizarem para essas novas perspectivas:

“saúde né, de que um futuro eu posso ter, um futuro diferente do que meus pais, que os meus avós (...) às vezes eu tenho saúde, mas eu não [tenho] perspectiva de vida, né, tem saúde física, mas não tem uma saúde emocional e eu acho que a música traz isso” (Marta).

Esse relato, nos leva a pensar na relação da saúde com o tema “novas perspectivas”, exposto anteriormente, no qual concluímos que a saúde enquanto potência para lidar com a existência, com a mutabilidade da vida, implica em movimento, que pode nos levar a perspectivas outras de vida. Podemos, assim, fazer o destaque da participante para a possibilidade da ação musicoterapêutica de mobilizar as potências das pessoas envolvidas em prol da modificação de suas perspectivas de vida. Essa visão se aproxima dos objetivos de promoção de saúde aqui expostos, dentre eles: desenvolver formas criativas e produtoras de movimento para estabelecer possibilidades de outras formas de viver.

MUSICOTERAPIA

Clarice se referiu à saúde enquanto prática médica e, portanto, não compreendendo a intersecção da saúde e da prática musicoterapêutica em seu local de atuação, porém logo repensou:

“aqui não tem muita parte de saúde assim (...) tipo que não tem médicos e coisa e tal (...) bom, pera lá pera lá pera lá, mas é que eu tô colocando como saúde... não, mas, faz sim, faz sim” (Clarice).

78

Esta participante, no entanto, nos remeteu ao “encontro” enquanto tema e a relevância de se entender o outro, para além de si próprio. Assim, a participante relatou que compreende saúde para além do bem estar individual, o que condiz com a saúde considerada enquanto coletiva e comunitária, um dos pilares da musicoterapia social e comunitária:

“minha saúde, a saúde do meu colega, eu estou entendendo, eu estou me entendendo, estou entendendo o meu colega” (Clarice).

Daniele citou a “expressão de si”, na medida em que a saúde está no olhar e na escuta para o grupo, voltado para o que o grupo expressa, cria, leva para prática da musicoterapia. A saúde considerada, aqui, como potência de ação tem relação com atos de criação e expressão das subjetividades das pessoas:

“a musicoterapeuta já tem um olhar voltado (...) pro que o grupo traz, pro que o grupo cria, é... o que que o grupo é... tá mostrando hoje, né, como é que você vai lidar com isso, quando é expressado, é... é todo o momento que é vivido (...) então eu acho que isso gera saúde” (Daniele).

Tiago, em seu relato, falou da perspectiva da saúde em comunhão com o tema “novas perspectivas”, assim como Marta. Essa comunhão pode se relacionar ao potencial das pessoas em agir frente a dinâmica e as circunstâncias da vida. Ele também mencionou a pluralidade da saúde enquanto física e mental.

“eu vejo que (...) a musicoterapia é uma ferramenta pra você trabalhar o potencial da pessoa e também você discutir sobre o que tá acontecendo ao seu redor, você encontra soluções pra esses problemas que tão acontecendo ao seu redor (...) porque a saúde não é só saúde física, tem a saúde mental” (Tiago).

A participante Camila relatou que “saúde, ... é você rir...”. Dessa forma para ela, sorrisos promovem saúde, e como vimos, o tema “lúdico” se relaciona a atividades prazerosas e estas são passíveis de gerar risadas e sorrisos, o que conflui com um dos objetivos da promoção da saúde aqui considerados, pois a promoção da saúde também está voltada à satisfação de necessidades e desejos e a possibilidades de prazer das pessoas (Oselame , Machado & Chagas, 2014, p.107).

Elis revelou que o foco da musicoterapia em seu local de atuação não está na saúde, porém que tem efeito terapêutico, pois este é inerente à prática musicoterapêutica:

“na área da assistência eu não penso saúde no / porque o meu foco não é a saúde (...) ela vai ter um efeito terapêutico, e a gente precisa pensar a própria concepção que se tem de terapia, se é algo fechado dentro dum consultório só ou se pode ser pra além disso, né, com outros espaços, né, com outras populações, as próprias comunidades” (Elis).

A participante disse que é necessário repensar a concepção de terapia, como possível em espaços grupais, coletivos, comunitários, além de um consultório, o que converge com as/os autoras/es que fundamentam a musicoterapia social e comunitária, e que por sua vez fundamentaram o presente trabalho. Uma vez que se busca, nessa perspectiva da musicoterapia, a implicação com as pessoas e com as comunidades, a quebra das quatro paredes e o acato de novos paradigmas.

Bianca disse que o foco da prática musicoterapêutica em seu local de atuação não está na saúde. A participante relaciona a promoção e a produção de saúde apenas junto ao setor de saúde, o que pode nos levar a considerar que ela entende saúde como ausência de doença, o que se afasta um pouco de como consideramos saúde, promoção e produção de saúde nesta pesquisa.

Da mesma forma, Rafaela falou que o foco da prática musicoterapêutica não está na saúde, em seu local de atuação. E também fez referência à saúde apenas junto ao setor saúde:

“por que quando fala saúde a gente pensa em algo patológico, já alguma doença (...) área da saúde é na questão daí o hospital, posto (...) meu conceito de saúde bem estar físico (...) então eu já nem... não, não, não vejo, não vejo, eu teria que ver algo mais concreto, sabe?”
(Rafaela).

80

Quando Rafaela diz repetidas vezes que *não vê*, está dizendo que não vê associações ou intersecções entre a prática da musicoterapia e a saúde em seu local de atuação. Esta participante compreende saúde enquanto bem estar físico e como ausência de doença, o que se distancia de como consideramos saúde nesse trabalho.

O que foi possível compreender ao longo desse tema, é que as pessoas que participaram desta pesquisa concebem algumas percepções de saúde, afinal não há novidade em se entender saúde como sendo plural, ampla e de dimensões irrestritas. Todavia cada participante pôde nos conduzir a elos entre sua percepção de saúde, a intersecção da prática musicoterapêutica e saúde em seu local de atuação, com os demais temas apresentados nesta pesquisa.

As contribuições das/os participantes nos mostraram que a prática musicoterapêutica possibilita um espaço de ação que potencializa a saúde, mesmo quando a saúde foi vista como setorializada no bem estar físico, como a entenderam Rafaela e Bianca, ou como a consideraram as/os demais participantes que se aproximaram da concepção de promoção e produção de saúde mais complexas como as adotadas neste trabalho.

Reflexão final

Este trabalho nos possibilitou entrar em contato com profissionais envolvidos em equipes interdisciplinares que atuavam em projetos sociais e em unidades da rede socioassistencial. A partir das entrevistas, nos foi possível

conhecer a percepção das/os participantes a respeito da prática musicoterapêutica no que tange a promoção e a produção de saúde, em seus locais de atuação. Percebeu-se que, nas percepções da maioria das/os participantes, a dimensão de saúde esteve como uma face da prática da musicoterapia em seus locais de atuação. Esteve também, atravessada pelos temas apresentados nessa pesquisa: “encontro”, “novas perspectivas”, “lúdico” e “expressão pessoal”. O tema “rede” não esteve diretamente relacionado à saúde, todavia esteve relacionado à prática musicoterapêutica e relevante às práticas de projetos sociais e rede socioassistencial. Mesmo com a busca por elos entre as percepções de saúde(s) e os temas apresentados, não concluímos ao certo se a potência nos leva ao encontro, às novas perspectivas, a vivenciar o lúdico e a expressão de si, ou se todos esses fatores são potencializadores, promovem saúde.

É relevante pontuar que cada tema apresentado nesse trabalho fomenta discussões mais amplas e mais profundas. Ao longo do trabalho, vimos algumas considerações a respeito da musicoterapia social e comunitária, à medida que essas perspectivas o fundamentaram. Entendemos que essas perspectivas cabiam na pesquisa por se levar em conta, além de aspectos sócio-históricos, aspectos culturais das pessoas e a saúde das comunidades, das coletividades. Todavia ainda parece que não está definido, e talvez nem precise estar, a abrangência da musicoterapia social e da musicoterapia comunitária, e também se a musicoterapia social e comunitária é de fato uma perspectiva que fomenta diferentes paradigmas ou se está relacionada à área de atuação. No perfil do musicoterapeuta social, por exemplo, há relação da prática profissional na rede socioassistencial.

Esta pesquisa possibilitou a ampliação de minhas próprias concepções sobre saúde. Pude perceber, a partir dos relatos das/os participantes, as potencialidades da prática musicoterapêutica. Os temas abordados na pesquisa e elementos como responsabilidade social e ação política da musicoterapia, acolhimento, liberdade, escuta, encontro, mostraram o quão relevante é esta prática em ambientes como projetos sociais e unidades da

rede socioassistencial. Algumas dúvidas e inquietações a respeito da musicoterapia social e da área social permanecem em movimento. Não tivemos a intenção, com a pesquisa, de invadir espaços, visto que há a divisão dos sistemas de saúde e de assistência social no Brasil - o que é importante no âmbito político -, porém entendemos que é possível aprofundar ainda mais a comunicação entre as esferas da saúde e da assistência social, e desta forma a prática musicoterapêutica se mostrou potencial para essa comunicação. Essa articulação se torna possível na medida em que a prática musicoterapêutica se revela como uma potência de encontro, saúde, novas perspectivas de viver, brincar e sonhar com uma existência melhor.

Referências

ARISTÓTELES. **Vida e Obra**. São Paulo: Nova Cultural, 1996. (Coleção Os Pensadores).

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro (trad.). Lisboa: Edições 70, 1977.

BLACKING, John. **Music, Culture and Experience**. University of Chicago Press, 1995.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, DF: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília, DF. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf> . Acesso em: 12 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Lei Orgânica de Assistência Social**. Brasília, DF: mar. 2009.

BROUGÈRE, Gilles. **Brinquedo e Cultura**. 5ª edição. São Paulo: Cortez, 2004.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CZERESNIA, Dina. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

CUNHA, Rosemyriam. Musicoterapia social. *In*: XII SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 2006, Gioânia. **Anais do XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia**. Disponível em: <http://www.sgmt.com.br/anais/p09palestras/Mesa08_p3_RosemyriamCunha.pdf>. Acesso em: 02 de abril de 2014.

CUNHA, R; VOLPI, S. A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. **Revista Científica/FAP**, Curitiba, v. 03, p. 85-97, 2008. Disponível em: <http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/RevistaCientifica3/11_Rosemyriam_Cunha_Sheila_Volpi.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2014.

FUKS, Saúl I. Reflexiones acerca de las paradojas del *empowerment*. *In*: SAFORCADA, E., CERVONE, N., SARRIERA, J. C., LAPALMA, A., DE LELLIS, M. **Aportes de la Psicología Comunitaria a problemáticas de la actualidad latinoamericana**. Buenos Aires: JVE Ediciones, 2007. p. 19-50.

GUAZINA et al. **Perfil do musicoterapeuta social**. Curitiba, 2011. Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B73Xng5XEKFMjlkMGlyMGMtZmM4MS00NmNkLWExOWQtNjEyNzhjMzcwZWZl/edit?pli=1>>. Acesso em: 16 de abril de 2014.

GUAZINA, Laize. Reflexões sobre o 'social' em musicoterapia. *In*: X FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 2008, Curitiba. **Anais do X Fórum Paranaense de Musicoterapia**. Curitiba: Griffin, 2008. p. 110.117.

LEINIG, Clotilde E. **A música e a ciência se encontram**: um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia. Curitiba: Juruá, 2008.

MARTINS, Sueli T. F. Psicologia social e processo grupal: a coerência entre *fazer, pensar e sentir* em Sílvia Lane. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.19, p. 76-80, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19nspe2/a2219ns2.pdf>> Acesso em: 07 de outubro de 2014.

MINAYO, Maria C. de S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

OSELAME, Mariane; CARVALHO, Fernanda. A pesquisa em musicoterapia no cenário social brasileiro. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, n. 14, p. 67-80, ano XV, 2013.

OSELAME, M.; MACHADO, R. B.; CHAGAS, M. Um estudo sobre as práticas da musicoterapia em direção à promoção da saúde. **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Curitiba, ano XVI, n. 16, p.102-121, 2014.

PAVLICEVIC, Mercédès. **Groups in Music**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2003.

PELLIZZARI, Patrícia. Musicoterapia comunitária, contextos e investigação. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Curitiba, ano XII, n. 10, 2010.

SÁ, Neusa Maria Carlan. **O lúdico na ciranda da vida adulta**. 266 p. Dissertação (Mestrado) – Setor de Educação, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2004.

VYGOTSKY, Lev S. **La imaginación y el arte en la infancia**. Madrid, Espanha: Akal, 1982.

Recebido em 23/04/2015
Aprovado em 11/06/2015

MUSICOTERAPIA

APLICAÇÃO DA VERSÃO REDUZIDA DA BATERIA *MONTREAL BATTERY OF EVALUATION OF AMUSIA* (MBEA) EM PACIENTES AFÁSICOS DE EXPRESSÃO E DISÁRTRICOS

APPLICATION OF THE REDUCED VERSION OF THE TEST BATTERY *MONTREAL BATTERY OF EVALUATION OF AMUSIA* (MBEA) IN PATIENTS APHASIC SPEECH AND DYSARTHRIA

Michelle de Melo Ferreira¹ / Clara Y. Ikuta²

85

Resumo - Os déficits das funções musicais também conhecido por amusia podem resultar de uma ou mais lesões cerebrais. Estudos relatam que apesar do sistema musical e da linguagem trabalharem de formas independentes, algumas funções usam os mesmos substratos neurais. Dessa forma os déficits de linguagem em consequência de uma lesão cerebral podem estar associados com os déficits de uma ou mais funções musicais. Atualmente a melhor ferramenta para mensurar os déficits das funções musicais é a *Montreal Battery of Evaluation of Amusia* (MBEA), uma bateria com seis testes que avalia o processamento musical referente à discriminação da organização melódica (contorno, escala, intervalo), temporal (ritmo, métrica) e memória incidental. Em 2010, a bateria de testes foi traduzida e validada no Brasil por Marília Silva e colaboradores e em 2012 foi realizada a versão reduzida visando uma melhor aplicabilidade. O presente trabalho objetivou aplicar a versão reduzida da MBEA em dois grupos: afásicos de expressão (n=5) e disártricos (n=6). Não houve diferença significativa quanto ao número de acertos dos dois grupos em cada teste, porém ambos tiveram uma média de acertos menor no teste de métrica em relação aos demais testes incluindo o teste de ritmo, elementos em comum com a fala..

Palavras-Chave: disartria, afasia de expressão, funções musicais, MBEA

Abstract - Deficits of music functions also known as amusia may result from one or more brain damage. Studies report that despite the musical system and language work of independent ways, some functions are used the same neural substrates. Thus language deficits as a result of brain damage may be associated with deficits of one or more musical functions. Currently the best tool to measure the deficits of musical functions is the *Montreal Battery of Evaluation of Amusia* (MBEA), a battery of 6 tests that evaluates the music

¹ Musicoterapeuta graduada pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), aprimorada em Musicoterapia na Reabilitação Física pela Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD – Unidade Ibirapuera - SP) mt.michelledemelo@gmail.com

² Psicóloga graduada pela UNESP (Assis), especialista em musicoterapia pela Faculdade Paulista de Artes (FPA) e musicoterapeuta na AACD – Unidade Ibirapuera (SP) cikuta@aacd.org.br

processing on the discrimination of melodic organization (outline, scale, range), temporal (rhythm , metric) and incidental memory. In 2010, the test battery was translated and validated in Brazil by Marilia Silva et al and in 2012 was held the reduced version to better applicability. This study aimed to apply the reduced version of MBEA into two groups: aphasic expression (n = 5) and dysarthria (n = 6). There was no significant difference in the number of correct answers of the two groups in each test, but both had an average of less hits in metric test in comparison with other tests including the pace test, in common with speech..

Keywords: dysarthria, aphasia speech, musical functions, MBEA.

Introdução

O encéfalo compreende a soma das estruturas corticais (cérebro) e subcorticais (hemisféricas) como o tronco e o cerebelo. São essas estruturas que comandam as nossas ações, pensamentos e comportamentos (FERREIRA; OLIVEIRA-ALONSO, 2010a). Quando o encéfalo é lesionado por algum fator traumático ou não traumático, excluindo doenças hereditárias, congênitas, degenerativas ou induzidas por trauma durante o parto, essa lesão pode ser definida como lesão encefálica adquirida (BRAIN INJURY ASSOCIATION, EUA, 1997).

Na lesão encefálica adquirida (LEA) são incluídos todos os tipos de lesões traumáticas e não traumáticas causadas por acidentes vasculares encefálicos (AVE), perda de oxigênio no cérebro (anóxia), neuroinfecções e tumores cerebrais (FERREIRA; OLIVEIRA-ALONSO, 2010b). Por incluir diversas causas e tipos de patologias, as consequências das lesões são vastas, variando de pessoa a pessoa. Pensando na comunicação, os sintomas mais comuns em indivíduos que sofreram um evento neurológico são afasia e disartria.

Afasia é definida como a perda ou deterioração da comunicação verbal devido a uma lesão no sistema nervoso central envolvendo um ou mais aspectos do processo de compreender e produzir mensagens verbais (BASSO; CUBELI, 1999 *apud* SPREEN; RISSER, 2003). De acordo com o tipo de afasia

o déficit da linguagem pode estar relacionado à compreensão, à expressão, ou a ambos, em graus diversos.

Disartria é um termo coletivo para os distúrbios da fala que resultam em paralisia, fraqueza ou incoordenação da musculatura da fala em consequência dos danos causados ao sistema nervoso central e/ou periférico que podem afetar um ou vários dos cinco componentes da produção da fala: respiração, fonação, ressonância, articulação e prosódia (DARLEY; ARONSON; BROWN, 1969 *apud* ORTIZ; CARRILLO, 2008). Existem vários tipos de disartria, de acordo com o local da lesão, eles apresentam características peculiares envolvendo o desempenho anormal de estruturas que correspondem às bases fonoarticulatórias, responsáveis pela produção de uma fala inteligível (MAC-KAY; ASSENCIO-FERREIRA; FERRI-FERREIRA, 2003).

De acordo com o local e a extensão da lesão, o indivíduo também pode apresentar algum déficit na função musical, que compreende um conjunto de atividades cognitivas e motoras envolvidas no processamento da música (CORREIA, MUSZKAT, VICENZO et al., 1998), memória e reconhecimento musical podendo ser uma perda completa ou parcial da faculdade de produzir ou compreender os sons musicais. Também denominado de amusia, esses déficits podem ser adquiridos, como consequência de doenças ou lesões cerebrais ocasionadas por algum acidente ou congênita, presente desde o nascimento ou que pode ocorrer ao longo dos anos por algum fator hereditário (AANDRADE; BHATTACHARYA, 2003).

Seus sintomas são classificados como: receptivos, clínicos ou mistos. A amusia clínica ou expressiva incluem a incapacidade de cantarolar melodias familiares e/ou tocar algum instrumento musical, apesar de terem audiometria normal e capacidade intelectual e memória normais ou acima da média. Na amusia receptiva, conhecida também como surdez musical, está a incapacidade de reconhecer determinado tom de uma música ou perceber de forma inadequada as notas musicais de uma melodia conhecida. (PEIXOTO et al., 2012). Na amusia mista, os comprometimentos acometidos são a combinação dos sintomas da amusia receptiva e expressiva.

Estudos indicam que a amusia receptiva pode ou não estar associada com problemas no processamento da fala bem como na emissão oral, pois, apesar de o processamento da linguagem verbal parecer de forma independente do processamento musical, existem paralelos entre a linguagem da fala, emissão vocal e a linguagem musical (MUSZKAT; CORREIA; CAMPOS, 2000). Isso quer dizer que pessoas que sofreram alguma lesão cerebral e perderam funções responsáveis por compreender e expressar algo verbalmente possa ou não, ter associação com a amusia. Tanto a fala quanto o canto dependem de estruturas cerebrais responsáveis pela compreensão e expressão verbal bem como os mecanismos fonadores e articulatórios. Além disso, ambos possuem inflexões, entonações, andamento, ritmo e melodia (SACKS, 2011). Estudos de neuroimagem indicam que algumas funções, como a sintaxe, podem exigir recursos neurais comuns para voz e a música (ZATORRE, 2005). Dessa forma, podemos partir do pressuposto de que o déficit de comunicação em consequência de uma lesão cerebral pode ou não estar associado com os déficits de uma ou mais funções musicais.

O diagnóstico de amusia pode ser obtido através de uma bateria de testes desenvolvida e aprimorada desde 1987 a partir do modelo neuropsicológico do processamento musical. Esses testes foram elaborados pela neurologista canadense Isabelle Peretz e colaboradores e são denominados *Montreal Battery of Evaluation of Amusia* (MBEA), que contém seis testes que avaliam as funções musicais quanto à discriminação da organização melódica (contorno – *pitch direction*, escalas – *scale alternate*, intervalos – *intervale alternate*), organização temporal (ritmo – *rhythm alternate*, métrica – *metric test*) e memória (PERETZ; CHAMPOD; HYDE, 2003).

No Brasil, essa bateria foi traduzida e validada em 2010 (SILVA-NUNES; LOUREIRO; LOUREIRO et al., 2010) por meio de uma série de estudos de equivalência semântica, conceitual e de itens avaliados por juízes especialistas e não especialistas. Em 2012 foi realizada a versão reduzida da MBEA com o objetivo de servir como base para a comparação em estudos de caso simples e

estudos posteriores em populações com problemas neuropsicológicos específicos (SILVA-NUNES; HAASE, 2012).

Apesar dos dados sugerirem que os processamentos da música e da fala não utilizam substratos neurais completamente sobrepostos, existe paralelo entre a linguagem verbal e a linguagem musical, o que nos leva ao seguinte questionamento: Será que os pacientes afásicos de expressão e disártricos podem apresentar alguma diferença nos déficits musicais capaz de ser identificada pela MBEA? Há alguma relação dos resultados obtidos com os déficits do processamento da fala e da emissão vocal?

O objetivo deste estudo é analisar a aplicabilidade da versão reduzida da MBEA em pacientes afásicos de expressão e disártricos mensurando o grau de déficit musical dos dois grupos e verificar se eles apresentam déficits apenas na linguagem falada ou se as suas lesões cerebrais podem estar associadas com o processamento musical, memória e reconhecimento musical para obtenção de um melhor planejamento terapêutico na reabilitação neurológica.

Metodologia

O presente estudo é observacional de caráter transversal com o objetivo de verificar a aplicabilidade da bateria de testes MBEA e comparar o grupo de afásicos de expressão e o grupo de disártricos quanto ao número de acertos nos testes. Este trabalho foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o protocolo de número 058840/2014.

Participantes

Foram recrutados 67 pacientes da lista de espera da clínica de LEA do setor de fonoaudiologia gerada a partir da avaliação global realizada na AACD – Unidade Ibirapuera, São Paulo (Brasil). Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de afasia de expressão e disartria com audição normal autorreferida. Ao todo foram 37 afásicos de expressão e 30 disártricos. Do

grupo de afásicos de expressão, foram excluídos 7 pacientes com idade inferior a 26 anos e superior a 63 anos, 14 com diagnóstico de afasia mista, 7 que já haviam feito terapia para voz na fonoaudiologia e/ou na musicoterapia depois da lesão, 1 diagnosticado com afasia de expressão grave, 1 que estava na UTI devido a um novo AVE e não tinha condições de realizar a avaliação, 1 com diagnóstico de afasia de expressão associado com outra alteração de linguagem e 1 que ainda estava aguardando avaliação fonoaudiológica para fala e linguagem.

Do grupo de disártricos foram excluídos 8 pacientes com idade inferior a 26 anos e superior a 63 anos, 9 que já haviam feito terapia para voz na fonoaudiologia e/ou na musicoterapia depois da lesão, 2 diagnosticado com disartria grave e 4 cuja indicação terapêutica era apenas para a deglutição e não para a fala. Ao todo, foram selecionados 5 afásicos de expressão e 6 disártricos para participarem deste estudo.

A partir dessa seleção, os pacientes foram contatados por telefone para comparecerem à AACD para realização do teste. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os testes foram aplicados pela musicoterapeuta responsável da AACD, liderada pela primeira autora deste artigo.

Instrumentos

Para avaliação das funções musicais foi utilizada a versão reduzida da *Montreal Battery of Evaluation of Amusia* (MBEA) em que os 4 primeiros testes (contorno, intervalo, escala e ritmo) contêm 15 itens cada, sendo 7 ensaios com pares melódicos iguais, 7 ensaios que incluem uma melodia comparativa diferente e 1 ensaio estratégico (ensaio de captura).

Para o teste de métrica há um total de 14 itens, sendo metade em métrica ternária (valsa) e a outra metade em métrica binária (marcha). Os testes de memória incidental possuem 14 itens, sendo que metade corresponde a uma melodia que foi ouvido anteriormente e a outra metade a

uma nova melodia (NUNES; HAASE, 2012). Cada teste possui uma folha-resposta para assinalar a resposta correta. Como os pacientes afásicos possuem dificuldade em se expressar, foram consideradas respostas verbais, gestuais e visuais. Vale ressaltar que quanto maior o número de acertos no teste, melhor é a performance do paciente. A MBEA é dividida em três grupos (SILVA-NUNES; LOUREIRO; LOUREIRO et al., 2010; SILVA-NUNES; HAASE, 2012):

- a) Teste de organização melódica: que consiste em três grupos de estímulos diferentes (testes de avaliação da tonalidade – *scale alternate*, testes de alteração da linha melódica – *contour alternate* e modificação de intervalo – *intervale alternate*). Durante a escuta é requerido ao paciente que julgue se a melodia alvo e a melodia de comparação são iguais ou diferentes.
- a. A avaliação da tonalidade (*scale alternate*), avalia a capacidade de reconhecer a modificação do *pitch* (propriedade do som, que pode ser classificado como agudo e grave). Nas frases melódicas diferentes é alterada apenas uma nota, substituindo-a por outra numa tonalidade diferente. Dessa forma, a nota alterada fica fora de escala, enquanto as demais mantêm a tonalidade da melodia original.
 - b. A avaliação de alteração da linha melódica (*contour alternate*) é criada pela modificação de um *pitch* crítico. Se a nota a ser alterada é ascendente, ela passa a ser descendente e vice-versa, de forma a mudar a direção do *pitch* geral da melodia.
 - c. A avaliação de modificação do intervalo (*intervale alternate*) consiste na modificação da distância entre dois semitons adjacentes. A nota diferenciada altera sua altura crítica para outra extensão, mas mantém o contorno e a escala original. Se um intervalo é ascendente, por exemplo, ele continua ascendente, mas pode ser alterado aumentando-se ou diminuindo-se a sua extensão.
- b) Testes de organização temporal: em que são avaliados através da avaliação rítmica, a modificação do ritmo (*rhythm alternate*) e de métrica – acentuação

periódica no tempo (*metric test*). Durante a escuta da modificação rítmica é requerido ao paciente que julgue se a melodia alvo e a melodia de comparação são iguais ou diferentes. No teste métrico, pede-se ao paciente que julgue se a melodia é marcha ou valsa.

- a. No teste de modificação rítmica, as frases diferentes são alteradas entre dois semitons adjacentes, modificando-as em seus valores, mas mantendo a mesma métrica e número de notas musicais.
 - b. No teste métrico, procura-se avaliar a capacidade de um reconhecimento de cada compasso, se está em métrica binária ou ternária. Se a melodia possuir métrica ternária, com o primeiro tempo forte e os outros dois tempos fracos, deve ser classificada como valsa e se estiver em métrica binária, com o primeiro tempo forte e o segundo fraco, deve ser classificada como marcha.
- c) Testes de reconhecimento de frases musicais: são apresentadas 7 melodias entre as 15 melodias já ouvidas anteriormente e 7 novas melodias seguindo o mesmo princípio de composição, porém diferindo em seus padrões de tempo e altura. O paciente deve responder “sim” se reconhece a melodia apresentada anteriormente, ou “não”, se a melodia apresentada for nova.

Procedimento

A aplicação da MBEA foi realizada individualmente no setor de musicoterapia da AACD – Unidade Ibirapuera, São Paulo (Brasil). Para o procedimento, foram utilizados dois fones de ouvido (um para o paciente e o outro para a aplicadora do teste), duas canetas, um formulário de identificação com um questionário sobre escolaridade, mão dominante antes e depois da lesão e se possui alguma experiência musical (teórica e/ou prática). As músicas dos testes estavam no formato mp3 foram tocadas através do Windows Media Player (programa do Sistema Operacional Windows XP). O volume do áudio foi ajustado individualmente a um nível que fosse claramente

audível ao paciente. Além disso, a aplicadora deu instruções verbais assim como exemplos de áudio para compreensão do que seria analisado em cada teste.

Análise estatística

A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva (média, desvio-padrão, intervalo de confiança e valor de P), utilizando o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). A comparação dos dois grupos quanto à idade e ao número de acertos realizados em cada teste foi obtida pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney, uma vez que eram duas amostras independentes e com baixa amostragem. Quanto à comparação da frequência relativa (percentuais) das variáveis qualitativas (sexo, escolaridade e experiência musical), foi utilizado o teste de Igualdade de Duas Proporções. Os dados foram computados pelos softwares SPSS V17, Minitab 16 e Excel Office 2010.

Resultados

Não houve diferença significativa quanto a idade ($p=0,464$), sexo ($p=0,387$), escolaridade (ensino fundamental incompleto $p=0,122$, ensino médio completo $p=0,137$ e ensino superior completo $p=0,887$) ou experiência musical ($p=0,376$) entre o grupo de afásicos de expressão e o grupo de disártricos (Tabela 1).

MUSICOTERAPIA

Tabela 1: Idade (média \pm desvio-padrão), escolaridade e experiência musical do grupo afásicos de expressão e disártricos

	Afásicos de expressão	Disártricos
Idade em anos	42,4 \pm 14,0	36,3 \pm 10,8
Sexo feminino (%)	2 (40,0)	1 (16,7)
Sexo masculino (%)	3 (60,0)	5 (83,3)
Ensino fundamental incompleto (%)	3 (60,0)	1 (16,7)
Ensino Médio completo (%)	1 (20,0)	4 (66,7)
Ensino superior completo (%)	1 (20,0)	1 (16,7)
Já teve experiência musical (%)	3 (60,0)	2 (33,3)
Nunca teve experiência musical (%)	2 (40,0)	4 (66,7)

Não houve diferença significativa na comparação dos dois grupos quanto ao número de acertos em cada teste (Tabela 2).

Tabela 2: Análise comparativa do grupo de afásicos de expressão e disártricos quanto ao número de acerto nos testes

	Acerto	N	Média \pm DP	IC	P-valor
Teste 1 - Contorno	Afásicos de expressão	5	10,6 \pm 2,4	2,1	0,851
	Disártricos	6	10,3 \pm 2,3	1,8	
Teste 2 - Intervalo	Afásicos de expressão	5	10,4 \pm 1,7	1,5	0,777
	Disártricos	6	10,7 \pm 2,0	1,6	
Teste 3 - Escala	Afásicos de expressão	5	10,0 \pm 3,9	3,5	0,574
	Disártricos	6	9,8 \pm 1,8	1,5	
Teste 4 - Ritmo	Afásicos de expressão	5	10,0 \pm 2,3	2,1	0,354
	Disártricos	6	11,7 \pm 2,9	2,4	
Teste 5 - Métrica	Afásicos de expressão	5	7,0 \pm 2,3	2,1	0,851
	Disártricos	6	7,2 \pm 3,1	2,5	
Teste 6 - Memória	Afásicos de expressão	5	9,0 \pm 3,0	2,6	0,513
	Disártricos	6	10,3 \pm 1,0	0,8	
Total	Afásicos de expressão	5	57,0 \pm 6,9	6,0	0,522
	Disártricos	6	60,0 \pm 6,6	5,3	

Nota: DP= desvio-padrão

Discussão

A caracterização comparativa dos dois grupos quanto a idade ($p=0,464$), sexo ($p=0,387$), escolaridade (ensino fundamental incompleto $p=0,122$, ensino médio completo $p=0,137$ e superior completo $p=0,887$) e experiência musical ($p=0,376$) não apresentou diferença significativa entre os grupos, o que corrobora com outras bibliografias. Hausen, Torppa, Salmela et al. (2013) por exemplo, realizaram um estudo com participantes saudáveis ($n=64$) e perceberam que apesar da idade, não foi linearmente correlacionado com o escore de percepção musical ($p=0,79$). O nível de educação também não diferenciou os participantes sobre os escores atingidos de percepção [$F_{(3, 57)}=1.81, p=0,16$ anos], e a educação musical não foi significativamente correlacionada com a percepção da música [$r_{(56)}=0,10, p=0,46$].

Diante dos resultados obtidos podemos considerar que a versão reduzida da MBEA é aplicável tanto aos pacientes com afasia de expressão quanto aos pacientes com disartria, mas não houve diferença significativa ao comparar os resultados dos dois grupos. O esperado seria que a média de acertos dos dois grupos fosse diferente em cada teste, pois, a afasia de expressão compreende o déficit do processamento da linguagem enquanto a disartria compreende o déficit oromotor que dificulta a emissão das palavras envolvendo sintaxe, respiração, ritmo, entonação e prosódia. Devemos considerar que essa diferenciação possa não ter ocorrido porque o número de indivíduos em cada grupo foi baixo ($n=5$ para afásicos de expressão e $n=6$ para disártricos). O poder da nossa amostra foi de 49,9%.

Apesar dessa limitação, é importante destacar que os resultados dos dois grupos não apresentaram nenhum indício de que as percepções melódicas e temporais estão dissociadas. Isso deve estar relacionado com a etiologia da nossa amostra, pois há outros estudos que indicam a dissociação da organização temporal e melódica (PERETZ, 1990; PERETZ; KOLINSKY, 1993; DI PIETRO; LAGANARO; LEEMANN et al., 2004; PERETZ; ZATORRE, 2005; HAUSEN et al., 2013).

Peretz (1990), em seu estudo com quatro pacientes (n=2 com lesão encefálica esquerda e n=2 com lesão encefálica direita), percebeu que os pacientes com lesão encefálica esquerda tiveram uma melhor pontuação na organização melódica enquanto os pacientes com lesão encefálica direita foram melhores na organização temporal. Além de indicar que o processamento melódico e temporal são independentes, também é possível afirmar que os componentes da linguagem verbal não são igualmente lateralizados no hemisfério esquerdo da mesma forma que os componentes das funções musicais não são processados exclusivamente no hemisfério direito (SPRINGER; DEUTSCH, 1998). Então, é possível afirmar que as lesões encefálicas podem levar a uma perda seletiva na percepção dessas duas dimensões do processamento musical (SILVA-NUNES; HAASE, 2013).

Para os testes de organização melódica (contorno, intervalo e escala), os dois grupos também apresentaram uma média de acertos similar. Desses componentes, o contorno melódico muito se assemelha com o contorno prosódico, pois, ambos possuem variações de altura. Entretanto, apesar dessa semelhança, os dois grupos tiveram uma boa média de acertos (10,6 para o grupo de afásicos de expressão e 10,3 para o grupo de disártricos), o que indica que na nossa amostra não houve essa relação. Isso pode estar relacionado pela diferença da dinâmica das variações de altura entre eles. A diferença se dá em virtude de que no canto, por exemplo, a voz se mantém em determinada altura (nota musical) por algum tempo e depois “salta-se” de uma nota para a outra. Na fala, as alturas também se sucedem umas às outras, mas, a modulação tende a ser maior: não em determinada altura (JACKENDOFF, 2009), sendo caracterizada por uma variedade de mudanças e contrastes (STEVENS; KELLER; TYLER, 2013).

Outros estudos revelam que existem mecanismos distintos para o contorno, intervalo (PERETZ, 1990) e escala (PERETZ; ZATORRE, 2005). O giro temporal superior é responsável por recrutar e avaliar contorno da música, enquanto ambas as regiões temporais: direita e esquerda recrutam e avaliam a informação temporal. Lesões unilaterais podem prejudicar no reconhecimento

do intervalo entre notas musicais (ANDRADE; BHATTACHARYA, 2003) enquanto, lesão no hemisfério direito infere em ambos os processos (NUNES; HAASE, 2013). Quanto aos aspectos tonais (escala melódica), eles têm sido pouco estudados, porém as evidências sugerem que há uma rede neural especializada para o processamento da estrutura tonal que independe das estruturas responsáveis pela codificação do tempo, contorno melódico e intervalo (PERETZ; ZATORRE, 2005).

Na amostra utilizada neste estudo, o grupo de afásicos de expressão assim como o grupo de disártricos teve uma diferença média de acertos similar desses itens. Para a organização melódica, os afásicos de expressão atingiram uma média de $10,6 \pm 2,4$ para o contorno; $10,4 \pm 2,3$ para o intervalo e $10,0 \pm 3,9$ para escala. O grupo de disártricos atingiu uma média de acertos de $10,3 \pm 2,3$ para o contorno, $10,7 \pm 2,0$ para o intervalo e $9,8 \pm 1,8$ para a escala. No estudo realizado por Ayotte, Peretz, Rosseau et al. (2000) com 20 indivíduos que sofreram uma cirurgia cerebral unilateral esquerda ($n=7$), direita ($n=10$) ou bilateral ($n=3$), notou-se que, apesar dos três grupos acertarem sucessivamente mais a escala que o contorno e intervalo, a diferença percentual de cada item foi irregular, o que indica a dissociação do processamento de cada componente melódico.

Para os testes de organização temporal, é possível perceber que no teste rítmico e de métrica os dois grupos não apresentaram diferença quanto ao número de acertos (o grupo de afásicos de expressão teve uma média de $10,0 \pm 2,3$ no teste rítmico e $7,0 \pm 2,3$ no teste de métrica, enquanto o grupo de disártricos teve uma média de $11,7 \pm 2,9$ no teste rítmico e $7,2 \pm 3,1$ no teste de métrica). No entanto, os dois grupos tiveram uma média menor no teste de métrica em relação ao teste de ritmo.

Dessa forma, podemos sugerir que, além dos componentes da organização melódica ser processado por mecanismo distinto, o processamento do ritmo e da métrica também pode estar dissociado. Esse apontamento também confere com a bibliografia, pois há casos de pacientes com déficits no processamento rítmico sem que afetasse a métrica e vice-versa

(SACKS, 2010). No mesmo estudo realizado por Ayotte et al. (2000) também foi possível observar essa dissociação. Os indivíduos que sofreram uma cirurgia cerebral unilateral esquerda (n=7) não apresentaram diferença no número de acertos entre o teste de métrica e de ritmo. Os indivíduos que sofreram cirurgia unilateral direita (n=10) e bilateral (n=3), por sua vez, apresentaram o número de acertos bem maior para o teste de ritmo em relação ao teste de métrica. É importante ressaltar que tanto o ritmo quanto a métrica são encontrados na música e na fala.

O ritmo na música compreende a combinação de figuras musicais que representam sons curtos e sons longos; o ritmo na emissão vocal é utilizado para se referir à forma como esses eventos são distribuídos no tempo. A métrica na música, por sua vez, é construída pelos padrões de sons fortes e sons fracos, distribuídos dentro de um compasso; e a métrica na fala é construída pelos padrões de sílaba tônica (forte) e átona (fraca) denominado acento prosódico.

Do ponto de vista neurofisiológico, o ritmo, a duração dos sons, a métrica e a discriminação da tonalidade ocorrem predominantemente no hemisfério cerebral esquerdo. São também responsáveis pela análise dos parâmetros de altura, identificação semântica de melodias, senso de familiaridade e processamento temporal e sequencial dos sons, interagindo diretamente com as áreas da linguagem, que identificam a sintaxe musical (MUSZKAT; CORREIA; CAMPOS, 2000). Dessa forma, é possível notar que há uma clara associação entre essas duas competências e que talvez sejam mecanismos exclusivos do processamento musical, da linguagem e na emissão oral.

Tanto a música quanto a linguagem verbal dependem de estruturas sensoriais responsáveis pela recepção e pelo processamento auditivo constituídas por fonemas e sons, visual (grafemas da leitura verbal e musical), da integridade funcional das regiões que envolvem atenção e memória e das estruturas eferentes motoras responsáveis pelo encadeamento e pela

organização temporal e motora necessárias para a fala e para a execução musical (MUSZKAT; CORREIA; CAMPOS, 2000).

Tanto a emissão oral quanto a música consistem na organização intencional de sons com base na modulação de suas propriedades espectrais (tons) e temporais (ritmo) para produção de um significado (ANDRADE, 2004 *apud* SMITH, 2013) e os padrões tonais e atonais constrói a métrica da música e da fala. (CASON; SCHÖN, 2012). É muito provável que essas propriedades sejam exclusivas da fala e da música, diferente da memória, que está associada com outros repertórios que o indivíduo vivencia ao longo do tempo.

No teste de memória incidental, é possível observar que o grupo de afásicos de expressão teve uma média de $9,0 \pm 3,0$ acertos enquanto o grupo de disártricos teve uma média de $10,3 \pm 1,0$. Para um escore máximo de 14,0 podemos afirmar que eles tiveram uma boa média de acertos. Estudos indicam que a memória incidental é evocada pelo repertório que contém todas as representações às quais o indivíduo foi exposto, tais como as representações lexicais durante o processo de reconhecimento das palavras e as representações melódicas durante o processo de reconhecimento das frases musicais (PERETZ; CHAMPOD; HYDE, 2003). Para os pesquisadores que atribuem os déficits de compreensão dos afásicos à memória limitada, o processamento requer um sistema de armazenamento no qual as informações são simultaneamente armazenadas e computadas durante o processamento sintático (CAPLAN; WATERS, 1999).

No entanto, estudos apontam que pacientes afásicos podem ou não apresentar danos na memória (ORTIZ, 2005). Essa afirmação corrobora com os resultados obtidos da nossa amostra. Quanto ao grupo de disártricos, por ser um problema na articulação orofacial e não do processamento, ele não apresentou nenhuma associação direta com os déficits na memória, com exceção dos que possuem alguma comorbidade, o que não se enquadra na amostra deste estudo.

Conclusão

Com o presente estudo, é possível observar que a versão reduzida da MBEA é aplicável tanto aos pacientes afásicos de expressão quanto aos disártricos. Aponta ainda que, apesar da MBEA servir para identificar pacientes com déficits nas funções musicais, os resultados da nossa amostra sugerem que há alguns componentes estruturais da música que estão diretamente associados com a comunicação, seja no processamento ou na emissão oral.

Não houve diferença significativa entre os dois grupos nos testes da MBEA. No entanto, o teste de métrica foi o componente em que ambos os grupos tiveram uma média bem menor de acertos se comparados com os demais testes (incluindo o teste de ritmo). Dessa forma, é possível levantarmos a possibilidade da métrica e ritmo serem processados de forma independente, assim como os demais componentes avaliados na MBEA. Também é importante ressaltar que, apesar da importância dos dados estatísticos levantados neste estudo, sua população (cinco pacientes afásicos de expressão e seis pacientes disártricos) é pequena.

Portanto, acredita-se que seja de grande valia para a ciência que mais pesquisas fossem realizadas nesse campo para entender melhor a associação dos déficits das funções musicais com o processamento da linguagem e emissão oral a fim de auxiliar melhor no planejamento terapêutico para a voz bem como mensurar melhorias do processo terapêutico por meio da aplicação e reaplicação da MBEA.

Referências

ANDRADE, P.E; BHATTACHARYA, J. Brain tuned to music. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v.96, n.6, p.284-287, 2003.

MUSICOTERAPIA

AYOTTE, J; PERETZ, I; ROSSEAU, I; BARD, C; BOJANOWSKI, M. Patterns of music agnosia associated with middle cerebral artery infarcts. **Brains**, v.123, p. 1926-1938, 2000.

BRAIN INJURY ASSOCIATION OF AMERICA. **Definition of acquired brain injury adopted by Brain Injury Association Board of Directors**. October 12, 2012. Disponível em: <<http://www.biausa.org>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

CASON, N.; SCHÖN, D. Rhythmic priming enhances the phonological processing of speech. **Neuropsychologia**, v. 50, n.11, p. 2652-2658, 2012.

CAPLAN, D.; WATERS, G.S. Verbal working memory and sentence comprehension. **Behavioral and Brain Sciences**, v. 22, n.1, p.77-94, 1999.

CORREIA, C. M. F; MUSZKAT, M; VICENZO, N. S; CAMPOS, C. J. R. Lateralização das funções musicais na epilepsia parcial. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v.56, n.4, p. 747-755, 1998.

DI PIETRO, M.; LAGANARO, M.; LEEMANN, B.; SCHNIDER, A. Receptive amusia: temporal auditory processing deficit in a professional musician following a left temporo-parietal lesion. **Neuropsychologia**, v.42, 868–877, 2004.

FERREIRA, M.S.; ALONSO, G. Lesão encefálica adquirida: Aspectos clínicos. In: MOURA, E.W.; LIMA, E.; BORGES, D.; SILVA, P. **Fisioterapia: Aspectos clínicos e práticos da reabilitação**. São Paulo: Artes Médicas, 2010a. p. 239-250.

FERREIRA, M.S.; ALONSO, G. O que precisamos saber sobre lesão encefálica adquirida. In: NASCIMENTO, M (coord.). **Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico**. São Paulo: Memnon, 2010b. p. 131-140.

HAUSEN, M.; TORPPA, R.; SALMELA, V. R.; VAINIO, M.; SARKAMO, T. Music and speech prosody: A common rhythm. **Frontiers in Psychology** v. 566, n.4, p. 1-16, 2013.

MUSICOTERAPIA

JACKENDOFF, R. Parallels and non-parallels between language and music. **Music Perception** v.26, n.3, p.195-204, 2009.

MAC-KAY, A. P. M.; ASSENCIO-FERREIRA, V. J; FERRI-FERREIRA, T. M. S. **Afásias e demências: avaliação e tratamento fonoaudiológico**. 1ª edição. São Paulo: Editora Santos, 102 páginas, 2003.

MUSZKAT, M.; CORREIA, C.M.F.; CAMPOS, S.M. **Música e Neurociências**. Revista Neurociências, v.8, n.2, p.70-75, 2000.

ORTIZ, K.Z. Afasia. In: ORTIZ, K.Z. **Distúrbios neurológicos adquiridos: Linguagem e Cognição**. Barueri: Manole, 2005.

ORTIZ, K. Z.; CARRILLO, L. Comparação entre as análises auditiva e acústica nas disartrias. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.13, n.4, p.325-31, 2008.

PEIXOTO, M. C.; MARTINS, J.; TEIXEIRA, P.; ALVES, M.; BASTOS, J.; RIBEIRO, C. Protocolo de avaliação da amusia: exemplo português. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v.78, n.6, p. 87-93, 2012.

PERETZ, I. Processing of local and global musical information in unilateral brain-damaged patients. **Brain**, v.113, p.1185-1205, 1990.

PERETZ, I; CHAMPOD, S; HYDE, K. Varieties of Musical Disorders: The Montreal Battery of Evaluation of Amusia. **Annals of the New York Academy of Sciences**, 999, 58-75, 2003.

PERETZ, I.; KOLINSKY, R. Boundaries of separability between melody and rhythm in music discrimination: A neuropsychological perspective. **Quarterly Journal of Experimental Psychology**, v.46, p.301-325, 1993.

PERETZ, I.; ZATORRE, R. J. Brain organization for music processing. **Annual Review of Psychology**, v.56, p.89-114, 2005.

MUSICOTERAPIA

SACKS, O. **Alucinações musicais**. 2ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 368 páginas, 2011.

SILVA-NUNES, M; LOUREIRO, C; LOUREIRO, M; HAASE, V. Tradução e validação de conteúdo de uma bateria de testes para avaliação de Amusia. **Avaliação Psicológica**, v.9, n.2, p.211-232, 2010.

SILVA-NUNES, M; HAASE, V. G. Montreal Battery of Evaluation of Amusia: validity evidence and norms for adolescents in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Dement Neuropsychol**, v.6, n.4, p.244-252, 2012.

SILVA-NUNES, M; HAASE, V. G. Amusias and modularity of musical cognitive processing. **Psychology & Neuroscience**, v.6, n.1, p.45-56, 2013.

SMITH, M. (2013). Cognição Musical x identidade sonoro-musical. **Inédito**. Disponível em: <<http://biblioteca-damusicoterapia.com/>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

SPREEN, O.; RISSER, A. H. **Assessment of Aphasia**. Inglaterra: Oxford University Press, 336 páginas, 2003.

SPRINGER, S. P.; DEUTSCH, G. **Cérebro esquerdo, cérebro direito**. 3ª edição. São Paulo: Summus Editorial, 416 páginas, 1998.

STEVENS, C. J.; KELLER, P. E.; TYLER, M. D. Tonal language background and detecting pitch contour in spoken and musical items. **Psychology of Music**, v.41, n.1, p.59-74, 2013.

ZATORRE, R. J. **Music, the food of neuroscience**. Nature, v.434, n.17, march, p.312-315, 2005.

Recebido em 27/04/2015
Aprovado em 01/06/2015

MUSICOTERAPIA

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE MUSICOTERAPIA IMPROVISACIONAL MÚSICO-CENTRADA PARA CRIANÇAS COM AUTISMO

MUSIC-CENTERED IMPROVISATIONAL MUSIC THERAPY TREATMENT PROTOCOL FOR CHILDREN WITH AUTISM

Marina Freire¹ / Aline Moreira² / Arthur Kummer³

104

Resumo - O presente trabalho investiga o protocolo de atendimento utilizado para avaliar o desenvolvimento do processo terapêutico de 10 crianças autistas, com idade entre 03 e 06 anos, atendidas em sessões de Musicoterapia Improvisacional, no modelo Músico-centrado, durante um semestre. O objetivo é auxiliar musicoterapeutas no decorrer das sessões a verificar o desenvolvimento do paciente e a propor intervenções assertivas. O protocolo identifica etapas do processo musicoterapêutico, relacionadas com as técnicas de detecção de Fragmentos de Tema Clínico (FTCs), construção de Temas Clínicos (TCs) e consolidação de suas Variações. Os resultados mostram que a maior parte das crianças alcançou três etapas propostas, em uma média estável de sessões. O protocolo pode ser eficaz para pesquisas e prática clínica em Musicoterapia.

Palavras-Chave: protocolo de atendimento, musicoterapia improvisacional, musicoterapia músico-centrada, transtorno do espectro do autismo (TEA)

Abstract - This work investigates the treatment protocol used to evaluate the development of the therapeutic process of 10 autistic children, aged between 03 and 06 years, attended in Improvisational Music Therapy sessions, on the Music-centered model, during a semester. The goal is to help music therapists in the course of proceedings to verify the development of the patient and to propose assertive interventions. The protocol identifies steps of music therapy process, related to the following techniques: detection of Clinical Theme Fragments (CTFs), construction of Clinical Theme (CTs) and consolidation of its Variations. The results show that most of the children reached three proposed

¹ Musicoterapeuta, Mestre em Neurociências Clínicas – Universidade Federal de Minas Gerais. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1301269894536856>

² Bacharel em Música – Habilitação em Musicoterapia – Universidade Federal de Minas Gerais. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2506551167425234>

³ Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5470389577551840>

Os autores têm interesse em pesquisas de eficácia de tratamento e de validação de escalas de avaliação em Autismo e/ou em Musicoterapia. E-mail para correspondência: marinahf@gmail.com

steps in a stable average number of sessions. The protocol can be effective for research and clinical practice in Music Therapy.

Keywords: treatment protocol, improvisational music therapy, music-centered music therapy, autism spectrum disorder (ASD)

Introdução

105

O autismo, ou Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), é um distúrbio do neurodesenvolvimento que afeta precocemente habilidades de comunicação social e comportamentos. Os sintomas apresentados e os graus de comprometimento são muito variados, podendo-se destacar atraso de fala, agressividade, estereotípias e dificuldade de manutenção de relacionamentos. Estima-se que a incidência na população é de uma em cada 68 pessoas, apresentando maior prevalência no sexo masculino (DDMN-CDC, 2010). Pessoas com TEA demandam acompanhamentos terapêuticos interdisciplinares para amenização dos sintomas e desenvolvimento das habilidades acometidas (BERGER, 2003).

A Musicoterapia Improvisacional aparece nesse contexto como uma possível e ascendente forma de tratamento para essa população. Por ser a abordagem mais recorrente em pesquisas sobre Musicoterapia e TEA, seus estudos indicam aproximação da pesquisa à realidade clínica musicoterapêutica (WIGRAM & GOLD, 2006; GATTINO, 2012). Trabalhando com o paciente de forma ativa, a Musicoterapia Improvisacional busca motivar o engajamento na experiência musical conjunta, estimulando o manuseio de instrumentos, a utilização do corpo e da voz e o diálogo musical, visando, assim, ao desenvolvimento de comunicação e interação (BRUSCIA, 1987).

Thompson e colaboradores (2013), indo ao encontro das investigações de Geretsegger e colaboradores (2012), ressaltam a importância dos métodos improvisacionais flexíveis de Musicoterapia na criação de oportunidades de interação e reciprocidade para crianças com TEA. De fato, são os ganhos na

comunicação e na interação que aparecem com mais frequência nos relatos científicos sobre a eficácia da Musicoterapia Improvisacional no tratamento de crianças com TEA (GATTINO, 2012). Sarapa & Katusic (2012) comprovam que a criação musical através da improvisação pode proporcionar comunicação musical, trazendo melhoras também em outros níveis de comunicação para essa população. Outros resultados relevantes citados na literatura são: melhoras na atenção conjunta e na imitação, bem como diminuição de comportamentos indesejáveis como choro e estereotípias vocais (WIGRAM & GOLD, 2006; KIM et al, 2008; KIM et al 2009).

A improvisação musical também é um recurso terapêutico importante e frequentemente utilizado nos modelos de Musicoterapia Criativa (NORDOFF & ROBBINS, 2007) e de Musicoterapia Músico-centrada (BRANDALISE, 2001). Em ambos, o foco da improvisação está na música e na musicalidade do paciente nas sessões e na experiência conjunta. Visando a sistematizar esse tipo de experiência improvisacional, El-Khoury (2003; 2006) sintetiza as 64 técnicas improvisacionais de Bruscia (1987) e propõe as intervenções em improvisação musical clínica através de seis níveis de interação musical entre paciente e terapeuta, que são denominados: contato, espelhamento, sustentação, encorajamento, diálogo e improvisação livre. O objetivo principal é sempre o fortalecimento do vínculo terapêutico e o desenvolvimento da musicalidade e da expressividade (NORDOFF & ROBBINS, 2007). Vale ressaltar que esses objetivos se relacionam com interação e comunicação, que constituem as áreas mais afetadas pelo TEA, e cujos avanços são os mais descritos na literatura de tratamentos em Musicoterapia Improvisacional.

Partindo de conceitos de Nordoff & Robbins, a Musicoterapia Músico-centrada nomeia os materiais sonoros e pré-musicais dos pacientes como Fragmentos de Temas Clínicos (FTCs), e os contextos musicais constituídos de organização mais formal como Temas Clínicos (TCs) (Brandalise, 2001). Tanto os FTCs como os TCs são entendidos como forças essenciais que representam o potencial de musicalidade e o potencial de melhora do indivíduo (Ibid). No livro que marca a introdução do Músico-centramento no Brasil,

Brandalise (2001) apresenta como objetivo principal desse modelo a detecção de FTCs e TCs. No presente trabalho, no que diz respeito ao TC, o termo “detecção” é substituído por “construção”, no entendimento de que o musicoterapeuta detecta os FTCs e engaja o paciente no fazer musical para juntos criarem, construir o TC.

A Musicoterapia Improvisacional foi empregada neste estudo fundamentada pelo Modelo Músico-centrado e pelos Níveis de Interação Musical de El-Khoury. A partir de pesquisa, e indo ao encontro da necessidade de maior sistematização do processo musicoterapêutico, é proposto o desenvolvimento de um protocolo de atendimento que relate componentes do processo musicoterapêutico, e que possa ser utilizado tanto em metodologias de pesquisa quanto na prática clínica que compartilhe dos fundamentos aqui proclamados.

De acordo com o *International Dictionary of Music Therapy*, um protocolo é definido como:

As etapas ou componentes de uma intervenção, tratamento, pesquisa clínica ou avaliação em Musicoterapia implementado devido a sua eficácia estabelecida ou antecipada e com base em pesquisas pré-existentes e / ou a prática baseada em evidências. (Kirkland, 2013, p. 103 – tradução nossa)

Seguindo esse conceito, no que diz respeito à pesquisa clínica, Geretsegger e colaboradores (2012) expõem um protocolo de ensaio clínico randomizado que contém o passo a passo da metodologia científica para análise de eficácia da Musicoterapia Improvisacional no tratamento de crianças com TEA, apresentando objetivos e intervenções gerais na descrição do processo clínico improvisacional. Assim como o protocolo de pesquisa, faz-se necessário buscar um protocolo de atendimento mais detalhado e que de alguma forma estruture as sessões, a intervenção musicoterapêutica e o desenvolvimento do paciente ao longo do processo musicoterapêutico.

Devido à heterogeneidade de manifestação dos sintomas e comportamentos no TEA, não se espera um protocolo com estágios fixos. Todavia, o conhecimento de uma média comum e ideal de desenvolvimento ao longo das sessões pode auxiliar o musicoterapeuta (pesquisador ou não) a se orientar e guiar suas intervenções no processo musicoterapêutico em prol de tratamentos eficazes para pessoas com TEA.

Metodologia

Participaram deste estudo 10 crianças com diagnóstico de TEA e idade entre 03 e 06 anos. Durante um semestre letivo, cada criança foi submetida a 15 sessões individuais e semanais de Musicoterapia Improvisacional Músico-centrada, com 30 minutos de duração cada. Os pais/responsáveis assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido autorizando a participação na pesquisa e a utilização das filmagens das sessões. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE: 03655112.3.0000.5149).

As sessões foram realizadas em uma sala do serviço de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Utilizou-se um tapete desmontável de EVA e os seguintes instrumentos musicais: voz, violão, teclado, flauta doce soprano e instrumentos de percussão de pequeno porte variados. Determinou-se a utilização de canção de início e canção de término de sessão, sendo que a mesma canção foi utilizada em todas as sessões, para todos os pacientes. Resultados de eficácia do tratamento podem ser encontrados em Freire (2014).

Embasando-se nos fundamentos descritos na introdução deste artigo, o processo musicoterapêutico improvisacional foi estruturado em etapas, de acordo com o engajamento musical do paciente em cada sessão e a fase de intervenção em que o musicoterapeuta estava atuando. As etapas da intervenção foram conduzidas empregando os cinco primeiros Níveis de Interação Musical de El-Khoury; contudo, o ponto determinante para designação de cada etapa foi a mudança do foco da experiência musical entre FTC, TC e

Variações de TC. Dessa maneira, foram detectadas quatro etapas: (1) detecção de FTC; (2) criação e manutenção de TC; (3) variações de TC; e (4) novo TC.

Na primeira etapa, ocorrem contato, ambientação e exploração. O musicoterapeuta espera a iniciativa sonora da criança (os FTCs), e intervém musicalmente, convidando o paciente a engajar na atividade musical conjunta. Na segunda etapa, com o engajamento na experiência coativa, o musicoterapeuta sustenta a expressão musical da criança e conduz as improvisações para que juntos construam o TC e para motivar o paciente a manter a comunicação musical e a retomar ao tema. Na terceira etapa, o encorajamento, a manutenção e a ampliação da experiência musical levam terapeuta e/ou paciente a proporem variações do tema, que podem ser incorporadas ao TC, ampliando-o. Uma quarta etapa pode ocorrer, quando não há engajamento do paciente na retomada e ampliação do TC, necessitando a detecção de novos FTCs e consequente construção de novo TC.

Para detectar as etapas em que se localizavam os pacientes ao longo do processo musicoterapêutico, os sujeitos de pesquisa tiveram suas filmagens e anotações de sessões analisadas pela pesquisadora. Foram procedidas somas, médias e desvios-padrão, através do Microsoft Office Excel 2007, a fim de encontrar um panorama geral que permitisse o desenvolvimento do protocolo. Os resultados são apresentados a seguir.

Resultados

Os sujeitos de pesquisa eram em sua maioria meninos (9:1) e tinham idade entre 03 e 06 anos, com média de 4 anos e 11 meses de idade. Conforme avaliação realizada através da *Childhood Autism Rating Scale*

MUSICOTERAPIA

(CARS)⁴, seis deles apresentavam características autísticas leves a moderadas, enquanto quatro apresentavam características graves.

Como pode ser observado pela Tabela 1, todas as crianças completaram as Etapas 1 e 2 do processo musicoterapêutico; 9 dentre as 10 crianças alcançaram a Etapa 3; e apenas uma criança atingiu a Etapa 4.

TABELA 1: *Etapas do processo musicoterapêutico de cada paciente em cada sessão*
Legenda: 1=Etapa 1; 2=Etapa 2; 3=Etapa 3

Paciente	Etapa em cada sessão														
	Sessão1	Sessão2	Sessão3	Sessão4	Sessão5	Sessão6	Sessão7	Sessão8	Sessão9	Sessão10	Sessão11	Sessão12	Sessão13	Sessão14	Sessão15
A	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
B	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3
C	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
D	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
E	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
F	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
G	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
H	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
I	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4
J	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	

OBS: a sessão 15 do paciente J não está preenchida devido a falta, tendo o paciente sido atendido por 14 sessões

Através da análise da Tabela 1, pode-se perceber que os pacientes seguiram a estrutura das etapas de forma ordenada, ou seja, todos começaram na Etapa 1 e não pularam etapa. Análise também mostra que as crianças ficaram na Etapa 1 por uma média de 4 sessões, na Etapa 2 por uma média de 6 sessões e na Etapa 3 por uma média de 5 sessões, sempre com desvio padrão de aproximadamente 01 sessão. A contribuição de cada Etapa em relação ao total de pacientes pode ser visto no Gráfico 1. O gráfico também permite visualizar o movimento progressivo resultante das Etapas ao longo das sessões, que apresenta divisores de sessão mais marcados entre as Etapas 1 e 2, e mais variantes entre as Etapas 2 e 3.

⁴ A *Childhood Autism Rating Scale (CARS)* é um instrumento de avaliação diagnóstica em Psiquiatria Infantil composto por 15 itens que descrevem comportamentos autísticos com pontuações entre 1 (dentro da normalidade) e 4 (sintomas graves). A pontuação total classifica a criança como não autista (15 a 30 pontos), autista leve a moderado (30 a 36 pontos) ou autista grave (36 a 60 pontos) (PEREIRA *et al*, 2008).

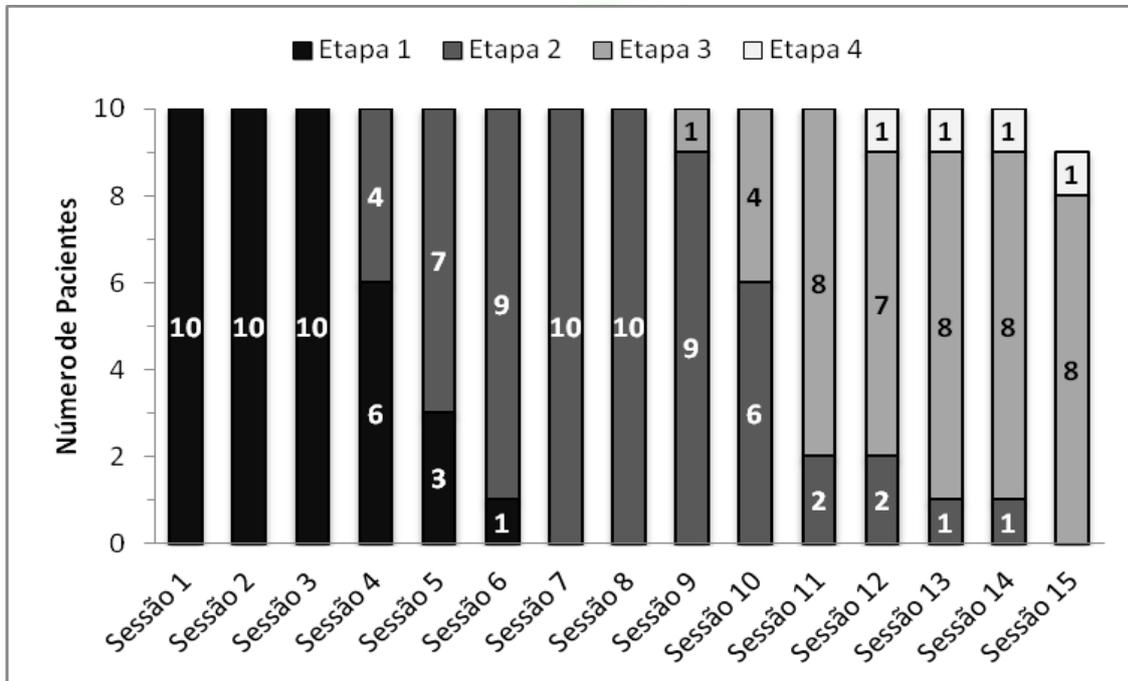


GRÁFICO 1: Total de pacientes por Etapa ao longo das sessões

A partir das análises descritas acima e da metodologia empregada nas sessões, é proposto um protocolo de atendimento do processo musicoterapêutico improvisacional músico-centrado de crianças com TEA (Quadro 1). O protocolo contempla as Etapas 1 a 3, já que a Etapa 4 foi alcançada apenas por um paciente. O protocolo é estruturado a partir do tempo pré-determinado de duração do tratamento, de 15 sessões. Assim, vale ressaltar que a Etapa 3 não necessariamente se finaliza na sessão 15, em caso de continuidade das sessões.

MUSICOTERAPIA

Tempo da Sessão	INTERVENÇÃO - SESSÕES		
0-5 min	Canção de Oi e convite para a criança entrar na sala / tocar os instrumentos		
5-25 min	Etapa 1 (Sessões 01 a 04)	Etapa 2 (Sessões 05 a 10)	Etapa 3 (Sessões 11 a 15)
	Exploração do espaço e dos instrumentos; iniciativas pré-musicais da criança (FTCs); início da relação terapêutica.	Engajamento na experiência musical coativa; construção do TC; motivação para retomar tema e manter comunicação musical.	Propostas de Variações do TC; consolidação das Variações e ampliação do TC; encerramento das sessões.
25-30 min	Canção de Tchau e guardar os instrumentos		

QUADRO 1: *Protocolo de Atendimento em Musicoterapia Improvisacional Música-centrada de crianças com TEA*

Discussão

Os resultados desta pesquisa apresentam o protocolo que propõe Etapas de intervenção em Musicoterapia Improvisacional Música-centrada e uma média de sessões para cada Etapa. Apesar do pequeno número de sujeitos, os resultados são valiosos e promissores por seu ineditismo, sua base em evidências de eficácia e sua abertura para possibilidades de aprimoramento em futuras pesquisas.

O protocolo permite observar a evolução das crianças atendidas ao longo das sessões, e através dessa observação pode-se sugerir a eficácia da Musicoterapia Improvisacional Música-centrada, mesmo este não sendo o foco

do presente estudo⁵, uma vez que a expansão dos acontecimentos musicais ao longo das Etapas implica em desenvolvimento de habilidades e ampliação de comportamentos por parte do paciente. Por exemplo, a passagem do nível pré-musical exploratório (Etapa 1) para o engajamento na experiência musical coativa (Etapa 2) indica fortalecimento de vínculo terapêutico e desenvolvimento de musicalidade.

Mesmo as crianças que não acompanharam o tempo sugerido pelo protocolo seguiram a sequência das Etapas estruturadas, de forma mais lenta ou mais rápida, o que implica na possibilidade de utilização do protocolo como guia da evolução do processo musicoterapêutico. De acordo com a descrição de cada Etapa e sua média de duração, pode-se inferir que o paciente que demora mais sessões na Etapa 1 tem maior dificuldade para engajar na experiência musical coativa, e que o paciente que demora mais sessões na Etapa 2 tem maior dificuldade de propor Variações de TC ou aceitar propostas de Variações vindas do musicoterapeuta. Por outro lado, o paciente que demora menos na Etapa 1 estaria mais propenso a se engajar na interação e comunicação musicais, e o paciente que passa mais rápido pela Etapa 2 permitiria uma mais rápida consolidação do TC, facilitando com segurança a introdução às Variações.

A ausência da Etapa 4 no protocolo, devido à mesma ausência no processo musicoterapêutico da maioria das crianças, poderia ser explicada pelo comportamento resistivo a mudanças típico do TEA, que demanda a presença rotineira dos mesmos FTCs, TCs ou Variações, em detrimento do uso de materiais sonoros para novos TCs. O musicoterapeuta pode usar essa característica a favor do processo terapêutico nas intervenções musicais, incentivando a criança a manter a interação e a comunicação musical ao retomar sempre o mesmo TC (Etapa 2). Contudo, se a Etapa 4 for alcançada por uma criança, o protocolo proposto pode continuar a ser utilizado, uma vez que essa etapa corresponde ao recomeço do processo de construção do TC (Etapas 1 e 2), estendendo o protocolo a novas sessões.

⁵ Para estudo de eficácia, ver Freire (2014).

Em Musicoterapia Músico-centrada, Brandalise (2001) aponta uma média de 6 sessões para detecção de FTCs ou TCs. As crianças deste estudo demoraram até 6 sessões, porém em uma média de 4 sessões. Podem-se levantar futuras discussões sobre a diferença de duração na primeira Etapa, principalmente com relação ao público atendido (idade, patologia) e às experiências musicais utilizadas (improvisação ou outras). Outro ponto que pode ser levantado a partir de Brandalise (2001) são os conceitos de *turning points* e *platôs* do processo musicoterapêutico músico-centrado. Trazendo esses conceitos para o protocolo apresentado, os *turning points* corresponderiam às sessões limítrofes entre as Etapas, enquanto os *platôs* constituiriam as sessões que se mantêm ao longo de uma Etapa.

Como já citado, este protocolo não está acabado. Pelo contrário, é uma proposta que visa a fomentar discussões e levantar ideias que venham no sentido de aprimorar os resultados aqui apresentados e aperfeiçoar o atendimento musicoterapêutico de pessoas com TEA. Será útil para o campo das evidências científicas em Musicoterapia se futuras pesquisas puderem ser realizadas com maior número de sujeitos, além de verificar correlação entre a duração das Etapas para cada paciente e seu comprometimento nos sintomas de TEA. Outros estudos podem também investigar a aplicação deste protocolo no tratamento de outras populações (outras idades e outros diagnósticos).

Este trabalho apresenta grande relevância para a Musicoterapia no âmbito da pesquisa, como um protocolo de investigação, e no âmbito clínico, como protocolo de atendimento. No campo científico, levanta a importância de ensaios clínicos com rigor metodológico e reprodutibilidade, a fim de se comprovar a eficácia do tratamento musicoterapêutico. Na prática clínica, permite sistematização das sessões e reflexão do musicoterapeuta sobre o andamento do processo. Dessa maneira, o conhecimento das técnicas aqui discutidas e das Etapas propostas é extremamente útil para que o musicoterapeuta possa tomar decisões e fazer uso de intervenções de forma consciente ao longo do processo musicoterapêutico, independente da abordagem utilizada.

Conclusão

O processo musicoterapêutico improvisacional músico-centrado pode se valer de protocolo apropriado para atendimento de crianças com TEA. O protocolo pode ser dividido em etapas de acordo com a intervenção e o comportamento musical do paciente ao longo das sessões.

A evolução de Etapas compreende uma média de sessões definida, o que proporciona uma diretriz para o processo musicoterapêutico da criança com TEA e permite avaliar sua evolução terapêutica. Os resultados demonstraram que as crianças migraram de uma Etapa para outra sem pular degraus, o que reforça uma continuidade saudável no desenvolvimento.

São necessárias mais pesquisas para que o protocolo aqui apresentado seja testado em maior escala e para que outros protocolos sejam desenvolvidos, uma vez que o uso de protocolos devidamente analisados é de suma importância para auxílio de pesquisas e da prática clínica em Musicoterapia.

Órgão financiador

CAPES

Agradecimento

Ao Musicoterapeuta Professor Renato Tocantins Sampaio – Projeto de Extensão Clínica de Musicoterapia da Escola de Música da UFMG – Curso de Bacharelado em Música com Habilitação em Musicoterapia da UFMG

Referências

BERGER, D. S. **Music Therapy, Sensory Integration and the Autistic child.** 2. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd, 2003, 255p.

BRANDALISE, A. **Musicoterapia músico-centrada: Linda – 120 sessões.** São Paulo: Apontamentos, 2001, 86p.

BRUSCIA, K. E. **Improvisational Models of Music Therapy.** Springfield: Charles C. Thomas Publishers, 1987, 590p.

DEVELOPMENTAL DISABILITIES MONITORING NETWORK (DDMN); CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Surveillance Year 2010: prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States. **MMWR Surveill Summ**, v. 63, n. 2, p. 1-21, 2014.

116

EL-KHOURI, R. N. **Music Therapy Education and Training: a study of the development of music skills for students within undergraduate music therapy programmes in Brazil.** 137f. 2003. Dissertação (Master of Arts) – Anglia Polytechnic University, Cambridge, 2003.

EL-KHOURI, R. N. **Uma Leitura Junguiana do Procedimento da Improvisação Musical Clínica em Musicoterapia.** 63f. 2006. Monografia (Especialização em Psicologia Analítica Junguiana) – Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2006.

FREIRE, M. H. **Efeitos da Musicoterapia Improvisacional no Tratamento de Crianças com TEA.** 74f. 2014. Dissertação (Mestrado em Neurociências) – Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, 2014.

GATTINO, G. **Musicoterapia aplicada à avaliação da comunicação não verbal de crianças com transtornos do espectro autista: revisão sistemática e estudo de validação.** 180f. 2012. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRS, Porto Alegre, 2012.

GERETSEGGER, M.; HOLCK, U.; GOLD, C. Randomised controlled trial of improvisational music therapy's effectiveness for children with autism spectrum disorders (TIME-A): study protocol. **BMC Pediatrics**, v. 12, n. 2, 2012.

MUSICOTERAPIA

KIM, J.; WIGRAN, T.; GOLD, C. The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: A Randomized Controlled Study. **J Autism Dev Disord**, v. 38, p. 1758–1766, 2008.

KIM, J.; WIGRAN, T.; GOLD, C. Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. **Autism SAGE Publications and The National Autistic Society**, v. 13, n. 4. p. 389-409, 2009.

KIRKLAND, K. **International Dictionary of Music Therapy**. New York: Routledge, 2013. p.103.

NORDOFF, P.; ROBBINS, C. **Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship**. 2. Gilsum: Barcelona Publishers, 2007. 516p.

PEREIRA, A.; RIESGO, R. S.; WAGNER, M. B. Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 6, p. 487-494, 2008.

THOMPSON, G. A.; MCFERRAN, K. S.; GOLD, C. Family-centred music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: a randomized controlled study. **Child Care Health Dev**, v. 40, n. 6, p. 840–852, 2013.

SARAPA, K. B., & KATUSIC, A. H. Application of music therapy in children with autistic spectrum disorder/Primjena muzikoterapije kod djece s poremećajem iz autisticnog spektra. **Revija za Rehabilitacijska Istraživanja**, v. 48, n. 2, p. 124-129, 2012.

WIGRAM, T., GOLD, C. Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence. **Child Care Health Dev**, v. 32, n. 5, p. 535–542, 2006.

Recebido em 25/04/2015
Aprovado em 17/06/2015

MUSICOTERAPIA

PERFIL DE SAÚDE VOCAL DE ESTUDANTES DO CURSO DE BACHARELADO EM MUSICOTERAPIA

VOCAL HEALTH PROFILE OF MUSIC THERAPY STUDANTS

Pierangela Nota Simões¹

118

Resumo - O presente estudo teve como objetivo investigar o perfil de saúde vocal de estudantes do curso de Bacharelado em Musicoterapia em relação a hábitos e queixas vocais vivenciados durante a prática de estágio curricular. Participaram 19 sujeitos, com média de idade de 28.9 anos que responderam um questionário autoaplicável. Os resultados indicaram que apesar de utilizar intensamente sua voz os sujeitos da pesquisa não realizam aquecimento vocal antes de suas práticas de estágio curricular. As queixas vocais mais presentes foram a rouquidão e o pigarro constante.

Palavras-Chave: voz, musicoterapia, qualidade Vocal

Abstract - The present study aimed to investigate the vocal health profile of Music Therapy students regarding habits and vocal complaints experienced during the practice of traineeship. Participants were 19 subjects, aged between 19 and 47 years who answered a self-assessment questionnaire. The results indicated that despite intense use your voice the subjects did not perform vocal warm-up before their curricular internship activities. The most vocal complaints were present hoarseness and constant throat clearing.

Keywords: voice, music therapy, voice quality

¹ Fonoaudióloga, Especialista em Distúrbios da Comunicação, Mestre em Educação, Professora Assistente do curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR – Campus de Curitiba II/FAP, membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia (NEPIM). E-mail: pierangela@simoes.pro.br
Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=P5692795#RevisorPeriodico>

Introdução

A voz humana é uma importante ferramenta não apenas para a comunicação, mas também o instrumento essencial para o canto. Por estar presente desde o choro até o último suspiro na vida de cada um, a voz parece uma manifestação automática do corpo humano e recebe poucos cuidados, fato que pode resultar num prejuízo à saúde vocal (BELHAU & PONTES, 2001).

Sendo um instrumento de trabalho para vários profissionais, dentre eles o musicoterapeuta, a voz merece atenção especial para garantir a qualidade das emissões vocais e de uma boa atuação profissional.

Bruscia (2000), apesar de enumerar diversas definições de Musicoterapia, descreve os desafios de definir esta profissão diante das tentativas de identificar suas essências e de traduzir sua natureza interdisciplinar; entretanto, tendo em vista a necessidade de delimitar este tema, será adotada no contexto deste estudo a definição de Musicoterapia apresentada pela União Brasileira das Associações de Musicoterapia que propõe:

... é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar, e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. (UBAM)

Dentre os elementos da música, mencionados na descrição acima, a canção figura como um importante recurso terapêutico. Craveiro de Sá & Pereira (2006), em um estudo apresentado no XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia ressaltam que:

...a canção apresenta-se como um recurso auto-expressivo e de comunicação, assumindo significado próprio nas ações recursivas e na relação terapêutica. A palavra cantada potencializa-se terapeuticamente

através das diversas técnicas musicoterápicas, sendo apresentada tanto pelo musicoterapeuta – como âncora, recurso desencadeante, acolhimento, entre outros – como pelo(s) próprio (s) cliente(s) – atividade auto-projetiva, de expressão e comunicação (2006).

Desse modo, o canto caracteriza-se como um recurso no *setting* musicoterápico e o musicoterapeuta tem na voz seu instrumento. Para falar deste recurso Milleco (2001) recorre aos terapeutas australianos Watson e Nevill que descrevem a voz humana como “um dos melhores instrumentos musicais, tanto por sua extensão razoavelmente grande, como pela expressão tonal capaz de transmitir toda forma de sentimento”. Além disso, Watson e Nevill veem o canto como um poderoso elemento terapêutico. (p. 85)

Bruscia (2000), assim como Chagas e Pedro (2008), apontam o uso da voz, por meio do canto, em técnicas musicoterápicas de Improvisação e de Recriação, sendo que estas últimas destacam “a improvisação como um método ativo, muito utilizado pelos musicoterapeutas brasileiros” (p.49).

Tais considerações a respeito do canto de da voz na prática do musicoterapeuta justificam um cuidado especial com este instrumento; entretanto, a despeito do uso intenso da voz em sua prática, o musicoterapeuta nem sempre se dá conta de sua fragilidade.

Portanto, este tema merece atenção durante o período de graduação do musicoterapeuta, pois a manutenção da saúde vocal deve compor, assim como o estudo de vários outros instrumentos durante o processo de formação, a grade curricular dos futuros profissionais. Ou seja, assim como são necessários cuidados especiais para com todos os instrumentos musicais que constituem o *setting* musicoterápico, é preciso que o futuro musicoterapeuta desenvolva a consciência de preservar sua voz.

Considerando que existem poucos estudos detalhando o perfil de saúde vocal de profissionais da Musicoterapia, em relação a pesquisas realizadas com músicos e cantores, esta pesquisa pretende contribuir para o desenvolvimento deste tema.

Produção da voz

O som da voz é gerado na laringe a partir de uma emissão básica denominada fonação. A fonação, por sua vez, é uma expiração ativa, em que o ar vindo dos pulmões provoca a vibração das pregas vocais.

Dentre os órgãos e sistemas utilizados no processo da emissão vocal nenhum deles tem como função primária a fonação. É curioso que o conjunto de órgãos responsável pela emissão vocal *empreste* partes do aparelho respiratório e do aparelho digestório para sua realização.

Assim, apesar a importância da voz na comunicação humana e de sua relevância na expressão das dimensões biológica, psicológica e social de cada um, a função principal da laringe está relacionada à proteção dos pulmões (BEHLAU; REHDER, 1997).

Seja garantindo a sobrevivência ou engendrando a produção da voz, a laringe é o mais importante órgão do aparelho fonador. Na laringe estão localizadas as pregas vocais, delgadas estruturas de mucosa que se fecham e se abrem rapidamente à passagem da corrente de ar que vem dos pulmões e determinam, assim, a frequência da voz de cada um.

A frequência de vibração das pregas vocais está diretamente relacionada ao comprimento e à espessura das pregas vocais; assim como acontece com as cordas do violão as cordas mais grossas produzem sons graves, enquanto que as cordas mais finas geram os sons agudos.

Tanto no que se refere à produção da voz falada, quanto da voz cantada, as estruturas envolvidas são as mesmas, sendo precisos alguns ajustes no que diz respeito à respiração e à ressonância para melhor projeção vocal (BEHLAU; REHDER, 1997).

Quando há cansaço ao falar, ou ao cantar, rouquidão persistente, dor ao engolir, ardor na garganta, sensação de corpo estranho na garganta ou perda da voz, por exemplo, o aparelho fonador pode estar sofrendo por uso excessivo de seus recursos ou por maus hábitos vocais. Em quaisquer destas hipóteses

há necessidade de se tomar medidas de higiene vocal² para prevenir patologias da voz e danos irreversíveis. No caso dos profissionais que fazem uso intenso da voz, como o musicoterapeuta, estas medidas podem significar a garantia do bom desempenho em sua atividade laboral.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter descritivo que teve como objetivo investigar o perfil vocal de alunos do curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR – Campus de Curitiba II/FAP em relação a hábitos e queixas vocais vivenciados durante o período de realização do estágio curricular, tendo sido submetido ao CEP/FAP, e aprovado, conforme parecer consubstanciado nº. 230.863.

Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura para identificar publicações que tratassem do canto e da voz na Musicoterapia, assim como da Higiene vocal, de modo a caracterizar medidas de conscientização e prevenção de problemas da voz em musicoterapeutas.

Foram definidas como base de dados, com a finalidade de se identificar o maior número possível de publicações existentes na área, o Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a base de dados SciELO - Scientific Electronic Library Online.

Os descritores utilizados para a captação das pesquisas foram inicialmente consultados no DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, sendo que foram definidos como unitermos para o levantamento bibliográfico as palavras “Musicoterapia”, “Canto” e “Voz”, utilizados individualmente ou em combinações. O conjunto de palavras “Higiene Vocal” não figura como descritor no DeCS, entretanto o termo aparece nas pesquisas que foram captadas.

² Consiste em medidas básicas que auxiliam a preservar a saúde vocal, e a prevenir o aparecimento de alterações e doenças, que devem ser seguidas particularmente por aqueles que se utilizam mais da voz. Para maiores informações ver Behlau & Pontes. Higiene Vocal, Editora Revinter. São Paulo: 2001

Para o descritor “Musicoterapia” na BVS foram listados inicialmente 2.948 artigos. Quando aplicados os filtros para base de dados LILACS com seleção para Musicoterapia (20), Música (18), Qualidade de Vida (4), Atenção Primária à Saúde (3) e Promoção de Saúde (3) foram listados 26 artigos. A escolha dos filtros se deu baseada no fato de que a adoção de cuidados de Higiene Vocal é uma medida de atenção primária à saúde e está estreitamente relacionada à qualidade de vida³ daqueles que utilizam a voz profissionalmente.

A busca na base de dados SciELO apontou para um artigo a partir da associação dos termos “Musicoterapia e Voz” e não houve resultados para a combinação “Musicoterapia e canto”. Convém ressaltar que não foi definido um período de tempo para a busca das publicações, sendo que os artigos listados dataram de 1988 a 2013.

A segunda etapa deste estudo constituiu-se numa pesquisa de campo em que participaram 19 alunos matriculados nas disciplinas Estágio II e Estágio III, dos 3º e 4º ano do curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR – Campus de Curitiba II/FAP, no ano letivo de 2014. Foram excluídos os alunos das demais séries com o objetivo de garantir que a amostra do estudo apresentasse uma carga horária semanal mínima fazendo uso da voz em atendimentos musicoterápicos. Os sujeitos selecionados receberam esclarecimentos a respeito da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento escolhido para a realização desta investigação foi um questionário autoaplicável (Anexo), adaptado de BARRETO e cols. (2011), que contém questões abertas e fechadas acerca dos hábitos vocais dos sujeitos da pesquisa, como o tempo de prática de estágio, o uso do canto em outra situação além do estágio, a prática do aquecimento vocal e ter frequentado a disciplina Expressão Vocal, além de possíveis queixas ou dificuldades vocais. O questionário foi respondido pelos próprios participantes e a avaliadora esteve

³ A disfonia ou alteração na emissão vocal é uma condição extremamente comum na atualidade. Pode comprometer a qualidade da comunicação e, por consequência, a relação social do indivíduo e assim afetar diretamente na qualidade de vida. (SPINA et al, 2009, p 01)

presente na sala para esclarecer eventuais dúvidas. Na fase de pré-teste o questionário foi aplicado em uma versão preliminar a uma amostra de indivíduos com as mesmas características dos sujeitos de pesquisa no que se refere aos critérios de inclusão/exclusão.

Resultados

A amostra foi composta por 19 alunos matriculados nas disciplinas Estágio II e Estágio III, dos 3º e 4º ano do curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR – Campus de Curitiba II/FAP, no ano letivo de 2014. A distribuição por gênero deste grupo foi de 15 indivíduos (78.9%) do gênero feminino e quatro indivíduos (21.1%) do gênero masculino, com média de idade de 28.9 anos.

Os dados obtidos por meio da aplicação do questionário autoaplicável (Anexo) revelaram que a maior parte dos sujeitos da pesquisa atuava como estagiário de Musicoterapia há mais de dois anos, com carga horária semanal de até quatro horas.

O uso da voz em outra situação além do estágio foi referido por 15 sujeitos dentre os pesquisados, que apontaram como exemplo ensaio de banda, aulas de canto, participação em coral, apresentações artísticas, canto na igreja e aulas de musicalização.

O aquecimento vocal não é uma prática amplamente adotada pelos estagiários de Musicoterapia, pois foi referida por apenas oito sujeitos que, por sua vez, realizam exercícios como caretas, massagem facial, rotação da língua, vocalizações, emissão de sons fricativos e exercícios de extensão tonal. A disciplina Expressão Vocal, ofertada no currículo dos estagiários pesquisados como optativa, foi cursada por sete deles (36.9%).

Tabela 1. *Caracterização dos sujeitos em relação a seus hábitos vocais (N=19)*

Variáveis	Estagiário de Musicoterapia		
		Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Tempo de estágio (anos)	1	3	15.8
	2	11	57.9
	3	5	26.3
Carga horária semanal (horas)	até 4	10	52.6
	até 8	6	31.6
	mais de 8	3	15.8
Uso da voz em outras situações	sim	15	78.9
	não	4	21.1
Aquecimento vocal	sim	8	42.1
	não	11	57.9
Expressão Vocal	cursou	7	36.9
	não cursou	12	63.1

As informações do questionário revelaram que 18 dos alunos pesquisados investem 4.5 horas por semana no estudo do instrumento que utilizam para a prática do estágio, em detrimento de poucos minutos para a realização do aquecimento vocal. E ainda, 14 deles (77.9%) responderam que o treino do instrumento é acompanhado do canto, fato que somado às horas de estágio e às outras atividades por eles desempenhadas que envolvem a voz, configura o uso intenso do aparelho vocal.

MUSICOTERAPIA

Tabela 2. *Frequência das queixas vocais referidas pelos estagiários (N=19)*

Queixa	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Rouquidão	8	42.1
Pigarro constante	8	42.1
Perda de voz	1	5.2
Dor na garganta ao falar	4	21.1
Sensação de corpo estranho	5	26.3
Ardência na garganta	2	10.5
Dor no pescoço/nuca	4	21.1
Cansaço ao falar	5	26.3
Tosse constante	3	15.8
Garganta seca	4	21.1
Ar na voz	1	5.2
Dor ao engolir	1	5.2
Falhas na voz	2	10.5
Voz fraca	3	15.8

Os achados relativos a queixas vocais apresentadas pelos estagiários de Musicoterapia revelaram que a rouquidão e o pigarro constante são os sintomas mais frequentes, seguidos da sensação de corpo estranho, cansaço ao falar, dor na garganta ao falar, dor no pescoço/nuca e garganta seca. Tosse constante e voz fraca foram queixas vocais apontadas por pelo menos três sujeitos dentre o público pesquisado. As queixas vocais com menor ocorrência foram ardência na garganta, falhas ou perda da voz, ar na voz e dor ao engolir.

Discussão

O número de estudos científicos detalhando o comportamento vocal de profissionais de Musicoterapia é incipiente no país, comparativamente à quantidade de pesquisas relacionadas ao perfil vocal de outros profissionais que utilizam a voz em atividades com música ou canto (BARRETO e cols., 2011; RIBEIRO; HANAYAMA, 2005; REHDER; BEHLAU, 2008; ZIMMER; CIELO; FERREIRA, 2012).

De acordo com a caracterização dos sujeitos pesquisados foi possível determinar que, em sua maioria, as práticas do estágio estavam presentes há

dois anos, com uma atuação de até quatro horas semanais, e que a voz é frequentemente utilizada em situações artísticas e profissionais.

Os resultados obtidos revelaram que a maioria dos estagiários não pratica o aquecimento vocal, sendo que foi possível observar a coincidência de sua realização com sujeitos que referiram participar de atividades de canto/coral; entretanto, esta relação não pôde ser estabelecida com os alunos que responderam ter cursado a disciplina Expressão Vocal durante o período de graduação. ZIMMER; CIELO; FERREIRA (2012b) apontaram, em um estudo sobre o comportamento vocal de cantores populares, a maior preocupação do sexo feminino quanto à procura de aulas de canto e de orientações para cuidados básicos de saúde vocal, entretanto apesar da prevalência de mulheres na amostra da presente pesquisa não foi possível confirmar esta tendência.

Há estudos que evidenciam a importância do aquecimento vocal precedendo ensaios e apresentações como um recurso para a manutenção a saúde da voz e a redução de alterações vocais (BEHLAU; REHDER, 1997; PINHO, 1997). É um paradoxo que a maioria dos alunos pesquisados (94,7%) dedique horas ao estudo de instrumentos musicais e seja negligente em relação à preparação e proteção do instrumento que carregam consigo: as pregas vocais.

No que se refere à percepção de mudanças na voz, após o início da atuação do estágio em Musicoterapia, 11 dos sujeitos da pesquisa (57,9%) responderam positivamente. É interessante observar que apenas um estagiário descreveu dores na garganta e rouquidão neste item, sendo que as outras descrições dão conta de melhora na afinação e na potência da voz.

Este último dado indica que a autopercepção vocal dos estudantes pode estar comprometida em consequência da falta de conhecimento acerca do uso da voz e de medidas de Higiene Vocal para sua preservação, pois o panorama de queixas vocais definido pelos dados do questionário apontou uma alta incidência de manifestações.

Assim como em estudos anteriores (RIBEIRO e HANAYAMA, 2005) os sujeitos pesquisados apontaram mais de uma queixa vocal, sendo que a frequência foi variável. A ocorrência de rouquidão e pigarro constante com os índices mais altos reafirma os achados de Barreto e col. (2011) que sugerem como causa provável o uso intenso da voz.

Queixas como sensação de corpo estranho na garganta, cansaço ao falar, dor na garganta ao falar, dor no pescoço/nuca e garganta seca, que figuraram em seguida, podem ser atribuídas tanto à sobrecarga vocal como a maus hábitos vocais, que seriam minimizados com medidas de higiene vocal.

A sobrecarga vocal provocada pelo uso da voz em ambientes acusticamente desfavoráveis e pelas exigências dos ajustes vocais para a voz cantada explicam não apenas as queixas vocais já descritas, mas também a tosse constante e a voz fraca ou falhada, a presença de ar na voz, a dor ao engolir a perda da voz, indicada por poucos alunos.

A adoção de medidas de higiene vocal tem como objetivo não apenas o conhecimento acerca da produção da voz, mas também a identificação dos hábitos nocivos que comprometem a saúde vocal. A prática de ações diárias e sistemáticas que garantem a saúde do organismo como um todo tem reflexo positivo na saúde vocal. A dedicação de alguns minutos antes do início das atividades do estágio para o aquecimento da voz poderia garantir o equilíbrio na produção vocal dos estudantes.

Conclusão

O musicoterapeuta faz uso sistemático do canto em sua prática diária e, portanto, deve ser caracterizado como um profissional que faz uso intenso da voz.

Apesar dessa realidade os resultados da revisão da literatura apontaram que não há pesquisas que correlacionem os cuidados com a voz e a prática do musicoterapeuta. Além disso, os resultados deste estudo indicaram que os

futuros profissionais não vêm desenvolvendo em sua formação uma consciência para a preservação deste importante instrumento.

É preciso desenvolver ações efetivas no sentido de orientar os musicoterapeutas para uma mudança de hábitos, com vistas a um comportamento vocal preventivo. E ainda, é necessário discutir a implementação de disciplinas específicas relacionadas à voz, nos currículos de graduação em Musicoterapia, para complementar a formação deste profissional e promover sua saúde vocal.

Referências

BARRETO, T. M.; AMORIM, G.; TRINDADE FILHO, E. M. , KANASHIRO, C A. **Perfil da saúde vocal de cantores amadores de igreja evangélica.** Rev. soc. bras. fonoaudiol. 2011, vol.16, n.2 pp. 140-145.

BEHLAU M., REHDER M.I. **Higiene vocal para o canto coral.** Rio de Janeiro: Revinter; 1997.

BEHLAU, M., PONTES, P. **Higiene Vocal.** Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

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

CHAGAS, M. e PEDRO, R. **Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade.** Rio de Janeiro: Mauad X: Bapera, 2008.

MILLECO, L. A.. **É preciso cantar.** Rio de Janeiro: Editora Enelivros, 2001.

PINHO, S.M.R. **Manual de higiene vocal para profissionais da voz.** Carapicuíba: Pró-Fono; 1997.

RIBEIRO, L.R., HANAYAMA, E.M. **Perfil vocal de coralistas amadores.** Rev CEFAC, São Paulo. v. 7, n. 2, pp. 252-66, 2005.

REHDER, M.I., BEHLAU, M. **Perfil vocal de regentes de coral do estado de São Paulo.** Rev. CEFAC, São Paulo, v. 10, n. 2, pp. 206-217, 2008.

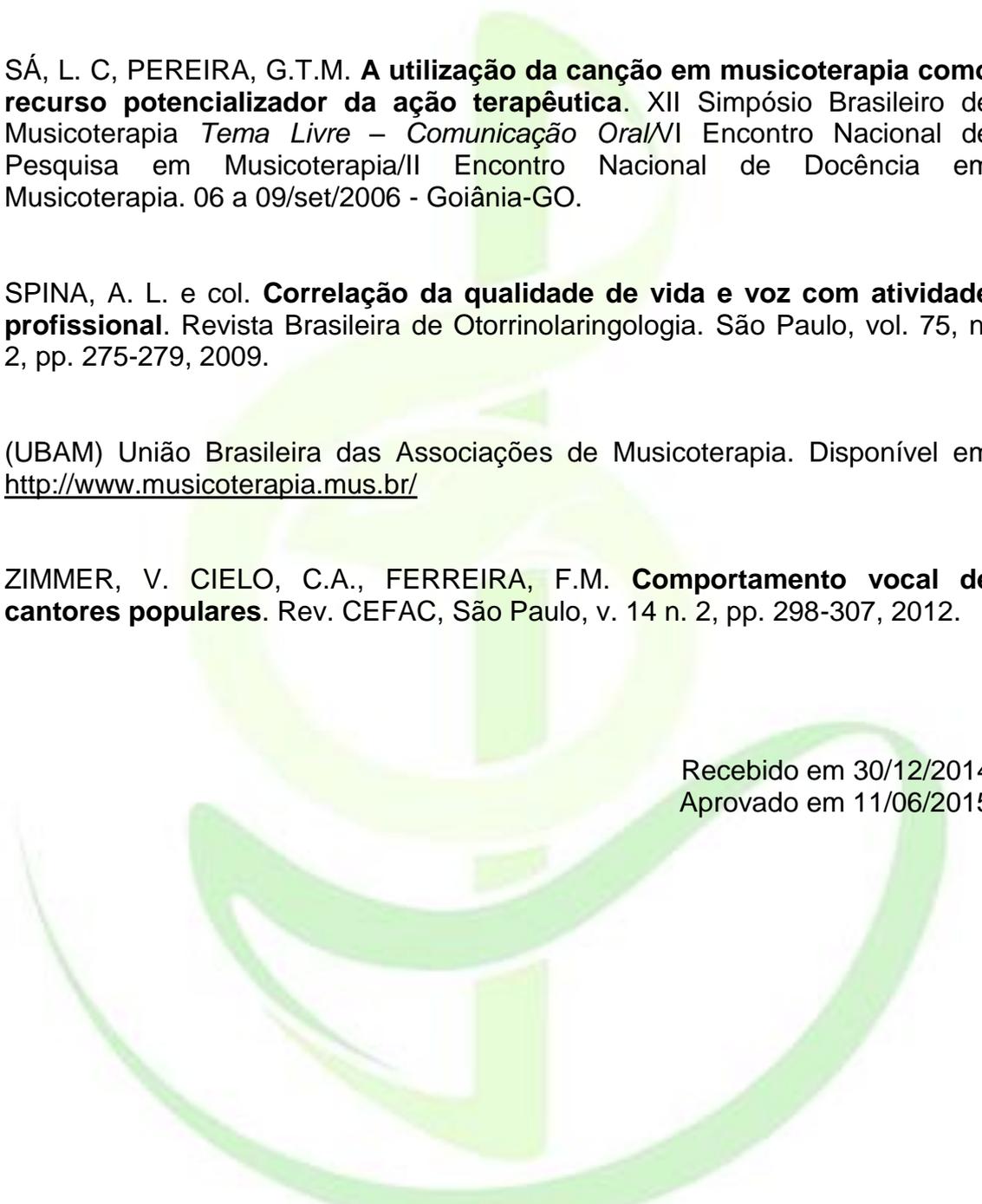
SÁ, L. C, PEREIRA, G.T.M. **A utilização da canção em musicoterapia como recurso potencializador da ação terapêutica.** XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia *Tema Livre – Comunicação Oral*/VI Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia/II Encontro Nacional de Docência em Musicoterapia. 06 a 09/set/2006 - Goiânia-GO.

SPINA, A. L. e col. **Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional.** Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. São Paulo, vol. 75, n. 2, pp. 275-279, 2009.

(UBAM) União Brasileira das Associações de Musicoterapia. Disponível em <http://www.musicoterapia.mus.br/>

ZIMMER, V. CIELO, C.A., FERREIRA, F.M. **Comportamento vocal de cantores populares.** Rev. CEFAC, São Paulo, v. 14 n. 2, pp. 298-307, 2012.

Recebido em 30/12/2014
Aprovado em 11/06/2015



MUSICOTERAPIA

ANEXO

QUESTIONÁRIO

I. Dados de identificação:

1. Data: ___/___/___
2. Idade: _____
3. D.N.: ___/___/___
4. Gênero: () Feminino () Masculino

II. Dados de hábitos vocais:

1. Há quanto tempo você atua como estagiário(a) de Musicoterapia? _____
2. Quantas horas por semana você atua no estágio?
() Até 04 horas () Até 08 horas () Mais de 08 horas
3. Você utiliza sua voz para o canto em alguma outra situação além do estágio?
() sim() não
Em caso afirmativo, em que situação?

4. Você tem o hábito de realizar aquecimento vocal?
() sim() Não
Em caso afirmativo, exemplifique:

5. Você estuda algum instrumento para sua prática de estágio?
() sim() não
Em caso afirmativo, quantas horas por semana? _____ horas.
O estudo de instrumento é acompanhado do canto?
() sim() não
6. Você percebeu alguma mudança na sua voz após o início da atuação como estagiário de Musicoterapia?
() Sim () Não
Em caso afirmativo exemplifique:

7. Você frequentou a disciplina Expressão Vocal durante sua graduação?
() Sim () Não

III. Queixas vocais:

1. Você percebe alguma das queixas abaixo na sua voz?
() Rouquidão () Dor no pescoço/nuca () Garganta seca
() Pigarro constante () Cansaço ao () Dor ao engolir
() Dor na garganta ao falar () Falhas na voz
() Sensação de corpo estranho na garganta () Voz fraca
() Ardência na garganta () Nenhuma

Outros: _____

Obrigada!

MUSICOTERAPIA